

HÉCTOR A. FERRARI

SALUD MENTAL EN MEDICINA

CONTRIBUCIÓN DEL PSICOANÁLISIS AL CAMPO DE LA SALUD

 **CORPUS**



SALUD MENTAL EN MEDICINA

CONTRIBUCIÓN DEL PSICOANÁLISIS AL CAMPO DE LA SALUD

HÉCTOR A. FERRARI

booksmedicos.org



La presente es una publicación de:



Ferrari, Héctor A.

Salud mental en medicina - 2a ed. - Rosario: Corpus Libros Médicos y Científicos, 2008.
356 p. ; 24x16 cm.

ISBN 978-950-9030-68-8

1. Salud Mental. I. Título
CDD 616.89

DERECHOS RESERVADOS

© 2008 Corpus Editorial y Distribuidora

editorial@corpuslibros.com.ar

hferrari@corpuslibros.com.ar

www.corpuslibros.com.ar

Suipacha 581 - Tel/Fax: (+54 341) 439 4978 / 437 1327

(S2002LRK) Rosario - Argentina

Editor: Esteban Oscar Mestre

Tirada: 1000 ejemplares

Se terminó de imprimir en mayo de 2008

Rosario - Argentina

**LA FOTOCOPIA
MATA AL LIBRO
Y ES UN DELITO**



No está permitida la reproducción total o parcial de esta obra, ni su tratamiento o transmisión por cualquier medio o método, sin autorización escrita de la Editorial.

NOTA

La medicina es una ciencia en constante desarrollo. Conforme surjan nuevos conocimientos, se requerirán cambios de la terapéutica. El autor y los editores se han esforzado para que los cuadros de dosificación medicamentosa sean precisos y acordes con los establecidos en la fecha de publicación. Sin embargo, ante los posibles errores humanos y cambios en la medicina, ni los editores, ni cualquier otra persona que haya participado en la preparación de la obra garantizan que la información contenida en ella sea precisa o completa.

Convendría recurrir a otras fuentes de datos, por ejemplo, y de manera particular, habrá que consultar la hoja de información que se adjunta con cada medicamento, para tener certeza de que la información de esta obra es precisa y no se han introducido cambios en la dosis recomendada o en las contraindicaciones para su administración. Esto es de particular importancia con respecto a fármacos nuevos o de uso no frecuente. También deberá consultarse a los organismos de control de medicamentos de cada país para obtener información sobre los valores normales y medicamentos permitidos o recomendados.

EL AUTOR

DR. HÉCTOR A. FERRARI

Médico psicoanalista

Miembro titular en función didáctica de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires y ex-Presidente

Rector del Instituto Universitario de Salud Mental de APdeBA

Profesor Titular Consulto del Departamento de Salud Mental

de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires

Ex Director del Departamento de Salud Mental

de la Facultad de Medicina de Buenos Aires

Autor en colaboración de varios libros de interés en el tema:

Interconsulta Médico-Psicológica en el marco Hospitalario,

Asistencia Institucional, Aportes del Psicoanálisis a la Medicina

y numerosas publicaciones sobre las relaciones entre

Psicoanálisis, Universidad y Medicina

COLABORADORES

NORA BARUGEL

Médica psicoanalista.

Miembro titular con función didáctica de la

Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires, APdeBA

Especialista en niñez y adolescencia de la Asociación Psicoanalítica Internacional

Profesora titular del Instituto Universitario de Buenos Aires, IUSAM

ANA COLL

Médica ginecóloga y obstetra. Médica de planta de la División Obstetricia del Hospital de Clínicas José de San Martín de la Universidad de Buenos Aires (1969-2003)

Coordinadora del Área Obstétrica del Programa de Adolescencia de dicho hospital

Presidenta de la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto-Juvenil (95-96),

luego integrante de su Comité Científico

Coordinadora del Curso de Educación a Distancia Ginecología Infanto Juvenil de dicha Sociedad

MÓNICA SEREBRIANY

Médica

Especialista en Psiquiatría

Psicoanalista: Miembro Adherente de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires (1996)

Profesora Adjunta de Salud Mental en la Facultad de Medicina de la UBA (2001)

Docente de posgrado (2004)

MARÍA KUITCA

Médica psicoanalista

Miembro titular en función didáctica de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires

Profesora del Instituto Universitario de APdeBA

Especialista en Violencia Familiar y Abuso Sexual

ÍNDICE GENERAL

PRÓLOGO	15	EL TEMA DEL <i>BIENESTAR</i>	45
NOTA A LA SEGUNDA EDICIÓN	19	LO INCONSCIENTE Y EL LLAMADO <i>SENTIDO</i> <i>COMÚN</i>	46
I. SALUD MENTAL EN MEDICINA	21	LA SALUD MENTAL COMO VÉRTICE DE OBSERVACIÓN.....	47
BREVE INTRODUCCIÓN HISTÓRICA.....	21	LA SALUD MENTAL Y LAS NECESIDADES HUMANAS.....	48
LA MEDICINA.....	22	SALUD MENTAL, UNA CONTRIBUCIÓN DEL PSICOANÁLISIS A LA MEDICINA.....	49
LA PSIQUIATRÍA	23	EL MÉTODO PSICOANALÍTICO COMO INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN.....	51
EL NACIMIENTO DEL PSICOANÁLISIS.....	25	IV. EL CONCEPTO PSICOANALÍTICO DE SEXUALIDAD	53
LA CONTRIBUCIÓN DE OTRAS DISCIPLINAS A LA SALUD MENTAL	26	UNA INTRODUCCIÓN.....	53
DE LA SALUD MENTAL A LA MEDICINA	27	LA OPINIÓN POPULAR DE LA SEXUALIDAD.....	53
EN TORNO AL CONCEPTO DE SALUD.....	29	EL PUNTO DE VISTA DEL PSICOANÁLISIS.....	54
LA SALUD COMO ESTADO Y COMO SIGNIFICADO.....	29	EL SALTO A LA HUMANIZACIÓN: DEL INSTINTO... ..	57
SALUD Y ENFERMEDAD.....	30	...A LA PULSIÓN	58
UNA HIPÓTESIS FUNDAMENTAL.....	33	LA ENERGÍA PSÍQUICA Y LA INVESTIDURA	59
II. SALUD MENTAL	35	LA PULSIÓN Y EL YO.....	60
UNA PROPUESTA DE DEFINICIÓN	35	PULSIONES SEXUALES Y DE AUTOCONSERVACIÓN	61
DOS ASPECTOS EN SALUD MENTAL.....	37	EL NARCISISMO	62
UN CAMPO DE REFERENCIA ESPECÍFICO EN SALUD MENTAL: MEDICINA.....	38	PULSIONES DE VIDA Y PULSIONES DE MUERTE	62
EDUCACIÓN MÉDICA Y SALUD MENTAL	40	LA IMPORTANCIA DEL CONCEPTO DE PULSIÓN	63
III. PROBLEMÁTICAS EN TORNO A LA SALUD MENTAL	43		
DIFICULTADES CON SU OBJETO	43		
LA CUESTIÓN DE LOS IDEALES.....	44		

ADELANTANDO LA ESTRUCTURA TRIPARTITA, EL ELLO.....	64

V. EL DESARROLLO PSICOSEXUAL

INFANTIL	65
LA AMNESIA INFANTIL	65
LA ETAPA ORAL.....	66
LA ETAPA ANAL.....	67
LA ETAPA FÁLICA.....	68
EL COMPLEJO DE EDIPO.....	69
EL COMPLEJO DE EDIPO EN SU VALOR ESTRUCTURANTE	72
VARIACIONES SOBRE LA TEMÁTICA EDÍFICA	73
EL ROL DEL OBJETO EN LA SEXUALIDAD: LA SEDUCCIÓN.....	73

VI. TEORÍAS SEXUALES

INFANTILES	75
EL YO Y SUS LÍMITES	75
EL DESEO DE SABER	76
TEORÍAS SEXUALES INFANTILES	77
LA ESCENA PRIMARIA.....	77
LA SEXUALIDAD INFANTIL EN LOS JUEGOS: EL JUEGO DEL DOCTOR.....	78
LOS SENTIMIENTOS DE COMPASIÓN Y EL MÉDICO	81
IMPORTANCIA DEL TEMA DE LA SEXUALIDAD PARA LA MEDICINA.....	82

VII. EL YO, ESTRUCTURA Y

FUNCIONAMIENTO (I)	85
ESTRUCTURA Y FUNCIONES DEL YO.....	86
GÉNESIS DEL YO	87
1. EL YO Y EL CUERPO.....	88
2. EL YO Y LAS IDENTIFICACIONES.....	88
EL YO Y EL NARCISISMO.....	89
LA TENDENCIA A LA SÍNTESIS Y A LA COHERENCIA EN EL YO.....	89
EL YO Y EL LENGUAJE.....	90
EL YO, LA ANGUSTIA Y LOS MECANISMOS DE DEFENSA.....	90
EL DESARROLLO DE LA CONCIENCIA DEL YO: EL SUPERYÓ.....	93

VIII. EL YO, ESTRUCTURA Y

FUNCIONAMIENTO (II).....	95

CONSCIENTE, PRECONSCIENTE E INCONSCIENTE.....	95
FUNCIONAMIENTO PRIMARIO Y SECUNDARIO.....	97
LOS PRINCIPIOS DEL FUNCIONAMIENTO PSÍQUICO.....	97
ACERCA DE UN <i>MÁS ALLÁ</i> DEL PRINCIPIO DE PLACER Y LA REPETICIÓN.....	99
EL PUNTO DE VISTA DINÁMICO.....	99
EL PUNTO DE VISTA ECONÓMICO.....	99
EL PUNTO DE VISTA ESTRUCTURAL: YO, ELLO Y SUPERYÓ.....	100
UNA REFERENCIA AL CONCEPTO DE APARATO PSÍQUICO.....	100

IX. EL YO EN SU RELACIÓN

CON EL CUERPO	103
EL YO CORPORAL.....	103
EL CONOCIMIENTO CIENTÍFICO DE LA ENFERMEDAD Y DEL CUERPO.....	104
EL YO Y EL CUERPO.....	105
REITERANDO UN ITINERARIO.....	106
LA IMAGEN CORPORAL DEL YO.....	108
CIERTAS ENFERMEDADES LA PONEN EN PRIMER PLANO	110
LA IMAGEN CORPORAL EN MEDICINA Y EN SALUD MENTAL.....	112
EL EXAMEN MÉDICO DEL CUERPO.....	113

X. EL YO Y EL CUERPO EN

RELACIÓN CON LOS AFECTOS (I).....	115
INTRODUCCIÓN AL TEMA	115
LA EXPERIENCIA DE DOLOR.....	117
EL PROBLEMA TEÓRICO	119
EL DOLOR EN LA PRÁCTICA PSICOTERAPÉUTICA	119
UN BREVE PASAJE POR LA FISIOLÓGIA DEL DOLOR	120
UNA COMPRENSIÓN MÁS ABARCATIVA PARA EL DOLOR.....	121
EL PACIENTE PROPENSO AL DOLOR	122
EL MÉDICO FRENTE AL DOLOR CRÓNICO.....	122
ASCO Y REPUGNANCIA: LA FANTASÍA DE SUCIEDAD.....	123

XI. EL YO Y EL CUERPO EN

RELACIÓN CON LOS AFECTOS (II).....	127

LA ANGUSTIA: EL YO FRENTE AL PELIGRO	127
MIEDO Y ANGUSTIA.....	127
EL ATAQUE DE ANGUSTIA.....	129
CONSIDERACIONES TEÓRICAS SOBRE	
LA ANGUSTIA.....	130
EL PÁNICO, EL TERROR, EL HORROR,	
LO SINISTRO.....	131
EL SENTIMIENTO DE VERGÜENZA:	
LA EXPULSIÓN DEL PARAÍSO	132
LA AGRESIVIDAD	133
LA AGRESIÓN EN LA RELACIÓN MÉDICO-	
PACIENTE.....	136
LA DIMENSIÓN ESTÉTICA DEL CUERPO:	
DE LO BELLO A LO DEFORME.....	137

XII. VÍNCULO TEMPRANO:

EMBARAZO Y PARTO (I)	139
ALGUNAS CONSIDERACIONES	
METODOLÓGICAS.....	140
EN LOS ORÍGENES DEL VÍNCULO TEMPRANO:	
EL PERÍODO PRENATAL	142
EL EMBARAZO	143
LA VIDA PRENATAL Y EL VÍNCULO	
CON LA MADRE.....	145
LA EXPERIENCIA DEL PARTO Y SU	
SIGNIFICADO PARA LA SALUD MENTAL	147
EL PADRE	148

XIII. ASPECTOS MANIFIESTOS

DEL VÍNCULO TEMPRANO (II)	151
LO OBSERVABLE EN LA RELACIÓN	
TEMPRANA.....	151
LA EXPERIENCIA DE LA LACTANCIA Y	
EL SER TENIDO EN BRAZOS	153
EN EL ORIGEN DE LA COMUNICACIÓN: EL	
LLANTO, LA SONRISA, LA MIRADA.....	154
MÁS SOBRE LOS AFECTOS DURANTE	
EL PRIMER AÑO DE VIDA	156
ACERCA DEL BEBÉ	157
DIFERENCIAS INDIVIDUALES EN EL RECIÉN	
NACIDO.....	158

XIV. VÍNCULO TEMPRANO (III)

ALGUNOS ESTADOS SUBJETIVOS DEL BEBÉ.....	161
ACERCA DEL NACIMIENTO DEL YO.....	164
EL ESTADO DE DESAMPARO Y EL	
SENTIMIENTO DE OMNIPOTENCIA.....	164

LOS MOMENTOS INICIALES DEL YO NO	
ESTÁN INTEGRADOS.....	165
EL OBJETO APARECE Y DESAPARECE.....	167

XV. ADOLESCENCIA:

UNA ETAPA DE LA VIDA,

UN ESTADO DE LA MENTE	171
INTRODUCCIÓN.....	171
EL PERÍODO DE LATENCIA.....	171
LA ADOLESCENCIA COMO ETAPA.....	172
CON LA PUBERTAD CAMBIA TODO,	
EN ESPECIAL EL CUERPO.....	173
LA ADOLESCENCIA REACTIVA SITUACIONES	
DEL PASADO	174
DE LA SEXUALIDAD INFANTIL A LA	
SEXUALIDAD ADULTA	175
LA ADOLESCENCIA ES UNA CRISIS,	
UNA CRISIS DE IDENTIDAD.....	176
EL ADOLESCENTE EN EL GRUPO Y EL GRUPO	
ADOLESCENTE.....	177
EL ADOLESCENTE EN EL MUNDO.....	178
PARA EL ADOLESCENTE, LA VIDA ES ACCIÓN	178
...Y LA ADOLESCENCIA COMO ESTADO	
MENTAL	179
EL ADOLESCENTE Y LA MEDICINA.....	179
EL ADOLESCENTE FRENTE AL MÉDICO	180
EL MÉDICO FRENTE AL ADOLESCENTE	181
EL FINAL DE LA ADOLESCENCIA,	
EL COMIENZO DE LA ADULTEZ	181

XVI. ACERCA DEL DORMIR

Y DEL SOÑAR	183
EL DORMIR COMO ESTADO SUBJETIVO.....	183
TRATANDO DE CONCILIAR EL SUEÑO	185
LA VIGILIA Y SUS PROBLEMAS.....	187
ACERCA DE LOS SUEÑOS.....	187

XVII. SALUD MENTAL EN LA

ETAPA ADULTA DE LA VIDA:

LA ADULTEZ	191
UNA APROXIMACIÓN GENERAL.....	192
LA ADULTEZ Y ALGUNOS MOMENTOS	
ESPECÍFICOS DE LA ETAPA ADULTA	198
LA CRISIS DE LA MITAD DE LA VIDA	199
LA TRANSICIÓN A LA ADULTEZ TARDÍA Y	
LA VEJEZ.....	201

XVIII. LOGROS Y DESAFÍOS EN

LA ETAPA ADULTA DE LA VIDA	203
LA SEXUALIDAD GENITAL ADULTA.....	203
EN TORNO A LO MASCULINO Y	
LO FEMENINO.....	205
LA CUESTIÓN DE LA RELACIÓN SEXUAL	205
EL OBJETO DE AMOR Y DE DESEO.....	207
LA SEXUALIDAD EN LA ENTREVISTA	
MÉDICA.....	207
LA FUNCIÓN PARENTAL EN LA ADULTEZ.....	208
EL NIÑO MALTRATADO.....	209
NUEVAS FORMAS DE PARENTALIDAD.....	211
EL SIGNIFICADO DEL TRABAJO PARA LA	
SALUD MENTAL	211
...Y ALGUNAS NOTAS REFERIDAS AL	
TRABAJO MÉDICO.....	212
ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE	
DINERO	214

XIX. EL FINAL DE LA VIDA:

LA MUERTE	217
EL SIGNIFICADO DE LA MUERTE.....	217
LA EXPERIENCIA DE LA MUERTE EN	
MEDICINA.....	219
LA MUERTE PARA EL SENTIDO DE LA VIDA.....	219
LA IDEA DE LA PROPIA MUERTE.....	221
DE LOS ORÍGENES DEL MIEDO A LA	
MUERTE.....	221
PROCESOS DE DUELO: SU IMPORTANCIA EN	
LA SALUD Y LA ENFERMEDAD.....	223
EL PACIENTE QUE VA A MORIR: LA	
MEDICALIZACIÓN DE LA MUERTE	226

XX. DEL CICLO VITAL HUMANO

EN SALUD MENTAL	231
EL MODELO DEL DESARROLLO PARA LA	
SALUD MENTAL	232
EL CICLO VITAL ES EL PRESENTE.....	233
¿QUÉ PROMUEVE, ESTIMULA O INHIBE LOS	
CAMBIOS?.....	234
LOS ESTADIOS DEL CICLO Y LAS CRISIS	
VITALES.....	235

XXI. DINÁMICA DE LA

ESTRUCTURA Y DE LAS	
RELACIONES FAMILIARES	237
DE LA FAMILIA DE ORIGEN A LA ACTUAL.....	238

ACERCA DE LOS MITOS SOBRE LOS

POSIBLES ORÍGENES DE LA FAMILIA.....	239
LA FAMILIA Y LOS LAZOS DE PARENTESCO.....	241

XXII. LA FAMILIA Y LA PAREJA

EN LA PRÁCTICA MÉDICA	245
LA FAMILIA EN LA PRÁCTICA MÉDICA.....	245
ALGUNOS EJEMPLOS.....	247
EL VÍNCULO DE PAREJA Y SU PATOLOGÍA.....	250
MODELOS DE VÍNCULOS.....	252
TERCERIDAD AMPLIADA.....	252
TERCERIDAD LIMITADA	253
ESTRUCTURA DUAL.....	253
EL YO CORPORAL EN LA PAREJA.....	254
LA MEDICINA EXPANDE LOS LÍMITES DE	
LA BIOLOGÍA	255

XXIII. EL GRUPO HUMANO,

LA SOCIEDAD, LA CULTURA

Y LA SALUD	257
INTRODUCCIÓN.....	257
EL GRUPO HUMANO.....	258
GRUPO PRIMARIO Y SECUNDARIO.....	259
EL EJEMPLO DE GRUPO EN MEDICINA: EL	
EQUIPO INTERDISCIPLINARIO.....	259
FACTORES SOCIALES Y SALUD.....	260
LA DECISIÓN Y EL MOMENTO DE	
CONSULTAR.....	261
ROL SOCIAL DE ENFERMO.....	261
INTERVENCIONES PSICOSOCIALES Y SALUD.....	262
LA PRESENCIA DE LOS VALORES DE	
LA CULTURA EN LA SALUD Y LA	
ENFERMEDAD.....	262
SALUD MENTAL Y MEDICINAS	
ALTERNATIVAS.....	264
¿POR QUÉ SON ATRACTIVAS LAS	
MEDICINAS ALTERNATIVAS?.....	265
¿QUÉ NOS DISPONE PARA LAS CREENCIAS	
EN LAS MEDICINAS ALTERNATIVAS?.....	267
EL MÉDICO FRENTE A LAS MEDICINAS	
ALTERNATIVAS.....	268
CURACIONES RELIGIOSAS Y MÁGICAS.....	269

XXIV. ACERCA DE LA

VOCACIÓN MÉDICA	273
LA ELECCIÓN DE CARRERA PROFESIONAL.....	274

MECANISMOS PSICOLÓGICOS QUE SOSTIENEN LA VOCACIÓN MÉDICA.....	278
EL IMPULSO A LA REPARACIÓN.....	278
LAS ACTIVIDADES SUBLIMATORIAS.....	280
CONCLUSIONES FINALES.....	280

XXV. LA ENTREVISTA MÉDICA:

CONSIDERACIONES GENERALES.....	283
INTRODUCCIÓN.....	283
¿QUÉ ES UNA ENTREVISTA?.....	284
EL MODELO TEÓRICO DE LA ENTREVISTA MÉDICA.....	284
INTERROGATORIO, ANAMNESIS, CONSULTA, PRESTACIÓN, ENTREVISTA.....	286
LOS PROTAGONISTAS DE LA ENTREVISTA MÉDICA.....	287
EL MOTIVO DE CONSULTA.....	288
LAS EXPECTATIVAS PREVIAS A LA ENTREVISTA	289
EL LUGAR DEL MÉDICO Y SU DOBLE FUNCIÓN.....	290
EL CUMPLIMIENTO DE LAS INDICACIONES MÉDICAS.....	292

XXVI. PSICODINAMISMOS

FUNDAMENTALES DE LA

ENTREVISTA MÉDICA.....	295
A. DE LA TÉCNICA DE LA ENTREVISTA.....	296
INICIANDO LA ENTREVISTA.....	297
ESTRUCTURANDO LA ENTREVISTA.....	299
LA TERMINACIÓN DE LA ENTREVISTA.....	300
B. EL VÍNCULO EMOCIONAL: TRANSFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA.....	301
C. EL ENCUADRE MÉDICO.....	303
EL ENCUADRE COMO ORGANIZADOR.....	304
EL ENCUADRE COMO CONTINENTE	305
LA DIMENSIÓN ÉTICA DEL ENCUADRE.....	306

XXVII. TEMÁTICAS

ESPECÍFICAS

EN SALUD MENTAL.....	309
ABUSO SEXUAL INFANTO-JUVENIL.....	309
ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	309
LA CONCEPCIÓN PSICOANALÍTICA DEL ABUSO SEXUAL.....	310
SINTOMATOLOGÍA.....	311

PSICODINAMISMOS EN EL GRUPO

ABUSADOR.....	312
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.....	313
BIBLIOGRAFÍA	314
EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.....	314
INTRODUCCIÓN.....	314
ASPECTOS PERINATALES.....	314
ALGUNOS ASPECTOS PSICOSOCIALES.....	315
ATENCIÓN DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO.....	316
UN CASO A MODO DE EJEMPLO.....	317
CONCLUSIÓN.....	318
BIBLIOGRAFÍA.....	318
LA ANOREXIA NERVIOSA Y LA BULIMIA.....	319
ANOREXIA NERVIOSA.....	319
BULIMIA	320
BIBLIOGRAFÍA.....	321

XXVIII. ENFERMEDADES

PSICOSOMÁTICAS

Y MEDICINA PSICOSOMÁTICA

LA CONCEPCIÓN DE ENFERMEDAD PSICOSOMÁTICA EN MEDICINA: EL EJE MENTE-CUERPO.....	323
COMENTARIOS Y CRÍTICAS.....	327
LA PSICOSOMÁTICA EN EL EJE DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE.....	328

XXIX. ALGUNAS

CONTRIBUCIONES DEL

PSICOANÁLISIS A LA

MEDICINA PSICOSOMÁTICA.....

LA ENFERMEDAD CORPORAL Y EL PROBLEMA DE LA SIMBOLIZACIÓN.....	332
ALGUNAS ESCUELAS PSICOANALÍTICAS EN PSICOSOMÁTICA.....	334
OTROS APORTES DEL PSICOANÁLISIS DE UTILIDAD PARA LA MEDICINA.....	335
A MANERA DE SÍNTESIS SOBRE PSICOSOMÁTICA.....	337

XXX. LA SALUD MENTAL

Y LA PSICOPATOLOGÍA

NORMALIDAD Y PSICOPATOLOGÍA	339
SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA.....	339
INTRODUCCIÓN A LAS NEUROSIS.....	340

PSICOSIS: LOS CONCEPTOS TEÓRICOS	LA ESCISIÓN O LA MENTE PARTIDA.....	348
FUNDAMENTALES.....	LA TRANSFERENCIA Y LA PSICOSIS.....	348
EL YO FRENTE A LA REALIDAD		
EN LA PSICOSIS.....	EPÍLOGO	349
LA PROYECCIÓN.....		
PSICOSIS Y LENGUAJE.....	ÍNDICE ALFABÉTICO	353

PRÓLOGO

Pocas profesiones son capaces de generar un interés científico tan intenso y un compromiso personal tan apasionado como la Medicina. Pocas demandan tanto vocacionalmente, y de manera tan exigente, a las personas que se consagran a ella. Como parte integrante de esta institución, siento una gran admiración por la tarea médica, puesta al servicio de aliviar el sufrimiento humano y tengo un profundo respeto por la forma en que los médicos afrontan las dificultades que suelen encontrar durante su ejercicio.

Este libro está pensado para los médicos y para los que están en el proceso de llegar a serlo. También para los profesionales del campo de la Salud Mental (psicoanalistas, psicólogos, psiquiatras) interesados en los temas de la formación médica.

Desde hace décadas, los médicos cuentan con conocimientos científicos y técnicos cada vez más asombrosos que les provee la enseñanza tradicional de la Medicina. Por las contribuciones teóricas y clínicas que la Medicina hace a la comprensión de los procesos patológicos, su ejercicio ganó en objetividad y rigor metodológico. Las Ciencias Básicas, a veces denominadas 'duras', son las que más han contribuido desde la Biología a este perfil de la Medicina (Biomedicina).

Al mismo tiempo, la relación asistencial es el meridiano por donde pasa el trabajo médico y el instrumento más importante para sostenerlo. Nada de lo que piense, sienta o decida el médico tiene sentido sino desde ese lugar; requiere del médico conocer a la persona de su paciente antes de querer saber qué tiene, manejar la intimidad de esa relación tan especial, contener la movilización afectiva que se da en su interior.

Porque los problemas de salud y enfermedad comprometen niveles profundos, infantiles e irracionales de la mente, que tienen que ver con el dolor, la mutilación y el desamparo.

En esta tarea, el médico está expuesto personalmente y este punto ha sido el más descuidado de la formación médica. La manera más eficaz de protegerse es saber;

hasta donde le sea posible, qué ocurre en la intimidad de su paciente, de sí mismo y en el vínculo entre ambos.

La mayor contribución que se puede hacer a la difícil tarea que tienen los médicos es ayudarlos a entender la complejidad psicológica y emocional del ejercicio de su profesión.

Estas consideraciones valen para justificar la introducción de la Salud Mental en Medicina y con ella volver a poner el trabajo clínico bajo el paradigma de que la vida mental da valor a la vida. Salud Mental es parte del campo de las llamadas Ciencias Sociales o Humanísticas, cuya participación en la formación médica es tan imprescindible como la de las Ciencias Biológicas. A veces a las Ciencias Sociales se las considera despectivamente como 'blandas'. Esta diferencia entre Ciencias es totalmente inapropiada para la Medicina. Tal como fuera señalado por un destacado clínico, Norman Cousin "en los años siguientes a los de la Facultad, mucho de lo que habíamos considerado conocimiento 'duro' resultó frágil o defectuoso y mucho de lo que habíamos considerado 'blando' resultó ser durable y esencial".¹

Los temas de los que se ocupa fundamentalmente Salud Mental en Medicina (capítulos I, II y III) giran en torno a los procesos de salud y enfermedad, tal como lo registran, lo experimentan y lo resuelven las personas desde su ámbito privado íntimo y personal, aquél que se comparte sólo parcialmente con los otros. Qué es salud, cómo la viven, qué importancia le dan, qué sienten cuando sienten la amenaza de perderla y qué hacen para recuperarla. Entre otras cosas, cómo se perciben las señales corporales, cómo el Yo las tramita internamente, si alertan o alarman, si son compartidas, cuándo y porqué llevan a consultar. Y cuando se consulta, qué pasa en la entrevista médica (capítulos XXV y XXVI), cuáles son los instrumentos con los que el médico abarca la crisis por la que atraviesa el paciente en ese momento de su ciclo vital (capítulo XX), cuál es su respuesta afectiva frente a la misma, cómo la contiene y elabora para eventualmente ayudar en su resolución. Supone sostener

una hipótesis fundamental: existe una relación muy íntima entre el estado de salud o enfermedad de una persona y el momento vital por el que atraviesa (capítulo I).

Para explicar el comportamiento humano, la teoría psicoanalítica introdujo conceptos tales como el determinismo psíquico, y el inconsciente, y amplió el concepto de sexualidad. Abrió todo un panorama nuevo en torno al significado de la sexualidad infantil (capítulos IV, V y VI). Y con ella, la estructura y funcionamiento del Yo frente a lo inconsciente, el conflicto y el rol de la angustia en la dinámica mental (capítulos VII y VIII). Para la Medicina es especialmente importante considerar el atravesamiento del cuerpo biológico por el deseo y la conformación de una anatomía fantasmática aberrante que el paciente introduce en la consulta como cuerpo erógeno (capítulo IX). Y con la simultánea relación del Yo con el cuerpo y los objetos, los afectos: el dolor, la angustia, el asco, la vergüenza, la agresividad, los celos, etcétera (capítulos X y IX).

¹ Cousin, Norman. *Head First: The Biology of Hope* E P Dutton, New York, 1989.

De todos los vínculos humanos, el más importante es el del bebé con sus padres, en especial el que tiene con la mamá. Se lo conoce como vínculo temprano (capítulos XII, XIII y XIV) y habrá que referirse especialmente a él.

Es un aporte fundamental de las últimas décadas haber establecido que los primeros años de la vida mental del niño son decisivos para la salud mental del adulto.

De él surgen las primitivas estructuras mentales que lo irán constituyendo como sujeto humano y desde el que se relacionará con los objetos parentales. Luego se suceden las otras etapas del ciclo vital, la adolescencia con su crisis de identidad (capítulo XV), la adultez, con sus desafíos específicos (capítulos XVII y XVIII) y la vejez. La muerte (capítulo XIX) es el fin del ciclo. Pero la muerte también importa en vida, por la trascendencia de las pérdidas y el proceso de duelo necesario para elaborarlas.

Es de destacar la importancia de los estados subjetivos relacionados con el dormir y el soñar para la salud (capítulo XVI).

La familia y la pareja requieren una consideración especial. El médico puede captar la fuerza de la estructura familiar que enlaza inconscientemente a sus integrantes, incluyéndolo a él mismo (capítulos XXI y XXII).

La idea es que la dinámica familiar está comprometida en la aparición de la enfermedad en las alternativas de su evolución y en su pronóstico eventual.

Existe en algunas personas una disponibilidad potencial que tiende a ayudar, socorrer, cuidar a un otro en necesidad. Se trata de una capacidad asistencial que funciona como núcleo de intereses y de conflictos que alimentan la vocación médica (capítulo XXIV).

En los capítulos sobre Psicosomática (XXIII y XXIX) se demuestra cómo el vínculo médico paciente permite ubicar la relación mente-cuerpo en el eje sujeto-objeto donde pueden ser integrados factores psicobiosociales en problemas de salud y enfermedad. Y en el siguiente (XXX), la conveniencia de relativizar la antinomia normalidad vs. enfermedad, por la de salud y enfermedad.

Este trabajo es el resultado de una larga experiencia asistencial y docente. Seguramente no será de fácil lectura dada la naturaleza de los temas tratados. He preferido, por la trascendencia de los conceptos en juego no simplificar el nivel expositivo, en la confianza que sirva para estimular lecturas complementarias. También espero que el texto sea lo suficientemente sugerente como para sortear los obstáculos que siempre se encuentran a la hora de tratar conceptos que emocionalmente comprometen.

Como Profesor Titular de Salud Mental de la Facultad de Medicina de Buenos Aires he contado con la colaboración docente de un numeroso grupo de psicoanalistas que me han ayudado a pensar estos temas. Las innumerables horas de discusión que he tenido con ellos han sido un complemento insustituible para poner en claro las ideas. Les agradezco profundamente su dedicación y empeño.

El libro es un aporte a la Medicina con las ideas provenientes del campo de la Salud Mental. Mucha de la problemática que plantea está pensada desde el Psicoanálisis. En ese sentido se justifica entenderlo como una contribución del Psicoanálisis a un campo afín, el de la Salud. Como psicoanalista soy miembro titular en función didáctica de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires, sociedad componente de la Asociación Psicoanalítica Internacional.

De todo lo que debo a mis maestros, quiero reconocer especialmente a los Dres. Lawrence Kubie y Horacio Etchegoyen. Además, cuando un analista produce un trabajo científico de alguna manera lo siente asociado con la experiencia de su propio análisis personal: en mi caso por todo lo que ha significado, además de su beneficio terapéutico, de estímulo para pensar. Mi agradecimiento entonces para mis analistas, a quienes a la hora de terminar esta obra tengo especialmente en cuenta.

Buenos Aires, marzo de 1996

NOTA PARA LA SEGUNDA EDICIÓN

Con la idea de complementar el texto anterior, en esta edición se han agregado a los anteriores, tres nuevos capítulos. Uno se ocupa de la salud y enfermedad desde el punto de vista de la Sociedad, los Grupos y las Instituciones (capítulo XXIII) Asimismo, se unieron contribuciones en un capítulo dedicado a temas especiales como Embarazo Adolescente, por la Dra. Ana Coll, Abuso Sexual, por la Dra. Mary Kuitca y Anorexia Nerviosa, por el Dr. Héctor Ferrari y la Dra. Nora Barugel (capítulo XXVII). Al capítulo sobre Familia y Pareja se le agregó una nueva sección sobre “Modalidades de vínculo” que aportó la Dra. Mónica Serebriany. Todos ellos, que gentilmente se avinieron a enriquecer este texto, son destacados profesionales del campo de la salud a quienes les agradezco especialmente su colaboración.

El resto del libro fue modificado, corregido y actualizado cuando era necesario. Muchas partes fueron reescritas para hacer su lectura más ágil. En la mayoría de los capítulos se incluyeron epígrafes con textos o citas de médicos famosos cuyo contenido coincide con lo desarrollado en el texto. Es una manera de demostrar que los grandes clínicos de la Medicina siempre tuvieron en cuenta los principios en que se funda la Salud Mental.²

Buenos Aires, abril de 2001

² La mayoría pertenece al libro *Medicine in Quotations, Views of Health and Disease Through the Ages*, editado por E Huth y T Murray, The American College of Physicians-American Soc of Internal Medicine, Filadelfia, 2000.

I

SALUD MENTAL EN MEDICINA

La vida mental da valor a la vida.

BREVE INTRODUCCIÓN HISTÓRICA

Las **enfermedades**, con sus secuelas de sufrimiento mental, daño corporal y amenaza de muerte, han acompañado al ser humano desde tiempos inmemoriales. La Medicina se ha ocupado de aliviar, curar y prevenir las enfermedades con los procedimientos disponibles más adelantados de cada época. En la era moderna, la enfermedad biológica y sus cuidados fueron su centro de interés e investigación casi exclusivos. La metodología utilizada, el método científico.

Paralelamente, en los últimos cien años se fue conformando, tanto dentro como fuera de la Medicina, un movimiento que ha puesto más el acento en la salud que en la enfermedad, en preservar, cuidar y mantener la **salud** de las personas, las familias y la comunidad en general y tomar medidas de prevención para evitar la enfermedad. Este pasaje, que va *de curar la enfermedad a proteger la salud*, implica un cambio sustancial. Supone salir de una determinación exclusivamente biológica de la enfermedad (Biomedicina) a una concepción más amplia de la salud, con los componentes

biológicos, psicológicos y sociales que la sostienen. En este sentido, la salud ya no es más algo que compete exclusivamente a la Medicina y a los médicos.

Este difícil pasaje, nunca del todo logrado, ha sido acompañado y asistido por la creciente preocupación generada en el mundo en torno a la salud mental de las personas, a cómo cuidarla y preservarla y a cómo evitar el desarrollo de los trastornos mentales (neurosis, psicosis, psicopatías, retardo mental, etcétera) Inicialmente se denominó *Higiene Mental* al movimiento científico que se ocupó de estos temas y más recientemente **Salud Mental**. El concepto representa una importante aspiración humana:

Salud mental es la posibilidad de lograr un estado de relativo bienestar en el que un sujeto humano pueda funcionar en el mejor nivel de su capacidad mental, emocional y corporal ante la variedad de situaciones favorables o adversas que le toque vivir.

Es considerada una condición del individuo, relativa a sus recursos personales y al contexto familiar y socioambiental que lo

rodea. Implica asignar valor a la vida mental y emocional, individual o grupal y defenderla como un bien comunitario. Incluye todas las medidas tomadas para promover y preservar la salud, prevenir su pérdida y recuperarla cuando la enfermedad se manifiesta.

De las desgracias e infortunios a los que los seres humanos se ven sometidos, los más amenazantes son aquéllos en torno a su salud, con sus secuelas de dolor, sufrimiento y amenaza de muerte. Hasta hace muy poco tiempo no se disponía de recursos técnicos y científicos específicos para combatir el padecimiento que generan las enfermedades. Padecer es “sentir física y corporalmente un daño, dolor, enfermedad, pena o castigo; sentir los agravios, injurias y pesares que se experimentan” y también “estar poseído de una cosa nociva o desventajosa... soportar, tolerar y sufrir”.¹

La definición incluye, sin discriminar, fuentes corporales y mentales del sufrimiento y en su última parte sugiere una interpretación posible: padecer es estar expuesto pasivamente a una intrusión que viene de afuera y toma posesión de una persona indefensa. Tal es, a menudo, la sensación que tiene el enfermo.

Desde un principio se le adjudicó al padecimiento todo tipo de significaciones: en las más antiguas predominaba la visión animista de un mundo del que había que protegerse por medio de la magia y la hechicería. El padecimiento también estaba unido a ideas religiosas que ligaban la enfermedad con el bien y el mal. Con el tiempo, predominaron concepciones más científicas y sofisticadas sin que por eso se dejaran de lado los antiguos componentes.

Es que todo padecimiento produce una intensa movilización emocional y la imperiosa búsqueda de cualquier tipo de solución, racional o irracional. La Medicina ha sido la aproximación más racional y

científica al sufrimiento generado por las enfermedades. Por otro lado, muchas de las llamadas Medicinas Alternativas de hoy se basan en la explotación de la persistencia de componentes mágico-religiosos en la concepción de las enfermedades.

LA MEDICINA

En los dos o tres últimos siglos la Medicina se fue organizando con los avances provenientes del método científico. Con Sydenham (1624-1689) se impuso la idea de clasificar las enfermedades sobre la base de los síntomas y signos presentes. Por el camino de las relaciones clínico-patológicas se demostró que los síntomas suelen tener como base lesiones anatómicas. Luego se hizo lugar en la patología a las alteraciones funcionales del organismo. Más tarde sobrevino el descubrimiento de los factores etiológicos de algunas enfermedades y el comienzo de los avances en las terapéuticas específicas para cada una de ellas.

En todo este recorrido, la Medicina se inspiró con los aportes provenientes del movimiento científico conocido como *positivismo*. Como teoría del saber, el positivismo es un sistema de pensamiento que recurre al método experimental, rechaza toda noción *a priori* o concepto universal y absoluto. Tratando de desprenderse de ideas o creencias sobrenaturales, el positivismo sostiene que el único objeto de conocimiento son los *hechos*, las relaciones entre ellos y la búsqueda de *causas* naturales con métodos objetivos y mensurables. Estas ideas tuvieron, desde el siglo pasado, una gran influencia sobre la Medicina. Por ejemplo en Alemania, la Escuela de Helmholtz defendía firmemente el *determinismo*, según el que todos y cada uno de los acontecimientos del universo están sometidos a las leyes naturales y combatía

¹ Diccionario de la Lengua Española, Espasa-Calpe S.A., Madrid, 1970.

el *vitalismo*, para el que los fenómenos que se verifican en el organismo, en la salud o en la enfermedad se explican por la acción de fuerzas vitales propias de los seres vivos y no por las fuerzas de la materia. El positivismo sostiene ardorosamente la idea de que no existen en el organismo humano otras fuerzas activas que las fisicoquímicas. En la misma línea cabe mencionar al fisiólogo francés Cl. Bernard (1813-1878), quien dio un gran impulso el *método experimental* en Medicina.

Fue en este naciente contexto histórico que la Medicina se ocupó de estudiar científicamente las *enfermedades*. De forma paulatina, las fue ordenando y clasificando en entidades nosológicas, describió sus *síntomas y signos*, definió síndromes para hacer *diagnósticos* e intentar establecer *terapéuticas* específicas. Pero en el interin, hubo un deslizamiento a constituir a la enfermedad en una cosa, un ser, una entidad, una esencia.

La Medicina se concentró en la maquinaria biológica pero se desentendió del conductor, del sujeto de la experiencia de la salud y la enfermedad.

El médico moderno perdió interés en el padecimiento y lo desplazó hacia una especie de ontología de las enfermedades y a su clasificación. Como dice Clavreul, el saber médico terminó siendo “un saber sobre la enfermedad, no sobre el hombre, que no interesa al médico sino como terreno en el que evoluciona la enfermedad”.²

En las últimas décadas, la imposibilidad de abarcar el creciente conocimiento que proviene de las investigaciones de las Ciencias Básicas y el incremento de recursos técnicos cada vez más sofisticados, llevó a la Medicina a fragmentar su ejercicio en una multitud de especialidades y subespecialidades. Al especialista se le hizo difícil

integrar a nivel de la persona conocimientos cada vez más sectorizados.

Por las contribuciones teóricas y clínicas que la Medicina hizo a la comprensión de las enfermedades, su ejercicio ganó en objetividad, credibilidad y rigor científico y los pacientes se beneficiaron con una variedad importante de recursos terapéuticos. Lamentablemente en cambio, se perdió en alguna medida el trato clínico personalizado, se jerarquizó la enfermedad por sobre la persona que la sufre y se descuidó un ejercicio que tiene que tratar con la salud y el sufrimiento frente a su pérdida. Así están las cosas en la actualidad, tanto en nuestro país como en el mundo, pese a reiterados reclamos por mejorar la calidad de la asistencia médica. Los nuevos sistemas de prestación médica han agravado esta tendencia.

LA PSIQUIATRÍA

Mientras esto ocurría en el ámbito de la Medicina clínica, las enfermedades mentales (psicosis, neurosis, demencias, etcétera) comenzaban a recibir un tardío reconocimiento por parte de la ciencia. Durante siglos la enfermedad mental había sido atribuida a causas sobrenaturales, brujería, posesión demoníaca, etcétera y los enfermos mentales habían sido considerados con una mezcla de temor y rechazo. Al paciente se lo aislaba o quedaba librado a curanderos, hechiceros o sacerdotes. Luego aparecieron los grandes hospicios, verdaderos depósitos humanos donde los enfermos recibían un trato indiscriminado y humillante y se los confinaba de por vida. Se utilizaba con ellos los métodos más cruentos porque no se los consideraba seres humanos. La reacción frente a esta situación no se hizo esperar.

En 1789, en lo que se recuerda como un acto más simbólico que efectivo, Pinel cor-

² Clavreul, Jean. *El orden médico*. Argot, Barcelona, 1978.

tó las cadenas con que se aprisionaba a *los alienados*. Se abandonaron paulatinamente pero no del todo los métodos carcelarios, el paciente mental empezó a ser considerado como enfermo y sus derechos comenzaron a ser respetados. Se fue organizando una especialidad de la Medicina para su tratamiento, la *Psiquiatría*.

Fue en el curso del siglo pasado cuando comenzaron a utilizarse criterios científicos más rigurosos para los enfermos mentales, la observación clínica y la correlación con la anatomía patológica del cerebro. En 1845, Griesinger, un importante médico de la época, afirmó que las enfermedades mentales son enfermedades del cerebro. Aunque se admitía cierta influencia de factores ambientales o psicológicos, se interpretaba a la enfermedad mental como el resultado de ciertas causas de origen biológico, la herencia, la degeneración, lesiones cerebrales, tóxicas, etcétera.³ En esta concepción, que aún prevalece en ciertos medios, el sujeto padecía pasivamente una enfermedad mental, no era sujeto de ella. Durante ese periodo, las grandes instituciones manicomiales continuaron asistiendo a los pacientes ahora con un trato humano más respetuoso.

Mientras tanto, el psiquiatra era un *alienista* frustrado en sus posibilidades terapéuticas. Su ámbito de trabajo era el hospicio, con mayoría de pacientes inactivos, aislados e incommunicados, de paso *contribuyendo a la cronificación de los trastornos mentales en internaciones de por vida*. Lentamente se empezó a tomar conciencia de la situación y de la necesidad de instrumentar cambios y proteger los derechos de los alienados, como se los llamaba en esos tiempos. Fue un descubrimiento de gran importancia reconocer que el grado de deterioro mental y la pérdida de socialización de los pacientes era en parte el producto de las condiciones

deshumanizantes del trato asilar y no de las de la propia enfermedad.

Poco después y un poco al margen de la Psiquiatría y la Medicina se puso en marcha, por el impulso humanitario de personajes relevantes de la época, un *movimiento* en defensa de los postulados de lo que empezaba a denominarse Higiene Mental. Moisés Sheppard, un filántropo cuáquero de Baltimore legó dinero para la construcción de un hospital a condición de “que brindara cuidado humanitario” a los pacientes mentales; empezó a funcionar en 1892 y fue un modelo de atención para su época.⁴ Clifford Beers, de Connecticut, publicó en 1908 un relato de su experiencia como paciente en *The mind that found itself* y motorizó la realización de congresos nacionales e internacionales sobre el tema.

Luego vinieron los devastadores resultados de la II Guerra Mundial (1939-45). Con la fundación de las Naciones Unidas, los conceptos de salud e higiene mental lograron aceptación universal. Definida por la constitución de la Organización Mundial de la Salud en 1946,

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad... La salud de todos es fundamental para el logro de la paz y la seguridad y depende de la máxima cooperación de los individuos y el estado.

Esta definición, si bien fue criticada por idealista, reflejaba la importancia creciente acordada en el mundo al concepto de salud. Relacionaba la salud con las condiciones para la paz y no solo con las acciones de los individuos sino también de los Estados.

Por esos años, se creó en los Estados Unidos el Instituto Nacional de Salud Mental. En nuestro país, un Instituto similar coordinó y dio un fuerte impulso a las políticas

³ Cien años después, esta concepción exclusivamente biológica de la enfermedad mental quiere volver a imponerse.

⁴ *The Sheppard and Enoch Pratt Hospital*, Towson, Maryland, USA.

nacionales de Salud Mental. Fue desmantelado durante última dictadura militar y pudo ser recuperado con la democracia.

EL NACIMIENTO DEL PSICOANÁLISIS

La concepción de Salud Mental tuvo en sus comienzos una connotación humanitaria: devolver a los pacientes psiquiátricos su condición humana. Pero se requerían además nuevas ideas que le dieran al movimiento un contenido más científico. Ese impulso provino de cambios fundamentales que se dieron desde las primeras décadas del siglo bajo la influencia revolucionaria del psicoanálisis.

Sigmund Freud (1856-1938) hizo su carrera médica en la Escuela de Medicina en Viena y tuvo una parte de su formación en el laboratorio de Fisiología de Brücke, una de las autoridades médicas más importantes de su época. Brücke estaba totalmente consustanciado con las ideas de la Escuela de Helmholtz. Freud se interesó por la histología del sistema nervioso central en animales y en los seres humanos, campo al que aportó importantes investigaciones. Publicó trabajos importantes, entre otros, uno sobre *las afasias*. En 1884, estudiando las propiedades de la cocaína descubrió su poder anestésico, pero detuvo su investigación a causa de su compromiso matrimonial. Publicó importantes contribuciones sobre encefalopatías infantiles.

En 1882, por razones de subsistencia pasó a la práctica de la Neurología clínica (ver capítulo XXIV, *Vocación Médica*) y al estudio de las *enfermedades nerviosas*, empezando a tratar pacientes que hoy se reconocerían como neuróticos y psicóticos. Al principio utilizó en los neuróticos los métodos de tratamiento considerados como más científicos para su época como baños,

electricidad, masajes, etcétera. En 1885, estuvo en París para estudiar varios meses con Charcot, profesor de la famosa Escuela de la Salpêtrière donde se familiarizó con la histeria y el uso de la hipnosis. Antes de abandonar París trazó el esbozo de un trabajo: un estudio comparativo de las parálisis histéricas y orgánicas que resultaría memorable para la Medicina porque permitió empezar a entender las diferencias entre *cuerpo biológico y cuerpo humano*.⁵ Por un tiempo Freud trató de hacer desaparecer los síntomas neuróticos mediante la sugestión hipnótica con resultados variables. En 1890 viajó a Nancy y profundizó el estudio de la hipnosis con Berheim y Liébault, comprobando sus limitaciones.

A su vuelta de París, su amigo Breuer, un clínico vienés de considerable talento le contó la experiencia que había tenido hacía años con una paciente (luego la famosa Ana O). Sus síntomas eran: *contracturas de las extremidades, trastornos de la movilidad ocular y de la visión, dificultad en mantener la cabeza erguida, tos nerviosa, anorexia, ausencias, etcétera*. Habían comenzado cuando la joven cuidaba a su padre, durante una larga enfermedad de la que finalmente éste murió. Breuer asistió a la paciente diariamente, en oportunidades dos veces al día durante muchos meses. Algunos de los síntomas desaparecieron cuando bajo hipnosis ella fue capaz de recordar las situaciones y expresar las emociones de cada una de las oportunidades en que se habían producido los síntomas por primera vez. Breuer se dio cuenta de que *el recordar bajo hipnosis tenía efecto curativo*. Sin embargo, terminó de modo abrupto la experiencia cuando constató que la paciente había mejorado pero que ambos se habían involucrado emocionalmente sin poder darse cuenta porqué. Como suele suceder en estos casos, olvidó el incidente hasta que se lo contó a Freud

⁵ Freud, S. "Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas" (1893). En: *Obra completa* Tomo I. Amorrortu, Buenos Aires, 1992; (1).

años después. Buena parte de los desarrollos freudianos sobre el concepto de *transferencia* nacieron a partir de ese tipo de observaciones.

Por ese entonces, Freud pensaba que las psiconeurosis se debían al olvido (represión) de experiencias traumáticas del pasado que retornaban como síntomas. Entonces empezó a aplicar la hipnosis, no para suprimir los síntomas sino para recordar experiencias patógenas activamente olvidadas (este recurso fue conocido como *método catártico*). Pero con el tiempo tuvo que abandonar también la hipnosis porque no le era fácil inducirla en sus pacientes y no tenía efectos duraderos. Comprobó que podía prescindir de ella y levantar la amnesia si se ejercía presión sobre la frente y le exigía al paciente que recordara, procedimiento al que también renunció. Finalmente creó un método especial que denominó *el método de la asociación libre o regla fundamental*.

Pedirle al paciente que dijera todo lo que tenía que decir, libremente, sin exigencias, sin influencias ni presiones de ninguna naturaleza. Que comunicara todos sus pensamientos, aunque fueran triviales, desagradables o absurdos.

El postulado del *determinismo psíquico* implicaba que todo lo expresado por el paciente en esas condiciones estaba inconscientemente en relación con dos cosas, *los motivos de su enfermedad y la persona del médico que la trataba*.⁶ Se inauguró así un procedimiento de observación de los fenómenos psicológicos, *el método psicoanalítico* (ver capítulo III). Aquellos datos de la mente que el paciente aportaba en esas condiciones y que hasta entonces habían sido desechados por la ciencia como irrelevantes —como los sueños, los actos fallidos y los síntomas neuróticos— pasaron a tener una

trascendencia enorme ya que condujeron *al reconocimiento de lo inconsciente*.

Como tantas veces en la historia de la ciencia, el descubrimiento de un método nuevo abrió un campo de observación y conceptos e hizo posible construir hipótesis científicas válidas sobre objetos que no habían sido previamente comprendidos. Algunos de sus postulados tuvieron y siguen teniendo una significativa trascendencia para la Medicina en que la persona pasó a ser enfocada como un sujeto en relación con su contexto vincular sociocultural.

Se empezó a tener en cuenta, entre otras cosas, el funcionamiento inconsciente de la mente, el reconocimiento de la sexualidad infantil, el cuerpo como cuerpo erógeno, el rol del conflicto en la constitución del psiquismo humano y en especial del Complejo de Edipo, el Yo como precipitado de identificaciones, la angustia y los mecanismos de defensa que protegen al Yo, pero por sobre todas las cosas, la vitalidad y potencialidad del vínculo humano a partir del descubrimiento de la transferencia.

El Psicoanálisis contribuyó a tomar conciencia de la importancia de las experiencias de la infancia para el desarrollo de los seres humanos, como resultado de una serie de factores ambientales y accidentales y no de pautas fijas congénitas e inmutables. Introdujo el concepto de *series complementarias* y con el de *pulsión* la posibilidad de la integración mente-cuerpo.

LA CONTRIBUCIÓN DE OTRAS DISCIPLINAS A LA SALUD MENTAL

El impacto del Psicoanálisis sobre la ciencia y la cultura de este siglo fue impresionante,

⁶ Freud, S. “La interpretación de los sueños” (1900). En: *Obra completa* Tomo V. Amorrortu, Buenos Aires, 1992; 525.

en especial sobre el campo de la salud y la enfermedad, donde se le sumó el aporte de la Psicología Social (porque toda Psicología es Social), los datos de la Antropología y la Sociología que estudiaron y esclarecieron la importancia de los factores socioculturales y económicos.

El aporte de la Psicología de los Grupos y las Instituciones (*ver capítulo XXXIII*) resultó enriquecedora. Un psicoanalista argentino, Enrique Pichón Riviere fue un notable pionero en el estudio de situaciones manicomiales, que con su trabajo asistencial contribuyó a cambiar. Destacó la idea de *enfermedad única*, la importancia de los vínculos, de los procesos grupales y de psicología social. La mente y la enfermedad mental dejaron de ser algo abstracto y aislado, en la medida en que la persona pasó a ser enfocada como una totalidad inseparable de su contexto sociocultural. Los comportamientos pudieron ser reformulados como relaciones vinculares que ayudan a enfermar o curar.⁷

Partiendo del individuo, por el grupo y la familia se llegó a las instituciones y a la comunidad, que es donde operan los factores que también llevan a la consulta médica.

La propia Psiquiatría se renovó en una concepción diferente de su ejercicio: la llamada Psiquiatría Dinámica tuvo que hacer intervenir motivaciones psicológicas inconscientes en la Psicopatología. Después de la Segunda Guerra Mundial cambiaron los lugares donde el psiquiatra y el psicólogo podían operar, pasaron a los Dispensarios, Centros de Salud Mental, Escuelas, etcétera *pero en especial a los servicios de Psicopatología de los hospitales generales* que empezaban a hacer su aparición. Su trabajo se fue enriqueciendo con la integración interdisciplinaria en equipos con sus colegas médicos; su instrumental técnico se fue

ampliando, sobre la base de la eficacia terapéutica de comprender al sujeto y al vínculo humano. Pero lo más importante fue que

al transformar la enfermedad de un hecho biológico en un hecho social, la Medicina tuvo que considerar la dimensión de la salud, y cuidarla para disminuir los riesgos de perderla.

Esta idea iba a tener importantes consecuencias en el trabajo clínico. Como aplicación de los conceptos renovadores de Salud Mental surgieron nuevas áreas de actividad en torno a la prevención y la atención primaria de la salud.

DE LA SALUD MENTAL A LA MEDICINA

Las ideas procedentes del Psicoanálisis y de otros campos cuestionaron la concepción tradicional exclusivamente biomédica de la enfermedad somática, al principio, con la aparición de la que se denominó Medicina Psicosomática. Abordaba una serie de entidades clínicas de cuya naturaleza emocional no cabrían dudas, por ejemplo el asma, la hipertensión esencial, la úlcera péptica y la artritis reumatoidea. Eran parte de una lista que se fue ampliando con el tiempo y son en general enfermedades crónicas, graves, remitentes, que evolucionan de manera intercurrente y donde *la incertidumbre en el pronóstico es a menudo la única certidumbre*. Comprometen personalmente mucho más que otras al médico que las asiste y por esa razón fueron las que en principio lo motivaron a consultar al psicopatólogo. Con el tiempo se fueron incluyendo otras enfermedades, porque la práctica totalidad manifestaba algún componente emocional.

Con la Medicina Psicosomática se introdujo en Medicina el concepto de *psico-*

⁷ Pichon-Rivière, E. *El proceso grupal*. Nueva Visión, Buenos Aires, 1985.

génesis: ciertas constelaciones psicológicas comenzaron a ser consideradas parte de la etiología de las enfermedades corporales. Una aplicación de estos conceptos fue propiciar un abordaje *holístico* (de *holos*, totalidad) en la medicina clínica, para intentar superar la disociación mente-cuerpo presente en la medicina tradicional. Más adelante se verá, sin embargo, que toda concepción totalizadora corre el riesgo de ser ilusoria.

La conceptualización psicosomática, aunque rica y estimulante, se fue agotando con el tiempo no sin antes haber transitado por sociedades científicas y revistas en las que se desplegaron sus ideas. Jerarquizaba las emociones como “el villano del drama psicosomático”. Debió conformarse con un impacto de relativo poder en la clínica, porque su eje básico de referencia era un pensamiento causal, mecánico, simplista, estableciendo correlatividades entre aspectos psicológicos y variables clínicas y de laboratorio en lugar de enfatizar el eje sujeto objeto, que es el de la relación vincular médico paciente. El concepto de psicogénesis, terapéutica y metodológicamente insuficiente, resultó muy criticado. Pero los pro y contras de la concepción psicosomática, deben quedar para más adelante (*ver capítulo XXIX*).

La Psiquiatría Dinámica logró establecerse (no sin fuertes resistencias) en los Hospitales Generales como Servicios de Psicopatología o de Salud Mental. En nuestro país, el servicio de Psicopatología del Policlínico de Lanús bajo la dirección del Prof. Mauricio Goldenberg fue pionero en su género para Latinoamérica. Se organizaron además los llamados Centros de Salud o Centros Comunitarios. De esta manera el psicopatólogo con orientación psicoanalítica pudo empezar a colaborar con la actividad de la clínica médica a través de los llamados grupos Balint y en especial con la llamada

*interconsulta médico psicológica, concebida como un instrumento para abordar situaciones de conflicto de la relación médico paciente en el marco hospitalario.*⁸

El supuesto básico de la Interconsulta es que la tarea médica, tal como es concebida y llevada a cabo por el profesional, en algunos casos origina o termina en una crisis emocional de la relación médico paciente en que el Interconsultor del área psicológica puede *asistir al médico en la asistencia* y ayudarlo a entender, entre otras cosas

la importancia de la llamada relación transferencia-contratransferencia en el vínculo médico paciente y de paso, que el significado del enfermar en la vida de las personas es tan importante como los determinantes biológicos de la enfermedad

También se pudo cuestionar en profundidad la naturaleza de la concepción con que el médico realizaba su tarea y la importancia del *marco institucional* en la organización y resolución de la enfermedad.⁹ James Holliday, un sanitarista escocés pionero en este campo, sugirió que una sociedad caracterizada por su desintegración contribuye a enfermar a sus miembros.¹⁰ En la década de los sesenta, principalmente en Estados Unidos, nació el movimiento de los Centros de Salud Mental Comunitaria (*Community Mental Health Centers*).

En estos años se hicieron intentos por mejorar el curriculum médico y por dar una formación más completa e integral a los futuros médicos. Pasó por incluir adiestramiento en materias como Psicología Médica, Psicosemiología, Antropología, Sociología y Medicina Familiar. Fueron modificaciones importantes que no pudieron alcanzar del todo sus objetivos por varias razones: falta de adecua-

⁸ Ferrari H, Luchina L, Luchina N. *Interconsulta médico psicológica en el marco hospitalario*. Nueva Visión, Buenos Aires, 1971.

⁹ Ferrari H, Luchina L, Luchina N. *Asistencia institucional*. Nueva Visión, Buenos Aires, 1972.

¹⁰ Halliday, J. *Psychosocial Medicine: a study of a sick society*. Norton, New York, 1948.

da formulación teórica que pudiera plasmarse en un enfoque integrador, experiencias limitadas en el tiempo, escasa repercusión clínica, etcétera. Se propuso como finalidad *agregar* o sumar lo psicológico, lo social, lo antropológico, sin poder integrarlo del todo en la clínica. En los últimos años se ha generalizado en las Escuelas de Medicina de todo el mundo la necesidad de encarar ambiciosos planes de reforma curricular, basados en general en la *resolución de problemas*. Un importante sector dentro de la misma se manifiesta a favor de una *Medicina basada en la evidencia*.

La Medicina forma parte del amplio campo de la Salud Pública, que abarca “la suma de la salud de los individuos que componen una comunidad”. Este sector Salud, a cargo de organizaciones e instituciones nacionales e internacionales, públicas o privadas, tiene por finalidad diseñar e implementar políticas y acciones en salud y asignar recursos, siempre necesariamente escasos.

La tendencia más reciente es marchar hacia concepciones cada vez más modernas de Medicina Social, con énfasis en los programas de prevención, prestando creciente atención a las estrategias de Atención Primaria de la Salud tal como se recomendara en la Conferencia Mundial de Alma Ata, “Salud para todos en el año 2000” (1978). Conforman intentos de renovar y humanizar las prácticas de la Medicina tradicional, reincorporar al médico general y al médico de familia. No es éste el lugar para efectuar un análisis de su eficacia pero hay insatisfacción generalizada en cuanto a sus resultados. Sus propuestas a menudo están alejadas de las necesidades puntuales y concretas que plantea en la comunidad el padecimiento humano o tienen relativa eficacia para sostener la salud. Mucho tiene que ver en esto el tipo de organización institucional de las prestaciones médicas (pública, prepaga, obras sociales, etcétera) que depende de factores políticos y económicos.

En este intento de transformar al ejercicio profesional médico en un enfoque más integrado y personal, que respete los requerimientos de la salud mental de los pacientes y de los propios médicos, los resultados han sido lentos y poco sostenidos. *Se requiere más que nada una concepción teórica que reformule las propuestas sobre salud y enfermedad*. Es aquí donde los criterios de Salud Mental pueden encontrar su inserción en la Medicina y en el campo de la Salud Pública.

EN TORNO AL CONCEPTO DE SALUD

*Preservar la salud y curar la enfermedad:
la Medicina todavía está buscando una solución
científica a este problema que nos ha confrontado
desde los inicios.*

CLAUDE BERNARD, *Introduction to the
Study of Experimental Medicine* (1865)

Es difícil precisar el concepto de salud. Como se señaló al principio, el interés humano por cuidar y preservar la salud es históricamente más reciente que su preocupación por las enfermedades. La problemática acerca de la salud, si bien está siempre presente, surge con más frecuencia ante la amenaza de perderla, es decir, cuando aparece la enfermedad en el horizonte de la vida. Como dijo J. Billings: “Cuando un hombre pierde su salud es cuando comienza a preocuparse por ella”.¹¹

LA SALUD COMO ESTADO Y COMO SIGNIFICADO

Para la Medicina la salud es un **estado** que se define por la ausencia de síntomas y de signos de enfermedad corporal. Con sus

¹¹ Billings, J. En: Day D., *Uncle Sam's and Uncle Josh*, New England Wit, Boston: Little Brown, 1953, página 184

procedimientos diagnósticos evalúa el *organismo* y si sus funcionamientos son normales, corrobora esta condición y certifica el estado de salud de la persona.

En la concepción que sostiene el imaginario popular, la salud se define como la condición en que el ser humano ejerce normalmente sus funciones, libre de malestares, dolores o penurias.

Además de ser considerada un estado, la salud importa como *significado*, esto es, por lo que puede significar, en especial para el sujeto y su familia. Para la mayoría, la salud es un bienpreciado cuya pérdida se teme. Enfermar puede suponer estar abandonado a fuerzas desconocidas o malévolas que amenazan la integridad corporal, lo persiguen, lo hacen sentir culpable o responsable.

Paradójicamente, algunas personas no toleran lo que la salud significa como bienestar y parecen estar más a gusto en la enfermedad, el padecimiento o el sufrimiento.

Esta predilección rompe con el supuesto de sentido común de que las personas buscan necesariamente la salud y que, como consecuencia, habrían de colaborar sin resistencia con los médicos en recuperarla.

La dedicación científica por la salud, como patrimonio de la comunidad y como responsabilidad de los gobiernos, apenas tiene poco más de un siglo de existencia. Inicialmente estuvo ligada al cuidado ambiental y de la higiene pública.¹² La Medicina tradicional tiene centrado su interés en el tratamiento de las enfermedades y pese a las manifestaciones en contrario, le resulta difícil ocuparse de la promoción y prevención de la salud. No tiene una definición precisa y abarcativa de lo que es salud. Para la Medicina, la salud (en singular) parece

ser el fondo silencioso donde se recortan cada tanto las figuras definidas y ruidosas de las enfermedades (en plural). Persiste la idea de que la salud es la ausencia de enfermedad o el negativo de la misma. Leriche definía a la salud a fines del siglo XVIII como el silencio de los órganos. Desde esa concepción, no hay casi posibilidades de Medicina preventiva o de políticas de atención primaria. Pero, en cuanto el enfermar deja de ser patrimonio exclusivo del área corporal e incluye lo personal y social, la salud se transforma en un concepto operativo y pleno de significado.

La definición de la OMS sobre salud citada antes es importante por incluir el bienestar como un indicador subjetivo de la salud. Pero no conocemos de un bienestar para el ser humano que sea *completo* y duradero. Por el contrario, es posible que el bienestar tenga por condición el contraste con otras sensaciones, incluso penosas.¹³ Además, es arbitrario separarlo en *físico, mental y social*. Se pueden pensar como áreas desde las cuales ese supuesto bienestar puede mantenerse o perturbarse pero en sí dice poco en relación con definir salud.

SALUD Y ENFERMEDAD

*La desdicha mental puede ser compatible
con una salud física espléndida
y la felicidad puede habitar
en un cuerpo enfermo.*

DR. RENE DUBOS,
Men, Medicine and Environment (1968)

Se puede definir la salud como el alcance de la capacidad física, mental y social de una persona para percibir, responder, adecuarse y recuperarse de factores potencialmente patógenos.

¹² Sonis, A. *Actividades y Técnicas de Salud Pública*. El Ateneo, Buenos Aires, Tomo I, 1985.

¹³ Freud, Sigmund. "El malestar en la cultura" (1930). En: *Obra completa XXI*, Amorrortu, Buenos Aires, 1992.

Esta definición toma en cuenta:

- Por un lado, *el alcance de las capacidades de la persona*: comprende tanto los montajes hereditarios, las disposiciones congénitas, los mecanismos biológicos, los recursos inmunitarios, como los rasgos personales, familiares, sociales, etcétera que tienden a proteger la salud. Recientemente ha aparecido en numerosos trabajos médicos un nuevo concepto, el de resiliencia (*resilience*), definido como la capacidad de una persona de tolerar situaciones patógenas sin enfermarse.

- Para *percibir, responder, adecuarse y recuperarse*: se refiere a cómo la persona (más estrictamente su Yo (*ver capítulo VIII*)) comprende, interpreta y en base a ello responde a hechos que comprometen su salud, si de manera flexible o inflexible, si se adecua pasiva o activamente, si dispone de vínculos que lo asisten o lo dañan. Es decir, cómo la persona hace intervenir sus recursos en favor o en contra de su salud. La persona es parte activa de la interacción con el entorno y a la vez, es su Yo el que lo significa. El sentido que le da a sus circunstancias presentes depende de su historia pasada y de sus fantasías inconscientes. *Es en este lugar donde Salud Mental encuentra un lugar especial en Medicina.*

- *Los factores potencialmente patógenos* que amenazan la salud son de todo tipo, desde hereditarios, genéticos, inmunitarios, biológicos, tóxicos, que como etiología la Medicina conoce tan bien, hasta los emocionales, familiares, y los del contexto social, económico y político. El Yo de la persona puede interpretar algunos como patógenos sin serlo o ser patógenos sin reconocerlo. Considerar la multiplicidad de los hechos reduce la necesidad de buscar explicaciones monocausales y unidireccionales para la salud y la enfermedad, por ejemplo que determinada patología empezó “a punto de partida de...” y por una sola causa.

En la definición previa, *la salud* es entendida como resultado del equilibrio diná-

mico, relativo e inestable entre condiciones que la mantienen y factores que la amenazan. Si los *múltiples factores* son muy adversos o superan *el alcance de la capacidad del individuo* para enfrentarlos, pueden aparecer procesos patológicos que se constituyen en *la enfermedad*.

Tanto el sujeto como el ambiente están expuestos a cambios, esperados e inesperados, súbitos o graduales y la salud o la enfermedad dependen de la capacidad de adecuarse. Un sujeto puede estar *bien* dentro de sus demandas físicas habituales pero tener un infarto cuando una competencia deportiva tiene para él un significado que le implique, por ejemplo, una exigencia desmedida. Un joven puede aparentemente transitar su adolescencia en familia *bien adaptado* pero sufrir una psicosis aguda cuando, por cualquier circunstancia se lo separa de ella.

Además, hay observaciones clínicas que sugieren que *la salud en un sector puede alternar con enfermedad en otro*, por ejemplo el agravamiento de la colitis ulcerosa de un paciente puede coincidir con la mejoría de la depresión que venía sufriendo. Una interferencia somática grave, una quemadura, puede mejorar una psicosis crónica. Una crisis familiar puede terminar en una intervención quirúrgica por una apendicitis del miembro familiar más vulnerable. Estas observaciones son muy ricas y permiten especulaciones teóricas que dan cuenta de complejas relaciones entre la salud y la patología, en el área de los fenómenos somáticos, psicológicos y familiares.

Salud y enfermedad no son conceptos absolutos ni se definen por oposición. No son dos caras de la misma moneda. *Tal vez, nunca se está ni totalmente sano ni totalmente enfermo.* Son términos que mantienen una relación dinámica entre sí. ¿Es posible plantear *falta* de salud en alguien sin que esté necesariamente enfermo? ¿Las náuseas de la embarazada del primer trimestre son un signo de enfermedad o de salud? Una alergia de la infancia debida a un alérge-

no único puede desaparecer si el sujeto no vuelve a tomar contacto con ella. Pero años después, si se contacta nuevamente puede tener una reacción alérgica catastrófica: en el interin, ¿estaba sano? Una ingesta moderada de alcohol pueden producir un estado de embriaguez transitoria que dificilmente pueda considerase enfermedad. Se pueden sufrir trastornos, pero son temporarios. La ingesta excesiva y repetida puede conducir a una enfermedad, el alcoholismo, con manifestaciones que pueden pasar a ser irreversibles. Para ser considerada enfermedad se requiere cierta intensidad y persistencia en sus manifestaciones.

La relación entre condiciones físicas y la salud se problematiza en ciertas circunstancias: un discapacitado, con serias deficiencias funcionales puede intervenir en competencias deportivas y llevar una vida lo más *saludable* posible, etcétera. Quién se recupera de un accidente cerebro vascular puede quedar con una hemiplejía importante pero preservar *su salud*. Salud y condición física no siempre son sinónimas.

A veces esto último se demuestra dramáticamente en los llamados *chequeos de la salud* donde el médico recurre a exámenes físicos, análisis de laboratorio u otras pruebas diagnósticas y se apoya fuertemente en los resultados para decidir entre salud y enfermedad. Si considera a la salud como el resultado de las condiciones físicas exclusivamente puede llevarse una sorpresa: la experiencia a veces registra que los resultados *negativos* de un chequeo son inexplicablemente seguidos por una patología clínica totalmente inesperada, por ejemplo un infarto masivo de miocardio. Los propios médicos lo reconocen: "Mis observaciones clínicas me llevan a sostener que una sensación de salud desmedida en un paciente, generalmente presagia o un infarto de miocardio o una incipiente hipomanía".¹⁴

Es que en el tema de la salud y la enfermedad interviene, además, lo mental, que incluye los comportamientos, y éstos no se detectan con pruebas diagnósticas de laboratorio, por sofisticadas que sean. Como lo dicen Costa y López¹⁵, "Existen numerosos testimonios históricos de que, en concreto, la gente ha sido siempre más o menos consciente de la relación existente entre su grado de salud y bienestar o malestar y el tipo de costumbres y estilo de vida,... En un momento en que la especie humana realiza rápidos progresos tecnológicos en el ámbito bioquímico, enzimológico, inmunogenético y molecular, que le otorgan un mayor control sobre la vida y la muerte, de la salud y la enfermedad, se alzan los comportamientos como los grandes responsables de la vida y la muerte, de la salud y la enfermedad... Antes del carcinoma pulmonar está el comportamiento de fumador. Antes del coma diabético está la ingesta excesiva o el descuido de la dieta. Antes del embarazo no deseado está la actitud hacia la sexualidad, antes de las enfermedades cardiovasculares están las dietas hipergrasas, etcétera".

Es un avance importante el presentar los problemas de salud dentro de los variados estilos de vida o comportamientos. La prevención que pretende el médico tiene en el comportamiento de su paciente un tope. Porque *cuando se habla de comportamientos se hace referencia a las conductas manifiestas, que no se cambian fácilmente ni son del todo accesibles a los consejos de los familiares o de los médicos*. Por eso, las teorías cognitivas del comportamiento tienen aquí su límite (ver capítulo XX).

Es que, como se verá a lo largo de este texto, tanto como el comportamiento en sí, por evidente que sea, lo que importa es su significación inconsciente.

¹⁴ Miller, H. En: McLachlan, G., McKeown, T., *Medical History and Medical Care*. Oxford Univ. Press, 1971.

¹⁵ Costa M. y E. López. *Salud Comunitaria*, E. M. Roca. Barcelona, 1988.

El efecto nocivo de un comportamiento no siempre se detecta en los chequeos de rutina y mucho menos se los interpreta en su potencialidad patógena. Por tomar uno de los ejemplos dados, del diabético que descuida su dieta y se expone a una crisis hiperglicémica, se necesita saber qué hace con lo que hace, porqué y a quién se lo hace, qué respuestas tiene de su ambiente familiar, qué sentimientos de desaliento o de agresión expresa, etcétera. Como se dijo antes, el análisis de la vida mental permite explicar *comportamientos paradójicos*:

Aunque sea un bienpreciado, la salud no es siempre bienvenida, ni se la busca ni se teme necesariamente su pérdida.

Son interesantes los estudios del efecto que sobre la salud tiene la pérdida de una persona importante en la vida.¹⁶ Proponen, por ejemplo, que la leucemia, el linfoma y la colitis ulcerosa aparecen a continuación de una experiencia que puede significar una pérdida. Más recientemente se puso de manifiesto la importancia de ciertos momentos críticos caracterizados como el de *darse por vencido* (*giving up complex*) propicios para la aparición de enfermedades.

Tampoco basta la información que se brinda, por completa que sea. Los factores pasionales que desatan los temas de salud y enfermedad en las personas son muy fuertes. Este hecho es indispensable para tener en cuenta en las campañas de prevención del SIDA:

Una adolescente, inteligente y muy bien informada de los riesgos, contaba que

al empezar a tener relaciones sexuales con una persona que había conocido hacía poco pensó en la necesidad de protegerse. "Sabía que tenía que cuidarme, pero no pude interrumpir, no quería arruinar el momento..." se lamentaba después.

Este ejemplo muestra, como tantos otros, la poca trascendencia que se le puede dar a una información esencial, vital, frente a la trama de poderosos factores emocionales.

UNA HIPÓTESIS FUNDAMENTAL

Se dijo que la salud depende de los recursos más variados del sujeto para enfrentarse y protegerse frente a factores múltiples que lo afectan. Pero, entre todos, es la calidad de los vínculos que el sujeto establece con los objetos humanos significativos de su entorno uno de los factores fundamentales para preservar la salud o perderla.

Existe una relación muy íntima entre el estado de salud de una persona y el momento vital que atraviesa. Aún cuando no se conozcan en detalle los mecanismos involucrados y a veces pase desapercibido, la enfermedad amenaza con frecuencia en medio de una crisis vital que el sujeto transita sin poder elaborar.

El recorrido de este capítulo quiso reflejar, como lo dice la cita del epígrafe, el valor que para la vida tiene la vida mental, en la salud y la enfermedad.

¹⁶ Schamele, A. "Giving up as a final common pathway in changes in health". En: Liposwsky Z. *Psychosocial aspects of physical illness*, S. Karger, Basilea, 1972;20-40.

II

SALUD MENTAL

UNA PROPUESTA DE DEFINICIÓN

Toda posible definición de Salud Mental es problemática y compleja. Ninguna puede dar cuenta de todo el campo que abarca la Salud Mental. Se ha sugerido la siguiente:

Estado de relativo equilibrio e integración de los elementos conflictivos constitutivos del sujeto de la cultura y de los grupos –equilibrio e integración progredientes; con crisis previsibles e imprevisibles, registrables subjetiva u objetivamente– en los que las personas o los grupos participan activamente en sus propios cambios o en los de su entorno social.¹

Esta definición, provisoria y abierta, merece los siguientes comentarios:

a. Más allá de sus múltiples acepciones, lo *mental* interesa como concepto operativo: *la mente es el lugar virtual desde donde el Yo otorga sentido a la experiencia, donde se vincula consigo mismo (en estrecha relación*

con su cuerpo) y con sus objetos, donde puede percibir, sentir, pensar y recordar (y olvidar) lo vivido. Virtual quiere decir un lugar de existencia aparente, no real, aunque tenga la virtud de producir efectos. Lo mental habla de la capacidad de simbolización del ser humano, de aquello que le permite acceder y compartir la cultura y la socialización y que lo separa del resto de los animales. Salud Mental hace referencia al *estado o situación de la vida mental* de la persona.

b. Cualifica la vida mental de la persona, interroga sobre su *calidad* de vida, trata de comprender *lo que es valioso, importante, útil, destacado para esa persona, no para el observador.* Lo que puede ser *saludable* para una persona puede ser *perjudicial* para otra. El cualificar la vida mental plantea un dilema: es abrir juicio, atribuirle cosas y el riesgo de deslizarse a un problema de valores: qué es *bueno o malo o mejor o peor*, cómo se determina y por quién –si la misma persona, su familia, la comunidad social, el profesional que lo asiste– (*Ver capítulo III*).

c. Considera al Yo de la persona como sujeto (por oposición a persona como ob-

¹ *Salud Mental, definiciones y problemas.* Dirección Nac. de Salud Mental, Director Dr. V. Galli, Buenos Aires, 1986.

jeto), en su subjetividad, sus experiencias, sus fantasías, su historia única e irrepetible.

Este texto ubica al Yo como el lugar que singulariza, subjetiviza, personaliza la experiencia mental, y al que se hace referencia en primera persona del singular.

d. Salud Mental toma especialmente en consideración el concepto de *vínculo*, como fundante de las estructuras mentales y a su vez, sostén de las mismas.

En efecto, el proceso de humanización implica crecer y desarrollarse psicológicamente en un contexto de relaciones familiares cuya progresiva internalización irá constituyendo las estructuras mentales del sujeto. De todos los vínculos, los más tempranos con los objetos primarios tienen una importancia muy especial. La impronta psicológica y emocional gestada durante los primeros tiempos tenderá a cambiar y modificarse o a repetirse y perpetuarse. La noción psicoanalítica de *transferencia* se refiere a esta última posibilidad, a la insistencia de las experiencias del pasado más allá de las circunstancias del presente. En esta situación se pone en juego la dialéctica entre la apertura a los cambios o el cierre en la repetición.

Además, la vida mental está sostenida en grado variable por un proceso de vinculaciones humanas afectivas, solidarias y de apoyo, necesarias para la salud, el crecimiento y la realización de los proyectos de vida. Cuando este sostén se debilita, se pierde o entra en crisis, la enfermedad amenaza. Sea como fuere, ésta es la incidencia de la dimensión familiar, grupal o social en la salud mental de las personas.

e. Tiene en cuenta *el conflicto inconsciente*, que es el aspecto constitutivo más importante de la vida mental y que está siempre necesariamente involucrado en los

vínculos. Nos determina como sujetos radicalmente divididos, vulnerables a influencias inconscientes. El conflicto, motor de crecimiento y salud o de detenimiento y patología, transita en vínculos intra e interpersonales. Como lo dice H. Etchegoyen, "El hombre es un ser en conflicto con su naturaleza y cuya naturaleza es el conflicto".² Está implícita la concepción del funcionamiento dinámico de la mente, esto es, de fuerzas que se contraponen y luchan entre sí. El Yo de la persona está enfrentado a lo reprimido inconsciente pero expuesto a su influencia. Por eso, cuando habla, no siempre sabe lo que quiere ni quiere lo que pide.

f. Considera a las personas en el desarrollo de las etapas sucesivas de un ciclo vital, lo que permite la inclusión de la historia en el devenir humano y el pasaje de las generaciones.

*Para el médico supone escuchar la historia de una vida y el momento vital en que transcurre (**biografía**) y no sólo la historia de unos síntomas (**patografía**).*

El ciclo vital es además afectado por crisis previsible (como por ejemplo la adolescencia, la edad media de la vida, o imprevisibles (como enfermedades, separación, muerte, etcétera).

Las crisis son momentos especialmente vulnerables en los que se juega el desarrollo o la regresión, el cambio o la repetición, el crecimiento o el deterioro, la salud o la enfermedad.

g. La idea presente en la definición es que la salud mental es parte de un proceso que hay que considerar en el tiempo, que tiende a la salud en la medida en que predominan tendencias integradoras en equilibrio dinámico inestable con toda suerte de factores que conducen al desequilibrio.

² Etchegoyen, H. "Psicoanálisis hoy y mañana". *Rev. de Psicoanál.* XV 3, 1993.

h. Se mencionan indicadores que pueden ser tomados como expresión subjetiva de salud mental: *bienestar, placer, confort, logros*, etcétera. Su interpretación es polémica. Implica dar reconocimiento a los *tendencias* personales o deseos en el recorrido que hacen por el camino de su satisfacción o insatisfacción, correlato inevitable de las experiencias de la vida. Supone tener en cuenta a la persona como sujeto deseante, permanentemente tensado por sus deseos conscientes o inconscientes y por las posibilidades de su realización. Desde el punto de vista de la salud, el ser humano no sólo transita un ciclo vital sino que recorre un *proyecto* significativo en acuerdo o desacuerdo con los deseos que lo sustentan y las posibilidades y dificultades, tanto internas como externas para concretarlo.

i. La toma en consideración de la salud mental permite al sujeto un rol protagónico a través de la participación *activa* en el contexto en que le toca vivir. Salud mental es sostén de la *autonomía, la responsabilidad y el estar a cargo* de uno mismo. Estos elementos se detallan al tratar *adultez*. Incluye permitirse el cuidado de los demás cuando sea necesario.

La participación activa supone una actitud transformadora de las circunstancias, a diferencia de estar adaptado sumisamente al propio entorno. Cuestiona criterios de salud basados en que *la norma es lo normal*.

Si se tienen en cuenta estas ideas en el área de la Medicina, se genera una experiencia que tiende al cuidado personalizado, a reconocer y responder a las necesidades individuales, a recuperar la dimensión humana, con una metodología acorde: recursos humanos y su movilización.

La salud mental no es un bien solitario, sino solidario, algo a compartir que se puede generar y desarrollar en los individuos dentro de un contexto familiar y social donde predomine una organización democrática de la vida. Circula en la dimensión de lo grupal aún cuando reconoce

el ámbito de la privacidad y de la intimidad personal.

¿Por qué esta problemática, por qué ahora, en esta persona, y con esta situación?

Incluye la dimensión de lo social, porque el campo de la salud puede ser comprendido en todas sus implicancias con respecto a un sistema de valores en cada época y cultura determinada, que pesan fuertemente a la hora de decidir qué es salud, qué es enfermedad y con qué recursos se las trata.

DOS ASPECTOS EN SALUD MENTAL

Cuando se hace referencia a Salud Mental están presentes dos aspectos no separables del todo. Uno de ellos se interroga acerca de qué es la salud mental y el otro acerca de cómo se la preserva. Aunque ambos están íntimamente relacionados, constituye un problema el que compartan el mismo nombre. (Por lo tanto de ahora en más y de manera arbitraria se los discrimina con minúsculas y mayúsculas respectivamente.)

a) La salud mental como aquello que cualifica el estado de la vida mental y de su funcionamiento en el nivel individual (*ver supra*). Hace referencia a vivencias psicológicas y emocionales que dan cuenta de la experiencia subjetiva de las personas.

La idea de salud mental evoca de inmediato enfermedad mental, algo que puede crear equívocos. Refleja el hecho de que *salud y enfermedad mental no son conceptos excluyentes* sino de relativa presencia en cada sujeto. La salud mental tiene a la Psiquiatría como uno de sus bordes.

b) Pero, la Salud Mental es también un espacio de reflexión interdisciplinario, impreciso en sus contornos, que no cabe por ahora delimitar, que desde actividades psiquiátricas se ha desplegado en abanico

hacia campos contiguos y, a partir de una nueva conceptualización, ha profundizado el estudio de la salud en cualquiera de sus manifestaciones, organizando un nuevo nivel de acciones “tendientes a fomentar, proteger, conservar y restablecer la salud mental del hombre”. En este sentido,

Salud Mental es un instrumento metodológico para analizar y comprender teóricamente los problemas de la salud y una propuesta de acción para poder abordarlos de manera interdisciplinaria.

Es un campo de prácticas sociales y como tal, ocupa un espacio que revela un carácter indefectiblemente político, sujeto entonces a factores de poder.³ El poder se concibe como un ingrediente universal y ubicuo de las relaciones humanas, presente en las estructuras mentales individuales, grupales e institucionales. Lo que subyace al poder es una dinámica de fuerzas. Lo ejercen quienes tratan de doblegar, dominar, violentar al otro con los medios más disímiles. Salud mental se interroga sobre este poder instrumentado de manera sutil, tiránica o despótica y de cómo sostener otra concepción de poder basada en el interés de la comunidad y de los derechos humanos, por medio de la ley, la justicia y el derecho.

Los problemas de la salud mental pueden plantearse en todos los ámbitos, aun en los más disímiles: centros de maternidad, *nurseries*, escuelas, ámbitos judiciales, centros de rehabilitación, de tercera edad, de enfermos crónicos, etcétera. Con una suerte de licencia semántica, se puede decir que Salud Mental es una aproximación *mental* (dicho en el sentido de lo subjetivo, de lo personal) a los problemas de la *salud* en las personas en cualquiera de los contextos a que pertenecen (médico, docente, comunitario, social).

Todas las actividades humanas pueden ser beneficiarias de las propuestas de Salud Mental, en especial las institucionales y comunitarias.

Desde el punto de vista operacional, Salud Mental es un conjunto de estrategias y actividades que apuntan al cuidado de la vida mental, a crear condiciones de bienestar, posibilitar la salud y reducir el riesgo de enfermar. Es también estudiar las condiciones en que se desarrolla la vida de las personas, sus necesidades y recursos y el efecto que sobre ellas tiene la organización de los grupos e instituciones en los que participan como miembros y de las tareas en que están involucradas.

UN CAMPO DE REFERENCIA ESPECÍFICO EN SALUD MENTAL: MEDICINA

Se han señalado algunas ideas básicas acerca de lo que es Salud Mental. Naturalmente son para fecundar la comprensión de amplios campos de la acción humana. Como se recordó recientemente en el documento citado con anterioridad “desde un punto de vista operacional, debe entenderse por cuidado de la salud mental al conjunto de actividades basadas en un repertorio variable de conocimientos culturales y científicos que tienen como objetivo: fomentar, proteger, conservar, restablecer y rehabilitar la salud mental de las personas y/o grupos humanos”. Esta ambiciosa definición por supuesto excede el campo de la Salud tanto conceptual como operativamente e implica reconocer su posible acción e influencia en sectores como los de la educación, la política, la ecología, la sociología y otros, de los que a su vez recibe importantes aportes.

Pero es en el sector Salud donde su inserción es más significativa ya que por razo-

³ Stolkiner, A. “Prácticas en Salud Mental”, *Rev. Inv. y Educ. en Enf.* Medellín VI, 1988.

nes históricas surgió como extensión de las actividades psiquiátricas (aun cuando ahora son estas acciones las que corresponde sean evaluadas y consideradas con los criterios de Salud Mental). El sector Salud es amplio y abarca todas las actividades públicas y privadas, personales o institucionales referidas al cuidado de la salud de las personas en su sentido más amplio y en ella deben tener inserción las ideas de Salud Mental.

Dentro de este sector, la Medicina ocupa un lugar preponderante como organización institucional a la que la sociedad delegó el cuidado de la salud y la asistencia de las enfermedades.

Es en este entrecruzamiento particular que se da entre la Medicina y la Salud Mental donde sus ideas pueden hacer aportes valiosos en cuanto a reformular la teoría y práctica médica.

En el sector médico puede, entre otras cosas: evaluar cómo se cumplen los objetivos de asistir y prevenir o cómo se desvirtúan y generan patología. Puede contribuir al estudio de las instituciones médicas y de sus necesidades, y al análisis de los propósitos explícitos e implícitos de su funcionamiento. Una mejor utilización de los recursos profesionales permitiría reducir sustancialmente los siempre crecientes gastos en Medicina: el recurso humano es relativamente económico si se lo compara con el tecnológico, a menudo el indicado por definición y muchas veces, el único efectivo. Desde Salud Mental se pueden preparar los equipos de salud para detectar en su tarea factores emocionales de todo tipo y ayudarlos en su resolución. Se puede colaborar en la disminución de la iatrogenia generada por la utilización de los propios recursos asistenciales. Salud Mental puede contribuir a desplazar el eje asistencial del modelo tradicional centrado en la enfermedad-hospital al de salud-comunidad.

Es teniendo en cuenta la salud mental que tienen sentido procedimientos como *la profilaxis del parto, la técnica del rooming in, los cuidados preoperatorios, los grupos de reflexión* para los equipos médicos y tantos otros. Su opinión puede colaborar en enriquecer los difíciles problemas éticos que los progresos de la ciencia han provocado: la fertilización asistida, el tema del aborto, el manipuleo genético, la identidad sexual, etcétera. Los recursos disponibles en Salud Mental son eficaces para hacer *terapia de la tarea*.

Incluir los conceptos de Salud Mental en el trabajo médico es *tener al médico como su destinatario privilegiado*. Le ayudará a comprender mejor las difíciles situaciones clínicas que le toca enfrentar, a operar en las mejores condiciones posibles para que su tarea resulte menos desgastante y por el contrario sea más gratificante.

Una práctica médica inspirada en estos preceptos le ayuda al médico a entender que es también su propia salud mental la que está en juego.

Los temas de los que se ocupa fundamentalmente *Salud Mental en Medicina* giran en torno a:

a) el proceso del enfermar, cómo lo registran, lo experimentan y lo resuelven las personas desde su ámbito privado, íntimo, subjetivo, aquél que se comparte sólo parcialmente en la relación con los otros.

b) qué es salud, cómo la viven las personas, qué importancia le dan, qué sienten cuando surge la amenaza de perderla y qué hacen para recuperarla.

c) cómo son percibidas por el Yo las señales corporales, cómo se las tramita internamente, *si alertan o alarman*, si son compartidas, cuándo y porqué llevan a consultar o a evitar hacerlo.

d) cuándo se consulta, qué pasa en la entrevista médica, cuáles son los instrumentos con los que el médico abarca la *crisis vital* desplegada por su paciente, cuál es su res-

puesta afectiva frente a la misma, cómo la contiene y elabora para eventualmente ayudarlo en su resolución.

e) tener en cuenta la trascendencia del contacto humano y la comunicación verbal en el marco regulador de la entrevista médica. Están en juego vínculos humanos, relaciones interpersonales, su índole *intersubjetiva*, en especial la que el paciente despliega con su familia, con su médico, los equipos médicos y la Medicina. “La enfermedad –dijo Balint en una referencia siempre recordada– es aquello que se despliega en el vínculo”.

f) tener presente las emociones en la tarea médica: el dolor, el sufrimiento, la confianza, la desconfianza, el desamparo. Porque participan en el proceso de enfermar, de recuperarse o de seguir enfermo, las emociones son estados que cualifican las experiencias humanas, *circulan en los vínculos a los que les dan sentido y eficacia*. La participación corporal de las emociones las hace especialmente significativas en Medicina.

g) considerar prioritariamente el efecto que esta tarea tiene sobre el propio médico, sobre su vida personal, familiar y en especial sobre su salud. Pocas veces se ha tenido en cuenta el efecto que el enfermar tiene sobre el propio médico, a pesar de ser una experiencia habitual. Cuando ocurre, el médico siente que “No nos corresponde enfermarnos. Les corresponde a ellos, los pacientes. Necesitamos permiso para enfermarnos y reconocer que no somos sobrehumanos”.⁴

EDUCACIÓN MÉDICA Y SALUD MENTAL

La Medicina puede ser aprendida, pero no puede ser realmente enseñada.

DR. MARK ALTSCHULE,
Medical Counterpoint (1970)

Hoy, uno de los temas más polémicos en Medicina es el de la educación. Un creciente malestar con la formación que se brinda en las Escuelas de Medicina ha impulsado cambios y reformas curriculares. Se trata de un problema muy complejo, de no fácil solución y que tiene innumerables facetas. Una de ellas fue señalada por W. Mayo en 1933, pero tiene vigencia actual: “El mayor defecto en la educación médica es que le prestamos demasiada atención a desarrollar la memoria y muy poca a desarrollar la mente; ponemos mucho esfuerzo en adquirir conocimiento y muy poco a la aplicación del conocimiento”.⁵

Algunas Escuelas de Medicina, para favorecer *la aplicación del conocimiento* han propuesto, entre otros, el método basado en *la resolución de problemas*. En cuanto a *desarrollar la mente* se requiere una formación dirigida no solo a memorizar conocimientos sino *a aprender a pensar, aprender a aprender, a emplear lo aprendido y a transformarlo en propio*. La metodología y los principios sostenidos en Salud Mental son congruentes con estos modernos postulados de educación médica.

En el año 1986, la Facultad de Medicina de Buenos Aires aprobó un nuevo plan de estudios en cuyos considerandos se definía el perfil del futuro médico. Vale la pena repetir algunos puntos:

“Que el objetivo de esta Facultad es formar un profesional adecuado a las necesidades del país, consustanciado con la realidad de su comunidad lo que implica que ese profesional:

- esté sensibilizado y dispuesto al bien común,
- enfoque en forma integral al ser humano al que asiste, considerando sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales,

⁴ McKevitt C, M Morgan. “Illness does’t belong to us”. *J R Soc Med* 1997;90:491-5.

⁵ Mayo, William. *Collected Papers of the Mayo Clinic and Mayo Foundation*, 1933.

- sea capaz de asistir al hombre sano revalorizando su acción en lo que respecta a la medicina preventiva y primaria,

- participe en la acción educadora de la sociedad a cuyos integrantes debe concientizar sobre sus responsabilidades y deberes en el cuidado de su propia salud,

- se encuentre entrenado dentro de un equipo de profesionales de la salud, así como para integrar equipos interdisciplinarios en su acción de cuidado de la salud comunitaria,

- esté capacitado para el manejo de situaciones asistenciales comunes o reversibles y para realizar interconsultas ante situaciones complejas o de alto riesgo,

- desarrolle una actitud positiva permanente para la incorporación de conocimiento científicos y técnicos,

- posea la capacidad de resolver problemas prácticos en las especialidades fundamentales de las ciencias médicas,

- esté capacitado en el manejo de la metodología científica y desarrolle una actitud positiva hacia la investigación básica y clínica”.

Examinando estos requisitos de la formación médica se nota la pertinencia de las ideas de Salud Mental en el contexto de la enseñanza de la Medicina. Por eso, ese mismo año se incorporó a la Facultad el Departamento de Salud Mental.

Pero Salud Mental no es *una nueva especialidad* de la Medicina buscando un lugar entre otras, pues de esa manera se desvirtúan sus presupuestos. Sus fundamentos son para tenerlos presentes *en todo el desarrollo curricular*.

III

PROBLEMÁTICAS EN TORNO A LA SALUD MENTAL

*Como médico prefiero ser humano en vez de enciclopédico.
Siempre puedo buscar la información pero,
¿dónde puedo conseguir humanidad?*

DR. WILLIAM CROSBY, *Forum on Medicine* (1980)

DIFICULTADES CON SU OBJETO

1) En Medicina, los estudios que provienen del ámbito de las Ciencias Biológicas, como la tasa de colesterol o los niveles de ácido úrico en sangre, garantizan sus resultados con un método científico basado en la cuantificación, verificación y predicción de sus datos. Los objetos a los que hace referencia Salud Mental tienen otro estatuto científico. Considerados como objetos *subjetivos*, la salud y la enfermedad no muestran la mensurabilidad u objetividad de aquéllos. *Deben ser abordados con el método científico*, pero un método basado en una teoría y una metodología adecuada a las características de su objeto, más basado en cualidades que en cantidades, más cerca de las particularidades de las Ciencias Sociales que de la Biología. *Como todas las veces en las que intervienen cualidades o significaciones en ciencia, se plantea el problema de cómo garantizar las verdades que se enuncian.*

2) Sobre criterios de salud y enfermedad cada sujeto tiene ideas y convicciones emocionales muy fuertes, conscientes o inconscientes, racionales o no, sostenidas además por mitos familiares o las producidas por el

imaginario social. La Salud Mental tiene que ver con temas de *la sexualidad infantil y la sexualidad adulta, la pareja, la familia, la adolescencia, la vejez, la muerte* en los que cada persona “tiene algo personal para decir”. Por lo tanto, las ideas que tienen que ver con la Salud Mental no son conocimientos desapasionadamente aceptados como otros que no requieren de tanto compromiso personal.

Es por esta razón que a veces, el médico busca poner distancia emocional en su tarea y refugiarse en un esquema referencial básicamente biomédico donde sólo cuente lo biológico, relativizando lo personal y subjetivo.

Los conocimientos de Salud Mental deben desplazar a otros, más arraigados, lo que requiere siempre de un esfuerzo de desalojo. *La mirada psicológica* de cada persona no es inocente, está compuesta de ideas presupuestas y prejuicios implícitos. No es testigo pasivo de un espectáculo sino sujeto activo de una elaboración interpretativa en la que se juega la persona del observador. Si todo método de estudio su-

pone una interpretación de los hechos, en Salud Mental la llamada ecuación personal del observador es esencial, la objetividad es relativa y requiere de un procedimiento: analizar el propio instrumento de observación. Pero, además, esto es lo que se reclama del estudiante y del médico: que en todo momento se reconozca no sólo observador, sino también participante y por ende se mantenga alerta a la respuesta emocional que su paciente le provoca.

3) En Medicina, una derivación de esta situación es la desvalorización de los conceptos de Salud Mental en detrimento de otros, supuestamente más “científicos y objetivos”. Se destaca *lo objetivo* en desmedro de *lo subjetivo*. Debe recordarse sin embargo que “la vida mental es lo que da valor a la vida” y que fuera de ese contexto no hay nada que merezca ser tenido en cuenta. El médico lo necesita como criterio en su tarea, para su persona y la de su paciente. Es que salud sin tener en cuenta la vida mental no es concebible. Sin estos aportes la Medicina corre el riesgo de ser una práctica técnicamente exitosa pero destinada a frustrar a sus protagonistas.

Las Ciencias Biológicas tienen la tendencia a evacuar al sujeto del discurso, dado que las verdades que enuncian deben ser independientes de quién las enuncia. En Salud Mental cuenta tanto lo observado como el observador. En Medicina también.

LA CUESTIÓN DE LOS IDEALES

La mente humana opera en un sector importante de su estructura proponiéndose ideales sostenidos con toda la fuerza del amor propio (*narcisismo*), desde los que se prejuzga y decide sobre lo que se considera *normal* o *anormal*, *bueno* o *malo*, *acepta-*

ble o no, etcétera. En cuestiones de salud y enfermedad los ideales pueden operar como valores racionales o irracionales que luego funcionan como metas, que sujetan a un *ideal normativo*, personal o familiar, provenientes de la historia personal e inscriptas socialmente en los discursos dominantes: del orden médico, la moral convencional o las convicciones religiosas.

Se defienden postulados como metas ideales a alcanzar, se sostiene la defensa de valores *en sí* como el bienestar, la felicidad, el desarrollo, la adaptación, la integración, la unidad, la familia, el amor, la heterosexualidad, la fidelidad. El ideal es lo que se propone como modelo absoluto o perfecto y supone la adhesión a un valor que se considera único e irremplazable. Una vez definido, pasa a ser objeto de veneración y *proselitismo*, es decir, a ser impuesto y compartido grupalmente. Considérese, por ejemplo, el modelo estético de belleza femenina de nuestros días.

La profesión médica es a menudo idealizada al extremo, incluso por los mismos médicos. T. Harrison, autor de un célebre libro de Medicina Interna leído por generaciones de estudiantes lo dice así: “Ninguna oportunidad, responsabilidad u obligación mayor puede caer sobre el ser humano que va a ser médico. En el cuidado del que sufre necesita destreza técnica, conocimiento científico y comprensión humana. Aquél que hace esto con coraje, humildad y sabiduría proveerá un servicio único a sus semejantes y construirá una estructura de carácter fuerte dentro de sí mismo. El médico deberá pedir al destino no más que esto y deberá conformarse con nada menos”.¹

El imaginario colectivo y la propia Medicina elevan a la categoría de ideal al médico que tiene que tratar de ser en su tarea todo lo humano, abnegado, comprensivo, desprendido y sacrificado que pueda, sin intereses personales o materiales.

¹ Harrison, T. *Principles of Internal Medicine*. Philadelphia: Blakiston, 1950.

En la práctica, el exigente trabajo médico refleja la imposibilidad de proponerse este modelo de ser humano o cualquier otro de perfección inalcanzable.

Tal vez es imposible para el sujeto humano prescindir de los valores, que presionan fuertemente en su conducta. El problema consiste en determinar desde qué lugar y con qué razones son sostenidos. Además, se advierte cómo ciertos valores tradicionales resultan fuertemente estremecidos frente a temas como el aborto, la homosexualidad, las neosexualidades, el suicidio asistido, la drogadicción, etcétera.

En el capítulo I se postuló una idea que contenía un enunciado: “la vida mental da valor a la vida”. Es un valor de inspiración integradora: en Medicina supone armonizar en la clínica el conjunto de aspectos que la componen (biológicos, psicológicos, sociales) sin que ninguno prevalezca sobre los demás. Todo este texto propone un desarrollo para fundamentarlo y una serie de conceptos para sostenerlo.

EL TEMA DEL BIENESTAR

Como se apuntó más arriba, una definición de Salud Mental proponía el bienestar como una aspiración deseable para el sujeto humano. Sin embargo, se cuestiona y traza los límites de este supuesto porque podría caer en su idealización. Las posibilidades de lograr *bienestar* son escasas y, además, es necesario considerar en el sujeto las variadas fuentes de *malestar*. Porque:

- El bienestar propuesto como índice de salud mental es matizado por el malestar, surgido de la inserción irreducible del hombre en la cultura y por la distancia infranqueable que se da entre la satisfacción que busca y la que efectivamente logra. No todo

malestar puede ser eliminado ni siempre se desea el bienestar.

- Los seres humanos aspiran a la *felicidad* o, en su versión atenuada, *el bienestar* en sus dos aspectos: por un lado evitar el dolor y el displacer, por el otro procurarse sensaciones placenteras; este objetivo vital, que rige todopoderoso los funcionamientos mentales, *se conoce como principio de placer-displacer*. Pero “este programa entra en querella con el mundo entero, con el macrocosmos tanto como con el microcosmos. Es absolutamente irrealizable, las disposiciones del Todo –sin excepción– lo contrarían. Se diría que el propósito de que el hombre sea dichoso no está contenido en el plan de la Creación. Lo que en sentido estricto se llama *felicidad* corresponde a la satisfacción más bien repentina de necesidades retenidas, con alto grado de estasis, y por su propia naturaleza solo es posible como un fenómeno episódico”.²

- Los objetos humanos más significativos para la constitución de la mente humana, asociados a las tempranas experiencias de satisfacción están irremediabilmente perdidos, no por un accidente de la historia personal sino como hecho de estructura originaria. Son parte del pasado y fuente generadora de nostalgia. Son inconscientemente buscados en un deslizamiento permanente hacia otros objetos y generan la necesidad de conformarse con sustitutos.

- La constitución del sujeto como humano requiere de una división, de una alteridad originaria que alimenta la sensación de la presencia de un Otro radical y extraño en el Yo, lo inconsciente, y hace difícil lograr la sensación de identidad o coherencia en la vida mental.

- La dinámica de los deseos inconscientes, su carácter indestructible, la imposibilidad de verlos satisfechos del todo introducen un elemento de malestar sólo atenuado por su renuncia y por la aceptación de fuen-

² Freud, S. “El malestar en la cultura” (1930). En: *Obra completa* XXI. Amorrortu, Buenos Aires, 1992;76.

tes sustitutas de gratificación. Mucho de la dramática de la compulsión a la repetición en la vida y la dificultad del cambio tiene que ver con esta problemática.

- La presencia universal en la mente de **un más allá**, de aquello que por no haber podido ser significado (comprendido) en las experiencias del pasado reaparece como *traumático y amenazante, y se hace presente en los sueños de angustia, la compulsión a repetir lo mismo, la vivencia de lo siniestro, etcétera. El Yo tendrá que tolerar convivir con el malestar que le generan estos aspectos irreductibles pero no podrá eliminarlos.*

- La noción de desarrollo de la personalidad no es similar a la de desarrollo evolutivo en biología. El pasado, lo que aparentemente parece quedar atrás, es un pasado residual que, llegado el caso, *insiste*. No importa qué grado de madurez alcance la mente, lo infantil, lo irracional, los modos primitivos de funcionamiento estarán siempre al acecho. Se muestran en los sueños, en la vida cotidiana, en los síntomas neuróticos.

Cuando se plantea el bienestar de la persona como meta deseable pero difícilmente alcanzable, se da cuenta de la dificultad, de los obstáculos y de la magnitud de las fuerzas en pugna. Cuando se propone reintroducir en la Medicina un trato personalizado y humano, se hace en el entendimiento de lo conflictivo que significa el *ser humano*. Tanto para el médico como para el paciente, es:

- estar permanentemente movilizado y afectado por *conflictos*, tanto conscientes como inconscientes,
- estar dividido por los enfrentamientos entre *el amor y el odio, los sentimientos de culpa, la angustia* y otras emociones no menos intensas.
- estar expuesto a las partes *racionales* pero también *irracionales* de la mente, a las creencias mágicas y los postulados ideológicos con los que la *parte más madura* del Yo debe convivir,

- alternar entre las posibilidades de pensar reflexivamente o actuar impulsivamente, repetir experiencias o recrearlas, indagar o reprimir, incorporar lo nuevo o expulsarlo,
- comprometerse en la búsqueda de la verdad, el conocimiento y la responsabilidad o dejarse seducir por el fanatismo, la mentira o la falsedad.
- comprender que los sentimientos no son datos de la evidencia sino que son complejos y paradójales: problematizan cosas tales como que la *alegría* no siempre sigue al éxito, la *tristeza* no es la única respuesta frente a la pérdida ni el *temor* se asocia necesariamente al peligro.
- donde *conocer* es, en principio, *conocerse*. Se funda en la búsqueda de la verdad en la relación vincular. La verdad no es del médico ni del paciente sino del consenso que pudieran establecer en torno al sentido y al alcance de los hechos que les toca vivir, de los problemas médicos que tienen que enfrentar y que marcan un destino singular. Y aunque esta postura es básicamente ética por su reconocimiento de la verdad,

Salud Mental no es una ética sino que tiene una postura ética, donde lo bueno no forma parte de un sistema ideal sostenido como fin último, sino que es el conocimiento de las verdaderas condiciones, posibilidades y limitaciones del ejercicio médico.

LO INCONSCIENTE Y EL LLAMADO SENTIDO COMÚN

Ante la actitud sorprendida de su ginecólogo, su paciente, una joven médica defendía su necesidad de higienizar sus genitales antes de tener relaciones sexuales: creía que era de sentido común, que todo el mundo lo hacía o debía hacerlo y lo racionalizaba en términos de la higiene.

El médico se enfrenta en su tarea con momentos de grave responsabilidad donde se ve comprometido en decisiones complejas de la vida de sus pacientes. Puesto ante la necesidad de intervenir a menudo queda atrapado y a su vez responde desde la razonabilidad del *sentido común*. El llamado sentido común es aquel que supuestamente comparte el común de la gente. Tiende a la generalización y a eludir lo personal y subjetivo de cada situación. Es aquel que va conforme al buen *juicio natural*, al consenso social de valores y conocimientos, al que tiene en cuenta las circunstancias de la realidad externa, los deseos manifiestos, al conocimiento obvio e inmediato de las cosas, en fin todo aquello que aparentemente puede estar dándole un *sentido común* a una situación.

A partir de reconocer la presencia de una otra realidad, la *realidad psíquica* inconsciente y de su fuerza determinante, cada situación se hace más compleja pero se enriquece y profundiza su comprensión. Para mencionar un ejemplo, el propósito de interrumpir un embarazo no deseado, juzgado como inconveniente y con el acuerdo fundamentado de la pareja, puede terminar, sin embargo, en un duelo de imprevisibles consecuencias para la salud mental de ambos miembros. Las decisiones médicas, para ser más meditadas, requieren tomar en cuenta la dimensión de la realidad subjetiva que algunas veces tiene poco o nada que ver con el sentido común. Tiene que ver con significados que provienen de la realidad psíquica inconsciente.

La realidad psíquica de la paciente mencionada al principio era la fantasía de un interior sucio que podía contaminar su sexualidad e impedirla, por lo que debía higienizarse antes de un contacto indefectiblemente. Por fortuna, el médico pudo detectar su propia sorpresa e indagar más a fondo en la situación de su paciente. No siempre ocurre así.

LA SALUD MENTAL COMO VÉRTICE DE OBSERVACIÓN

La llamada *mirada médica*, que observa los fenómenos de la enfermedad y los comprende de determinada manera, se transforma y enriquece si cambia su vértice de observación. No se trata de *agregados* psicobiosociales, ni de sumar *aspectos psicológicos*, como a menudo se propugna,

Un nuevo vértice propone la reformulación de los mismos fenómenos de la salud y la enfermedad con la inclusión de los conceptos integradores de Salud Mental. Esto permite a la mirada médica colocarse en un nuevo vértice de observación.

El concepto de vértice, introducido por W. Bion³ se refiere al punto de vista o perspectiva desde la que se trata de comprender primero y comunicar después una determinada experiencia, por ejemplo, la de estar enfermo. Médico y paciente pueden tener cada uno su propio vértice con respecto a la experiencia que comparten y mantener una distancia útil que les permita seguir en contacto aun sin coincidir. Pero los vértices pueden ser tan distantes que se hace imposible una relación entre ellos. En este último caso, por ejemplo, puede que el médico se explique la enfermedad desde la causalidad biológica mientras el paciente manifieste una multi-determinación de significados. El encuentro entre ambos será un *no encuentro*.

Cambiar de vértice implica proponer un *salto* entre una concepción y otra. Se debe plantear el problema de cómo se puede realizar el pasaje, cuánta resistencia genera y cuál puede ser la relación con otros vértices, por ejemplo, el biológico, el económico, el social o el político; si puede haber relaciones de exclusión, complementariedad o integración entre los mismos.

³ Bion, W. *Atención e interpretación*, Buenos Aires, Paidós, 1970.

Un vértice constituye un centro de observación, un conjunto de ideas desde donde es posible hacer inteligibles fenómenos que antes no eran visibles o en los que no se reparaba. No debe ser confundido con las teorías que ese mismo vértice utiliza.

Salud Mental es un vértice que obligatoriamente incluye las relaciones vinculares para entender los fenómenos de la salud y de la enfermedad. Requiere de la escucha, no solo de la mirada médica.

Ése es el eje alrededor del que se articulan y significan los demás fenómenos. De esta manera, la integración no es sólo mente cuerpo, o lo normal y lo patológico, sino también la del individuo y su grupo, del grupo y la sociedad, etcétera.

El vértice en Salud Mental es el que provee una escucha de comprensión psicológica (toda aproximación científica la tiene) no especialmente dirigida a lo psicológico sino a la manera como se atribuyen significados al proceso de la salud y la enfermedad.

Un problema consiste en aferrarse a un determinado vértice y suponer que las cosas y las causas de las cosas comienzan “en el punto de partida de” el lugar desde donde se las mira. La Medicina medicalizada ordena una serie de explicaciones donde lo biológico da cuenta de lo biológico con exclusividad. Cierta versión deformada de Psicología, el psicologismo, asume explicaciones cerradas en sí mismas. Una determinada postura desde lo social postula el proceso de salud y enfermedad desde “el acontecer económico, político o ideológico de la sociedad” sin tener en cuenta la singularidad de otros determinantes. Fácilmente los vértices se transforman en maneras reduccio-

nistas de explicar los hechos que observan. Toda observación científica corre el riesgo de ideologizarse. Siempre que fuera posible debería contener pautas que permitan su cuestionamiento e indagar en sus fundamentos.

LA SALUD MENTAL Y LAS NECESIDADES HUMANAS

Desde su propio vértice de observación, Salud Mental pone de manifiesto las necesidades de las personas, de los grupos y las comunidades y abre la posibilidad de escucharlas. De este modo aspira a mejorar la calidad de vida, no importa bajo qué circunstancias, políticas, sociales, económicas. En Medicina tiene en cuenta la crisis que supone el enfermar, cómo sobrellevar esa situación, cómo movilizar todos los recursos posibles. Pero, ¿qué son las necesidades humanas, cómo se las define y cómo se responde a ellas?, son interrogantes importantes.

Según la *Cepaur* las necesidades humanas son pocas, finitas y clasificables han sido las mismas en todas las épocas y culturas, acompañan al hombre desde el comienzo de la historia.⁴ Lo que cambia a través del tiempo y las culturas es la diversidad de los medios y maneras de satisfacerlas a los que llama *satisfactores*. Éstos son formas de ser, tener, hacer y estar, de carácter individual o colectivo conducentes a la realización (satisfacción) de las necesidades. Uno de los aspectos que define una cultura es la elección y la predilección por determinados satisfactores y la posibilidad de tener acceso a los mismos. Lo que está culturalmente determinado no son las necesidades humanas fundamentales sino los satisfactores de esas necesidades y los bienes económicos disponibles para administrarlos. La interrelación entre necesidades, satisfactores y bienes económicos es permanente y dinámica.

⁴ *Desarrollos a escala humana*. Nueva York, Fundación D. Hammar skjold, 1986.

Con los debidos resguardos, de manera provisoria, las necesidades de los seres humanos se definen así: *subsistencia, protección, afecto, entendimiento, ocio, creación, participación, identidad y libertad*. Cada una de ellas, identificadas con un nombre, supone el desarrollo de complejos procesos emocionales cuya trayectoria dinámica genética ha sido minuciosamente trazada por el Psicoanálisis.

Cualquier necesidad humana no adecuadamente satisfecha (y ninguna nunca lo es del todo) revela carencia. Piénsese en las necesidades múltiples movilizadas en torno a los problemas de salud. Cuando alguien se enferma aparecen necesidades de subsistencia si se acompañan de falta de alimentación, abrigo, trabajo, de *protección* sin una adecuada cobertura social o profesional, de *afecto* sin cuidado emocional personalizado, de *entendimiento* si sus reclamos de estar al tanto de lo que pasa no son escuchados o son desatendidos, de *participación* si se lo margina de decisiones que comprometen su vida, de *identidad* si no se lo reconoce en su singularidad como paciente y así... Pero también las necesidades del médico se ponen en juego en su tarea, como por ejemplo de identidad, de entendimiento, de afecto, etcétera. Es necesario destacar el tremendo desafío que representa la tarea de responder a las necesidades humanas.

En general, *cuando no se contemplan las necesidades humanas aunque más no sea mínimamente se genera patología médica o se agrava la ya existente*. Por otra parte, así como por definición las necesidades son sentidas como carencias —como *falta de algo*—, son también movilizadoras y motivadoras, generadoras de recursos.

La vida mental es para el Yo percepción de carencias, realización de necesidades y elección posible de satisfacciones. La salud mental tiene que ver con las necesi-

dades humanas, su modo de cumplimiento o de frustración, la manera subjetiva de manifestarlas, destacando el valor del vínculo humano como el lugar para expresarlas. El médico debe saber escuchar que tipo de necesidades se ponen en juego y cómo responder a ellas. La palabra es esencial para entenderlas.

SALUD MENTAL, UNA CONTRIBUCIÓN DEL PSICOANÁLISIS A LA MEDICINA

El Psicoanálisis introdujo su propio modelo para entender el psiquismo y sus teorías acerca de cómo y porqué enferman las personas. Como procedimiento terapéutico trabaja con los aspectos mentales enfermos y con *la disposición hacia el crecimiento y la salud*. Aún cuando no hay muchas alusiones directas a la salud mental, toda la teoría psicoanalítica la tiene fuertemente en cuenta. Véase, por ejemplo, Melanie Klein.⁵ En parte aparece aludida en términos de *criterios de curación* en el análisis, aunque no sea exactamente lo mismo.

Las ideas del Psicoanálisis revolucionaron y fertilizaron amplios campos del saber, entre otros, el movimiento en Salud Mental. Su procedencia y validez proviene de su contexto original, la sesión analítica.

Cuando las ideas psicoanalíticas se aplican en un contexto diferente al de la sesión psicoanalítica se habla de extensión del Psicoanálisis.

Si las necesidades humanas se expresan básicamente en el vínculo con los demás, para su comprensión profunda en el campo de la Salud Mental, el Psicoanálisis es la referencia obligada. No hay prácticamente ningún tema de la teoría psicoanalítica que no tenga algo que ver con ella. *En ese sen-*

⁵ Klein, M. "Salud mental". En: *Obras Completas VI*, Buenos Aires, Paidós, 1960.

tido *Salud Mental* es una contribución de conceptos del Psicoanálisis al campo de la salud. Por citar algunos ejemplos:

1) La idea de *inconsciente* permite tener en cuenta no sólo el nivel manifiesto de la conducta, sino el latente, aquél que está más allá de los datos aparentes. Su inclusión resulta inevitable para comprender la complejidad de la conducta humana.

Es imprescindible que el médico registre (o por lo menos intuya) la presencia de lo inconsciente en los procesos de salud y enfermedad.

2) La trascendencia que el Psicoanálisis le da a la idea de *vínculo* o relación con los objetos humanos. Considera el vínculo no como la interacción de un sistema de conductas sino como la *manifestación de una relación intersubjetiva* donde está presente un mundo interno de significados inconscientes. Y el más importante, por antonomasia, es el *vínculo temprano*⁶, estructurante del Yo. Más tarde, los vínculos del pasado se verán desplegados en el presente en la dimensión de la *transferencia* y de la *contra-transferencia*. Los vínculos humanos pueden contribuir a la salud o la enfermedad y en esta noción reside en parte el potencial terapéutico o iatrogénico de la relación con el médico.

3) Cualquiera sean las teorías psicoanalíticas acerca de las etapas tempranas, todas reconocen para la salud la necesidad de que las experiencias *buenas* o *gratificadoras*, en especial las tempranas, puedan dar cuenta de las *malas* o *frustrantes*. Qué es lo que determina que una experiencia sea lo uno o lo otro o ambas depende de muchas cosas y los psicoanalistas según su formación acentúan los llamados aspectos internos (del orden de la dinámica de las fantasías inconscientes) o los que tienen que ver con

el cuidado ambiental o con una interacción entre ambos.

Pero en lo que todos están de acuerdo es en que la calidad, cantidad y trascendencia de las experiencias con los objetos, como su introyección y permanencia interna, hacen a la integración y la estabilidad de la mente y son decisivas a la hora de atravesar los inevitables sufrimientos y frustraciones posteriores de la vida.

4) La ampliación del concepto de sexualidad y en especial, la inclusión de la *sexualidad infantil*, las teorías sexuales infantiles y desarrollos posteriores son conceptos fértiles para explorar en el campo de la tarea asistencial médica. Permite entender el cuerpo humano *como cuerpo erógeno* y no sólo como una serie de mecanismos biológicos.

5) La teoría psicoanalítica de las pulsiones, especialmente la *pulsión sexual*, permite cuestionar la clásica disociación mente-cuerpo y abre puentes conceptuales para explicar su integración. La llamada *pulsión de muerte* es un concepto altamente especulativo y no reconocido universalmente entre psicoanalistas. Sin embargo, su utilidad para la explicación de ciertas situaciones de la patología donde predomina lo autodestructivo merece por lo menos ser contemplada.

6) Las pulsiones inconscientes conducen a la consideración de la génesis, estructura y funcionamientos del Yo. Interviene la dinámica del conflicto y el rol de la angustia.

7) La *compulsión a la repetición*, estudiada por el Psicoanálisis, es una tendencia presente en la mente que fuerza la reiteración de situaciones y experiencias pasadas más allá de las circunstancias del presente. Algunos ven en los fenómenos de la repetición la presencia de la pulsión de muerte. Desde la vida cotidiana a la más franca patología hay evidencias de todo tipo de su presencia aún para el lego.

⁶ Bowlby, J. *La Salud Mental y los cuidados maternos*. Buenos Aires, Humanitas, 1964.

En Medicina hay un campo fértil para estudiar los frecuentes fenómenos de la repetición de los que hay muchos ejemplos, como el del paciente de la policirugía o los múltiples traumatismos o el síndrome de *predilection to death*.

Algunas de estas ideas del Psicoanálisis son aplicables a la comprensión de los fenómenos del campo de la salud y sirven para profundizar la mirada que la Medicina puede darle a su tarea. Se privilegia lo singular frente a lo universal, la cualidad frente a la cantidad, la verdad sobre el conocimiento. Los médicos se preguntan acerca del método científico que avala al Psicoanálisis y si está a la altura del que tienen las Ciencias básicas o *duras*. Es necesario destacar que se trata de campos y de saberes diferentes que *no cabe oponer sino complementar*.

EL MÉTODO PSICOANALÍTICO COMO INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

Además de un método terapéutico, el Psicoanálisis es un procedimiento de investigación de la mente humana. Como tal, consta de todos los recaudos que le aseguran una rigurosa metodología científica adecuada al objeto de indagación, *el inconsciente y su participación en la vida mental*. El método asegura las más estrictas condiciones para la observación y la comprensión de los fenómenos mentales y sus datos vienen siendo corroborados y ampliados desde hace más de cien años.⁷

Las premisas del método en que se basa el Psicoanálisis y que lo avalan como instrumento de investigación son:

a) *La constancia de la situación analítica (setting)*, por la que una serie de variables de tiempo, lugar, frecuencia del contacto, actitud del analista, se mantienen *relativamente* estables. La constancia de las *variables* despeja el campo para la investigación del proceso analítico que se despliega en su interior.

b) La regla de la *asociación libre*: el paciente se permite expresar todos las ideas y sentimientos que vienen a la mente, sin coerción ni censuras.

c) Por la regla de *abstinencia*, el analista se abstiene de cualquier tipo de manipulación activa y responde a las necesidades y demandas del paciente sólo por el recurso de

d) la *interpretación* del sentido inconsciente que tienen las comunicaciones del paciente, utilizado como su único instrumento de intervención. El análisis e interpretación de la transferencia es un punto crucial de este proceso.

Esta metodología básica de trabajo permite la observación detallada de un proceso analítico, a través de un periodo de años y de continuado contacto, a veces diario.

La rigurosidad del método psicoanalítico asegura la calidad y veracidad de las hipótesis científicas que maneja, de las que otros campos del saber se han beneficiado, en este caso, el de Salud Mental en Medicina.

⁷ Kubie, L. "Psychoanalysis and scientific method". En: *Psychoanalysis, scientific method and philosophy*. New York: Grove Press, 1961.

IV

EL CONCEPTO PSICOANALÍTICO DE SEXUALIDAD

UNA INTRODUCCIÓN

La Medicina, con el auxilio de las Ciencias Básicas, estudia los mecanismos biológicos de las enfermedades. Para el médico, conocerlos en detalle es tan esencial como *comprender las necesidades* que manifiestan los pacientes en la consulta. Percibir lo que el paciente necesita y por consiguiente lo que piensa, siente y hace en esa circunstancia requiere del médico entender las *motivaciones* que subyacen a sus necesidades, la *significación* consciente e inconsciente que les atribuye, los *objetos y modos* que utiliza para resolverlas, los *afectos* que las acompañan (incluyéndose a él mismo como observador participante). Este conjunto de acciones por medio de las que el sujeto humano trata de resolver las tensiones que lo motivan y de realizar sus posibilidades se denomina *conducta* o comportamiento.

Por ejemplo, todos los determinantes psicológicos conscientes e inconscientes que se movilizan alrededor de decidir el *cómo*, *cuándo* y *porqué* de una consulta médica. Y cómo se responde a la consulta y a sus indicaciones. Es reconocido por la Medicina que ciertos comportamientos con los que el

médico debe enfrentarse son enemigos de la salud. Por eso, comprenderlos y saber manejarlos es esencial en la práctica médica. Pero, ¿qué determina una conducta?

Para explicar el comportamiento humano, la teoría psicoanalítica introdujo hipótesis tales como el determinismo psíquico y el inconsciente. En relación con ambas, por un lado amplió y profundizó el concepto de sexualidad y por otro puso de relieve la importancia del Yo, sus funciones y defensas.

LA OPINIÓN POPULAR DE LA SEXUALIDAD

¿Por qué comenzar con el estudio de la sexualidad, en especial la sexualidad infantil, para estudiar los funcionamientos mentales? ¿Para qué es necesario conocer algo que en apariencia parece estar tan alejado de la práctica médica? Porque **la sexualidad, entendida como psicosexualidad, es uno de los ingredientes fundamentales de la mente humana** y esencial para entenderla. Pero para eso hay que ampliar el concepto

de sexualidad de los límites estrechos que le otorga el conocimiento vulgar.

El punto de vista popular entiende la sexualidad *normal* o natural como un *instinto*, es decir, un montaje característico de la especie, un *comportamiento* preformado para llevar a cabo con un *objeto* (una pareja del sexo opuesto), un propósito o *fin* relativamente fijo (la unión de los genitales en el coito). Se cree que falta en absoluto en la infancia, que se inicia en la adolescencia, que se manifiesta en los fenómenos de atracción que un sexo ejerce sobre el otro y que su fin es la cópula. Cuando el diccionario recoge esta idea popular de sexualidad, la define como “el conjunto de condiciones anatómicas y fisiológicas que caracterizan a cada sexo”.¹ Por lo tanto, con ese término designa solamente las actividades y el placer dependiente del funcionamiento del aparato genital.

Cualquier desviación de esta sexualidad considerada *normal* en términos de objeto (heterosexual) o del fin (coito) se califica como una anormalidad, una *perversión* (homosexualidad, fetichismo, etcétera). Perdura a nivel social la connotación de lo sexual como *indecente*, *sucio*, *prohibido*. También en algunos individuos si persisten componentes mentales infantiles e inmaduros.

Esta idea corriente o vulgar acerca de la sexualidad es también sostenida desde las Ciencias Básicas.

EL PUNTO DE VISTA DEL PSICOANÁLISIS

Si bien en la escala biológica la actividad sexual posibilita la reproducción de la especie, el Psicoanálisis sostiene que **en el ser humano la sexualidad está centrada en**

experiencias de placer siendo el coito y la procreación algunas de sus posibilidades.

Como lo señala Freud, “En general no carecemos de orientación acerca de lo que los hombres llaman sexual. Para todas las necesidades prácticas de la vida cotidiana, bastará algo que combine las referencias a la oposición entre los sexos, a la ganancia de placer, a la función de la reproducción y al carácter de lo indecoroso que ha de mantenerse en secreto”.² Con sus contribuciones mediante el Psicoanálisis, el concepto de sexualidad ha sufrido una verdadera mutación, porque:

- a) Introdujo el concepto de sexualidad infantil. *La sexualidad no se manifiesta por primera vez en la adolescencia sino desde el comienzo de la vida.* No sólo por el registro en el niño de excitaciones genitales precoces (erección, masturbación, etcétera) sino por la regular intervención de otras zonas corporales *no genitales*, la boca, el ano, los pechos, etcétera, que simbólicamente pueden pasar a representar los genitales.
- b) Plantea una y otra vez, “la existencia de la sexualidad como una fuerza poderosa en la mente de los niños y de los adultos”³, a la que designa con el nombre de *libido*. Su presencia como deseos en la sexualidad infantil y adulta y su trascendencia para la vida de las personas no puede desconocerse. Pone de manifiesto el polo *pulsional de la persona*.
- c) Por oposición, sirvió para destacar un otro sector: el Yo, *el polo defensivo de la persona* que se enfrenta con las experiencias de la sexualidad infantil y se defiende de ellas *cuando le generan angustia* por el mecanismo de la *represión*. En estas condiciones la represión, como una fuerza psíquica muy poderosa, las

¹ Diccionario de la Lengua Española Madrid, Espasa-Calpe S.A., 1970.

² Freud, S. “Conferencias de Introducción al Psicoanálisis” (1917). En: *Obra Completa* XVI, Amorrortu, Buenos Aires, 1992;278.

³ Meltzer, D. *Los estados sexuales de la mente*, Buenos Aires, Kargieman, 1984;42.

desaloja de la conciencia y por tanto de poder manifestarse con objetos en acciones específicas. Por lo tanto,

la sexualidad es la búsqueda de experiencias de placer pero su contracara es la angustia. Para protegerse de la angustia el Yo utiliza mecanismos de defensa, cuyo prototipo es la represión, para permitir expresar su sexualidad dentro de ciertos límites y modalidades.

Frente a la actividad defensiva del Yo, la sexualidad infantil irá quedando atrás, incapaz de ser consciente pero eficaz para expresarse por medios indirectos (más especialmente en los sueños, actos fallidos y síntomas neuróticos).

Por la represión, lo inconsciente se constituirá como un sector escindido del Yo sobre el que éste no tendrá ya más injerencia pero de cuyos efectos seguirá siendo vulnerable en todo momento.

d) La idea de sexualidad incluyó fenómenos que no estaban previamente denotados como sexuales. Por ejemplo, mostró cómo los síntomas neuróticos (obsesiones, fobias, histeria) pueden ser realizaciones de deseos sexuales reprimidos con los que el paciente puede experimentar una satisfacción inconsciente, una de las razones de por qué, aunque le hacen sufrir, al Yo le cuesta tanto abandonarlos. Señaló la transición gradual entre la sexualidad normal y neurótica, y a ésta como al negativo de la perversión.

e) Descubrió que ciertas producciones humanas como la creación artística, la investigación científica o la actividad profesional hallan su energía en la fuerza de la pulsión sexual que ha tomado el camino de la sublimación (ver Vocación Médica, capítulo XXIV).

Es en función de los estados mentales que la caracterizan que es necesario ocuparse de la sexualidad y no de las actividades o conductas manifiestas a que dan lugar. No son las prácticas habitualmente llamadas sexuales las que aquí interesan sino la presencia movilizadora de la sexualidad en los procesos mentales y afectivos de todo tipo. Desde esta perspectiva,

la sexualidad a la que se hace referencia en estos capítulos es algo a ser inferido, construido, que no forma parte necesariamente de conductas o actitudes sexuales manifiestas con las que habitualmente se la relaciona.

De esta manera, el concepto de sexualidad se ha transformado en *extensión* y *significado*. Por difícil que sea fijar sus límites, en el camino hacia una definición se pueden enumerar algunas de sus principales características:

1) Cuando es considerada desde la generalización más amplia, la sexualidad se representa como una serie de estados de excitación asociados a estímulos corporales o psicológicos que generan una tensión displacerante que requiere ser aliviada.

Subjetivamente el alivio se manifiesta como sensaciones de placer o que orientan fuertemente al sujeto en su búsqueda.

Al hablar de placer se incluyen sentimientos referidos a *sensualidad*, a *goce*, *deleite*, *bienestar*, *gusto*, *anhelo*, *deseo*, que van desde una simple satisfacción hasta la voluptuosidad más intensa.

En el ser humano el abanico de sensaciones que pueden dar lugar al placer es tan amplio que incluye hasta aquellas desagradables que generan dolor, punto al que el médico necesita estar especialmente atento.

- 2) *Apoyada* originalmente en necesidades del registro de lo vital (alimentación, defecación, micción y otras necesidades biológicas) la sexualidad infantil rápidamente se independiza de ellas. *Brota* por la excitabilidad de distintas zonas corporales, en especial en los orificios, que se constituyen en las llamadas *zonas erógenas*. Es provocada por las incitaciones más o menos encubiertas provenientes del mundo adulto, en especial por las manipulaciones corporales provenientes de los cuidados y suministros parentales. Estos cuidados ubican al niño desde el comienzo de la vida en el universo fantasmático de las aspiraciones y deseos de los padres.
- 3) Se despliega en términos de *organizaciones libidinales* oral, anal, uretral, fálica, caracterizadas por diferentes componentes o pulsiones parciales, experiencias de placer de zonas corporales, relaciones de objeto y ansiedades características, estructuradas como *fantasías inconscientes*. Éstas forman el contenido de los procesos mentales más primitivos, se relacionan originariamente con procesos corporales, con objetos que *le hacen* o a los que *se le hacen* determinadas cosas. Por ejemplo, en torno a la experiencia con la alimentación, el bebé puede experimentar que *se traga* canibalísticamente el pecho materno, que puede expulsarlo, sentirse atacado por él, etcétera. *Las fantasías inconscientes son organizaciones mentales primitivas apoyadas inicialmente en determinados procesos corporales que le fijan un determinado argumento o guión imaginativo*.
- 4) El desarrollo de la vida erótica tiende gradualmente hacia la unificación de los componentes parciales de las distintas organizaciones libidinales previas y a ser puesto en la fase fálica bajo la primacía de los genitales, mientras se alcanza, aproximadamente entre los 3 y 5 años la culminación de la sexualidad infantil con los padres, el llamado *Complejo de Edipo*. Luego se apacigua pero no se extingue en el *período de latencia*, para irrumpir en la *adolescencia* tras la madurez de los órganos genitales. Esta característica, única del género humano, obliga al hombre a comenzar su sexualidad dos veces, con el período de latencia de por medio. Toda esa compleja trayectoria se denomina *desarrollo psicosexual*.
- 5) La historia psicosexual del sujeto va a determinar las condiciones que regularán estrictamente la *elección de objeto de amor* y la modalidad de la actividad sexual en el adulto. Los efectos de la sexualidad infantil se harán conocer en la vida erótica adulta como *deseos*, que en forma manifiesta o encubierta por el Yo y sus defensas regirán las tendencias que aspiran a restablecer *compulsivamente* la satisfacción de las necesidades de acuerdo a los signos ligados a las primitivas experiencias de placer de la sexualidad infantil y con los objetos a ellas enlazados. Compulsivamente quiere decir que las experiencias tenderán a repetirse en la modalidad y variedad conocidas en el pasado. De esa manera, la fuerza del pasado se hará sentir en el presente y determinará los fenómenos conocidos como *transferencia*.
- 6) Atravesada en la infancia por la *represión*, la sexualidad se asociará a *lo sucio, feo, asqueroso*. A nivel social se expresará en los innumerables *tabúes* que pesan sobre ella, en el *disgusto, el rechazo, el pudor* que genera. No se podrán tratar desapasionadamente los temas vinculados a la sexualidad, ni siquiera en Medicina. Se sostiene que la actitud social hacia la sexualidad ha cambiado últimamente, que se ha liberalizado, siendo más franca y más abierta. Debe recordarse, sin embargo, que liberar la conducta no significa necesariamente librar al deseo de la represión y de sus efectos.

- 7) Es inherente al desarrollo psicosexual que los deseos sexuales infantiles, organizados como fantasías inconscientes queden inevitablemente vinculados a *lo prohibido* a través de normas y admoniciones que provienen de los padres, educadores, etcétera. La resolución del complejo de Edipo instalará para siempre la influencia parental y social como una estructura dentro del propio Yo del sujeto que se denomina conciencia moral o Superyó y que impondrá al Yo valores e ideales. El deseo y la Ley (las normas, los límites) marcharán siempre juntos.

Nuevamente se hace notar la participación del Yo y sus defensas en esta transformación de las tendencias originarias de la sexualidad infantil.

- 8) En el adulto, la sexualidad infantil llegará a tener alguno de estos destinos: un lugar en las actividades del llamado *placer preliminar* de la sexualidad genital (contemplar, tocar, besar al objeto, etcétera), aparecerá simbólicamente encubierta en los *síntomas neuróticos*, de manera manifiesta en las *perversiones* o en actividades intelectuales o artísticas del registro de la *sublimación*.

Este cambio conceptual introducido por el Psicoanálisis, que ha sido y es fuertemente resistido, permite entender por qué la sexualidad está presente como *significado* en todas las manifestaciones humanas: en los comportamientos, en la salud, en la patología, en la educación, en la crianza de los niños, en la moral, la religión, en las producciones de la cultura, en los fenómenos sociales. Todos los hechos humanos de carácter psicológico o social tienen una significación sexual o pueden ser entendidos desde las pulsiones sexuales y las transformaciones que les exigen el Yo y la cultura.

Por otra parte, si bien la sexualidad participa en todo aquello que caracteriza a lo

específicamente humano, no constituye todo. Siempre hay una otra cosa a la que eventualmente puede estar enfrentada.

En principio, a poderes psíquicos que se han ido instalando en el Yo en el transcurso del desarrollo psicosexual y que, a la manera de diques, exigen renunciar a buena parte de las manifestaciones de la sexualidad infantil o le demandan transformar sus aspiraciones. Esta renuncia resulta reforzada por el proceso de educación parental. Sin embargo, las exigencias de las pulsiones no se acallan aunque permanezcan inconscientes y preservan eficacia para la vida mental del sujeto. Las fuerzas provenientes de la sexualidad y las del Yo se enfrentan permanentemente como conflicto psíquico.

Dentro de esta concepción más abarcadora de la sexualidad, la Medicina que se ocupa de la salud y de la enfermedad y donde la constitución del sujeto psíquico está presente, no puede eludir su estudio.

EL SALTO A LA HUMANIZACIÓN: DEL INSTINTO...

El término instinto quiere decir impulso y sirve para dar cuenta de esquemas de comportamiento en los animales, que varían poco de un individuo a otro, que se desarrollan según una secuencia estereotipada y fija y que parecen responder a una meta o finalidad, sea preservar el individuo o la especie.

Tinbergen ha definido la conducta instintiva de esta manera: “Son mecanismos del Sistema Nervioso Central jerárquicamente organizados, sensibles a ciertos impulsos preparatorios y desencadenantes, de origen interno y externo, a los cuales responden por medio de acciones coordinadas cuya fi-

alidad es contribuir al mantenimiento del individuo y la especie”.⁴ Interesa observar en escala animal la relación entre la función reproductora necesaria para la sobrevivencia de la especie y las conductas sexuales. El desarrollo de la evolución hace que en los animales superiores, la actividad sexual no esté asociada exclusivamente a la reproducción sino también forme parte de la tendencia a la organización social que lleva a producir relaciones más permanentes entre los machos y hembras adultos, esto es, a un cierto tipo de vida familiar.⁵

...A LA PULSIÓN

¿Existe en el hombre algo que determine fisiológica, genéticamente sus comportamientos como en los animales? La respuesta no puede ser unívoca. Cuando en la escala biológica se pasa al nivel humano hay un salto cualitativo: a diferencia del mundo animal, en el sujeto humano siempre participa la vida mental y la vida mental es historia, experiencia con los objetos de amor, subjetividad, acceso a los lazos sociales. Para explicar este pasaje, a diferencia del instinto, se hace intervenir a **la pulsión** (*trieb* en alemán, *drive* en inglés) un concepto fronterizo entre lo biológico y lo mental:

La pulsión es un impulso, una tendencia, una fuerza proveniente del interior del organismo que llega a la mente y a la que le demanda un trabajo. No está ini-

cialmente determinada como el instinto. No es algo que sea observable, supongamos su existencia detrás de los más variados comportamientos humanos.

El concepto de pulsión se descompone de la siguiente manera:

- 1) *Empuje* es el factor motor de la pulsión, la fuerza que significa para la mente una exigencia de trabajo, y al que siente como una necesidad *perentoria* a la que tiene que dar curso. Subjetivamente es percibido como *afecto*.
- 2) La *fuerza* de la pulsión es un estado de excitación que proviene del interior del cuerpo. Es un proceso somático localizado en un órgano o en una parte del cuerpo que produce un *impulso*. En esencia, en la pulsión hay algo que lleva al organismo a actuar, una fuerza capaz de manifestarse en una conducta que lleva a suprimir la excitación interna.
- 3) *Fin* o *meta* es el acto o acción por el que se suprime la excitación y a través del que la pulsión se satisface. Es aquello por lo que la fuente se conoce, por ejemplo la succión como meta apunta a la boca como fuente para la pulsión de alimentación. El chupeteo es la meta de la pulsión oral. El fin de la pulsión es expresado en una fantasía inconsciente de cierta acción imaginativa, cierto guión calcado de alguna actividad corporal.
- 4) El *objeto* de la pulsión es aquello hacia lo que la acción apunta y le permite alcanzar su meta, el alivio de la tensión inter-

⁴ Tinbergen, N. *The Study of Instinct*. Oxford: Clarendon, 1951.

⁵ En muchos animales, la conducta sexual parece estar al servicio exclusivo de asegurar la fertilización y nada más. En muchos roedores, la hembra exhibe conductas sexuales por sólo algunas horas inmediatamente antes de la ovulación, lo que asegura las mejores condiciones de fertilización. Además, la conducta sexual se presenta por la noche, cuando los animales están más activos y a una hora en que se encuentran a resguardo de predadores. Una vez que la fertilización tuvo lugar, no hay más oportunidad de establecer un vínculo sexual con el macho hasta que el embarazo llega a su término. Pero hay mamíferos en los que la conducta sexual se prolonga más allá de las necesidades de la fertilización y en los que la relación sexual entre macho y hembra tiende a ser más estable y los lleva a estar juntos todo el año, como por ejemplo en los lobos. En los primates, la tendencia en la hembra es a permanecer receptiva a impulsos sexuales por períodos largos de manera que su actividad sexual no se limita con exclusividad al período de celo. Compárese con la sexualidad en el hombre.

na y su efecto subjetivo en la mente, la satisfacción. Es el objeto de la pasión. Para la pulsión sexual, el objeto puede ser una persona total, una parte de ella o el propio Yo. Pero siempre se tratará de los objetos que interesan a la pulsión, sobre todo de los primeros, la madre y los otros de su entorno, los que formarán parte del guión fantasmático inicial del niño. El *objeto* es lo más variable de la pulsión, no se encuentra originalmente enlazado a ella como en el instinto sino subordinado como consecuencia de su adecuación a la búsqueda de la satisfacción. Esto quiere decir que se lo puede cambiar bajo la sola condición de que siga procurando satisfacción.

Contrariamente al instinto de los animales, en el sujeto humano el objeto es inicialmente contingente. Pero sucesivas experiencias con él generan fantasías que fijan la pulsión.

La originalidad de la tesis freudiana es haber señalado que, a diferencia del instinto, la pulsión o *impulsión* en el hombre es una fuerza relativamente indeterminada en cuanto al comportamiento que origina, tanto como al objeto que proporciona la satisfacción.

En otras palabras, define a la pulsión el carácter poco preciso pero imperioso del impulso motivante, la contingencia del objeto y la variabilidad de las metas.⁶

Dado el proceso de simbolización, al objeto se lo puede reemplazar a lo largo de los destinos que conoce la pulsión *lo que no excluye que la pulsión termine por fijarse a un objeto típico o a una determinada modalidad de satisfacción*. La pulsión se fija a una fantasía, es decir, a un guión imaginativo por el que busca la satisfacción. Es

el Yo el que, como resultado de su historia, determina que la pulsión se fije a un objeto que en el pasado le ha garantizado la satisfacción.

El concepto de *fijación* explica conocidos datos de la experiencia: todo sujeto humano se halla marcado por sus experiencias infantiles, permanece fijado en forma más o menos disfrazada a modos de satisfacción, tipos de objeto y de relación arcaicos. Tiende a la repetición de las experiencias pasadas y explica la resistencia del sujeto a desprenderse de ellas.

LA ENERGÍA PSÍQUICA Y LA INVESTITURA

En tanto la *pulsión* es concebida como una fuerza, un impulso, un empuje, fue necesario suponer una *energía* psíquica, que es parte de la pulsión o deriva de ella, capaz de generar trabajo mental. Se trata sólo de una formulación hipotética pero útil para explicar ciertos hechos de la clínica. *La energía de la pulsión sexual es la libido*.

Se supone que recuerdos, fantasías o ideas relacionados con objetos están *invertidos* de un quantum de energía libidinal que proviene de las pulsiones sexuales y del que depende la importancia y trascendencia de los mismos para la vida mental de un sujeto, *su valor psíquico o afectivo*. Cuanto más invertidos, tanto mayor es su valor. Cuando ocurre lo contrario se habla de *desinversión*, los objetos no interesan, no importan.

Para el niño, la madre es un importante objeto de sus pulsiones, por eso *tendrá invertidos* fuertemente los pensamientos, deseos y fantasías asociados con ella. Si el niño se defiende contra ellos, sobreviene un conflicto con la madre, los pensamientos eróticos referidos a ella pueden perder su investidura, ser desalojados del pensa-

⁶ Freud, S. *Ibidem*, 1917.

miento consciente. Este mecanismo, cuya expresión clínica es el olvido, se denomina *represión*, un ejemplo del proceso mencionado más arriba.

La persona con una enfermedad invierte intensamente todo lo que tiene que ver con ella: el malestar, el dolor, la incapacidad, el tratamiento... y por supuesto al médico.

La pulsión tenderá a adherirse, esto es, a invertir intensamente determinados objetos y modos de satisfacción a los que les costará renunciar. Los objetos del complejo de Edipo implican fuertes investiduras que se hace difícil abandonar. Cuanto más intensamente esté ligado el niño a la mamá, más le costará en el futuro *invertir* otra mujer. Esto forma parte del concepto de *fijación*.

LA PULSIÓN Y EL YO

La pulsión sexual, como estímulo endógeno no se halla determinada, lo que la determina en el hombre es lo que proviene de la vida mental, de sus experiencias, de sus fantasías, es decir, cierto guión imaginativo que fija la modalidad y el objeto *en su historia*. Las pulsiones aportan desde el interior un flujo de excitación, una tensión sentida como *tensión de necesidad* de la que no se puede escapar y que requiere que se haga algo al respecto. *Será el Yo la instancia encargada del cómo, cuándo y con quién hacerlo*. O, por el contrario, de cómo *prohibirse hacerlo*. En el mejor de los casos, el resultado final será una transacción entre la pulsión y el Yo.

En la medida en que las demandas pulsionales se ligan a representaciones mentales o ideas (que son transformaciones derivadas de huellas de experiencias de satisfacción) estas representaciones asumen de ahora en más el fin y la dirección de los impulsos que han sido *delegados* en ellas.

Las necesidades corporales, concebidas como factores cuantitativos, pasan a ser *cualificadas* en la mente, por lo que pueden ser reconocidas y percibidas por las ideas que las representan. ¿Qué quiere decir que pasen a ser cualificadas, significadas? Que los primitivos impulsos, originalmente poco determinados son modelados por las experiencias y la socialización. Experiencias que se han inscripto como *engramas psíquicos* que de ahora en más van a plantear en forma de *deseos específicos* los modos y los objetos con quienes se han de satisfacer. ¿Cómo ocurre?

Las primerísimas experiencias son las más importantes porque a la vez que son registradas contribuyen a la organización conocida como *aparato psíquico*. Es útil considerar esas experiencias tempranas como formando parte de un engrama de huellas asociadas solidariamente en el que interviene: 1) el registro que el bebé hace de sus primeras *necesidades* y urgencias corporales, el hambre, por ejemplo; 2) *el modo* de ser satisfechas, lo relacionado a la succión, pero también todo el registro de sensaciones asociadas placenteramente a la lactancia; y 3) *el objeto* que para el registro del bebé las hizo posible, el pecho de la madre.

Su inscripción simultánea en forma de una triple huella conocida como vivencia de satisfacción organiza los primeros engramas mentales que le dan al sujeto no sólo el registro de la experiencia sino que lo inician en su significado.

A partir de entonces, hay memoria (en forma de archivos de huellas mnémicas que cada tanto se reorganizan) *pero no necesariamente recuerdo de esas experiencias*. Persiste una fuerte tendencia a reiterarlas inconscientemente según los modos y los objetos que alguna vez contribuyeron a la satisfacción de las necesidades. Eventualmente, con el tiempo y si se pudieran poner en palabras, el significado será: “Esta sensa-

ción de malestar que tengo es hambre, necesito que reaparezca ese objeto que la calme, el alimento que apacigua. Pero también el pecho o subrogados que me generaron en su momento un placer que deseo reiterar”.

Las experiencias vividas han provocado el surgimiento de representaciones interiorizadas en el espacio de la mente, *representaciones de deseo*, organizadas en la forma de un guión fantasmático que de ahora en más presidirán en el sujeto la búsqueda de objetos y de modos que se asemejen o evoquen a las primeras experiencias de satisfacción. En tiempo y forma, la *ausencia del objeto* deseado, cuando se lo necesite, va poner en marcha el importante proceso de *simbolización* (capacidad privativa del hombre de representar la ausencia) y la base de sus logros más notorios. El término *demanda* designa la inserción del deseo en la relación con los demás.

Lo mental, o el Yo que es su parte organizada, asume la tarea de encontrar respuesta a las necesidades pulsionales. Lo corporal se ha desplazado a sus representantes psíquicos, entendiendo por tal una especie de *delegado* que representa los intereses de la pulsión en la mente a los que ésta debe dar algún tipo de respuesta.

El conjunto de las primeras huellas de experiencias de satisfacción, la internalización e identificación con los objetos con las que tuvieron lugar, conforman los núcleos más primitivos del Yo.

El cuerpo biológico y sus necesidades siguen regulados por la *tendencia a la homeostasis* pero estarán de ahora en más atravesados por el significado de las experiencias y por el registro que de las mismas ocurre en el Yo. En tanto psíquicas, pasan a estar reguladas por otra tendencia, la tendencia al placer, y a evitar el displacer, a ser buscadas por el camino que les marca el deseo, que se rige por el *principio de placer y displacer*. Más tarde deberá tener en cuenta

las oportunidades que le otorga o de las que lo priva la realidad. La reflexión, la oportunidad o la conveniencia que significa la introducción del *principio de realidad* permitirá que pueda ser satisfecho con objetos provenientes de la realidad. En conclusión,

es el Yo que, en función de su experiencia y su historia, permitirá, en el mejor de los casos, que la respuesta a la demanda de la pulsión, inicialmente inespecífica, se especifique en deseos y fantasías. Éstos constituyen la base de la singularidad humana, que los seres humanos sean tan diferentes unos a otros.

PULSIONES SEXUALES Y DE AUTOCONSERVACIÓN

Si las pulsiones se originan en estímulos internos, ¿cuántas son y de qué manera clasificarlas? En una primera postulación freudiana las *pulsiones de autoconservación* servían a las grandes necesidades de la vida (nutrición, defecación, emisión de orina, visión, dominio muscular, etcétera), su modelo era el hambre, su función la alimentación, su objeto el alimento, su meta la ingestión. Requieren de objetos de la realidad para satisfacerse, de manera más o menos imperiosa. Tal vez en el nivel humano, las pulsiones o necesidades de la autoconservación estén tan revestidas por las sexuales que se hace muy difícil su reconocimiento aislado. En la anorexia nerviosa, por ejemplo, el hambre puede ser negada al punto de la muerte por inanición. Es por eso que en el ser humano el nivel exclusivamente biológico no existe. Es otro efecto del salto a la humanización.

Y las *pulsiones sexuales*, que pueden *entretenerse* con la vida de fantasía durante un largo tiempo de manera autoerótica, mantenerse activas en la fantasía. En realidad, la pulsión sexual es considerada la pulsión por excelencia. Aporta ese *plus* que le da a la

vida mental, en más o en menos, esa notoria característica de *desmesura*.

En este esquema dual, la agresividad, que originariamente estaba destinada a apoderarse del objeto, es concebida como parte de las pulsiones sexuales. El componente agresivo de la sexualidad deviene en *sadismo*. Ejercido contra sí mismo es *masoquismo*.

EL NARCISISMO

La primera modificación de esta clasificación de las pulsiones fue el descubrimiento del *narcisismo*. Se revelaba en los fenómenos de embelesamiento que algunas personas tienen con el propio cuerpo al que acarician, besan o contemplan con agrado, tomándolo como un objeto sexual. La misma pulsión sexual dirigida a los objetos externos, en este caso se dirige al propio Yo: es el amor a sí mismo, a la imagen de uno mismo. Se expresa en el mito de Narciso. Cuando predomina sobre el amor a los demás, se lo califica de *egoísmo*.

Freud descubrió que una de las cosas que le ocurren a la persona con la enfermedad corporal es una intensificación de su narcisismo: se ocupa en exclusividad de su dolencia por encima de todas sus otras cosas. Cesa de amar y de interesarse por los demás mientras sufre y sólo se preocupa por él. Cuando se restablece, vuelve a sus intereses cotidianos.⁷

PULSIONES DE VIDA Y PULSIONES DE MUERTE

Más tarde Freud introdujo otro dualismo pulsional: las *pulsiones de vida* frente a las

pulsiones de muerte. Ambas participarían siempre en forma conjunta aunque mezcladas en grado variable. Las *pulsiones de vida* incluyen ahora a las sexuales y a las de autoconservación, que están juntas y no enfrentadas, como antes, todas al servicio de la vida y de la preservación de la salud. Freud incluye entre las pulsiones de vida, o como parte de ellas a la “pulsión de sanar, a la que debemos nuestras curaciones –unida a nuestros auxilios terapéuticos– quizá sea el resto de esta facultad desarrollada de manera tan grandiosa en los animales inferiores”.⁸ La Medicina siempre ha tenido en cuenta el poder autocurativo presente en el cuerpo.

Las segundas, las pulsiones de muerte tienen por finalidad la autodisolución, la autodestrucción y el retorno a lo inorgánico. Para no sucumbir a ellas, el Yo debe necesariamente proyectarlas al exterior con el auxilio de las pulsiones de vida. Una parte de las pulsiones de muerte sobre los objetos externos se manifiesta entonces como *agresividad*. La agresión expresaría la fuerza de la pulsión de muerte sobre los demás. Pero, ocurre que también tiene otro destino:

La socialización del ser humano implica la introyección de los objetos parentales y la vuelta de la agresividad sobre sí mismo, nuevamente sobre el propio Yo. Cuando la misma es intensa, numerosas observaciones reconocen en este movimiento un punto débil para la salud: genera sentimientos de culpa inconscientes muy intensos que se manifiestan como necesidad de castigo, accidentes o alguna enfermedad grave como la melancolía y uno de sus desenlaces, el suicidio.

⁷ Freud S. “Introducción del Narcisismo”, 1914. En: *Obra Completa* XIV, Amorrortu, Buenos Aires, 1992.

⁸ Freud, S. “Nuevas Conferencias de Introducción al Psicoanálisis”, 1933. Conf. 32 En: *Obra Completa* XXII. Amorrortu, Buenos Aires, 1992:98.

La pulsión de muerte es un concepto altamente especulativo y rechazado hasta por algunos psicoanalistas. Como dice Freud, “¡Rara pulsión esa que se dedicaría a destruir su propia morada!”, y cita un ejemplo de la Fisiología: la mucosa gástrica que se digiere a sí misma.⁹ Sin embargo, salvando la distancia porque pertenecen a hechos con contextos distintos, el concepto de pulsión de muerte hace pensar por analogía en las enfermedades autoinmunitarias, donde en ocasiones, por razones que no están claras en la actualidad, se desarrolla una respuesta inmunitaria de *ataque contra las propias células de la persona*, como en la enfermedad de Graves, de Hashimoto, la colitis ulcerosa, la ileítis regional, el lupus eritematoso sistémico, etcétera.

En Biología se conoce desde hace más de una década la presencia de procesos de muerte en estructuras orgánicas que se *suicidan* para preservar la vida. Se supone que el malfuncionamiento de este mecanismo, que se denomina *apóptosis* genera patología de tipo autoinmune y tumoral.

LA IMPORTANCIA DEL CONCEPTO DE PULSIÓN

Con la utilización del concepto de pulsión se introduce un modelo para entender ciertos hechos del nivel humano y conviene mantenerlo. Como dice Laplanche “la noción de pulsión da razón del hecho de que no somos causa de nosotros mismos sino que somos totalmente empujados”.¹⁰ La verdadera fuerza que empuja es la de las representaciones de deseo desde el momento en que éstas quedan, en cierto sentido, separadas por haber sido reprimidas y por estar ancladas en determinadas zona corporales o erógenas.

La pulsión como concepto ayuda a *desmantelar* al de instinto, a desvincularlo del

nivel biológico porque da cuenta de cómo las necesidades internas se mediatizan a través de complicadas representaciones de deseo o se independizan de ellas dando lugar a las infinitas posibilidades humanas de desarrollo. Ayuda a entender la sexualidad humana como el despliegue de un *proceso psicosexual*, que se inicia en la infancia en torno a las grandes necesidades de la vida, pero que se autonomiza rápidamente de ellas en la medida en que empieza a intervenir la búsqueda de placer.

La noción de pulsión sexual rompe en el ser humano con el concepto de un orden biológico puro. La boca sirve para comer, para incorporar objetos, para expulsarlos pero también para besar, para hablar; los ojos no solo perciben las modificaciones del mundo externo necesarias para la sobrevivencia sino también las cualidades de los objetos eróticos necesarios para la satisfacción o para *tragarse* al objeto con la mirada como si el ojo fuera una boca.

El concepto de pulsión, bisagra o límite entre lo psíquico y lo somático, deja abierto un gran enigma cuya resolución depende del lugar desde donde se lo piense. En efecto, el pasaje a la humanización podría entenderse de dos maneras: 1. Desde una orientación etológica, en el marco de la evolución darwiniana de las especies, lo característicamente humano surgiría gradualmente desde lo corporal, la pulsión *engarza* al cuerpo en la mente y sus necesidades mandan. Los animales superiores tendrían algún tipo de vida mental y el hombre resabios de vida instintiva animal. 2. Desde una concepción más estructuralista y hermenéutica se piensa que habría un salto irreductible, una ruptura ontológica del hombre con su herencia animal. La primacía del lenguaje sería la impronta del hombre y la clave de su socialización. El debate sigue abierto.

⁹ *Ibidem*, 1933.

¹⁰ Laplanche, J. *Nuevos Fundamentos para el Psicoanálisis*. Buenos Aires, Amorrortu, 1987;14.

ADELANTANDO LA ESTRUCTURA TRIPARTITA, EL ELLO

En el capítulo VII se incluirá en detalle el punto de vista estructural del aparato psíquico. Pero corresponde cerrar éste, que estuvo dedicado al estudio de las pulsiones, con una referencia anticipada a lo que se conocerá como *Ello*.

Freud¹¹ tomó una idea de G. Groddeck para designar como *Ello* al polo pulsional de la persona: aquello *impersonal* que empuja, que impulsa, sin saber bien en qué dirección. No hay idea de un *sujeto* en el Ello, por eso su denominación como pronombre neutro. Tal la sensación subjetiva que a me-

nudo se expresa en términos como: “No sé porqué lo hice”, “fue algo superior a mi”, “me sobrepasó”, “me vino no sé de dónde”, etcétera. En ese sector, la persona no vive sino que siente que es vivida por poderes ignotos e invencibles: *la fuerza de lo desconocido, las pasiones*.

En el sector del Ello reinan los representantes psíquicos inconscientes de las pulsiones, coexistiendo de manera anárquica, sin suprimirse ni excluirse mutuamente. Su modo de funcionamiento es el del *proceso primario* (ver capítulo VII). Se supone que el Ello está disponible al nacer y que de él se diferenciará gradualmente el Yo a través de la percepción.

¹¹ Freud, S. “El Yo y el Ello” (1923). En: *Obra Completa* XIX. Amorrortu, Buenos Aires, 1992.

V

EL DESARROLLO PSICOSEXUAL INFANTIL

Este capítulo contiene un breve resumen del desarrollo de la sexualidad infantil desde el punto de vista del Psicoanálisis. Para su estudio completo conviene remitirse a sus fuentes clásicas.¹

A partir de las investigaciones del Psicoanálisis se empezó a estudiar el despliegue de la sexualidad desde la temprana infancia hasta la adultez. En el mismo pueden reconocerse dos comienzos: el de la *sexualidad infantil* que abarca los primeros años y culmina con el Complejo de Edipo entre los tres y cinco años. Luego de un relativo apaciguamiento llamado *período de latencia*, resurge en la pubertad y en la adolescencia, donde se reinicia como *sexualidad genital adulta*.

Si bien las manifestaciones de la sexualidad infantil pueden ser reconocidas por cualquier observador, la tendencia individual y social tanto histórica como actual es negarlas y reducirlas a fenómenos aislados. Los padres, los educadores y los adultos en general adoptan una actitud contradictoria:

la sexualidad infantil es mala y de todas maneras no existe. Es más,

Para el mundo de los adultos la infancia está recubierta con una idealización que la presenta como inocente pura y limpia mientras que la sexualidad es fea y sucia.

LA AMNESIA INFANTIL

En esta postura se reconoce en parte el efecto de la llamada **amnesia infantil**. Fue Freud el que llamó la atención sobre este fenómeno desconcertante: los seres humanos no pueden recordar su infancia sino a partir de los seis u ocho años. Antes sólo retienen en su memoria algunos retazos fragmentarios de recuerdos deformados, a menudo referido a detalles o situaciones indiferentes pero que *encubren* episodios de enorme trascendencia para el sujeto que éste no recuerda. Sin embargo, quien está en contacto con niños de

¹ Consúltese en especial Freud, S. “Tres ensayos de teoría sexual” (1905); “Pulsiones y Destinos de Pulsión” (1917); y “Conferencias de Introducción al Psicoanálisis” (1915). Conferencias 20 y 21. En: *Obra Completa* VII, XIV y XVI. Amorrortu, Buenos Aires, 1992.

cualquier edad, aun la más temprana, puede atestiguar que son capaces de los más altos rendimientos mentales, de los que no está excluida una excelente memoria. La conclusión es que las vivencias de la infancia se cubren *activamente* en un determinado momento con un manto de olvido por el efecto de fuerzas psíquicas muy poderosas que se instalan progresivamente en el Yo.

El mecanismo psicológico en juego se denomina represión: impide que esos recuerdos e impresiones accedan a la conciencia o los desaloja si han llegado a ella. Pero no evita que tengan otros efectos sobre la vida mental del sujeto en etapas posteriores. Como ya fue señalado se trata de un proceso de desinversión.

Como se ha mencionado varias veces, lo que está en juego en la sexualidad son experiencias de placer. Es difícil definir el placer aun cuando todos lo reconocen por experiencia. El placer más intenso es el que procura el coito, concomitante en el adulto de la actividad de los órganos genitales. Pero las experiencias de placer del adulto tienen sus orígenes históricos en sus experiencias infantiles y su enumeración es infinita. También lo son las posibilidades de displacer.

LA ETAPA ORAL

Las primeras manifestaciones de la sexualidad aparecen en el niño de pecho en relación con otras funciones vitales y con los cuidados maternos y se la conoce como la *fase oral*. El ejemplo del chupeteo se toma como modelo. La experiencia de la alimentación al pecho es el centro de la vida mental del bebé y su principal interés.

Cuando después de mamar se queda dormido sobre el seno materno, presenta una expresión de goce y placer parecida a la del adulto después de un orgasmo.

Luego, satisfecha la necesidad de alimento, el *chupar* el seno materno se continúa con el *chupetear*, que inicia no porque tenga ya hambre, sino por reiterar una experiencia de placer que se suministra a sí mismo. Se sirve de la mano, el dedo del pie o de cualquier otra parte de su cuerpo y así logra satisfacerse a veces, apaciguarse otras o dormirse. El placer, ¿es algo simplemente mecánico, rítmico, local?, ¿o interviene algún tipo de actividad mental rudimentaria en el recuerdo de un objeto que antes lo hizo posible? En general se acepta que es esto último lo que ocurre.

El bebé ha comenzado a realizar actividades que le sirven para procurar placer, el que ha experimentado en ocasión de la alimentación al pecho pero que luego ha separado de esa condición. Inicialmente las sensaciones de placer se localizan en la zona bucolabial, la primera *zona erógena*, considerándose el placer logrado por el acto de chupetear como placer sexual de la etapa oral. No tarda el niño en reemplazar el pecho materno por una zona de su propio cuerpo. De este modo se brinda a sí mismo sensaciones de placer sin necesidad de recurrir a los objetos del mundo exterior, intensificando el estímulo de la excitación al poder disponer de una segunda zona corporal, por ejemplo su dedo o el pie, etcétera. Es como si la sexualidad, en su búsqueda de experiencias de placer, hubiera *brotado* de una función vital del orden de la autoconservación, la alimentación al pecho, se hubiera *apoyado* en ella, para luego independizarse en una actividad *autoerótica*.

El bebé satisface así con el pecho dos grandes necesidades de su vida, a través de acciones cuya importancia psíquica perdurarán para siempre. Es, en efecto el punto de partida de toda la vida sexual y el ideal jamás alcanzado de toda satisfacción sexual ulterior, ideal al que la imaginación aspira en momento de gran necesidad y privación. De este modo,

el pecho materno constituye el primer objeto de la pulsión sexual y posee como tal una enorme importancia que actúa sobre toda elección ulterior de objetos de amor y ejerce gran influencia en todas sus transformaciones y sus sustituciones.

Es característica de esta fase y de las que siguen el llamado *autoerotismo*: el chupeteo es una actividad rítmica, que se satisface en el propio cuerpo, que nace y muere en una zona corporal determinada, que carece de una finalidad vital pero que está vinculado a la vida de fantasía del bebé. El autoerotismo es un estado en que cada una de las pulsiones se satisface en el propio cuerpo, sin organización de conjunto, en estado de fragmentación del placer más vinculado a un órgano que a una función. Por eso también se lo denomina *placer de órgano*.

Las llamadas *zonas erógenas* son regiones corporales cutáneomucosas, a veces orificiales, susceptibles de ser asiento de sensaciones de placer. Son las que polarizan los cuidados maternos por ser zonas de importancia vital.

Apoyo, autoerotismo y zona erógena definen las características de la fase oral y de las demás fases de la sexualidad infantil: placer parcial, fragmentario, ligado a un órgano determinado.

Se ha hecho referencia a una modalidad de placer de la etapa oral vinculada al chupeteo, que se reconocerá en el adulto en múltiples manifestaciones de las que el besar es una de ellas. Hay otra característica de esta etapa que concierne al modo específico de la relación de objeto de este período, la **incorporación**: los objetos en la etapa oral buscan ser tragados, ingeridos, según el modelo prevalente del momento, la alimentación. Se basa en el mecanismo de la ingestión oral. El bebé siente un gran placer llevándose todo a la boca, haciendo

desaparecer los objetos que incorpora y asimilándolos dentro de sí. Desplazada hacia otras zonas, la modalidad incorporativa puede utilizarse en la visión, por ejemplo: el bebé *se traga* concretamente a la mamá con la mirada. La versión atenuada, expresada verbalmente en el adulto sería: “me la comería con los ojos”.

Un mecanismo más psicológico basado en el mismo proceso se conoce como **introyección**, por él el sujeto hace pasar a su interior a objetos externos, sus funciones o cualidades. La **identificación** del Yo primitivo con esos objetos, funciones o cualidades *introyectadas* contribuye a manejar las situaciones de conflicto y ansiedad o los sentimientos de integración y crecimiento.

LA ETAPA ANAL

Con el tiempo una segunda zona erógena toma la primacía, sin que la primera desaparezca del todo, y con ello se inicia la *etapa anal*. El niño se ha hecho un poco más autónomo, es menos dependiente, al mismo tiempo que reconoce a su madre como una persona diferente y separada de él. Experimenta sensaciones de placer con la eliminación de la orina (*erotismo uretral*) y de los excrementos (*erotismo anal*) y tratará de obtener de estos actos toda la satisfacción posible.

Bajo la presión del ambiente iniciará el proceso del *control de esfínteres*, ocasión en que tendrá la percepción de un nuevo poder, el de retener las heces y oponerse a la madre o de doblegarse a la demanda por su amor. La actitud de la madre será importante para el valor que el niño le asigne a los contenidos corporales de su interior, si son cosas buenas, apreciadas que puede ofrecer o por el contrario objetos sucios y hasta peligrosos.

El niño no siente en principio *repugnancia* por sus excrementos, a los que considera una parte de su propio cuerpo, se separa de ellos con dificultad o los utiliza como *regalo* a las personas que más quiere.

Se entabla entonces, en torno al proceso de control de esfínteres, la lucha entre mantener sus fuentes de placer o renunciar a ellas en pos del amor del objeto.

En lugar de sentir placer frente a los excrementos experimentará *repugnancia*, sensación que nunca lo abandonará, serán sucios todos los contenidos del interior del cuerpo, la limpieza y la pulcritud una de las demandas sociales a las que deberá sujetarse, con un menor o mayor grado de sometimiento (ver capítulos IX y X). El placer puede ahora provenir de mantenerse limpio, de ser ordenado y pulcro como lo demanda el objeto. *Entre la sensación de placer con los excrementos y la repugnancia intervino la represión a la manera de un dique para contenerla.* Posteriormente, el dinero y su manejo asumirán alguno de los significados con que son vividos los objetos de esta etapa.

LA ETAPA FÁLICA

Todas las zonas erógenas no son igualmente excitables. Con el tiempo el niño, a fuerza de explorar su propio cuerpo, se encuentra con los genitales, que no tardan en ocupar el interés y la modalidad a través de la que busca experiencias de placer. De esta manera ingresa a otra fase u organización denominada **etapa genital infantil**. Aun cuando ha dado muestra precoz de *curiosidad* acerca de la sexualidad, es en esta etapa que la misma y los deseos de investigación se hacen mucho más manifiestos: el interés del niño por saber se centra apasionadamente en los genitales propios y en los de sus hermanos, hermanas, amiguitos y por supuesto en los de sus padres, curiosidad acompañada de una intensa actividad masturbatoria.

Para algunos autores, siguiendo a Freud, hasta ese momento el niño, si bien distingue varones y mujeres y emplea adecuadamente el género masculino y femenino en su decir,

no reconoce la diferencia de sexos, atribuyendo a ambos el idéntico órgano sexual masculino, determinando la primacía de un solo sexo. Es por eso que esta etapa suele denominarse también etapa fálica.

A partir de ahora es necesario describir separadamente qué le ocurre a los niños y a las niñas. Cuando el varón está expuesto a percibir en sus hermanas o amiguitas la ausencia de pene comienza:

- a) Por negarse al testimonio de sus sentidos, pues no puede imaginarse un ser humano desprovisto de una parte del cuerpo al que él atribuye tan importante valor. *Desmiente* sus percepciones. Crea frente al impacto toda clase de teorías que den cuenta de esta situación, alguna de las que suelen perdurar inconscientemente hasta la edad adulta. El *falo* es una de ellas, representa los atributos o los significados que se le otorgan al pene, lo que resalta de su valor simbólico como potencia, fecundidad, autoridad, etcétera. En principio es atribuido a todos los seres humanos, varones y mujeres lo poseen.
- b) Pero el niño también está bajo el efecto de ciertas amenazas externas que le fueron dirigidas en ocasión de la atención excesiva que le dedicara a su pene y cae de esta manera en lo que se denomina el *complejo de castración* cuya evolución y resolución determinará en parte el desarrollo de su sexualidad. Por las amenazas, teme llegar a perder un órgano valorado narcisísticamente y necesario para su satisfacción. En ese momento están involucrados los deseos incestuosos del complejo de Edipo (ver *infra*).

Las niñas, que consideran un signo de inferioridad la falta de aquello que a los varoncitos los hace sentir tan orgullosos, pueden terminar *envidiando* la posesión de este órgano (*envidia del pene*). El clítoris puede reemplazar en la niña pequeña el pene

del varón, siendo el órgano de su actividad autoerótica. La femineidad adulta requiere que esta sensibilidad clitoridiana se traslade en la adolescencia a la vagina, aún cuando el clítoris puede preservar buena parte de su sensibilidad.

La amenaza de castración se manifiesta entonces como un aspecto de las relaciones intersubjetivas en las que se estructura y exterioriza el deseo sexual del ser humano. Luego, debe reflejarse en el orden de la cultura, donde el *derecho*, el acceso a algo, va a llevar siempre aparejada una *prohibición*.

En la amenaza de castración, que certifica la prohibición del incesto, se instituye la función de la Ley, como aquel instrumento que instaura el orden humano y regula sus intercambios.

Otras actividades infantiles se transforman en fuentes de intensa actividad sexual como la *de mirar o ser mirado, sufrir o hacer sufrir, tocar o ser tocado*. Se observan claramente en los juegos infantiles. Se perciben en ellas los gérmenes de algunas actividades libidinales, que luego de ser suprimidas *por efecto de la represión del Yo*, tendrán alguno de los destinos siguientes:

- formar parte de los juegos preparatorios de actividades sexuales adultas, como un importante componente del llamado *placer preliminar* del coito: besar, mirar, ser mirado, acariciar, etcétera
- el retornar de la represión infantil y manifestarse de manera encubierta en *sueños, actos fallidos o síntomas neuróticos*
- si se independizan y ejercen la primacía de la sexualidad en grado extremo y reemplazan al coito, se conocen con el nombre de *perversiones sexuales* como voyerismo, exhibicionismo, sadismo, masoquismo, etcétera

En realidad cualquier actividad vital puede dar lugar a sentimientos de intenso placer que pueden llegar a ser profunda-

mente buscados y no hay zona o función corporal que de una u otra manera no participe de la actividad sexual.

Se habla así de una erogeneidad general del cuerpo, esto es, de una capacidad por la que la sexualidad surge de cualquiera de sus áreas o actividades. El cuerpo humano, sostenido por sus basamentos biológicos, es un cuerpo erótico.

EL COMPLEJO DE EDIPO

Las relaciones de objeto más importantes junto con las ansiedades típicas de la etapa fálica se agrupan en lo que se conoce como **Complejo de Edipo** y son cruciales para el desarrollo psicológico del niño. Su desenlace tendrá todo tipo de consecuencias emocionales para la vida adulta. Primero algunos hechos de la observación directa.

Al llegar a los dos o tres años de edad, el niño llega a tener un Yo más integrado, más experimentado, más desarrollado que antes. Por ejemplo, las distintas *partes* del cuerpo de la madre, sus variados estados de ánimo, sus roles opuestos de *madre buena* que gratifica y *madre mala* que frustra son reconocidos por el niño como pertenecientes al mismo objeto. Las relaciones son más sostenidas y permanentes, aun en ausencia del objeto y tolera mejor la separación. Se ha estabilizado la capacidad iniciada en la etapa anal para distinguir entre él y los objetos y concebirlos más *totales* y diferentes de él.

Sin embargo, como se señala más abajo, restos de pensamiento mágico lo llevan todavía a atribuir a los objetos y las cosas sus propias ideas y sentimientos. Puede tener conocimiento más preciso de sus pasiones y de sus sentimientos de amor y odio. Ha mantenido hasta el momento con la madre una relación llamada *dual*, esto quiere decir exclusiva y excluyente. Con el padre también tiene esa misma característica, aunque tal vez inicialmente no tan intensa.

Cuando estas dos corrientes afectivas, hacia al padre y hacia la madre, se integran en su mente, la relación con sus padres se empieza a *triangularizar*, comienza una nueva etapa. Pues este niño quiere tener a la madre para sí solo, con un apasionamiento sensual del que no caben dudas y hacerla objeto de una curiosidad sexual innegable. La madre llega a ser un verdadero *objeto de amor* para el niño, cuyo hallazgo está marcado por las decisivas experiencias previas con ella, en especial por la relación con el pecho. Desarrolla un deseo de tener su amor y admiración exclusivos, algún tipo de gratificación a sus deseos genitales recientemente despertados, ser grande como papá y hacer algo oscuramente vislumbrado: lo que el padre le hace a la madre, inclusive el darle bebés.

Desde esa apasionada relación con la madre, el padre o los hermanos comienzan a ser sentidos como intrusos a quienes se desea reemplazar, hacer desaparecer o que se mueran. Al niño lo enoja cualquier muestra de afecto entre los padres. No debe quedar duda de la intensidad y fuerza de los sentimientos puestos en juego.

Se trata de un apasionamiento sensual, corporal, con la madre y de celos, rivalidad y odio asesino con el padre.

La niña tiene idénticos sentimientos amorosos hacia el padre y trata de sacar del medio a la madre. Tanto el niño como la niña sufren mucho durante este período, tienen sueños de angustia o manifestaciones sintomáticas. Estos sentimientos se acompañan por lo regular con una actividad masturbatoria muy intensa.

Los impulsos nucleares del Complejo de Edipo son entonces las fantasías incestuosas con el padre de sexo opuesto y los deseos de muerte con el rival del mismo sexo, y lleva ese nombre en alusión a la leyenda griega de Edipo, inmortalizada por Sófocles. La situación de conflicto es aún más compleja por cuanto, tanto la niña como el niño, tienen también

sentimientos hostiles por el objeto amado, y amorosos por el odiado. Se trata entonces de *las versiones directa e invertida del Complejo de Edipo*, que deriva en una fuerte ambivalencia del niño hacia ambos padres. La misma es uno de los motivos de la declinación o represión del Edipo, porque el odio y el amor por el progenitor del mismo sexo se transformará en una identificación con él.

Los sentimientos del Complejo de Edipo, el amor, el odio, los celos y la rivalidad serán el drama más intenso que jamás hayan vivido y sus efectos se harán sentir toda la vida.

Por razones que se mencionan más adelante, se trata de una experiencia de alcances universales, *no algo que le ocurre sólo a algunas personas*. Es su resolución o su disolución lo que marca diferencias.

Por otra parte cabe mencionar que acceder a la triangularidad edípica supone logros: evitar quedar atrapado en una situación dual narcisista con el objeto materno ciertamente peligrosa y sofocante para el desarrollo infantil, abrir acceso a la pluralidad y las diferencias generacionales.

Simultáneamente al Complejo de Edipo, opera el temor a la castración. Como se dijo antes, es una teoría sexual infantil que resulta de la percepción de la diferencia de sexos y de las amenazas formuladas o implícitas, que el niño siente dirigidas por sus impulsos genitales prohibidos. El temor funciona de manera diferente en los varones y en las niñas.

El niño teme las consecuencias de que sus impulsos signifiquen la pérdida de su pene, al que valora tanto. Sus propias observaciones lo convencen de esta posibilidad; sus deseos edípicos entran en conflicto y esto lo lleva eventualmente a abandonarlos o a mantenerlos inconscientes en base a

operaciones defensivas del Yo, con lo que sus efectos tardíos se harán efectivos más adelante.

En la niña, la situación es algo más complicada. De entrada no puede sino reconocer que no ha sido provista de ese órgano tanpreciado como el del varón, lo que la lleva a profundos sentimientos de envidia. Se torna hostil contra la madre por haber permitido que naciera en esas condiciones y así, desilusionada con ella, busca al padre como su principal objeto de amor y espera ocupar el lugar de la madre con él y tener hijos de él. Normalmente rechazada en sus impulsos, mortificada por sus sentimientos envidiosos y por el temor al daño genital consiguiente al deseo de ser penetrada e impregnada por el padre, la nena también es forzada a renunciar a sus deseos edípicos o reprimirlos.

De esta manera, tanto para el varón como para la nena, *el deseo va a estar ligado a la prohibición*, a la efectividad de lo que se conoce como la Ley, en obediencia a la ley de prohibición del incesto.

Con el declinar de los impulsos edípicos en ambos sexos, *la masturbación genital* que era su complemento, disminuye o temporariamente desaparece hasta la pubertad. Las fantasías que la acompañaron se reprimen y un importantísimo nuevo desarrollo tiene lugar: la diferenciación de una superestructura mental, que toma a su cargo las funciones habitualmente atribuidas a la conciencia, en términos técnicos, **el Superyó**. Estas funciones, que responden a operaciones parcialmente inconscientes incluyen: la autoobservación crítica, el administrar premios y castigos, incluyendo el autocastigo, la demanda de arrepentimiento y reparación por supuestas o reales malas acciones, el amor propio o autoestima en función de la conducta observada.

En el proceso de abandonar o reprimir los deseos incestuosos y asesinos vividos en relación con los objetos del com-

plejo de Edipo, el niño se identifica con ellos y se transforma según el modelo de lo que sus padres significan para él.

Así, en lugar de desear u odiar a sus padres, que él cree prohíben y repudian sus deseos, se torna como ellos en el rechazo de esos deseos, como resultado de identificarse con los aspectos prohibidores de los padres.

El Superyó, entonces, consiste originariamente en la internalización de los aspectos morales de los padres, mientras declina el Complejo de Edipo durante la fase fálica.

Este desarrollo supone la instalación de una Ley interna, a la que de ahora en más, el niño sujetará sus acciones. No se refiere a la ley en términos jurídicos, aunque estén emparentadas, sino a la vigencia de una normalización que de hecho regula para cada sujeto los funcionamientos humanos y determina *lo que le está o no permitido*.

Cuando en la adolescencia resurja el problema de la elección de objeto de amor, la presencia del complejo se atestiguará inconscientemente en la *marca edípica* que detentará él o los objetos elegidos. La resolución de la crisis edípica también permitirá el acceso a la genitalidad y al tipo de genitalidad de que se trate. Las identificaciones cruzadas con los padres supondrán la identificación con aspectos masculinos y femeninos en juego pero con el predominio de uno de ellos para la identidad sexual adulta.

En ambas situaciones, el complejo de Edipo resulta crucial en la orientación del deseo sexual humano y las modalidades de su satisfacción.

La heterosexualidad, la homosexualidad o sus variantes polimorfos infantiles y diversas de la sexualidad no son una disposición con la que se nace, sino el resultado

de la resolución de la crisis edípica y de las identificaciones resultantes. Finalmente, el complejo de Edipo tiene una fuerte influencia sobre la estructuración de la personalidad, sobre la internalización de la autoridad en el sujeto, en la conformación de los ideales, que compartirá o confrontará con su familia, con la sociedad, etcétera. El niño, al atravesarlo, está en camino de la socialización.

EL COMPLEJO DE EDIPO EN SU VALOR ESTRUCTURANTE

Es posible aún entender el Edipo desde otro ángulo, complementario del anterior. Más allá de constatarlo en función de cierta evolución de la familia y en sus miembros, que se acepte o se rechace la universalidad de su presencia, es necesario considerarlo por su valor de estructura, una que asigna roles y distribuye funciones y que da cuenta del pasaje de una sexualidad infantil polimorfa, zonal y fragmentaria, a una organizada, integrada bajo la égida genital y el imperio de la diferencia: de los sexos y de las generaciones. Es estructurante en función de las identificaciones del sujeto y de cierta posición de éste en el triángulo con sus padres.

Como señala Laplanche, descubierto como triángulo, el Complejo de Edipo es importante como estructura de prohibición y de intercambio. En efecto, todo el “movimiento del Edipo consiste en prohibirse a sí mismo, en llevar en sí mismo una prohibición, la prohibición del incesto, que obliga a buscar en otra parte... es una estructura que se reproduce a sí misma porque lleva en su seno la prohibición de continuarse tal cual”.²

En ese sentido, al decir de Freud, a la tendencia al incesto ha de oponerse “una exigencia cultural de la sociedad: tiene que

impedir que la familia absorba unos intereses que le hacen falta para establecer unidades sociales superiores, y por eso en todos los individuos, pero especialmente en los muchachos adolescentes, echa mano a todos los recursos para aflojar los lazos que mantienen con la familia, los únicos decisivos en la infancia”.³

La resolución del Complejo de Edipo permite una salida de las relaciones primarias. La prohibición del incesto es una exigencia a la familia para que no se cierre sobre sí misma y se disponga al intercambio, que es la otra dimensión del Edipo considerado como estructura. La prohibición del incesto es una constante de toda sociedad humana, la posibilidad de su ordenamiento y el acceso a la socialización.

Se ha sugerido que el mantenimiento de la exogamia le otorgó al hombre una heterogeneidad y entrecruzamientos a escala biológica que le permitió desarrollos evolutivos nunca alcanzados por sus antecesores. La sociedad se conformó como un espacio donde hay lugar para la presencia de un *tercero* virtual, la Ley, a la que en principio sus integrantes se sujetan.

Desde las fantasías incestuosas de todo tipo a su represión y su reaparición en síntomas o en tareas sublimadas desplegadas en lo social hay toda una distancia marcada por la prohibición del incesto. Para sus propósitos, la sociedad tiene regulados los intercambios entre sus miembros, lo que les está o no permitido hacer.

En el ejercicio de la tarea médica, la relación médico-paciente puede llegar a tener un posible significado incestuoso. Por eso, una regla implícita prohíbe a los médicos atender a los familiares más próximos. Con el resto de los pacientes, el encuadre y el rol profesional preservan la relación para que no se contamine ni se cometan abusos.

² Laplanche, J. *La Sexualidad*. Buenos Aires, Nueva Visión, 1969;158.

³ Freud, S. “Tres ensayos de teoría sexual” (1905). En: *Obra Completa* VII. Amorrortu, Buenos Aires, 1992;205.

VARIACIONES SOBRE LA TEMÁTICA EDÍPICA

La salida del complejo de Edipo plantea para el niño o la niña una infinita variedad de posibilidades, algunas de las cuales se detectarán en el adulto como rasgos psicológicos muy intensos que marcarán sus relaciones interpersonales: *sentimientos inconscientes de envidia, rivalidad, celos, inseguridad, culpa, conflictos acerca del éxito, el fracaso, etcétera*. Solo a título de ejemplo:

A veces, dificultades en el periodo de las relaciones preedípicas (toda la etapas libidinales previas) afectan la resolución del complejo de Edipo. La niña que ha sentido a la madre como *fría, rechazante o no disponible* para ella, frustrada en sus necesidades de amor y suministros maternos puede volcarse al padre, prematura e intensamente, en una relación edípica extremadamente erotizada con él que oculta los conflictos de la relación con la madre. En un esfuerzo por ganarse la atención exclusiva del padre, puede transformarse en una niña muy seductora, dramática, demostrativa, aniñada, que busca su atención todo el tiempo. Estas características finalmente se transforman en rasgos permanentes. Cuando adultas estas mujeres se muestran, en cierto sentido, muy *seductoras, femeninas*, pero inconscientemente ponen su sexualidad y seducción al servicio de lograr del varón la atención y el amor que no han tenido de su madre. Las relaciones sexuales adultas con el hombre se utilizan para obtener vicariamente suministros afectivos (ser alimentada, amada, atendida en términos orales). Otro destino de este problema puede ser *la frigidez*.

Una variante del Edipo en el varón: cuando ha sentido o ha vivido al padre como *ausente* y éste no le provee un modelo identificadorio sostenible, el niño se involucra y se identifica intensamente con la madre dando lugar a un niño *delicado* o afeminado. Si además el varón se ha sentido

humillado, abusado o criticado en la relación con el papá, en especial cuando éste compite con su hijo por los favores de la madre, puede sentir dudas acerca de su autoestima, su *masculinidad*, su competencia varonil, etcétera. Puede negar estos sentimientos de ser avergonzado y humillado por el padre con una huida, compensando exageradamente su masculinidad. Como adultos se los puede reconocer necesitando siempre *probar* su virilidad en conductas agresivas, hipersexuales o de riesgo, pero que ocultan su debilidad.

Otro ejemplo clásico en el adulto, tanto varones como mujeres: involucrarse repetidamente con personas que, por alguna razón “no están disponibles” o no se pueden tener. Como una reiteración de la necesidad frustrada de lograr amor del padre del sexo opuesto que nunca se resolvió. Un desenlace típico: de lograr el amor de ese tan anhelado objeto, pierden interés de inmediato y reinician la búsqueda con idénticos resultados.

EL ROL DEL OBJETO EN LA SEXUALIDAD: LA SEDUCCIÓN

Cuando se hace referencia a lo pulsional en la sexualidad puede suponerse erróneamente que se considera su desarrollo casi con independencia del objeto. Sin embargo, en la definición (*ver capítulo IV*) se hizo mención de “las incitaciones más o menos encubiertas del mundo adulto... habiéndose ubicado el sujeto en el universo fantasmático del mundo de los padres”. Es tiempo de volver al otro protagonista: el progenitor, quien va a ser el objeto a ser representado por el deseo del niño.

De entrada hay que mencionar que el bebé humano está, en el límite de su prematuridad, confrontado con el mundo de los adultos, con sus deseos y pasiones. Más concretamente con los deseos inconscientes de los padres donde interviene, en especial

la madre con sus deseos reprimidos procedentes de su propio complejo de Edipo. Reprimidos quiere decir entre otras cosas que los desconoce conscientemente pero que se hacen sentir en sus actos y cuidados, de la misma manera en que los deseos reprimidos se pueden dar a conocer de manera enmascarada en un acto fallido. También podrían estar resueltos o sublimados.

Aún antes de nacer, el bebé estará significado desde el universo pasional de sus padres y tendrá ya un lugar asignado en sus deseos y frustraciones. Para la madre, con frecuencia el bebé será el falo del que se sintió carente y con él recuperará una sensación de ilusoria completud narcisista, ilusoria porque el bebé en su singularidad no hará más que frustrarla demostrándole que no lo es. Cuando el bebé nace la madre se dedica a sus cuidados, de manera que pueden sus deseos hacerse manifiestos. Freud ha señalado que “la madre dirige sobre el niño sentimientos que brotan de su propia vida sexual, lo acaricia, lo besa y lo mece y claramente lo toma como sustituto de un objeto sexual de pleno derecho”.⁴ La madre se horrorizaría probablemente al conocer esta explicación. Pero, la madre, “cuando enseña al niño a amar, no hace sino cumplir su cometido; es que debe convertirse en un hombre íntegro, dotado de una enérgica necesidad sexual, y consumir en su vida todo aquello hacia lo cual la pulsión empuja a los seres humanos”.⁵

También se hizo mención antes de la importancia del rol del objeto en la etapa

anal. Finalmente se puede mencionar que las propias tendencias del complejo de Edipo positivo son reforzadas por el padre, a quien van dirigidas, en función de su propia constelación edípica: la mamá preferirá al varoncito y el papá a la niña. En todas estas situaciones el bebé y el niño estarán prematuramente expuestos a los deseos de los adultos. En el borde, esta situación puede generar situaciones de abuso sexual (ver capítulo XXVII).

Se denomina seducción al efecto que la sexualidad adulta, de manera latente o manifiesta, ejerce sobre el menor, estimulando sus deseos.

Si se extremaran estos datos, podría suponerse que la sexualidad del niño viene toda ella estructurada como algo procedente del exterior, por la presencia de la sexualidad del objeto, por la relación entre los padres y el deseo de los mismos, que son anteriores al niño y, en cierta medida, le dan forma. Pero se debe tener también en cuenta todo lo señalado en torno a la pulsión sexual y el papel de las zonas erógenas. Solo de esta manera, de la intervención de sus fuentes internas y de la acción del objeto se puede entender la conformación de esta poderosa fuerza que resulta ser la sexualidad, y cuya presencia se hace sentir en todo y por todo. También se ha dejado constancia de esa otra fuerza proveniente del Yo que se le opone por medio de mecanismos de defensa, en especial la *represión*.

⁴ *Ibidem*, pág. 203.

⁵ *Ibidem*, pág. 204.

VI

TEORÍAS SEXUALES INFANTILES

La mente humana se va desarrollando gradualmente por efecto del encuentro entre los estímulos o impulsos derivados de su propio cuerpo (pulsiones) y de las experiencias con los objetos del mundo. Este entrecruzamiento tendrá lugar en un espacio virtual, nacimiento progresivo de una estructura que será denominada *aparato psíquico*. Como todo espacio, se le imaginan límites, uno interior hacia el cuerpo y otro hacia el mundo externo.

EL YO Y SUS LÍMITES

En ese desarrollo, el Yo del bebé deberá descubrir sus límites y tendrá que hacer las primeras diferencias entre lo *interno* y lo *externo*, de lo que es para él Yo y no-Yo. Inicialmente esta discriminación es precaria o inexistente. En ese período da lugar a la *imagen animista* del mundo, por ejemplo. Cuando recién comienza a hablar se nombra en tercera persona. Luego los límites serán más estables pero siempre sujetos a que vuelvan a borrarse, total o parcialmente. En el segundo y tercer año, el sentimiento de sí mismo o *self* se incrementa y el niño lo acentúa utilizando

el pronombre personal en primera persona, *yo* cuando se refiere a sí mismo.

El cuerpo, como parte sustancial de ese sentimiento, se ha vuelto un objeto de significación para su persona: desde siempre ha sido el lugar en que registra experiencias de satisfacción y descargas placenteras de tensión a través de sus diferentes zonas erógenas. También de dolor.

Como fuente de placer y de dolor, el cuerpo tiene sus propios reclamos, llama la atención sobre sí y sobre algunas zonas y órganos privilegiados y se va transformando en un objeto valioso y significativo para el Yo. El niño toma gradual conocimiento de que es un ser humano *encarnado*.

El niño va imaginando su cuerpo y el de los demás, cómo funciona, cómo se siente viviendo en él y qué cosas supone contiene su interior.

Los dibujos y comentarios de niños de esa edad y aun mayores, muestran que tiene una imagen de cavidad interior, una especie de caverna recubierta con envoltorios donde ubican órganos, conductos, sangre, excrementos, alimentos, bebés, de acuerdo a una anatomía

fantasmática. Se acompaña de la sensación de estar cerrado y sellado herméticamente, salvo sus orificios naturales, sensación que es puesta a prueba con cuanta herida o lesión acontece. Entonces, exige que la misma le sea reparada de inmediato, de lo contrario provoca una explosión emocional que no guarda relación con la magnitud del daño.

El límite corporal es puesto a prueba y en algo juegan aquí las ansiedades de castración, que expresan la amenaza a un cuerpo cuya integridad necesita ser sostenida con devoción de totalidad narcisista. En el adulto, la ilusión de un continente corporal herméticamente cerrado se verá amenazada numerosas veces, en especial cuando se requiera una operación quirúrgica. La anatomía fantasmática primitiva puede reaparecer en estados de grave patología mental o corporal.

Una paciente joven, emocionalmente perturbada consultaba con frecuencia al otorrinolaringólogo por lo que ella denominaba faringitis, sensación de dolor y congestión de garganta. Pedía tratamiento para un malestar que atribuía a gérmenes. El médico no siempre encontraba signos orgánicos que avalaran los síntomas pero la medicaba. Los episodios ocurrían regularmente después de mantener relaciones sexuales, por las que expresaba un disgusto manifiesto, junto con la sensación de ser invadida en su interior por espermatozoides, el equivalente de los gérmenes, ¡que le llegaban a la garganta desde la vagina! En otras oportunidades consultaba cuando tenía sensaciones de hormigueo en las manos y, como presentía que iba a tener cistitis, consultaba al urólogo.

EL DESEO DE SABER

En un período más avanzado de la infancia vemos al niño, como al primitivo, tra-

tando de explicarse y averiguar todo. Con un más firme sentimiento de sí mismo, habiendo su Yo adquirido un mayor grado de coherencia e integración, cuando sabe mejor *quién* es él, su curiosidad se abre a la multiplicidad de los enigmas que enfrenta. En ese momento, el niño se muestra como un investigador, un científico, un experimentador. Tiene una ponderable capacidad para hacer observaciones y para tratar de explicarse todo lo que le resulta enigmático. Su actividad en la vida cotidiana y en los juegos lo muestra en la búsqueda del porqué de las cosas, cómo funcionan y qué tienen adentro.

*En principio el niño tiende a darse explicaciones con una visión antropomórfica del mundo: a comprender los sucesos de la vida, lo inexplicable como causado por la actividad humana, la propia o la de algún otro. Es una **visión animista del mundo**.*

Es una prolongación de creencias egocéntricas o de la megalomanía infantil que lo ve y entiende todo a su imagen y semejanza (si se detiene a estudiar un árbol se puede sorprender de que tiene brazos pero no piernas; una tormenta es el producto de *alguien* enojado en el cielo). Atribuye cualidades humanas a la naturaleza, sus propios deseos a los fenómenos observados. Da forma y funcionamientos corporales a todo tipo de cosas. Utiliza en parte la causalidad del pensamiento mágico.

Como muchos de sus conocimientos previos derivan de las observaciones hechas en experiencias de su propio cuerpo y su funcionamiento, extiende sus explicaciones en base a esos conocimientos. Lo que resulta de su afán investigador es una mezcla compleja de verdades intuitivas, deducciones erróneas y explicaciones que le aporta el mundo de los adultos. Si bien con la edad esta visión tiende gradualmente a corregirse nunca se pierde del todo.

Se ha supuesto que en la base de esta actitud investigadora temprana del niño hay un componente pulsional, mezcla de la necesidad de aprehender y el placer de ver a los objetos que generan curiosidad. Se la denomina **pulsión de saber**. Cuando la curiosidad se contamina de otras tendencias, por ejemplo sádicas, la actitud investigadora puede inhibirse, lo que resulta en graves problemas de aprendizaje en el niño.

TEORÍAS SEXUALES INFANTILES

Los problemas más fascinantes del momento son para el niño saber cómo fue engendrado, de dónde viene y el enigma de las diferencias sexuales. En el intento de darles respuesta irá creando sus propias teorías que se conocen como teorías sexuales infantiles.

La aparición de otros hermanos, por los que expresa una franca y a veces encubierta hostilidad o la posibilidad de que esto ocurra, le plantea al niño un primer y magno problema: cómo y de dónde llegan para compartir su reinado. Es un interrogante que los adultos suelen escamotear con respuestas fabuladas y que resultan poco creíbles. La curiosidad se despierta porque se ve conmovido en su narcisismo y su pensamiento es puesto a funcionar para evitar exponerse a una nueva situación desagradable. La curiosidad retoma el interés por todo aquello tan enigmático que imagina ocurre en el interior de la mamá y en el dormitorio de los padres. El descubrimiento de que el bebé se forma dentro del vientre de la madre lo realiza el niño por sí mismo, casi puede llegar a resolver el problema y numerosas observaciones prueban que percibe la situación y se da cuenta de ella.

En cierto momento le otorga un lugar en estas fantasías al padre y a su función en la aparición de los niños pero no acierta a saber en qué consiste su intervención.

LA ESCENA PRIMARIA

No es improbable que alguna vez sorprenda el acto sexual de los padres, se excite frente a la escena, vea en ella una cierta violencia y se forme una falsa concepción sádica del coito. *Pero lo más frecuente es que se la imagine*. El interés se extiende a las ropas íntimas de los padres, a la aparición de indicios de sangre en las sábanas, a la estimulación no sólo visual sino también acústica pues en buena medida son a veces los ruidos que provienen del dormitorio los que mantienen la atención del niño.

*La **escena primaria** es una fantasía creada inconscientemente por el niño basada en indicios, circunstancias o deseos de estar presente durante la relación sexual de los padres.*

De manera harto incompleta y distorsionada va acercándose al conocimiento de los hechos sexuales y de la anatomía corporal y de sus funcionamientos, hasta llegar a tener una idea más cercana a los mismos, sin perder la impronta infantil y fantaseada, aun de adulto. Las teorías sexuales infantiles, aquéllas por las que los niños se responden los dilemas que les crea la diferencia de los sexos y la procedencia de los niños dejan una marca para siempre. La investigación a que lo conduce su curiosidad se ve frustrada por las explicaciones a las que recurre y a errores inspirados por fantasías acerca de su propia sexualidad.

En primer lugar, desconoce las diferencias sexuales: desde su visión egocéntrica entiende que todos los cuerpos humanos o animales están hechos de la misma manera y son iguales: poseen una cabeza, dos brazos, dos piernas... ¡un pene! Tiene del pene una especial valoración porque es sede de intensas excitaciones y sensaciones placenteras –etapa fálica– (ver capítulo V). Entregado ahora a una franca actividad masturbatoria, puede que haya recibido de los

adultos amenazas directas o encubiertas de castración, amenazas que al principio no lo convencen del todo.

Por observaciones directas de niños pequeños, se conoce que las primeras observaciones de las diferencias genitales producen reacciones de sorpresa y shock intensos *que a posteriori hacen creíbles las amenazas previas*. Si es un niño el que observa a la niña, piensa que a ella le *falta* algo. En su afán de explicarlo apela a ciertos razonamientos: lo puede haber perdido, alguien se lo puede haber arrancado, etcétera. Imagina que algo similar puede pasarle a él. Puede experimentar horror al suponer mutilada a la mujer, el mismo horror que sentirá cuando de adulto encuentre alguien realmente mutilado o discapacitado o cuando él mismo pueda estar en esa situación.

Si es la niña la que observa, supone que el niño tiene algo que a ella le falta, que está dañada, que algo se le ha quitado o culpa a la madre por traerla al mundo sin terminar. Como comparte con el niño la elevada valoración otorgada al pene, la niña muestra una acentuada envidia por algo que desea tener y no tiene (envidia del pene).

Para mantener la creencia original, el niño sigue sosteniendo la ilusión de un solo sexo: o se lo tiene o no, alternativa que se plantea como **fálico** o **castrado**. Una posible salida para el varón es falsear, no dar crédito a sus sentidos, *renegar* la percepción de lo que ha visto (o no ha visto) y desconocer la diferencia. Se consuela con que le va a crecer. O una parte de su mente puede aceptar la diferencia y otra mantener oculta una fantasía de mujer con pene o *mujer fálica* que aparece en los sueños y fantasías de los adultos o en la psicopatología. Cuando la ilusión fálica se enfrenta con *los hechos* de la anatomía el problema se agudiza.

La dificultad en aceptar la presencia de la vagina pone de alguna manera un obstáculo a las investigaciones del niño que no se imagina cómo puede la mujer quedar embarazada y la frustración puede alimen-

tar cavilaciones y dudas que duran toda la vida desplazada a otros terrenos. Además, sus genitales, el pene en especial es sede de muy intensas excitaciones, de oscuros deseos de penetrar con él *en algo* que por el momento desconoce.

Asimismo el desconocimiento de la vagina lleva a otra teoría, la del *parto anal*: el niño es expulsado como un excremento, como un bebé fecal, lo que hace que los hombres también puedan parir por el ano y apelando a sus conocimientos corporales suponer que el embarazo ocurrió por impregnación oral, por algún alimento que fue ingerido. El papel del padre, del semen y de los testículos serán descubrimientos más tardíos.

Finalmente otra de las teorías que sostiene el desconocimiento parcial del niño lo lleva a suponer *la naturaleza sádica del coito*, en base a indicios y observaciones parciales, como una parte violenta y agresiva que vence a otra, como la lucha cuerpo a cuerpo que el niño tiene con sus compañeros de juego. La escena sexual entre los padres se interpreta con violencia y sadismo, proveniente en parte de los propios impulsos agresivos del niño.

LA SEXUALIDAD INFANTIL EN LOS JUEGOS: EL JUEGO DEL DOCTOR

El juego es un momento particularmente fecundo del desarrollo del niño y de la relación con su madre. Es algo de la naturaleza de un *como si* que ocupa a niños y adultos. Es la búsqueda de placer lo que motiva a jugar de acuerdo con la tendencia predominante de la vida mental.

Sin embargo, una observación más precisa muestra que los juegos infantiles tienen propósitos serios y de mucho valor para la vida emocional de los niños: sirven para elaborar las ansiedades habituales que acompañan al desarrollo o para recuperarse

de situaciones dolorosas o traumáticas. Los niños expresan sus impulsos y emociones inconscientes en el juego de una manera más o menos encubierta, como si se tratara de un sueño. Tal es el caso de *jugar al papá y a la mamá* y de *jugar al doctor*, ambos muy ligados entre sí.

Si el doctor examina la garganta del niño o lo somete a una pequeña operación, con toda certeza esta vivencia espantable pasará a ser el contenido del próximo juego.¹

Como el rol médico está universalmente difundido, el juego del doctor ocupa con frecuencia a los niños, que tienen muchas maneras de jugarlo. El niño juega alternativamente a ser médico o paciente. A veces el juego ocurre después de una penosa enfermedad o por alguna intervención médica cruenta. En este caso, el juego y su reiteración tienen el propósito de ir aliviando el efecto traumático de la experiencia hasta su desaparición.

Cualquier episodio sufrido pasivamente es transformado por el infantil sujeto en una situación que él repite, pero activamente, en un juego.

No es infrecuente ver cómo niños que pasaron algún suceso desagradable con el médico, al volver a casa maltratan *médicamente* a sus hermanos más chicos al identificarse con su agresor o con su agresión. El niño introduce dentro de sí alguna característica de la persona que le produjo angustia y al ejecutar el rol de agresor, asumiendo sus atributos o imitando sus agresiones pasa de persona amenazada a ser la que amenaza. También se venga sobre un otro de la experiencia sufrida.

Pero no es éste el único significado del juego. Otras veces el juego del doctor de los

niños se ocupa en especial del equivalente al examen físico que hace el médico: se ocupa de inspeccionar, explorar los orificios, desnudarse y tocar los genitales. Por lo tanto, tratan de satisfacer su curiosidad sexual, que les está prohibida por los mayores.

Haciendo de médico, a quien supuestamente le está permitido ver y conocerlo todo, el niño elude las prohibiciones y al mismo tiempo los sentimientos de culpa ligados a su transgresión. Las fantasías sobre el coito y el embarazo, los misterios de la diferencia de sexos y el nacimiento de los bebés aparecen bajo formas disfrazadas en el juego y en la identificación del niño con alguien que supone *sabe* de esas cosas, no sólo por ser adulto sino además por ser médico. Algunas veces, la *enfermedad* en el juego puede representar el embarazo de la madre, sobre la que recae el deseo de *curación*.

El niño se muestra apasionadamente involucrado en su curiosidad sexual y el juego del doctor le sirve para blanquear los sentimientos de culpa que le acarrea. Más tarde, la curiosidad sexual sufrirá las consecuencias inevitables del olvido, pero en parte retornará sublimada para que en el adulto médico no sea culposa y prohibida sino que pueda ejercerse como una necesidad imprescindible del acto médico.

La concepción sádica del coito reaparece en los objetos del juego, jeringas, termómetros, cuchillos, enemas, etcétera, utilizados como instrumentos fálicos para penetrar, cortar, explorar cualquier orificio en forma violenta. Otras veces la agresión se ejerce sobre una muñeca, que puede perder sus miembros o llegar a perecer en la intervención *quirúrgica*, que es una clara alusión a ejercer activamente la castración o evitar sobre sí sus temidos efectos.

En otra manifestación del juego, el niño se ocupa de limpiar al *enfermo*, lo baña, lo alimenta y controla sus evacuaciones. Le

¹ Freud, S. "Más allá del Principio de Placer" (1920). En: *Obra Completa* XVIII. Amorrotu, Buenos Aires, 1992;16.

hace tomar remedios, le toma la temperatura y lo cuida como a un bebé. Lo asiste en las múltiples modalidades que recuerdan claramente los cuidados que recibió de la madre en otros tiempos y que reproduce a través de una identificación con ella. Muchos de estos cuidados que fueron vividos como mágicos en su momento, reiteran en el juego esa magia. El médico al que juega el niño representa al padre y también a la madre primordial.

El imaginario popular retiene estos dos aspectos derivados de las experiencias infantiles en la función médica: la protección de la autoridad paterna y la magia de los cuidados maternos.

De esta manera se pasa insensiblemente del juego del doctor al de mamá y papá, con el que los niños parecen entretenerse tanto: jugar a estar en familia, hacer y criar niños. Imitan a los padres, imaginan cómo hacen en la intimidad y por tanto satisfacen su curiosidad y la que les despierta el dormitorio, las cosas que ocurren en él y los ruidos que de él provienen a la noche. Los niños juegan alternativamente a este juego, que a veces asume características sádicas, y al del doctor.

Cuando juega al médico, el niño se coloca en el lugar del padre, demostrando que no le teme, que ha llegado a ser tan fuerte, tan poderoso y tan cruel como él. Disminuye así el temor que le tiene, en especial su angustia de castración, los temores a ser herido, violado o amenazado por el padre.

Como lo sugiere Simmel², autor de un importante trabajo sobre el tema, el niño prefiere ser médico en lugar de paciente, en otras palabras ser activo más que pasivo. A través de identificarse con el padre médico, no sólo supera su miedo hacia éste, sino siente que puede acercarse a su madre, que adquiere poder sobre ella. También se siente omnipotente

y omnisciente como él, con lo que borra ilusoriamente las penosas diferencias generacionales y atenúa sus propios sentimientos de inferioridad. En los juegos infantiles se pueden detectar fácilmente estos temas.

En el juego del doctor, entonces, el infante domina experiencias traumáticas, gratifica algunos de sus impulsos reprimidos e identificándose con los mayores, se siente fuerte y omnipotente como ellos, superando su sentimiento de indefensión y desvalimiento. Pero cuando como adulto cae enfermo, también reaparecen esos sentimientos y la relación médico paciente tiende a estructurarse sobre ese fondo de poder y omnisciencia que el paciente otorga y espera que el médico asuma.

Tampoco el temor deja de estar presente. El temor al médico en el adulto es un sentimiento fácilmente detectable. Impide que se lo cuestione o se trata de no contrariarlo porque no se lo puede tolerar como enemigo. El médico no es sólo la persona que ayuda sino también la que amenaza, en especial en aquellas situaciones donde la enfermedad tiene para el paciente un claro significado de castigo por sentimientos de culpa. Con el poder que el paciente le atribuye inconscientemente, el médico puede *conocer* las faltas que el paciente se imputa y ser castigado por ellas.

En resumen, la *otra escena* del juego del doctor muestra al niño jugando también al papá y la mamá pero alrededor de una tarea, la tarea médica, tal como él se la imagina. Participan todas las tendencias y las fantasías que intervienen en el complejo de Edipo. La repetición de la llamada *escena primaria*, identificado el *médico* con el padre y el *paciente* con la madre, pasando de la situación desagradable de ser testigo pasivo a la de tener un rol activo, como adulto y como médico. El juego puede también gratificar a quien tiene un rol pasivo, el lugar de la madre en la escena primaria.

² Simmel, E. "The doctors game: illness and the profession of Medicine". *Int. J. of Psychoan.* 1926;(7)470.

Pero hay otro aspecto que merece ser tenido en cuenta. Muchos adultos continúan “como si estuvieran jugando” al doctor: son los que aconsejan, dan recomendaciones médicas, sugieren dietas, remedios, etcétera, a los demás, *pero rara vez consultan*. Están literalmente al día con cuanta información de divulgación médica aparece. En el juego, pero como adultos, siguen evitando asumirse como pacientes para eludir sentimientos de indefensión cuando los amenaza alguna enfermedad, apelando a la autocura. Con llamativa frecuencia los médicos también tienden a tratarse a sí mismos y a automedicarse, por lo menos inicialmente.

Otro desarrollo posible: cuando la identificación con la figura médico paterna es tan fuerte que entra en competencia y rivalidad con el médico que lo asiste, generando todo tipo de enfrentamientos a veces abiertos o más a menudo encubiertos. En estos casos el paciente se atrinchera en la postura de que *nadie mejor que él mismo sabe cómo tratarlo*. Nunca dejará de ser su propio médico.

Una lejana reminiscencia del juego del doctor en el adulto: así como el juego en los niños es una respuesta a situaciones penosas o traumáticas efectivamente vividas, algunas veces, el sujeto repite compulsivamente episodios médicos a los que impulsa efectivamente una extraña mezcla de *azar y necesidad*:

Un médico pasaba episodios verdaderamente dramáticos a los que contribuía jugando al doctor de sí mismo: 1) Encontrándose de viaje solo en el extranjero, en una visita social a un colega aprovechó para hacerse examinar un nevus. El colega por supuesto lo extrajo y los primeros hallazgos sugirieron la posibilidad de un melanoma. Durante días vivió en un estado de máximo terror; solo, aislado, hasta que se aclaró el diagnóstico. 2) Trabajaba en el hospital, de manera que una vez por una tos que no se calmaba, él mismo se hizo hacer unas placas de tórax, “y

como el radiólogo no estaba” las retiró de la cubeta y detectó una mancha en la imagen pulmonar cuya visión lo llevó al margen de la lipotimia. Una nueva placa, esta vez con el radiólogo, demostró que sólo era una imagen sobreimpresa, “probablemente del pezón en el entrecruzamiento de dos costillas”. 3) Una ligera dificultad para respirar por la nariz lo llevó a hacerse placas que mostraban “un seno velado probablemente por un pólipo”. Consultó a varios amigos, hasta que se colocó en una situación donde la única posible salida era la operación del pólipo, de naturaleza bastante cruenta e innecesaria. Por suerte, se pudo evitar a tiempo. El malestar desapareció en pocas semanas. En cada uno de estos y varios episodios más, jugaba al doctor mientras evitaba los médicos, creaba situaciones dramáticas para él, a veces peligrosas. Parecía que parte del juego consistía en el alivio de poder salir de ellas.

Debe quedar bien en claro que *el ejercicio de la Medicina no es un juego ni para el médico ni para el paciente*. Pero se mueven en la relación entre ambas pasiones e impulsos que participan de la misma desde otro escenario. Múltiples indicios de su presencia fantasmática se percibirán en esa relación. El juego del doctor de los niños pone en escena esos sentimientos y da cuenta de la procedencia de los mismos desde los propios componentes de la sexualidad infantil, en especial los del complejo de Edipo.

LOS SENTIMIENTOS DE COMPASIÓN Y EL MÉDICO

Es interesante observar cómo en ciertos momentos, el juego del doctor asume otro carácter: el niño parece angustiado, inquieto, sufre inconscientemente por las consecuencias de su agresión, parece apenado y dolorido y el juego muestra su necesidad de reparar o repo-

ner lo dañado a través de la posibilidad que le otorga el rol médico. Quiere aliviar el dolor, *suturar* heridas, *curar* enfermedades, etcétera. Aparecen los sentimientos de *compasión* por el otro que sufre y a quien hay que ayudar para recuperarse. La compasión está ligada a sentimientos de culpa por impulsos destructivos, actuados o imaginados y supone una identificación con el otro que es el destinatario de la agresión real o fantaseada.

Ha sido dicho que el rol médico apareció antropológicamente en la historia humana cuando el hombre primitivo fue capaz de contener su agresión e identificarse con la víctima por compasión. Los sentimientos compasivos son esenciales en la Medicina y esto lo reconocen los propios médicos. En relación con la experiencia del Internado Médico, dice el Dr. R. Pullen:

La cualidad más grande que el estudiante debe desarrollar es la compasión por el enfermo, el afligido, el que sufre... Ningún atributo individual es más demandante, más difícil de adquirir y más exigente de sostener que el lazo que existe entre paciente y médico.³

La *compasión* por su paciente es un aspecto esencial de su tarea pero si emana de abrumadores sentimientos de culpa puede afectarlo generando impulsos reparatorios desmedidos e irracionales, como el que se ha denominado *furor curandis*. También, si sus impulsos agresivos no están adecuadamente integrados, los múltiples procedimientos cruentos a los que lo obliga su profesión serán para él fuente de conflicto y sufrimiento.

IMPORTANCIA DEL TEMA DE LA SEXUALIDAD PARA LA MEDICINA

Cuando la sexualidad es considerada desde el punto de vista vulgar o corriente, la

Medicina no parece incluirla entre sus preocupaciones. Puede llegar a considerarla en los contenidos asignados a ciertos temas de patología psiquiátrica o forense, por ejemplo las *aberraciones* o *perversiones* o en la consideración que le presta a las enfermedades de transmisión sexual. Sin embargo, otros hechos de la Medicina requieren que la sexualidad sea pensada desde la perspectiva ampliada sugerida en capítulos anteriores:

- a) En la Medicina a veces está presente la idea de que el paciente dispone de una serie de aparatos y montajes biológicos perfectamente calibrados en la salud y que se descomponen en la enfermedad. No se hace intervenir a la *vida mental* ni a su participación en los procesos de salud y enfermedad. Falta el *quién* de la conducta y esto requiere de una concepción del paciente como una persona, de un Yo a cargo que se ha estructurado en estrecho contacto con las demandas pulsionales. Entonces, el desarrollo psicosexual no puede estar excluido.
- b) La elección de objeto de amor tiene en el sujeto una larga historia que depende de sus elecciones previas en consonancia con su desarrollo psicosexual y con la manera con que aspira recrear situaciones de placer y bienestar. Determina *a quién se acepta y se rechaza, se ama o se odia, se confía o desconfía*. En su momento, la elección de médico y la relación con él estará condicionada por muchas razones conscientes e inconscientes pero la misma sólo se podrá sostener en función de esa historia previa... y de la actitud del médico.
- c) La relación médico paciente es un vínculo donde se manifiestan los componentes emocionales de la *transferencia* y *contratransferencia*. No son otra cosa que

³ Roscoe Pullen. *The Internship*. Springfield Illinois, Charles C. Thomas, 1952, página 26.

aspectos del pasado en el presente. En buena medida participan los impulsos y deseos de la sexualidad infantil sin que médico y paciente sean conscientes de los mismos, aunque sientan la plenitud de sus efectos.

La relación médico paciente estará expuesta a las alternativas pasionales y reclamos de amor encubiertos en la manifestación de síntomas y exigencias de cuya naturaleza libidinal caben pocas dudas. Los deseos y demandas del paciente estarán permanentemente en escena, explícita o implícitamente y hablar de deseos es referirse a sexualidad infantil. Los reclamos que un paciente le hace al médico pueden parecer adultos pero a veces conllevan un contenido latente de origen infantil que en algunos casos pueden alcanzar una dimensión psicótica. Muchas de las querellas por *mala práctica* pueden tener este origen.

- d) En ocasiones, pueden surgir en la relación médico paciente, por efecto de una actitud seductora proveniente de uno o de ambos, sentimientos abiertamente eróticos, compartidos o no.⁴ Cuando en alguna circunstancia se pasa a una abierta erotización de la tarea no hace más que mostrar por vía de excepción los componentes latentes de la sexualidad en juego. Habitualmente, frente a la actitud francamente seductora de un paciente, el médico puede responder con un intenso malestar personal, sufrir un serio conflicto interno que lo amenaza en su identidad personal y médica. Otras veces, puede pasar al acto y comprometerse en relaciones sexuales abiertas. Cuando esto ocurre, los efectos son deteriorantes para la tarea que ambos comparten, en un sentido similar a consumir el incesto: se viola una Ley (dicho en sentido ético), se destruye la tarea.

- e) La Medicina trabaja con el concepto de cuerpo biológico pero en realidad en su práctica se enfrenta permanentemente con un cuerpo erótico que no es posible comprender sin tener en cuenta el concepto de sexualidad. Están naturalmente en juego la noción de imaginario corporal, límites corporales, zonas eróticas, cuerpo deseante, etcétera.

El Psicoanálisis sacó a la luz esa anatomía subjetiva o fantasmática. Por otra parte, el examen físico pondrá al médico y al paciente en condiciones de explorar y manipular el cuerpo, contacto que movilizará en ambos deseos cuya naturaleza sensual será regularmente contenida por el encuadre profesional que permite la tarea médica.

- f) El tomar conocimiento de las diferencias sexuales corporales supone un proceso cuya elaboración atraviesa ansiedades muy intensas vinculadas con la amenaza de castración, ansiedades que quedan incluidas en el registro corporal del Yo, como un posterior peligro para su integridad y en la forma como de ahora en más se dibuje su anatomía imaginaria. Ingresarán inevitablemente en exploraciones y manipulaciones corporales médicas, sobre todo quirúrgicas.
- g) El problema de la relación *mente-cuerpo*, tan antiguo como irresuelto, puede ser abordado en mejores términos cuando se incluye el concepto de *pulsión*, mecanismo que expresa el grado de la demanda que el cuerpo hace sobre el Yo para que éste dé cuenta de la misma. El Yo, además, está relacionado con los objetos. Con el concepto de pulsión se trasciende al nivel estrictamente humano sin desprenderse del nivel corporal.

⁴Freud, S. "Puntualizaciones sobre el Amor de Transferencia" (1914). En: *Obras Completas* XII. Amorrortu, Buenos Aires, 1992.

h) El Psicoanálisis muestra que los síntomas de las *neurosis* son realizaciones de deseos sexuales, de procedencia infantil y que cuando están claramente estructurados requieren tratamiento específico. Pero, los aspectos neuróticos de la conducta *normal* aparecen regularmente en la consulta médica. La expresión de los síntomas por parte del paciente acarrea demandas infantiles y deseos insatisfechos que van a complicar inevitablemente la tarea del médico. Los pacientes exigen amor, atención, protección, exclusividad, pero también ser rechazados, maltratados o agredidos.

i) La clínica se enfrenta con situaciones de transición entre la sexualidad *normal* y la *perversa*: aparición de perversiones temporales cuando resulta imposible una satisfacción habitual, actividades que preparan el coito como *placer preliminar*, las mismas que se encuentran en las perversiones como condición indispen-

ble para la satisfacción. La existencia y la frecuencia de las perversiones sexuales muestran que existe una gran variabilidad en cuanto a la elección de objeto sexual y en cuanto al modo de utilizarlo para lograr la satisfacción.

En general, por las cualidades con las que se asocia la sexualidad (algo sucio y vergonzante) la entrevista médica elude los temas referidos a la vida sexual del paciente.

j) Actualmente, el tema de la identidad sexual se plantea en numerosas circunstancias en las que el médico es llevado a intervenir profesionalmente. Para poner un caso extremo, el llamado transexual primario se siente *por error* alojado en un cuerpo que sexualmente no le corresponde, sin que se le detecte ninguna anomalía orgánica que lo justifique. Hace estallar el criterio meramente anatómico o genital con que pretenda entenderse la sexualidad.

VII

EL YO, ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO (I)

En capítulos anteriores se hizo una reseña de la presencia de las pulsiones sexuales como determinantes del desarrollo mental. Se demostró que *la sexualidad constituye originariamente el eje pulsional del mismo*. Se mencionó también la presencia de otras fuerzas o poderes psíquicos, los que a manera de *diques* tratan de contener o imponer a las pulsiones ciertas transformaciones (asco, pudor, vergüenza, tabú del incesto, moralidad). El núcleo de esas fuerzas constituyen el Yo que mantiene relaciones básicamente conflictivas con el polo pulsional.

El Yo es el polo personal, defensivo, a veces racional del sujeto. Contrasta con el polo pulsional, impersonal, pasional, irracional.

Éste es el momento de ocuparse un poco más en detalle del Yo, de su estructura y funcionamiento. La idea de un Yo tiene instalada en su centro la marca de lo personal (*mi persona*), de la interioridad (*mi intimidad*), la subjetividad (*mí mismo*). *Yo es el término por el que el sujeto se denota a sí mismo. En la vida cotidiana designa pura y simplemente al individuo en primera persona.*

El Yo es sujeto por oposición a objeto, como experiencia *interior* a *exterior*. Pero a su vez, siendo sujeto, el Yo se toma a sí mismo como objeto en la medida en que tiene conciencia de sí. El Yo deviene parcialmente consciente de sí mismo y de sus contenidos fundamentalmente por la operación del lenguaje: se refiere a sí mismo como a un objeto. Puede hablar acerca de su hablar, pensar acerca de lo que está pensando, darse cuenta de lo que percibe o siente y así. Por ejemplo: “Estaba (Yo) pensando como (Yo) me sentía con relación a estudiar Medicina”.

En sentido amplio, el Yo se asume como representante de los intereses, de las necesidades de toda la persona y del intercambio con sus semejantes. Parece responder por la totalidad. El Yo se experimenta a sí mismo, es aproximadamente el sí mismo, el *self* de los anglosajones. El Yo percibe, siente, interpreta, recuerda y responde a las experiencias que le toca vivir, incluyendo sus propias vivencias corporales.

Por ejemplo, el Yo es la instancia que tramita interna y externamente las alarmas corporales para ser expresadas al médico en calidad de síntomas.

Hay necesariamente ambigüedades en esta definición del Yo que apuntan al núcleo de su problemática. Una primera ambigüedad: *el representar a una parte y a su vez al todo, el estar en relación con los objetos y, a su vez, considerarse a sí mismo como un objeto*. También situarse en esa doble condición en relación con el cuerpo: *el Yo es el cuerpo y a su vez lo representa*.

Esto conduce a una segunda ambigüedad. En el sentido amplio del término, el Yo aparece como el centro de todas las experiencias del sujeto y a cargo de ellas. Pero, el descubrimiento de *lo inconsciente* pone de relieve que el Yo es sólo parcialmente *consciente*, está *descentrado* del núcleo de las experiencias inconscientes y a menudo a merced de ellas. Se ilusiona creyéndose dueño de sí mismo pero no lo es.

El Yo no lo es todo, ni está a cargo de todo, pero se asume como el todo. Está dividido y en discordia consigo mismo. Está vinculado con otros tres sectores con los que a veces entra en conflicto. Estos otros sectores son: 1) las demandas y restricciones que la realidad y *el mundo exterior* le plantean, ¿qué hará con ellas?, ¿ignorarlas o modificarlas?, ¿adecuarse o adaptarse?, ¿huir o enfrentarlas?; 2) las urgencias de sus propias *pulsiones* a las que está expuesto y de las que no puede escapar. Frente a este flanco interno cuenta con *la señal de angustia* para alertarse y una variedad de defensas que se mencionan mas adelante; y 3) con las exigencias que le plantean los ideales y los valores de su propia *conciencia* o *Superyó*. El Yo está en armonía o en conflicto con esas otras partes y las más de las veces lo desconoce. Es en su condición de referente manifiesto de la persona, en su carácter *oficial* y a su vez descentrado de sus motivaciones inconscientes que llega a la consulta médica. Es importante saber que

El Yo que se presenta y habla en la consulta no es siempre el dueño de sí mismo ni está total y absolutamente a cargo de

su situación. Responde por él y por el resto de las otras partes a las que está enfrentado y a las que a menudo queda sometido. Solo conoce parcialmente sus motivaciones.

Esto explica al médico que escucha por qué a veces percibe discrepancias entre lo que el paciente dice y lo que hace, entre lo que dice una vez y lo que dice otra, entre lo que *no dice* y *parece decir*. Por ejemplo, aquél que defiende apasionadamente para sí una postura ética a ultranza, que denuncia las *faltas* de los demás, mientras relata sin escrúpulos su doble vida amorosa.

En esto hay una invitación al médico a *escuchar*, más allá de lo que dice el Yo *oficial* del paciente, lo proveniente del inconsciente. Pero con una nota de prudencia: recordar que si el paciente es enfrentado *con lo que parece decir y no dice*, puede que lo rechace airadamente (intervienen *las resistencias* a la toma de conciencia).

ESTRUCTURA Y FUNCIONES DEL YO

Alguna de las funciones del Yo que lo relacionan con el medio son:

- la adquisición gradual de control voluntario sobre la musculatura, **control motor** que le acerca autonomía y posibilidad de desplazamiento para alcanzar lo que necesita.
- funciones **sensoperceptivas** que le irán informando de las posibilidades y riesgos del medio ambiente, la importante cualidad de **conciencia** que se le agrega y la posibilidad de **atención** que el Yo les presta o que no les presta.
- ir contando con un archivo de huellas de las experiencias ya vividas y que le permitirán por lo menos la posibilidad de la función de la memoria y del aprendizaje (los recuerdos más tempranos son los de

las primitivas experiencias de satisfacción).

- d) el desarrollo de **afectos** que utilizará como señales de comunicación para él y para los demás.
- e) ir gradualmente modificando el todopoderoso **principio de placer** en el **principio de realidad**. Inicialmente la actitud del primitivo Yo hacia el medio y los objetos parece decir: “quiero lo que necesito, lo quiero ya, lo quiero como sea, hasta lo puedo alucinar”. Esa tendencia se tendrá que ir modificando de forma gradual con esbozos primitivos de pensamiento: “quiero pero puedo esperar, me puedo conformar con otras cosas, con lo disponible, con lo que pueda encontrar”.
- f) la aparición de una pausa entre sus necesidades apremiantes y la satisfacción, entre deseos y alucinación, para que en ausencia del objeto deseado, surja la capacidad de simbolizar y con ella la función del **pensamiento**. El pensamiento reemplazará a la alucinación, contendrá las urgencias y ayudará a utilizar el medio para encontrar con tiempo algo parecido a lo que se necesita. La capacidad para pensar alcanzará su plenitud con el acceso a la palabra y la adquisición del **lenguaje**, el medio de comunicación humano por excelencia.

Todas estas funciones del Yo comienzan de una manera primitiva, rudimentaria y evolucionan, maduran en la medida que el niño crece y es sostenido en un vínculo significativo.

GÉNESIS DEL YO

El Yo debe su génesis a las experiencias con los objetos y con *su cuerpo*. Por lo tanto el concepto de Yo permite *modelizar* una integración tan necesaria a tener en cuenta en Medicina, donde el cuerpo tiene una presencia predominante. Esa relación tan

estrecha que se establece entre el Yo y el cuerpo permite hablar de un *Yo corporal* (ver capítulo VIII).

Más allá de las controversias acerca del momento de su aparición, el Yo nace en el contexto emocional del vínculo temprano (ver capítulo XIV). Para resumirlo en una fórmula,

*Entre las urgencias pulsionales provenientes del interior del cuerpo y las experiencias generadas en relación con los objetos primarios del mundo exterior, el adentro y el afuera (para el observador externo), se irá estableciendo una organización particular, una instancia psíquica que en lo sucesivo deberá mediar entre ambas. A ese distrito de nuestra vida anímica le llamamos Yo, cuya estructura y funciones cobrarán creciente importancia. Desde el Yo tendrá lugar la significación de una serie de sensaciones provenientes del cuerpo que se integrarán en él como **imagen corporal**.*

El Yo como estructura irá progresivamente diferenciándose de los objetos (en la medida en que se fortalecen los límites entre el Yo y el no-Yo). En ciertas condiciones, como en la psicosis, esta discriminación se puede volver a perder. Y se irá diferenciando del propio cuerpo en el que está encarnado. Podrá establecer una inadecuada relación con él como en la hipochondría.

¿Cómo se logra el crecimiento y maduración del Yo? Si bien hay factores congénitos y constitucionales, Freud estaba interesado en señalar los que tienen que ver con las experiencias. Una de ellas es la relación con el cuerpo, que ocupa y ocupará un lugar muy especial en la formación del Yo. La otra tiene que ver con ser el Yo un precipitado de identificaciones con los objetos. Ambos temas se analizan a continuación:

1. EL YO Y EL CUERPO

En relación a su inserción en el cuerpo, Freud dice “El Yo deriva en última instancia de sensaciones corporales, principalmente las que parten de la superficie del cuerpo. Cabe considerarlo, entonces, como la proyección psíquica de la superficie del cuerpo, además de representar, como se ha visto antes, la superficie del aparato psíquico”.¹ Lo visual permite al Yo aprehender su cuerpo *como otro objeto* y tener de él, por las percepciones táctiles, dos sensaciones, percibir a la vez del interior y del exterior. Por último, la vivencia de dolor participa de la organización del Yo, porque el dolor es irrupción y presencia de un límite corporal. Cuando hay dolor, el cuerpo *siente y se siente*. El dolor, o necesidades corporales como el hambre de las que no se puede escapar, llevan a que sea necesario al Yo, imperiosamente, hacer algo con ellas.

El Yo es el que estará encargado de ocuparse de qué es lo que hay que hacer con las necesidades, con la tensión que plantean, de cómo, cuándo y con quién realizarlo.

Hay partes del cuerpo que adquieren tempranamente una importancia especial para el desarrollo del Yo porque son fuente de gratificación, como las zonas erógenas que irán asociadas a importantes logros en el área de la coordinación sensorial y motora, a los recuerdos y el reconocimiento de los objetos, etcétera, por ejemplo, la que se establece entre la boca, la mano y la mirada.

2. EL YO Y LAS IDENTIFICACIONES

Pero en el desarrollo del Yo no sólo intervienen las experiencias corporales sino la identificación con los objetos. La identificación es un proceso por el que el sujeto se

modifica total o parcialmente según el modelo del otro.

El Yo tiene que ver con la identificación, un mecanismo que lo conforma y estructura a imagen y semejanza de los objetos con los que está o estuvo en contacto emocional.

Identificaciones muy precoces, como parte de las experiencias más tempranas, con los objetos primitivos, que lo van adiestrando en la instrumentación y maduración de las funciones que lo sostienen: percepción, atención, memoria, pensamiento, coordinación motora, etcétera. En identificaciones concebidas como límite, como envoltura, aportando a la creciente diferenciación entre su adentro y el afuera.

En la matriz del vínculo temprano, se aprecian las evidencias de esta tendencia: el bebé empieza a sonreír, a jugar, a hacer gestos, sonidos parecidos a los de las personas que ama. A dominar y dirigir sus movimientos y su cuerpo en acciones significativas para el entorno. Y muy importante, cuando llega el momento: la adquisición del lenguaje; aprende a *hablar* con el acento, el timbre, la pronunciación, la entonación de los adultos que lo rodean. Identificaciones que surgen en el marco de relaciones donde ama, es amado y se ama a sí mismo. Con el tiempo se notará que también llega a *identificarse con objetos que odia o que lo odian*.

Las identificaciones del Yo con el entorno y sus objetos se mantiene toda la vida pero cada época le marcará características y modalidades diferentes: por ejemplo, entre los 3 y 5 años los objetos parentales pasan a formar parte del Yo por identificación. El destino del complejo de Edipo es su transformación por identificación en una nueva subestructura del Yo, el Superyó. En la adolescencia la identificación ocurre con los personajes idolatrados del momento.

¹ Freud, S. “El Yo y el Ello” (1923). En: *Obra completa* XIX. Amorrortu, Buenos Aires, 1992;27, nota.

La identificación puede ocurrir también después de la pérdida del objeto en cualquier momento de la vida, pero las más tempranas son las más importantes. La muerte o la desaparición dejan una fuerte tendencia a identificarse con el objeto perdido. Por ejemplo, el hijo se puede tornar una réplica del padre después de su fallecimiento.

Cualquiera sea la situación en la que ocurre el proceso de identificación, el resultado será que el Yo se modifica y se transforma significativamente siguiendo el modelo del objeto.

EL YO Y EL NARCISISMO

El estudio del **narcisismo** aportó una nueva dimensión a la génesis del Yo. El Yo no sólo ama a sus objetos y necesita ser amado por ellos, sino que se instituye él mismo como un objeto de amor. Todo lo que le ocurra es dimensionado en función del amor o del odio que se tenga a sí mismo. Por ejemplo, las funciones vitales, biológicas, débiles e inmaduras al principio son gradualmente asumidas por el Yo y mantenidas con su sustento libidinal.

Desde el inicio, el bebé no sólo vive o sobrevive por el soporte de las pulsiones de autoconservación sino por las vicisitudes de sus vínculos de amor, por el amor a sí mismo y por el amor de los demás y a los demás.

Desde temprano, no sólo come por hambre para preservar la vida sino por amor a la vida, a la vida del Yo, lo que éste representa y por el amor de los objetos. El Yo ha tomado a su cargo, vicariamente, con apoyo libidinal narcisista, los intereses vitales. *Si se quiere, se cuida y deja que lo cuiden. O se deja morir por desamor u odio.*

Para la Medicina, entonces, esto significa que enfermar o curar, no sólo es función de la agresión de diversos agentes etiológicos contra las condiciones vitales o biológicas, *sino también efecto del estado de los lazos libidinales del Yo consigo mismo y con sus objetos*. Tendrá esto una consecuencia importante en la evolución de los procesos patológicos de índole corporal. Más tarde, el estado y la calidad de los vínculos entre el médico y el paciente influenciarán decididamente en el curso de la enfermedad.

De esta manera, pueden tener lugar mejoras inesperadas o derrumbes irreversibles. Como dice Freud “es muy posible que el *designio de sanar* o la *voluntad de morir* no dejen de influir sobre el desenlace, incluso en casos graves y delicados”² (itálicas del autor). En ambos están involucrados, entre otras cosas, los sentimientos de amor a sí mismo (la autoestima).

El amor al Yo, si es excesivo, tiene su patología: alimenta la megalomanía y la omnipotencia en las psicosis o recarga libidinalmente a los órganos del cuerpo (hipocondría).

LA TENDENCIA A LA SÍNTESIS Y A LA COHERENCIA EN EL YO

En la medida en que se desarrolla y madura, el Yo se transforma en una estructura que tiende a dar coherencia e inteligibilidad a sus vivencias, integrarlas a su organización y sintetizarlas aun a costa de perder *credibilidad*. Es interesante reconocerlo en el paciente. La experiencia de enfermar lo toma a menudo por sorpresa y de improviso, por lo que el Yo de inmediato comienza a asignarle significados personales para hacerla comprensible: la enfermedad pasa a representar un castigo para sus culpas, un enemigo con quien enojarse, alguien con quien pelear, una parte débil que hay que ocultar o de la que hay que avergonzarse, una pérdida

² Freud, S. “Tratamiento psíquico” (1890). En: *Obras completas* I. Amorrortu, Buenos Aires, 1992;120.

que entristece, un esfuerzo para vencer, una excusa para evitar los desafíos temidos, etcétera. La enfermedad se integra dentro del Yo a un mundo de significados personales y relaciones vinculares.

La tendencia del Yo a dar unidad y coherencia a sus experiencias es ilusoria. El Yo debe responder a tendencias contrapuestas, apelar a soluciones de compromiso. Es lógico y racional, pero también inconscientemente usa la razón para engañar o engañarse.

EL YO Y EL LENGUAJE

Él nace dentro de un lenguaje que lo antecede (la lengua materna) y que debe aprender de los objetos parentales. El Yo se encarga de este aprendizaje del lenguaje que, a su vez, le va a dar expresión verbal al Yo en sus ideas, demandas y deseos. Sin las palabras del lenguaje, el verdadero campo del significado no existiría. El Yo no solo debe aprender el lenguaje sino *habitarlo*, sentirlo y hacerlo propio. Las palabras posibilitan al Yo tomar conciencia de las cosas, pero en especial de sí mismo, de sus propios pensamientos y afectos.

Las palabras permiten nombrar y *representar* simbólicamente a los objetos. Pero a veces se las usa de manera concreta, como por ejemplo en los chistes, o como lo hacen los niños. *Para conocer su estado de ánimo le preguntan a una niña enferma de 4 años: "¿Cómo estás?" y responde: "Sentada"*.

Con el lenguaje la comunicación humana alcanza su expresión más refinada *así como la máxima posibilidad del malentendido*. El lenguaje faculta la posibilidad de comunicarse u ocultarse, permite los juegos de palabras, la metáfora, los chistes... y la mentira.

EL YO, LA ANGUSTIA Y LOS MECANISMOS DE DEFENSA

Durante el proceso de su desarrollo, el Yo ha vivido pasivamente situaciones de inma-

durez e indefensión. Ha debido pasar por verdaderas **situaciones traumáticas** que lo han desbordado de angustia (angustia traumática) cuyo prototipo inicial ha sido la situación del nacimiento. Ha sufrido la progresiva delimitación de un sector con el que el Yo se enfrenta, *lo reprimido inconsciente*.

Más tarde, a favor de su creciente madurez e integración, ha podido anticiparse a las situaciones que podrían llegar a ser peligrosas. Utiliza entonces una pequeña muestra de angustia como **señal**, lo que permite al Yo inhibir los impulsos objetados si supone que lo expondrán a una situación traumática.

Si el Yo juzga que algunos impulsos serán peligrosos, con la ayuda del principio de placer-displacer intentará protegerse por medio de distintas modalidades defensivas. Para eso aprende a utilizar la angustia como señal, **la señal de angustia**.

En el curso de su desarrollo el Yo aprende a reconocer situaciones peligrosas y las significa como un peligro potencial para él. Cuando anticipa una situación peligrosa dispone de la capacidad de producir angustia en pequeñas dosis para poder defenderse.

Hay una secuencia característica de situaciones de peligro en la infancia que el Yo aprenderá a temer y que persistirán inconscientemente a través de la vida: *temor a la ausencia del objeto, a la pérdida de su amor, a la castración y a la crítica de la conciencia moral*.

Por ejemplo, el caso de un niño de dos o tres años al que le nace un hermano. Es esperable la emergencia de odio y hostilidad con el recién llegado, querer hacer que desaparezca (y a esa edad para la mente infantil significa *que se muera*), satisfacer estos impulsos en actitudes directamente agresivas contra él. Pero, pronto percibirá que estas actitudes son severamente penadas por sus padres y

por las imágenes internalizadas que tiene de ellos. El niño se sentirá amenazado y vivirá con angustia la posibilidad de la pérdida de su amor si se entrega a sus impulsos o simplemente sentirá que condenan sus deseos aunque no los manifieste. Una posibilidad es que excluya de su conciencia esos deseos por el mecanismo de la *represión*, no pensará más en ellos lo que le impedirá llevarlos a la acción. Tal vez intensifique conscientemente su amor por el bebé en actitudes cuidadosas, cariñosas, identificándose con los cuidados maternos y con la obvia aprobación de los padres. Que desplace el odio a objetos sustitutos. Habrá utilizado la *represión*, la *formación reactiva*, la *identificación* y el *desplazamiento*. En su inconsciente, sin embargo, los impulsos reprimidos hostiles seguirán activos y tal vez resurjan en el futuro en alguna actividad competitiva entre pares. Llegará a sentirse personalmente responsable de su desaparición si alguno de ellos muere.

El Yo puede usar cualquier cosa que esté a su alcance que le sirva para evitar situaciones de peligro que lo amenacen con angustia, suprimir ideas conscientemente, desviar la atención, etcétera. Pero la mayoría de las veces recurre automática e inconscientemente a **mecanismos de defensa**. Es bueno repasar alguno de ellos:

1) **represión**: es desalojar de la conciencia las ideas que representan a un impulso inconciliable con otras tendencias del Yo. También las emociones, deseos o fantasías asociados con él que no van a poder pasar a la acción. *Una idea reprimida es una idea olvidada*. El deseo reprimido se supone activo y dispuesto a entrar en la conciencia en cuanto el Yo se descuide, por ejemplo en el dormir. Por eso, el Yo no sólo reprime al impulso sino que también se le opone en forma permanente. Si amenaza con reaparecer en la conciencia, deberá renovar la represión o apelar a otros mecanismos y restablecer la defensa. La represión puede ser exitosa o fracasar. En este último

caso lo reprimido puede retornar como síntomas neuróticos. Es un síntoma, derivado de la represión que un paciente *olvide* tomar una medicación imprescindible para su vida.

La actividad represiva del Yo también es inconsciente, de manera que el conflicto entre lo reprimido y lo que lo reprime es desconocido para él. Es sólo consciente de sus resultados, por ejemplo que no recuerda algo. Lo reprimido es separado funcionalmente del Yo, como las memorias, fantasías y emociones íntimamente asociadas a la pulsión rechazada. Así, el Yo pierde parte de su organización y el acervo de experiencias de que podría disponer. Por eso, si bien la represión puede ser una defensa exitosa contra la pulsión, el resultado es que el Yo sale debilitado, pierde libertad de acción, se restringe en posibilidades.

2) **formación reactiva**: cuando coexisten un par de actitudes opuestas, por ejemplo *amor* y *odio*, una se mantiene reprimida en la medida que la otra se exagera conscientemente. La *crueledad* resulta reemplazada por la *gentileza* exagerada, el placer por la *suciedad* por la obsesión con la *limpieza*, el desorden por el *orden extremo*, el *sometimiento* por la *rebelión*, la *pasividad* por la *actividad*. Pero en cualquiera de estos casos puede ser al revés: según qué sea lo más temido por el Yo. Este mecanismo se detecta por su exageración.

3) **aislamiento**: común en los obsesivos, en especial *con el afecto*. En estos casos una fantasía o idea, un recuerdo proveniente del inconsciente puede acceder a la conciencia, pero *la emoción, dolorosa o erótica*, no aparece. La idea es consciente pero deja a la persona *fría*. Se trata de sujetos que generalmente expresan poco los sentimientos. Pero también hay lugar para la utilización saludable de este mecanismo.

Cualquier médico involucrado en procedimientos cruentos necesita utilizar esta defensa dentro de ciertos límites para poder realizar adecuadamente su tarea. Así lo expresa un cirujano: "En la sala de operaciones el paciente debe ser anestesiado para que no sienta dolor. El cirujano también debe estar anestesiado, aislado del calor emocional del hecho, de manera que pueda realizar el acto de abrir el cuerpo humano, que si se lo despojara del propósito por el cual se lleva a cabo, no es otra cosa que dañar y violentar. Un acto de barbarie. Así el cirujano pone una coraza que le impide sentir. Es lo que otorga a muchos cirujanos la apariencia de insensibilidad".³

Un otro sentido del *aislamiento*: un pensamiento es separado del que lo precede y del que lo sigue. La idea es tratada como intocable, no causa consecuencias. Algunas personas, cuando se enteran de que padecen cáncer, parecen aceptar *la idea* sin mucha repercusión emocional, sin darse del todo cuenta de lo que eso significa.

- 4) **anulación**: se realiza una acción que tiene el propósito de desmentir o anular las intenciones dañinas, sexuales u hostiles que el sujeto ha imaginado inconscientemente contra alguien. Este mecanismo tiene una base mágica infantil. Está en el proceder de innumerables rituales que las personas realizan para *protegerse* de las enfermedades.
- 5) **desmentida o renegación**: un mecanismo por el que se desmienten hechos, situaciones o realidades desagradables al Yo. Si esos aspectos fueran reconocidos, producirían una ansiedad intolerable. Clásicamente se sostiene que el Yo puede apelar a ella frente al problema que le plantea la diferencia de sexos y la angustia de castración: *desconoce los*

hechos, hace como que las diferencias no existen. Es un mecanismo muy grave por sus consecuencias, porque aunque con cualquier defensa que utilice el Yo paga un precio, con éste se afecta su relación con la realidad. En consecuencia aparece en las psicosis y en las perversiones.

El Yo puede también tratar de *desmentir* sus alarmas corporales, esto es, no prestar atención a signos que señalan alguna afección corporal con las previsibles consecuencias para la salud.

- 6) **proyección**: el sujeto atribuye un deseo o un impulso reprimido propio a otra persona. Es habitual en todo tipo de situaciones normales, culpar, imputar, acusar a otro de impulsos propios no tolerados. Los niños recurren regularmente a él. En los celos es común atribuir los impulsos de infidelidad a la pareja. Como mecanismo extremo interviene en los delirios paranoicos.
- 7) **conversión**: un mecanismo por el que un conflicto inconsciente se expresa simbólicamente en el cuerpo o en alguno de sus funcionamientos.

Se podrían seguir enumerando varios más, pero en lo esencial todos parecen mostrar esta situación: lo *reprimido inconsciente* quiere expresarse, imponer sus exigencias y pasar a la acción. El Yo amenazado por la angustia se defiende de varias maneras, utilizando mecanismos *para decir que no* (no se entera, se entera pero no lo siente, siente lo contrario de lo que debería, lo desconoce, siente que es de otro, lo manifiesta en el cuerpo, etcétera).

Esta situación de conflicto entre las pulsiones y el Yo se complejiza aún más porque siempre interviene la conciencia moral o Superyó, una nueva discriminación funcional dentro del Yo.

³ Selzer, Richard. *The Surgeon as Writer* (Speech given to the Humanities Symposium), Dalhousie University, Halifax, Canada, 1991.

EL DESARROLLO DE LA CONCIENCIA DEL YO: EL SUPERYÓ

El ser humano tiene una dimensión desconocida para el resto de los animales: la de evaluar su comportamiento y el ajeno en términos de lo que está *bien* y de lo que está *mal*. Buena parte de su bienestar y de su salud gira en torno a los resultados de esta operación en el que entran en juego valores. La cría humana no nace con un sentimiento innato de lo que está *bien* y lo que está *mal*. No hay una facultad natural de discernirlo sino que es algo que se adquiere en los primeros años y por la influencia de los padres:

En el período de dependencia y desamparo lo malo es originariamente, aquello por lo que uno es amenazado con la pérdida de amor, se debe evitar comerlo por temor a esa pérdida.⁴

Desde los primeros tiempos, el Yo ha sido requerido por las demandas y prohibiciones de los padres frente a las exigencias pulsionales, por ejemplo, las referidas al control de esfínteres. Hasta entonces ha dependido de su presencia externa para obedecer y demostrar buena conducta.

Hacia los 3 ó 4 años, la moral pasará a ser una exigencia interna y el niño sentirá que las acciones por las que tiene que arrepentirse y sentirse culpable *proviene de él*. Ha internalizado la autoridad y el control de los padres en forma permanente, en especial como admoniciones verbales (la voz de la conciencia) que le exigen obediencia y sometimiento a los valores morales que circulan en la familia y en la sociedad.

Al abandonar los objetos de las pasiones edípicas, el amor incestuoso y el odio asesino, la relación se transforma en identificaciones mientras perdura el resto de la relación

tierna con ellos. Interviene la angustia de castración que amenaza al pene del niño y con daño genital a la niña para que renuncie a los objetos incestuosos. En lugar de amar y odiar a sus padres, que él creía que se oponían y castigaban esos deseos, una parte de su Yo se transforma según el modelo parental.

El Superyó o conciencia se constituye por los aspectos morales y prohibidores de las imágenes internalizadas de los padres. Con el Superyó los padres están alojados de manera permanente en la mente y aseguran la prohibición sin su presencia.

Los padres disciplinan a sus hijos como ellos fueron educados. El niño internaliza el Superyó de los padres (sus valores y exigencias) y, de esta manera, se transmiten códigos morales de generación en generación. *El Superyó es un baluarte de la tradición y del pasado.* Con este desarrollo, el Superyó ayuda al Yo en su lucha contra los impulsos sexuales y agresivos prohibidos, pero pierde independencia y libertad para sus gratificaciones: ha adquirido un aliado, pero tiene un dueño a quien de ahora en más debe dar cuenta no sólo de sus acciones *sino también de sus pensamientos.*

El Yo debe someterse a los imperativos de su conciencia moral como a las demandas de la realidad externa y de las pulsiones.

La severidad con que el Yo es tratado por el Superyó no es la exacta réplica de cómo los padres trataron al niño *sino la medida de sus propios deseos agresivos contra ellos.* De esta manera, el Superyó del niño puede llegar a ser muy sádico y cruel con padres que lo trataron amorosamente. Más tarde se le agregan al Superyó otras influencias como los maestros, los líderes, etcétera.

⁴ Freud, S. "El malestar en la cultura" (1930). En: *Obra completa XXI*. Amorrortu, Buenos Aires, 1992.

A partir de la consolidación del Superyó entonces, el adulto se controla, se critica, se vigila por temor a perder amor de su conciencia, su bienestar depende de ser o no aprobado por ella (“estar en paz con la conciencia”). Estos funcionamientos generan los dolorosos **sentimientos de culpa** y remordimiento inconsciente, exigen expiación a través del castigo autoinfligido.

El Superyó evoluciona en el transcurso de la vida, pero retiene aspectos primitivos que funcionan según la ley del talión, del ojo por ojo, “lo que me hiciste te hago”. Se debe pagar por lo hecho con un castigo similar, un concepto primitivo infantil de justicia.

Con el Superyó no hay posibilidades de que el Yo se oculte, aun sus deseos inconscientes son detectados y se sufren las consecuencias. Como para los primitivos niveles infantiles tampoco hay discriminación entre el deseo y el acto, el Superyó castiga tanto a lo uno como a lo otro: a veces la persona no sabe que desea, ni que lo que desea está prohibido pero el Superyó lo castiga por igual por la omnipotencia: desear algo es darlo por realizado.

La necesidad inconsciente de castigo, el criminal que busca que lo atrapen, las neurosis de destino, la accidentología, etcétera, son parte de la patología de esta instancia que debe ser reconocida por el médico, como cualquier otra enfermedad.

Con el transcurso de la vida, la evolución y la integración con aspectos más maduros de la mente, el Superyó se puede mostrar más tolerante, menos implacable, más racional y *justo* en sus relaciones con el yo y con los demás. La ley del talión atenúa su vigencia. Un desarrollo que, cuando ocurre, habla en favor de la salud mental del individuo.

La profesión médica es fuente de fuertes sentimientos de responsabilidad y culpa: “Nosotros los médicos nadamos en un mar de culpa... Es porque tenemos que darle una mano a la gente y tememos que surjan complicaciones como resultado de nuestra acción. Un cirujano se hace sobre los restos de un montón de pacientes que han sobrevivido a sus errores. Si bien odiamos nuestra culpa y es difícil sobrellevarla día a día, la necesitamos. Porque sin esa culpa estaríamos expuestos, como grupo, al desenfreno de la gente”.⁵

⁵ Trautmann, J (ed). *Healing Arts in Dialogue*. Southern Illinois University Press, 1981.

VIII

EL YO, ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO (II)

CONSCIENTE, PRECONSCIENTE E INCONSCIENTE

El más audaz y revolucionario de los descubrimientos freudianos fue el postular que *lo psíquico* no es sinónimo de consciente y que la mayoría de los funcionamientos psíquicos transcurren más allá de la conciencia. Descriptivamente, se hizo necesario distinguir en primer lugar entre procesos psíquicos conscientes e inconscientes. La **conciencia** otorga cualidad a ciertos procesos psíquicos que se hacen accesibles a nuestra percepción interna, pero la cualidad de conciencia es una excepción en lugar de un atributo regular de los mismos. Los **procesos inconscientes** son de una significación aún mayor que los conscientes. Lo verdaderamente psíquico es inconsciente porque de su contenido proviene su máxima eficacia.

Pero, si solo tenemos acceso a los procesos psíquicos conscientes, ¿cuál es la comprobación de la presencia de procesos psíquicos inconscientes? Del estudio de los sueños, los actos fallidos y los síntomas neuróticos, que surgen como elementos *aparentemente* absurdos, sin sentido, sin

explicación pero que están determinados y pueden ser explicados, encontrarles sentido recurriendo a la noción de inconsciente. ¿Qué quiere decir **determinados**?

Freud se apoyó en la hipótesis del principio del determinismo psíquico para postular que, como en la realidad material cada acontecimiento psíquico está relacionado con otros, la discontinuidad no existe, ningún fenómeno mental, por absurdo o irracional es accidental o se explica por el azar.

El sujeto está determinado, o multiterminado por eventos previos, no hay libre albedrío. Pese a que lo determinan, el sujeto desconoce sus motivaciones más profundas de las que no es consciente ni puede serlo porque una serie de fuerzas o tendencias mentales contrarias se lo impide. Pero sus efectos se hacen sentir de muchas maneras. Los datos mentales aparentemente absurdos tienen explicación. Por ejemplo, los *olvidos accidentales* son provocados por un deseo o intención inconsciente. Un caso habitual, el paciente que parece olvidar una cita importante con el médico. Los *sueños*, más allá

de su aparente contenido absurdo, tienen sentido y una relación significativa con el resto de la vida del soñante. Los *síntomas neuróticos* también.

La aparente discontinuidad de la vida mental se debe a la presencia de procesos psíquicos inconscientes que no tienen cualidad de conciencia y en algunos casos no la van a tener nunca. No hay manera de observarlos directamente, no se descubren, sólo se infieren. Las *resistencias* a aceptarlos por parte de la conciencia son intensas. Se ponen de manifiesto con un procedimiento especial como el Psicoanálisis:

Si un sujeto, en las condiciones metodológicas especiales del tratamiento analítico, se coloca en la situación de asociar libremente, si evita la dirección y el control consciente de sus pensamientos, lo que piensa y dice bajo esas circunstancias está determinado por la dinámica de los procesos inconscientes.

Para una mayor precisión es necesario hacer una nueva diferenciación. Dentro de los procesos mentales inconscientes los hay: a) **preconscientes**, pensamientos, propósitos y recuerdos que son inconscientes pero pueden hacerse conscientes espontáneamente o por el esfuerzo de la atención. Todo el mundo tiene experiencia directa de ellos b) **inconscientes propiamente dichos o reprimidos**, aquéllos que nunca fueron conscientes o que si lo fueron han sido desalojados de la conciencia por una fuerza poderosa. Pueden hacerse conscientes en ciertas circunstancias, con un esfuerzo considerable, por ejemplo, con el método psicoanalítico. La hipótesis del inconsciente se sostiene en base a una serie de conjeturas derivadas de una experiencia analítica sólida de más de cien años.

Las ideas, fantasías o recuerdos inconscientes *reprimidos* ejercen una influencia

por demás significativa sobre pensamientos y sentimientos conscientes que expresa el sujeto sin que éste lo advierta ni quiera advertirlo y menos aún cuando un otro se lo señala. Así ocurre:

- En los sueños: cuando durante el dormir la actividad inconsciente de la mente recoge sensaciones de la vigilia y la actividad de deseos pretéritos, realiza un sutil y complejo trabajo elaborativo del que el durmiente no se entera, transforma esos datos en una serie de imágenes visuales que constituyen el sueño, del que el sujeto toma conciencia mientras sigue durmiendo.
- En lo cotidiano, lo inconsciente está siempre presente como funcionamiento mental pero se expresa en errores, equivocaciones, accidentes y olvidos en forma manifiesta y accesible a cualquiera. Entre innumerables ejemplos, Freud menciona el caso de un médico que en varias ocasiones indicó Belladona en dosis peligrosas por *error* a mujeres de edad y debió salir corriendo a corregirlo. Pudo al fin darse cuenta de que el error no era ajeno a la relación ambivalente que tenía con su anciana madre ni con el nombre al que la medicación hacía referencia.¹

La conciencia y lo psíquico no son sinónimos, ni siquiera pertenecen a la misma categoría: lo psíquico se refiere a procesos, la conciencia es sólo una cualidad de los mismos que puede estar o no estar presente.

Esta división, esta escisión, deja fuera del Yo un sector reprimido inconsciente devenido extraterritorial sobre el que no tendrá control ni influencia pero desde el que se verá afectado. Además, tendrá un tipo de funcionamiento diferente al de lo consciente y lo preconsciente.

¹ Freud, S. "Psicopatología de la vida cotidiana" (1905). En: *Obra Completa* VII. Amorrortu, Buenos Aires, 1992.

FUNCIONAMIENTO PRIMARIO Y SECUNDARIO

Lo reprimido inconsciente funciona con **proceso primario**. Se llama así por aparecer primariamente en el desarrollo. Las pulsiones y sus representantes psíquicos trabajan de acuerdo con él. También el Yo en los primeros tiempos, cuando su organización es reciente e inmadura y estrechamente ligada a las mismas y en atención al principio de placer. Luego el Yo, en el sector consciente y preconsciente se maneja con el **proceso secundario** cuando respeta el principio de realidad. De todas maneras por momentos vuelve a ser *copado* por el efecto de las pulsiones reprimidas y reaparece el proceso primario en el funcionamiento de productos del inconsciente como los sueños, actos fallidos y síntomas.

En lo esencial, se refiere a dos tipos o modos de pensamiento:

- a) *el proceso secundario* es familiar a todos porque está próximo a la experiencia cotidiana, en los modos *consciente* y *preconsciente* de funcionamiento, básicamente *verbal* y que sigue las reglas habituales de la *sintaxis* y de la *lógica*.
- b) *el proceso primario* es típico y *normal* de lo reprimido inconsciente, de los orígenes del Yo primitivo, puede más tarde persistir en alguna medida en el adulto y jugar un papel importante pero subordinado. El proceso primario produce una impresión de algo extraño y absurdo porque es un pensamiento donde

hay ausencia de negativo, condicionales u otras conjunciones calificadoras. Tendencias opuestas pueden persistir lado a lado, ideas contradictorias pueden coexistir pacíficamente. La representación por analogía es frecuente, una parte puede significar al todo. Varios pensamientos pueden estar representados por uno solo. Lo visual prevalece. No hay sentido de tiempo o de paso del tiempo, hay un eterno perpetuo.

Es un pensamiento comúnmente utilizado en la *poesía*, en los *chistes*, en los *juegos de palabras*, en la *propaganda comercial* cuando está *sutilmente encubierta* con el *proceso secundario*. El predominio y exclusividad del proceso primario sobre el Yo lo hace patológico.

Pertenecen al proceso primario dos mecanismos que se hace necesario definir: 1) *el desplazamiento*, la sustitución de una idea o imagen por otra que la representa y a la que está asociativamente enlazada, como la parte por el todo, 2) *la condensación*, un proceso por el que se representan varias ideas o imágenes por una palabra o por una imagen. Ambos mecanismos son comunes en los sueños y otras formas del inconsciente.

LOS PRINCIPIOS DEL FUNCIONAMIENTO PSÍQUICO

Lo psíquico se regula por *principios generales* o tendencias que presiden y orientan su funcionamiento. Con el primero se introduce una polaridad que va del placer al displacer. Se conoce como **principio de placer – displacer**.

Desde los orígenes, el conjunto de la actividad psíquica tiene por finalidad procurar sensaciones de placer y evitar el displacer.

Este principio gobierna la actividad de las pulsiones, de los procesos inconscientes asociados a ellas, residuo de una fase del desarrollo cuando eran los únicos (procesos primarios). También los estadios tempranos e inmaduros del Yo cuando estaba discriminándose de ellos. Cuando el bebé siente displacer trata de anularlo gritando, llorando, pateando. Puede recurrir a la alucinación para la satisfacción deseada (la que tuvo con el objeto que lo calmó). El mantenimiento de este funcionamiento a ultranza no puede sino terminar en la decepción.

La emergencia simultánea de las pulsiones de autoconservación plantea demandas perentorias al entorno al requerir objetos de la realidad esenciales para la sobrevivencia. La realidad entonces no se puede eludir. Pero con las pulsiones sexuales el Yo se puede entretener un tiempo más porque la fantasía y el autoerotismo permiten seguir funcionando en base al principio de placer-displacer. En la fantasía, las pulsiones sexuales se dan el gusto de darse el gusto.

Con el desarrollo y la madurez corresponde un aumento de la importancia de la realidad exterior, también para las pulsiones sexuales. El principio de placer se modifica, tenderá a los mismos fines pero *adecuándose a las condiciones impuestas por el mundo externo*. El placer inmediato será abandonado en favor de un placer ulterior más seguro, por un rodeo a través de las condiciones que impone la realidad. Y el Yo “ya no se representará (solamente) lo que es agradable, sino lo que es real, aunque sea desagradable”.² El **principio de realidad** modifica pero no destrona al todopoderoso principio de placer.

En esta modificación el Yo es auxiliado por la maduración de las funciones que lo conectan con la realidad: *la percepción, la conciencia, la atención, la memoria, el juicio, la acción adecuada a fines*. Y también por el pensamiento:

El pensamiento está dotado de cualidades con las que el Yo puede tolerar la tensión que le crean las necesidades, puede diferirlas y anticipar la acción motora para buscar el modo, el momento y el objeto más apropiado para conseguir lo deseado.

En el adulto que respeta el principio de realidad, el principio de placer se puede seguir manifestando por la tendencia a negar

las impresiones desagradables, alejarse de la realidad si es insoportable, calmarse con ensueños diurnos o soñar con algo más placentero.

Si una persona detecta un malestar corporal puede inicialmente *desear* que desaparezca, *olvidarse* de él, *atribuírselo* a alguien que le quiere hacer un daño, *ilusionarse* con los poderes mágicos de alguna autoprescripción, etcétera. Puede buscar a un *curador* que le prometa hacer *desaparecer* el malestar por medio de la creencia en alguna sustancia con poderes sobrenaturales, etcétera. En todo caso, tratará de evitar el displacer de la noticia y aliviarse recurriendo a lo que la mente le sugiere como *deseable*.

Si en cambio esta persona se atiene más al principio de realidad tendrá que tolerar el displacer que le genera la amenaza de estar enfermo, darle crédito a las señales de alarma y, eventualmente, elegir a alguien que pueda ayudarlo a resolverlas.

El principio de placer ilusiona con la felicidad y el goce pero hace vulnerable al sujeto y lo expone a la infelicidad. La tarea progresiva del principio de realidad no es uniforme ni general, los impulsos que generan ilusiones son muy poderosos, la necesidad de evadir el displacer muy fuerte.

Por otra parte, es necesario consignar que cuando se habla de principio de realidad, la realidad que importa es la significación psicológica que el Yo le atribuye. En otras palabras, la realidad que toma en cuenta el Yo es personal y, cabe esperar, lo más consensuada posible con el resto de los otros.

En ciertos casos, el Yo puede seguir refugiado en sueños placenteros como en la neurosis o crear autocráticamente su propia realidad, como en los delirios de las psicosis.

² Freud, S. “Formulaciones sobre los dos principios del acontecer psíquico” (1911). En: *Obra Completa* XII. Amorrortu, Buenos Aires, 1992.

ACERCA DE UN MÁS ALLÁ DEL PRINCIPIO DE PLACER Y LA REPETICIÓN

Es ciertamente una sorpresa detectar a veces que el Yo no sólo busca lo deseable, lo placentero, lo posible. También lo indeseable, lo doloroso, lo traumático, en ocasiones con una tenacidad repetitiva que asombra.

Contra todas las evidencias, no aprende de las experiencias del pasado, las reitera. A veces la repetición tiene que ver con sentimientos de culpa, con la posibilidad de dominar experiencias penosas, etcétera. Pero otras veces, parece *hacerlo porque sí*. Así se pueden explicar la reincidencia de conductas inadaptadas que se repiten trágicamente, la reproducción de fracasos, de accidentes, de enfermedades. Se habla entonces de *compulsión a la repetición*, revelando una necesidad de repetir que trasciende, que va *más allá* del principio de placer. A menudo la persona lo atribuye al destino, al azar, a la presencia de lo fatídico en la vida.

Al médico estos hechos lo confrontan diariamente en la clínica: cómo explicar la tendencia del sujeto al sufrimiento, al dolor, al autocastigo, al masoquismo, al autodesprecio, la insistencia en el fracaso, el rechazo del éxito, la evocación melancólica de los desastres del pasado, el gusto por la decepción, lo atractivo del suicidio, en suma la insistencia de la repetición de lo displacentero. ¿Qué se puede hacer frente a ello?

EL PUNTO DE VISTA DINÁMICO

Los fenómenos psíquicos son la resultante por un lado, de fuerzas —en especial de origen pulsional que ejercen presión—, a las que se le oponen otras. Por lo tanto, las fuerzas o tensiones que se movilizan a menudo entran en pugna entre sí y su resultado es el *conflicto psíquico*.

El conflicto psíquico expresa fuerzas internas contradictorias, por ejemplo entre un deseo proveniente de lo pulsional y su prohibición desde la exigencia moral. A veces se oponen deseos contrarios entre sí, otras veces se enfrentan con lo prohibido. La sexualidad y sus exigencias son para Freud uno de los polos dinámicos de todo conflicto. Los conflictos psíquicos más importantes son inconscientes y se conocen por sus consecuencias, en la formación de síntomas, sueños, actos fallidos, etcétera.

El término dinámico sirve para calificar especialmente al funcionamiento inconsciente, que ejerce una acción duradera que obliga a fuerzas de otros sectores que se le opongan para impedir su acceso a la conciencia, si ésta generara displacer.

EL PUNTO DE VISTA ECONÓMICO

Cuando se dice “esta idea es más fuerte que yo, se me impone, no puedo contra ella”, cuando algún acontecimiento que debería haber conmovido deja *indiferente*, cuando por el contrario un hecho en apariencia anodino genera una reacción afectiva catatrófica, cuando se logra alivio *descargando* en palabras un suceso traumático retenido en la memoria, cuando en el duelo se retira transitoriamente el interés por el mundo y toda la energía se consume en elaborar la pérdida del objeto, en todas ellas hacemos mención a experiencias cotidianas, que dan la impresión de hacer referencia a algo *cuantitativo*, cierta energía operando dentro del aparato mental que intensifica algunas ideas, se retira de otras, se distribuye de manera inapropiada, etcétera. Parece provenir de excitaciones desde el mundo exterior (con los objetos significativos) o, en especial, desde el interior derivada de las pulsiones. Esta cantidad es la que fuerza al psicoquismo a *trabajar* para hacer algo con ella y mantener esa cantidad en el nivel más bajo

posible, salir del displacer de su aumento al bienestar de su disminución.

El punto de vista económico es una hipótesis según la cual en los procesos psíquicos circula y se distribuye una cierta cantidad de energía de origen pulsional que puede aumentar, disminuir, trasladarse, transformarse, etcétera.

Se introduce así en el modelo del psicoanálisis la referencia a una cantidad, que es hipotética, porque aunque tiene todas sus características, no es *mensurable*. Se trata del punto de vista económico del funcionamiento mental.

EL PUNTO DE VISTA ESTRUCTURAL: YO, ELLO Y SUPERYÓ

En 1923 Freud expuso el punto de vista estructural del funcionamiento mental.³ Reagrupó los distintos espacios y funciones psíquicas de una manera que aquí conviene repasar someramente.

Definió al **Ello** como el lugar de donde proviene lo más *impersonal, involuntario, pasional e inconsciente* del sujeto. Es la forma primitiva del funcionamiento psíquico, tal como se supone en el recién nacido, tal vez también en la vida intrauterina. Luego, expuesto al mundo exterior sufre sucesivas diferenciaciones de donde derivan ulteriormente el Yo y el Superyó. Dinámicamente está compuesto por las pulsiones, sexuales y agresivas, y por los deseos reprimidos. Domina con exclusividad en este sector del aparato psíquico el proceso primario y el principio de placer.

El **Yo** se diferencia del Ello por el contacto con la realidad, por el predominio del proceso secundario, y crece por la identificación con los objetos mientras se encarna por

sus experiencias con el cuerpo. Representa *lo personal, la historia, la racionalidad, la lógica y la experiencia*. Su actividad es en parte consciente (percepción, atención, memoria, pensamiento, acceso a la motilidad, los afectos) y en parte inconsciente, por ejemplo, los mecanismos de defensa y ciertos afectos. En el Yo predomina el principio de realidad sin que el principio de placer lo abandone del todo. Al Yo le corresponde mediar entre los otros sectores del aparato psíquico, entre el Ello y la realidad externa, en general en condiciones en las que no siempre puede imponerse. Luego también debe enfrentar al Superyó.

El **Superyó** es una modificación del Yo provocada por la internalización de las fuerzas represoras que han actuado en el curso del desarrollo psicosexual, en especial los padres del complejo de Edipo. A partir de su discriminación, una parte del Yo, en calidad de conciencia, vigila, acusa, observa, prohíbe, critica al resto. Si entra en conflicto con el Yo, su presencia se hace sentir como *sentimiento de culpa*. La afinidad profunda que tiene con el Ello se debe a que es el producto de la identificación del niño con los impulsos sexuales y agresivos de los padres. Ambos representan las influencias del pasado, el Ello la herencia, el Superyó las influencias parentales, familiares y sociales.

UNA REFERENCIA AL CONCEPTO DE APARATO PSÍQUICO

Se puede intentar dar una cierta visión de conjunto de los múltiples elementos y funcionamientos psíquicos mencionados en éste y en capítulos anteriores haciendo referencia al llamado **aparato psíquico**. Se trata de un modelo, una ficción, una construcción auxiliar. Plantea el supuesto de un aparato, extendido en un espacio virtual, compuesto

³ Freud, S. "El Yo y el Ello" (1923). En: *Obra Completa* XIX. Amorrortu, Buenos Aires, 1992.

con arreglo a ciertos fines, que solo en determinado lugar y bajo ciertas condiciones da nacimiento a los fenómenos de la conciencia, los únicos conocidos por el sujeto. Otra de sus denominaciones es **aparato anímico** porque el núcleo de su actividad es anímico e inconsciente, la que está agitada por pasiones o fuerzas difícilmente dominables. Ambas son preferibles a **aparato mental**, que se refiere más a lo intelectual, a lo que tiene forma y organización.

La referencia a un aparato es metafórica. Pretende hacer inteligible la complejidad del funcionamiento psíquico, dividiéndolo y atribuyendo cada función a una parte constitutiva de dicho aparato. Da idea de cierta disposición u organización interna con *lugares* específicos y asigna un orden cronológico de sucesión específico, lugares que no deben interpretarse en sentido anatómico aunque su soporte es sin duda el sistema nervioso central.

Se representa como un aparato o un instrumento capaz de realizar un trabajo a partir de sucesivas transformaciones que ocurren en su interior, por ejemplo, el trabajo del duelo es la elaboración que hace

ante la pérdida. Por la noche, para seguir durmiendo realiza una labor, el trabajo del sueño, para que los estímulos que lo perturban se figuren en la pantalla del sueño sin despertarlo. A través de sueños repetitivos que retornan al momento del trauma realiza el trabajo de elaborar situaciones traumáticas. Sugiere la idea de emprender tareas cuya función es mantener al nivel más bajo posible la energía interna.

El aparato está compuesto de lugares cuya sistematización explica cómo se hacen conscientes ciertos contenidos mentales o se reprime su emergencia (*lo tópico*); cómo el aparato funciona entre la tensión que le plantean los deseos que quieren realizarse a toda costa y la posibilidad de lograr algo equivalente en la realidad (*principios de funcionamiento*); cómo sus distintos componentes se enfrentan como conflicto y emergen como síntomas (*lo dinámico*); como todo aparato que realiza trabajo supone utilizar energía, energía psíquica que genera las inversiones y desinversiones (*lo económico*), se describen en él las características de cada una de sus subestructuras y la relación entre sus partes (*la estructura*).

IX

EL YO EN SU RELACIÓN CON EL CUERPO

EL YO CORPORAL

El motivo de consulta médica más frecuente tiene que ver con malestares y preocupaciones referidas al cuerpo. El cuerpo es fuente de dolor y sufrimiento, también de placer y bienestar. En especial, el dolor corporal es un sentimiento imperativo que reclama medidas inmediatas. Por el contrario, el *silencio de los órganos* es apreciado como signo de salud.

Por cierto, los **signos de alarma** que provienen del cuerpo informan de su vulnerabilidad somática, de las amenazas a la vida, del transcurrir irreversible del tiempo, de la limitación de la existencia, etcétera. Será de mucha importancia saber cómo y cuándo el Yo de la persona percibe y da cuenta de esos signos de *alerta*, cómo los atenúa hasta renegar de ellos o cómo los amplifica al punto de la *alarma*.

Una parte de la tarea médica es decodificar estas situaciones y para eso el médico necesita toda la sutileza de su escucha clínica. Lo que primero está en juego es la semiología corporal y segundo, la interpre-

tación que pudiera llegar a tener el síntoma en términos vinculares.

El cuidado médico, en especial por el contacto corporal que implica, moviliza en el paciente el anhelo primitivo de compartir el cuerpo del otro, de restablecer la díada con el objeto materno para atenuar el malestar y procurarse alivio.

Los momentos más tempranos en los que el cuerpo del semejante se arrimó al propio para cuidar, proteger y atender durante *la experiencia de desamparo* dejan la vivencia de *un cuerpo para dos*, de una piel en común, de un anhelo de fusión.¹ En el contacto corporal con el médico está la viva materialidad de un semejante y su incidencia en la realidad psíquica.

Ciertos pacientes se desilusionan si el médico no los toca u omite revisarlos. Es bueno recordar las palabras de un destacado clínico “Éste es, pienso, el más antiguo y más efectivo acto del médico, el tocar. A algunas personas no les gusta ser manoseadas

¹ McDougall, J. *Teatros del cuerpo*. J. Yebenes, Madrid, España, 1989.

por otros, pero nunca, o casi nunca a los enfermos. Ellos necesitan ser tocados y parte del desánimo de estar enfermo es la falta de un contacto humano estrecho”.²

También es necesario tener presente el cuerpo del médico en la consulta. Se dice a veces que el médico *le pone el cuerpo* a su paciente, como función de sostén, de amor y protección. Se acerca para cuidar, aliviar, asistir. El cuerpo del médico representa la posibilidad de contacto y garantía de sobrevivencia.

La formación médica, que comienza con la anatomía del cadáver, se ocupa poco del cuerpo humano vivo como *un ser de deseos*. Al estudiante, el impacto de la clínica lo enfrenta con su propio cuerpo, a menudo expresado en los conocidos síntomas hipocóndricos que padece en algún momento de su carrera. Algunos tienen dificultades para iniciarse en el aprendizaje del examen físico o para tocar al paciente, que no siempre se resuelve cuando llegan a médicos. A veces el conflicto vinculado a tocar el cuerpo toma la forma disfrazada de discusión científica, por ejemplo, hasta no hace mucho tiempo se debatía si se debía o no se debía hacer tacto vaginal a una embarazada.

En Medicina, la formulación científica de la enfermedad está íntimamente asociada a una determinada concepción de cuerpo y de cuál es la relación que este cuerpo tiene con su titular. Por eso es importante entender.

EL CONOCIMIENTO CIENTÍFICO DE LA ENFERMEDAD Y DEL CUERPO

Según Laín Entralgo el conocimiento científico moderno de la enfermedad corporal puede entenderse de dos maneras: como *desorden orgánico* o como *modo de vivir*.³

Para el primero, la enfermedad es siempre del cuerpo, primaria y fundamentalmente es

un desorden orgánico. La patología somática explica el enfermar humano según los tres modos cardinales de su constitución: el inmunitario, el funcional y el metabólico degenerativo, entendido desde la coexistencia de las tres grandes mentalidades del pensamiento médico: *la anatomoclínica, la fisiopatológica y la etiopatogénica*. Una alteración bioquímica y biofísica da lugar en las células y los humores a alteraciones morfológicas más o menos duraderas (para el patólogo las *lesiones*) y a trastornos funcionales más o menos graves (para el clínico los *síntomas*), que transcurren hacia la curación o la muerte del territorio orgánico afectado o del organismo entero, lesiones que pueden ser resueltas con mecanismos de carácter biofísico y bioquímico (para el clínico la *terapéutica*).

En esta concepción de la enfermedad como desorden orgánico, muchos médicos actuales ven el fundamento científico para su tratamiento. Se la ha denominado **el modelo biomédico** dirigido a los aspectos biológicos de la enfermedad con prescindencia de quién es aquél que la sufre. Pero, ¿puede decirse que esto sea toda la enfermedad y más aún siendo un hombre quién la padece?

La segunda manera de entender la participación del cuerpo en la enfermedad intenta responder esa pregunta. Dice Laín: “además de ser un desorden orgánico, la enfermedad es siempre y por esencia un modo de vivir, de vivir claro está, humanamente”. De esta manera se pasa del organismo en que se instala la enfermedad al sujeto que la padece.

La introducción del sujeto en Medicina no es nueva si se tiene en cuenta que la misma siempre consideró la dimensión personal en la clínica. Alguien venía a contar acerca de la enfermedad y el médico intuía que tenía mucho que ver con ella. Pero lo que es relativamente reciente como *postulación científica* es la idea de

² Lewis, T. *The Youngest Science: Notes of a Medicine Watcher*. Viking, New York, 1983.

³ Laín Entralgo, P. *Historia de la Medicina*, Salvat, Barcelona, 1985.

incluir al sujeto como sujeto de la enfermedad y no alguien extraño o ajeno a ella.

Sin duda esta innovación provino de varios campos del saber, incluido el de la Salud Mental y se extendió, no sin resistencias, a toda la Medicina como concepción del enfermar. Cuando se dice que la enfermedad es además un modo de vivir, se debe entender como un modo de vivir en vínculos con los otros significativos.

El problema central de esta manera de entender la patología corporal “consiste en saber rigurosa y científicamente, de qué modo se personaliza el cuerpo, cómo los procesos somáticos se integran en la vida personal de su titular, así en la salud como en la enfermedad...” (Laín Entralgo, p. 639) o, en otras palabras:

El sujeto del padecimiento, el que vive aquello a que damos el nombre de enfermedad, puede ser visto como un verdadero quién y no sólo un qué sustantivado.

Pero entonces se requiere una conceptualización donde se pueda integrar la enfermedad simultáneamente como proceso orgánico y como experiencia de vida. Requiere repensar la concepción de enfermedad y del cuerpo de quien la padece.

EL YO Y EL CUERPO

En una primera aproximación, siguiendo a J. Laplanche⁴, se podría pensar al Yo en su relación con el cuerpo como en dos registros relativamente heterogéneos:

- a) en el primero, se considera que el Yo se va diferenciando progresivamente, a partir de la superficie del organismo,

como una parte especializada, verdadera prolongación del individuo, encargado de ciertas funciones adaptativas, en especial las de mediar las relaciones con el entorno (atención, memoria, motilidad, pensamiento, etcétera). Las experiencias con la realidad tendrían importancia en esta diferenciación funcional a través de los aparatos de la percepción en las vivencias con el objeto.

En esta concepción, no hay saltos cualitativos de lo corporal a lo mental sino una cierta relación de contigüidad aunque de naturaleza desconocida. *De esta manera el Yo tiene una relación de ser con su cuerpo: el Yo es cuerpo y cuando surge el malestar corporal, el malestar es Yo.*

- b) en el otro registro, el Yo no es concebido como una prolongación del individuo, sino como un desplazamiento metafórico de él o de su imagen a un otro lugar, virtual. En este sentido el Yo sería una especie de metáfora del organismo, con una imagen de sí hecha a semejanza del funcionamiento del organismo. El Yo tiene acá una relación mediatizada con su cuerpo: tiene a su cuerpo, se refiere a él, habla de él, transmite lo que siente su cuerpo, etcétera, y cuando surge el malestar corporal, *es del cuerpo*. Los dos registros expresan una doble relación *simultánea de ser y de tener* entre el Yo y su cuerpo.

En el capítulo anterior se hizo referencia a un modelo para pensar *la génesis del Yo en su vínculo simultáneo con el cuerpo y con los objetos*. Se estudió cómo el Yo se estructura en su experiencia con los objetos mientras se *encarna* al mismo tiempo en el cuerpo. En este capítulo se estudia más especialmente *la relación que el Yo tiene con su cuerpo*, tan estrechamente ligado a él que merece ser denominado **Yo corporal**.

⁴ Laplanche, J. *Vida y muerte en Psicoanálisis*. Amorrortu, Buenos Aires, 1973.

Cabe reiterar una cita de Freud: “El yo es sobre todo una esencia cuerpo; no es sólo una esencia-superficie, sino, él mismo la proyección de una superficie”.⁵ Por eso se dijo que:

Las experiencias tempranas del cuerpo con los objetos primarios determinan la emergencia de un Yo desde el cual tiene lugar la significación de una serie de sensaciones provenientes del cuerpo que se integrarán a él como su Imagen Corporal.

En todo este proceso de la *incorporación* del cuerpo al Yo interviene la *simbolización*, que hace que los estímulos provenientes del cuerpo sean *significados* por el Yo.

De esta manera, los estímulos corporales no tienen nunca más que ver directamente con el cuerpo como cosa en sí sino con su metaforización, con los significados que el Yo les atribuye y con los que los recubre de sentido.

En situaciones patológicas, esta significación del cuerpo por el Yo puede perderse temporalmente dando origen a sensaciones de *extrañamiento* y *ajenidad* corporal. En los trastornos de *despersonalización*, el paciente siente cambios en su cuerpo, por ejemplo que sus extremidades son más grandes o más pequeñas que lo normal. En casos extremos, que *su yo está totalmente fuera de su cuerpo, que no le pertenece y que puede observarlo a distancia.*

REITERANDO UN ITINERARIO

Antes de proseguir, y aun a riesgo de repetir, se hace necesario mencionar temas ya desarrollados pero que ahora pueden ser vistos a la luz de las relaciones entre el Yo y el cuerpo:

a) del cuerpo de la Biología al **cuerpo humano**

El bebé viene provisto de montajes cuyo funcionamiento de base es la *homeostasis*, por la que afinados sistemas biológicos se autorregulan con el aporte de los intercambios que tienen lugar con el medio ambiente. Forman parte de variables neurofisiológicas, endocrinas y hormonales que se apoyan en una serie de respuestas reflejas innatas de las que el bebé dispone. El reflejo de *succión* y los movimientos *mano-boca* aparecen ya en el útero como los precursores de algunas de las actividades y movimientos postnatales.

Pero estas constantes biológicas son imperfectas en el lactante, su estabilización es gradual y en buena medida eso se logra con una adecuada *presencia materna*. Desde el vamos, los mecanismos y los ritmos biológicos, que tienen cierto grado de autonomía, dependen de la presencia y suministros del objeto materno para su funcionamiento y equilibrio.

En el cuerpo humano hay un orden biológico en juego que los seres humanos comparten con el resto de los animales, pero que está desde el comienzo regulado y estabilizado en el vínculo con el objeto materno.

b) el cuerpo humano y **el desamparo originario**

El bebé nace en estado prematuro. Por más que disponga de montajes adaptativos y de mecanismos homeostáticos que funcionan como de relojería, al comienzo

el cuerpo del lactante es el de un ser desvalido, profundamente dependiente de los cuidados maternos. Es la condición de un ser incapaz de ayudarse, de auxiliarse, de sostenerse a sí mismo.

⁵ Freud, S. “El Yo y el Ello” (1923). En: *Obra completa* XIX. Amorrortu, Buenos Aires, 1992; 27.

Tiene necesidad de ayuda ajena, experimentada, para la sobrevivencia. Inicialmente débil y vulnerable, el cuerpo biológico requiere del auxilio de un otro humano.

c) entre el desamparo y **la omnipotencia**

La mamá *sabe* qué necesita su bebé o por lo menos cree poder saber sus necesidades. Lo sabe además por su historia, cuando su madre hizo lo propio con ella. Gritos, llanto, movimientos, una agitación desordenada que la madre aprende rápidamente a reconocer e interpretar en su especificidad y donde también intervienen sus propios deseos.

Por sus cuidados frente al estado de desamparo, la madre representa la *omnipotencia* frente a la *impotencia* del bebé. Eventualmente entra en juego la identificación del bebé con el sentimiento de omnipotencia alojado en el objeto materno, en especial el pecho nutritivo. El bebé no podría soportar su indefensión e insignificancia sin apelar a sentimientos de omnipotencia que, en el mejor de los casos, se atenuarán con el tiempo sin llegar a desaparecer nunca del todo. La situación dejará la huella de

un estado afectivo, mezcla de desamparo y omnipotencia, que nunca lo abandonará, generador de sentimientos que lo dividirán en el futuro entre permitir recibir auxilio ajeno o recurrir defensivamente a una autosuficiencia, ilusoria la más de las veces.

d) lo específico del **cuidado materno**

El bebé necesita asistencia pero no le sirve cualquier ayuda. El cuidado no sólo debe provenir de persona experimentada sino de alguien emocionalmente significativo: *la madre o la que cumple esa función*.

En este punto son relevantes los estudios de R. Spitz de 1945 en adelante sobre *hospitalismo* y *depresión anaclítica*.

Estudió 164 niños en dos instituciones, comparados con 34 criados en sus hogares. El resultado más importante fue que el cociente de crecimiento de los niños en una de las instituciones cayó a la mitad el primer año de vida y a la mitad de eso el segundo. Los bebés eran además muy susceptibles a las enfermedades y mostraron un alto grado de mortalidad. En ambas instituciones se les proveía con buena comida, cuidado médico y de enfermería. Pero en una de ellas el cuidado principal quedaba en manos de las madres y en el otro a cargo de diligentes enfermeras. Spitz concluyó que el deterioro y la falta de desarrollo de uno de los grupos se debían a la ausencia de los cuidados maternos.

La satisfacción de las necesidades no puede pasar solamente por los suministros y cuidados básicos para que funcionen los montajes corporales sino que aquéllas deben desde el principio ser administradas por la madre o por alguien que la sustituya en la recreación de un vínculo emocional. Las experiencias de Spitz demostraron el valor de la asistencia para la salud y la sobrevivencia pero no de cualquier ayuda.

Pero, ¿qué tiene de específico el cuidado materno en relación al crecimiento corporal, la salud y el sostenimiento del orden vital? Fundamentalmente los deseos maternos hacia su bebé.

e) el cuerpo humano es **un cuerpo erógeno**

Para entender el pasaje de cuerpo biológico a cuerpo humano es necesario señalar que éste es *un cuerpo erógeno*, como tal asiento de deseos y fantasías. Su génesis es la sexualidad infantil, cuyo desarrollo se estudió con más detalle en otro lugar. Acá se lo menciona por su relación al cuerpo del bebé y por su relación con los deseos maternos.

La sexualidad aparece como un efecto marginal de zonas corporales privilegiadas, en especial las de los alrededores de los orificios corporales, la boca, el ano, los genitales, etcétera, por la acentuación de los aportes e intercambios funcionales que ocurren en el pasaje del exterior al interior y viceversa, junto con los manipuleos maternos.

f) el cuerpo y otros intereses **de la sexualidad infantil**

Buena parte de la actividad sexual fantasmática tendrá como eje temático *la curiosidad por el interior del cuerpo materno, el origen de los niños, la actividad sexual de los padres, etcétera*. En el niño se hace manifiesta en la búsqueda de actividades placenteras en zonas del cuerpo propio y en el de los otros, pero también en *el mirar y ser mirado, tocar y ser tocado, provocar y experimentar dolor*, de lo que la observación de cualquier actividad de juego da cuenta.

Por su importancia en Medicina es útil volver a referirse a la actividad infantil *del tocar o ser tocado*. En un primer momento el bebé tiene un acceso irrestricto a su cuerpo y al de la madre, en especial en coincidencia con la función de la lactancia. La madre lo toca, lo mece, lo acaricia, lo sostiene firmemente abrazado a su cuerpo, hay un contacto piel a piel de una dimensión sensorial y erótica muy intensa (aunque también puede ser fría y distante). El tiempo introduce una segunda etapa: el acceso al pecho se restringe, más tarde lo que se considera sucio no se toca, con las heces no se juega, los genitales no se acarician.

Interviene un código que pasa a reglamentar las categorías de lo que se puede y lo que no se puede tocar; lo que se puede y lo que no se puede mirar. Finalmente, aquello en lo que ni siquiera se puede pensar.

El placer de tocar o tocarse resulta atraído por lo que desde el objeto y desde la propia actividad fantasmática del niño estará permitido o prohibido de ahora en más. Estas situaciones se preservan inconscientemente toda la vida y regulan las relaciones del adulto con su cuerpo.

No tienen porqué sorprender entonces las dificultades y conflictos del adulto que se manifiestan en torno a la actividad del tocar o ser tocado, mirar o ser mirado, de las que nadie está exento, por supuesto el paciente pero también el médico, que necesita recurrir a ella como parte de su rutina. La Medicina tiene que tener en cuenta zonas y actividades del cuerpo erótico especialmente sensibles para el manipuleo como *los orificios, las mamas, el rostro, los genitales y zonas adyacentes*. Por ejemplo, el caso de

un paciente que desarrolló una impotencia sexual funcional y transitoria después de una intervención quirúrgica por hernia inguinal. Una operación quirúrgica puede ser traumática por su proximidad a la zona genital, área sensible a cualquier manipulación.

LA IMAGEN CORPORAL DEL YO

El cuerpo, como preocupación, es traído verbalmente a la consulta. El Yo de la persona dialoga con su médico y *mete el cuerpo en la conversación*, hace referencias a él, lo describe con sus propias palabras, introduce imágenes y explicaciones de su funcionamiento. Lo *imagina* de una manera personal.

La imagen del cuerpo es el cuerpo sentido por el Yo desde adentro, desde la subjetividad. Tiene profundas raíces inconscientes con su contenido de fantasías, prejuicios y ansiedades. Es desde ese lugar que se hace presente en la consulta.

En algún momento de la entrevista el médico se dispone a examinar de cerca el cuerpo del que el paciente habla, tocarlo, mirarlo, auscultarlo, etcétera. Ahora el cuerpo asume *corporeidad*, con características concretas, palpables, mensurables. También es abordado por instrumentos y exámenes de laboratorio cada vez más sofisticados para diagnosticar qué pasa en su interior. Pero, en el paciente seguirá teniendo vigencia *la imagen* de su cuerpo con todos los sentimientos y prejuicios acerca del peligro con que lo ve amenazado. Es parte de una buena tarea médica el procurar integrar estos dos sectores de la experiencia médica. A manera de ejemplos:

- 1) una joven mamá consulta por segunda vez al pediatra porque le parece “que su bebé de cuatro semanas de edad tiene el vientre flojo, flácido, como deformado...”. El examen del bebé no mostraba ninguno de los alarmantes signos con que lo percibía la mamá. El pediatra se preguntaba de qué vientre estaba hablando esta mujer. Luego de un parto la puérpera pasa por momentos de incertidumbre y preocupación en relación a su cuerpo. Puede que se pregunte: “¿quedará bien estéticamente, seguiré siendo deseable sexualmente?” Pero lo interesante del caso es que esta madre lo expresase a través del cuerpo del bebé, al que se sentía unida aún y del que el parto la había separado recientemente.
- 2) un médico cardiólogo se desploma súbitamente en la calle, con un dolor intensísimo que no puede localizar al principio y sensación de muerte inminente. Todavía en el suelo, le parece reconocer el dolor en la zona precordial y tiene el convencimiento de haber padecido un infarto. Se levanta y cae nuevamente por un nuevo dolor que finalmente se demuestra originado por una ruptura traumática del talón de Aquiles.
- 3) un paciente con hipertensión esencial acentuada, fue sometido a varios exámenes para investigar una posible lesión cardíaca, entre otros a una cinecoronariografía. Cuenta cómo los médicos, para *tranquilizarlo y entretenerlo* le acercaron la pantalla con la imagen cardíaca. Al paciente le parecía *ver* una pequeña figura no reconocible, algo de color pulsando mientras era asaltado por un miedo terrible a que el mecanismo que veía en movimiento “pudiera llegar a pararse...” Y mientras el registro de su presión arterial se incrementaba imaginaba que “algo de la naturaleza de la maldad que siempre temía ser parte de mí pudiera llegar a visualizarse en la pantalla”. No sólo intervenía el temor a la muerte, la fantasía del daño autoinfligido sino también encontró expresión su preocupación por la potencia sexual, afectada según él suponía por la medicación hipotensora que recibía.
- 4) la imagen corporal cambia dramáticamente durante el embarazo, en especial la percepción de su forma y de sus límites. Una primípara de 33 años, sin sobrepeso, comenzó a sentirlo de un día para otro: la hacían sentir deforme, enorme, torpe *como una foca*, no podía calcular sus desplazamientos, se tropezaba con las personas, no podía medir bien por dónde podía pasar, no podía manejar el auto porque sentía que los otros coches se le “acercaban” peligrosamente y se sentía *encerrada*. Además, sentía los cambios con la sensación de que afeaban y deformaban su cuerpo al que nunca recuperaría (su idealizado y admirado cuerpo infantil, ilusoriamente vivido como *irresistible*).
- 5) una joven mujer cuenta que en su primer embarazo tuvo mellizos, que sentía que no daba abasto con la lactancia, los bebés requerían tanta alimentación al pecho *que varias veces se desvaneció* mientras los amamantaba. El desmayo es la pérdida involuntaria y transitoria de la conciencia del Yo. En este caso, pro-

blemente la mujer se sentía expuesta ante la sensación de ser vaciada corporalmente, a quedar “exprimida como un limón” según decía.

- 6) una paciente anoréxica de 17 años, con menos de 45 kilos, después de morder apenas una galletita, se siente *gorda*, dice que los demás también la verán gorda por lo que termina provocándose vómitos.
- 7) una mujer de 43 años vive su cuerpo los días previos a su menstruación de esta manera: “Estoy toda hinchada, llena de líquidos, congestionada por todos lados, los genitales y el abdomen, la garganta, la vista se me nubla, no me deja ver bien, no puedo enfocar las letras, como si tuviera los vidrios empañados”. La sensación de ser una bolsa hinchada de líquidos en el premenstruo disparaba numerosas consultas, incluyendo al oftalmólogo que no daba con la corrección visual adecuada.

Estos ejemplos muestran la dimensión manifiesta de la *imagen corporal*, cuyas raíces profundas son inconscientes. El nombre de imagen puede llegar a desacreditar el concepto como algo *irreal* o meramente inventado. Nada más equivocado. Para entender a ese cuerpo que trae el paciente a la consulta hay que tener en cuenta una otra realidad que incluye pero trasciende la material y que constituye la realidad psíquica, desde la que se experimentan e interpretan los fenómenos del mundo externo y del mundo interior, incluyendo los del propio cuerpo.

CIERTAS ENFERMEDADES LA PONEN EN PRIMER PLANO

Algunas patologías cuestionan la concepción de cuerpo biológico con que trabaja la Medicina e introducen la temática de la

imagen corporal con más dramatismo. Así por ejemplo:

- 1) Desde que fue reconocido por el cirujano Ambrosio Paré en el siglo XVI, conocemos el tema del *miembro fantasma*: luego de una amputación, el paciente continúa teniendo sensaciones de la parte perdida, siendo a menudo fuente de intensos dolores. Es también común en operaciones de mama, nariz, etcétera. El fenómeno puede durar meses y hasta años y señala la necesidad del Yo de mantener la integridad de sus límites corporales, más allá de su permanencia física.

La imagen del cuerpo da cuenta de un límite psicológico entre el adentro y el afuera que puede o no coincidir con el que le marca la superficie corporal (la piel y las mucosas).

Las efracciones violentas de la superficie corporal constituyen situaciones traumáticas y la experiencia de miembro fantasma restituye de manera delirante su integridad. A veces ocurre una situación paradójica: el miembro fantasma mantiene una imagen patológica luego de recuperada la salud:

Después de ser operado exitosamente de una tenosinovitis palmar (dedo gatillo) un paciente soñaba reiteradamente que padecía la misma limitación funcional que había tenido hasta el momento de la operación.

- 2) Para la llamada *histeria de conversión*, Freud pudo distinguir ya a fines del siglo pasado la diferencia entre la estructura corporal tal como lo revela el diagrama anatómico y fisiológico y el funcionamiento normal o patológico que más responde a una *anatomía fantasmática*, ilusoria.⁶ Puede tratarse de una *ceguera*

⁶ Freud, S. “Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas” (1893). En: *Obras completas* Tomo I. Amorrotu, Buenos Aires, 1992.

histérica, parálisis musculares o áreas de anestesia o hiperestesia sin que se encuentren alteraciones somáticas reconocibles ni que coincidan con el trazado de las vías neurológicas de inervación.

A partir del estudio de la histeria, se pudo conceptualizar al cuerpo como un *cuerpo significado* (porque el funcionamiento de sus partes no es sólo biológico sino también pasa a representar experiencias), *socializado* (porque es el resultado de vivencias con los otros humanos) y *sexualizado* (en tanto escenario de fantasías, deseos y frustraciones).

Una joven soltera queda embarazada y su reacción es de sorpresa y consternación porque no lo esperaba ni deseaba. Quería terminar con él cuanto antes, no parecía que se le hubiera instalado en ningún momento en su mente, con las connotaciones emocionales consiguientes. No podía tomarse tiempo para pensar ni considerar sus sentimientos. Realizó el aborto impulsivamente y sin remordimientos. Varias semanas después, cuando comenzó a conectarse con sus sentimientos, durante un fin de semana tuvo un episodio de un terrible dolor en la fosa iliaca derecha que duro varias horas, necesitó de una consulta con un cirujano que la tuvo internada en observación varias horas hasta que decidió no intervenirla porque no había ningún otro signo. Le contó a su clínico un sueño de esa noche que la mostraba revisando y tratando de ordenar cajones del ropero con ropa sucia para tirar. Cuando pudo por fin tomar contacto con sus sentimientos dolorosos, el síntoma desapareció.

La misma noche de su regreso de vacaciones, un hombre joven tropieza mientras bajaba una escalera de su casa, un trayecto que había recorrido anteriormente infinidad de veces. Se hace

una herida profunda en un pie que requiere sutura e inmovilización por dos semanas. Estaba muy enojado consigo mismo porque no se podía explicar lo sucedido. Le contó al médico que había pasado bien sus vacaciones, salvo los últimos días, cuando retornaron sus preocupaciones por ciertos problemas que había dejado pendientes. Recordó que en un momento se debatía entre enfrentarlos dolorosamente o patear las cosas para adelante. Estaba en ese dilema cuando le ocurrió el accidente, ejemplo de cómo se pueden expresar simbólicamente situaciones de conflicto a través de la vía corporal.

- 3) Si la histeria expresa patología sin lesión somática, por el contrario, severa patología corporal puede llegar a ser negada o ignorada por el paciente. En Medicina se conocen estas situaciones desde que Babinski describió pacientes con severa hemiplejía que “creían poder movilizarse sin problemas”. Desde entonces, sabemos que los pacientes pueden negar con convicción cualquier tipo de discapacidad corporal, como afasia, sordera, ceguera y otras patologías somáticas severas. El paciente puede estar convencido de que la pierna que no se mueve le pertenece a otro o la describe reduplicada. En otro caso puede admitir que no mueve las piernas pero negar que estén paralizadas. El paciente con severas quemaduras puede negar que esté desfigurado. Todos esos fenómenos se conocen en Medicina como *anosognosia* y, si bien inicialmente se los atribuyó a daño del lóbulo temporal, se pueden interpretar como un intento de reorganizar simbólicamente la imagen corporal dañada. Es más fuerte la necesidad de preservar una ilusoria integridad de la imagen corporal que el reconocimiento de su pérdida.

El desconocimiento por el Yo de un trastorno corporal manifiesto es sólo posible

por la puesta en juego de mecanismos defensivos muy primitivos como la re-negación o *desmentida* de un fragmento de realidad dolorosa con un simultáneo sentimiento de omnipotencia que permite una *reconstrucción* ilusoria del daño. El fenómeno del miembro fantasma puede ser una forma temporaria de anosognosia.

- 4) En la misma línea cabe considerar a los fenómenos de la *hipocondría*: brevemente se trata de un paciente, visitante asiduo de los médicos, que hace de sus quejas corporales un culto, sin que se revele patología orgánica a los exámenes clínicos múltiples. Signos y sensaciones corporales son interpretadas como anormales: un dolor leve, una molestia, latidos del corazón, movimientos de los intestinos, etcétera, con lo que justifica la idea de padecer graves enfermedades. La ansiedad, que algunas veces disminuye frente a los resultados negativos de las pruebas diagnósticas, reaparece siempre a pesar de los reaseguros del médico.
- 5) Las manifestaciones clínicas de la *hipocondría* varían desde la simple tendencia a ocuparse exageradamente del cuerpo y sus funcionamientos hasta verdaderos *delirios somáticos*: el paciente hace pasar todas sus preocupaciones alrededor de alguna queja somática. Se pasa la vida observándose y *consultando* por alguna singularidad corporal: una cicatriz, una verruga, la forma y tamaño de los pechos, de la nariz, etcétera. En casos extremos dice que no tiene pulmones o que sus vísceras están podridas, etcétera (Síndrome de Cotard).
- 6) El llamado *Síndrome Facticio* (o Ficticio), la voluntaria producción de signos, síntomas o enfermedades sin ningún motivo aparente, salvo el de actuar el rol de paciente. Los síntomas parecen estar

bajo control voluntario y son simulaciones o mentiras destinadas a engañar a los médicos. En general peregrinan de consulta en consulta y hay una historia previa de múltiples hospitalizaciones. Cuando un adulto impone esta situación clínica en un niño, los pediatras se encuentran ante un Síndrome Facticio por procuración.

LA IMAGEN CORPORAL EN MEDICINA Y EN SALUD MENTAL

Un vértice exclusivamente biológico de la Medicina propone pensar el cuerpo desde la vertiente de su realidad material como un objeto concreto, separado, de límites precisos, capaz de ser abordado y medido en sus variables biológicas fundamentales. El cuerpo de esa Medicina es un cuerpo *público* que puede ser explorado como un cuerpo físico, que funciona según las leyes científico-naturales y donde el médico espera *corroborar* una enfermedad o su ausencia. Los ejemplos mencionados muestran cómo cierta patología grave cuya imagen corporal introduce el paciente en la consulta ha problematizado esta concepción.

La *imagen corporal* o esquema corporal, como se la denominó otras veces, fue estudiada en Medicina por muchos autores. Se la ha tenido en cuenta en especial en sus aspectos embriológicos, neurofisiológicos, neurológicos, psicológicos y psiquiátricos. También el valor de las percepciones de los órganos de los sentidos para su contorno, el efecto de las sensaciones táctiles y cinestésicas, las provenientes de la postura y de los movimientos, etcétera, así como la participación de las experiencias familiares y el efecto que tiene lo cultural en sus manifestaciones.

Desde la perspectiva de Salud Mental, la llamada *imagen corporal* remite a las fantasías conscientes e inconscientes que el Yo de la persona tiene de su cuerpo y funcio-

namientos, de cómo está instalado en él, de los límites que determinan un adentro y un afuera, de la sensación de integridad y unidad que aporta al sentimiento de identidad del Yo cuando esos límites están preservados y de la facilidad con que se pierden, tanto en la normalidad como en la patología. Se trata de la imagen de un cuerpo *privado* o psicológico en tanto sólo el paciente tiene acceso y puede dar cuenta de él en su singularidad. Es en esta doble condición del cuerpo, como objeto público y simultáneamente privado, que la tarea médica de *corroborar* una enfermedad se hace muy compleja.

La imagen corporal supone el establecimiento de *un adentro y un afuera*, separados por un *límite psicológico* que en el tiempo tiende a coincidir, aunque no siempre, con el que imponen los tegumentos corporales. La imagen corporal no se ajusta estrictamente ni al contorno ni a la estructura somática.

Dado que su origen es fragmentario y con asiento en distintas zonas corporales, las primeras vivencias con el cuerpo son también parciales y no integradas en un todo. Tendrá que pasar un tiempo para que se constituya en una totalidad con límites más definidos y precisos.

Simultáneamente a su estructuración, el Yo le aporta a las experiencias corporales una sensación de unidad y totalidad, a través del amor y del afecto con que lo trata. Le otorga a su cuerpo una envoltura narcisista.

Sueños y experiencias psicóticas aportan una semblanza impactante del estadio previo a su unificación de *cuerpo fragmentado* en que se experimenta la sensación de desmembramiento y estallido corporal. Lo mismo ocurre en pacientes que van a estar expuestos a cirugía mayor y viven la operación con la ansiedad de una intrusión violenta que los va a despedazar. Estas situaciones son las que hacen necesaria la preparación psicológica prequirúrgica.

En el camino hacia una mayor integridad y unidad, la imagen corporal necesitará atravesar el resto del desarrollo psicosexual: el momento crucial de la *conflictiva edípica*, en cuyo curso el cuerpo deberá ser asumido en términos de identidad masculina o femenina; durante *la adolescencia*, donde la imagen corporal sufrirá una reordenación definitiva no sin antes pasar por episodios críticos (el recurso de las dietas, las alternativas del peso corporal, el pedido de cirugía, etcétera); *en la mitad de la vida* donde recrudecerán los problemas estéticos, *en la vejez*, cuando el cuerpo entrará en decadencia, etcétera.

En pocas palabras, el Yo vive instalado en un cuerpo del que tiene toda clase de referencias y estimulaciones. El Yo es parte y destinatario de ese registro corporal, está encargado de recibirlo e *interpretarlo* y, si es necesario, traerlo a la consulta. Pero, para reiterar, así como no se concibe un Yo sin cuerpo, el Yo es también, *sobre todo una esencia cuerpo* con lo que damos cuenta de una compleja interrelación.

EL EXAMEN MÉDICO DEL CUERPO

En un momento de la consulta, el médico se dispone a examinar el cuerpo del paciente. Se le invita a desvestirse total o parcialmente y, por lo general, a acostarse en una camilla. Requiere condiciones de confort y privacidad. En esta posición el paciente se siente totalmente expuesto, vulnerable y el sentimiento de incomodidad es máximo. El médico toca, mira, explora el cuerpo y examina los orificios. El paciente tiene su atención puesta en el rostro del médico y en sus expresiones a la espera de poder interpretarlas. Mientras tanto, el diálogo verbal entre ambos puede continuar o no. Algunos médicos lo transforman en algo intrascendente con la idea de dis-

traer al paciente. En esos casos sucede que es él quien no puede tolerar el grado de contacto que pasa ahora por el cuerpo de ambos. Es, sin embargo, recomendable que el diálogo pueda seguir como siempre centrado en la tarea, expresando lo que hace en palabras, anticipando maniobras y dando reaseguros mínimos para la ansiedad que despierta la exploración de áreas sensibles.

Aparte de ser un instrumento al servicio del trabajo médico del que el médico espera datos, el examen físico tiene otras connotaciones. Puede tener en sí un efecto terapéutico positivo, lejanamente enlazado a las caricias maternas que alguna vez trajeron alivio al sufrimiento. La mayor parte de las formas de la Medicina tradicional incluyen el acto de tocar dentro de sus ritos por el efecto mágico que conlleva. Para otros, el ser tocado puede ser amenazante, seductor, intolerable, etcétera. Algunos pacientes se sienten decepcionados cuando no son examinados.

Un paciente, que luego de dos paros cardiorrespiratorios estuvo en terapia intensiva entre la vida y la muerte, recordaba una vez recuperado, como en un sueño, el valor de ser tomado de la mano por una enfermera en momentos que sentía "que la vida se me iba".

También importan los sentimientos del médico en relación al examen físico, su dis-

ponibilidad o dificultad a explorar, tocar, manipular ciertas áreas. Se dijo, pero conviene recordar que hay médicos a quienes cuesta más que a otros el examen físico, no toleran la intimidad que provoca, o les genera un rechazo apenas disimulable.

Pero el examen físico puede tener otras significaciones: si alguien observara esa parte del acto médico sin saber de qué se trata, una persona desnuda siendo atentamente mirada, tocada, manipulada dentro de los orificios más sensibles, podría suponer la naturaleza sexual de la escena y la presencia en la misma como un eco lejano, de todas las tendencias de la sexualidad infantil. El observador inadvertido supondría bien, pues algunas o todas estarían presentes operando como fantasías, las más de las veces desconocidas por los protagonistas, generando sensaciones de placer pero sobre todo de dolor o angustia.

Estos sentimientos, si bien presentes, son contenidos por el *encuadre profesional* que fija a la relación médico paciente fines y objetivos muy estrictos. El encuadre funciona como un resguardo de la actividad adulta, a la manera como la ley de prohibición del incesto impidió las manifestaciones endogámicas de la sexualidad infantil. Esto no evita en ciertos casos que la relación médico paciente se vuelva a sexualizar, que aparezcan elementos francamente eróticos como reacción a situaciones mentales de dolor y sufrimiento frente a la tarea que tienen que realizar.

X

EL YO Y EL CUERPO EN RELACIÓN CON LOS AFECTOS (I)

INTRODUCCIÓN AL TEMA

En la relación médico-paciente se movilizan afectos, emociones y sentimientos, que van surgiendo en torno al vínculo que establecen y a la tarea que comparten. El médico no sólo percibe lo que siente su paciente sino que anticipa lo que va a sentir. Evalúa si la respuesta emocional es o no adecuada, si es intensa, débil o ausente. En Medicina, el estudio de las emociones es indispensable.

Los afectos, emociones o sentimientos son procesos que le aportan a las experiencias de la vida mental una cualidad o tono singular. Singular quiere decir la manera única, personal y privada de ser vividas. Son parte esencial de la relación que el Yo tiene consigo mismo, con su cuerpo y con los otros.

Los sucesos de la vida adquieren significado por su cualidad emocional. En términos estrictos, *el afecto* es lo que *afecta* la vida mental, la resonancia emocional de las experiencias, cuánto importan las cosas vividas. *La emoción* es “un estado de ánimo caracterizado por una conmoción consecu-

tiva a impresiones, ideas o recuerdos, que produce fenómenos viscerales que percibe el sujeto y con frecuencia se traduce en gestos, actitudes u otras formas de expresión...”. *El sentimiento*, o lo que se siente, expresa en cierta medida el registro de sensaciones percibidas por el sujeto. *El humor, ánimo o talante* es un estado emocional sostenido y dominante en el tiempo, como ser irritable, expansivo, depresivo, jubiloso, etcétera. Es una tendencia persistente a percibir, interpretar y responder de manera selectiva a los estímulos en términos de dicho estado.

Algunas teorías psicoanalíticas sostienen que los afectos son el resultado de procesos que acompañan los movimientos pulsionales y que junto a su tránsito mental tiene efecto esta descarga interna de los mismos en dirección al cuerpo, acompañados de la cualidad placer-displacer. Cuanto mayor y más profunda sea la elaboración mental que el sujeto hace de sus experiencias afectivas más capaz será de *mentalizarlas*, simbolizarlas y expresarlas en palabras. Cuanto más sean matizadas y contenidas, menor el posible efecto patógeno que pudieran tener sobre el cuerpo, menor la posibilidad de dañarlo. El efecto de emociones fuertes como

la ira, el odio, la angustia crónica, la culpa, inadecuadamente procesadas por el sujeto, ha sido señalado como partícipe de cierta patología corporal.

Los afectos acompañan las experiencias vitales del sujeto. Expresan la presencia emocional de los vínculos del pasado que se reactivan en el presente con sus concomitantes corporales. El lenguaje recoge el sentido concreto y metafórico de esta relación con el cuerpo. Por ejemplo, sentimientos de remordimiento (morder), de disgusto (gusto feo), de lástima (lastimadura), de pudor (partes genitales), etcétera.

Los afectos son experiencias psicológicas complejas de los que participan tres componentes:

- a) un tono o matiz que le aporta una cualidad distintiva a la experiencia; traduce el aspecto subjetivo del afecto. Desde este punto de vista,

los afectos se han ordenado en una serie o secuencia que va desde la experiencia de displacer extremo hasta la de máximo placer, con valores intermedios ubicados entre ambos pero no de manera fija.

Por ejemplo, el dolor con una cualidad de displacer muy especial puede correrse hacia el placer si se erotiza. El dolor puede intensificarse con angustia. La angustia también puede, en ciertos casos, llegar a erotizarse.

- b) una idea o serie de ideas asociadas que dan cuenta a la conciencia del tipo o calidad del afecto sentido. Implica la lectura y reconocimiento que el Yo hace de sus sentimientos y emociones. El sentido que el sujeto le da a sus afectos depende de cómo fueron codificados en su historia personal y familiar. Por el efecto

de procesos defensivos, puede interpretarlos adecuada o inadecuadamente. Por ejemplo, es conocido cómo el afecto de la depresión puede estar enmascarado o sólo estar expresado en sus equivalentes corporales como fatiga, apatía, insomnio. Ciertos ideales culturales valoran la libre expresión de los afectos, otros su control.

Por definición, los afectos y sentimientos son *sentidos* por el sujeto, afectan la conciencia. Por eso, no deja de ser un contrasentido cuando a menudo se habla de *sentimientos inconscientes, donde al sujeto lo afectan los efectos de las emociones sin enterarse de ellas conscientemente*. Por ejemplo, el sujeto no se percata de sus sentimientos de culpa sino de su necesidad de castigo, que puede manifestarse por una reiterada disposición a accidentarse.

Se denomina *alexitimia* a la dificultad o incapacidad en expresar o darse cuenta de una emoción, un sentimiento o un estado de ánimo determinado. Estos temas son relevantes en Medicina porque toda una corriente de observaciones da cuenta de esta patología de las emociones participando en las enfermedades de la Clínica Médica.¹

- c) las manifestaciones corporales en las emociones. Casi todos los estados afectivos de una persona se exteriorizan como tensión o relajamiento de su musculatura, por la orientación de sus ojos, la ingurgitación de su piel, la actividad de su aparato vocal, de sus miembros, ante todo de sus manos... “En ciertos estados anímicos denominados afectos, la coparticipación del cuerpo es tan llamativa y tan grande que muchos investigadores del alma dieron en pensar que la naturaleza de los afectos consistiría sólo en estas exteriorizaciones corporales suyas. Es cosa sabida

¹ Sivak R y A Wiater. *Alexitimia, la dificultad para verbalizar afectos*. Paidós, Buenos Aires, 1997.

cuan extraordinarias alteraciones se producen en la circulación, en las secreciones, en los estados de excitación de los músculos voluntarios, bajo la influencia, por ejemplo, del miedo, de la ira, de las cuitas del alma, del arrobamiento sexual y de otras emociones”.²

Estas manifestaciones corporales del afecto lo hacen evidente a los demás, a veces muy a pesar del sujeto. La semiología médica se detiene en estos signos corporales (transpiración, color de la piel, erección pilosa, etcétera) para conocer los afectos. Sin embargo, el principal mecanismo de acceso a las emociones del otro es la *empatía*.

La empatía o identificación empática, permite resonar emocionalmente en simpatía con el otro. Significa ubicar psicológicamente al otro en uno, vinculándose con lo que siente y la manera cómo lo siente.

co. El diccionario recoge estas dos acepciones, entre otras: el dolor es una “sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior... es un sentimiento, pena y congoja que se padece en el ánimo...”. Nótese que para el dolor corporal se habla de sensación y para el otro de estados afectivos.

Si bien la Medicina necesita a menudo distinguir ambos estados como parte de los procedimientos diagnósticos, tratando de verificar el origen o la fuente de dolor (como *mental* o *corporal*), por ahora convendría mantener ambos sentidos, dejándolos abiertos, sin discriminarlos. El dolor está mucho mejor interpretado en esta concepción abarcativa, aunque sea de límites imprecisos.

El dolor es experimentado y registrado como un fenómeno emocional y psicológico de sufrimiento donde casi siempre lo corporal está representado, pero no siempre involucrado.

LA EXPERIENCIA DE DOLOR

Dolor es un término que remite a una experiencia humana universalmente reconocida y compartida. En efecto, cuando una persona se queja de dolor, todo el mundo sabe de qué se trata, reconoce en él una de las causas de sufrimiento más generalizada. Sin embargo, se plantean numerosas preguntas acerca del dolor, de su naturaleza, de sus mecanismos, de su enigmática articulación entre la mente y el cuerpo, etcétera. A la hora de expresarlo se recurre a imágenes o recuerdos de algún daño corporal pasado: duele como *una quemadura*, es agudo como *una puñalada*, se siente como *una presión*, como *una brasa caliente*, etcétera.

El lenguaje común usa indistintamente el término dolor para lo corporal o lo aními-

co. El dolor tiene “una cualidad muy particular, que se hace reconocer junto al displacer... es el más imperioso de todos los procesos...”.³ Es decir, reclama medidas inmediatas, hay que ocuparse de él sin dilaciones, tanto el que lo padece como el que lo asiste, lo que introduce una tensión muy especial entre médico y paciente. En atención al principio de placer-displacer hay una decidida tendencia mental a huir del dolor. Pero si se erotiza se lo puede buscar y disfrutar.

Desde el punto de vista biológico, el dolor forma parte de montajes protectores del organismo que advierten sobre la posibilidad de daños o pérdidas de la estructura corporal, en especial en lo que hace a sus límites. El dolor es una señal de que han sido sobrepasados, y en ese sentido tiene valor para la sobrevida.

² Freud, S. “Tratamiento psíquico” (1980). En: *Obra Completa* Tomo II. Amorrortu, Buenos Aires, 1992;118.

³ Freud, S. “Proyecto de Psicología” (1895). En: *Obra Completa* Tomo I. Amorrortu, Buenos Aires, 1992;351 y 365.

Para el médico, el dolor es una experiencia de encuentro cotidiano con el sufrimiento, pero que también tiene un enorme valor para su trabajo. Dice Charles Mayo, de la Clínica Mayo “De todos los síntomas por los que el médico es consultado, el dolor, de una forma u otra, es el más común y el más urgente. Apropiadamente valorado, sobresale entre los fenómenos sensoriales como guía diagnóstica de la enfermedad”.⁴

Pero, si es intenso, prolongado y no se puede calmar, puede acelerar el fin de una enfermedad terminal. Hay investigaciones clínicas y de laboratorio que sugieren que cuando es muy fuerte y prolongado puede acelerar el crecimiento tumoral o la aparición de metástasis.⁵

Las experiencias de dolor están presentes desde el comienzo de la vida. Para el Yo implican amenaza a la integridad corporal, la generación de un estado afectivo muy especial caracterizado por la urgencia, una tendencia a huir de la fuente de dolor y la imperativa presencia y participación de objetos que calmen o alivien. A su vez, el dolor parece desempeñar un importante papel en la génesis corporal del Yo: “y el modo en que a raíz de enfermedades dolorosas uno adquiere nueva noticia de sus órganos es quizá arquetípico del modo en que uno llega en general a la representación de su propio cuerpo”.⁶

El dolor va a formar parte de un sistema de comunicaciones que reclama asistencia para el sufrimiento, tanto aquél provocado desde fuentes corporales como el que se genera en las relaciones humanas. Dolor y alivio entran en la formación de experiencias interpersonales tempranas, sentimientos a los que se van a asociar conceptos de *bueno, malo, premio, castigo, expiación, éxito, fracaso*. El dolor se manifiesta como un medio excelente para aliviar o generar culpa.

Es un instrumento para influir, manipular, exigir en los vínculos. El dolor puede tener una significación grupal:

Cuando en una congregación religiosa una de sus miembros cayó enferma de cáncer, la comunidad trató de alentarla con el argumento de que “iba a tardar en morir y sufriría mucho dolor”. ¡Así se iba a ganar el Cielo!

Por lo demás, el sujeto se queja de dolor: la queja expresa el malestar corporal pero también el reclamo o acusación dirigido a alguien. En caso extremo, este último aspecto suele transformarse en *querrela*. Así, el dolor expresa siempre los dos sentidos en que es usado en la definición popular.

Tempranamente, el dolor se acompaña de fantasías de agresión y daño. En ocasiones se presta a ser erotizado, todo esto por supuesto en relación con los objetos primitivos de amor y odio. El dolor está tan relacionado con los vínculos tempranos que inevitablemente está fuertemente expuesto a los efectos de la sugestión, como se comprueba con el resultado terapéutico de la utilización de *placebos* y de la *hipnosis*. El dolor es también asociado a experiencias de pérdida, reales o fantaseadas de esos objetos.

El dolor del duelo es el prototipo del dolor mental y a veces el duelo puede pasar a estar representado por algún dolor corporal.

Un médico ginecólogo refiere esta experiencia: entra una joven mujer, docente, a la que él conocía por haberla atendido previamente. Camina torcida y con muestras de gran sufrimiento cuenta que “desde hace varios días está contracturada y que tiene un gran dolor que le corre por la espalda hasta

⁴ Mayo, Ch. “Proc Interstate Postgraduate” *Med Assoc North Am*, 1931;245-8.

⁵ “Can pain kill?” Editorial revista *Pain*, 1989.

⁶ Freud, S. “El Yo y el Ello” (1923). En: *Obra Completa* Tomo XIX. Amorrortu, Buenos Aires, 1992;27.

los ovarios que le impide deambular”. No pudo dar más detalles de las condiciones en que apareció el dolor. Había sido medicada días antes por su clínico sin sentir ningún alivio. El ginecólogo se sintió inclinado a ocuparse del malestar, pese a que no lo sentía de su incumbencia. Decidió examinarla y al presionar ambas manos sobre la espalda, la paciente se sacudió como en una convulsión mientras exclamaba: “¡Se me murió un alumno, se me murió un alumno...!” Llorando desconsoladamente contó la muerte accidental de un adolescente hacía una semana. El dolor le había empezado cuando abandonó el velatorio del chico. El médico pudo recordar con ella pérdidas pasadas. La había empezado a atender por dos abortos espontáneos porque no podía retener el feto, de los que sufrió mucho y que la llevaron a adoptar un niño. Luego ella tuvo otro niño sano. Dos años atrás había sufrido la pérdida de un bebé a término por estrangulamiento del cordón. Durante la entrevista lloró mucho, se alivió un tanto y el dolor comenzó a desaparecer. ¡El médico tenía la impresión de haber participado involuntariamente de un exorcismo!

EL PROBLEMA TEÓRICO

Los hechos de la clínica son tan variados, polimorfos y desconcertantes que es difícil postular una teoría general del dolor. En efecto,

1) algunas veces aparece *desproporcionado* al estímulo manifiesto como en la causalgia, un síndrome de dolor postraumático que se presenta después de una lesión nerviosa. Se lo siente más intenso e insoportable cuando va asociado a una enfermedad terminal como el cáncer;

2) *no se registra* cuando debería, como en ciertas mutilaciones que el psicótico se autoinflige;

3) durante un largo tiempo puede ser *fantasma* de un miembro amputado;

4) puede dejar al paciente *indiferente*, como en la histeria, o exagerando el sufrimiento hasta la tortura, como en ciertos delirios somáticos;

5) se lo puede *desconocer* al punto de pasar desapercibido, como en algunos infartos de miocardio;

6) es *referido* a otras zonas que aparentemente no le corresponden sin que se comprenda del todo su recorrido, o se manifiesta *diferido* en el tiempo, a veces mucho después del suceso al que se lo atribuye;

7) se lo *sufre* o se lo *goza*, según intervenga la sexualidad, se *transforma* en otros afectos como angustia, depresión o al revés. Puede el dolor *ser provocado* o *exacerbado* dirigiendo la atención sobre él, pero también *desaparecer* al apartarse ésta: el soldado no siente el dolor de sus heridas en el ardor del combate sino cuando éste finaliza;

8) los procedimientos quirúrgicos no siempre logran ser efectivos en *suprimirlo* a pesar de haberse seccionado las vías anatómicas del dolor en distintos puntos de toda su trayectoria.

El dolor es un sentimiento que a menudo deja perplejo al paciente que lo sufre y al médico que lo atiende.

EL DOLOR EN LA PRÁCTICA PSICOTERAPÉUTICA

La práctica psicoanalítica permite la observación y el seguimiento de experiencias de dolor con gran precisión. El cuerpo *se mete* en el diálogo con cierta regularidad y con él la experiencia de dolor. No hay semana en la que no aparezca algún dolor, severo o trivial. No hay paciente que no transite por algún tipo de experiencia de dolor, fugaz o persistente. A menudo el dolor puede ser integrado al resto de las experiencias personales que el paciente está viviendo, en especial con el analista. En este caso,

el dolor es significado (lo que no quiere decir causado) desde las vicisitudes de la relación transferencial con el analista.

En este contexto psicoterapéutico *el dolor siempre es*, no se plantea necesariamente el problema de verificarlo o no. Es tomado por lo que es, un dato privado, personal, integrado a la vida fantasmática del paciente. La mayor parte de estos dolores desaparecen si son elaborados por el proceso dentro del que tienen lugar.

La pregunta esencial en este marco es: *quién* es el sujeto del dolor en relación con sus conflictos personales y *a quién* va dirigida la queja. Esta preocupación no se desentiende del posible origen corporal del dolor: requiere del analista estar atento a esta posibilidad para que el propio paciente la tenga en cuenta y consulte si es necesario.

UN BREVE PASAJE POR LA FISIOLOGÍA DEL DOLOR

La Medicina y en especial la Fisiología realizan permanentes investigaciones sobre los mecanismos del dolor, su percepción periférica, los nociceptores, las vías de conducción y los centros encargados de su recepción, el dolor lento y el rápido, el tema del dolor referido, etcétera. Quizá uno de los descubrimientos recientes más fascinantes sea el de los opiáceos endógenos. Pero el conocimiento de la conducción del dolor es todavía en parte especulativo.

El tema de la fisiología del dolor no está cerrado. En 1965, R. Melzack y P. Wall⁷ propusieron la *teoría del control de entrada*, como un ingenioso dispositivo que funciona a nivel de la sustancia gelatinosa de la médula, que modula el *input* periférico, abriendo o cerrando las compuertas a los

estímulos dolorosos. El sistema sería regulado a su vez por un mecanismo de *control central*, que desde las estructuras neurológicas superiores activa o desactiva las compuertas.

Más recientemente se mencionan diferentes nociceptores que reaccionan a los estímulos y transmiten a la médula espinal a través de las fibras C (desmielinizadas y para respuesta lenta) y las Ad (mielinizadas y para respuesta más rápida). Luego toman las vías espinotalámica y espinorreticular. Después de ser procesadas las señales en el tálamo y otras áreas llegan al sistema límbico y la corteza somatosensorial, involucrados en lo que se supone son los aspectos cualitativos del dolor. Muchas sustancias químicas modulan la experiencia del dolor a nivel local de los nociceptores: prostaglandina, serotonina, histamina, potasio, etcétera. Pero todo el sistema funciona en ambas direcciones y los niveles superiores pueden neutralizar, disminuir o amplificar el dolor que proviene de la periferia.⁸

La necesidad de esclarecer los mecanismos y las vías de transmisión del dolor en Medicina es importante por cuanto en Clínica Médica se observa que cada proceso patológico va acompañado de cierto tipo, relativamente específico, de dolor. Así, el dolor del infarto de miocardio es diferente al del cólico renal o al de una úlcera perforada. La descripción del dolor por el paciente contiene estos elementos que le dan su *marca periférica*, le aportan características de intensidad, frecuencia, modalidad y localización, lo que los hace relativamente identificables para el diagnóstico. Para la Medicina, los estímulos serán traducidos o expresados en función de los mecanismos de recepción central, para el caso entiéndase el sistema nervioso central. La crítica a esta concepción pasa por saber qué es *peri-*

⁷ Melzack R, P Wall. "Pain mechanisms: a new theory". *Science* 150. 1971.

⁸ Brose W, D Spiegel. "Neuropsychiatry aspects of pain management". En: Hales R (ed) *Textbook of Neuropsychiatry*. American Psychiatric Press, USA, 1987.

férico, pero sobre todo qué es *central* para entender las características y modalidades del dolor.

Lo central se refiere al sistema nervioso central. Pero central es también lo pertinente al Yo de la persona: quién es el que dice “me duele”, es decir, el quién del dolor, a quién se lo dice, que espera de él.

UNA COMPRENSIÓN MÁS ABARCATIVA PARA EL DOLOR

Se hace necesario trascender el esquema meramente neurofisiológico para comprender el dolor. Para ello se requiere entender que el dolor no es una sensación que proviene simplemente del cuerpo biológico, sino que se trata de un afecto complejo que remite a un Yo corporal. El Yo percibe, interpreta y localiza un estímulo displaciente que denomina dolor, en función de su historia y experiencias previas. Para eso lo compara con sus vivencias pasadas de dolor y reclama el alivio que otrora provino de sus objetos de amor. También dispone de mecanismos psicológicos (derivados de aquella *regular exclusión de lo penoso*) que lo pueden llevar a percibirlo, interpretarlo, exagerarlo, anularlo y localizarlo bien o mal. Por la misma razón las personas varían en su capacidad de tolerarlo y sobrellevarlo.

El Yo emerge desde las experiencias del cuerpo con los objetos y a la vez significa los estímulos provenientes del cuerpo, en un proceso simultáneo y recíproco. Este Yo se percibe a sí mismo como una unidad, protegido por envoltorios o tegumentos que forman parte de su superficie corporal.

El dolor es una alarma que cuestiona o amenaza la integridad y la unidad del Yo.

Freud, que fue un neurólogo brillante, propuso en 1895 un mecanismo de protección del Yo frente a los estímulos externos, una especie de *pantalla protectora* que reduciría drásticamente su intensidad, un modelo teórico que a nivel psicológico recuerda al de Melzack. La ruptura puntual o limitada de este mecanismo periférico daría lugar al dolor.⁹

Frente a la experiencia de dolor, el Yo se defiende ocupándose todo el tiempo de él y absorbiendo todos sus intereses. Dice Freud “la persona afligida por un dolor orgánico y por sensaciones penosas resigna su interés por todas las cosas del mundo exterior que no se relacionen con su sufrimiento...”¹⁰ lo que empobrece el resto de sus intereses vitales y no se ocupa sino del dolor y de aquellos objetos que pueden aliviarlo. El Yo establece una especie de nuevo límite interno y se ocupa de sostenerlo a expensas del empobrecimiento del resto de sus funcionamientos. Esta acción *central* del Yo frente al dolor también recuerda las propuestas de los modelos fisiológicos.

Considerar *la experiencia de dolor* como un afecto supone pensarla como a) un estado emocional con una cualidad específica de *sufrimiento*, a menudo intolerable pero que paradójicamente puede llegar hasta el goce; b) la representación simultánea de un área *corporal* afectada; c) junto con el registro de su significado en *una experiencia vincular*.

¿Qué tienen en común el dolor agudo consecutivo a la pérdida de una persona amada con el dolor lacerante de una perforación de estómago? Aparentemente poco que ver. Sin embargo, Freud se plantea el interrogante de por qué el lenguaje ha creado el concepto de dolor interior o anímico que tiene que ver con experiencias de pérdida del objeto, equiparándolo al de dolor físico, relacionado con amenazas a la integridad

⁹ Freud, S. “Proyecto de Psicología” (1895). En: *Obra Completa* Tomo I. Amorrortu, Buenos Aires, 1992.

¹⁰ Freud, S. “Introducción del Narcisismo” (1914). En: *Obra Completa* Tomo XIV. Amorrortu, Buenos Aires, 1992;79.

corporal. Sugiere al respecto que el dolor físico nace de una elevada investidura del lugar doloroso, que aumenta cada vez más y vacía por así decirlo al resto del Yo. Sabido es que cuando se padecen intensos dolores en los órganos internos surgen representaciones de tales partes en el Yo, inexistentes en el representar consciente.

También el hecho singular de que los dolores físicos no alcancen jamás su máxima intensidad cuando la atención se halla acaparada con otros intereses se explica por la elevada concentración de la investidura en la representación psíquica del lugar doloroso. En este punto parece insertarse la analogía que ha permitido la transferencia de significado de la sensación dolorosa al terreno anímico. La representación de un objeto intensamente necesitado (y ausente), que crece de continuo, crea las mismas condiciones psicológicas que la investidura del lugar del cuerpo herido.¹¹

En otras palabras, el Yo está tan dolorosamente ocupado en el duelo con el objeto perdido como cuando se ocupa tan prioritariamente del cuerpo dañado.

EL PACIENTE PROPENSO AL DOLOR

G. Engels describió en un grupo de pacientes ciertas características que los definían como de *dolor propenso* (*pain prone*).¹² En su mayoría, estos pacientes sufren repetidamente de uno u otro trastorno doloroso, algunas veces con y a veces sin ningún cambio patológico reconocible. A estos últimos se los clasifica como sufriendo de *dolor psicógeno*.¹³ Los sentimientos de culpa conscientes o inconscientes juegan un papel

importante en estos casos y su resultante, el dolor como castigo. No es raro encontrar historias de maltrato, o padres que también sufren de dolor. El dolor tiende a aparecer cuando las circunstancias vitales comienzan a mejorar y no satisfacen las necesidades inconscientes de sufrimiento. También frente a pérdidas, reales o fantaseadas, en el duelo o en los aniversarios. La localización del dolor puede tener que ver con alguna de estas circunstancias: haber sido experimentado por alguien significativo o el paciente haber deseado que lo sufriera, en identificación con él.

Esta concepción ha sido confirmada por algunos y criticada por otros. Es difícil imaginar un perfil específico de un paciente de dolor tipo. En todo caso, cualquier persona comparte mecanismos que la hacen propensa al dolor y al sufrimiento. Con frecuencia las cosas ocurren así: una persona con una vida poco exitosa sufre un daño corporal, a veces importante, a veces insignificante. Al tiempo aparecen dolores relacionados o no con ese antecedente. Y con el dolor llega al médico.

EL MÉDICO FRENTE AL DOLOR CRÓNICO

El dolor considerado como un afecto es un dato privado. El médico frente al dolor crónico se propone reconocerlo, identificarlo y verificarlo. Lo remite a un cuerpo biológico para pesquisar alteraciones somáticas que den cuenta de él. Explora, investiga, usa procedimientos auxiliares diagnósticos cada vez más sofisticados. Los resultados pueden ser negativos o desconcertantes. La respuesta a la terapéutica es errática. El alivio no llega, el paciente se queja. Algunas veces,

¹¹ Freud, S. "Inhibición, síntoma y angustia" (1925). En: *Obra Completa* Tomo XX. Amorrortu, Buenos Aires, 1992.

¹² Engel GL: "Psychogenic" pain and the pain-prone patient. *Am J Med* 26:899-918, 1959

¹³ (1994) El DSM IV habla de Trastorno por Dolor si el dolor es clínicamente predominante, si causa angustia de manera sustancial y si los factores psicológicos tiene un rol en el comienzo o en la manifestación del dolor.

el médico termina sintiéndose frustrado e impotente, incapaz y poco exitoso. El dolor, desvinculado o no de sus fuentes corporales, pasa a tramitarse en la relación. El alivio solicitado puede ser permanentemente saboteado porque más importante es quejarse y culpar a quien “lo deja sufrir”.

En general, el asco o la repugnancia aparecen como reacción ante situaciones en que está implicada la suciedad como fantasía.

Ahora, el dolor se incrementa o se alivia al compás que le marca la relación. En su desconcierto, el médico puede reiterar consultas y otros procedimientos diagnósticos o quirúrgicos, a menudo cruentos, que pueden ser bienvenidos en alguien que espera el alivio al dolor por el sufrimiento. Las quejas por el dolor se han transformado en *querellas* (a veces pasan al terreno legal); la relación con el médico, en una pelea en la que alguno de los dos puede resultar *derrotado*.

Esta situación se puede *cronificar* o una derivación posibilita que se reitere en otro vínculo. La necesidad del médico de verificar etiológicamente el dolor se ha transformado en una trampa. El tan frecuente dolor de espalda (*low back pain*) es un ejemplo entre muchos de este desarrollo.

ASCO Y REPUGNANCIA: LA FANTASÍA DE SUCIEDAD

El asco es una sensación displacentera de rechazo, de disgusto (*gusto feo* en la boca), acompañada de una tendencia a sentir náuseas o vomitar como reacción corporal, ante cosas u objetos. *La repugnancia* es una aversión que se siente ante situaciones o personas.

En ambos casos, la tendencia del Yo es a expulsar o poner distancia. Como en otros afectos, una fantasía inconsciente anuda experiencias corporales y vinculares (“este tipo me da asco”, “esto me repugna”).

La saliva limpia de una persona, que sólo contiene agua, sales, enzimas y células, es *sucia* para otra. El moco es sólo un montón de células descamadas de la nariz que los dedos no deben hurgar. La comida puede estar preparada de lo mejor pero los restos en el plato no se toleran y hay que cambiarlo si se sirve otra comida. Hay partes de los animales que no se utilizan para la comida: la cabeza, los testículos, el trasero, etcétera.

Hay *rituales religiosos* que llevan al extremo la separación entre lo que está permitido comer y lo que está prohibido y las condiciones a las que debe someterse su preparación. Separan así lo que está sucio o *contaminado* de lo que no lo está. Cuando un estudiante se descuida y absorbe en una pipeta orina para un examen, el asco que le provoca puede durar semanas. Pero la orina es sólo agua, sales y algunas células. Una persona dudaría en usar el mismo cepillo de dientes de la persona amada. Cabellos en la bañera la ensucian.

Todo lo que entra en el cuerpo sale *sucio* y contaminado. Los agujeros y aberturas corporales son sucios, ensucian y conducen a un interior sucio como los productos corporales, el sudor, la transpiración, la piel descamada, la cera del oído, la orina, las heces, el semen. Hay toallas para la cara y otras para el resto del cuerpo. En las fantasías infantiles, los contenidos corporales se transforman en instrumentos malévolos de destrucción, quemando, corroyendo, estallando.

Es como si el cuerpo todo funcionara como una *fábrica de suciedad*¹⁴, además, con contenidos peligrosos capaces de ser utilizados en los vínculos con los objetos,

¹⁴ Kubie, L. “La fantasía de suciedad”. *Rev. de Psicoanálisis* Tomo V, N° 4, 1948;(5).

de dañarlos o dañar al Yo. En estas fantasías basan las madres que tienen un control tiránico sobre sus hijos ciertas prácticas obsesivas en relación con la regularidad de la evacuación para que mantengan *limpio* el intestino y de paso, *limpia* la mente y que conduce a los rituales escatológicos universales que tienen lugar en el baño. Las partes descubiertas del cuerpo son más limpias que las que se cubren para ocultar la sexualidad y los orificios. Pero aquellas están expuestas a representar a las ocultas (por ejemplo, la nariz al pene).

No es ajena a toda esta temática la necesidad, en especial en la mujer, del uso de cosméticos y perfumes. La menstruación *ensucia* a la mujer, por lo que en otras culturas se la aislaba durante el periodo. Pero, aún hoy muchas parejas evitan la sexualidad esos días con los supuestos más extravagantes. La circuncisión se racionaliza con la teoría de que el prepucio junta suciedad. Hay cirujanos que la practican para prevenir cáncer (i). A menudo se idealiza el cuerpo como *lindo* pero los genitales son feos y sucios.

La Medicina denomina a los órganos genitales externos como las partes pudendas, y lo pudiendo son las “partes secretas, siniestras del ser humano... torpe, feo, que causa vergüenza, pudor”. La salud ha sido definida desde lo limpio, porque lo sucio, la sexualidad, la masturbación enferman. Es por lo menos curioso que en este último sentido, el movimiento precursor de la Salud Mental se llamara *Higiene Mental*.

Pero también se pueden recordar ciertas teorías médicas que preconizan una supuesta *autointoxicación* intestinal como explicación de innumerables males y los remedios consiguientes (uso ritual de enemas, irrigaciones y purgas, etcétera). La Medicina hipocrática racionalizó el sentido de la medicación catártica, el remedio catártico se convirtió en purgante y la purgación en

purificación. Por el contrario, a veces los excrementos y líquidos corporales pueden ser idealizados y valorados. Osler, un clínico famoso, encontró en documentos antiguos que se aconsejaba el uso de excrencias corporales como recursos terapéuticos para todo tipo de males: la saliva, la orina, la bilis, las heces, etcétera.

No se reconocen situaciones innatas entre lo *sucio* y lo *limpio* sino que es el Yo quien inviste de esas cualidades a su cuerpo, a sus contenidos y a los objetos del mundo. Inicialmente la madre tiene un contacto desprovisto de asco con las secreciones de su bebé, las heces, la orina, los vómitos. Pero no ocurre siempre con todas las madres.

Las experiencias infantiles tienen mucho que ver en este desarrollo entre suciedad y limpieza: la educación de los esfínteres, la prohibición de observar las funciones excretoras, el curiosear todo menos el cuerpo, mirar o fantasear la salida de los líquidos misteriosos, la secreta curiosidad por los orificios y por lo que sale de ellos; los olores frente a la ropa interior de los padres, la sensación de peligro que acompaña; fantasías coprofágicas, canibalísticas y la vergüenza, el asco y la amenaza que significan. En relación con los impulsos canibalísticos y el asco, véanse estos dos casos.

Una nena de 12 años, a quien le habían extirpado el hígado enfermo, preguntaba qué harían con él. ¿Se lo comerían? ¿Lo tirarían a la basura? ¿Lo conservarían en formol? ¿Lo incinerarían? Sentía que era un pedazo de ella.¹⁵

En un conocido hospital pediátrico de Buenos Aires, para entrenarse en la cirugía de transplantes de hígado, los médicos practican previamente con cerdos de veinte a veinticinco kilos: la anatomía de la cavidad abdominal es parecida a la de los puercos. Después de la operación, el personal no come la carne de esos cerdos, aduce motivos tóxicos, el anestésico, los antibióticos...

¹⁵ Algunos pacientes que van a ser amputados fantasean con arreglos funerarios para el miembro seccionado.

como si la carne comprada no contuviera aditivos tóxicos. “Pienso que la repugnancia proviene de la ceremonia médica: no se puede comer lo que fue puesto sobre una mesa de operaciones, es carne interdicta, un acto de canibalismo”.¹⁶

A partir de un severo sistema de advertencias familiares y a favor de una disposición orgánica, el niño aprende a huir de aquello que se significa como *sucio* y a tratar de cultivar lo *limpio*, lo que puede tocar, oler, llevar a la boca, o sólo mirar. La sensación de *limpieza* resulta del progresivo abandono de las antiguas zonas erógenas que han devenido *sucias* y de todas aquellas experiencias a las que están asociadas, en especial la masturbación.

La limpieza aparece como una reacción antagónica frente al interés previo por las cosas sucias, mecanismo que conocemos con el nombre de formación reactiva, tendencia psicológica de sentido opuesto a un deseo, en este caso el de ensuciar o ensuciarse y que se constituye contra éste para reforzar su represión.

Lo que una vez fue placentero para el niño es vivido ahora con repulsión y asco. La limpieza, como el orden, es una medida de las imposiciones de la cultura y del propio desarrollo libidinal: “en la naturaleza no hay nada que pueda denominarse limpieza”.¹⁷

La necesidad de preservarse limpio y de cuidar la higiene personal fue abriéndose camino en la historia cultural de la humanidad y los descubrimientos fundamentales del siglo pasado y de éste sobre microorganismos patógenos y su importancia en la Medicina le otorgaron una amplia y merecida credibilidad a la higiene, que la Medicina erigió en fundamento de la prevención.

El guardapolvo blanco es su emblema y la rigurosa asepsia del quirófano su máxima expresión.

El examen físico pone al médico en contacto con el cuerpo del paciente y sus productos. Está expuesto a tocar, oler, palpar sus secreciones sanguinolentas, purulentas, malolientes, a urgir sus cavidades y los orificios, a ser salpicado con vómitos incoercibles, secreciones nauseabundas o tejidos putrefactos. El grado de tolerancia a estas situaciones marcará su desempeño. Es comprensible que haya médicos a quienes les cueste sobrellevar esta parte de su tarea. Son parte de las situaciones movilizadas de la relación médico-paciente.

Una médica relata que cuando cursaba Ginecología no podía tolerar los “fluidos densos, las lesiones desagradables del examen ginecológico”. Recordaba el caso de una mujer con “un tumor que le salía de la vagina, todo podrido, una porquería” cuyo recuerdo le impidió alimentarse por un tiempo. “La vagina es muy fea cuando está afectada por algo, por fluidos malolientes. No me explico cómo los ginecólogos pueden tener relaciones sexuales después de las cosas que ven...”

Para terminar con esta parte desagradable de la tarea médica, que suele causar tanto rechazo, vale la pena recordar las palabras de T. Harrison: “El paciente no es una mera colección de síntomas, signos, funciones alteradas, órganos dañados y perturbaciones emocionales. Es un ser humano atemorizado, esperanzado, buscando alivio, ayuda y reaseguro. Para el médico, como para el antropólogo, nada humano debe ser extraño o repulsivo”.¹⁸

¹⁶ Relato del Dr. Carlos Chernov, en *Clarín*, suplemento literario del 12 de agosto de 1993.

¹⁷ Freud, S. “El malestar en la cultura” (1930). En: *Obra Completa* Tomo XXI. Amorrortu, Buenos Aires, 1992.

¹⁸ Harrison, T. *Principles of Internal Medicine*. Blakiston, Philadelphia, 1950.

XI

EL YO Y EL CUERPO EN RELACIÓN CON LOS AFECTOS (II)

LA ANGUSTIA: EL YO FRENTE AL PELIGRO

*La profesión médica es noble
y placentera, pero trabajosa
y llena de angustia.*

A. SYMINTON,
Familiar Medical Quotations, 1968.

La **angustia** (del latín *angustia*, angostura, dificultad) es una experiencia humana universal. Es uno de los afectos más reconocidos, participa tanto de la salud como de la enfermedad. De los afectos quizá sea el más inespecífico, más rudimentario, más original, más ligado a manifestaciones corporales. Se conoce que la angustia se transforma en otros afectos, pero no que otros afectos se transformen en angustia.

La angustia es una sensación de displacer con una tonalidad específica: cuando alcanza intensidad es un malestar inquietante, un peligro amenazador, desconocido, el anuncio de una fatalidad inminente.

Aparece como *una desazón, un malestar, una incomodidad* progresiva que perturba la vida de relación. Otras veces la angustia inunda al sujeto brusca y dramáticamente y no le resulta posible escapar de este sentimiento de *desgarramiento* interior, profundo y penetrante. El sujeto no llega a comprender bien lo que le pasa ni sabe a qué atribuirlo. A veces, hasta desconoce que eso que siente se llama angustia. Es algo parecido al miedo pero a menudo se acompaña de una cualidad especial que se describe como *extraña, terrorífica o espantosa*.

IEDO Y ANGUSTIA

El Yo es sindicado, no sólo como lugar de la angustia, sino como causa posible de ésta: en efecto, en el curso de su desarrollo, el Yo estuvo expuesto a sufrir experiencias de *angustia traumática* frente a estímulos externos pero en especial *internos*, es decir, de sus propias demandas pulsionales. Aprende gradualmente a utilizar una pequeña muestra de *angustia señal* para alertarse y activamente prepararse frente a los distintos peligros que debe enfrentar, en base a *mecanis-*

mos de defensa a los que puede recurrir, en especial la represión.

La angustia podrá ser utilizada en adelante por el Yo como señal anticipada y evitar estar expuesto a ella de manera catastrófica. Si la represión y otros mecanismos son exitosos, el Yo puede contener los conflictos que le generan angustia y evitarla. Lo habitual es que las demandas pulsionales se renueven y estos mecanismos no alcancen, en cuyo caso la angustia puede ser la primera manifestación del fracaso de la lucha del Yo. Es posible que se manifieste en un primer momento como *angustia libremente flotante*, esto es, sin estar ligada a ninguna idea o representación en especial. Éste sería el estadio clínico de la llamada *crisis de angustia* y puede tomar proporciones importantes.

La angustia está relacionada con el *miedo*, que es un fenómeno corriente y al que es útil compararla.

El miedo, llamado a veces angustia ante lo real, es la reacción frente a un peligro externo, real, a un daño esperado, previsto, que amenaza al sujeto.

Por ejemplo, cuando una persona debe afrontar una grave operación, aparece como algo racional y comprensible y, en general, hacia ahí se dirige la actividad del médico para atenuar el miedo. Pero no es infrecuente notar que el miedo desemboca en algo indomable, incontrolable, cuya presencia ya excede la magnitud esperable y señala la presencia de componentes fantasmáticos inconscientes que transforman el miedo en angustia. Es importante para el médico recordar:

Detrás de cada temor ante lo real se dibuja una angustia más arcaica cuya presencia le pone una nota irracional al miedo.

Por caso, una operación quirúrgica puede pasar a ser vivida como una penetración violenta, una amenaza de castra-

ción, un desgarró a la integridad corporal, una posible desintegración del Yo, etcétera. Hasta el cirujano puede ser el representante de una figura mutiladora del pasado. Por eso, cuando el miedo tiene una dimensión inconsciente, el paciente no siempre responde a las intervenciones reaseguradoras del médico basadas en apelaciones a *la razón*. En ocasiones se observa una transición del miedo a una situación fóbica: algunos pacientes no pueden tolerar la sensación de encierro que genera el procedimiento de la resonancia magnética.

Cuando el Yo no puede llegar a contener la situación que genera angustia, o el sostén que podría provenir de un vínculo médico o familiar no es suficiente, puede llegar a ser desbordado por el desarrollo de angustia que, por su magnitud, se conoce como **pánico o terror** (ver más adelante).

Para el Yo, el pánico significa haber sido desbordado en sus defensas e incluye el factor de falta de preparación y sorpresa: la angustia, devenida en pánico puede llegar a ser desorganizante para la mente.

A menudo la vivencia de haber pasado o tener que pasar por un terror sobrecolector no se puede inicialmente expresar en palabras. Es parte de esa desorganización la imposibilidad de pensar. El poder ponerlo gradualmente *en palabras* ayuda a superarlo y a elaborar la experiencia. A su vez, con palabras se puede ayudar a prevenirlo: mientras médico y paciente anticipan un posible suceso penoso, cierta sensación de angustia protege al paciente del pánico en la medida en que ayuda a hablar sobre *lo peor*. De ahí la importancia de las preparaciones previas para todo tipo de procedimiento médico o quirúrgico que potencialmente resulte traumático.

EL ATAQUE DE ANGUSTIA

Las crisis agudas de angustia son de tal magnitud como para que aparezcan en la práctica médica de manera relativamente frecuente. Sus manifestaciones se hacen sentir en especial en el cuerpo. A veces de una manera súbita, sin llegar a ser reconocida como angustia, el paciente siente crecer un intenso terror asociado a la percepción de un peligro inminente, acompañado de alguno de los siguientes síntomas: sudoración, mareos, vértigos o inestabilidad en la marcha, dolor precordial, temblor, parestias, palpitaciones, dificultad para respirar, etcétera. El miedo a morir, a enloquecer o a perder el control son situaciones típicas. El paciente se siente compelido a hacer algo sin saber qué, tiene una sensación de urgencia y premura que tiende a contagiar a los demás, incluyendo al médico.

Los episodios de angustia se manifiestan como agudos o crónicos, pueden comenzar de manera brusca o solapada, típicamente en adultos jóvenes, en mujeres especialmente. La angustia es un afecto al que el paciente trata de asignar sentido rápidamente, en especial en sus *manifestaciones corporales*: le parece estar ante la muerte inminente, siente que se puede caer pero no se cae, siente la cabeza vacía, va a tener un ataque al corazón. Los síntomas cardíacos son la percepción que el paciente tiene de los cambios que percibe en el funcionamiento cardíaco, a medida que su corazón late con mayor frecuencia. La sensación puede ser de vacío en el pecho o de opresión. Los dolores precordiales son agudos y punzantes, pueden irradiarse al hombro y al brazo izquierdo como si fuera a tener un infarto. Los síntomas respiratorios se refieren a dificultad para respirar, disnea, suspiros frecuentes y la sensación de no poder contar con plenitud inspiratoria.

Estas condiciones llevan a menudo a una *síndrome de hiperventilación* donde la alcalosis agrega sensaciones adicionales: entu-

mecimiento y cosquilleo de pies y manos, con menos frecuencia contracciones musculares, incluso tetania, mareos. Los síntomas gastrointestinales también están presentes, como diarreas, espasmos o dolores cólicos, etcétera. Todas estas manifestaciones de la angustia que remiten a síntomas corporales pueden aparecer con relativa frecuencia en la consulta médica y hasta dificultar el diagnóstico. Por otro lado, como se dejó dicho,

inducen en el médico una tendencia imperiosa a resolver algo, una expectativa ansiosa, una dificultad para pensar y una tendencia a actuar en lugar de reflexionar que no le hace bien a la tarea médica. Debe ocuparse en modular la ansiedad del paciente, hacerla manejable.

El siguiente es un ejemplo de una trayectoria clínica singular, cuya evolución dio lugar a sensaciones de desconcierto en los médicos tratantes. Hace pensar en la complejidad diagnóstica de ciertas situaciones donde la presencia de la ansiedad o su ausencia aparente son determinantes:

Un paciente, médico clínico, de 50 años de edad, hacía varios años que estaba controlado por un nódulo de tiroides benigno y moderado hipertiroidismo. Cuando su clínico registró un segundo nódulo, la indicación quirúrgica no se hizo esperar. Se practicó una tiroidectomía parcial, en vista de que el análisis anatomopatológico operatorio corroboraba el nódulo benigno. Sin embargo, días después, el análisis patológico posterior mostró la presencia inesperada de tejido canceroso. El paciente fue reasegurado por su clínico y por su endocrinólogo, profesionales ambos muy prestigiosos, acerca de que el resultado no alteraba para nada el pronóstico inicial, dadas las características de este tipo de carcinoma, de baja malignidad y sin metástasis.

El paciente pareció recibir bien los resultados, no dio indicios de estar demasiado afectado por el impacto emocional de

la noticia. Respondió *razonablemente* bien y se dispuso al paso siguiente que consistía en *barrer* el resto de tejido tiroideo con yodo radioactivo. Unos días después del procedimiento comenzó a tener *molestias* precordiales que lo alarmaron crecientemente. Un ECG inicial registró alteraciones de conducción por las que fue medicado con vasodilatadores y su actividad física severamente restringida, mientras los episodios de angor se hacían más y más específicos (irradiación al brazo izquierdo, etcétera). Varios días después tuvo lugar un ECG de esfuerzo con resultado normal. Sin embargo, las crisis continuaban, los dolores no cedían, por momentos requirió medidas de emergencia, ECG en el momento de la crisis, amenaza de internación, etcétera. Un mes después de haber comenzado, se realizó un nuevo ECG con cámara gamma que resultó de absoluta normalidad. A partir de ese momento, las crisis desaparecieron. Una interconsulta psicológica se preguntaba si la manera de vivir los acontecimientos médicos y quirúrgicos de este paciente, sin tiempo para una elaboración o contención efectiva, dio lugar a episodios donde la angustia vivida, sin tiempo para ser procesada mentalmente, se expresaba en descargas que se manifestaron por su contenido corporal.

Otro tema interesante para la Medicina: la angustia puede asociarse rápidamente a ideas o situaciones nuevas que pasan a ser temidas y evitadas a la manera de las fobias. De tiempo en tiempo, ciertas enfermedades pasaron socialmente a ser consideradas con pánico y terror: en su momento fue la *sifilofobia*, luego las *cancerofobias* y más recientemente, las *fobias al SIDA*. En estos casos, el miedo natural a exponerse a cualquier enfermedad, por terrible que sea, se transforma en una fobia desde la que se reclaman cuidados especiales, métodos exagerados y tan fuera de lugar que delatan su contenido irracional.

CONSIDERACIONES TEÓRICAS SOBRE LA ANGUSTIA

La angustia es un afecto que tiene un lugar central en la dinámica mental del sujeto y en sus relaciones con los demás. La actual teoría de la angustia en Psicoanálisis data de 1924.¹ Se plantea en la perspectiva del Yo frente al peligro interno o en la preparación para enfrentarlo. Freud consideraba la angustia como una disposición innata, de base biológica: el organismo humano está congénitamente provisto con la capacidad para reaccionar psíquica y corporalmente con angustia. Propuso relacionar la aparición de la angustia con dos momentos psicológicos: **la situación traumática y la situación de peligro**.

a) en un primer tiempo, el bebé desarrolla angustia *automáticamente* cuando su Yo débil e inmaduro es desbordado por un influjo de excitación tan grande que no puede manejar ni dominar. Una situación así se denomina *traumática*. El prototipo de esta situación es la angustia del nacimiento cuando el bebé resultó inundado de estímulos en el momento culminante de su inermidad.

La angustia automática es característica de la infancia por la *inmadurez y debilidad del Yo* que lo expone a situaciones traumáticas. Éstas pueden proceder de fuentes externas pero generalmente provienen de las pulsiones. El niño que siente amenazada sus gratificaciones pulsionales se ve desbordado por angustia. Si bien la angustia traumática es esperable en los primeros años del desarrollo, dadas las condiciones de debilidad yoica, puede reaparecer en cualquier momento de la vida si esas mismas condiciones se reiteran.

b) con el transcurso del tiempo, el Yo del bebé se fortalece y aprende a anticipar el

¹ Freud, S. "Inhibición, síntoma y angustia" (1926). En: *Obra completa* Tomo XX. Amorrortu, Buenos Aires, 1992.

advenimiento de una situación peligrosa y reacciona ante ella con una pequeña *señal de angustia*. Como la señal de angustia es displacentera, le sirve al Yo de alarma para prepararse ante situaciones ya reconocidas por él como peligrosas. Y, ¿cuáles son aquellas experiencias que ha empezado a significar como peligrosas? Las más importantes y que irá viviendo en el transcurso del desarrollo son:

En primer término, la angustia por la ausencia del objeto (madre), la angustia por la pérdida del amor del objeto, la angustia ante la posibilidad de la pérdida corporal (castración) o alguna mutilación equivalente, la angustia ante la pérdida del amor de la conciencia moral o Superyó (culpa).

La primera de ellas, cronológicamente, es la separación de la persona que es importante para el bebé como fuente de gratificación: es la angustia que se siente frente a la *pérdida de objeto*. La siguiente situación de peligro para el Yo es la pérdida del amor proveniente de la persona amada. Aun cuando ella esté presente, el niño puede temer la *pérdida de su amor*. La situación de peligro que sigue es para el varón, la pérdida de su pene, en la mujer una mutilación equivalente. La última es la amenaza o castigo por el Superyó y el sentimiento de culpa consiguiente.

Estas situaciones de peligro son propias del desarrollo infantil pero su presencia perdurará inconscientemente toda la vida y la importancia relativa de cada una dependerá de las características emocionales de cada persona. En la clínica pueden detectarse con cierta regularidad.

Pero también es de destacar el rol de la angustia en el desarrollo infantil al permitir al Yo contener o inhibir sus impulsos, lo que es necesario para su crecimiento, su madurez y por lo tanto para su salud mental. La angustia es la contracara del deseo, está

al servicio del Yo y de su fortalecimiento aunque si excede su función puede caer en franca patología. Por eso se sostiene que

la angustia, en condiciones óptimas, facilita el desarrollo emocional del Yo (es motor del crecimiento), pero lo afecta si su intensidad es tal que lo desborda y lo desorganiza.

EL PÁNICO, EL TERROR, EL HORROR, LO SINIESTRO

Hay algunas experiencias emocionales que generan situaciones de gran angustia, que son vividas de manera muy aguda, muy intensa y que tienen matices diferenciales que las distinguen.

- 1) Así, por ejemplo, los ataques de *pánico* (del dios Pan, a quien atribuían los ruidos que retumbaban en montes y valles), generan hoy los conocidos *panic attacks* (ver *supra*).
- 2) Otras situaciones se viven con *horror o espanto* (terror, asombro, consternación), o resultan *espeluznantes* (aquellas que ponen los pelos de punta). *El espanto se anuda al complejo de castración*. El horror a la mujer o el menosprecio a ella derivan del convencimiento acerca de la carencia de pene. Los genitales de la mujer, *mutilados*, despiertan horror en el varón, que en la adolescencia pueden ser fuente de impotencia, homosexualidad y misoginia. Las formaciones hermafroditas casi siempre generan terror. El horror a la castración se desplaza a sus equivalentes simbólicos, como por ejemplo el espanto a la mutilación corporal, el miedo a las heridas, en especial a perder la vista, etcétera. Ninguna mutilación espanta más que la de los ojos. El horror se puede provocar en el otro para evitar el propio, caso del exhibicionista al mostrar los genitales. *El horror a la sangre* se expresa en especial en el temor supers-

ticioso a la menstruación y a la necesidad de aislarla durante la misma y de evitar las relaciones sexuales. Pero también en la frecuencia con que las personas se desvanecen frente a una extracción de sangre, aunque sea mínima. Algunos *tabúes* tienen por objeto el evitar caer en estos estados emocionales de terror, como el tabú del incesto, con los muertos, de la virginidad, etcétera. Cuando el tabú se rompe, el horror se pone de manifiesto.

- 3) Hay otras vivencias que tienen un núcleo emocional particular y propio, que se define como *sinistro* u ominoso. Freud² observó que ciertas situaciones familiares y conocidas para un sujeto le podían generar súbitamente espanto o terror con un matiz siniestro u ominoso. Señala numerosos objetos y situaciones donde ese sentimiento emerge, por ejemplo, cuando se duda si alguien efectivamente es una persona o un autómatas, si una muñeca está animada o inanimada, los fenómenos de sensación del doble, la percepción de un *otro* semejante a uno, de su desdoblamiento. También es conocido el impacto siniestro que causa la repetición de lo similar que tiene un tinte demoníaco, el retorno involuntario a un mismo lugar, los presentimientos que *aparentemente* se confirman. Ni qué hablar de la visión de los miembros separados, una cabeza cortada, una mano desprendida. La representación ominosa de algo animado en lo inanimado reaparece en la representación del *terror a ser enterrado vivo tras una muerte aparente*.

El médico, el paciente y su familia se enfrentan cotidianamente con vivencias emocionales siniestras de este tipo, derivadas de la práctica médica y que en lo esencial tienen que ver con la enfermedad (por la mutilación, el daño corporal), la sexualidad (por la castración, la diferencia de sexos), la muerte (por el cadáver, el más allá, la sobrevida).

Freud se preguntó bajo que condiciones las cosas familiares, cotidianas y conocidas pueden resultar tan extrañas, tan ajenas, tan siniestras o espantosas.

Es desde los años de la represión infantil de donde retornan sentimientos que alimentan lo siniestro: retornan de la represión las creencias en el animismo, la magia, la omnipotencia del pensamiento. En cuanto nos sucede algo que parece confirmar las viejas convicciones abandonadas experimentamos *lo siniestro*. En los años infantiles, el niño no suele trazar límites muy precisos entre lo animado y lo inanimado.

EL SENTIMIENTO DE VERGÜENZA: LA EXPULSIÓN DEL PARAÍSO

La *vergüenza* es un sentimiento que se expresa en forma de humillación, de estar en falta, con culpa, etcétera, por ideas o acciones deshonrosas, reales o fantaseadas referidas a la propia persona y que ésta teme que otros conozcan. En ese sentido se acompaña de la necesidad de aislarse, ocultarse o ponerse a resguardo de la mirada ajena. Avergonzarse es no querer ser visto. Es como sentir el cuerpo expuesto, por lo tanto está relacionado con la desnudez corporal. Nuevamente, como con otros afectos,

la vergüenza expresa simultáneamente un sentimiento vincular (por ejemplo, "deberías avergonzarte...") y una actitud corporal (ocultamiento).

En la vergüenza, la marca corporal más visible es el enrojecimiento de las mejillas que delata al sujeto a pesar de sí mismo. En el límite se puede transformar en un síntoma temido que se conoce en Medicina como *eritrofobia*. Si bien el rostro es el lugar más descubierto a la mirada del otro, la vergüen-

² Freud, S. "Lo ominoso" (1919). En: *Obra completa* Tomo XVII. Amorrortu, Buenos Aires, 1992.

za está asociada con las partes habitualmente cubiertas del cuerpo, los genitales y otras zonas erógenas, en especial las del erotismo uretral.

Los sentimientos de vergüenza derivan por lo tanto, de componentes de la sexualidad infantil que habiendo sido una vez placenteros fueron reprimidos. Al principio, el niño pequeño no tiene dificultades en pasear su desnudez, gozar de ella y en exponer placentemente su cuerpo, en especial sus genitales, a la mirada de los adultos. Le encanta mostrarse y ser mirado. Inicialmente no conoce nada de lo referido a la vergüenza.

Esta situación evoca al mito del Paraíso original donde la desnudez no avergonzaba hasta que se perdió la inocencia, intervino la sexualidad y se debieron tapar los genitales.

En determinado momento de la infancia, se erige el sentimiento de vergüenza que reclama desde el interior del niño y desde los padres cubrirse. De esta manera se contiene el deseo de andar desnudo aun cuando se manifieste más tarde en sueños y fantasías. En efecto, el sueño de merodear desnudo y avergonzado entre una multitud de extraños e indiferentes es universal.

Cuando la sexualidad se organiza compulsivamente en el adulto alrededor de la necesidad de mostrar los genitales se habla de *exhibicionismo* y se trata de una perversión. El par complementario es el *voyeurismo*, el placer de mirar el cuerpo y los genitales ajenos.

Filogenéticamente se ha planteado un tiempo mítico relacionado con la aparición del sentimiento de vergüenza en el hombre: ocurrió supuestamente con el abandono de la posición cuadrúpeda y la adopción de la posición erecta, dejando al descubierto sus genitales. También se puede tener en cuenta que el animal humano es uno de los pocos mamíferos carentes de pelaje en el cuerpo y que cubrirse fue una necesidad de los

mecanismos de autorregulación. Pero sea que necesite o no abrigarse, lo cierto es que siempre resultan cubiertos los genitales. El ocultamiento, aunque sea reducido a su mínima expresión, incentiva el deseo, encubre el objeto a la mirada.

Un momento decisivo de la entrevista médica, el examen físico. El médico necesita mirar, tocar, palpar el cuerpo del paciente para lo que éste es invitado a *desnudarse*. En este ceremonial tan necesario pueden estar presentes los sentimientos de vergüenza que requieren de un manejo discreto. También el médico puede tener dificultades personales ante la desnudez, evitarla hasta la exageración para evitar deseos voyeristas inconscientes que lleguen a sexualizar el vínculo. Numerosos chistes circulan frente a esta posibilidad, a la que el encuadre profesional le pone límites.

En otro orden de cosas, el testimonio de pacientes que han pasado por Terapia Intensiva da cuenta del malestar que han sentido por haber estado expuestos desaprensivamente a la desnudez.

LA AGRESIVIDAD

No hay duda de que *los impulsos agresivos* tienen en los vínculos humanos una presencia básica, universal y permanente y sus consecuencias son determinantes para la salud mental de las personas, los grupos, las comunidades. Originariamente, la agresividad está vinculada al cuerpo por los dispositivos musculares y osteoarticulares pero su significación excede ese ámbito. Por empezar, un intento de definición:

La agresividad es la tendencia dirigida a dañar, destruir, perjudicar, lastimar, arruinar a un otro, en realidad o en fantasía.

Puede tratarse de conductas motoras activas u otras equivalentes: por la palabra o

por el silencio, por la actividad o la pasividad, por el sarcasmo, la ironía, la burla, el chiste, el desprecio.

Lo que la caracteriza es su intención latente u oculta y no la forma en que se manifiesta. Una conducta aparentemente protectora de una madre puede resultar agresiva o dañar a su hijo. Si bien lo que se denomina *agresión* tiene estatus propio, también forma parte de emociones de distinto signo como *ira, rabia, celos, odio, hostilidad, envidia*. Comparten el carácter destructivo o dañino hacia el objeto que se tematiza en forma diferente en cada una.

En los *celos*, la agresión va dirigida a un tercero en una relación amorosa; en la *envidia* hay que destruir a quien posee algo valioso para uno. A su vez, el *sarcasmo* puede ser una versión atenuada de la envidia. Se puede considerar la agresión una fuerza pulsional no específica que subyace a todas estas emociones: por eso se habla de *impulsos agresivos*.

Con la agresión no se puede dejar de mencionar la *ambivalencia* de los sentimientos, es decir, la presencia simultánea en la relación con un mismo objeto de tendencias y actitudes opuestas, en especial de *amor y odio*. Es un ingrediente universal en las relaciones humanas y de importancia fundamental en la salud y la Psicopatología. Asimismo, la agresión interroga sobre la vigencia de la *maldad* en la constitución del sujeto humano y su participación en los fenómenos sociales muy conocidos: genocidio, exterminio, matanza, etcétera.

La separación, el abuso y el abandono generan no sólo ansiedad sino hostilidad y odio en los niños. Para ellos una salida posible es *identificarse con el agresor*, pasar de víctima a victimario, de sufrir pasivamente a hacer sufrir. Cuando llegan a adultos, maltratan a su vez. Otro destino: el niño dirige la agresión recibida en conductas de daño autoinfligidas y *se castiga como lo castigan*.

El tema de la agresividad es complejo e inabarcable. Para reflexionar, se proponen

tres puntos dilemáticos de particular relevancia para ser considerados en Salud Mental.

1. En favor de la vida o de la muerte

En la vida cotidiana se observan dos aspectos de la agresividad:

a) la agresión aliada al Yo, utilizada al servicio de la sobrevivencia, de la autodefensa, de la autoafirmación, personal o social, que parece ajustada y razonable a las causas que la desatan. Hay momentos en que resulta ser la única respuesta saludable frente a una amenaza. Tiende a frenar la violencia de los otros y brindar protección frente a las injusticias, sin ella el sujeto quedaría expuesto y vulnerable. Está al servicio de la vida, de autoafirmarse y de no entregarse a las propias partes *malas* cuando amenazan tomar control y *seducen* al sujeto a abandonarse o someterse. Alimenta los movimientos sociales contra la injusticia y el maltrato. Es una parte importante de la lucha por la vida y contra las adversidades.

Según ciertos estudios, el sentimiento de rabia ayuda, por ejemplo, a sobreponerse a las penurias de una enfermedad crónica. También, el médico debe poder aceptar el enojo que surge en el paciente frente a situaciones o prácticas médicas que resultan ser inevitablemente humillantes para él.

b) la violencia, la hostilidad y la agresividad hacia los otros que son los ingredientes cotidianos de la vida, algunos vividos con una intencionalidad destructiva placentera. Aparecen como *deseos destructivos* y tienen un *significado* para el sujeto y para quien los padece. Cuando la sexualidad interviene, los impregna el sadismo. Pero, más allá de estas situaciones también está la furia destructiva que termina en el crimen cruel, depravado, violento, carente de sentido, desvinculado, desproporcionado a las causas que lo desencadenan.

denaron. Está al servicio de la muerte y del *sin sentido*.

Esta agresividad no es ajena al tema del narcisismo. Dice Freud “aun en la más ciega furia destructiva, no se puede dejar de reconocer que su satisfacción se acompaña de extraordinario placer narcisista, pues ofrece al Yo la realización de sus más arcaicos deseos de omnipotencia”.³ Reparar en ciertos crímenes recientes de esos adolescentes que matan porque “quieren ser famosos” impone una nota de precaución hacia esas vastas síntesis que proponen ciertos grupos esotéricos, ciertas sectas, donde los vínculos narcisistas terminan en agresión y muerte. La agresión acá es básica, original, no resulta del contraataque o de la frustración. El otro, el semejante, está siempre ahí como polo de la agresividad de cada uno.

Estos dos aspectos son como los dos extremos en que se moviliza la inmensa gama de la agresión humana y proponen fines inconciliables. En el medio, la infinita variedad de instrumentos que utilizan los seres humanos para sobrevivir, molestarse y lastimarse mutuamente. Es difícil suponer cómo ambos pueden responder a un mismo mecanismo.

2. Dos direcciones: contra el objeto o contra el sujeto

Los impulsos agresivos intervienen precozmente en el desarrollo del sujeto; entre otras cosas, participan de un complicado juego de unión y discriminación con la sexualidad, tienen como destinatarios objetos a los que hacer víctima de ataques, reales o imaginarios, a veces con instrumentos corporales: con la boca, los dientes, con el ano o los genitales.

Pero hay que destacar algo característicamente humano: la agresión también se repliega sobre el sujeto, quien se toma a sí mismo como objeto de la agresión; a la vez que detiene la agresividad hacia el objeto la dirige sobre sí mismo, con consecuencias para él y para su salud.

De este modo, en un determinado momento del desarrollo infantil, la agresividad es introyectada, internalizada, dirigida contra el propio Yo, vuelta en realidad al lugar de donde procede. Incorporándose a una parte de éste, en calidad de Superyó, se opone a la parte restante y asumiendo la función de *conciencia moral* va a desplegar frente al Yo la misma dura agresividad que él de buen grado habría satisfecho en individuos extraños.⁴

Si bien esta internalización es un proceso muy complicado cuyos detalles son mencionados en otro lugar, tiene consecuencias para la salud mental y la patología y roza temas importantes de la Medicina: *el manejo de la agresión y la hostilidad dirigidos hacia el propio sujeto, los sentimientos inconscientes de culpa y sus consecuencias: la necesidad de castigo, el duelo patológico, la melancolía, el suicidio, las tendencias al auto daño, los accidentes, el refugiarse en la enfermedad, el masoquismo, cierta patología corporal, etcétera.*

Por ejemplo, en la *enfermedad coronaria*, el paciente tipo A es el que se supone tiene mayor riesgo por ser competitivo, agresivo en la búsqueda del éxito, con conflictos para triunfar.⁵ La *hipertensión esencial* se observa en personas que tienen conflictos entre sus deseos pasivo-dependientes y la sofocación de impulsos hostiles y coléricos. En la *alergia*, el *prurito generalizado* y en la *artritis reumatoidea* también participa el conflicto con la hostilidad y la agresividad.

³ Freud, S. “El malestar en la cultura” (1930). En: *Obra completa* Tomo XXI. Amorrortu, Buenos Aires, 1992.

⁴ *Ibidem*, 1930.

⁵ Dembroski, TM y col. “Components of type A hostility and anger in relationship to angiographic findings”. *Psychosom Med.* 1985;47:219-233.

3. Dos orígenes: ¿pulsional o vincular?

Se han planteado dos teorías sobre los orígenes de la agresividad humana: *la primera* pone el acento en los vínculos, la agresión surgiría en respuesta a las frustraciones, a las pruebas y sufrimientos a las que somete la vida, desde las experiencias más tempranas hasta las más recientes. No se trata sólo de las cotidianas sino que su origen se remonta a una *frustración fundamental*, en el inicio de la vida, la reacción por un medio ambiente temprano que inevitablemente resultará frustrante.

La agresión sería la reacción a la dependencia absoluta del objeto materno y a las alternativas de la relación, entre las que más cuentan están las separaciones. La relación con los objetos, entonces, constituye el determinante esencial que contribuye o perturba la salud mental de la persona. Esta teoría puede dar cuenta de la agresión como signo de vida, como defensa y protección de las tendencias a preservar la vida, como autodefensa.

Pero esta teoría no explica del todo la destructividad extrema que a diario se conoce en la forma de la violencia más despiadada, de crímenes bestiales, de destrucción extrema, donde las circunstancias proponen la excusa pero no la explican. ¿Es necesario apelar a alguna explicación más radical?

Por eso, *la segunda teoría* pone el acento en las pulsiones: surgiría de manera innata, en todos los individuos, de manera pulsional: como destructividad *originariamente* dirigida al propio individuo del que busca su aniquilación. En su versión extrema se la conoce como *pulsión de muerte*.⁶ Para evitar la autodestrucción, al nacer sería deflexionada por la pulsión de vida hacia el exterior para poder sobrevivir. Con los objetos externos se da a conocer como *impulsos agresivos*. Su introducción ha dado lugar a interminables polémicas, pero la sostienen algunos hechos de la clínica, de los que la

Medicina no es ajena. Sugiere que el bebé no sólo es agresivo con los objetos que lo frustran sino *¡también con aquellos que lo quieren y que lo quieren bien!*, que puede querer atacar y arruinar sus fuentes de vida, sus objetos de amor, con un sentimiento que toma la forma de *envidia*.

Entonces, la agresividad, ¿es la respuesta del bebé a una falla ambiental o es una falla del bebé en hacer uso del amor de que dispone? Por el momento es necesario considerar ambas teorías como complementarias, no como excluyentes.

LA AGRESIÓN EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

A veces, algunos pacientes reaccionan con *rabia y hostilidad* cuando se enferman. La dirigen en todas direcciones: culpan al destino, a Dios, a la mala suerte, a miembros de la familia, a los ancestros, a las personas sanas. También a los médicos por las restricciones que imponen, al malestar que surge de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, a sus limitaciones humanas, etcétera. Eventualmente pueden dirigir el odio contra sí mismos. Estas situaciones complican el cuidado médico y en ocasiones el destino de la enfermedad. Con todo, algunos estudios sugieren un mejor pronóstico cuando el paciente reacciona con rabia que cuando se deprime.

Algunos críticos culpan a la Medicina de ser un *poder hegemónico* ejerciendo violencia sobre el paciente por un hecho de estructura: el de asumir un conocimiento científico como saber absoluto al que el paciente debe rendirse y someterse sin contemplaciones. En ocasiones individuales, para poner otro ejemplo, en el médico pueden aparecer conductas, sutil o abiertamen-

⁶ Freud, S. "Más allá del principio del placer" (1920). En: *Obra completa* Tomo XVIII. Amorrortu, Buenos Aires, 1992.

te hostiles, encubiertas con propósitos terapéuticos o altruistas que se conocen como *furor curandis*.

Pero conviene recordar que si hay violencia en la relación médico-paciente, no tiene una sola dirección: algunos estudios revelan que una de las principales fuentes de estrés del trabajo médico es la posibilidad de ataque físico contra el médico y su familia.⁷ Otra forma de amenaza reciente es la de los juicios de mala práctica. También el paciente que responde con una recaída cuando está a punto de recuperarse incluye al médico en un circuito de odio, culpa y castigo donde la agresión nunca falta. Finalmente, está en la experiencia de todo clínico el asistir a algún paciente que no responde a nada y que lo hace testigo impotente de su *predilección para la muerte* y lo sumerge en un angustioso replanteo de su identidad médica.

LA DIMENSIÓN ESTÉTICA DEL CUERPO: DE LO BELLO A LO DEFORME

Uno de los factores más tenidos en cuenta por el sujeto en sus relaciones personales es la apreciación estética que hace del cuerpo propio y ajeno, sentimientos que conciernen a la belleza, la *fealdad* o la *deformidad* corporal. Es mucho lo que está involucrado en esa dimensión, ya sea como fuente de bienestar y confort o de malestar y mortificación, especialmente en estos tiempos en que el cuidado de la estética corporal asume socialmente proporciones de delirio colectivo.

Pero, por empezar, es difícil precisar qué es belleza, pues aunque se la define como “la cualidad o agregado de cualidades en una cosa, que da placer a los sentidos o exalta placenteramente la mente o el espíri-

tu”⁸, son atributos que *el sujeto le otorga a las cosas, entre otras a su cuerpo y al de los demás*. Por lo tanto, la apreciación estética que el sujeto hace de su cuerpo es altamente individual y subjetiva, con el agregado de los valores que provienen de factores familiares y sociales.

Belleza y fealdad tienen relación con sentimientos de autoestima donde entran en juego investiduras narcisistas. Un aspecto del mito de Narciso es el embelesamiento con el propio cuerpo. Narcisismo es una palabra que Näcké introdujo a principios de siglo para referirse a la actitud de algunas personas con respecto a su cuerpo, al que tratan como otras tratan el cuerpo de aquellos con el que tienen una relación sexual. Lo miran, acarician y miman como algo plenamente satisfactorio.

Es posible que aquello a lo que se le asigna la cualidad de bello provenga, en lo profundo, de las experiencias eróticas de la relación más temprana con el objeto, que le otorgaron algo del orden de la fascinación, revelación y misterio.

Para Freud, la belleza deriva del campo de los sentimientos sexuales. Originalmente belleza y atracción son atributos del objeto sexual; los *encantos* del objeto son estimulantes y resultan sexualmente excitantes.⁹ También participan los encantos que el sujeto asigna a su propio cuerpo para, través de ellos, sentirse aceptado, reconocido, valorizado, etcétera. Pero cuando faltan aparecen sentimientos referidos a la *fealdad* que se atribuye al cuerpo o a alguna de sus partes.

La Medicina participa en estos temas cuando por una de sus especialidades es llamada a remediar el sentimiento de fealdad:

⁷ Mawardi, B “Satisfaction, dissatisfaction and causes of stress in medical practice”. *JAMA* 1976;241-483.

⁸ *Webster's New Collegiate Dictionary* 2nd ed., Springfield, Mass, USA, 1959.

⁹ Freud, S. “El malestar en la cultura” (1930). En: *Obra completa* Tomo XXI. Amorrortu, Buenos Aires, 1992.

la cirugía estética. Hay acuerdo general de que el éxito de sus procedimientos depende de poder comprender la psicología del paciente y de una buena relación paciente cirujano plástico.¹⁰

El cirujano plástico es llamado a intervenir para aliviar cierto malestar emocional que una persona tiene en relación con la estética de su cuerpo. Por tomar un ejemplo frecuente, la *rinoplastia*. El paciente reclama corrección para un defecto que supuestamente lo afecta en su capacidad para vivir una vida confortable. Inclusive puede ser que no le parezca al cirujano un procedimiento necesario, que reconozca un *síntoma* en el pedido pero que consienta a él. El seguimiento posterior indica con frecuencia que la operación ayudó a restablecer cierta sensación de bienestar y autoestima, más en mujeres que en hombres. Pero puede también desenmascarar una depresión latente o precipitar una psicosis.

Una alta proporción de pacientes operados padecen de trastornos emocionales psiquiátricos, relacionados con la manera en que son vividos los cambios de la imagen corporal. En algunos casos, la intervención estética pone de manifiesto un *delirio somático*.

Es lo que ocurrió con una joven de 20 años, que requirió impulsivamente una plástica de mamas. Durante su adolescencia se había pasado todo el tiempo pensando que era chata, que tenía los pechos chiquitos, que no era deseable al novio. Creía que iba a tener alivio con posterioridad a la operación pero nunca le llegó. Los meses siguientes a la ope-

ración se pasaba el día entero controlándose la cicatriz, para ella ostensible y de considerable grosor. Se quejaba de que le había quedado en un lugar visible, la veía deforme, le aplicaba todo tipo de cremas para hacerla desaparecer, vigilaba "para que no se escaparan" las siliconas, se imaginaba que la prótesis se le salía de lugar "por el modo en que me quedó la cápsula". Vivía obsesionada con "ese extraño cuerpo que tengo bajo las mamas" y si lo iba a poder tolerar toda la vida. Comparaba todo el tiempo las fotos previas y posteriores a la intervención. Terminó exigiendo nuevas operaciones. Una evaluación psicológica tardía reveló que consideraba a todo su cuerpo como deforme, desproporcionado en altura, con las caderas torcidas: "me veo pero no tengo proporciones, querría ser yo pero con otro cuerpo". Su ilusión era cambiarlo totalmente con cirugía.

El problema es más complejo cuando está en juego una deformidad corporal más notoria o mutilante, pérdida de miembros, quemaduras o cicatrices deformantes, etcétera. El impacto emocional es de horror, asociado a veces con sentimientos demoníacos que tienen que ver con un ancestral temor a la castración. La literatura de terror demuestra en una variedad de personajes el impacto amenazante y terrorífico del amputado (El Ahab de Melville, el Long John Silver de Stevenson, el general A. Smith de Poe). Es nuevamente el cuerpo, esta vez mutilado, el provocador de afectos muy intensos del orden de lo siniestro (*ver supra*).

¹⁰ Meyer, E. "Motivational patterns in patients seeking plastic surgery". *Psychosom Med* XXII 3, 1960.

XII

VÍNCULO TEMPRANO: EMBARAZO Y PARTO (I)

De todos los vínculos humanos, el del bebé con sus padres es, quizá, el más importante, en especial el que tiene con su madre. De él surgen las primitivas estructuras mentales que lo van constituyendo como sujeto y desde las que se relacionará con los objetos parentales. A su vez, la madre vive la maternidad y la crianza del bebé como experiencias que tendrán para ella profundas consecuencias y que le darán una nueva dimensión a su propia vida mental. La función del padre ocupará un lugar de creciente importancia junto a la diada madre hijo.

El vínculo temprano es un proceso emocional complejo, sus protagonistas están inmersos en una interacción recíproca muy intensa. En el bebé serán años cruciales para el desarrollo de su personalidad: ciertas funciones del Yo *como la percepción, el pensamiento, la formación de símbolos, la verbalización, la movilidad, las emociones*, etcétera, aparecerán gradualmente en el contexto de la relación con los objetos parentales.

Es sorprendente que hasta hace poco no se tuviera en cuenta el vínculo tempra-

no para su estudio científico, se descuidara tanto este tramo de la vida y se dedicara tan poca atención al tipo de cuidados que brindan los padres. Algo ha tenido que ver en esto el mecanismo psicológico de la *re-presión* y su consecuencia, la llamada *amnesia infantil* que cubre las experiencias de los primeros años de la vida con un manto de olvido.¹ Hoy hay más conciencia de los efectos del maltrato en los niños, del abuso sexual o del abandono.

Sin embargo, no son las grandes desviaciones de la conducta adulta con los niños lo que convoca su estudio sino el análisis minucioso y microscópico de un vínculo que en su habitualidad muestra toda su trascendencia para la vida mental: para el bienestar, el crecimiento y la salud o para el malestar, el deterioro y la enfermedad. Desde luego, no todo puede ser remitido a los primeros tiempos. Muchas cosas más le suceden al sujeto en su vida, pero la impronta de las experiencias tempranas nunca perderá el valor que tuvieron inicialmente.

¹ Freud, S. "Tres ensayos de teoría sexual" (1905). En: *Obra completa* Tomo VII. Amorrortu, Buenos Aires, 1992.

Ha sido un aporte fundamental del Psicoanálisis y de otras disciplinas (como la Pedagogía, la Puericultura, la Pediatría, etcétera) haber establecido que los primeros años de la vida mental del niño son decisivos para la salud mental del adulto.

La relación madre bebé es, primero y principal, una relación de *intimidad*, quizá la de mayor intimidad en la vida puesto que nace de la experiencia de compartir un cuerpo. El desarrollo corporal y la salud mental del bebé dependerán básicamente de lo que ocurra en la intimidad de esta relación. En el vínculo temprano, es la madre quien auxilia al bebé para que las emociones que generan las experiencias puedan llegar a ser sentidas, pensadas y eventualmente verbalizadas. Es una matriz vincular capaz de transformar las experiencias vividas en niveles crecientes de significación y sofisticación hasta que el niño lo pueda hacer de manera autónoma por sí mismo. En el vínculo temprano, el bebé humano desarrolla los instrumentos mentales que lo capacitan para el intercambio significativo con sus semejantes.

Para la Medicina, el estudio del vínculo temprano importa porque:

a) los sucesos emocionales que en él ocurren determinan en buena medida el futuro de los procesos de salud y enfermedad, mental o corporal. Fue a partir de la II Guerra Mundial donde se multiplicaron las investigaciones tendientes a demostrar el efecto que tienen los sucesos infantiles sobre la vida adulta. Precisamente, las secuelas devastadoras de la guerra impulsaron a la Comisión Social de las Naciones Unidas y a la Organización Mundial de la Salud a encargar estudios sobre los efectos de la privación de los cuidados maternos, estudios realizados bajo la dirección de un psicoanalista, el Dr. John Bowlby. Los

resultados son ya clásicos y ampliamente difundidos.²

b) en segundo término, en la relación médico paciente, el médico verá reaparecer procesos emocionales primitivos, a menudo irracionales, que provienen de vivencias tempranas, aparentemente superadas. Pero es más, se sentirá él mismo involucrado en esos procesos de los que participará inconscientemente. La tarea clínica le demostrará la turbulencia emocional a la que está expuesto y que se escapa de la objetividad científica positivista a la que desea reducir su trabajo. Si el estudio de la relación médico paciente es inevitable en la Medicina de hoy, el vínculo temprano le aporta su dimensión esencial. La relación médico-paciente no sólo pone de manifiesto los aspectos adultos de sus integrantes, los que se hacen cargo de la tarea médica, de una manera u otra, los vínculos más primitivos nunca dejan de estar presentes como *transferencia* y *contratransferencia*. Así, el médico puede comprender mejor los elementos más pasionales de la relación y sus manifestaciones más irracionales. Por tanto, la experiencia psicológica que supone el enfermar puede perder algo de su naturaleza inquietante si pasa a ser entendida y contenida en la relación con el médico.

ALGUNAS CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS

Una somera observación de una madre sosteniendo a su bebé los muestra a ambos sumergidos en una intensa relación emocional, compartiendo momentos mutuos de intimidad, necesidades y afectos. Las palabras y actitudes usadas por la madre irán significando gradualmente la vida mental del bebé y contribuyendo a conformar su estructura mental. El estudio de cualquier vínculo se

² Bowlby, J. *Los cuidados maternos y la salud mental*. Ed. Humanitas, Buenos Aires, 1964.

logra a través del testimonio verbal de sus protagonistas. Las limitaciones de este abordaje son conocidas. Las dificultades para investigar el vínculo temprano son mayores porque es de naturaleza *básicamente pre verbal*, por lo menos para el bebé y por lo tanto inaccesible para la comunicación por el lenguaje. ¿Cómo dar cuenta de toda la sutileza y complejidad de este clima emocional?

Para comprenderlo, es necesario no tomar al bebé aisladamente sino junto a la madre y sus cuidados, como si se tratara de una unidad indisoluble. Hay que considerar la vida mental de la madre y del bebé y por tanto la interacción fantasmática entre ambos.

Cuidado materno no es sólo darle de comer, cambiarlo y ponerlo a dormir. El cuidado materno tiene importancia en tanto está inscripto en un universo plétórico de significados proveniente de la propia vida mental de la madre. Son sus deseos y emociones lo que está en juego, qué dice y cómo se lo transmite al bebé. Cómo estimula en él sus apetencias y competencias, mientras inhibe otras. El bebé comienza a participar y responder a la mamá, pero también a estimularla con su desarrollo imaginativo incipiente.

Cuando se habla de interacción en el vínculo temprano, no se refiere al simple efecto de una conducta sobre la otra, sino de los significados intercambiados. Hay que tener en cuenta la dimensión mental de los protagonistas. De modo que, como lo dice Lebovici, “el ámbito psíquico del bebé se constituye sobre la creación del deseo de la madre y por su parte la vida mental de la madre cae bajo la influencia del desenvolvimiento de su bebé”.³

Ubicado en esta perspectiva, los conocimientos del vínculo temprano provienen de estudios que tienen fuentes múltiples:

1. Estudios directos de observación de bebés: en las últimas décadas se han multiplicado los estudios de la diada madre bebé a través de observaciones y seguimiento de todo tipo, con el invalorable auxilio de métodos audiovisuales. El momento de la lactancia es uno de los más interesantes. Son especialmente importantes los realizados por equipos interdisciplinarios integrados por psicoanalistas.⁴ En nuestro país el Dr. Miguel Hoffmann (Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires) ha trabajado mucho y tiene numerosas contribuciones en este campo. El objetivo es el estudio de la interacción temprana tratando de inferir el nivel fantasmático que sólo un observador especialmente calificado puede detectar. Se basan en observaciones directas que se realizan sobre el llamado *bebé real*, cualquiera sea el significado que se le quiera dar a este término. Por cierto, si bien se trata de observaciones directas, es obvio que requieren de la interpretación del observador.

Una mamá tiene su bebé al pecho, quien está chupando regular y vigorosamente. Sin que al parecer medie ningún indicio manifiesto, la madre interrumpe y le retira el pecho. El bebé responde llorando. Cuando ella quiere reanudar el amamantamiento, el bebé sigue fastidiado y no se quiere volver a prender. Cuando se le pregunta por su actitud, la mamá explica que tenía temor que el bebé se atragantara. Ha reaccionado con angustia ante su propia avidez. El bebé perdió súbitamente la continuidad de una experiencia placentera y le cuesta reanudarla. La madre, frente a la respuesta del bebé, cree confirmar su teoría: el malestar del hijo se debía a que chupaba excesivamente.

³ Lebovici, S. *El lactante, su madre y el psicoanalista*. Amorrortu, Buenos Aires, 1988.

⁴ Ver por ej.: Bick, E. “Notas sobre la observación de lactantes en la enseñanza del Psicoanálisis”. *Int. J. of Psychoan.* XLV 4 1964. “Notes on infant observation in psychoanalytic training”, en *Int. J Psycho-Anal.* 45:558-66

2. La teoría psicoanalítica: el psicoanálisis de adultos pero en especial el de niños ha tratado de reconstruir los orígenes de la vida mental. Se basa en dos postulados: primero, nada de lo que ha sucedido en el pasado se borra jamás, no importa cuan temprano haya ocurrido, y segundo, el pasado cuando no puede recordarse, en circunstancias apropiadas tiende a repetirse, en este caso en la propia situación analítica. Han sido los pacientes graves en análisis, especialmente los psicóticos los que más han contribuido a formulaciones que dan cuenta de los desarrollos mentales más precoces. Las teorías del desarrollo temprano han llevado a reconstruir lo que se conoce como *el bebé del psicoanálisis*. Por este procedimiento se accede a estados mentales y emocionales primitivos vividos en relación a objetos arcaicos.

Importante: cuando más adelante se haga referencia a la participación de fantasías y deseos del bebé o de la madre, es para mostrar algunas situaciones prototípicas, de ninguna manera únicas o exclusivas; se mencionan como ejemplo a título ilustrativo. Aunque la presencia de fantasías primitivas es determinante de toda conducta humana, los niveles de funcionamiento inconscientes no se manifiestan directamente en los comportamientos cotidianos sino a través de transformaciones y derivados como los sueños, actos fallidos y síntomas, que los tornan irreconocibles, salvo para métodos muy especializados como el Psicoanálisis.

3. Las observaciones que provienen de los aportes de la Psicología Infantil, cuyo representante más destacado fue Jean Piaget (1896-1980) y de otra disciplinas

científicas, como la *Etología*, la *Psicología Comparada*, la *Antropología*, etcétera.

EN LOS ORÍGENES DEL VÍNCULO TEMPRANO: EL PERÍODO PRENATAL

El *deseo de maternidad* aparece tempranamente como un fuerte impulso a concebir, a procrear, a dar vida a la vida. En la edad adulta, se concreta en la gestación, cuidado y crianza de los hijos. Aunque para algunos se trata de una pulsión universal, se corresponde con un deseo que se genera en las experiencias tempranas de la niña, *pero también del varón*.

Con la fantasmática propia de las teorías sexuales infantiles, este deseo atraviesa los momentos cruciales del complejo de Edipo. Cuando la niña se compara con el varoncito, percibe su falta de pene. Su decepción la aparta de la madre y la acerca al padre. Su situación edípica culmina en una identificación con la madre y en *el deseo de tener un hijo* del padre.⁵ Según otros autores, su decepción con la madre es aún más temprana y conduce a la niña a desear tener dentro de sí un bebé que representa el pene paterno como objeto de amor.⁶ El *jugar a la familia*, que la niña comparte con sus hermanos y amigos, hacer *como si* fueran papá y mamá, constituye en la infancia un referente manifiesto más del *deseo de ser madre*.

No dejan de estar presentes fantasías primitivas de la sexualidad y el parto, por ejemplo, una concepción violenta del coito, como impregnación oral o como penetración anal forzada, y tampoco de persistir la teoría infantil de la cloaca junto a fantasías de parto anal. A veces el bebé fantaseado por la niña puede ser equiparado inconscientemente a heces sucias y peligrosas lo

⁵ Freud, S. "Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos" (1925). En: *Obra completa* Tomo XIX. Amorrortu, Buenos Aires, 1992.

⁶ Klein, M. *El Psicoanálisis de niños*. Cap. 9 Paidós, Buenos Aires, 1932.

que la conduce a temores de llegar a tener un niño horrible y malformado.

Con la elaboración de estas fantasías, y la culpa y ansiedad que la acompañan, el deseo de maternidad, que forma parte integral de la *femineidad*, se abrirá camino hacia formas más adultas, realistas y conscientes en la adolescencia, cuando la niña ya esté en condiciones de tener acceso a la sexualidad real, a una elección exogámica y a quedar embarazada.

Con este recorrido previo y como todo deseo, no está nunca libre de conflictos y ambivalencias. Su elaboración forma parte de la problemática del acceso a la femineidad que le requiere a la mujer, entre otras cosas, renunciar o transformar sus aspectos masculinos. Por éste o algún otro motivo, puede que el deseo de maternidad no llegue a hacerse un lugar en la conciencia o quede postergado con todo tipo de racionalizaciones. Por otra parte, su concreción puede estar inhibida, como sucede en algunas situaciones de infertilidad. La posibilidad real de la maternidad enfrenta a la joven mujer con tener que renunciar o aplazar otros intereses personales o profesionales. Si estas situaciones no se resuelven a tiempo, la edad puede sorprenderla en el límite de las posibilidades biológicas para procrear.

Por lo general el deseo se abre paso finalmente por las estructuras mentales más adultas con una fuerte intensidad. Los sueños, a veces, dan cuenta del deseo de maternidad o anuncian el embarazo. Freud relata que la esposa de un amigo, recién casada, soñó que estaba teniendo su período menstrual, lo que en el lenguaje de los sueños más allá de otros determinantes, *significaba no tener el período*, es decir, estar embarazada.⁷

En el varoncito, el deseo de maternidad con el tiempo encontrará sustitutos. En ciertas culturas primitivas el hombre acompañará la situación padeciendo los mismos

signos de embarazo de su mujer (*couvade*). El deseo infantil de dar un bebé a la madre advendrá cuando adulto, *deseo de paternidad* para poder compartir con su pareja el embarazo.

EL EMBARAZO

Cuando la mujer queda embarazada, imprevisiblemente o como resultado de una planificación, la posibilidad del hijo futuro cobra vida y el deseo de maternidad se hace deseo de hijo. Algunas mujeres, especialmente las multíparas se dan cuenta de su embarazo tempranamente, porque lo reconocen en sensaciones corporales. El hijo *imaginario*, el que proviene de sus fantasías y juegos infantiles inviste rápidamente su embarazo hasta el momento en que *el hijo real* comienza a hacer sentir su presencia dentro de ella. Un momento importante de este *encuentro* ocurre cuando siente los primeros movimientos del feto alrededor del cuarto o quinto mes.

Una embarazada lo describía con sensaciones muy placenteras: “el bebé me toca por dentro, es como una caricia”. Lo imaginaba nadando, tratando de conseguirse un lugar. Cuando tuvo un episodio de diarreas y el feto comenzó a moverse más de lo habitual sentía que le protestaba por sus excesos alimenticios y cuando tenía borborismos y otros ruidos abdominales pensaba que el bebé se sentía “como en el medio de una tormenta”. Cuando inició los ejercicios para aprender a pujar se le endurecía el vientre de tal manera que temía que el bebé se sintiera amenazado por una prematura expulsión. Su propia madre, por el contrario, le había contado que cuando la estaba gestando “se movía tanto que le hacía perder el equilibrio y una vez la tiró al suelo...” (j).

⁷ Freud, S. “La interpretación de los sueños” (1900). En: *Obra completa* Tomos V y IV. Amorrortu, Buenos Aires, 1992.

La práctica rutinaria de la ecografía brinda en las imágenes nuevas posibilidades de figuración. Las madres *dibujan* al feto en la pantalla y lo imaginan de las maneras más diversas. Las posibilidades actuales de conocer tempranamente el sexo del bebé le permiten incluirlo en sus ensoñaciones. Mientras transcurre el embarazo, la madre tiene un diálogo íntimo con su bebé, prevé su aspecto, parecido a alguien significativo para ella, le predice una vida, anticipa cómo lo va a tratar, se imagina criándolo según sus propias experiencias infantiles, el tipo de cuidados que tendrá con él y cómo el bebé le responderá. En todo momento la madre mantendrá relaciones reales o imaginarias con el bebé de su embarazo. Sus deseos, tanto como los del padre, tendrán una presencia decisiva en la futura vida mental del niño.

Ambos padres, al darle un nombre, lo ubican dentro de su constelación familiar y esta asignación es asimismo apropiada para percibir qué lugar ocupará la criatura en la vida fantasmática de los padres.

Muchas mujeres viven buena parte de su embarazo con una creciente sensación de bienestar. Algunas de sus angustias previas parecen desaparecer, ciertos síntomas neuróticos también. Retrospectivamente dicen que nunca se sintieron mejor que cuando estaban embarazadas. En algunas, se diría que el embarazo funciona a la manera de una histeria de conversión⁸, se alegran de su estado de plenitud, de su capacidad integradora. Como también subyacen movimientos hormonales y metabólicos necesarios para el crecimiento del bebé, se ha mencionado a la intensificación de la fase de la progesterona como contribución al bienestar de la embarazada.⁹ Pero,

sin duda son las renovadas investiduras narcisistas y objetales que le dan a la futura madre una sensación de creciente vitalidad. Se siente plena, radiante, completa...

Sin embargo, muchos temores y angustias le acechan: la expectativa de cómo le irá en el parto, si será capaz de ser buena madre, si será mejor de lo que fue con ella su propia madre, cómo se ocupará del bebé, si se va a dar cuenta de lo que éste necesite, etcétera. En tanto predominen tendencias regresivas, se va a sentir vulnerable y expuesta y con una creciente necesidad de cuidado. Su renovada relación temprana con su propia madre la sensibiliza y le marca el sendero por donde debe recorrer su identidad como futura madre. Se acrecientan sus necesidades oral-dependientes de suministros narcisistas que pueden llegar a dar algunos síntomas, como vómitos, pica*, etcétera.

Los cambios corporales que se suceden le aportan sensaciones nuevas, se modifica en su contorno: una imagen placentera y orgullosa como mamá puede alternar con otra vulnerable y desvalorizada como mujer. Se puede sentir insegura de su sexualidad, temer que no volverá a ser deseable, que su cuerpo se arruinará *por culpa* del embarazo. Por otra parte experimenta sensaciones nuevas en relación con la preparación para la lactancia, como el crecimiento de los pechos o la erotización de los pezones. La preocupación con su cuerpo, pero en especial por su vientre y por lo misterioso que sucede en su interior moviliza sus ansiedades acerca del cuerpo materno y sus contenidos. Si tuvo abortos previos puede revivirlos con tristeza como pérdidas importantes que a lo mejor no sintió en su momento. Pueden aparecer preocupaciones inconscientes de cómo quedó

⁸ Kubie, L. Comunicación personal. Quiere decir el embarazo funcionando como una defensa psicológica que protege de conflictos previos y alivia la angustia que podría derivar de ellos.

⁹ Benedek, T. "Sexual functions in women". En: Arieti, S. *American Handbook of Psychiatry*, Basic Books, New York, 1959.

* *Pica* es el apetito por sustancias no comestibles (ej.: carbón, tierra, tiza) o un apetito anormal por algunos productos comestibles que se consideran peligrosos.

su interior después de los abortos, si sucio o dañado y si le afectará al bebé.

La ambivalencia con el bebé estará presente en tanto la maternidad sea un deseo largamente acariciado y una amenaza en acecho. Con el amor podrá también sentir rechazo y hostilidad por él. *Inconscientemente*, lo significará como el pene deseado de su infancia, como la belleza envidiada de la madre, como una parte de ella buena e idealizada, como una parte mala, persecutoria, devoradora o como las heces de un embarazo anal. *Conscientemente* alimentará fantasías de tener un tumor o un monstruo deforme que aparecerá en sueños y fantasías o le exigirá al médico estudios para detectar posibles defectos congénitos más allá de lo razonable. Por el contrario, imaginará para su hijo un futuro grandioso, que colmará todas sus expectativas y la recompensará por todas sus decepciones pasadas.

Desde una compleja constelación emocional, la embarazada entabla esta singular relación con el hijo a la que gradualmente estará poblando de significados y que tendrá tanta trascendencia para la vida mental del bebé. Lo envuelve en todo un trabajo de ensañación consciente e inconsciente, le *habla* y a veces comparte con el padre este diálogo. Éste participará del mismo, se sentirá orgulloso de su futura paternidad y en disponibilidad para ejercerla, o se sentirá excluido y celoso, según su propia constelación edípica. La relación entre ambos padres necesitará de un lugar tercero, hasta entonces virtual, para que el futuro hijo pueda ir ocupándolo. Esta reubicación no dejará de provocar tensiones en la pareja y hasta cambios en su vida sexual. Podrán manifestarlo como falta de deseo o de orgasmo. La presencia del hijo se hará sentir desde temprano en la pareja, de una u otra manera.

Una embarazada contaba que cuando tenía relaciones sexuales estaba muy atenta a los movimientos del feto, notando que en esas situaciones el bebé se

quedaba “quietito durante y después”. Otra paciente en su último mes de embarazo, realizó un monitoreo fetal de rutina: durante el mismo observó con sorpresa cómo cada vez que ella y el esposo, que estaba también presente, se besaban y abrazaban los movimientos fetales aumentaban, mientras el ritmo cardíaco del feto pasaba de 135 a 165 pulsos. La secuencia se repitió varias veces. El futuro papá comentó que su hijo estaba celoso.

LA VIDA PRENATAL Y EL VÍNCULO CON LA MADRE

Mientras tanto, ¿qué está pasando en el útero con el bebé? ¿Cuánto de vida mental podemos imaginar en él, qué percibe de su ámbito, qué características tiene la interacción con la mamá, qué consecuencias le trae para su vida futura?

Los adultos comparten fantasías universales de *su primera morada*. De ellas se alimenta el mito del *paraíso perdido*, como lugar apacible y silencioso, una especie de Nirvana, prototipo de un estado narcisista donde se ven colmados todos los deseos y necesidades. El dormir se suele representar como una vuelta nocturna al seno materno. Sueños y fantasías atestiguan este deseo de volver al silencio de la vida intrauterina, a su quietud, a veces con la esperanza de un renacimiento a una vida mejor.

Como puede advertirse, hay mucho de *no vida* en esta fantasía o directamente de muerte. Freud dice sobre este tema: “No fue sino hasta hace poco que aprendí a apreciar la importancia de fantasías y pensamientos inconscientes acerca de la vida en el vientre materno. Contiene una explicación de los terrores que mucha gente tiene a ser enterrada viva; también aporta las bases inconscientes más profundas para la creencia en la sobrevida después de la muerte, la cual me-

ramente representa una proyección al futuro de esa vida ominosa previa al nacimiento. Por lo tanto, el acto del nacimiento es la primera experiencia de angustia, de esta manera el origen y el prototipo del afecto de angustia".¹⁰ Le llama vida ominosa, esto es, infausta o siniestra (*ver capítulo XI*).

Pero, más allá de las ideas o fantasías con que los adultos se refieren a su vida prenatal, la evidencia de la vinculación en esos momentos de la madre con el feto está fuera de cuestión. Como lo dice Lebovici, "la riqueza de los intercambios en los inmensos lagos sanguíneos feto placentarios producirá importantes consecuencias en la madre y en quien habrá resultado ser su hijo".¹¹ El feto se pone de manifiesto, puede percibirse en los movimientos que produce, por la relación que se nota entre su actividad y las circunstancias de la vida de la madre. Por ejemplo, la madre comienza a notar cuando su bebé tiene hipo y le da al hecho todo tipo de significaciones.

Por investigaciones recientes, se sabe que el bebé es incitado por múltiples estímulos, táctiles, térmicos, de equilibrio. El feto deglute y es sensible a distintos estímulos gustativos. Oye, distingue y responde a numerosos ruidos que produce la madre o que vienen del exterior. Por supuesto, la posibilidad de percibir no abre juicio sobre su estatus como sujeto de la percepción.

Desde los 6 meses es posible advertir modificaciones del ritmo cardíaco ante determinados sonidos: responde con una aceleración frente a los ruidos que se transmiten por los tejidos maternos. Se han hecho experiencias para tratar de precisar cómo sería escuchar la voz humana desde la cavidad

materna. También se conocen otras con la música o el canto. Habrá que ser naturalmente cauteloso con la interpretación de los resultados.¹² Pero como también señala Lebovici, "la voz humana constituye una de las modalidades de la impresión sonora que prepara al futuro bebé para la especificidad de la relación con la madre".¹³ Los bebés reconocen la voz materna a los 5 días de nacer: se chupan más el pulgar cuando la escuchan que con la voz de un extraño.¹⁴

Se conocen los efectos que sobre los movimientos fetales y el ritmo cardíaco del feto tienen ciertos acontecimientos emocionales sufridos por la madre, por ejemplo, la pérdida del esposo, la muerte de un familiar, un accidente violento, etcétera. En estos casos, el efecto sobre el feto, medido sobre variables corporales, es más intenso y prolongado que sobre la madre.¹⁵ La clínica da cuenta de las consecuencias que pueden llegar a tener en la madre la muerte del esposo o alguno de sus padres, el impacto sobre su embarazo y la crianza subsiguiente del niño. Es posible suponer en estos casos que el duelo materno puede llegar a desinvertir la intensísima conexión emocional que mantenía con su bebé y a desvincularla de él.

El periodo prenatal es muy importante en el establecimiento de los fundamentos de la salud mental para el bebé que va a nacer. El cuidado del estado emocional de la madre, de sus temores y esperanzas es una parte esencial de la tarea médica. Su deseo de maternidad ha culminado en la gestación de un hijo esperado, adorado, idealizado pero también desconocido, temido, fuente de malestar y de angustia. El periodo sigue

¹⁰ Freud, S. "La Interpretación de los sueños" (1900). En: *Obra completa* Tomo V. Amorrotu, Buenos Aires, 1992.

¹¹ Lebovici, S. *Ibidem*, 1988.

¹² Una mamá le advertía a su hija embarazada que se cuidara de pronunciar palabras obscenas ¡porque el bebé las podía escuchar!

¹³ Lebovici, S. *Ibidem*, 1988.

¹⁴ Mehier, J y otros. "Infant recognition of mothers' voice". *Perception* 1978;(7).

¹⁵ Sontag, LW. *Possible relationship of prenatal environment to schizophrenia en Etiology of Schizophrenia*, Don Jackson, Basic Books, New York, 1960.

con la iniciación del trabajo de parto y culmina con el alumbramiento.

LA EXPERIENCIA DEL PARTO Y SU SIGNIFICADO PARA LA SALUD MENTAL

El vínculo que la mujer embarazada tiene con su bebé sufre un cambio dramático al atravesar la experiencia del parto. Para la madre se trata de una vivencia extrema, intensa, profundamente dolorosa pero también muy placentera y de la que nunca se olvidará. El nacimiento del bebé le otorgará sentido a esta situación límite por la que está atravesando.

Durante el embarazo ha sentido crecientes temores por la llegada de este momento que anticipa la emergencia de emociones violentas y de riesgo de muerte para ella y para el bebé. Ahora que ha comenzado el trabajo de parto y las contracciones se hacen cada vez más frecuentes, la angustia es considerable.

En el parto, dolor, placer y angustia se potencian recíprocamente. Dolor insoportable, despedazante, pero también orgásmico, que moviliza fantasías referentes al cuerpo y a su integridad, de vaciamiento y de castración. La actitud y la palabra cálida y afectuosa del obstetra y la partera serán esenciales para ayudarla a atravesar estos momentos cruciales.

Muchas de estas situaciones generan complicaciones en el trabajo de parto. Por eso la introducción de procedimientos previos que preparan a la embarazada para tolerar la experiencia y en especial el dolor. Una vez pasado, la parturienta describe los momentos posteriores como “un desgarro, un desprendimiento, una ruptura, un perder

una parte de sí...” o como algo parecido, en el límite a vivencias de despersonalización o de quiebra del sentido de continuidad existencial. Frente a esta situación, de fuertes dolores y emociones intensas, el bebé será su recompensa por la experiencia pasada o el culpable de lo que le pasa. Pero con todo, preferirá no perderse la experiencia: la anestesia, por ejemplo, le priva dramáticamente a sus vivencias y le genera la sensación de no haber participado activamente en el parto. A otras, sin embargo, no habrá manera de convencerlas de no recurrir a ella.

Como fue ya mencionado, se ha asociado el desarrollo de angustia en el ser humano a la experiencia del trauma del nacimiento. Al bebé recién nacido se lo supone inundado por estimulaciones que lo sobrepasan, que no puede derivar o controlar. Se justifica igualmente considerar a la experiencia del parto como *traumática* para la madre. Se trata de un verdadero estado de shock emocional que tendrá consecuencias duraderas por el resto de su existencia. Cuando lo elabore, junto a la experiencia del cuidado de sus hijos, le permitirá crecer y profundizar el sentido de su vida. Como con otros impactos emocionalmente fuertes en la vida de la mujer, nada será igual desde entonces.

El parto inicia el precocísimo vínculo de la madre con su hijo fuera del vientre. El bebé participa con su *grito inaugural*. A partir de ese llanto se empiezan a atribuir significados a las manifestaciones del bebé, lo que lo va humanizando tempranamente, incluyéndolo en el proceso de socialización. El momento inicial frente al *hijo real* recién nacido genera un proceso relacional nuevo, algo distinto del embarazo da comienzo, hay que hacerle lugar mental al bebé diferente del que se pensó que sería. El dolor y el parto han puesto fin a lo imaginado, lo real hace irrupción. Familiarizada con su bebé dentro de ella, también lo tiene ahora como un objeto real, desconocido e inicialmente ajeno.¹⁶

¹⁶ Una embarazada se imaginaba diciéndole a su bebé cuando se lo entregaran: “Así que eras así, por fin sé cómo sos”.

Hasta puede imaginar que no es su bebé, que se lo han cambiado o robado. Cierta grado de desilusión es inevitable.

La madre al principio parece desconcertada, suele experimentar dificultades emocionales antes de percibirlo como propio, se siente alejada, exhausta, no interesada. Mientras el bebé, en las horas inmediatas, pasa un tiempo en calma, durmiendo para recuperarse, ella siente su cuerpo dolorido, quiere descansar. Pero es llamada a cuidar del bebé, que pronto tiene hambre, llora, debe ser cambiado. Si hasta el parto estuvo angustiada por su integridad corporal y la de su bebé (reiteradamente pregunta si está completo, si no está despedazado y necesita verlo para certificar que está intacto) ahora está inquieta por los primeros contactos con él. Para la madre el nacimiento de un bebé sano significa que el interior de su cuerpo y los bebés que contiene están ilesos y bien hechos, lo que es para ella sumamente reconfortante porque refuta muchos de sus temores previos.

Tiene muchos motivos para amarlo, para cuidarlo, para protegerlo y *también para odiarlo*. Como sugiere Winnicott, el bebé “no es la propia concepción mental de la madre, no es el de sus juegos infantiles, no es producido mágicamente, interfiere en su vida privada, es un peligro para su cuerpo, le hace daño en los pezones, la muerde... etcétera”.¹⁷ Lo ama, pero *inconscientemente* lo odia por los agravios que el niño le inflige a su Yo y a su narcisismo. La madre, sin embargo, tiene la posibilidad de sobreponerse a esos sentimientos y canalizar su amor a través de los cuidados del bebé, con los que éste crece y se beneficia.

De esta constelación emocional se nutre en algunas circunstancias *la aflicción pos parto*, con su sensación de vacío y pérdida que reedita carencias tempranas con la propia madre. Según Lebovici.¹⁸

la puérpera atraviesa un proceso de duelo por su gravidez perdida y por el hijo imaginario, que era perfecto, ideal, completo, varón y mujer. Debe ahora hacer un espacio al hijo recién nacido, reinvestir en él sus anhelos y deseos, lo cual implica un fuerte cambio en su dinámica mental.

Y con esto hace una fuerte recomendación: “En virtud de este trabajo de reorganización es importante que en el periodo sensible de conmoción psicoafectiva del posparto la madre tenga por lo menos la oportunidad de brindar sus cuidados al recién nacido” (pág. 143). Cobran así importancia las prácticas del *rooming-in*, que consisten en dejar al bebé en la habitación de la madre y organizar contactos cutáneos, piel a piel, durante varias horas al día, el recién nacido es colocado sobre el vientre de la madre.

EL PADRE

Últimamente, con cierto atraso, los investigadores se han ocupado de estudiar las reacciones del padre ante el embarazo de su pareja y el nacimiento de su hijo. La materialización de su paternidad conmueve profundamente su vida emocional y comparte con la mujer muchas de las expectativas favorables, pero también a veces, los temores de llegar a tener un bebé anormal, monstruoso, como consecuencia de deseos sádicos no conscientes, que en su infancia pudo haber tenido contra el vientre materno. Es posible que se pregunte inconscientemente durante el embarazo sobre el destino de los contenidos que él introdujo en el vientre de la mujer, su pene, su esperma. También el tener un bebé sano representa para el padre un alivio. Con el hecho de salir el bebé del vientre también siente que recupera “algo de sí mismo” de lo que

¹⁷ Winnicott, D. “Odio en la contratransferencia”. En: *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*, Ed. Laia, Barcelona, 1958.

¹⁸ Lebovici, S. *Op. cit.*

estuvo separado a pesar de que él también lo había hecho posible.

Estas condiciones y otras tal vez expliquen las vivencias que los padres expresan a raíz del nacimiento de su hijo: refieren un sentimiento de exaltación extrema, de plenitud, con un gran aumento de su autoestima, están llenos de energía, de fuerza, de proyectos, etcétera. Algunos investigadores se preguntan sobre una posible depresión subyacente a estas manifestaciones, el equivalente de la aflicción posparto en la madre. También se ha detectado frente a la experiencia del parto cierto grado de despersonalización, semejante al sufrido por la madre.¹⁹

Sea como sea, hay consenso generalizado sobre el valor trascendente de la función del padre durante este periodo: el de pro-

veer apoyo, sostén y contención a la diada madre-bebé para que ésta se desarrolle en las mejores condiciones posibles.

Inmediatamente después del parto, la mamá puede tener una dificultad inicial para llegar a sentir y vivir a su bebé como propio. Algo parecido, con otro signo, sucede con el padre. A partir de ese momento, se empiezan a recomponer los vínculos. No mucho después, el bebé participará activamente, sobre todo por medio de la mirada, en marcar su presencia, dar muestras de reciprocidad en el vínculo con ellos y empezar el intercambio de afectos. Para la madre y el padre significa comenzar a ser reconocidos en su identidad como progenitores. Este sentimiento tranquiliza y predispone favorablemente para la etapa que sigue.

¹⁹ Greenberg M, N Morris. "Engrossment: the new born impact upon de father". *Am J of Orthopsych* 1974;V,44.

XIII

ASPECTOS MANIFIESTOS DEL VÍNCULO TEMPRANO (II)

En el estudio del vínculo temprano entre el bebé y sus padres es posible distinguir a) sus *aspectos* manifiestos y fenomenológicos y b) la posible reconstrucción de los *estados subjetivos* más primitivos del bebé, sus vivencias mentales más tempranas. El *modelo teórico* que da cuenta de la génesis y desarrollo de las estructuras mentales fue estudiado en capítulos anteriores (*ver capítulos IV a X*).

LO OBSERVABLE EN LA RELACIÓN TEMPRANA

Cuando la madre sostiene por primera vez a su recién nacido en brazos, le sonríe, lo toca, lo acaricia, lo mima, lo arrulla, le brinda su calor, su olor. Son estímulos que el bebé puede recibir porque, desde el período fetal y más a partir del nacimiento, está en condiciones de hacerlo. Las experiencias de los primeros momentos del bebé son de vivencias y sensaciones *corporales*.

A su vez, el bebé también es fuente de estímulos para la madre, aunque más no sea por el hecho de dormir, llorar o mamar. Es de suponer que el bebé no está encerrado originariamente en una *mónada narcisista* sino, por el contrario, abierto en su subjetividad al mundo de los objetos, sus semejantes. Siendo que en él alternan los estados de vigilia con los del sueño, se supone que tenga de entrada por lo menos, un estado rudimentario de conciencia perceptiva, una especie de sensación de *presencia en el mundo*.¹ Lo interesante de señalar

es el nacimiento del bebé a la vida mental, las primeras señales de la presencia de un Yo, por débil y frágil que inicialmente pudiera ser.

Desde él se entabla las precocísima relación entre el bebé y su madre, ya fuera del ámbito uterino. La madre lo recibe y desde su propia atribución de significados va reconociendo *quién* es su bebé:

¹ Lagache, D. "La psychanalyse et la structure de la personnalité". En: Laplanche, J. *Nuevos fundamentos para el Psicoanálisis*. Amorrortu, Buenos Aires, 1987.

Una mamá notó en los primeros días de lactancia que “a partir del momento en que la leche reemplazó al calostro, ¡mi nena empezó a sonreírme cuando mamaba!” Creía que la beba le estaba reconociendo y se lo hacía saber con una sonrisa.

Se puede suponer que esta mamá deseaba saber, porque tenía dudas, si ella había estado alimentando satisfactoriamente bien a su bebé. Este dato no iba a tardar en hacerse sentir en la forma en que se iría organizando la relación entre ambas. Las inquietudes maternas siempre encuentran la manera de expresarse:

Otra mamá probó su leche para saber si era dulce. Había escuchado en el grupo de embarazadas del que participó, que algunos bebés pueden recibir de sus madres leche salada y morir por deshidratación.

Se conocen estudios² sobre los primeros momentos que siguen al nacimiento, cuando le entregan el bebé a la madre. Aun cuando las observaciones pueden ser muy diferentes, las madres comienzan a tocar a sus bebés con la punta de los dedos, pasando a un contacto con la palma de la mano y luego al interés por la mirada del bebé. En general el contacto corporal inicial con la madre apacigua al bebé. Si ésta le ofrece el pecho, lo que el bebé hace es lamer el pezón de la madre varias veces. De ahí en más, el contacto corporal entre ambos signará una relación de un alto grado de intimidad y que será portadora de precoces procesos de comunicación.

Otros estudios han señalado la importancia del contacto inicial con la madre: dos pediatras norteamericanos, Klaus y Kennel³ hicieron una experiencia que demostró que las madres que podían tener más contacto con

su bebé, y tenerlo en la cama junto a ellas los días que seguían al parto, cuando eran entrevistadas con el bebé, pasados treinta días, notaban significativas diferencias: se mantenían más cerca del bebé, tendían a apaciguarlo, mostraban más interés y participación. Es decir, habían establecido un vínculo con el bebé de más cuidado. Al año, la tendencia se había acentuado. Con éstas y otras observaciones nacieron las técnicas del *rooming in*.

Entre los animales, se denomina *impronta* al aprendizaje realizado durante un determinado período sensible de la vida del individuo, que se conserva toda la vida y no se olvida jamás. Dicho aprendizaje no se realiza fuera de los períodos sensibles, de ahí su importancia. En el nivel humano, al período que comprende las primeras horas y días después del parto se le ha llamado *el período sensible de la relación madre-bebé*. Se ha explicado esta sensibilidad en base a modelos etológicos y al impacto tremendo que tiene la experiencia del parto y los momentos que le siguen, que dejan un lazo inicial firmemente establecido para el futuro.

La madre toma a su cargo la tarea de criar a su bebé, alimentarlo, cuidarlo, proveer a sus necesidades con una especial predisposición emocional que se ha ido acentuando desde los últimos meses del embarazo. Es de recordar qué complejo puede llegar a ser el lazo afectivo de la madre con su bebé, compuesto de intensos impulsos de amor, odio y temores, racionales e irracionales. En el mejor de los casos se entrega por entero a la crianza con apasionamiento y dedicación, relegando toda otra preocupación personal, en un estado como de sensibilidad exaltada, adaptándose delicada y sensiblemente a su bebé.

Winnicott denomina a este estado mental de la madre preocupación maternal

² Klaus y col. “Does human maternal behavior after delivery show a characteristic pattern?” En: *Parent-infant interaction*. Ciba Foundation, 1976.

³ Klaus M y J Kennel. *Maternal infant bonding: the impact of early separation or loss on family development*. Mosby, Saint Louis, 1976.

primaria y lo describe como una suerte de replegarse sobre ella misma, que le aporta al bebé el marco emocional en el que sus tendencias al desarrollo comenzarán a desplegarse.⁴

Sucede que las vivencias regresivas presentes desde el comienzo del embarazo se han ido acentuando y le permiten ocuparse de esta tarea con *un interés dominante y exclusivo*. Pasado unos meses, la madre se recupera de este estado tan parecido a una obsesión y hasta se olvida de él por completo.

Para que se pueda adaptar a las infinitas sutilezas de los cuidados maternos, la madre dispone del mecanismo psicológico de la identificación o de una de sus variedades, que se conoce como empatía, por el que puede ponerse imaginariamente en el lugar del bebé, intuir sus necesidades y responder a ellas recurriendo inconscientemente a su propio repertorio de experiencias tempranas.

Se llama empatía a un tipo particular de identificación parcial y temporaria con otra persona y que desempeña un papel central en la comprensión de los sentimientos del objeto. Sin perder su identidad ni confundirse con él, puede tolerar que se borren parcialmente los límites entre ella y su bebé.

Este mecanismo es esencial para mantener el contacto, pero algunas madres emocionalmente inestables no pueden lograrlo, temen descompensarse y ponen distancia prematuramente con su niño.

LA EXPERIENCIA DE LA LACTANCIA Y EL SER TENIDO EN BRAZOS

De todos los momentos por los que pasa el vínculo temprano, tal vez el de la lactancia

sea el que lo muestra en todo su esplendor porque reúne de manera natural los componentes esenciales de la interacción entre la madre y su bebé. La postura adoptada por la madre y la manera como lo sostiene expresa su actitud hacia el amamantamiento, su grado de comodidad o incomodidad, su mayor o menor distancia afectiva con la experiencia, su capacidad para contribuir a que sea una vivencia de bienestar o malestar para su bebé.

El modo en que la madre maneja los aspectos específicos de la lactancia —cómo sostiene al bebé, cómo le ofrece el pezón, cómo se adapta a la frecuencia y regularidad del ritmo de succión, si interrumpe en el momento adecuado, su paciencia o impaciencia, etcétera— depende de su capacidad de contacto, nivel de ansiedad y experiencia previa. Esta situación la remite inconscientemente a la relación que tuvo al pecho con su propia madre.

El momento de la lactancia incluye miradas, caricias y sonrisas recíprocas, palabras de la madre y sonidos del bebé, siempre y cuando la relación transcurra armoniosamente. Lo habitual es que la situación permita momentos compartidos de profundo placer y bienestar, *signados por su alto contenido seductor y erótico*.

Por otra parte, la tarea es agotadora, la demanda del bebé es permanente, los afectos tiernos se mezclan por momentos con frustración y rabia. Toda esta relación requiere de un fuerte sostén ambiental, en especial por parte del padre, que debe, sorteando sus sentimientos de exclusión, contener a ambos.

Pero fuera de la situación alimentaria, queda el resto de las actividades de la madre, en situaciones más o menos típicas, por ejemplo, el cambio de pañales, el baño, el tranquilizarlo y hacerlo dormir, el levantarlo y tenerlo en brazos. Sobre esto último, se han observado formas diferentes de tener el bebé en brazos.

⁴ Winnicott, D. *Preocupación maternal primaria en Estudios de Pediatría y Psicoanálisis*. Ed. Laia, Barcelona, 1956.

Pero lo que interesa, más que el comportamiento en sí, es el *diálogo* corporal que madre e hijo mantienen a través de distintas *posturas* y tono muscular, el grado de bienestar o malestar que interviene, los sentimientos y los afectos que circulan por la relación. El sostenimiento y el manipuleo corporal materno han sido metaforizados con un término que se ha popularizado como *holding*.

Holding es la manera de aludir a una situación donde el bebé se puede sentir adecuadamente contenido en los brazos de la madre, que internaliza como brazos imaginarios que lo abarcan y lo sostienen emocionalmente. Un holding adecuado permite que tenga lugar la integración de los primeros estados mentales del bebé.

Importantes referencias teóricas se desprenden de este concepto, no sólo para el vínculo temprano, *sino para la relación médico-paciente*. En momentos críticos, el médico tendrá que asumir la función de sostener y contener al paciente, de hacer de *holding* (ver capítulo XXVII).

EN EL ORIGEN DE LA COMUNICACIÓN: EL LLANTO, LA SONRISA, LA MIRADA

Se diferencian tres niveles de la naciente comunicación entre la madre y su bebé: el *llanto* o grito del lactante, que alerta sobre su aflicción; la *sonrisa*, que marca su bienestar; y la *mirada*, que refleja el clima emocional de la relación.

Los adultos son muy sensibles a los gritos de un lactante. Los padres mucho más, en especial las madres que pueden reconocer entre los demás los gritos de su bebé en

la nursery. El *llanto* es el medio por el que, inicialmente de una manera inespecífica, el bebé expresa su malestar mediante gritos y pataleos. La madre, atenta a su bebé, irá individualizando y discriminando sus estados emocionales a través de asignarles una significación en función de su propio mundo de experiencias. En ese sentido, la madre se anticipa y gradualmente introduce a su bebé en la posibilidad de *nominar* o poner palabras a sus necesidades, mucho antes de que el bebé pueda entenderlas.

Los gritos del bebé varían desde una queja de intensidad regular a los que transmiten una intensa aflicción. Por algunas investigaciones recientes, se sabe que

*los lactantes en condición de riesgo por alguna enfermedad lo delatan por la calidad del sonido del llanto: más agudo, lastimoso, penetrante y generador de sensaciones de malestar en el observador, lo que para un equipo pediátrico tiene un valor incalculable.*⁵

Pero no sólo importa la calidad del llanto del bebé sino el hecho de que la regularidad y prontitud de la respuesta materna se asocia a la disminución de su frecuencia y duración, sobre todo cuando es el indicio de una actitud profunda y comprometida de la madre frente a su bebé.

Vale la pena citar las conclusiones a que llega Lebovici en base a ciertos estudios: la prontitud de la respuesta de la madre a los gritos de su bebé estimula en éste el desarrollo de modalidades de comunicación más ricas y variadas. Los lactantes a quienes durante los meses iniciales sus madres dispensaron un *holding* rico y tierno parece que se dieran por satisfechos, hacia el final del primer año, con contactos físicos de frecuencia asombrosamente escasa. Aunque siguen encontrando agradable que se los

⁵ Zeskind P y B Lester. "Acoustic features and auditory perceptions of the cries of new-borns with prenatal and perinatal complications". *Child development* V 49, 1978.

alce, también son capaces de apartarse de la madre para explorar el ambiente con independencia.

A la inversa, los bebés que durante sus meses iniciales no disfrutaron de un *holding* semejante tienden, hacia el final de su primer año, a mostrarse ambivalentes hacia los contactos físicos. No tienen una reacción favorable cuando se los deja en el suelo y no manifiestan independencia. *Estas observaciones chocan con la muy difundida suposición de que los esfuerzos de las madres por consolar a sus lactantes terminan por malcriarlos y por intensificar sus llantos.*⁶

La mirada, en especial la mirada recíproca, es uno de los medios de comunicación más emotivos entre la madre y su bebé. Desde mediados de la segunda semana los bebés tienden a fijar intensamente la mirada en el rostro de la madre. Forma parte del momento de la lactancia y la madre asigna gran importancia al hecho de que su bebé la mire durante la misma. Las madres miran mucho a sus bebés. Pero es el momento en que el bebé la mira “como si la reconociese” cuando la madre parece definitivamente familiarizada con él, lo siente una *persona* y se disipan los restos del sentimiento de *ajenidad* que la inquietaban desde el nacimiento. Pasarán unos meses hasta que el bebé dé indicios definitivos de poder reconocer a su mamá. A partir de la mirada mutua se disponen a compartir sentimientos amorosos muy intensos. La sonrisa entre la mamá y su bebé es uno de los desenlaces más felices.

Es durante la cuarta semana de vida que la mirada recíproca es lo específico para provocar la *sonrisa*.⁷ Al principio se manifiesta de manera regular ante cualquier rostro humano que se muestre de frente. Inicialmente los ojos y la frente del objeto

pueden provocarla. Al aparecer la primera sonrisa, los padres sienten que su bebé es un ser humano que ya es capaz de expresarse. Cuando la madre busca la mirada de su hijo y le otorga sentido, la mirada del bebé empieza a tener para ella valor de palabra.

No hay un modelo típico de mirada mutua: existen múltiples variaciones pero nunca pierde su valor afectivo y comunicacional primario. Un bebé que mira intensamente a su mamá la *incorpora* en su interior, junto con su mirada, su sonrisa, el bienestar del momento.

Es interesante preguntarse qué ve el bebé en el rostro de su madre. D. Winnicott sugiere que “por lo general se ve a sí mismo. En otras palabras, la madre lo mira y lo que ella expresa fácilmente se relaciona con lo que ve en él”, un rostro que lo refleje y que contribuya a encontrar a su persona, poder existir y sentirse *real*. El rostro de la madre es el precursor de un espejo donde reflejarse. Como es de suponer, con niños ciegos de nacimiento se perturba esta modalidad comunicativa con la madre. Pero también con madres que no pueden dar de vuelta lo que reciben o sólo reflejan su propio estado de ánimo y no el del bebé. “Si el rostro de la madre no responde [la madre como], un espejo será algo que se mira, no algo dentro de lo cual se mira”.⁸

El grito y el llanto serán siempre maneras de expresar el sufrimiento y el dolor. La mirada y la sonrisa permiten el reconocimiento mutuo. Serán ingredientes fundamentales de toda vinculación posterior. Su ausencia significará falta de contacto emocional y empobrecimiento de la relación.

En las manifestaciones habituales de la relación médico-paciente, éste necesitará encontrar en el médico una persona sensible

⁶ Lebovici, S. *El lactante, su madre y el psicoanalista*. Amorrortu, Buenos Aires, 1983.

⁷ Wolff, P. “Observations on the early development of smiling”. En: Foss, B ed. *Determinants of infant Behavior*. Wiley, New York, 1963.

⁸ Winnicott, D. “Papel del espejo, de la madre y la familia en el desarrollo del niño”. En: *Realidad y juego*. Granica Editor, Barcelona, 1972.

a su escucha, capaz con su actitud de atenuar su sufrimiento. A menudo el paciente escruta silenciosamente en el rostro del médico señales que confirmen o disipen sus temores. La mirada mutua le dará sentido, profundidad y tranquilidad a la relación. La sonrisa favorecerá *la empatía (ver supra)* y el acercamiento. La calidad de la relación que se establezca dependerá de la presencia de estos componentes, generados en la matriz originaria de la constitución del psiquismo, la relación temprana.

MÁS SOBRE LOS AFECTOS DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA

La mirada, los gestos, la mímica, la vocalización, las manos y el contacto corporal son los medios más expresivos para que la madre y el bebé intercambien sus estados emocionales casi de una manera exclusiva y excluyente. Los afectos no son el resultado de la interacción entre ambos sino más bien algo que los acompaña, e incluso los determina. Lo sustancial de la comunicación se refiere básicamente a sus protagonistas, lo que más atrae el interés de ambos son ellos mismos. El bebé expresa sus afectos de manera directa: llora, grita, se agita, se sonríe, se tranquiliza, etcétera, y estos estados tienden a *dibujarse* en el rostro, y así pueden empezar a ser *reconocidos*.

La madre resulta plenamente activada por la expresión visible de esta afectividad; y por estar en condiciones de ponerse en el lugar de su bebé *los refleja en su propio rostro*, como si fuera su espejo. *La madre lo reconoce a él en ella y el bebé se reconoce en ella*. Éste es el camino que sigue la madre para decirle a su hijo que está alegre, contento, furioso, molesto, etcétera, y poder actuar en consecuencia. Para la madre, hay una palabra que nomina cada uno de esos sentimientos y una respuesta *asistencial* que el bebé irá lentamente incorporando,

registrando mentalmente. Su mundo se irá poblando de palabras, que gradualmente con el tiempo él aprenderá a utilizar.

Al comienzo, las emociones del bebé son intensas, y poco discriminadas y de alto contraste. A partir del segundo mes, parecen experimentar una evolución hacia la aparición de sentimientos cada vez más sutiles y variados y eso se manifiesta en los *juegos* que la mamá tiene con el bebé. Una vez concluida la alimentación, practican un diálogo esencialmente afectivo como una de las primeras formas del lenguaje humano. Y mientras en las primeras semanas no parece reconocer a su madre como una persona separada de él que satisface sus necesidades, participa de experiencias e impresiones con ella donde van asociadas su imagen con sentimientos de placer y protección. Una prueba de que no reconoce aún a su mamá como persona total es que responde, con una sonrisa cuando está satisfecho y contento, a *cualquier rostro humano* que se le acerca.

Con el correr de los meses, a favor de procesos de integración interna que se describen más adelante, todos los que le rodean advierten que el bebé empieza a reconocer a su madre: en el último trimestre del primer año, cuando es más consciente de la distinción entre él y la madre, y entre la madre y los otros, puede representarse la separación con ella como una eventual posibilidad.

*Un nuevo afecto viene a notarse con nitidez: el miedo frente a la presencia de un extraño, la llamada **angustia del octavo mes**.*

A diferencia de lo que venía ocurriendo hasta ese momento, que el bebé podía estar en brazos de cualquiera, ahora se angustia y llora con un desconocido. Podría suponerse que su reacción es de miedo frente a un extraño. Sin embargo, *es la ausencia de la madre la que lo angustia*. La aparición de una persona extraña tiene el efecto de convertir a la madre ausente en el objeto pro-

teador que *anhela* tener con él. No sólo llora sino que experimenta un intenso sufrimiento cuando la madre no está.

La angustia del octavo mes es uno de los referentes clínicos manifiestos de lo que fue tematizado en otro lugar como angustia ante la pérdida de objeto.

Por esa época los juegos de la madre con el bebé giran en torno a la experiencia de separación y su elaboración por el bebé. La madre aparece y desaparece hasta que el niño puede atenuar y dominar los efectos del alejamiento materno. El propio bebé juega a hacer aparecer y desaparecer cosas. Este momento puede coincidir con el *destete* y el comienzo de la alimentación sólida. Mientras come, el bebé tira al suelo todo lo que tiene a mano y *celebra* con júbilo que el adulto juegue a su reaparición.

Un poco más adelante, con sus precarios medios de locomoción inicia la época en que también está tratando de alejarse físicamente de la madre, empezando a *explorar* e investigar el mundo que está más allá de su relación con ella. Si la madre puede aceptar estos primeros intentos de autonomía sin sentirse abandonada, el bebé estará libre para interesarse por otras cosas de su ambiente y actuará en consecuencia.

Stern llama *sintonía emocional* a la capacidad empática que se despliega en el vínculo entre la madre y el bebé y que es tan necesario para un adecuado desarrollo emocional y cognitivo.⁹ Si la madre responde en *sintonía* permitirá al bebé internalizar recursos psicológicos esenciales para su vida mental. Por identificación, los niños aprenden de sus padres, en el seno del entorno familiar, a modular, a contener y a cualificar sus emociones (a poder reconocerlas y nominarlas). En estas condiciones, la posibilidad de pensar, discriminar y an-

ticiparse reflexivamente a la acción puede desplegarse adecuadamente.

ACERCA DEL BEBÉ

El bebé que recibe en sus brazos la mamá es un organismo provisto de una serie de montajes que le aseguran en el momento del nacimiento un mínimo de autonomía y funcionamiento, regulado por mecanismos homeostáticos, que mantienen el equilibrio o el retorno a él. Dispone de aparatos de la percepción, de la memoria, de la motricidad, niveles de descarga de necesidades y afectos, tolerancia a la frustración, fuerza de los impulsos libidinales y agresivos, etcétera. Sirven a la gratificación de las pulsiones y brindan cierta garantía de adaptación al ambiente y a la sobrevida. Intervienen:

- 1) los programas genéticos, los niveles etológicos, los dispositivos hereditarios y constitucionales. Se le supone también una disposición mental innata que puesta en contacto con las realizaciones de la experiencia puede representarse y reconocer objetos, en especial el pecho materno en su capacidad continente.¹⁰
- 2) montajes de nivel fisiológico para el mantenimiento de las constantes biológicas, como por ejemplo las tasas de sustancias en sangre, gas carbónico, glucosa, reguladas por mecanismos bien conocidos de *feedback*. La regulación homeostática comienza en el plano de lo vegetativo y comprende las grandes regulaciones alimenticia, cardiovascular, respiratoria, del sueño, y luego puede incluir la regulación de los movimientos corporales, el nivel de alerta y atención, etcétera. Es importante reiterar lo dicho en otro lugar (capítulo IX):

que esas constantes son imperfectas e inestables en un organismo biológica-

⁹ Stern, D. *The Interpersonal World of the Infant*. Basic Books, New York, 1985.

¹⁰ Money Kyrle, R. "Cognitive development". *Int J Psychoanal* 1968;49:691-698.

mente inmaduro, que su regulación es progresiva y depende en buena medida de la capacidad homeostática del bebé y de la internalización de la estabilidad que proporciona la presencia del objeto materno y la tolerancia a su ausencia.

3) funcionamientos instintivos, psicofisiológicos, preconsumatorios que, por ejemplo, participan en la lactancia.¹¹ En la conceptualización psicoanalítica, estos niveles están en la base de las llamadas *pulsiones de autoconservación*, que designan al conjunto de las necesidades corporales que se precisan para la conservación de la vida del individuo.

Un lactante no es un organismo que está cerrado sobre sí mismo ni de ninguna manera una tabula rasa. Pero está desadaptado o tiene un grado de inmadurez o *pre-maturación* importante. Está enfrentado a tareas de un grado de exigencia que lo superan para el nivel de desarrollo de que dispone al nacer. Necesita ayuda ajena, de lo contrario no podría sobrevivir. En cierto sentido, en toda la escala animal la cría nace inmadura, tarda horas o días en valerse por sí misma, *pero la cría humana tarda años* en lograr cierto grado de autonomía.

DIFERENCIAS INDIVIDUALES EN EL RECIÉN NACIDO

Todo bebé interviene de entrada en la relación con la madre, pero no todos lo hacen de la misma manera. Esto tendrá importantes consecuencias sobre la respuesta materna. Algunas investigaciones recientes tien-

den a demostrar la presencia de diferencias individuales significativas en el comportamiento de los bebés al nacer, por ejemplo, en relación con el llanto, la irritabilidad, la motricidad, la fuerza de la succión, las capacidades sensoriales, etcétera.¹²

Lo importante sobre el llanto no es sólo que hay bebés que lloran o son más irritables que otros sino el grado de *consolabilidad*, la aptitud de un bebé para ser reconfortado y tranquilizado por un adulto. Y en este factor hay también diferencias marcadas. Un estudio demostró, con bebés de 2 ó 3 días, que cuando una técnica de apaciguamiento tenía éxito, por ejemplo un chupete endulzado, también lo tenía con otros procedimientos. A la inversa, al bebé que no se tranquilizaba con un medio, tampoco le resultaban los otros.¹³

Para la madre, tener un bebé que responde a sus intentos de consolarlo, contribuye favorablemente a su relación con él porque incrementa la confianza que se otorga como madre y eso va a incidir favorablemente en el vínculo. También se han señalado diferencias importantes en la capacidad del bebé para el autoconsuelo, esto es, para tranquilizarse por sus propios medios, por ejemplo por la succión espontánea de la mano o el pulgar y sobreponerse a sus vivencias de malestar, por lo menos transitoriamente.

Se han señalado también distintos niveles de conciencia, vigilancia o alerta en el recién nacido, en número de seis estados: sueño profundo, sueño ligero, somnoliento, despierto y tranquilo, despierto e intranquilo y de máxima excitación.¹⁴ Hay bebés que duermen casi todo el tiempo, otros están somnolientos o irritables o pasan de un estado a otro fácilmente. Desde luego que la

¹¹ Por ejemplo, se llama *rooting* (hocicar) a un comportamiento programado de los mamíferos y el hombre. En los bebés humanos se caracteriza por el hecho de que un niño tenido en brazos contra el pecho de un adulto vuelve la cabeza en busca del pezón, paso previo a la succión.

¹² Lebovici, S. Op. cit. 1983.

¹³ Birns, B y col. "The effectiveness of various soothing techniques on human neonates". *Psychosom Med.* V 28, 1966.

¹⁴ Wolf, P. "Observations on new born infants". *Psychosomatic Med* 1966;(V).

conexión de la madre con el bebé y su capacidad de ir amoldándose en cada una de estas situaciones es también diferente.

El origen de éstas y otras diferencias individuales parece deberse al equipamiento genético y a influencias de la vida intrauterina, no sólo por condiciones infecciosas, traumáticas o tóxicas del medio, sino también por efectos dependientes del estado emocional de la madre.

Lo importante es que, más allá de reconocer el valor de estas diferencias al nacer, que no hacen más que demostrar lo obvio, estas

variables inmediatamente interactúan con la madre y sus respuestas determinarán su ulterior destino. La relación con la madre, en la que las diferencias individuales del bebé se hacen sentir inicialmente, se internaliza luego como estructura mental. Por ejemplo, la presencia y fortaleza de un objeto interior que consuela tendrá profundas consecuencias cuando se trate de enfrentar un dolor. Los rudimentos originarios de lo que fue denominado *consolabilidad* se integrará en numerosas experiencias posteriores y se hará presente, por ejemplo, en la manera en que, un futuro paciente afrontará los sufrimientos de su enfermedad y como responderá a los intentos del médico para llevarle alivio.

XIV

VÍNCULO TEMPRANO (III)

ALGUNOS ESTADOS SUBJETIVOS DEL BEBÉ

El recorrido realizado hasta ahora de la relación de la madre con su niño fue hecho en base a la selección de algunos de sus momentos más destacados, recurriendo sobre todo a los *métodos de observación directa*. El bebé es estudiado en sus expresiones manifiestas, mientras se alimenta al pecho, cuando llora, cuando en brazos se apacigua, cuando se duerme, etcétera. Mientras tanto se registra cómo la mamá responde y participa con él. De la observación de la interacción se hacían conjeturas acerca de lo que podría estar pasando entre ambos.

Acceder a la intimidad de los estados mentales de la madre en esos momentos es más sencillo, por lo menos a aquellos de los que tiene conciencia. Pero, para las vivencias del bebé hay que hacer suposiciones y plantear hipótesis acerca de cómo vive sus emociones, cómo las percibe, cómo registra sus estados de malestar o bienestar, cómo va organizando su subjetividad, cómo son sus primitivas relaciones con los objetos de su mundo.

Son preguntas cruciales de no fácil respuesta. R. Rolland imaginaba poéticamente algunos de los sentimientos por los que puede pasar el niño después de nacer:

*El bebé se despierta y llora: su mirada indecisa se agita. ¡Qué espanto! Las tinieblas, el brutal resplandor de las lámparas, las alucinaciones de un cerebro apenas libre del caos, el hervidero de la noche abrumadora que le rodea, la sombra sin fondo de donde surgen, como cegadores destellos de luz, sensaciones agudas, dolores y fantasmas: aquellos enormes rostros que se inclinan sobre él, aquellos ojos que lo escudriñan, que penetran en su ser y él no puede comprender... No tiene fuerza para gritar. El terror lo deja inmóvil...*¹

En base a datos científicos disponibles es posible mencionar algunos procesos de la incipiente vida mental del bebé tal como pueden ser inferidos. Pero como se trata de hacer intervenir la subjetividad del bebé hay que recurrir a modelos teóricos que de alguna manera

¹ Romain Rolland, *Juan Cristóbal*. Librería Hachette, Buenos Aires, 1947.

den cuenta de la emergencia de la vida mental en el lactante. Intervienen métodos muy especializados como el Psicoanálisis, por necesidad se apela a teorías muy sofisticadas.

Para dar una idea del cambio con esta perspectiva, más que de las experiencias madre-bebé se habla de la relación del bebé con el *pecho*.

Con este nombre se hace referencia a un conjunto de engramas emocionales y perceptivos que se supone ocupan inicialmente toda la vida mental del bebé y que irán con el tiempo integrando otros aspectos de la imagen que él tiene de la madre.

Para el bebé es la parte de la mamá con la que tomará inicialmente contacto. Es por eso denominado el primero de los *objetos parciales*.² El bebé necesita del pecho entre otras cosas porque lo alivia de malestares de los que al principio no tiene mucha noción. En la medida en que el pecho es vivido como capaz de tolerarlos y le devuelve una sensación que los hace más soportables, el lactante puede ir reconociendo la naturaleza de los mismos. Es como si el pecho pensara inicialmente por él que no puede, hasta que apropiándose de él e integrándolo como parte de las experiencias de su incipiente núcleo del Yo, puede el bebé empezar a reconocer qué le sucede mientras se siente cada vez más fortalecido. En el capítulo anterior se hizo referencia a la capacidad innata del bebé para *reconocer* este objeto tan esencial para él. He aquí como R. Rolland imagina la relación con el pecho:

Clamores, movibles sombras, formas que hacen horribles muecas, dolores, terrores, risas, sueños, y una sucesión de días y noches... Y en medio de aquel

caos, la luz de unos ojos que le sonríen amistosamente, el torrente del placer que, saliendo del cuerpo materno, del seno hinchado de leche, se difunde por su cuerpo, la fuerza que hay en él, la fuerza enorme e inconsciente que se va amontonando, el hirviente océano que ruge en la estrecha prisión de aquel débil cuerpo de niño. Quien pudiera leer en él, vería mundos medio sepultados en la sombra, nebulosas que se organizan, un universo en vías de formación. Su ser no tiene límites. Es todo lo que es...

Precisamente aludiendo a los conceptos mencionados en esta última frase, R. Rolland le habló a Freud en una carta (5-12-1927) de un sentimiento que comparten, según él, todos los seres humanos: *de eternidad, de algo sin límites ni barreras, en cierto modo oceánico*, de una unión mística con el mundo, lo que para él estaría en la base de los sentimientos religiosos.

Por el contrario, para Freud³ se trataría del sentimiento originario de *mismidad* o de sí mismo. Inicialmente, en el bebé, ese sentimiento es de *abarloarlo todo, de no tener límites, de ser todo lo que es tal como Rolland lo describe*, pero en el adulto estaría considerablemente reducido. En el *enamoramiento*, al menos mientras dura, se tiene esa vivencia de unión total con el mundo y sus objetos. Algunos recursos de las Medicinas Alternativas intentan recuperarlo para sus fines (*ver capítulo XXI*).

Hay algunos puntos de controversia en las teorías que postulan modelos de vínculos tempranos y que marcan diferencias en la interpretación de las observaciones. Por ejemplo:

- 1) No es fuente de polémica el efecto que tienen las experiencias con el ob-

² Se trata de una *parte* desde el punto de vista del adulto, no para el bebé, y basada en percepciones parciales en razón de la inmadurez neurofisiológica y del desarrollo emocional primitivo.

³ Freud, S. "El Malestar en la cultura" (1930). En: *Obra completa* Tomo XXI. Amorrortu, Buenos Aires, 1992.

jeto materno para la vida mental del bebé. Hay acuerdo generalizado de su impacto sobre las vivencias infantiles y su trascendencia en la salud mental del niño. Pero para algunos autores como D. Winnicott, es la calidad del medio ambiente que rodea al niño y el cuidado que provee lo que él denomina una *madre suficientemente buena* condición para un desarrollo en salud. Los problemas surgen con los fallos de la crianza.⁴

Por el contrario, otros autores, especialmente M. Klein, sin desconocer el efecto de las experiencias con la madre, rescatan el efecto de las fantasías tempranas que van a interactuar con las experiencias externas para alterar, modificar o corregir su significado. En especial, el papel determinante que juega *la envidia temprana* (ver capítulo XI).

En este caso, no está en juego sólo la conducta de la madre, sino cómo la interpreta el bebé en base a sus propias situaciones internas.

Esto quiere decir, por ejemplo, que una madre puede concretamente maltratar a su bebé durante la crianza. Pero el bebé puede inconscientemente *maltratar* a una madre que lo trata bien *y por proyección creer que tiene una madre que lo maltrata*. Entiéndase que buen trato y mal trato son términos relativos. Esta diferencia está en relación con el siguiente punto.

- 2) El momento de la aparición del Yo: Algunos autores, como Melanie Klein y sus seguidores de la llamada Escuela Inglesa de Psicoanálisis, postulan un Yo muy temprano, presente desde el momento del nacimiento, que tiene que defenderse de entrada de la angustia que le generan situaciones que provienen no sólo de

las experiencias frustrantes con el objeto externo, sino de fuentes pulsionales de su propio interior, en especial las que lo amenazan con la destrucción. Un Yo temprano *interpreta* sus experiencias en base a recursos tan primitivos que las *distorsiona* de manera fantasmática. Como lo refería R. Rolland:

Clamores, movibles sombras, formas que hacen horribles muecas, dolores, terrores, risas, sueños...

Mundo del que las vivencias con el objeto materno van a rescatarlo:

y en el medio de aquel caos, unos ojos que le sonríen amistosamente...

y del que depende imperiosamente. Aún así, se puede llegar a suponer en el bebé sentimientos encontrados de *amor, odio o envidia* hacia:

el torrente de placer que, saliendo del cuerpo materno, del seno hinchado de leche, se difunde por su cuerpo, la fuerza que hay en él...

Otros autores, como Winnicott, suponen que la actividad del Yo comienza algún tiempo después del nacimiento, pasa primero por un período inicial de dependencia absoluta de la madre, ocupado por actividades autoeróticas. En esta posición, el destino emocional del bebé está totalmente ligado a los cuidados maternos ya que no habiendo un Yo de inicio, no hay relación de objeto.

- 3) En la misma línea, se discute si la agresividad surge en el bebé como una respuesta a las inevitables frustraciones de toda índole a las se verá invariablemente expuesto durante la crianza o por el contra-

⁴Winnicott, O. *El proceso de maduración en el niño*. Ed. Laia, Barcelona, 1965.

rio forma parte de impulsos innatos, del orden de *una pulsión agresiva* (derivada de una pulsión de muerte). En este caso, la agresividad jugaría como una variable independiente en la conducta, aunque en interacción con el medio.

Por importantes que parezcan las diferencias teóricas entre autores, se ha acumulado una impresionante cantidad de datos provenientes de la reconstrucción de las experiencias tempranas de personas en análisis, en especial de aquellas severamente perturbadas, que permiten conjeturas con un alto grado de credibilidad. Es en base a esas sólidas observaciones que se pueden sostener las postulaciones siguientes.

ACERCA DEL NACIMIENTO DEL YO

Se ha mencionado que desde el nacimiento, y aún en la vida intrauterina, el bebé tiene todos los aparatos disponibles para devenir una persona y que en realidad, como dice Freud en una cita muy recordada, “existe mayor continuidad entre la vida intrauterina y la primera infancia de lo que nos permite creer la impresionante cesura del nacimiento”.⁵

Es importante determinar *el momento del nacimiento del bebé a la vida psicológica*, el momento mítico pero no menos trascendente en que pasa a ser sujeto de sus experiencias y por ende la introducción de la subjetividad, en definitiva la aparición del Yo en el infante. Todo hace suponer que, si no antes, por lo menos al nacer hay suficiente Yo rudimentario y frágil como para sufrir el peso de la experiencia del nacimiento y del cambio impresionante que significa en sus condiciones de vida. Los obstetras y neonatólogos han tomado debida nota de esta situación al instrumentar medidas que atenúan en el bebé el impacto de ese pasaje.

EL ESTADO DE DESAMPARO Y EL SENTIMIENTO DE OMNIPOTENCIA

La amenaza de cualquier enfermedad, sobre todo si reviste cierta gravedad, supone una situación prototípica donde se revive un sentimiento de *indefensión, desvalimiento e impotencia* y que reclama la actuación de objetos que asistan, ayuden y protejan, sea médico, enfermera o familiar.

Originariamente, el bebé humano nace incapaz de emprender acciones coordinadas y eficaces para poner fin a las necesidades que emergen de su interior o de los peligros que lo acechan del exterior. Es totalmente dependiente de otra persona, el objeto materno, para la satisfacción y la asistencia de sus necesidades básicas, sin cuyo cuidado no podría sobrevivir.

Es posible relacionar el sentimiento de desamparo con un factor biológico, la *prematitud del ser humano*, denominado neotenia, que lo hace dependiente de la asistencia ajena por un tiempo inusualmente largo y deja inscripta en su vida mental, de manera indeleble, la importancia que para él va a tener, de ahora en más, el lugar del semejante como asistente para auxiliarlo, protegerlo y defenderlo.

Más tarde, ese lugar tan importante de asistente lo ocupará el médico, como persona profesionalmente experimentada para responder con acciones médicas específicas.

El estado de desamparo, propio de la dependencia total de la cría humana, es una situación evidente para el observador. Pero al ser humano le llevará tiempo y dolor el reconocerse necesitado. Por el contrario, originariamente reinan *sentimientos de omnipotencia* que, de alguna manera, son su contra réplica:

⁵ Freud, S. “Inhibición, síntoma y angustia” (1926). En: *Obra completa* Tomo XX. Amorrortu, Buenos Aires, 1992.

Una parte de la primitiva organización mental opera bajo el supuesto de que lo que quiere lograr lo logra, que no hay límites a sus deseos, que su poder sobre los otros que lo frustran y sobre la naturaleza indómita es infinito.

Renunciar a esta suerte de *megalomanía* no será sencillo y la clínica muestra que nunca se la abandona del todo (el equivalente extremo en el adulto es el *delirio de grandeza*). Simultáneamente, implica la creencia ilusoria del niño en la *omnipotencia* de aquellos a cuyo cuidado estuvo, en primer lugar la madre, quien le dio la impresión de que conocía y cubría todas sus necesidades mientras el padre lo cuidaba y protegía. Cuando esto ocurre, la relación está expuesta al temor que generan estas figuras que, por proyección, se han hecho tan poderosas y de cuyo amor se necesita tanto. Se crea un engrama de representaciones nacidas en la necesidad de hacer tolerable la indefensión humana, la que se siente ante el infortunio, la crueldad del destino, el dolor y el sufrimiento, que inevitablemente va a reaparecer ante la experiencia del enfermar.

Se puede pensar una *estructura mental primitiva*, organizada alegóricamente en un eje *vertical* una parte de sí impotente y desvalida abajo, una figura omnipotente y todopoderosa arriba. Freud ha visto en esta situación el núcleo que alimenta los sentimientos religiosos: consideraba que en la creencia de un Dios padre al que se teme y necesita a la vez, que puede proteger, compensar las frustraciones, aliviar las penas, se expresa la nostalgia del padre todopoderoso de la infancia.⁶

Los sentimientos de extremo desvalimiento por un lado y de negación omnipotente por otro son de aparición frecuente en el vínculo médico-paciente. La omnipotencia no es exclusividad del médico ni la Me-

dicina una religión como lo sugieren ciertas críticas ligeras. Son parte de una relación que se estructura según sus precursores remotos y de cuyos ingredientes puede nutrirse el deseo de verse auxiliado en el desamparo por una figura todopoderosa por quien simultáneamente se busca ser querido y se teme ser abandonado. Idénticos sentimientos son vividos por el médico.

LOS MOMENTOS INICIALES DEL YO NO ESTÁN INTEGRADOS

Se ha dicho anteriormente lo difícil que es reconstruir los estados mentales más primitivos, que se pierden en la penumbra de los primeros tiempos. Como decía Rolland: "Quién pudiera leer en él [bebé] vería mundos medio sepultados en la sombra, nebulosas que se organizan, un universo en vías de formación..."

Otras líneas teóricas en Psicoanálisis han contribuido a dar su propia versión de los estadios iniciales y a profundizar en la reconstrucción de los hechos. Y aunque no son del todo coincidentes con otras de este texto, vale la pena mencionar aquí algunas ideas procedentes de esas fuentes. Por ejemplo, Melanie Klein y la Escuela Inglesa de Psicoanálisis⁷ suponen en el bebé un Yo temprano, suficientemente débil y expuesto desde el nacimiento a fuertes sensaciones de ansiedad provenientes de sus impulsos y de la realidad, capaz de utilizar mecanismos de defensa muy primitivos. Por estar precariamente integrado percibe sus experiencias emocionales y cognitivas de manera parcial y fragmentaria.

La temprana vida fantasmática del Yo interpreta subjetivamente la experiencia y, en consecuencia, los cuidados maternos son vividos de acuerdo a la misma. Sensaciones de todo tipo serán *objetos* a los que se

⁶ Freud, S. "El porvenir de una ilusión" (1927). En: *Obra completa* Tomo XXI. Amorrortu, Buenos Aires, 1992.

⁷ Segal, A. "Introducción a la obra de Melanie Klein". En: Klein, M. *Obras completas*. Paidós, Buenos Aires, 1977.

atribuyen intenciones hostiles o protectoras. Un malestar, un dolor, una molestia, el frío, pasan a ser *objetos* malévolos, como *algo* que provoca daño intencionalmente; por el contrario, la leche, el cuidado, el cariño, el alivio, son objetos buenos y requeridos, que protegen y dan vida. Las urgencias del hambre pueden ser sentidas como agentes extraños que muerden, carcomen, desgarran dentro de sí y frente a los que el Yo está indefenso.

Esto puede explicar algunos casos de trastornos tempranos de la alimentación. La observación directa ha mostrado bebés con todo tipo de dificultades alimenticias, inclusive que interrumpen la lactancia, que no se pueden prender al pecho, aun cuando la asistencia materna parece óptima. La *interpretación* de la experiencia depende entonces no sólo de la calidad del cuidado materno sino de la intensa vida emocional del bebé y de lo que percibe internamente como amenazas.

Desde su estado de muy débil integridad responde a ellas con ansiedad muy intensa, que le requiere precoces defensas para atenuarla. Se siente amenazado por los objetos que él mismo siente hostiles, que puedan llegar a destruirlo.

Se trata de un tipo de ansiedad que (vista desde el adulto) se podría llamar persecutoria porque es lo más cercano a sentirse abrumado por un peligro proveniente de un objeto malo, agresivo y hostil.

El adulto puede vivenciar a veces este tipo de ansiedad cuando transforma su enfermedad corporal en un enemigo que lo tortura y persigue internamente. Idénticos sentimientos persecutorios puede vivir el hipocondríaco con su cuerpo.

El bebé necesita entonces defenderse, poner distancia, protegerse con los recursos primitivos de que dispone. Por un lado, extremar la *disociación* en su mente entre

experiencias buenas y malas, para mantenerlas lo más apartadas posible, escindidas. Por otra parte y con el mismo fin, utilizar los mecanismos de proyección e introyección, basados en el modelo biológico de la ingestión y la eliminación. El bebé se lleva *todo a la boca*, el pezón, el pecho, la mamá, su sonrisa, sus gestos, su sostén, *el mundo entero*. Pero también incorpora a través de su mirada, de sus orificios, de la piel. A su vez expulsa fuera de su Yo todo lo que le resulta intolerable, malo o peligroso.

Al principio habrá muchas *mamás* para el bebé con quien relacionarse: la mamá que le alivia el hambre, la que lo hace esperar, la que *parece* enojada o contenta cuando él está enojado o contento. La integración temprana del Yo, que trata de sobreponerse a las experiencias disociadas o no integradas es un proceso de maduración emocional que se va logrando a favor del crecimiento y desarrollo del bebé y por las repetidas experiencias con la madre que resultan suficientemente *interiorizadas* y recordadas como para perdurar dentro de él.

A favor de una mayor integración el bebé empieza a ser capaz de reconocer que la madre ausente reaparece, que le demuestra que es temporaria y no definitiva, que su amor y cariño por ella es más fuerte que su odio por su ausencia, que esperar no significa morirse de hambre, que la mamá a la que atacaba y la que sentía que lo atacaba cuando estaba enojado es la misma que quiere y necesita.

El bebé también irá adquiriendo la sensación de continuidad temporal de sus experiencias. Con el proceso de integración emocional, tiene lugar una simultánea y gradual discriminación. Ejemplos: desde la sensación indistinta de unidad *bocapezón* a una lenta diferenciación que le permita reconocer el qué de él y el qué del objeto, de quién la boca y de quién el pezón.

Más tarde podrá discriminar el malestar que proviene de *su cuerpo* del que proviene de sus estados mentales. El proceso de

integración y discriminación que inicia el Yo al nacer estará expuesto de por vida a distintas vicisitudes, tanto normales como patológicas.

El Yo se habrá ido integrando, creciendo, a partir de que sus experiencias *buenas* superen a las *malas*. La capacidad de tolerar la frustración, de disminuir el malestar, de calmarse o ser calmado reaparece en momentos críticos cuando amenaza una enfermedad y se necesita de un objeto *interior* estable y fuerte como para enfrentar las penurias del sufrimiento. La salud mental es un reflejo del desarrollo favorable de este proceso.

Sin embargo, aspectos disociados en el Yo del adulto son un hallazgo permanente: quien tuvo una pérdida personal que por un lado reconoce y simultáneamente niega; aquél que admite que tiene una enfermedad fatal y al mismo tiempo está convencido de su inmortalidad. A veces aparecen como puntos de vista contradictorios que conviven, separados e incompatibles sin conflicto. En casos extremos, la integración se pierde y el Yo vive la experiencia de sentirse fragmentado o en pedazos en casos de estar expuesto a gran ansiedad, como sucede en cierta patología corporal.

En la práctica médica, el paciente puede excluir de la relación con el médico los aspectos críticos o amenazantes, transformarlo en una figura idealizada pero distante y de difícil acceso. Un ejemplo:

Una paciente, después de cierto tiempo de atenderse con su médico le hace este comentario: "Yo siempre pensé que todos los hombres son una porquería, que se abusan de una, Ud. no... Ud. es médico... es un profesional y me siento segura, para mí usted es perfecto..."

A través de una generalización incluía en todos los hombres aspectos peligrosos concernientes a la sexualidad. Lo excluía al médico disociando su imagen, mientras idealizaba su figura profesional. Simultáneamente, al atri-

buirle un ideal de perfección se le hacía muy difícil el trato con él, le temía y lo eludía.

En el proceso de su integración y diferenciación, el Yo requiere comenzar a diferenciar sus experiencias de las ajenas, *lo que es Yo de lo que no lo es*. Se trata nada más ni nada menos de adquirir una noción de límite con el exterior, una especie de *piel* psicológica que recree un espacio interior donde ubicar sus experiencias, que le dé una noción de adentro y afuera, una especie de envoltorio. Se trata de un proceso que ya fue mencionado al hablar de *imagen corporal* (ver capítulo IX).

Es un logro que va a conseguir en el transcurso de múltiples experiencias: cuando está en brazos de la madre, cuando es arropado o envuelto, cuando es sostenido. Pero es a partir de *imaginarle* un espacio a la madre que el bebé interioriza uno similar para sí mismo, en el que *contener* sus vivencias internas, mantenerlas juntas, evitar que se *desparramen* como ocurre a veces en momentos de extrema tensión.

La integración inicial del Yo se hace en base a la introyección de experiencias con un objeto materno *bueno* que lo sostiene, que mantiene su cohesión, contiene sus experiencias y puede tal vez pensar por él si es necesario.

Pero el Yo del adulto en situaciones de estrés, fatiga, o enfermedad puede perder ese sentimiento de unidad y cohesión y tener la sensación de que se desploma, se derrumba y se desintegra. Cuando la enfermedad corporal amenaza los límites del Yo, la angustia desborda y tiene que entrar en juego, como la madre en su momento, la capacidad contenedora del médico para poner nuevamente "cada cosa en su lugar".

EL OBJETO APARECE Y DESAPARECE

El niño ha vivido los primeros meses como un ir y venir un tanto caótico de experiencias,

de objetos que aparecen y desaparecen, en el marco de procesos mentales de creciente integración y diferenciación. Con el tiempo comienza a haber cambios en lo que hace al reconocimiento del objeto materno.

Empieza a relacionarse no sólo con el pezón, el pecho, el rostro o las manos separadamente, sino con la mamá como un todo. Esto supone que la reconoce como objeto total, discriminándose de ella gradualmente.

Es el momento en que la extraña y se angustia en presencia de un desconocido. Significa reconocerla como persona separada, con vida propia, con otras relaciones, el padre en primer lugar, y sentirse desamparado sin ella. La madre como persona total quiere decir que puede ser sentida a veces como buena, a veces como mala, que puede estar presente o ausente.

La tendencia hacia la totalización en la percepción del objeto se acompaña con un cambio fundamental en el Yo del bebé, que también tiende hacia la integración y unificación de sus estados mentales, escindiéndose cada vez menos. La fuerza de sus experiencias buenas lo conduce gradualmente hacia una simultánea integración de su Yo y del objeto. Se dice que tolera mejor sus propios sentimientos destructivos y con eso tiende al crecimiento y desarrollo. Disminuye así las distorsiones y deformaciones con que había interpretado sus experiencias previas y puede tener una mejor relación con la realidad, en especial su propia realidad psíquica ya que empieza a *distinguir entre sus fantasías y la realidad externa*.

Las experiencias con la madre, su reaparición después de cada ausencia, su atención y cuidados reducen la creencia del bebé en la omnipotencia y destructividad de sus impulsos.

Al percibir a la mamá como objeto total, el bebé puede tenerla presente en la ausencia, recordar gratificaciones an-

teriores cuando ahora parece frustrarlo. Cada vez reconoce más y más que él es la persona que ama y odia a la persona que es la misma, la madre.

Se enfrenta así con conflictos vinculados con su propia ambivalencia. Teme la pérdida de su mamá, de su amor y se angustia si no está. Es aquí donde puede ubicarse rudimentos del *sentimiento de culpa* y precursores del Superyó, por un cierto reconocimiento de haber atacado aquello que más quería (*ver capítulo VII*).

Este proceso de gradual integración y fortalecimiento del Yo, está relacionado con la introyección e identificación con la madre como objeto bueno que necesita tener y guardar dentro de sí, al tiempo que descubre cuánto depende de ella, cuan pendiente está de su presencia y su ausencia. Siendo parte de su propio Yo, la ausencia materna puede llegar a hacer peligrar la tranquilidad y armonía de su mundo interior, en la medida en que sienta tristeza y nostalgia por lo perdido, y experimente culpa frente a la pérdida, como si fuera responsable de ella. Esta angustia tiene un matiz de tristeza y constituye un aspecto del duelo por la desaparición del objeto amado.

La sensación de haber dañado al objeto querido impulsa sentimientos reparadores que tratan de compensar lo perdido y destruido, devolverle vida e integridad. El dolor del duelo impulsa a recomponer, a juntar y restaurar lo perdido (*ver su relación con el tema de la Vocación, capítulo XXV*). Este desarrollo, que es vivido con ansiedades muy intensas, permite a su vez una creciente capacidad de *simbolización*, de pensamiento y abstracción que acelera la integración y el desarrollo de la mente del bebé.

Las ansiedades de esta etapa, con el tinte depresivo que las caracteriza se conocen como angustias depresivas y mucho tienen que ver con las experiencias que el Yo vive frente a cada separación.

Pueden reconocerse más tarde en el adulto, por ejemplo, aparecen cuando va culminado la entrevista médica o frente a una interrupción por viaje o vacaciones. La necesidad de la cercanía del médico, de requerir su presencia, de temer su alejamiento, su enfado o indiferencia son sentidos como la amenaza de perder una figura a la que se necesita imperiosamente. Para el médico significa cuidar especialmente esos momentos, atenuar su impacto, brindar reaseguros, disponer próximos encuentros, etcétera.

No es infrecuente observar que la patología corporal de un paciente se agrava en situaciones donde ve peligrar la estabilidad y continuidad de la relación con su médico.

Los estados emocionales signados por la ansiedad frente a la separación y las pérdidas, junto a los sentimientos de soledad y de aislamiento, están asociados al conocido incremento de la urgencias y consultas médicas durante los días feriados y los fines de semana.

XV

ADOLESCENCIA: UNA ETAPA DE LA VIDA, UN ESTADO DE LA MENTE

INTRODUCCIÓN

Vista desde el ciclo vital humano, la adolescencia es la edad que sucede a la niñez y que transcurre desde los inicios de la pubertad hasta la edad adulta. Abarca un período de rápido crecimiento corporal y de cambios psicológicos profundos que deben ser elaborados en el curso de unos pocos años.

Cada sujeto pasará por esta etapa de turbulencia emocional, *su familia* resultará comprometida por este momento crítico y *la sociedad* se verá enfrentada con los fenómenos derivados del *mundo adolescente* y no podrá permanecer indiferente ante ellos. En su raíz etimológica, adolescencia quiere decir crecimiento y *padecimiento*. El adolescente sufre *por todo lo que deja de su infancia* y *por todo lo que todavía adolece* para llegar a ser adulto (de *adolescer*, penar y padecer por lo que a uno le falta).

La adolescencia es una crisis con un enorme potencial de desarrollo para la salud y también un momento de vulnerabilidad para la enfermedad.

Los profundos y tormentosos cambios emocionales que se manifiestan en la adolescencia, por momentos de una dimensión parecida a la de una psicosis, generan inquietud por la salud mental del joven y la necesidad de consultas. Por otro lado, las rápidas modificaciones corporales le provocarán malestares físicos donde el médico será llamado a intervenir. Trastornos de la alimentación, embarazo no deseado, drogadicción y el HIV serán los principales motivos de preocupación.

EL PERÍODO DE LATENCIA

Por sus características, el contraste mayor de la adolescencia se pone de relieve cuando se la compara con la etapa anterior, **la latencia**, que aproximadamente coincide con el período de escolaridad primaria.

Después del tormentoso pasaje emocional por los decisivos momentos del complejo de Edipo, entre los 3 y 5 años aproximadamente, el desarrollo psicosexual del niño se apacigua y encuentra refugio en mecanismos mentales que le traen una paz

relativa frente al sufrimiento de los celos, la envidia y la exclusión.

Para el latente, los padres siguen siendo sus objetos más importantes, los admira, les debe obediencia y si se porta bien y les hace caso, supone que todo va a andar en la vida y va a llegar a saber todo lo que ellos saben. La escolaridad primaria refuerza estas tendencias: el saber proviene de los mayores, los que saben y pueden y de esta posición se alimenta una ilusión de certeza acerca de un conocimiento que no se cuestiona.

Para mantenerla, el latente debe tener en su mente fuertemente separadas categorías fundamentales tales como: *sexual-no sexual, niño-adulto, bueno-malo, masculino-femenino* en el sentido de que o se es lo uno o se es lo otro, sin lugar para la ambigüedad ni para la duda. Si estas características son llevadas a la exageración hacen del niño de la latencia un *pseudoadulto* porque su ideal infantil es la imitación obsesiva de sus padres. Es un mundo de relativa calma, orden y cordura que la pubertad hace estallar, y con la pubertad se inaugura la adolescencia temprana.

LA ADOLESCENCIA COMO ETAPA...

La adolescencia es una *etapa* que pertenece a la segunda década de la vida y un *estado mental* que puede emerger en cualquier momento de la vida. Como etapa, cubre el período de crecimiento corporal, donde el cuerpo infantil se transforma hasta alcanzar rápidamente su forma definitiva y adulta.

Concomitantemente se producen importantes cambios endocrino-metabólicos, aparecen los *caracteres sexuales secundarios*, etcétera. El pleno desarrollo del aparato genital, la *menarca* en las niñas y la *eyaculación* en el varón, los acerca a la posibilidad de *relaciones sexuales y a la*

procreación. Las estructuras mentales del púber sienten un fuerte impacto y deben consagrarse a las transformaciones necesarias para ponerse al día con los cambios. El desafío es tremendo.

La etapa previa e inmediata, **la latencia**, culminación del mundo infantil en que vivía y crecía cuidado por sus padres, es la que resulta conmovida. Pasarán varios años antes que pueda elaborar algunos de los cambios sufridos. En ese tiempo, el adolescente se dedicará a cuestionar todo lo que la sociedad tiene de cuestionable. La sociedad le otorga un tiempo al adolescente a la espera de que devenga un miembro responsable de la misma, comparta sus ideales y acepte las reglas de juego establecidas. La adolescencia es una *moratoria*. Winnicott decía que el adolescente tenía que navegar a través de los *doldrums*: en su doble sentido en inglés, transitar en el desánimo y la tristeza como en los tranquilos mares ecuatoriales, donde prevalece la calma chicha.¹

Cada adolescente enfrenta los cambios asociados a la pubertad con el equipamiento emocional que deriva de sus experiencias previas, su capacidad de tolerar el malestar y las situaciones de angustia. También importa con qué tipo de comprensión y contención familiar cuenta; *pero aun en las circunstancias ambientales más favorables*, el adolescente tiene muchas situaciones personales que resolver por su cuenta, aunque por necesidad involucre a los otros, en especial a sus familiares más próximos.

Pero, al cabo de esta etapa, *la adolescencia*, por lo menos en sus manifestaciones más ruidosas se apacigua y el sujeto pasará a ser un **joven adulto**, tratando de hacerse un lugar en el mundo adulto con los adultos. Cuando culmine con esta etapa, el adolescente habrá atravesado por el desafío de: 1) *desprenderse emocionalmente de los padres de la infancia* que fueron su fuente de cuidado y amparo y a su vez destinatarios

¹ Winnicott, D. "Struggling through the doldrums". *New Society* abril 25, 1963.

de sus fantasías sexuales. Su mundo infantil deberá adquirir un nuevo significado; 2) *definir una identidad* sexual dentro de las adquisiciones de una nueva identidad como adulto y en el marco de los cambios corporales y emocionales que sostengan la efectiva capacidad de realizar una vida erótica, asumir la sexualidad y la posibilidad de la procreación; 3) *pasar de una situación de dependencia a la de una relativa autonomía* mental y emocional, al iniciar los preparativos para insertarse en la vida adulta, resuelto entre otros temas por *la elección de una pareja* y de encontrar los medios materiales para *sustentarse* en el mundo.

Mientras tanto, y por algunos años, el adolescente estará tironeado entre volver a ser el niño que fue, ser uno entre otros adolescentes, comenzar a ser un miembro del mundo adulto... o permanecer aislado.

CON LA PUBERTAD CAMBIA TODO, EN ESPECIAL EL CUERPO

Los cambios corporales se suceden de manera impresionante y para el púber parecen no terminar nunca. El cuerpo del niño desaparece y tras ciertas transformaciones adopta el tamaño y forma adulta. La estatura, peso, musculatura, contextura, forma y el desarrollo de caracteres sexuales vienen acompañados de fuerte impacto emocional en la imagen corporal. Es *la imagen de un cuerpo infantil que se pierde*, como fuente que alguna vez fue de sentimientos ilusorios de *completud y bisexualidad*.

El adolescente percibe que su cuerpo se va transformando mientras tiene que hacer el duelo por el cuerpo perdido de la infancia.

Lo toman por sorpresa la aparición del vello pubiano, el aumento de los senos, el cambio de la voz, la barba, etcétera. El crecimiento corporal es rápido y desigual: las

niñas lo logran un poco antes que los varones. La *menarca* hace su aparición: la niña revive la relación temprana con su madre, las fantasías temidas de desfloración y penetración de su cuerpo y la ansiedad en torno a la femineidad y la maternidad futuras. El desvelo por las inevitables variaciones del ciclo menstrual, por el desarrollo de los senos, por la figura y si será sexualmente deseable, etcétera.

Entre los varones preocupan las variaciones de desarrollo sexual, la potencia genital y con el advenimiento de la fuerza física los impulsos agresivos se tornan peligrosos y la violencia una posibilidad de matar. La *eyaculación*, sentida al principio como pérdida (*vaciamiento*), deberá gradualmente ser resignificada en su valor genital y con él, de penetración y paternidad potencial.

Los cambios corporales son marcados y amenazantes. El adolescente se siente tan extraño que puede pasar horas frente al espejo, abandonarse a la suciedad, no querer cambiar de ropa, descuidar su higiene. Pueden surgir múltiples quejas hipocondríacas o malestares erráticos, o alguna preocupación puntual por algún aspecto de su cuerpo: el acné como patología estética desfigurativa, varias formas de dismenorrea y trastornos de la alimentación por la experimentación con todo tipo de dietas. El cuerpo le sirve de medio de expresión privilegiado con las personas más allegadas, en sus formas extremas como intentos de suicidio o auto mutilación.

El desarrollo físico no siempre progresa en la forma esperada. A veces asume características transitorias del sexo opuesto: a algunos varones les preocupa, por ejemplo, el crecimiento pasajero de los pezones o la adiposidad en el torso bajo que acentúa un contorno femenino que luego desaparece. A las niñas se les tolera más un transitorio estilo de *tomboy*.

Los cambios corporales movilizan inconscientemente ansiedades de castración y requieren ser procesados emocionalmen-

te. El sujeto se va adecuando a ellos no sin padecer sensaciones corporales penosas, erráticas, que pueden terminar en consultas que *parecen* no estar justificadas. El adolescente percibe no ser ya el mismo ni habitar un cuerpo que le pertenece. *¿De quién es este cuerpo?* parece preguntarse sin saberlo. Pasará un tiempo antes de hacerlo suyo mientras va definiendo su identidad sexual y su cuerpo presiona para ser sentido, como masculino o femenino, como *lo uno o lo otro*, sin ambigüedades.

LA ADOLESCENCIA REACTIVA SITUACIONES DEL PASADO

La crisis adolescente moviliza situaciones de la sexualidad infantil que giran en torno a la bisexualidad, la diferencia de los sexos y el enigma de la procreación. La búsqueda emergente de los primeros objetos sexuales del adolescente muestra la marca incestuosa de las relaciones triangulares no resueltas del complejo de Edipo. “El hecho de que el primer enamoramiento serio del joven, como es tan frecuente, se dirija a una mujer madura y el de la muchacha a un hombre mayor, dotado de autoridad, es un claro eco de esta fase del desarrollo: pueden revivirlos en efecto, la imagen de la madre y del padre”.²

Partiendo de la relativa quietud sexual de la latencia, el adolescente recibe el pleno impacto de los requerimientos pulsionales genitales. Al principio, percibe el empuje de los deseos genitales como excitación poco específica, en el sentido de que diversas emociones, como la ira, la angustia o el miedo pueden excitarlo o confundirlo. Tampoco sabe bien cómo canalizar sus impulsos. Penetrar, ser penetrado, la angustia de castración se manifiestan como problemas con repercusiones corporales.

La reactivación inconsciente de deseos edípicos genera problemas con los padres

en dos frentes: con los padres reales, de los que necesita desprenderse y diferenciarse y con los padres internos, de los que no puede replegarse sin peligro pues lo conectan con los impulsos y prohibiciones del pasado.

Algunos adolescentes no van a tolerar esta exacerbación edípica y volverán mentalmente a refugiarse en los tiempos más tranquilos de la latencia. O en la confusión que supone la reemergencia de aspectos disociados en la mente que se movilizan frente a la enorme ola de deseos genitales. En otros casos, puede que la crisis se soslaye o se postergue. La emergencia plena de deseos y el vacío que genera el duelo por los padres de la infancia impulsará esa *hambre de objetos* que se manifiesta con angustia, que reclama emparejarse, atraídos al principio por la necesidad de encontrar figuras ideales, algunas de ellas inalcanzables: ídolos del momento, héroes, objeto de intenso apasionamiento y devoción.

A la oleada de impulsos genitales se suman los que perduran de la sexualidad infantil: los deseos orales que aparecen en la bulimia, la anorexia, la toxicomanía, los deseos anales de la suciedad, el vagabundeo, la violencia y el sadismo, las perversiones que provienen de la etapa fálico genital acentuadas por la liberalización de las costumbres.

El consiguiente y necesario despegue de las figuras parentales puede llevar a la reactivación de otras modalidades de relación aún más tempranas, las llamadas *diádicas* o *narcisistas*:

A la espera de encontrar en el mundo externo figuras que reemplacen a los padres edípicos, el adolescente se puede recoger sobre sí mismo, remontarse a épocas donde era la joya, la perla a los ojos de su madre: buscar recuperar la completud narcisista, la perfección, ser el único, el ideal, el más fuerte, el más hermoso, el mejor.

² Freud, S. “Tres Ensayos para una Teoría Sexual” (1905). En: *Obra completa* Tomo VII, Amorrotu, Buenos Aires, 1992;208.

Se retrae, se esconde en su mundo interior y pasa largas horas en exquisitas ensañaciones. Cuando sale, vuelca estos caracteres en sus vínculos con sus objetos, los que han de ser vistos como *un doble confirmatorio de sí mismo*. Se anda buscando en los compañeros, en los ídolos, en el amor o en cualquier actividad. *Amar lo que se desea ser*. Así se consagra a un amigo del alma, como un doble gemelar que lo es todo y único, con quien se hace un pacto de por vida³, o se sueña con una pareja a menudo inalcanzable, lo que por el momento puede entorpecer el hallazgo de una opción más realista.

Lo que caracteriza a estos *vínculos ideales*, en los que el sujeto se toma como modelo, es su intensidad pasional, ser todo o nada, posesivos, exclusivos, sin matices. Y en eso estriba su extrema fragilidad:

Los vínculos narcisistas a los que el adolescente recurre defensivamente, se pierden ante la más mínima decepción o desencanto, real o figurada. Por eso suelen ser transitorios, frustrantes y dolorosos.

DE LA SEXUALIDAD INFANTIL A LA SEXUALIDAD ADULTA

Al principio de la adolescencia reaparece en pleno la organización genital, que va a tener que ir despojándose de sus connotaciones infantiles para ponerse al servicio de nuevas **metas de la sexualidad adulta**:

a) La trabajosa fusión de la corriente sensual y tierna de la sexualidad permitirá el hallazgo de un *objeto erótico* con el que se tenga un vínculo no solo sexual sino amoroso. La apertura hacia la relación amorosa plena exige la elaboración

y aceptación de la diferencia de sexos, el asumir el propio y el de la pareja. Y con la aceptación de la alteridad, el reconocimiento del sexo opuesto en uno y el de uno en el otro, como aceptación simbólica de la sexualidad de ambos padres.

b) La plena realización del *coito*, su culminación en un *orgasmo* pleno y la posibilidad de la *procreación*. El apareamiento es necesario para generar un clima de intimidad en la pareja donde comience a tener lugar esa mixtura de sentimientos tiernos y sensuales, en una atmósfera de paternidad futura que dé lugar al desarrollo y al crecimiento mental.

El encuentro con este nuevo objeto que se busca es en parte un *reencuentro* que viene a representar los objetos del pasado y aliviará el duelo por los objetos perdidos de la infancia. Pero antes tendrá que recorrer un camino de experiencias, pleno de incertidumbres, sobresaltos y dudas: ¿tendrá un pareja, podrá retenerla, será heterosexual, homosexual o sólo se quedará a sí mismo?

*El resolver este conflicto y acceder a la sexualidad plena significa para el adolescente poder renunciar a la sexualidad fantaseada con la pareja de los padres, de sus componentes infantiles y en su lugar aceptarla como fuente inspiradora de la que, de ahora en más, será la propia.*⁴

Con el tiempo tendrá que llegar a aceptar las diferencias, el asumir el propio sexo y el reconocimiento del opuesto, en el ejercicio de una sexualidad que posibilite la integración y recreación de los aspectos masculinos y femeninos de *ambos* en la pareja.

La **masturbación** reaparece en la adolescencia como una manifestación de los conflictos en torno a la sexualidad. Pro-

³ Mantykow, BS de. "El amigo íntimo de la adolescencia: su lugar en el proceso psicoanalítico". *Psicoanálisis* XIII 3, 1991.

⁴ Meltzer, D. *Estados sexuales de la mente*. Kargieman, Buenos Aires, 1974.

viene de una larga historia de sensaciones autoeróticas y experiencias de la infancia. Es una actividad específica de esta etapa y tiene a su favor el contribuir a la integración de las distintas pulsiones pregenitales bajo la primacía genital.⁵ Pero por estar ligada a los objetos incestuosos se transforma en una actividad que genera ansiedad y sentimiento de culpa inconsciente, lo que puede derivar entre otras cosas en todo tipo de síntomas neuróticos e hipocondríacos o en una tendencia a accidentarse.

Más que una manera de satisfacción sexual es una forma de liberarse de la excitación o de los variados afectos con que inicialmente el adolescente la confunde. Cuando trata de evitar el dolor que implica la renuncia a los padres y a la sexualidad infantil, la masturbación aparece como consuelo. Le aporta la ilusión de ser todo a la vez, el niño autosuficiente y el adulto sin todavía serlo. La masturbación tiene un propósito experimental, pronto se da cuenta de que genera intensos conflictos y trata de controlarla. Entonces se torna fácilmente compulsiva por lo que aparece como un *sin sentido* más en su vida. Si insiste en evitarla, entabla una batalla que se puede expresar como extrema ansiedad o de otra manera en síntomas corporales o equivalentes compulsivos, como jugar con todo tipo de objetos, hurgarse la nariz, la ropa, los útiles, etcétera.

LA ADOLESCENCIA ES UNA CRISIS, UNA CRISIS DE IDENTIDAD

En la mayoría de los adolescentes, la identidad entra regularmente en crisis. Pero, ¿qué es la identidad? En cualquier etapa de la vida,

la identidad es un sentimiento complejo que brinda una sensación de continui-

dad existencial por la que el sujeto se reconoce a sí mismo y lo reconocen, a pesar de los cambios que simultáneamente experimenta.

Le permite sentirse el mismo que fue y que previsiblemente será, proyectado al futuro. La identidad define la suma de las experiencias del sujeto con los objetos por las que se identifica a sí mismo y lo identifican. Por lo tanto,

el sentimiento de identidad se construye en base a identificaciones que en parte se mantienen invariables y en parte cambian y se modifican.

La identificación es un mecanismo mental automático e inconsciente que admite dos modalidades: 1) el Yo del sujeto se transforma según el modelo del objeto (*se identifica al otro en uno*). Si en la base de este mecanismo predomina un lazo de amor, lo que se tome del objeto se asimilará al Yo y lo hará crecer. Si en cambio predomina el odio, el Yo se identificará con algún aspecto con el que estará en conflicto; 2) el Yo del objeto es tratado como el del sujeto, el Yo se confunde defensivamente con él (*se identifica a uno en el otro*, una de cuyas consecuencias es empobrecer al Yo). Un ejemplo de esta última modalidad se manifiesta en la dinámica del adolescente en los grupos (*ver infra*).

La identidad sufre distintas alternativas a lo largo de la vida y entra en crisis cuando se ven amenazadas las identificaciones que la sustentan.

En el adolescente, por los cambios corporales que experimenta y por los que sufre su relación con los objetos parentales, entran en crisis las identificaciones (lo que en ocasiones significa desidentificarse) y con ellas, la identidad.

⁵ Bios, P. "On Adolescence". *The Free Press* 1962;159.

En efecto, pierde el sentimiento de sí mismo (*self*) con el que estaba familiarizado, cambia la naturaleza del lazo con los padres de la infancia y los significados con que investía su propio cuerpo. Tiene que terminar de resolver su sexualidad infantil y necesita acceder a algo radicalmente nuevo que aún no conoce. Aspira a salir del espacio familiar y está aún perdido en un medio social que no domina.

Debe abandonar modelos del pasado muy ligados a los padres y crear los suyos propios. *Conscientemente*, el adolescente parece rechazar casi todo lo proveniente de los padres mientras que *inconscientemente* está abocado al doloroso dilema de lo que va a aceptar, rechazar o modificar de cada uno de ellos como parte de sí. A veces se va a definir por lo opuesto a lo que supone que se espera de él en una especie de *identidad negativa*. En el borde, la anorexia del adolescente testimonia su terca voluntad de *no ser*.

Los cambios súbitos e inesperados que experimenta hacen que su identidad entre en crisis, se desconozca a sí mismo y experimente fuertes sentimientos de *extrañamiento* en su persona al punto de que no llegue a saber quién es ni lo que se espera de él, una especie de *identidad difusa*.⁶ A veces el adolescente no siente en él esa continuidad entre el que se comprometió a algo y el que no lo pudo cumplir.

EL ADOLESCENTE EN EL GRUPO Y EL GRUPO ADOLESCENTE

Al comienzo, el adolescente tiende a integrar una vida social en grupos, barras o patotas que es útil porque le brinda límites al desborde emocional que no puede contener en su mente. Lo alivia depositar en sus compinches aspectos mentales contradictorios no resueltos aún en él.

Proyecta en los integrantes del grupo los conflictos referentes al adentro y el afuera, lo masculino y femenino, adulto y niño, activo y pasivo, dependencia y autonomía, lo bueno y malo en el marco del despliegue de impulsos grupales que pueden llegar a ser antisociales o francamente delictivos.

Las diversas tendencias presentes en el grupo pueden ser asumidas por el miembro adolescente más enfermo. Cuando en el grupo llegan al extremo, al límite, es cuando se sienten vivir. Cada uno sostiene al miembro que actúa por los demás. El grupo le aporta conocimientos que el adolescente no quiere recibir de otros, menos de los padres u otros adultos. Comparten entre ellos las primeras experiencias: la menarca, las salidas, los manoseos corporales, la masturbación, las relaciones sexuales, las drogas.

El grupo adolescente es un grupo de individuos aislados, sostenido por algunos intereses en común, pero con poca dinámica interna, lo que no quiere decir que en algunos casos los vínculos que en él se generan no puedan durar toda la vida.

En general, al principio, los integrantes del grupo pertenecen al mismo sexo por los temores que la sexualidad despierta. Pero pronto, el pasaje por cierta relación homosexual en las pandillas se disuelve en favor del apareamiento heterosexual. Entonces, del grupo emergen las parejas a la superficie de la vida adulta. Algunos se animan antes, el resto puede considerarlo como traición y abandono hasta que otros los siguen por el camino que los más *audaces* abrieron a los demás.

Los primeros emparejamientos plantean toda clase de dudas repetidas hasta la obsesión. Se instalan inicialmente como ejemplo de vínculos narcisistas (*ver supra*), están sostenidos por toda clase de idealizaciones que hacen aparecer al objeto de amor

⁶ Erikson, E. "The Problem of ego identity". *Jour. of the Am. Psych. Ass* 1956;(4).

como “el único en el mundo”, “al fin encontré la perfección”, para desilusionarse en el mayor de los desconsuelos y reanudar poco después la búsqueda. En algunos casos, la búsqueda de objeto puede ser defensiva ante la soledad o como huida prematura de la órbita de los padres a la que sienten agobiante.

EL ADOLESCENTE EN EL MUNDO

La sociedad, en distintas épocas y contextos, ha enfrentado los cambios que la conmocionan por medio de rituales o ceremonias de pasaje, que de alguna manera atenúan el impacto emocional en la medida que resulta reglamentado. Son *ritos de iniciación o de tránsito* donde el propósito es pasar de un estado a otro sin solución de continuidad: el niño es adulto de golpe o adquiere una identidad sexual única e inequívoca que lo deja a salvo del doloroso periodo de transición con sólo pasar una ceremonia.

Como ejemplo de ritos iniciáticos, en Medicina, hasta hace poco, se realizaban en las guardias ceremonias con los practicantes recién ingresados, en cuya noche de bautismo debían pasar por alguna prueba muy exigente, afrontar un peligro o alguna situación límite que le otorgaba al iniciado, si pasaba, el peldaño inferior en la escala hacia el estatus de *médico*, antesala del oficial que otorgaba la Facultad de Medicina. El candidato adquiría de golpe los blasones de una nueva hermandad, la *médica* y tenía desde entonces, el derecho de hacer lo mismo a los que llegaban después de él.

La sociedad occidental ha perdido la costumbre de ritualizar el pasaje adolescente. Le otorga un tiempo a la espera de su crecimiento y maduración. El mundo adulto puede preservar los límites del mundo adolescente, cuidar el desarrollo de lo que contiene como torbellino. El adolescente,

que cuestiona *lo establecido* aporta un ingrediente cuestionador a la dinámica y al cambio social. Winnicott señala que es importante que esta sociedad le brinde al adolescente un tiempo a la espera de las transformaciones que le otorgarán el estatus de adulto.

Pero no es una actitud gratuita: el adulto debe aceptar el elemento de tensión que supone el mundo adolescente en su seno, el precio que paga por esta concesión es que debe aprender a convivir y aceptar que hay un potencial violento en ella. La sociedad puede tener muchas ventajas en tolerar este mundo que convive en su seno si no se entrapa en esa mezcla de desafío y dependencia que le propone el adolescente.⁷ Para el adolescente, este tiempo de espera puede resultar angustioso porque no puede tolerar las dudas y las incertidumbres de lo que significa estar en tránsito. Como no soporta la espera, el remedio es *la acción*.

PARA EL ADOLESCENTE, LA VIDA ES ACCIÓN

La adolescencia exterioriza sus conflictos en la acción e involucra en ello a los que tiene a su lado. Tiene poca capacidad para contenerlos con el pensamiento y poco tiempo para la reflexión pues le resulta intolerable por lo dolorosa. Por ejemplo, sus necesidades infantiles de dependencia por un lado y sus deseos de autonomía por otro se ponen de manifiesto en una lucha despiadada y sin cuartel con los adultos en torno a los *límites* (de horario, dinero, compañía, etcétera).

Puede utilizar el espacio social con conductas francamente antisociales que parecen inconscientemente destinadas a provocar a alguna autoridad externa que lo ayude a recuperar los límites. Algunas veces estas conductas aparatosas ceden pronto con ayuda psicoterapéutica.

⁷ Winnicott, D. *Op. cit.* 1963.

Solo parece sentirse *real* y él mismo si se pone a prueba, si rechaza el rol que, él supone, los adultos le asignan. Solo acepta pasar por todo lo que hay que pasar, sin que ningún otro pueda vivirlo por él ni le indique qué tiene que hacer. Por supuesto, la transición a formas fronterizas de acción está siempre presente, tanto en los desarrollos en salud cuanto en los que bordean la patología de la delincuencia o la drogadicción.

...Y LA ADOLESCENCIA COMO ESTADO MENTAL

Pero la adolescencia no es sólo una crisis que se vive en un período circunscrito de la vida. Es un estado mental de turbulencia emocional, de cambios imprevisibles y de crecimiento potencial que confronta con los valores establecidos. Como **estado mental** puede cuestionar la estabilidad de la identidad en cualquier momento de la vida. En ese sentido, la adolescencia, como potencial de la mente para crecer y renovarse nunca termina y en buena hora. Retroactivamente,

el adulto vive la adolescencia como la siempre renovada posibilidad de cambio, rejuvenecimiento y crecimiento en la vida: dejar el pasado y comenzar de vuelta.

Algunas tendencias actuales, familiares y sociales tienden a anticipar la adolescencia, a acelerar su pasaje. Pueden conseguir una **adolescencia prematura**. Cuando no culmina adecuadamente, la vida entera se transforma en una **adolescencia interminable**. Por el contrario, algunos sujetos postergan la crisis por dificultades emocionales y más tarde pueden recaer en algo parecido a ella, pero a destiempo, en la mitad de la vida y con sus propios hijos adolescentes.

El adulto racionaliza estas conductas adolescentes con el “solo se vive una vez”. Se trata de una **adolescencia tardía**: esta situación estalla frente a frustraciones ligadas a la vida amorosa o profesional, *donde no se tolera el verse reducido a lo que se es, a tener que poner límite a las fantasías narcisistas de renovación perpetua, mientras la irreversibilidad del paso del tiempo se hace sentir*.

Para la Medicina se trata de una situación importante porque marca la disposición a la aparición de patología corporal o mental específica de la edad media de la vida –hipertensión, úlcera, depresión o actuaciones– (*ver capítulo XVII*).

Muestra cuán necesario es que los adolescentes tengan su adolescencia en su momento, cuando los cambios corporales lo requieren y la familia y la sociedad se lo permiten (aunque sea a regañadientes).

EL ADOLESCENTE Y LA MEDICINA

La adolescencia es un momento del ciclo vital con riesgos específicos por los que la Medicina es llamada a intervenir con frecuencia. Solo se mencionan algunos:

Es un período crítico para iniciarse en la experimentación con drogas, a veces en una típica secuencia: tabaco, alcohol, marihuana, sedantes, psicofármacos, cocaína, etcétera. El abierto desafío y la negación omnipotente de la muerte llevan a altas tasas de muerte por accidentes y suicidio.

Embarazos cada vez más tempranos se han convertido en un verdadero problema de salud por la morbilidad física, psicológica, socioeconómica involucrada en la adolescencia. Casi un cuarto de todas las adolescentes en Estados Unidos se embaraza antes de los 18 años; solo la mitad de esos embarazos resultan viables.⁸ De

⁸ Brooks Gunn, J. “Chase Lansdale Pl. Children having children: effects on the family system”. *Pediatr Ann* 1991;20:467-481.

acuerdo a un estudio reciente, de los estudiantes adolescentes sexualmente activos, sólo el 40% de las mujeres y el 49% de los varones usaban métodos anticonceptivos.⁹ Las complicaciones médicas del embarazo adolescente son 4 ó 5 veces mayores. La prevención de los embarazos no deseados es un tema frecuente en la adolescencia: cuando ocurren requieren sostén emocional y ayuda para explorar opciones como el aborto, adopción, matrimonio o maternidad soltera.

También es complejo el manejo de las enfermedades de transmisión sexual, como el herpes y el HIV. Dado el largo periodo de *incubación* del HIV, muchos adultos jóvenes enfermos se presumen infectados durante los años de su adolescencia. El número de casos entre los adolescentes aumentó dramáticamente en EEUU un 53% entre 1988 y 1990 y es la séptima causa de muerte entre los 15 y los 24 años. Proporcionalmente con relación al grupo adulto (varones 10:1), el riesgo de infección es mayor entre las mujeres adolescentes (varones 3:1).¹⁰

EL ADOLESCENTE FRENTE AL MÉDICO

El adolescente mira con recelo al mundo de los adultos y sus representantes: por un tiempo llega a creer que *ellos* lo tienen todo, dinero, poder, sexualidad y no lo quieren compartir con ellos.

Con el médico puede establecer un vínculo donde muestre una fuerte tendencia a desconocerlo en su rol profesional o una tendencia a utilizarlo en el cumplimiento de sus ideales. Puede sentir una especial intolerancia a la *asimetría* de la relación médico-paciente, que

si se impone con fuerza será vivida como una muestra de desamor. Lo puede sentir como alguien que quiere arrancarle información o secretos sobre la masturbación. Otras veces podrá proponer una relación como entre pares y se sentirá ofendido si no se la acepta. Puede que desconfíe de un médico que él crea que “se lo sabe todo”.

El adolescente no siempre desea ser comprendido porque está en una etapa de descubrimiento personal, comprometido en una experiencia de vida. No quiere soluciones y menos soluciones falsas, acepta sólo aquello que siente *real*: encontrar su propio Yo a quien serle fiel. No tolera ayuda porque todavía no acepta compromisos. Rechaza lo que se le ofrece como sustitutos vicarios. Debe empezar por el comienzo, como si no pudiera tomar nada de nadie. Lo del otro no sirve y es rechazado. Para él, la experiencia no es transmisible porque la vida es algo para ser vivida, no contada por los demás. “La buena onda no se mide, se vive”.¹¹ Es útil que el médico recuerde que el adolescente en ocasiones,

necesita desafiar en un contexto donde pueda confiar en que sus necesidades serán respondidas y contenidas por el mundo de los adultos.

El adolescente quiere tomar una responsabilidad creciente en el manejo de su cuerpo y su salud. La pérdida de la autonomía y la privacidad que la enfermedad supone le es especialmente dolorosa. Cuando es crónica e inhabilitante, se siente humillado y *diferente*. Puede evitar cumplir los requisitos del tratamiento o sabotearlos, a veces con ayuda de los pares.

⁹ “Center for disease control, sexual behavior among high school students”. *JAMA* 1992;267, 628.

¹⁰ Bowler y col. “HIV & Aids during adolescence in U States: incrising risk”. *J Adolescence* 1992;15:345,371.

¹¹ De una adolescente, Paola, luego del trágico incendio en una discoteque. *La Nación* 20 XII 1993.

EL MÉDICO FRENTE AL ADOLESCENTE

El médico puede responder al adolescente desde su rol profesional, pero inconscientemente desde el lugar que fue su propia adolescencia. Puede a) estar tentado a *jugar* el rol de autoridad y ayudar a *enderezar* al adolescente o querer funcionar en alianza con los padres; b) invertir las generaciones y fantasear que su paciente adolescente representa una figura parental prohibida; c) puede tratarlo como un adulto y no detectar sus necesidades de dependencia y desvalimiento; d) incentivar inconscientemente una actividad sexual, normal o promiscua, o condenarla sutilmente; e) puede envidiar que le lleguen al joven los mejores años de la vida, cuando él dejó atrás los suyos hace tiempo; f) puede tratar de aplacarlo, apaciguarlo, idealizarlo, suponerlo fuerte, sexualmente poderoso.

En todo caso, la gran amenaza para el médico es la parte del adulto que no tuvo su adolescencia, que lo lleve a sentirse resentido con estos jóvenes que se toman tiempo para encontrar una solución para ellos. El tema es cómo enfrentar el desafío en lugar de suponer que tiene que hacer algo para tratar de *curarlo* de la adolescencia.

Por todas esas consideraciones, el trato del médico con el adolescente no es cosa fácil:

Los temas por los que el adolescente consulta: drogas, sexualidad, embarazo, aborto, etcétera, obligan al médico

a una profunda revisión de sus ideales, convicciones y valores como paso previo a decidir si está en condiciones de tratarlo.

EL FINAL DE LA ADOLESCENCIA, EL COMIENZO DE LA ADULTEZ

El tránsito a la adultez es gradual y difícil de precisar. El proceso de la adolescencia alcanza alguna de sus metas y deja incumplidas otras. Los intentos regresivos al pasado que intentaron soslayar el sufrimiento se resuelven, el impulso progresivo al crecimiento se reanuda, asoman los primeros logros en el área de la vida amorosa y vocacional, indicadores de los cambios internos ocurridos.

Los objetos parentales internos, por haber atenuado sus atributos todopoderosos, permiten *identificaciones matizadas*, integración y asimilación de cualidades anteriormente incompatibles en una nueva y original configuración que da lugar en el joven a *una nueva identidad*, dentro de la que sentirse “como en casa”.

Al cuestionar las relaciones basadas en la verticalidad, el joven que va camino a la adultez se inspira ahora en ideales propios, no en la obediencia y el temor a los padres. En el mejor de los casos, éstos se transforman internamente en figuras de protección, que alientan el despliegue de las capacidades y talentos del sujeto que se pondrán en juego en un *proyecto vital de futuro*.

XVI

ACERCA DEL DORMIR Y DEL SOÑAR

*Si el sueño fuera (como dicen)
una tregua, un puro reposo
de la mente, ¿por qué si te despiertan
bruscamente, sientes
que te han robado una fortuna?*

J. L. BORGES, "El Sueño"

La alternancia periódica entre *vigilia* y *reposo* es la manifestación más llamativa de ciertos ciclos biológicos. Como la temperatura, los procesos metabólicos y endocrinos forman parte de los llamados *ritmos circadianos*. En distintos momentos del día hay diferencias en los niveles de alerta, atención y concentración, donde algunas personas rinden mejor que otras (trabajo, estudio, etcétera). Por la noche también varían los niveles de profundidad del reposo. Por lo tanto, el reposo y la vigilia son estados que, más allá de sus obvias diferencias deben ser considerados en conjunto con una visión integradora.

Desde la década del 30 se conoce que el dormir es un fenómeno *activo*, no *pasivo*, cuya fisiología cardiovascular, respiratoria y neuroquímica difiere de la de la vigilia.

Pero no es sólo su carácter de necesidad somática la que convoca su estudio. El dormir, un período que abarca un tercio de la existencia humana, de ninguna manera puede ser indiferente para la Medicina y sus cuidados.

El dormir es un estado normal, recurrente, reversible y espontáneo, caracterizado por variables fisiológicas, conductuales y **subjetivas**. Durante el estado de reposo emergen **sueños** que expresan aspectos significativos de la vida mental del soñante.

En este capítulo se hace referencia al dormir como experiencia subjetiva y a la importancia de la función de los sueños para la salud mental de las personas.

EL DORMIR COMO ESTADO SUBJETIVO

Para el imaginario popular, el dormir tiene que ver con la necesidad de un descanso reparador por la actividad de una vigilia de la que hay que recuperar-

se.¹ Es vivido como el entregarse pasiva y placenteramente al reposo. Parece ser una *necesidad corporal* aunque no está claro aún del todo de qué tipo.² Como quiera que sea, ella se expresa subjetivamente como *deseo de dormir*, a instancias del cual el ser humano se permite diariamente el reposo.

La relación sueño-vigilia no tiene el sentido de una exclusión total y recíproca. Aparentemente las diferencias entre dormir y estar despierto parecen obvias: como opuesto a la vigilia, el dormir remite a la ausencia de conciencia, a la interrupción de los estímulos perceptivos y a la parálisis de la motilidad voluntaria. Pero no hay que extremar estas diferencias pues existen hechos que la atenuan: en la noche, los sueños *despiertan* al sujeto momentáneamente mientras le permiten seguir durmiendo. Como lo dice Freud (pág. 563) “todo el tiempo que dura el dormir sabemos que soñamos con la misma certeza con que sabemos que dormimos”.³

Pero, ¿cómo es que se puede tener conciencia estando dormido? En el estado de reposo la vida mental inconsciente es capaz de extensos rendimientos para la vigilia de los que la actividad onírica revela sólo fragmentos. A su vez, muchos estados de vigilia poseen por momentos una cualidad onírica especial con un trasfondo de ensoñación característica que los ubica, junto al sueño, entre los fenómenos de la mente que comparten un estado de transición entre *el estar plenamente dormido o plenamente despierto*. La labor científica o la creación literaria pueden surgir en esas condiciones,

óptimas para la producción imaginativa de la mente.

Dentro de la Psicopatología se sabe del psicótico que no puede distinguir por momentos si está dormido o despierto, una de las razones por las que no sueña. Puede tener alucinaciones en lugar de sueños. Cuando se recupera de su episodio agudo vuelve a soñar. Estos ejemplos permiten matizar, desde el punto de vista subjetivo, las diferencias entre vida diurna y nocturna. Señala, además, que la conciencia no es sinónimo de lo psíquico, sino uno de sus atributos posibles y que de hecho puede faltar.

El estado mental del Yo cuando duerme se caracteriza por un retiro casi total del mundo que lo rodea y el cese de todo interés por él. Se clausura a los estímulos perceptivos que provienen del exterior, no hace caso para nada de las sensaciones que le sobrevienen mientras duerme. Cuando por su intensidad no puede menos que reconocerlos, busca interpretarlos de tal modo que los estímulos aparezcan en una situación deseada como parte de un sueño, compatible con seguir durmiendo un tiempo más. Paradójicamente, algunos estímulos externos poco audibles, si son *significativos* pueden despertar, como a la madre un ligero movimiento del bebé. Asimismo la motilidad activa está excluida, adoptándose una postura acorde con la necesidad de reposo.

De manera que el Yo clausura percepción y motilidad, se cierra sobre sí mismo y se entrega al reposo anhelado por un deseo consciente de dormir.

¹ Así lo fue también para los científicos hasta que la introducción del EEG y el estudio de los fenómenos REM (*rapid eye movement*), en la década del cincuenta, descubrieron en el dormir períodos que se asemejaban más a la vigilia, la llamada fase *paradojal* (sueño paradojal), mientras el noREM estaba más ligado al reposo reparador (sueño lento). Se comprobó también que los sueños ocurren en el período Rem en el 60 a 80% de los casos.

² La privación prolongada del dormir en ratas por 6 a 33 días con movilidad forzada ha resultado en debilitación severa y muerte de los animales pero no de los testigos. Éstas y otras experiencias apoyan la idea de que el dormir es una función fisiológica vital. Se conoce una experiencia de un estudiante de 17 años que estuvo 264 hs. sin dormir, luego durmió 15 hs. seguidas. Los estudios de privación del sueño no revelan efectos específicos a largo plazo.

³ Freud, S. “La interpretación de los sueños” (1900). En: *Obra completa* Tomo V y VI. Amorrotu, Buenos Aires, 1992.

Todo deseo es un intento de recrear una situación pasada vivida de forma placentera. En relación con el deseo de dormir, Freud dice que, "...al nacer se ha engendrado una pulsión a regresar a la vida intrauterina abandonada, una pulsión de dormir. El dormir es un regreso tal al seno materno" (pág. 164).⁴ Cumple las condiciones de estado de paz, de calidez y de apartarse de los estímulos. Muchos hombres vuelven a adoptar dormidos una posición fetal.

El Yo se entrega al deseo de dormir y lo realiza produciendo en su interior las alteraciones que lo hacen posible. En el dormir se recrea un estado donde todos los intereses del Yo estarán volcados sobre sí mismo (narcisismo). También se vuelve a un funcionamiento primitivo de *realización alucinatoria* de los deseos, lo que permite la transformación de ideas abstractas de la vigilia en las imágenes concretas de los sueños: los pensamientos se representan en imágenes que se proyectan en una especie de pantalla, *la pantalla del sueño*.

TRATANDO DE CONCILIAR EL SUEÑO

El deseo de dormir, por placentero que sea a la hora de realizarse, no está exento de contrariedades. Al irse a dormir, algunas personas cuidan que se establezcan determinadas condiciones: cada noche repiten de la misma manera una serie de actos cuyo incumplimiento les molesta. Se conocen como *ceremoniales del dormir*. Son rituales que denuncian el período sensible que hay que transitar de la vigilia al dormir como potencialmente generador de ansiedad. El ritual es una defensa que se genera ante una situación temida. Una persona *normal* puede cambiarlos llegado el caso, pero el neurótico no, los realiza compulsivamente y los cubre de racionalizaciones. Cuando el

temor es muy intenso, el ceremonial puede convertirse en una manifestación de una *fobia al dormir* la persona no puede irse a dormir, una condición común en los niños.

Algunas personas se duermen de golpe, *caen* de una manera súbita, otras lo sienten de manera gradual con despertares intermitentes.

Con el dormir se relaja sin desaparecer del todo la censura del Yo, que durante el día ha permanecido operante automáticamente en todo momento impidiendo la aparición de ideas o deseos incompatibles con él.

Por esa razón, puede que el Yo experimente temores a entregarse al dormir por sentirse expuesto a tentaciones prohibidas: a deseos libidinales o agresivos inconscientes y su correlato, la masturbación, poluciones nocturnas o lo que a veces son su equivalente en los niños, la enuresis. Por momentos, la persona puede temer dormir por terror a soñar, a las pesadillas, al castigo que suponen ciertos deseos. Dormir puede significar no despertar, una variación del temor a la muerte. O por el temor a *los cambios regresivos* que le ocurren al Yo en el adormecimiento (que se expresan como sensaciones de caerse, hundirse, fuertes sacudones), el dormir puede ser vivido como la posibilidad de un temido descontrol cercano a la psicosis.

Durante el adormecimiento pueden emerger ideas que se mudan en imágenes visuales y acústicas, *alucinaciones hipnagógicas*, que suelen aparecer en algunas personas aún después de abrir los ojos. Los temas de estas imágenes luego se continúan en los sueños. Algunos *insomnios* llamados *de comienzo* son típicos del inicio del dormir, más frecuentes en personas jóvenes y tienen que ver con situaciones de ansiedad.

Las experiencias del despertar también merecen ser comentadas. A una paciente de

⁴ Freud, S. "Esquema del psicoanálisis" (1938). En: *Obra completa* Tomo XXIII. Amorrortu, Buenos Aires, 1992.

46 años, casada sin hijos por una esterilidad que no pudo superar, se le descubrió inesperadamente un cáncer de mama. Fue operada y a continuación empezó a recibir quimioterapia, que le ocasionaba mucho malestar y le provocaba trastornos con el reposo (*ver sus sueños, infra*).

Al despertar en esos días, percibía un cuerpo durmiendo al lado suyo, que creía era el de su madre, a quien añoraba intensamente es esos momentos. La madre había muerto muchos años atrás de cáncer. Le llevaba varios minutos darse cuenta con terror de que se trataba del esposo, la sensación de perplejidad y desconcierto le duraba varias horas. También revivía los momentos en que se iba a la cama de sus padres cuando de niña estaba enferma.

A menudo es un sueño el que anuncia el despertar y las imágenes suelen perdurar ya con los ojos abiertos: *alucinaciones hipnópicas*. A veces es también un sueño que trata de evitar el despertar y el Yo puede, aunque sea temporalmente, seguir cumpliendo su deseo de dormir. Aunque no se lo recuerde, el *afecto* con que fue vivido un sueño puede perdurar durante todo el día.

Una relativa inhibición motora que sobreviene al despertar suele aterrorizar a ciertas personas cuando por unos instantes no pueden recuperar el control de su cuerpo. El comienzo del día es particularmente difícil para aquellos con tendencia a la depresión que suelen despertarse muy temprano, los llamados *insomnios del transcurso del sueño*, más frecuentes en edad avanzada.

Otras personas, por el contrario, utilizan el dormir como una defensa frente a una realidad desagradable. Los adolescentes tienen dificultades con el despertar en la mañana y siguen durmiendo todo el día. En ellos puede tener que ver con demarcar su propio mundo, el nocturno, como diferente al de los adultos.

Cuánto necesita dormir una persona es algo sujeto a variaciones individuales y al momento del ciclo vital.⁵ También importa la calidad del reposo y sus trastornos. ¿Qué significa dormir bien, pesado, ligero, profundo, etcétera? ¿De qué depende el grado subjetivo de profundidad del reposo? Se ha sugerido que la satisfacción sexual es el mejor somnífero y la posibilidad de un sueño profundo (en la línea del modelo de la satisfacción oral del bebé al pecho). Por el contrario, la insatisfacción sexual sería como la imposibilidad de conciliarlo. Hay pacientes que sufren de *pseudo insomnio*: se quejan de que no duermen pero algunos indicios demuestran que sí lo hacen.⁶

Toda una serie de manifestaciones clínicas señalan un dormir intranquilo: a) **apnea del sueño**, durante el reposo se notan pausas prolongadas de la respiración, ronquidos sonoros, vocalización nocturna, asfixia cíclica que puede derivar en arritmias cardíacas, sudoración profusa, cefalea matinal. El paciente se despierta varias veces, el reposo es pobre, la somnolencia diurna su resultado. Se deterioran las relaciones personales del paciente y el rendimiento cognitivo; b) **somniloquios**, la persona habla en sueños, dice cosas coherentes o incoherentes; c) **bruxismo**, contraer la mandíbula y rechinar de los dientes, lo que a la larga deriva en daño dental; d) **mioclonías nocturnas**,

⁵ La cantidad de tiempo dedicado a dormir es mayor en la infancia, estable en la vida adulta y disminuye hacia la vejez. El porcentaje de periodos REM y el estadio 4 del no REM (sueño profundo) es mayor en la infancia y declina con la edad. Stoudemire, A. *Human Behavior* Lippincott Co, Filadelfia, USA, 1998.

⁶ En términos subjetivos, los durmientes a quienes se despierta en periodo REM describen el dormir como *profundo* y los no-REM como *ligero*, lo que parece paradójico del *sueño paradójico*. Tal vez tenga que ver la sensación de profundidad con estar sumergido en sueños muy vívidos en ese momento.

patear o torcer las extremidades cada 30 ó 40 segundos, despertar repetido, hipersomnolencia diurna; e) **piernas inquietas**, ocurrir antes de ir a dormir, los pacientes notan sensaciones en las piernas que los incomodan y empiezan a patear, estirar las piernas tratando de calmarse; f) son importantes de consignar las **pesadillas** y el **pavor nocturno**, etcétera.⁷

De relevancia médica es la irrupción durante el sueño de ataques de angina de pecho, úlcera duodenal, asma nocturna, descargas epilépticas, hemoglobinuria paroxística. La hipersomnia como síntoma de la tensión premenstrual junto a un apetito voraz. El período previo a la psicosis puede ser precedido por la irrupción de pesadillas. Los trastornos del reposo aumentan la vulnerabilidad a las enfermedades cardiovasculares y el riesgo de muerte.

Éstos y otros ejemplos más señalan con toda claridad que ciertos procesos relativos al dormir y el trabajo elaborativo del sueño pueden estar involucrados en la patología de la clínica médica y psiquiátrica. En palabras de Aldous Huxley “que no estemos más enfermos y más locos de lo que estamos es debido exclusivamente a la más bendita y bendecida de todas las gracias naturales, el dormir”.⁸

LA VIGILIA Y SUS PROBLEMAS

Como fue consignado antes, las personas fluctúan su nivel de alerta y de conciencia durante el día. A veces tiene que ver con la calidad del reposo logrado durante el dormir; los efectos negativos sobre el ren-

dimiento mental y cognitivo son importantes; pueden generar problemas de trabajo o accidentes de tránsito; ciertos estados emocionales como la depresión o la ansiedad la disminuyen.

Muchas drogas causan excesiva somnolencia diurna, como los ansiolíticos, el alcohol, las drogas antihipertensivas, algunos antidepresivos, etcétera. Se puede padecer somnolencia y ganas irresistibles de dormir durante el día. En grado extremo se denomina *narcolepsia*: adormecimiento diurno persistente acompañado de *siestas* breves que *despiertan*, cataplexia, alucinaciones, parálisis del sueño, dormir intranquilo.

ACERCA DE LOS SUEÑOS

De todas las molestias que le provocaba el tratamiento con quimioterapia, la paciente mencionada anteriormente sufría mucho con la pérdida del cabello. En esos días contó un sueño:

Soñé que me iba a dormir y cuando a la mañana me despertaba me miraba en el espejo y me veía con una cabellera hermosa, de color plateado, me ponía muy contenta. Al mirar más atentamente veía que los cabellos no me nacían hasta la sien y me dejaban un casquete superior pelado...

Las imágenes expresaban el deseo de la vigilia de quitar de la vista mágicamente la calvicie que la martirizaba, de recuperar el cabello, de que le creciera rápido, como “de la noche a la mañana”. Que también desapareciera, por supuesto, el cáncer que padecía. La expresión “no me nacían” se refería a la interrupción de dos embarazos previos que

⁷ El pavor nocturno se produce al comienzo del dormir, durante la activación de la fase 4 del noREM: el niño suele despertarse con un grito de terror sin recordar lo que soñaba. Las pesadillas que ocurren en periodos REM, también despiertan al sujeto que recuerda su contenido catastrófico.

⁸ Huxley, A. En: Coren, S. *Sleep Thieves*. The Free Press, New York, 1996;175.

terminaron en abortos. Se veía en el espejo con el color de cabellos de la madre, muerta también de cáncer años antes. Recordó que la sesión del día anterior el médico le había dicho cosas que le parecieron *tiradas de los pelos*, que se quería sacar de la cabeza. El casquete calvo también tenía que ver con estar expuesta, a la intemperie, como en otros momentos de desamparo: cuando en su infancia tuvo varias internaciones para corregir quirúrgicamente un defecto congénito. Recordó que cuando nació un hermano menor y se sintió desechada en sus impulsos edípicos, también *deseó que él desapareciera*. Hubo muchas otras asociaciones...

En este sueño, como en otros, la paciente continúa en el reposo las ideas, preocupaciones y temores de la vigilia. Se llama **restos diurnos** a esta presencia de lo reciente que busca en el sueño una expresión. El sueño los recoge y en asociación con deseos disfrazados por la censura y recuerdos infantiles traumáticos son expresados visualmente en una especie de **escenario**.

El sueño es el resultado de la actividad psíquica inconsciente en el reposo, actividad que amenaza con interrumpirlo. En lugar de despertarse, el sujeto sueña.

Se llama **contenido manifiesto** del sueño a la experiencia alucinatoria consciente que el sujeto tiene durante el reposo y que recuerda total o parcialmente al despertar. Los deseos y pensamientos inconscientes constituyen el **contenido latente** o, en otras palabras, lo que el sueño significa. Como estos deseos e ideas están reprimidos no pueden manifestarse directamente salvo de una manera disfrazada o encubierta.

Un trabajo de elaboración transforma el contenido latente del sueño, una serie de ideas y preocupaciones de la vigilia a las que les son transferidos deseos reprimidos, en el contenido manifiesto,

una sucesión de imágenes visuales que las representan de manera enmascarada de modo de resultar irreconocible.

El contenido manifiesto es el que se recuerda al despertar y el que se relata. Por efecto de la censura, que se recupera al despertar, el sueño puede olvidarse en parte o del todo. Por el contrario, ciertos sueños se recuerdan toda la vida. Mientras sueña, el soñante cree firmemente en la realidad de lo que sueña porque intervienen restos perceptivos que se hacen *creíbles* al Yo. A veces, esta credibilidad puede ser puesta defensivamente en tela de juicio y sirve para desacreditarlo con un “esto no es más que un sueño”. El Yo consigue así no preocuparse por él y por lo que significa.

El contenido latente está constituido por: a) impresiones sensoriales nocturnas que llegan a los aparatos perceptivos clausurados en el dormir. Proviene del exterior —como los ruidos, la luz, el frío, el calor— o del interior —como el hambre, las urgencias urinarias, sexuales, el dolor, etcétera. Si son intensos pueden llegar a despertar aunque es notable cómo algunas personas pueden seguir dormidas en medio de graves conmociones.

Ciertos estímulos, sin embargo logran incluirse en el contenido latente del sueño: b) los problemas, temores, deseos, los pensamientos inconclusos, los intereses y las preocupaciones del día, *todo aquello que interesa a la actividad diurna actual del soñante*; c) el elemento más importante para la formación del sueño: los **deseos reprimidos infantiles** que provienen del pasado, están activos todo el tiempo y proveen la energía para generar el sueño.

Los deseos reprimidos pugnan por expresarse todo el tiempo y despertar al durmiente. En el trabajo del sueño encuentran una fantasía realizadora de deseo cuya gratificación permite su descarga y de esta manera pierden parte de su urgencia y su poder de despertar. Como la motilidad está

bloqueada, para que los deseos se cumplan encuentran una fantasía como sustituto que los realiza en imágenes.

Pero por lo general, el sueño que se recuerda no tiene nada de gratificante sino todo lo contrario, no parece expresar deseos cumplidos. Más bien, parece absurdo, irreconocible y a menudo no retiene ningún carácter placentero. El trabajo del sueño les crea a los deseos un disfraz, una distorsión que los hace irreconocibles. ¿Cómo lo logra?:

- a) por pertenecer a lo reprimido, parte del contenido latente del sueño ya está expresado de manera tal que resulta irreconocible. Las ideas y preocupaciones del día, los otros componentes del contenido latente, se transforman en imágenes visuales, seguidas por la *condensación* y el *desplazamiento* de todos los elementos de la fantasía realizadora de deseos.
- b) el Yo está interesado en no permitir la emergencia de deseos reprimidos o de ideas que causen displacer. Por lo tanto, aun durmiendo ejerce sobre el sueño una especie de *censura* que aunque disminuida por el reposo, ayuda a que el deseo se exprese pero de manera irreconocible.
- c) finalmente, cuando el sueño se manifiesta como tal, el Yo puede tratar de hacerlo comprensible, agregarle *sentido* lógico, racional, tornarlo menos absurdo, lo que se conoce como *elaboración secundaria*. Los sueños comparten con la *transferencia* una singular manera de hacer una puesta al día del pasado, recreando vivencias traumáticas y deseos infantiles con las circunstancias del presente que interesan y preocupan al soñante. En los sueños del análisis, el analista siempre está incluido en el contenido latente.

Se los recuerde o no, es muy importante que una persona pueda soñar pues le

permite una elaboración de sus conflictos y de sus tensiones. En principio, soñar es expresión de una función mental que está del lado de la salud.

Si bien para Freud *el sueño es el guardián del reposo*, también tiene una importante función elaborativa, esencial para la salud de la mente. El insomnio, el sonambulismo, las pesadillas, los *sueños blancos* atestiguan el fracaso del trabajo del sueño y su puesta fuera de circulación en cuyo caso no cumple su función protectora de la salud. Todo este tema se relaciona con las experiencias de *deprivación onírica*, donde a los sujetos se los pone en condiciones experimentales en que no pueden soñar.⁹

De particular importancia para la Medicina son las situaciones traumáticas graves: personas expuestas a graves accidentes, explosiones, conmociones, choques, etcétera. A continuación la persona tiene *sueños traumáticos* que al principio lo despiertan cada noche. Pueden hacerle revivir el momento del trauma con la posibilidad de elaborarlo gradualmente hasta hacer desaparecer su impacto inicial. La secuencia de estos sueños muestra una progresión en el sentido de una mejoría terapéutica. También las situaciones de graves enfermedades agudas que aparecen súbitamente, operaciones mayores, etcétera, pueden generar sueños que se repiten noche tras noche, como intentos de elaborar su impacto sorpresivo y desorganizante.

Es posible que el soñante tenga un saber sobre el sueño que hay que permitirle que descubra. Se ha mencionado el valor pronóstico y terapéutico del sueño en las enfermedades. En Grecia los pacientes iban a soñar en el templo, durmiendo en espera de un dios para curarse. Es útil mencionar la capacidad diagnóstica del sueño conocida desde la antigüedad: en el sueño los pade-

⁹ Deprivación de los sueños: ahora se sabe que también se sueña en los noREM y la supresión de los REM no son perturbadores y hasta pueden ser positivos para la depresión: si se utiliza como terapéutica la abstinencia de dormir, tras una noche sin reposo se mejora la depresión.

cimientos corporales incipientes se sienten antes muchas veces y con mayor nitidez que en la vigilia, todas las sensaciones corporales se representan agigantadas, a la manera de la hipocondría; permite el conocimiento anticipado de alteraciones corporales que en la vigilia pasarían desapercibidas. Una enfermedad mental puede comenzar con un sueño y retener una idea delirante proveniente de éste.

Luego de la quimioterapia la misma paciente del sueño anterior empezó con aplicaciones de rayos. En un momento le apareció una *erisipela* en un pie por lo que se le indicó tres aplicaciones de *benzetadil*. Con la segunda tuvo una complicación derivada de la inyección: un dolor lacerante en la nalga irradiado a la pierna que no le permitía tenerse en pie y la inmovilizó por varias semanas. La paciente pensaba en la próxima aplicación con terror. Unas horas antes de ir al médico para la inyección, mientras esperaba angustiada, dormitó unos minutos y soñó:

Mi mamá estaba barriendo el balcón de mi casa, yo desde el living la miraba, me agarraba porque me retorció al caminar y me podía caer, después iba al médico, parecía muy paternal, me sonreía dulcemente, me quería seducir... Me desperté más tranquila y me fui a dar la inyección.

El sueño alude plásticamente a dificultades que había tenido últimamente para sostenerse frente a esta adversidad. Contó que evitaba el balcón porque tenía miedo a caerse, una referencia a ideas de suicidio. Comentó que la mamá cuando vivía siempre la contenía y en el sueño parecía estar entre ella y el vacío protegiéndola. Recordó palabras del médico que le estaban aplicando rayos para *barrer* la presencia de restos de células cancerosas, la tarea que la mamá realizaba en el sueño. La relación temida con el médico que le generaba tanta angus-

tia se erotizaba en el sueño al transformarlo en una figura paternal y seductora. Se muestra el delicado *trabajo de elaboración* que el sueño realiza con la ayuda del funcionamiento del proceso primario (condensación, desplazamiento, etcétera) y como pudo contener, por lo menos en parte los temores y angustias de la paciente.

El sueño es un enigma a develar que interroga acerca de sus posibles significados, a quién van destinados y quién puede entenderlos. Los sueños reciben una particular atención en Psicoanálisis donde su contenido puede ser descifrado con un método muy riguroso.

Aunque el médico no necesite interpretarlos, debe prestar su escucha cuando aparecen y recordar el enorme significado que la función de soñar tiene para la salud mental del paciente.

Desde los años cincuenta, los investigadores descubrieron durante el reposo los períodos de movimientos rápidos de los ojos (REM) alternando con otros donde no se producían (noREM). Con el EEG se pudieron distinguir distintos trazados eléctricos que demuestran diferentes etapas del dormir, caracterizadas por su nivel de profundidad. Se puede hablar de una verdadera *arquitectura del estado de reposo* que ha permitido identificar (aunque no siempre) en qué momentos se sueña, cuándo no y qué efectos genera el interrumpir experimentalmente el reposo y el soñar.

Sin embargo, a pesar de todos los datos que aportan las Neurociencias sobre el dormir y los sueños, para saber con qué sueña un paciente, para comprender su significado y el sentido que tiene para su vida, es necesario que se despierte, que lo recuerde, que asocie libremente sus ideas al sueño y lo cuente a un analista calificado que lo pueda ayudar a interpretarlo.

XVII

SALUD MENTAL EN LA ETAPA ADULTA DE LA VIDA: LA ADULTEZ

Cuando culmina la adolescencia el ser humano ingresa en la *etapa adulta* de la vida, la que en el mejor de los casos podrá durar varias décadas. Para la Medicina el prototipo de paciente en esa etapa es una persona de sexo masculino y reserva la niñez, la mujer o la vejez a las especialidades. Conforme a un modelo de pensamiento prevalente, adulto es aquel individuo que ha alcanzado su forma corporal definitiva, madurez biológica y plenitud racional. Sin embargo, hace ya tiempo que ser adulto no se homologa a madurez o a racionalidad.

Las fases anteriores del desarrollo corporal humano no se conservan en ningún sentido, desembocan en las posteriores, a las que le sirven de material. Por el contrario, las adquisiciones mentales correspondientes a épocas pasadas no desaparecen del todo. “En la vida anímica no puede sepultarse nada de lo que una vez se formó, todo se conserva de algún modo y puede ser traído a la luz de nuevo en circunstancias apropiadas, por ejemplo, en virtud de una regresión de suficiente alcance”.¹

En la etapa adulta, pueden coexistir funcionamientos infantiles e inmaduros con otros más maduros e integrados. Cuando estos últimos llegan a tener el predominio, sostienen un estado mental propiamente referido como de adultez.

Si bien la *adultez*, como estado de la mente se esboza muy tempranamente y se detecta hasta en los niños pequeños², es en la etapa adulta de la vida donde enfrenta sus desafíos específicos. Como toda adquisición reciente del desarrollo resulta frágil e inestable, por lo que puede perderse o sucumbir a estados previos, en especial frente a situaciones adversas. A veces se la menciona como *parte adulta* de la personalidad en atención a su necesaria convivencia con aspectos infantiles y adolescentes. En ocasiones puede resultar contaminada con elementos de la psicopatología, aún de naturaleza psicótica.

Hasta no hace mucho tiempo se pensaba que con la *adultez* se alcanzaba un estado de relativa estabilidad de las estructuras mentales al que se llegaba luego del creci-

¹ Freud, S. “El malestar en la cultura” (1930). En: *Obra completa* Tomo XXI. Amorrortu, Buenos Aires, 1992;70.

² Harris M, D Meitzer. *Familia y comunidad*. Spatia, 1990;49.

miento de la niñez y la adolescencia. Hoy se la reconoce como un devenir de transformaciones y regresiones, un período de profundos cambios y posibilidad de nuevos logros. Resulta conmovida por conflictos referidos al emparejamiento, las relaciones sexuales adultas, el establecimiento de la familia, la paternidad, la elaboración de un proyecto de vida, la reacción frente a las pérdidas y al pasaje del tiempo, la inserción laboral o profesional, etcétera. Inclusive se puede distinguir un momento muy especial, como el de *la crisis de la mitad de la vida*.

Éstos son algunos de los puntos de la etapa adulta que son posibilidad de crecimiento o de vulnerabilidad y donde la adultez es puesta a prueba. A menudo se pueden generar en ellos problemas de salud por los que la Medicina es llamada a intervenir.

A diferencia de los cambios rápidos y profundos de la infancia y los turbulentos de la adolescencia, la adultez aspira a darle *continuidad, estabilidad y profundidad* a la existencia. Depende de la vitalidad de las experiencias pasadas y presentes con los objetos de la vida interior y exterior. Como lo señala Meltzer “la parte o estado mental adulto que es capaz de aprender de la experiencia crece en fuerza de manera constante con el paso del tiempo, instalándose ‘en el mundo como en su casa’. Como su seguridad y estabilidad está construida internamente, puede tolerar cambios extremos en el medio ambiente, la guerra y la paz, la felicidad y la tragedia, *la salud y la enfermedad*”³ (subrayado propio).

UNA APROXIMACIÓN GENERAL

Ciertamente, en la etapa adulta de la vida, *adultez* se aproxima pero no se homologa a

salud mental. No es fácil precisar las características que la definen. Ni evitar proponer una suerte de perfil ideal o deseable sin hacer intervenir teorías, valores o ideologías *a priori*. Alcanzar la adultez no es efecto del simple pasaje del tiempo. Tampoco de transitar meramente por las experiencias de la vida.

Los caminos que cada persona tiene para recorrer su vida de adulto son singulares e infinitos. La adultez es un estado mental posible. Es esperable que casi nunca se la alcance plenamente y mucho menos de una vez y para siempre.

El tema de *la adultez* deja pendiente un sinnúmero de problemas que no pueden tener una definición concreta. A manera de una aproximación general y siempre considerándola como estado mental, *la adultez* supone una serie de transformaciones en las estructuras mentales del pasado. Es,

a) el resultado de cambios que han estado ocurriendo en las relaciones internas con los objetos del pasado, que explica la transformación gradual que se observa en la relación manifiesta con los padres: antes, los padres internos habían sido sentidos como una relación autoritaria ante la que sólo cabría someterse o rebelarse, que proponían *metas* idealizadas que debían ser cumplidas inexorablemente, operando bajo temor al castigo o la necesidad de amor.

Este tipo de relación alcanzó su punto crítico durante la adolescencia. Ahora, los conflictos con los padres en torno a la dependencia se calman y mientras se atenúan los reproches del pasado se insinúa una mayor tendencia a la autonomía, a la emancipación, a una relación de mutualidad y de comprensión hacia ellos. De ver el mundo desde la perspectiva de los valores parentales, de suponer que si se cum-

³ Harris M, D Meitzer. *Op. cit.*, 1990.

ple con ellos, automáticamente vienen los premios, se pasará a tener que asumir los propios.

El que los padres no garanticen más la seguridad en términos absolutos introduce una sensación de fragilidad: poder ser sobrellevada requiere aceptar de ahora en más la dependencia de una buena relación *inter-na* con ellos. Sin que las polémicas del pasado estén clausuradas definitivamente, los cambios permiten estar en mejores términos con ellos. De esta manera,

en la adultez los objetos parentales pasan a ser fuente de inspiración, de anhelos y de reconocimiento por lo que se les adeuda. El sujeto comienza a sentirse motivado por un creciente sentimiento de responsabilidad personal hacia su propia vida y las cosas que emprende, lo que se constituye en la principal fuente de su autoestima.

Se diría que, con la *adultez*, la relación con figuras de autoridad pasa de tener una impronta de *verticalidad* como la vivida con los padres, a una de mayor *horizontalidad*, más fraterna, más simétrica e igualitaria, donde circule menos el poder del *autoritarismo* y más el reconocimiento de la necesidad de la *autoridad* otorgada y ejercida entre los hermanos (*ver capítulo XVI*). Recordar sin embargo que las características pasadas nunca se pierden del todo y reaparecen en cualquier momento: momentos de autoritarismo y autoridad se renuevan en la mente sin cesar.

Los años universitarios del pasaje del adolescente al adulto joven revelan los cambios internos a los que se hizo referencia: varía la perspectiva de la figura omnisciente del profesor que *sabe* todo a otra más próxima, más fraterna, más falible, que *ayuda* a pensar. Los estudiantes de Medici-

na, por ejemplo, perciben cómo se modifica su relación con el aprendizaje: en esos años pasan de una posición de pasividad, con un profesor al que le asignan todo el saber y el conocimiento, motivados por las exigencias de las notas y los exámenes, a una relación más *madura*, a considerarlo el tutor de una formación, el garante en el camino a recorrer hacia un conocimiento que no se agotará nunca.

En el pasaje *de ser estudiante a ser médico*, la identificación con el mentor⁴, marcada por los cambios en la relación parental, alimenta y modifica el idealismo de los primeros tiempos y ayuda en la transición hacia formas más realistas pero también más personales de funcionamiento clínico.

Con los años de experiencia médica, el alcance de este cambio aparecerá reflejado en un creciente sentimiento de responsabilidad, que permitirá al médico sentirse a cargo de un paciente y no sólo de una enfermedad.

Mientras tanto, como estudiante de Medicina dispone de todo un largo periodo de aprendizaje, experimenta distintas técnicas y va conformando su propio estilo personal. Como dijera un destacado clínico “Los conocimientos le pueden permitir (al estudiante) memorizar la totalidad de la *Anatomía* de Gray o el *Principio y Práctica de la Medicina* de Osler, pero solo cierta sabiduría (*wisdom*) puede enseñarle qué hacer con lo aprendido”.⁵ Aunque sabiduría o madurez no sean términos apropiados, la cita alude a la transformación interior y silenciosa que debe ocurrir en el médico entre la mera incorporación de conocimientos y el desarrollo de un adecuado juicio clínico que le demanda la profesión.

Sentido como algo disruptivo, es a veces la tendencia de estos momentos a cambiar

⁴ Mentor, consejero o guía. Méntor, amigo de Ulises, cuya figura tomó Minerva para guiar e instruir a Telémaco.

⁵ Robertson, D. “Can a Doctor be a Humanist?” En: *The Merry Heart*. McClelland & Stewart, Toronto, 1994.

de una tarea a otra, de un interés apasionado a otro, de *enamorarse* transitoriamente de una especialidad médica y pasar rápidamente a otra.

El retraso en iniciar las transformaciones que demandan estos momentos de la vida, indica conflictos que no han permitido una buena resolución emocional del vínculo con las figuras parentales. En lo manifiesto, el joven se puede ir del hogar, establecerse solo para intentar su independencia o permanecer con los padres según su propio tiempo personal. A veces, el desprendimiento es forzado, como cuando tiene que distanciarse de la familia para iniciar la carrera, y la situación genera síntomas.

Permanezca o no con los padres, si la separación no ha sido elaborada internamente se verá reflejada en depresión, problemas con el estudio, dificultades en establecer una pareja, no poder empezar a tener ingresos propios. Puede originar conductas regresivas de mayor dependencia y cuidado infantil o llegar hasta el abandono de los estudios.

Otras veces el conflicto se resuelve, por el contrario, disparando una búsqueda precoz de supuesta autonomía e independencia, más allá de lo que las condiciones emocionales pudieran sostener. Ya desde la infancia, algunos jóvenes han apelado a conductas basadas en la ilusión inconsciente de ser sus propios padres y han aparecido como *adultos precoces*.

La psicopatología subyacente puede ser variada pero estos *pseudo adultos* o *pseudomaduros* que han perdido sus raíces infantiles, cuando llegan a la etapa adulta aparecen como responsables, competentes, autónomos pero *sin vida interior*. Parecen autómatas, identificados con una figura ideal de total autosuficiencia pero no pue-

den jugar ni tener ocio en el estudio o el trabajo al que son adictos. Más tarde serán *sobreadaptados* a la realidad, pero vulnerables a la enfermedad somática.⁶ El síndrome de Peter Pan es la historia de un sujeto que se fabrica una falsa identidad de adulto mientras la verdadera es la de un chico que no quiere crecer.⁷ En el capítulo XXVIII se señala la relación entre *pseudomadurez* y anorexia nerviosa.

b) a la etapa adulta llegan remanentes del *narcisismo infantil*, con sus expectativas omnipotentes, sus demandas egoístas y su carga de idealizaciones. Entre otras cosas, son aquellos aspectos mentales que hacen sentir al Yo muy soberbio y arrogante, pretender ser uno y único. Le confieren un poder ilusorio, como estando *por encima de todo* lo demás y sin importarle los demás. Sostiene creencias enraizadas en convicciones personales poco sustentadas pero que resisten nuevos conocimientos y el aprendizaje por la experiencia.

En el adulto hace que lleguen a convivir ideas y prácticas razonables con otras poco fundamentadas y hasta irracionales. Los científicos, entre los que se cuenta el médico, no están exceptuados de esta posibilidad.

La adultez supone alejarse de los funcionamientos narcisistas del Yo, atenuar sus exigencias, tornarse más modesto y más consciente de las propias limitaciones. Aceptar, las más de las veces con dolor, que los datos que provienen de la experiencia pueden conmovir y desplazar convicciones personales a las que se vive aferrado sin sustento.

Permite otorgar mayor reconocimiento y libertad a los otros con los que se vincula, en la medida que se percibe más discrimi-

⁶ Liberman D. y otros. *Del cuerpo al símbolo, sobreadaptación y enfermedad psicósomática* E. Trieb, Lugar, 1986.

⁷ Kiley, D. *The Peter Pan syndrome*. Dodd Mead, New York, 1983.

nado y separado de ellos. Cuando los celos y la envidia disminuyen se puede recibir de los demás y darles en retribución. En la adultez, “la persona no es obediente, pero sí puede acceder a recibir órdenes, no puede ignorar una observación desagradable aunque sí puede perdonar fácilmente a la persona en cuestión; no olvida, pero sí puede dejar de lado lo pasado por considerar que ya no es más relevante”.⁸

Como parte de las transformaciones del narcisismo, se debe incluir la pérdida gradual de la ilusión infantil de que se es dueño del cuerpo, de que la muerte y las enfermedades son siempre ajenas. Permite una mayor aceptación de lo azaroso o imprevisible que acontece en la vida, como por ejemplo enfermar.

c) si bien la tendencia a la integración y la simultánea diferenciación de las estructuras mentales del Yo está presente desde la infancia, en la etapa adulta se acentúa y en conjunción armoniosa pero inestable, define uno de los ingredientes de la madurez emocional.

Integrar y discriminar supone para el Yo tomar conciencia de los conflictos, conciliar deseos contradictorios o armonizar aspectos desconocidos y, a la vez, tolerar las diferencias, entre sí mismo y los otros.

Es, por ejemplo, asumir una identidad sexual adulta con componentes de la sexualidad infantil, incluyendo remanentes de la bisexualidad originaria; que se pueda retener algo de los aspectos mentales infantiles sin transformarse en un niño (por ejemplo, una momentánea inclinación a la sensorialidad, a la despreocupación, al jugueteo, a evitar el dolor); disponer de una

noción de tiempo que aúne y discrimine el pasado del presente y de un proyecto de futuro; poder conciliar los aspectos pasionales con los más racionales de la mente; discriminar lo que le corresponde a uno y lo que corresponde a los demás con los que uno se identifica sin confundirse; integrar la idea de la muerte propia en uno y discriminarla de la ajena (la que, por ejemplo, será para el médico la del paciente); convivir y atenuar con el amor los impulsos destructivos, los aspectos buenos y malos de sí mismo y de los demás; tolerar la existencia de múltiples realidades coexistiendo dentro de cada uno.

La integración es posible cuando se puede atravesar la angustia destinada a evitar que se pongan en contacto aspectos de la mente que en principio parecían inconciliables.

Una tendencia creciente a la integración permite asumir *responsabilidad* por la realidad psíquica de cada uno, hacerse más cargo de uno mismo y del mundo externo. En el médico este proceso es esencial. El sentimiento de responsabilidad alimenta un profundo contenido ético al ejercicio de su profesión. “La formación ética del médico no puede quedar limitada a enseñarle algunas pocas reglas previamente establecidas; debe alentar una lúcida comprensión interna de la relación entre el médico y el paciente, de la dignidad de éste y del alcance de los servicios que aquél puede brindarle. Por este medio, más seguramente que por un código de ética, se desarrollará un profundo sentimiento de responsabilidad, esencial para cada médico”.⁹

Lo contrario a integración es mantener aspectos mentales disociados, no integrados o peor, desintegrados, como en los funcionamientos neuróticos y psicóticos.

⁸ Harris M, D Meitzer. *Op. cit.*, 1990.

⁹ Hamburger, J. En: Wolstenholme (Ed) *Ethics in Medical Progress*. Ciba Foundation Symposium, 1966.

d) la salud mental, o la psicopatología del adulto, depende de la fuerza emocional con que se sostengan las estructuras de *la adultez* en el Yo, de que mantengan su primacía sobre otras partes infantiles y egoístas. Está relacionado con lo que a menudo se denomina *la fuerza del Yo*. Esta fuerza deriva de la integración y la identificación con la pareja de los padres, no sólo con cada uno de ellos, y de las experiencias buenas ligadas a la autoestima, el bienestar y la satisfacción.

El predominio de estas experiencias consolida un sentimiento de integración en la mente que se va profundizando con el tiempo, esencial para enfrentar las demandas, los logros y los infortunios de la vida.

e) las transformaciones de *la adultez* suponen una gradual tendencia hacia las experiencias *interiores*, profundas, a la búsqueda de sentido de la propia vida, correlato de tomar contacto con el paso del tiempo y la finitud de la vida. Evita que el éxito externo se transforme en el centro exclusivo de las satisfacciones. El sujeto deja de depender tanto de los demás y está más a gusto en su soledad o la tolera mejor.

Tal como fue señalado en un apartado anterior, estos cambios permiten tener aspiraciones de carácter ético, basado en un sentimiento de responsabilidad personal en lugar de estar regido por una *moral* ligada a las exigencias parentales. Desde un lugar de *adultez* se puede evitar echar sistemáticamente culpas al otro, al Destino o a las calamidades.

Esto requiere que pasen a predominar los procesos psicológicos introyectivos en lugar de los proyectivos, con todo aquello del mundo que pasa a formar parte de la propia interioridad. Las experiencias buenas introyectadas brindan bienestar, confianza y estabilidad a la mente. Cuando el mundo externo no es sólo un mundo de percepciones

sino también de significados que le otorga la realidad interior, se crea una sensación de profundidad que contribuye a darle *sentido* a la vida. Por el contrario, la superficialidad impide el contacto con la vida interior y el conocimiento de los demás.

Son pérdidas, reales o fantaseadas, y procesos de duelo los que intervienen acá. Cada nuevo paso en la vida requiere de su elaboración y asimilación. Su eventual superación supone la posibilidad de nuevos logros y una profundización del sentido de la vida propia.

f) la sexualidad adulta es un componente esencial de *la adultez* que debe mencionarse aquí. En atención a su importancia, su consideración será ampliada en la segunda parte (*ver capítulo siguiente*).

Ya desde la adolescencia y los primeros tiempos de la etapa adulta, la experimentación acompaña intentos de establecer relaciones de *intimidad* con objetos sexuales donde la posibilidad de conjugar sentimientos sensuales y afectuosos está puesta a prueba. Mientras la *pareja ideal* con la marca edípica del pasado espera ser hallada en la realidad, la sexualidad y el amor son explorados en relaciones variadas donde intervienen el enamoramiento y la desilusión.

Es toda una tarea poder sostener un vínculo afectivo exogámico de cierta estabilidad que tolere la intimidad y la cotidianidad, el amor y el deseo, donde se abra la expectativa necesaria para imaginar la conformación de una familia en que tenga lugar la procreación y crianza de los hijos o de algún otro proyecto vital en el que la gestación intervenga.

Para la adultez, la gestación y crianza de los hijos serán preocupación y centro de la vida emocional durante las décadas medias de la vida aunque no siempre resulten logrados ni reconocidos por el individuo.

El compañerismo afectivo en la sexualidad genera el interés por la familia, poder pensar en los hijos, primero en sus logros, más tarde en su bienestar y felicidad. Sin embargo, es necesario también reconocer el creciente número de personas que están satisfechas con acceder a otras formas de sexualidad o con conformar otro tipo de familias que no son las tradicionales, o para quienes tener hijos no supone una meta deseable.

g) las ideas, sentimientos y experiencias internas del sujeto con su dimensión inconsciente tienen una presencia tan concreta, tan inexorable, tan *real*, que son comparables a las experiencias que tiene con la realidad material del mundo que lo rodea. Se la denomina *realidad psíquica*, para diferenciarla de la *realidad externa*. Ambas están presentes siempre en la vida. Sin embargo,

así como es notorio el predominio de la realidad psíquica en las estructuras infantiles, en la adultez la realidad externa y la responsabilidad frente al mundo cobran un nuevo significado.

Esto supone una gradual aceptación de las condiciones y limitaciones que impone al Yo la realidad externa, que impulsa no una adaptación sumisa sino proyectos viables que pueden recrearla y transformarla. La realidad psicosocial del adulto desplaza a la vida de la fantasía y de los ensueños infantiles y tiene más vigor como vasto campo para las realizaciones concretas.

Los aspectos infantiles que persisten en el Yo del adulto impulsan a la repetición del pasado, no importa bajo qué circunstancias. Los aspectos más adultos, aprenden de las experiencias del pasado lo que permite el crecimiento emocional, la estabilidad y los cambios.

Tolerar *la tensión entre lo deseable y lo alcanzable* en el mundo permite ver las situaciones displacenteras en una luz más optimista. Adecuarse no es adaptarse, sino vivir en el mundo con la posibilidad de intentar modificarlo en *lo posible* más que en lo deseable (*ver Principio de Placer y Principio de Realidad*).

Las fantasías y deseos infantiles persisten en la adultez pero, si han tenido algún tipo de elaboración, pueden ser fuente de intereses y actividades que enriquecen a la persona. Esto requiere aceptar sustitutos adecuados, renunciar a lo que no va a poder ser, lo que quedó atrás, lo que no se logró. Habrá por eso en el adulto algo de dolor y nostalgia por placeres perdidos provenientes de fantasías infantiles pero posibilidad de reencontrarlos en otros objetos y situaciones más adecuados a esta etapa de la vida.

La capacidad de aceptar sustitutos permite abrir nuevos campos de exploración de intereses y la gradual resignación de posibilidades irrealizables, porque todo no se puede.

h) puede ser un logro de la adultez poder sobrellevar la soledad y los dolorosos sentimientos que la acompañan. Tiene que ver con *la capacidad de estar a solas* o, de lo contrario, con su fracaso.

La soledad tiene un largo recorrido en la mente, resultado de las experiencias con la separación de los objetos de amor y odio y lo que ocurrió con ellos: ¿se pudo sobrevivir sin su presencia, sin su ayuda, sin su amor? ¿Qué se hizo de ellos, se los hizo desaparecer, se los atacó, se los mató? ¿Qué quedó de ellos dentro del sujeto? Si predominaron los sentimientos hostiles en la separación, la soledad se hace intolerable por la persecución que genera; o bien, si fue el amor, se reparó, arregló y restauró la relación con el objeto y su pérdida, la soledad tendrá un tinte más depresivo.

La capacidad de estar a solas es la posibilidad de sentirse internamente acompañado, aún cuando la persona esté sola. Refleja la manera que tiene el objeto de perdurar en armonía dentro del Yo, esté o no presente afuera. Permite tolerar la soledad o hacerla más llevadera.

En la adolescencia, la soledad puede ser tan penosa como desgarradora, llevar del aislamiento extremo a estar *colgado* de los amigos todo el tiempo, hacer imposible el estudiar a solas, tener que recurrir a actividades destructivas, a la alianza con algún objeto como las drogas para lograr cierta protección ilusoria contra ella, a la masturbación compulsiva, etcétera.

Una gradual elaboración de las pérdidas, en especial en ocasión de la crisis de la mitad de la vida, afianza al adulto en la capacidad de estar solo, de tolerar una soledad con un tinte depresivo, que pueda sostener cambios y transformaciones, logros y responsabilidad con uno y los demás, evaluar lo alcanzado, tener respeto por la vida, si es posible hasta gratitud por su belleza.

Cierta necesidad saludable de estar a solas es fácilmente contrastada con la *arrogancia* de quien no quiere estar con los demás o se jacta de no necesitarlos. O de quien se *pega* compulsivamente a los demás, se derrumba sin ellos, no puede rendir a solas, tolerar el ocio solitario o prescindir del trabajo.

La soledad es un sentimiento del que el sujeto puede necesitar defenderse, del que no puede librarse ni aún en presencia de otras personas, o por el contrario puede tolerar como parte de su salud y logros productivos.

El médico se va a enfrentar muchas veces con la soledad en sus pacientes, las coartadas que utilizan para eludirla, inclusive a través de múltiples e interminables

consultas. También él mismo conocerá la soledad que implican en su tarea los momentos de asumir decisiones fundamentales para su paciente, como internarlo, intervenirlo, etcétera. En ese caso, cuando está solo, a quién remitirse sino a sus objetos confiables: su formación, sus maestros, sus figuras de identificación, pero que pueden *no estar presentes en ese momento*.

He aquí cómo un médico describe la soledad de la profesión: "La soledad esencial del médico que es conciente, trabajando en lo que de necesidad es un rol altamente individual, abrumado por los secretos de sus pacientes, imposibilitado de compartir sus pensamientos e ideas con alguien; pero por sobre todo, encontrando poca o ninguna comprensión de su función tan particular o de lo esencial de su trabajo entre sus amigos, aun en su propia familia, excepto en alguna afortunada situación, con su pareja".¹⁰

LA ADULTEZ Y ALGUNOS MOMENTOS ESPECÍFICOS DE LA ETAPA ADULTA

La adultez, con las características definidas más arriba, se acentúa y consolida como estado mental con el transcurso de los años.

La mayor parte de los autores distingue: la adultez temprana, desde la finalización de la adolescencia hasta promediar los treinta, que culmina con la crisis de la mitad de la vida. Le sigue la adultez madura, que abarca la década de los cuarenta y cincuenta donde se afirman sus logros, y luego la adultez tardía, entre los sesenta y setenta.

La mayoría de las decisiones importantes que afectarán al individuo el resto de su vida se toman en la adultez temprana. A grandes rasgos, se la ha visto como un

¹⁰ Scarlet E, G Roland. En: *Sickness and Health: Reflections on the Medical Profession*. McClelland & Stewart, Toronto, 1972.

momento caracterizado por el idealismo, el optimismo, por la creencia en la *bondad* inherente al hombre. Un problema que tiene para resolver es el de la capacidad de intimar, con la pareja sexual y en vínculos de amistad adultos.

Según Gould¹¹ el adulto joven vive la *ilusión de la seguridad absoluta* basado en una serie de presupuestos como: “siempre perteneceré a mis padres y, si creo en su versión de la realidad, si hago las cosas a su manera, con poder y perseverancia conseguiré resultados; la vida es simple, no hay fuerzas desconocidas en mí, no hay realidades contradictorias coexistiendo en mi vida; no hay demonio en mí ni muerte en el mundo”. Supuestos de los que deberá desprenderse lentamente. Hay apoyos apasionados a causas idealistas y oposición a todo lo que parece *malo*; urgencia, impaciencia por realizar las metas propuestas. Está muy ocupado en realizar las opciones acerca de la profesión y la familia sin detenerse demasiado por el sentido de las mismas.

Durante la adultez temprana parece más evidente la negación de la muerte propia y de los componentes destructivos de la personalidad.

Promediando la tercera década la identidad adulta tiende a consolidarse, a manifestarse externamente en instalar una familia y coronar una actividad ocupacional o profesional. Los ritos de pasaje pueden ser el matrimonio o la graduación, que formaliza una nueva actividad, por ejemplo la médica, y cancela la de estudiante. Los estudiantes de medicina o el médico joven empiezan a sentirse seguros en tomar sus propias decisiones clínicas y necesitan menos al mentor. El trabajo clínico comienza a ser gratificante por una nueva sensación de competencia

en la tarea. La imposibilidad de hacer este pasaje resulta a veces en postergaciones dolorosas.

Si bien como se dijo antes, *la adultez* puede empezar a formarse muy temprano, es posible que no se consolide hasta no haber experimentado una pérdida, especialmente la muerte de uno o ambos padres. Cuando ésta llega, por dolorosa que fuere, ayuda a alcanzar el sentimiento de ser responsable por el mundo como algo propio, a cargo de su propia familia, sin estar más bajo el amparo de las figuras parentales vivientes.

Pese a los cambios en el transcurso de la adultez temprana, la mayoría de los adultos sigue siendo adolescente en su estructura personal hasta la mitad de la vida donde la necesidad de una mayor integración comienza y dispara una crisis. Entonces, o se vuelve a la rigidez de la latencia, o se acentúa la estructura adolescente, o el desafío impulsa nuevos crecimientos. Es,

LA CRISIS DE LA MITAD DE LA VIDA

En la mitad de la vida, “el individuo ha dejado de crecer y empieza a envejecer, debe enfrentar una nueva serie de circunstancias externas, la primera fase de la adultez ha sido vivida. La familia y la ocupación establecida (o debería haberlo sido) a menos que la adaptación del individuo hubiese fallado); los padres han envejecido; los hijos están en el umbral de ser adultos; la juventud y la niñez están en el pasado, fueron y demandan ser duelados. La meta de una adultez independiente y madura se presenta como la tarea psicológica más importante”.¹²

La mayoría de los estudios sobre *adultez*, concuerdan en una gradual pérdida de las ilusiones y del sentimiento de invulnerabilidad

¹¹ Gould, R. “Transformational tasks in adulthood”. En: *The course of life* Vol III Adulthood and the aging process NIMH, New York, USA, 1980.

¹² Jaques, E. “The midlife crisis”. En: *The course of life* Vol III Adulthood and the aging process, NIMH, New York, 1980;11.

promediando la década de los 30 años. Se alcanza una edad donde se han logrado posiciones en el mundo que fueron imaginadas como satisfactorias una década antes y que ahora no lo son tanto o han perdido su atractivo. Los hijos están próximos a ser adolescentes y plantean su propia visión del mundo.

Al adulto lo alcanza la idea de que “ya no soy más joven”. Preguntas acerca del sentido de lo hecho, valores, estilos de vida son abordadas por la parte de la mente más adulta y más madura. ¿Qué ha hecho de su vida y qué *significado* tiene? El tiempo hace sentir su apremio.

La idea de la mortalidad personal limita el pacto de inmunidad creado en torno al trabajo. Interviene el gradual envejecimiento de los padres que exige revertir el cuidado hacia ellos o tal vez su muerte. Ya no se puede decir “tengo toda la vida por delante”. El “compromiso con el matrimonio, la profesión y los roles están todos íntimamente ligados a una definición de sí mismo que es el único *self* que hemos conocido, pero que puede no ser el único que todavía es posible”.¹³

Surgen hechos que interrumpen las ilusiones previas, nuevas realidades hacen su aparición, signos de envejecimiento, responsabilidades hacia los padres y los hijos. Es una época donde una enfermedad, el infarto de miocardio, puede hacer su aparición y acentúa la idea de que la muerte propia es inevitable. Enfrentarse cara a cara con éstas y otras heridas narcisistas ayuda a que cedan las fantasías de que la vida brinda posibilidades infinitas, lo que necesariamente lleva a revisarla. Así, cada aspecto de ella será cuestionado en términos de los límites asociados con la finitud.

La crisis requiere elaborar una nueva integración de polaridades conflictivas del sujeto, como amor y odio, masculino-femenino, éxito o fracaso, hasta hacerlas parcial-

mente reconciliables. La visión de la vida se torna más trágica, más *sagrada*, menos romántica de lo que era en los primeros tiempos de la adultez.

Sin embargo, muchos adultos pueden seguir con sus progresos personales y profesionales externos, inmersos en compromisos superficiales, sin tiempo para la reflexión, sin tomar conciencia de los conflictos o de sus efectos.

La crisis puede mostrarse en los intentos de perpetuarse joven, en preocupaciones hipochondríacas con la salud y la apariencia, en la emergencia de promiscuidad sexual para recuperar ilusoriamente potencia y juventud, en el vacío y la falta de disfrute en la vida, en la aparición de creencias religiosas, místicas y desarrollos esotéricos.

El significado y reconocimiento de la muerte personal como parte de la realidad psíquica es tema central y crucial de este momento de la vida. La idea de inmortalidad infantil ligada a los objetos primarios idealizados e indestructibles tiene que mitigarse. Su atenuación es un alivio que trae cambios favorables. Por ejemplo, en el médico,

*un mayor reconocimiento de la propia muerte le permite profundizar y enriquecer el trabajo clínico, tener un acercamiento más realista y comprometido con su tarea, un menor grado de omnipotencia e idealización. También un mayor grado de identificación, la captación sutil de las posibilidades vitales del paciente, un sentimiento más profundo de su responsabilidad, tolerancia a las manifestaciones desesperanzadas, no abandonarlo en su soledad, hacerse cargo integralmente de él y, llegado el caso, ayudarlo a morir en lugar de negar su muerte.*¹⁴

¹³ *Ibidem*, 1980;79.

¹⁴ Luchina, I. “Identidad médica y relación médico paciente”. *Revista de Psicoan.* XXV. 1, 2, 3 y 4, 1968.

LA TRANSICIÓN A LA ADULTEZ TARDÍA Y LA VEJEZ

*La tragedia de la vejez no es que uno
es viejo, sino que uno es joven.*

OSCAR WILDE,
El retrato de Dorian Gray

En las últimas décadas de la vida los soportes familiares y sociales hasta entonces presentes se desvanecen o desaparecen gradualmente. Los sacrificios de este periodo en términos de pérdidas, enfermedades y deterioro físico son grandes. Sin embargo, algunas personas responden a estas circunstancias como a un desafío que requiere la búsqueda de nuevos recursos para restablecer la autoestima, que permitan mantener la identidad amenazada. Algunos pueden hacer de estas pérdidas logros que le dan aún más profundidad al sentido de la vida. Una tarea de esta etapa consiste en mantener una sensación de *integridad* o de entereza interna (*ver supra*) frente a las adversidades.

El sentimiento de integridad implica mantener un cierto grado de dignidad personal, de reconciliación con uno mismo, de poder contemplar su ciclo vital con sus logros y fracasos, de tomar conciencia de los límites y de lo difícil que ha sido renunciar a ellos.

Dejar ir la omnipotencia de una vez y para siempre da un sentido de orden, de unidad y de haber tenido una vida única. Se toma nota del cambio generacional y la necesidad de reconstruir nuevas funciones y un nuevo lugar en la vida, para no ser meramente desplazado. Se hace sentir la necesidad de ser transmisor de la experiencia y de aportar una cierta sabiduría a los avatares de la vida.

Lo que le ocurra en esta época a la persona también depende de cuanto la socie-

dad estimula o vivifica a sus miembros más adultos. Los años requieren la recreación de una nueva red social de soporte para la persona que envejece. La posibilidad de ejercer el rol de abuelo permite recrear la relación con los hijos desde otra perspectiva.

Los fracasos personales, las pérdidas, el retiro laboral, el no poder delegar el poder, el prestigio o la responsabilidad a la nueva generación inciden fuertemente en la salud y resultan en depresiones.

El aislamiento familiar y social o la disminución de las capacidades perceptivas y mentales son una amenaza al sentimiento de integridad ganado. En el mejor de los casos, la gente mayor puede experimentar las múltiples enfermedades a que expone la edad como una especie de desafío que pone a prueba su integridad, su capacidad de superar la pasividad y el desamparo que lo acompañan.

Es mucho lo que puede hacer el médico en estos casos para poder sostener el sentimiento de integridad amenazado, y preservar una vida digna, más allá de las penurias y miserias de las múltiples enfermedades de esa época. Puede ayudar a corregir o revertir los efectos de la pérdida o disminución de funciones y habilidades y encontrar compensaciones, explorar nuevos intereses.

En esta etapa de la vida, a veces mantener la integridad personal es sentido como dar batalla contra la adversidad; y puede generar un sentimiento de bienestar por lo alcanzado en la vida y gratitud por su belleza. O por el contrario, sumir en la *desesperación*. Según Erikson, *integridad vs. desesperación* es el dilema de la última fase de la vida.¹⁵ El *aislamiento* es la amenaza más grande de la gente mayor frente a

¹⁵ Erikson, E. *Childhood and society*. WW Norton, New York, 1963.

la enfermedad y la muerte. La *hipocondría*, una de las salidas posibles. Ha llegado el momento en que, como lo dice Borges de manera poética,

*Ya puedes ver el trágico escenario
y cada cosa en el lugar debido.*

*De tus postrimerías y agonías
ya te cerca lo último. Es la casa
donde tu lenta y breve tarde pasa
y la calle que ves todos los días.*

J. L. BORGES,
“A quien ya no es joven”

XVIII

LOGROS Y DESAFÍOS EN LA ETAPA ADULTA DE LA VIDA

En la etapa adulta se le plantean al sujeto humano una serie de situaciones específicas, entre las que fundamentalmente se cuentan:

El asumir la sexualidad genital, la posibilidad de formar una familia, la procreación y acceder a la función parental; el tener que tener una ocupación, sea laboral, profesional o de cualquier otra índole, con la que sostenerse económicamente.

La sexualidad del adulto lo acerca a las experiencias del embarazo, el parto y la crianza de los niños. Sus necesidades afectivas lo empujan al emparejamiento, a la formación de una familia, con sus logros y sus crisis, que pueden desembocar en la separación o el divorcio. La exigencia de un ingreso digno para sostenerse lo expone a condiciones laborales cada vez más precarias o a los efectos devastadores que podría tener el desempleo sobre su autoestima.

Son alternativas de la vida con las que el adulto se va a encontrar, que lo pondrán a prueba y a las que deberá dar algún tipo de respuesta. A su vez, cada una de ellas es un

desafío para la mente: *la adultez* detenta las condiciones de salud mental más apropiadas para la elaboración favorable de estas circunstancias y, a su vez, se verá beneficiada con sus logros; de lo contrario serán áreas de funcionamiento perturbado o sintomático.

LA SEXUALIDAD GENITAL ADULTA

La etapa adulta de la vida permite el acceso a una sexualidad que puede ser, en lo manifesto, genital y heterosexual.

Pero en el recorrido que se hizo de la sexualidad en el sujeto humano, quedó en claro que ésta no obedece a un *instinto* biológico, ni a un esquema preformado ni a una maduración *natural* ni viene *soldada* a un objeto del sexo opuesto.

Con el soporte de la fantasía y de los deseos infantiles, en la infancia está dirigida a la posibilidad de gozar con cualquier objeto y de la manera que sea. Para conocer el placer, debe transitar por diferentes zo-

nas corporales y atravesar distintas etapas. Pero también enfrentar obstáculos, padecer conflictos, momentos que serán *señalizados por el Yo con angustia*. Se dice entonces que en su recorrido inicial la sexualidad es *infantil y polimorfa*. Sólo ulteriormente se sirve de los genitales *sin que el resto de lo que fueron sus precursores infantiles y polimorfos desaparezcan del todo*.

Además, hablar de acceso a *lo genital y heterosexual* supone un destino posible entre otros, incierto en la mayoría de los casos. La elección de objeto queda supuestamente acotada al sexo opuesto y la mayor parte de las actividades extragenitales son prohibidas como perversiones. Pero hasta el amor genital y heterosexual, único que ha escapado a la proscripción, es limitado por las restricciones que le imponen *la legitimidad social y la monogamia*.

El Psicoanálisis se ha referido a la culminación del desarrollo psicosexual humano como a *la etapa genital del adulto*. Sería un logro pospuberal, una última fase del desarrollo libidinal que de todas maneras llevará la marca de las anteriores:

- a) del *autoerotismo*: el tránsito de la sexualidad por zonas corporales erógenas pregenitales, marcada por el repliegue sobre sí misma (narcisismo) y ligada a objetos de la fantasía que de ahora en más orientan el camino cuando de la búsqueda de placer se trata.
- b) más o menos simultáneamente el sujeto va a tomar a *toda su persona* (incluyendo su cuerpo) como meta libidinal y objeto de amor, lo que se constituye como *narcisismo*, estado que no lo abandonará nunca del todo. Posteriormente, a la hora de elegir objeto de amor y de deseo tenderá a preferir a alguien conforme a *lo él supone* fue en el pasado, es ahora o desearía ser en el futuro (elección narcisista de objeto).

c) un poco más adelante, durante *la etapa genital infantil*, tendrá lugar *la elección de objeto* externo pero endogámico pues se trata de los padres, el complejo de Edipo y de castración que en lo fundamental va a enlazar el deseo a la Ley. Su resolución tiene un alcance estructural decisivo para la definitiva orientación del deseo y *la identidad sexual* (el “soy un varón”, “soy una nena”).

d) en *la adolescencia* reaparecen inconscientemente en escena por un tiempo los objetos incestuosos del pasado, es el tiempo en el que la corriente tierna de amor y del deseo deben integrarse en un objeto exterior al sujeto y además externo al círculo familiar. Para eso la gran tarea consistirá en separarse de los padres transformando la relación interna que se tiene con ellos. El sentimiento de soledad proviene de la elaboración de los duelos con los objetos del pasado y es la que impulsa en parte la búsqueda de nuevos vínculos de amor.

La etapa adulta permite, en el mejor de los casos, que se logre un nuevo reconocimiento de las diferencias sexuales, que lo masculino y lo femenino adquieran pleno significado, que se permita una elección de pareja no incestuosa donde se integre un objeto de amor con quien tener vida sexual, apareciendo la reproducción como la posibilidad de un nuevo fin en la vida. Son todos logros que afianzarán *la adultez* como estado mental. Por sobre todo, en el adulto, “la necesidad de un objeto de amor del sexo opuesto se arraiga en un profundo sentido de soledad y una inclinación trágica que puede socavar la alegría de vivir, haciendo que resulte difícil encontrar un objeto de amor con necesidades equivalentes para una exclusiva intimidad”.¹ Encontrarlo no es nada fácil, como se verá a continuación.

¹ Harris M, D Meltzer. *Familia y comunidad*. Spatia Ed., Buenos Aires, 1990.

EN TORNO A LO MASCULINO Y LO FEMENINO

En lo esencial, lo masculino y lo femenino no son reducibles al sexo anatómico.² Por eso una definición en términos psicológicos es muy difícil: la *virilidad*, la *actividad*, la *agresividad* no son rasgos exclusivamente masculinos ni su presencia define al hombre. Ni la *pasividad*, la *receptividad*, la *delicadeza* son femeninos ni definen la mujer. Tampoco el deseo de penetrar o ser penetrado puesto que pueden formar parte *en ambos* de su subjetividad y no pueden ser caracterizados desde su rol social, cambiante en cada época y en cada cultura.

Lo masculino y lo femenino son parte de los procesos identificatorios en torno a la salida del complejo de Edipo, en su versión positiva y negativa. La constitución de esta identidad está articulada con la fase fálica y el complejo de castración.

Pero es cierto también que reconocerse varón o mujer depende de la simbolización, esto es de la atribución de un significado: la sexualidad implica, en su despertar y desarrollo la relación con un otro, *que cuando habla desea*. Cada ser humano viene a ocupar un lugar que le ha sido asignado por el deseo parental y que lo sitúa como alguien que en el mundo se ha de reconocer como varón o mujer.

Hace algunas décadas se introdujo desde la gramática el concepto de *género*, como un suplemento al concepto de sexualidad. Con él también se hace referencia a *lo masculino* y *lo femenino*.

La definición más sencilla de género es la de aquel sexo asignado, construido, configurado, en especial por los progenitores, a partir de la forma de los órganos genitales externos del bebé.

Es el inicio de la construcción de la identidad sexual a través del lenguaje, las actitudes, los deseos, las expectativas de los padres y de los otros en el entorno social, en base al dimorfismo de la respuesta humana a los caracteres sexuales del individuo. Muchos trabajos establecieron la precocidad de la distinción de género que realiza todo niño o niña en su desarrollo. El sentimiento que se instala tempranamente en el niño y lo acompaña todo el tiempo (“soy un nene” o “soy nena”) se denomina *identidad de género*.

Si esta identidad de género y el sexo anatómico coinciden mejor para él puesto que en ese caso, la diferenciación anatómica valdrá como confirmación de su identidad. El problema aquí planteado se refiere a aquello que hace que cada cual sostenga una identidad sexual y del encuentro que de este modo se posibilita a su deseo en una relación. La identidad de género, la femineidad o masculinidad construida en la relación humana y por medio del lenguaje es tan fuerte que puede tener el poder de torcer los destinos anatómicos que la naturaleza le había fijado (por ejemplo, en los transexuales primarios).

LA CUESTIÓN DE LA RELACIÓN SEXUAL

La relación sexual consiste en una serie de *actividades preliminares* que conducen en cada uno de los integrantes de la pareja a una fase de incremento de la excitación, el apareamiento de los genitales en *el coito* que culmina en la plenitud de la excitación en una experiencia conocida como *orgasmo* al que sigue un periodo de detumescencia y relajación. Más que la actividad en sí, es importante seguir los componentes mentales de esta experiencia.

² Una prueba contundente son los llamados *transexuales primarios* donde no hay correspondencia entre el sexo anatómico y la identidad sexual.

La actividad sexual del adulto no proviene de un aprendizaje cognitivo: no necesita ser enseñada en su dimensión de comportamiento. El adulto se identifica con sus padres internos, con el guión escénico que le aportan sus fantasías, en sus papeles masculino y femenino, actividad y pasividad de por medio, como los remanentes de una bisexualidad bien integrada. Es esencialmente un estado mental del Yo que se manifiesta en determinadas conductas que dan expresión al deseo sexual o lo impiden.

La experiencia que el amor genital asegura al ser humano adulto es la de una intensa vivencia de satisfacción. El erotismo genital se coloca así en el centro de la vida interior.

Pero, por lo pronto cabe preguntarse si hay una *relación* en la relación sexual o es, en el mejor de los casos, un acto personal meramente compartido. Como fue señalado más arriba, para la relación sexual genital el sujeto debe atravesar estos anudamientos: a) el del *autoerotismo*, que liga la sexualidad a las fantasías y a las zonas corporales propias para poder pasar al cuerpo de un objeto *ajeno*; b) el narcisismo, al que le resulta necesario buscar lo idéntico en lugar de lo *diferente*; c) la atracción *heterosexual* a la que también hay que encontrarle explicación.

Algunos de los estadios serán previamente recorridos durante la fase preliminar del coito con la ayuda de actividades que a la manera de ritos de la sexualidad infantil revividos del pasado contribuyan a incrementar la excitación: es el momento del *placer preliminar* mutuo, en el mirar, besar, tocar, explorar o sus equivalentes pasivos, ser mirado, tocado, etcétera. De esta manera, la vida sexual está irremediablemente contaminada por las experiencias de la sexualidad infantil porque la mayor parte de sus tendencias se incorporan en el momento de los necesarios *juegos preliminares* que

preceden las relaciones sexuales, pero que imponen ciertas modalidades al recorrido de la excitación.

Cada cual, según el momento y la pareja, tiene sus *condiciones* para sostener su deseo y consumir el goce: luz, oscuridad, silencio, música, determinada postura o zona corporal, en un repertorio infinito de posibilidades.

Cuando cualquiera de estas condiciones pasa de ser mera preferencia a necesaria imposición (debe ser de esa manera y no puede ser de ninguna otra) se entra en el campo de la neurosis. Cuando esas condiciones violentan la subjetividad de la pareja, se puede entrar directamente en el de la perversión.

La pareja es en parte representante de los objetos del pasado. Dada la construcción subjetiva de la sexualidad es difícil la vivencia de completud en la pareja, o la relación de complementariedad que permita la unión que cada uno de ellos parece exigir con frecuencia para la vida sexual: más parece una versión idealizada que los testimonios clínicos se encargan de desmentir.

Porque el placer es la meta radical de la sexualidad y los deseos son diferentes, no complementarios o idénticos al del otro. En el acto sexual están juntos y, a su vez, cada uno en lo suyo.

Como parte de la vida adulta, el coito es algo vivido como serio, vigorizante, renovador. En la medida en que hay en el orgasmo una experiencia de pérdida momentánea de los límites psicológicos, una identificación con el cosmos se apodera del sujeto en el sentido de algo que lo trasciende y lo compromete de manera total.

Sin embargo, las posibilidades de acceso a él son limitadas: bajo el imperio de la moral social actual y los condicionamientos que plantea el desarrollo psicosexual hasta

su culminación en el adulto, no son de extrañar las dificultades que tiene el varón con su potencia genital y la mujer en alcanzar el orgasmo. La impotencia y la frigidez son síntomas relativamente frecuentes.

En el momento del orgasmo se experimenta una pérdida de límites yoicos. Para algunos esta pérdida es una amenaza tal que se asemeja a la muerte y puede no ser tolerada. Cuanto más débiles las estructuras mentales del sujeto, más frágiles sus límites, más difícil la entrega a la experiencia del orgasmo. Es particularmente difícil de lograr en aquellas personas en las que el placer significa un peligro intolerable.

El *orgasmo* permite la relajación y el descanso. Por el contrario, dada las características de la sexualidad que integra, a veces puede dar lugar a un sentimiento inconfortable de haber perdido un deseo muy valioso, algo que lo mantenía al sujeto tan ligado a la vida. A veces hasta da lugar a cierta sensación de vacío y de tristeza. Un viejo proverbio romano lo expresa: *post coitum omne animal triste*. Por otra parte, la insatisfacción con el orgasmo puede reaparecer en la necesidad posterior de recaer en alguna actividad masturbatoria o polución nocturna.

EL OBJETO DE AMOR Y DE DESEO

Simultáneamente al recorrido de la sexualidad, el Yo vive experiencias con las personas como objetos de amor. La necesidad de un objeto de amor lo vuelve dependiente de manera riesgosa: lo expone a su abandono, a la infidelidad o a su muerte.

En la adolescencia es cuando se incluirá a un objeto de amor exogámico en el campo del deseo sexual. ¿A quién va a elegir? Aquí el pasado también hará sentir sus condiciones y las impone sin que a menudo el sujeto lo sospeche. Se elige inconscientemente a

aquellos que por alguna característica están asociados a objetos del pasado. No falta a veces alguna *condición fetichista* como un rasgo anatómico o de carácter en la elección, tan imprescindible como absolutamente inconsciente para el sujeto.

La vida erótica del adulto demuestra lo difícil que es hacer que amor y deseo se anuden en el mismo compañero.

Estarán aquellos entonces, que sólo pueden desear a quién no aman, lo que revela las dificultades en fusionar las corrientes tierna y sensual de la vida amorosa. La discordia entre amor y deseo también se manifiesta como sobreestimación del objeto de amor y denigración del amor sexual: el hombre se mostrará potente con mujeres que desprecia, con quienes se permitirá experimentar el deseo y placer pero impotente con la que ama. Con aquellas consentirá modalidades *perversas* que no se tolera con mujeres a las que respeta. Por último, está la situación donde la mujer, para ser objeto de amor, no debe estar libre, se desea a aquella sobre la que otro hombre puede hacer valer derechos. El amor a la prostituta, a la doncella o a la virgen es todo uno, la variedad de libretos escénicos que intervienen para ubicar la coexistencia del amor y el deseo en personas diferentes.³

Es importante para la salud de los integrantes de la pareja y el goce de la experiencia que el peso de la fantasía y del autoerotismo no se introduzca con violencia en la mente del compañero, que se respete su intimidad y su propia capacidad de gozar.

LA SEXUALIDAD EN LA ENTREVISTA MÉDICA

Dadas las actuales condiciones de la práctica médica parece cada vez más difícil la intro-

³ Freud, S. "Sobre un tipo particular de elección de objeto en el hombre" (1910) y "Sobre la más generalizada degradación de la vida amorosa" (1912). En: *Obra completa* XI. Amorrortu, Buenos Aires, 1992.

ducción de la problemática de la sexualidad en el marco de la entrevista médica. Para que aparezca se requiere tiempo y que el paciente pueda sortear sus resistencias. Pero,

es el médico quien puede estar poco dispuesto a tocar temas que se refieren a la sexualidad por no considerarla pertinente a su tarea.

No se trata sólo de incluir los aspectos específicos o novedosos de actualidad como el HIV o la prevención del embarazo no deseado, sino de estar alerta a las condiciones de la vida sexual del paciente *sin tal vez ni siquiera preguntarlos*, tales como

la edad de comienzo de la pubertad y de la sexualidad, las características de los primeros vínculos amorosos y de los actuales, la actitud acerca de la masturbación, historia de enfermedades venéreas, episodios de seducción o violencia sexual infantil, predominio de pautas de atracción hetero u homosexual, frecuencia de la actividad sexual y consecuencias emocionales, placer o dolor, métodos de control de la natalidad, actitud de los padres hacia el sexo, conflictos con la pareja en relación con la sexualidad, el estado emocional posterior al coito. La creencia sobre la interferencia de alguna enfermedad o medicación sobre el deseo. Para el varón, problemas con lograr o mantener la erección, el momento de la eyaculación, la capacidad de lograr el orgasmo y las condiciones que lo hacen posible. Para la mujer, la posibilidad de excitarse, la lubricación, el alcanzar el orgasmo, la presencia de dolor, etcétera. La edad de la menarca y la historia menstrual, abortos, pérdidas.

Con todo, lo que el médico debe recordar es que lo que puede registrar son pautas manifiestas de conducta sexual, que lo que

verdaderamente importa es su significado, en especial inconsciente. Para dar alguna ilustración: una actividad heterosexual muy activa puede expresar necesidades homosexuales o encubrir otras fantasías perversas; un coito puede tener el sentido de una masturbación; se puede declarar tener orgasmos sin saber en realidad de qué se trata.

Por tanto, la consulta que surge en ocasiones acerca de la normalidad o anormalidad de *una conducta sexual* debe ser evacuada con prudencia. Casi siempre hay conflictos de por medio que no pueden ser resueltos fácilmente por el médico, pero es imprescindible que los sepa y que los tome en cuenta. Por lo mismo, tampoco se corrigen *solamente* con técnicas o prácticas que modifiquen conductas, como sugiere la sexología para algunas disfunciones como la impotencia o la frigidez. Hay conflictos emocionales de por medio.

Un hombre de mediana edad, de escasos recursos psicológicos y limitada educación, desarrolló una impotencia repentina con su esposa, con la que nunca había tenido problemas. Lo atribuía a que ella había comenzado a tomar píldoras anticonceptivas, para él una especie de hormonas que absorbía por la vagina en el coito y lo podían llegar a femineizar. Participaban diversos conflictos inconscientes referidos a deseos pasivos, angustia de castración y el tabú del contagio.

LA FUNCIÓN PARENTAL EN LA ADULTEZ

En algún momento es esperable del adulto que esté dispuesto a asumir la procreación y la crianza de los niños, esto es, el deseo de alimentar, proteger y asumir el cuidado de un *infante* dependiente y desamparado. En otros casos, es posible que un embarazo biológico sorprenda cuando aún no se ha

abierto a la conciencia el espacio necesario para pensar en los hijos.

La *paternidad* supone la oportunidad de revivir acontecimientos pasados; de revertir el rol con los padres con la posibilidad de sentir ser mejor, igual o peor que ellos; de tener la posibilidad única de una relación íntima con un ser humano totalmente dependiente que representará su propia indefensión; de poder identificarse con el niño y disfrutar vicariamente de cosas que no se dieron o no se recibieron en su momento.

La paternidad exige una complementación adicional en la pareja. El hijo es una irrupción en su intimidad que debe ser tramitada. La paternidad será otra de las *profesiones imposibles* donde la *adulthood* será puesta a prueba desde otros flancos que le plantearán conflictos: la inermidad del bebé puede activar la agresión de los padres, despertar envidia por tener que proveer a las necesidades infantiles si las propias no fueron adecuadamente satisfechas, ser vivido como una amenaza y experimentar celos y sentimientos competitivos, interferir con los deseos de querer seguir siendo una nena o un nene, de ser incapaz de tolerar una regresión controlada que tolere la identificación con su bebé.

No se debe dejar de mencionar, por sus consecuencias, la persistencia en el imaginario social de la idealización sacrosanta de la función parental, en especial la materna, tan exagerada, defensiva, reactiva. Está basada en un reconocimiento de la perdurabilidad de por vida del lazo afectivo con los padres, de su irracionalidad a veces cercana a la crueldad. Alimenta el tema de los padres como dedicados o devotos, de la madre de los sacrificios altruistas, que deja de lado intereses y actitudes personales al servicio del *amor* por el niño. En sus ideales maternos está cercana a un deslizamiento masoquista en el rol parental, como ser sufriente que debe tolerar cualquier cosa.

La madre y el padre también tienden a continuar el vínculo parental más allá de su

necesidad irremplazable de los primeros tiempos. El niño aparece también como propiedad de los padres a quienes, según el código religioso, *deberá honrar* pero a quien sólo recientemente se le reconocen derechos.

Esta imagen puede encubrir deseos asesinos que se albergan contra los bebés: como resultado de la culpa edípica, como una necesidad de ocultar las pruebas del incesto y el crimen edípico. El niño debe ser amado y necesita ser educado por sus padres pero en el interin está sujeto a sus impulsos posesivos, crueles o antisociales. Lo que conduce a...

EL NIÑO MALTRATADO

Los sociólogos consideran que la función primaria y fundamental de la familia es la crianza de los niños en un clima de afecto y tolerancia. Los psicoanalistas estarían de acuerdo en esa postura: para el niño es una garantía de su futura salud mental; para el adulto su vida mental gira en torno al significado que tiene la crianza y el cuidado de los niños, no sólo en su actitud sino como una disposición mental. En el capítulo XIII se hizo referencia a la importancia de la *sin-tonía emocional* de los padres que brinda las mejores condiciones para el desarrollo emocional de niño. El síndrome del niño maltratado (*the battered child syndrome*) es paradójicamente la perversión de esa función.

Se trata del maltrato intencional y manifiesto de un adulto, padre o sustituto que provoca dolor y sufrimiento en el niño. El niño puede ser descuidado, ignorado, abandonado o castigado. Puede ser tratado por sus padres de manera inconsistente, irracional o directamente psicótica. La crueldad o el abuso pueden administrarse de muchas maneras: violencia física o verbal, seducción sexual, incesto o violación, privación de necesidades básicas, entre otros. También pueden ser víctimas de rituales satánicos y sacrificios.

Hay un elemento esencial en esta trágica situación: el niño, que es extremadamente dependiente de los cuidados de un familiar adulto al que quiere y necesita, resulta abusado por él.

Se supone que la frecuencia es muy alta⁴ pero no se conocen datos precisos porque en su gran mayoría es algo que no se denuncia. Tiende a ser negado y ocultado con la complicidad de la pareja, de los amigos, de los docentes y hasta del propio pediatra.

Hay en general una conspiración de silencio en torno al problema. Se ha observado que algunos padres castigan a sus niños cuando están sobrepasados y descontrolados por sus propias situaciones de ansiedad e intentan inconscientemente recuperar el control imponiéndolo sobre el niño indefenso de manera violenta. Algunos estudios recientes demuestran que son padres que han sido maltratados en su propia infancia y lo reiteran con sus hijos, creyendo que están ejerciendo un derecho parental al castigarlos. Otras veces implican demandas tiránicas sobre el niño que pudo haber sido deseado para compensar o restituir ideales imposibles de ser cumplidos.

El abuso del poder parental puede estar tratando de revertir el Yo desamparado del adulto. Ideales contradictorios se transmiten en actitudes contradictorias, permisivas o excesivamente prohibitivas, que alternan entre el castigo y la seducción, tenerlo en cuenta y rechazarlo. Valores opuestos de protección y castigo basados en identificaciones no integradas coexisten con su negación. El niño maltratado puede representar no sólo los aspectos alienados de la madre sino los de la madre de la madre.

El niño maltratado queda expuesto en estas condiciones a una *situación traumática* que tiene una serie de manifestaciones clínicas: 1) pierde en parte la capacidad de controlar sus respuestas emocionales,

sexuales y agresivas y queda expuesto a responder con explosiones afectivas de gran intensidad que lo desbordan. Estos episodios son a menudo expresión, en otro contexto y ante el menor estímulo, de la repetición de la situación traumática; 2) sus procesos de pensamiento, su posibilidad de concentrarse, de prestar atención o memorizar quedan afectados o desbordados por la emocionalidad. Por lo tanto tiene problemas con el aprendizaje en la escuela; 3) tiende a volcar violencia sobre sí mismo, en conductas autodestructivas o daño autoinfligido (dice paradójicamente, “cuando me lastimo me hace sentir bien, me siento vivo”); 4) a menudo tiene serios problemas en su capacidad para jugar (o se retrae y se aísla o es violento y atemoriza a los otros niños) y se pierde los efectos beneficiosos que el juego brinda; 5) tiene dificultades en expresar verbalmente sus emociones, sus necesidades corporales o poder describir sus sentimientos, lo que lo expone a problemas somáticos a repetición; 6) la dificultad en consolarse o tener padres que lo consuelen lo expone a explorar en el futuro con el alcohol y las drogas; 7) queda con una tendencia a padecer estados *disociados* de conciencia o amnesia para las situaciones traumáticas vividas; 8) se ha supuesto recientemente que la situación traumática tiene efectos somáticos, como trastorno o daño neurobiológico: elevados niveles de cortisol circulando que dañan células del hipocampo o se genera lateralización hemisférica con predominio del lóbulo derecho.

A largo plazo, los efectos del maltrato en la infancia pueden ser los siguientes: 1) efectos sobre la persona y ciertos rasgos de personalidad, desconfianza, sensibilidad, dificultad en apaciguarse, sentirse traicionado o traicionar. Puede estar relacionado con manifestaciones neuróticas, psicóticas o con lo que en la actualidad se denomina *Trastorno Postraumático*; 2) a veces los

⁴ The US Department of Health & Human Services informó en 1993 de 1 530 000 niños gravemente maltratados.

recuerdos de las escenas traumáticas retornan a lo largo de la vida sorpresivamente a la conciencia con una cualidad sensorial y perceptiva muy vívida, *sin poder ser ubicadas en tiempo y lugar*; 3) muchos estudios muestran la relación entre haber sido abusado y la tendencia a victimizar a los otros. Los criminales tienen historias de abuso y violencia familiar en una gran proporción. Por el contrario, las personas abusadas en su infancia pueden tender a ubicarse nueva e inconscientemente en el lugar de víctima. Por ejemplo, estadísticamente las mujeres que sufren violación o intentos de violación, en la niñez han sido víctimas de incesto familiar y *no relacionan ambas situaciones*.⁵

El deseo de paternidad inspira y aspira hacia el cumplimiento de los ideales parentales, pero sin una mente adulta que cultive el cuidado y la protección, el niño puede sufrir el embate de las necesidades narcisistas y de los impulsos sexuales y agresivos de los padres provenientes de sus propias situaciones infantiles de maltrato.

NUEVAS FORMAS DE PARENTALIDAD

La familia nuclear típica, padre, madre y sus niños biológicos, continúa siendo cada vez menos frecuente. Recientemente se conocen nuevas formas de acceder a la parentalidad. Estas situaciones han venido a poner en cuestión valores tradicionales referidos al matrimonio, la pareja y la crianza de los hijos. Algunas personas, en especial mujeres, deciden ser madres solteras, engendrar hijos y enfrentar la crianza del niño sin la presencia del padre. Otras veces, como resultado de un embarazo no deseado, la madre excluye al padre de la crianza o éste desaparece.

Algunas personas enfrentan este desafío con éxito, pero pocas sin experimentar el sobre esfuerzo adicional que representa atender en soledad las necesidades del niño que a menudo entran en contradicción con las propias. En estas condiciones se puede sobrecargar al niño con exigencias o hacerlo el centro de las necesidades del adulto. En todo caso, se hará notar la falta de un *otro* que pueda funcionar para la crianza como un tercero. Sin embargo, carecemos de datos sobre los efectos a largo plazo sobre la salud mental de los niños criados en estas condiciones.

En la actualidad, parejas de lesbianas o gays han decidido adoptar y criar hijos. Algunos niños provienen de un matrimonio anterior heterosexual interrumpido y son criados por la nueva pareja homosexual. Por el momento, no existe evidencia o indicación definitiva de que la orientación homosexual de un adulto le impida *per se* brindar cuidados parentales adecuados a un niño.⁶ Sin embargo, son de esperar nuevos estudios e investigaciones en este campo.

EL SIGNIFICADO DEL TRABAJO PARA LA SALUD MENTAL

El adulto ocupa gran parte de su tiempo y de su mente en actividades *laborales o profesionales*. Es fuente de una gran parte de su bienestar o de su malestar. Por consiguiente el trabajo tiene mucho que ver con la salud mental y no sólo por su condición de sostén en la vida. Para algunos el trabajo es sometimiento y *obligación*. Por el contrario, una profesión puede permitir que la tarea que demanda la vocación sea vivida con carácter de *apasionamiento y disfrute personal*. Otros se relacionan con el trabajo de manera compulsiva, como parte de la

⁵ Russell, D. *The Secret Trauma: Incest in the Lives of Girls & Women*. Basic Books, New York, 1986.

⁶ Patterson, C.J. "Children of lesbians and gay parents". *Child Dev* 1992;63:1025-1042.

conflictividad que genera y otros de manera activa (*workaholic*).

Es de destacar el significado que para la mente tiene una actividad o un trabajo y la relación que implica con el mundo externo. Según Freud⁷ “ninguna otra técnica de conducción de la vida liga al individuo tan firmemente a la realidad como la insistencia en el trabajo que lo inserta seguro en la comunidad humana”. La persona desplaza sobre el trabajo y sobre los vínculos con él enlazados componentes libidinales, agresivos, competitivos, egoístas o eróticos provenientes de su vida interior. Por ellos transitan conflictos que lo perturban, inhiben o impiden en el trabajo.

En los primeros años el niño juega metido en su mundo, como en los sueños, a la elaboración de sus conflictos internos. La disposición a lo que es considerado trabajo, a rendir en tareas serias, hacia el afuera, se inicia tempranamente en la latencia con la resolución del complejo de Edipo y la introyección de los ideales y valores parentales que imponen las primeras exigencias de producción, la tarea escolar, ordenar el cuarto, etcétera. Desde estos comienzos se va acentuando la disposición al trabajo y a desplazar gradualmente el juego.

Con el transcurso de los años variará su motivación: inicialmente la tarea impulsada por un principio infantil basado en la obediencia, el temor al castigo o la necesidad de amor de objetos idealizados que exigen la perfección para responder más tarde, en la adultez, a un otro principio basado en fidelidad a métodos, capacidades y responsabilidad propia.

Para la adultez, el trabajo o la profesión refleja una imagen de actitud parental de ‘padres buenos trabajando juntos para sostener y alimentar a los hijos’. Tiene que ver con proveer a las necesidades, asumir responsabilidad

respecto al mundo y la cooperación amistosa que hace posible el trabajo. Tiende a ser una actividad útil para quien la realiza pero necesita también ser por lo menos algo gratificante.

El trabajo provee estatus, dinero, autoestima, grupo social y de pares. Como toda tarea humana significa muchas cosas: para algunos se transforma en una actividad que va a otorgar inmunidad mágica para defenderse de lo azaroso de la condición humana. Su expresión extrema es cierta patología, la adicción donde el trabajo no es algo que se hace sino algo que se es.

Por otro lado, la interrupción de la actividad laboral o la amenaza de su pérdida tienen consecuencias devastadoras para la salud mental del adulto.

La capacidad para el trabajo puede verse afectada de diferentes maneras y resultar en su inhibición: a) cuando interviene una erotización fuera de lugar, como a veces sucede en ciertas situaciones neuróticas; b) cuando el Yo está absorbido en una labor psíquica de particular intensidad, como por ejemplo en un duelo; y c) cuando los logros y éxitos que podrían obtenerse del trabajo son evitados por ser sentidos con culpa y remordimiento.

...Y ALGUNAS NOTAS REFERIDAS AL TRABAJO MÉDICO

Se ha estudiado mucho el grado de satisfacción e insatisfacción que genera la tarea médica. Los médicos se quejan universalmente de falta de tiempo para estar con sus pacientes, exceso de trabajo o del sometimiento que imponen los sistemas asistenciales por una práctica actual alienante. De tener que priorizar técnicas de laboratorio

⁷ Freud, S. “El Malestar en la cultura” (1930) En: *Obra completa* XXI. Amorrortu, Buenos Aires, 1992.

y máquinas nuevas que no permiten involucrarse con el paciente. La ruptura de la tradicional relación médico paciente no les permite una buena resolución de las ansiedades intervinientes en el acto médico. En las actuales condiciones de su práctica,

el médico resulta excesivamente cargado de las proyecciones e inquietudes del paciente sin tener el tiempo, ni poder hacérselo, para contenerlas, elaborarlas y devolverlas terapéuticamente.

Pero también los médicos tienen dificultades especiales con el ocio. Un estudio indica que la reacción general del médico frente a una situación de *estrés* personal es *incrementar su tarea profesional* en lugar de hacerse un tiempo libre y descansar.⁸ Se siente culpable de abandonar a sus pacientes y entra en conflicto con las necesidades no atendidas de su propia familia.

Se han señalado los rasgos compulsivos de la personalidad médica en la triada de duda, culpa y exagerada responsabilidad como dando cuenta de un cierto sometimiento a su tarea clínica.⁹ Como también de ciertos rasgos que en su ejercicio lo hacen un profesional exitoso, pero que en su trato con la familia constituyen un *handicap*: por ejemplo, la tendencia al control, al perfeccionismo, a contener los sentimientos, mantener distancia emocional, a competir, a *dedicarse* completamente a sus pacientes y retacearse a los suyos.¹⁰

La insatisfacción con la Medicina como profesión ha llevado a estudiar el tema del *suicidio entre los médicos*: en comparación con la población general, hay una mayor

tasa de suicidios, sobre todo entre las médicas solteras en la edad media de la vida. Se lo ha asociado a un trastorno afectivo predominante. También es alta en los médicos varones, pero menor al de las mujeres.¹¹

Es necesario ocuparse también de la relación entre la Medicina y la familia del médico. A menudo el médico proviene de una familia de médicos, a veces hasta de la misma especialidad que constituyen una estirpe. En este caso la Medicina ha sido sentida fuertemente como objeto de un deseo del padre que el hijo debe hacer propio. Supone identificarse con el padre y competir con él. También es interesante el efecto que tiene sobre el destino profesional de los hijos una pareja de padres médicos, si la pasión de los padres por la Medicina es tal (“nunca se habló de otra cosa en mi casa”) que deben convertirse en médicos para participar en parte en los intereses de la pareja. A veces las parejas que comparten la Medicina como profesión se conocieron en la carrera y se unieron como para acompañarse sobre el modelo de un vínculo fraterno y darse apoyo emocional frente a una carrera que genera inquietudes.

Se ha reconocido que los estudiantes de Medicina que mantienen una relación de pareja estable soportan mejor el *estrés* indudablemente asociado a los años de estudios médicos por sobre los que no la tienen. Se ha preguntado si es el resultado de la contención que la experiencia de vida familiar posibilita o simplemente que *el mayor grado de adultez* le permite enfrentar el costo emocional de la carrera y llegar al emparejamiento. Algunos estudios sugieren lo primero.¹²

⁸ Krakowski, A. “Stress and the practice of Medicine II, Stressors, stresses and strains”. *Psychother Psychosom* 1982;38:11-23.

⁹ Gabbard, G. “The rol of compulsiveness in the normal physician”. *JAMA* 1985;254:2926-2929.

¹⁰ Ellis J, D Inbody. “Psychotherapy with physicians’ families: when attributes in medical practice becomes liabilities in family life”. *Am J Psychother* 1988;(XLII)3.

¹¹ Steppacher A, J Mausner. “Suicide in male and female physicians”. *JAMA* 1974;(228) 323-328.

¹² Comms A, E Fawzy. “The effect of marital status on stress in medical school”. *Am J Psychiatry* 1982;139:1490-1493.

Se ha hecho notar la participación creciente de la mujer en la Medicina y el estrés a que se expone, en especial referido al cuidado de los niños si queda embarazada. La médica puede experimentar mayor tensión psicológica cuando sospecha que sus superiores médicos le pierden el respeto porque consideran que la maternidad reduce su compromiso con la Medicina.¹³

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE DINERO

Mucha gente ambiciosa se pasa la primera parte de la vida arruinando su salud para ganar dinero y la segunda parte gastando ese dinero para recuperar la salud.

DR. BASHIR QURESHI,
Journal of the Royal Soc. of Medicine, 1997

Es imposible dejar el tema de la *etapa adulta* sin hacer alguna referencia sobre *dinero*. El individuo tiene una importante relación con el tema del dinero. En parte se vincula con él a través del trabajo y sus ingresos. Vale la pena señalar lo siguiente:

El dinero tiene una doble vertiente: a) considerado desde las necesidades de la autoconservación es un medio de intercambio que le provee a la persona sustento para sus requerimientos básicos. El valor que se le asigna es arbitrario, *impersonal* y es fijado por una autoridad económica. Con él paga y le pagan. Es reflejo de la *realidad material* donde cuenta el nivel de ingresos, la estabilidad o la amenaza de su pérdida, el desempleo, el despido, etcétera. La salud mental se ve directamente afectada por cada una de estas situaciones, especialmente cuando se trata del jefe de la familia; b) simultáneamente, el manejo del dinero es siempre *libidinizado*, es decir,

tiene un significado y un valor *personal* para cada uno. Es en este sentido que está relacionado con los objetos y actividades de la fase sádicoanal del desarrollo psico-sexual. En este plano, el dinero es tratado con el mismo falso pudor e insinceridad con que se trata a la sexualidad, algo sucio y vergonzante.

Entonces, el dinero no es sólo importante por lo que vale sino por lo que significa, por lo que hace y por la manera como interviene en las relaciones personales: es usado como heces (el *roñoso*, para dominar, corromper, sobornar (el *cagador*), retenido por avaricia, evacuado en el despilfarro, utilizado en la apropiación del otro por el dinero, el regateo, la manipulación. El dinero, además, puede estar significado con una *marca personal*:

Una paciente con una incapacitante artritis reumatoidea tenía un empleo en el que se sentía maltratada y mal paga. Terminó debiendo al médico una importante suma por consultas que requería regularmente en las que se sentía mal atendida. Cuando consiguió otro empleo donde era más valorada y mejor retribuida, siguió arrastrando la deuda, pagando al médico exclusivamente con los ingresos limitados que provenían del primero, con dinero marcado como de maltrato. Así expresaba al médico su propio maltrato hacia él.

Un último punto: hay una creciente tendencia en Medicina a que intervengan terceros en relación con el pago de servicios médicos (instituciones, gremios, prepagas, etcétera). El *tercero pagador* impone sus propias condiciones en relación a la asistencia misma, que a menudo poco o nada tienen que ver con las necesidades del médico y del paciente, lo que constituye una fuente de malestar en ambos. A veces es para ellos

¹³ Kelner M, O Rosenthal. "Postgraduate medical training Stress & Marriage" *Can J Psych* 1986;(31)22-24.

casi imposible no entrar en una especie de *pacto perverso* (con manipulación de bonos, tiempo, dinero, etcétera) no para enga-

ñar a quien los perjudica, sino para poder llevar adelante la tarea en condiciones honorables.

XIX

EL FINAL DE LA VIDA: LA MUERTE

*Versos, Fama y Belleza son de verdad
intensos pero la Muerte es más intensa.
La Muerte es el alto precio de la Vida.*

JOHN KEATS

“¿Por qué me he reído esta noche?”

En Salud Mental se estudian las experiencias emocionales por las que el ser humano transita en su ciclo vital. Éste comienza con las expectativas y deseos parentales durante la vida intrauterina, sigue con el nacimiento y el establecimiento de los vínculos tempranos; el desarrollo psico-sexual de la primera infancia que culmina con la problemática edípica; la crisis de la adolescencia, las realizaciones de la edad adulta, la formación de la familia y la procreación. Cuando llega a la vejez y de no haber ocurrido antes, el ciclo vital finaliza con la muerte.

La muerte es considerada como la cesación o extinción de la vida. También como la pérdida irreversible de las funciones que la sostienen.

Como es notorio, su definición va asociada a la de vida, la que a su vez, en situaciones límite, tampoco es fácil de precisar.

EL SIGNIFICADO DE LA MUERTE

Desde el vértice de la salud mental, la muerte es mucho más que un problema biológico: la muerte significa dejar de existir, algo que al ser humano le resulta difícilmente pensable. Requiere representarse *la nada, el vacío, lo negativo, lo inexistente, lo que deja de ser*. Figurativamente se la menciona como *tránsito* a un otro estado, *trance* o *partida*, un *retorno* al comienzo. Alude a lo *perecedero*, a lo que tiene término.

Paradójicamente, su presencia marca una ausencia y como tal está asociada a sentimientos muy fuertes que implican *falta, separación, desaparición o abandono, como también fugacidad del tiempo, inermidad y pequeñez (nihil)* que se expresan en los sueños y fantasías de las personas y en las creaciones de la mitología popular.

Igual que con aquellas otras circunstancias del ciclo vital que conmocionan violentamente la mente humana —la gestación, el

nacimiento, la sexualidad—, las sociedades de todos los tiempos se han servido de rituales y tradiciones para atenuar el impacto de su presencia y tratar de dominarla con creencias en el *más allá* y en la vida después del *fin del mundo*. Aún así, jamás es sentida como un fenómeno natural, sigue siendo una desgracia que podría haberse evitado: para la mente humana aparece regularmente asociada al pecado, al mal y a la enfermedad. Es importante consignar que el humano es el único ser viviente que entierra a sus muertos.

Fue representada en la Mitología clásica por las Moiras, divinidades griegas temibles, tres bellas mujeres o hermanas que al nacer asignaban al niño el don que iba a corresponderle en la vida.¹ Significaban para el hombre el Destino inexorable, la Fatalidad. Tanatos, hijo de la noche y hermano gemelo del sueño, es su mensajero. En Roma, las Parcas, aunque en principio parecen ser las divinidades del nacimiento, acaban siendo las diosas del Destino y como las griegas son tres mujeres hilanderas, que presiden el nacimiento, el matrimonio y la muerte. La Parca es también Afrodita, a menudo una mujer joven y hermosa. John Keats la describe así en su poema “La Bella Dama sin Piedad”:

*Encontré a una dama en los campos
muy hermosa... como doncella de un cuento,
su cabello era largo,
sus pies ligeros y sus ojos salvajes...*

Luego de resaltar la belleza y fascinación de su presencia, aparece la inmisericordia, la impiedad de la muerte representada como otro aspecto de la mujer madre en cuyo seno se teme quedar atrapado:

*Y allí me arrulló hasta quedar dormido,
y allí soñé... ¡Ah, adiós dolor!
el último sueño que jamás soñé
en la fría ladera de la colina...*

La *erotización* del significado de la muerte le agrega los ingredientes mórbidos: el *sufrimiento* se mezcla con el *placer*, la *agonía* con el *orgasmo*, con la *voluptuosidad* la *muerte*. En el arte se manifiestan estos temas que revelan la muerte junto al goce, el deseo y al sufrimiento. En la literatura, el Marqués de Sade es su expresión más acabada. Los éxtasis religiosos lo son de amor y de muerte. En los límites de la patología está el *sadomasoquismo* y cuando el cuerpo muerto se convierte en objeto de deseo aparece la *necrofilia* como perversión.

En el funcionamiento de las partes más primitivas de la mente, la muerte no aparece como un estado total y absoluto, sino más bien como un estado mixto, mezcla de vida y muerte, algo de la naturaleza de lo *muertovivo* que cuando se manifiesta en fantasías y leyendas genera sensaciones de *lo siniestro*.

Los médicos del siglo XVII empezaron a intervenir en la certificación de las inhumaciones ante el pánico que generaba el peligro de la muerte aparente y el terror a ser enterrado vivo. En el siglo pasado, los médicos pusieron mucha pasión en determinar que la muerte era un estado absoluto que ocurre cuando se detiene la máquina biológica y que no puede haber estados intermedios. El cuerpo se descompone y la putrefacción es el único signo de muerte de todo el organismo. En cambio, en las concepciones populares el alma quedó para el *más allá*, la transmigración, la religión.

Hasta hace unas décadas, la Medicina que se había dedicado tanto al estudio científico de la enfermedad le había asignado poco lugar a la muerte. Por supuesto desde mucho tiempo atrás se había ocupado del cadáver, sobre todo a partir del descubrimiento de la importancia de la anatomía patológica y de la necesidad de ir a la mesa de autopsia a aprender de los errores.

¹ La presencia femenina en la vida y en la muerte se refleja en este revelador comentario de un estudiante frente a un cadáver en la morgue: pensar que este cuerpo fue una vez el de un niño al que la mamá lo llevaba de la mano.

Sin embargo, *el cadáver no es la muerte, es sólo su constatación*. En una crítica tal vez exagerada se ha señalado que “si bien el análisis del cadáver le enseña algo, la Medicina ignora la muerte en su especificidad, y sólo se ocupa de sus causas, esto es, de las enfermedades... no es el cuerpo muerto lo que le interesa, sino lo que en él puede leer... El cuerpo es el sitio donde se inscribe la enfermedad”.² La Medicina tampoco ha tomado muy en cuenta las perturbaciones emocionales que la experiencia de la morgue provoca en sus estudiantes.³ La muerte en Medicina todavía se considera un fenómeno marginal de su práctica, algo molesto, hasta un fracaso. Lo que debería estar presente entre los presupuestos médico-asistenciales ha sido remitido recientemente a una nueva especialidad, la Tanatología y sus cuidados.

En la última parte del siglo XX, nuevos desarrollos en el área de cuidados intensivos y emergencias han tomado inevitable que la Medicina se ocupara de la muerte y de precisar la definición de *muerte cerebral*.⁴ La moderna tecnología médica ha salvado muchas vidas pero ha dejado algunos pacientes con muerte cerebral. Los trasplantes también han multiplicado los problemas éticos y legales en torno a constatar la muerte del donante.

LA EXPERIENCIA DE LA MUERTE EN MEDICINA

Es desde luego cierto que la enfermedad puede tener en la muerte uno de sus desenlaces. Pero, como dice el Dr. Matko Marusic (1985) “Ninguna enfermedad es mortal, la vida es mortal”. En Medicina,

no es sólo por la enfermedad que cabe ocuparse de la muerte sino por lo que significa para la vida de la persona y por lo que le acontece a los sobrevivientes.

La muerte, como expresión inevitable del fin del ciclo vital, está incluida en alguna de estas tres perspectivas:

- a) la presencia emocional que tiene como representación o idea, *el significado de la muerte propia para la vida*, aquella que como posibilidad va apareciendo gradualmente en la conciencia según pasan los años.
- b) en el efecto que como *duelo* deja caer la muerte sobre los sobrevivientes cuando pierden un ser querido. Los procesos de duelo y la manera como se elaboren tendrán importantes efectos y consecuencias sobre su vida mental y su salud.
- c) cuando la muerte no es sólo una posibilidad lejana o ajena sino una amenaza verdadera, como en el padecimiento de enfermedades terminales. En este caso, la muerte es una experiencia próxima y son los sentimientos de la persona que va a morir y los de su entorno los que están en juego; la dignidad de la muerte frente al proceso de medicalización que la vida que ha sufrido en los últimos tiempos.

LA MUERTE PARA EL SENTIDO DE LA VIDA

Aun cuando las personas estén dispuestas a admitir que la muerte es el desenlace natural y universal de la vida, en realidad suelen conducirse de manera muy diferente. El

² Clavreul, Jean. *El Orden Médico*. Argot, Barcelona, 1983.

³ Por ejemplo, anorexia transitoria, inhibición para comer carne que dura a veces definitivamente, abandono de la carrera, etcétera.

⁴ Por una parte, la muerte es *un proceso*: no todos los aparatos o funcionamientos corporales cesan al mismo tiempo, algunos sobreviven la muerte del organismo un tiempo variable o pueden ser mantenidos por medios artificiales. Pero hay un punto de *no retorno*, un momento crítico cuya presencia marca la irreversibilidad del proceso: *The brain death syndrome*.

“todos hemos de morir” termina por ser una afirmación convencional. Hay una patente inclinación a prescindir de su aparición inoportuna, a eliminarla de la vida, a no querer saber nada de su molesta presencia.

Cuando el testimonio de su cercanía es irrefutable, se suele interrogar sobre su causa. Parece que siempre tiene que haberla para la muerte (la enfermedad, un accidente, la infección, la vejez, etcétera), así se le quita algo de lo fatídico en su aparición.

Freud dice que nuestro inconsciente es tan inaccesible a la representación de la muerte propia, tan sanguinario contra los extraños, y tan ambivalente en cuanto a las personas queridas como lo fue el hombre primordial.⁵ La experiencia de la muerte ajena llegó tempranamente a conocimiento del hombre. Es más, él mismo la provocó, participó de ella, como ser sanguinario y violento que era. La muerte, la de los demás, sus extraños y enemigos le era grata, se complacía en matar.

Aún hoy el inconsciente sigue albergando deseos asesinos tan intensos como los que tuvieron nuestros antepasados. El problema se le presentó al hombre con la muerte de sus seres queridos, con las personas de su entorno que perdía, a las que quería intensamente pero también odiaba. La ambivalencia primordial generaba sentimientos de culpa muy intensos frente a la persona que la muerte le arrancaba. Los mismos sentimientos perduran en las estructuras profundas del hombre actual.

Los deseos de muerte contra los demás son reconocibles y operativos todo el tiempo en el inconsciente, deformados y transformados por procesos defensivos.

Los niños los manifiestan abiertamente. Cuando el adulto los detecta en sí mismo le

genera angustia porque la dimensión mágica de la mente lo lleva a confundir deseo con realidad. La socialización humana ha impuesto con mucha dificultad el *no matarás*.

De la ambivalencia de los sentimientos surgió la creencia en el *más allá*, la idea de *la sobrevivida, el temor a los muertos*. Todavía perviven creencias populares de que los muertos son enemigos de los vivos.

Una médica casada cuenta que estando en cama por un malestar pasajero la visitó la mamá, mujer muy supersticiosa, viuda desde hacía años, quien no quería sentarse en la cama para charlar con ella “porque podía contagiarle la viudez”. Si lo hacía, la vida del yerno peligraba. La cama de una pareja joven es también el lugar de la tentación para una viuda, ejemplo de la dimensión mágica de la relación con los muertos y del tabú del contacto.

La relación con la muerte origina sentimientos siniestros: ante la presencia del cadáver, la posibilidad del retorno de lo muerto vivo, los espíritus y los fantasmas. Como en el salvaje, en el hombre civilizado el temor a la muerte es tan primitivo que toca aquellos residuos de actividad mental animista, como lo mágico y la omnipotencia que vuelven a la superficie como sentimientos ominosos.⁶ El accionar científico de los médicos no es una excepción:

En una sala de un hospital general, los residentes de clínica médica trataban de sobreponerse a una inusual epidemia de fallecimientos, algunos tan inesperados como desconcertantes. Escaseando los soportes especiales para la administración de líquidos parentales, se comenzó por necesidad a utilizar

⁵ Freud, S. “De guerra y muerte Temas de actualidad” (1915). En: *Obra completa XIV*. Amorrortu, Buenos Aires. 1992.

⁶ Algunos estudiantes toleran mejor la experiencia de la morgue cuando el cadáver está descubierto. Cuando está cubierto, la sensación siniestra frente a la muerte es mayor que cuando no lo está.

uno improvisado de madera en forma de cruz. Empezaron a observar que al paciente a quien se lo colocaban era candidato a morir e hicieron todo tipo de pruebas y contrapruebas científicas para verificarlo. Todo dentro de un clima festivo no exento de preocupación.

LA IDEA DE LA PROPIA MUERTE

Si bien la persona reconoce la experiencia de la muerte ajena o de pérdidas equivalentes, en cambio la propia muerte, la idea de cesar de existir, aparece como mero conocimiento intelectual, algo increíble o afectivamente distante. Cuando se lo intenta se puede observar que se continúa siendo mero espectador pero no sujeto de la misma. La persona no hace más que desdoblarse en alguien que se *imagina* cómo sería morir.

Para Freud no puede haber idea de la muerte propia en el inconsciente porque nuestras representaciones mentales provienen de experiencias efectivamente ocurridas o derivadas de ellas. ¿Cuál sería la huella de la experiencia que llegaría a representar a la muerte propia si nunca fue experimentada? Con la palabra muerte aludimos a algo de lo que no podemos tener nada registrado como experiencia emocional, sino tan sólo un mero conocimiento. El *no hay vida* como la negación o la nada, serían pensables como meras palabras del orden del lenguaje pero no asociadas a representaciones inconscientes.

Pero también desde la Medicina se reconoce esta situación en términos similares: “Ninguno de nosotros aparece psicológicamente capaz de enfrentarse con el pensamiento de su propia muerte, con la idea de una permanente inconciencia en la cual no hay ni vacío ni hueco, en el cual simplemente hay nada”.⁷

Este hecho irrefutable de la mente alimentaría la creencia ilusoria en la propia inmortalidad e invulnerabilidad, sentimientos originados en experiencias tempranas. Puede contribuir junto a otros factores dinámicos a sentimientos omnipotentes de que “a mí no puede pasarme nada” y manifestarse en actitudes que más que heroicas son suicidas. Piénsese en el obstáculo que esto puede significar para el reconocimiento de las alarmas corporales que preanuncian una enfermedad. O la actitud de abierto desafío suicida que el paciente adopta cuando desoye advertencias médicas frente a peligros como el de una posible muerte súbita.

DE LOS ORÍGENES DEL MIEDO A LA MUERTE

A muchos médicos nos aterroriza la muerte y el morir. Las personas necesitan un increíble monto de apoyo cuando se mueren. Y un médico aterrorizado no se lo puede brindar.

DR. PHILIP ROTH,
The Anatomy Lesson, 1983

Si la idea de la muerte propia es tan inverosímil, ¿qué lugar ocupa entonces el tan frecuente temor a la muerte? ¿Se puede, según una expresión corriente, estar *muerto de miedo* o peor, llegar a morir de miedo? Se recuerdan los casos de *muerte voodoo* donde una persona con una mentalidad primitiva al romper una prohibición puede pagar con su muerte.⁸ Frente a una intervención quirúrgica importante temores incontrolables de muerte pueden ser augurio de complicaciones posoperatorias si no son tenidos en cuenta.

La angustia que puede tomar la forma de miedo a la muerte es un elemento diagnóstico y pronóstico clínico impor-

⁷ Nuland, S. *How we die: Reflections on Life*. Final Chapter. Knopf, New York, 1994.

⁸ Cannon, W. “Voodoo death”. *Amer Anthropol* 1942;44:169.

tante. Debe ser escuchado atentamente y tenido muy en cuenta.

Clásicamente, la angustia frente al dolor del infarto cardiaco va acompañada de sensaciones descritas como de *muerte inminente*. Está ligada a la amenaza de fantasías primitivas de desintegración corporal del Yo que toman la forma de vivencia de muerte propia.

Que una persona pueda sobrellevar experiencias traumáticas graves, como una enfermedad o una operación, con sus terrores consiguientes, el temor a la muerte entre otros, depende de la *compañía* interna y externa con que cuenta en la forma de objetos de amor que lo amparen y protejan (*ver el sueño de la paciente con cáncer, capítulo XVI*). Así puede atenuar el posible impacto desorganizante de una enfermedad, tolerar el miedo a la muerte y en consecuencia mejorar el pronóstico.

El temor consciente a la muerte, tan común y difundido expresa miedos referidos, por ejemplo a fantasías claustrofóbicas o de castigo por el destino, representante de los padres que amenazan con equivalentes de la castración. En este sentido, la angustia de muerte puede encubrir otros miedos y estar reforzada desde sus raíces inconscientes.

Pero no todos los psicoanalistas estarían de acuerdo con la idea de que en el inconsciente falta registro de muerte. Otros sostienen que ya en el bebé, junto con la percepción de la vida puede haber algo de la naturaleza de un reconocimiento de la muerte en la forma de un terror que amenaza la existencia. Se trataría de una angustia tan intensa y primitiva que conmociona el precario sentimiento de integridad del Yo con la sensación de su aniquilamiento.

Según Jaques, “es una fantasía inconsciente de inmovilización y desamparo, en la cual el *self* es sujeto de una fragmen-

tación violenta, mientras retiene la capacidad de experimentar la persecución y el tormento a la que es sometido”.⁹ Algunos analistas sostienen que es la manifestación de una fuerza salvaje y destructiva que llaman *pulsión de muerte* y que en lucha con los impulsos vitales, *pulsión de vida*, generan un primitivo temor a la muerte, en la forma de terror al aniquilamiento. En este caso, el temor a la muerte es considerado una angustia primordial que de alguna manera signa la vida emocional de las personas (*ver Sexualidad Infantil*). Es la mamá la que con su capacidad de estar en contacto (en sintonía afectiva) con su bebé puede atenuar esas angustias de muerte hasta hacerlas tolerables y eventualmente pensables.

El hombre elabora gradualmente y hasta donde se lo permiten sus temores la idea de la muerte propia. Con el tiempo puede lograr una cierta aceptación no meramente intelectual de la misma. La actitud hacia la muerte ejerce una poderosa influencia: “la vida se empobrece, pierde interés, cuando la máxima apuesta en el juego de la vida, que es la vida misma, no puede arriesgarse”.¹⁰

Admitir la muerte dentro de las posibilidades de la vida permite profundizar y valorar el sentido de la misma.

Esto se manifiesta por lo general en el período medio de la etapa adulta, cuando la llamada *crisis de la mitad de la vida*, como culminación de la manera como vienen siendo elaboradas las pérdidas. Sucede que la aceptación emocional de la muerte permite valorizar la vida, darle una dimensión más profunda.

Tomar conciencia de la finitud de la vida permite apreciarla y enriquecerla, perdiéndose la ilusión de que la misma es eterna.

⁹ Jaques, E. “The midlife crisis”. En: *The course of life* Vol. III Adulthood and the aging process NIMH, New York, 1980.

¹⁰ Freud, S. “De guerra y muerte. Temas de actualidad” (1915). En: *Obra completa* XIV. Amorrortu, Buenos Aires. 1992;291.

En otras palabras, se necesita que la persona, promediando su ciclo vital, lo reconozca como propio, el que le ha tocado vivir, que será ese y no otro, que no podrá reiniciarlo ni reemplazarlo ni prolongarlo más allá del final que se avisa. Para eso se requieren varias cosas, incluso una cierta asimilación de las pérdidas pasadas que se dieron en la forma de heridas narcisistas u objetales. El duelo, a semejanza del proceso digestivo, elabora las pérdidas y las transforma con el tiempo en algo con valor *nutritivo* para la vida mental. Y con él, la admisión de que *lo que hace valiosa la vida es paradójicamente su transitoriedad*.¹¹ Por eso es necesario analizar cómo operan los procesos de duelo en la mente.

PROCESOS DE DUELO: SU IMPORTANCIA EN LA SALUD Y LA ENFERMEDAD

La constitución de las estructuras mentales del Yo supone su gradual establecimiento a partir de experiencias vitales en el vínculo con los objetos, entre las que ocupa un lugar importante la elaboración de las pérdidas. El Yo las siente como carencias, privación o falta de algo que se tenía y con lo que contaba previamente.

Toda la vida mental supone un interjuego dinámico permanente entre lo que se va perdiendo o dejando atrás y lo que se va adquiriendo y asimilando.

Lo singular es que parte de lo perdido ayuda a conformar las estructuras mentales del Yo por procesos de internalización e identificación en momentos cruciales del desarrollo. Las pérdidas pueden ser de todo tipo, pero no hay duda que las que son decisivas se refieren a objetos humanos con los que había lazos previos intensamente emo-

cionales. La pérdida de la salud también puede disparar un proceso de duelo.

El Yo temprano e indefenso sufre el efecto de las pérdidas cuando su estructuración es aún precaria y pasa por situaciones donde el objeto necesitado se desvanece de su campo de experiencia emocional. Tiende a vivir las pérdidas como experiencias *malas* con objetos *malos* o, por el contrario, a superarlas en un proceso de creciente integración con experiencias y objetos *buenos*. El destete marca un hito fundamental para las experiencias de pérdida.

Más tarde, los objetos parentales se pierden como objetos edípicos, se duelen y se transforman en estructuras superyoicas que vigilan y controlan al Yo. En la adolescencia se vuelven a hacer duelos por los objetos parentales de la infancia. Pero no hay momento de la vida mental donde no se esté pasando por algún tipo de pérdida: la juventud, la menstruación, el cuerpo, la capacidad de tener hijos, la llegada de fin de año, etcétera. Lo importante es determinar cómo hace la mente para elaborar esas pérdidas, si sucumbe a ellas o puede transformarlas en crecimiento y logros.

El trabajo por el que el Yo trata de sobreponerse a sus pérdidas se denomina duelo. La salud mental depende, entre otras cosas, de la resolución de los procesos de duelo.

El duelo es la respuesta a todo tipo de pérdidas, pero las más intensamente sentidas se refieren a objetos queridos que se pierden. También se duela por objetos odiados. Se pueden perder otras cosas, ideales o materiales, partes del cuerpo u otros valores. El trámite de la vida requiere que se hagan microduelos diarios. Pero no todos tienen el carácter tan irreversible que tiene la muerte, que origina los grandes duelos.

¹¹ Freud, S. "La transitoriedad" (1915). En: *Obra completa XIV*. Amorrortu, Buenos Aires, 1992.

El duelo ante la muerte se expresa con manifestaciones de dolor, aflicción, tristeza. El sujeto siente la falta del objeto, su abandono. Si lo pone en palabras suele expresarlo así: “Por qué me dejaste, por qué me abandonaste”. Aparecen las quejas: se queja del dolor que lo consume y se queja de aquél que lo provoca. El duelo permite que estos sentimientos de pérdida sean procesados en el tiempo por un trabajo interno en el que está profundamente comprometida la mente y que, para hacer esa labor, retira transitoriamente sus intereses del mundo externo. Si parece deprimido es porque se está ocupando de otra cosa: qué hacer con ese vínculo afectivo que perdura internamente, mientras la realidad le muestra la inexorabilidad de su pérdida. Mientras tanto, el mundo parece vacío.

El trabajo del duelo pone en evidencia la solidez del lazo con el objeto y lo que es puesto a prueba con su pérdida. Pero la realidad no prevalece de golpe, la mente se libera de a poco a través de un trabajo que debe realizarse en detalle: ocuparse de cada uno de los innumerables recuerdos, recorrer las experiencias pasadas compartidas y con el tiempo liberarse en una especie de desmantelamiento de la imagen del objeto perdido. Interinamente puede identificarse con alguno de sus rasgos físicos o psicológicos o evocarlos al punto de la alucinación (a veces le parece verlo u oírlo) o negar su pérdida de manera delirante (*vive, está por ahí, en algún lugar*). En condiciones normales la labor termina en unos meses o años.

Lo que complica el proceso de duelo es la naturaleza del vínculo previo con el objeto perdido ¿Por qué se lo eligió como objeto de amor, cuánto odio previo coexistía (vínculo ambivalente) o si ese objeto lo representaba al Yo mismo (vínculo narcisista)?

a) la presencia simultánea no sólo de amor sino de odio, este último en cantidades

excesivas, complica el proceso de duelo. La relación previa era *ambivalente*. Amor y odio entablan un combate: duelo es también lucha o pelea a consecuencia de un desafío. En ese caso el duelo puede eternizarse en lo que conocemos como **duelo patológico** y es puesto de manifiesto en los autorreproches: “Me dejaste porque no te cuidé lo suficiente, te fuiste porque no te merezco, soy responsable, lo hubiera podido evitar...”. Predomina el temor por el haber dañado al objeto, la culpa y reproches consiguientes y la necesidad de restaurarlo a través de un duelo que puede eternizarse porque simultáneamente se lo odia.

b) cuando el objeto perdido había sido elegido por representar al sujeto mismo, cosa que se conoce como *elección narcisista*. La naturaleza narcisista previa del vínculo genera no una elaboración de su pérdida sino su introyección en el Yo. El objeto entero perdido cae en el Yo y los autorreproches que sobrevienen a su pérdida van en realidad dirigidos a él: “soy culpable de lo que pasó, soy indigno, no sirvo para nada, no merezco perdón...”. La manifestación clínica es la **melancolía** y el suicidio puede ser uno de los desenlaces.

Las fantasías canibalísticas inconsistentes muy primitivas que acompañan el duelo son parte de los fenómenos de introyección o incorporación de los objetos al Yo y clínicamente pueden dar lugar a la anorexia o la bulimia característica del mismo.

A veces ocurre que frente a la naturaleza dolorosa del duelo, éste puede ser *retardado, inhibido o negado*, esto último al punto de una falsa euforia o de la exaltación maníaca. En todo caso, hay ausencia de manifestaciones de duelo donde era esperable. En otras situaciones se presentan *duelos anticipados*, por ejemplo, en las personas

o familiares que están a cargo de pacientes que van a morir. En estos casos, ocurre un lento desasimiento afectivo previo a la muerte. Pero al duelo pueden complicarlo los deseos inconscientes de muerte frente a la espera dolorosa.

El proceso de duelo puede estar perturbado por mecanismos defensivos que niegan la pérdida, lo que puede ser potencialmente patógeno para la salud. En algunos casos, en especial en los niños, la mente por un lado parece aceptar, reconocer la pérdida, hacer el duelo, y simultáneamente mantener la convicción ilusoria de que la persona perdida sigue con vida. Es como si frente a la magnitud de la pérdida, la mente se desgarrara y sin darse cuenta mantiene funcionamientos incompatibles como efecto de una escisión. Esta situación puede perdurar toda la vida.

Los duelos, ya sean recientes o antiguos, mal elaborados tienen mucha importancia en Medicina. El comienzo de cierta patología corporal suele estar enlazada a los mismos. La llamada *reacción aniversario* es el desencadenamiento de algún tipo de trastorno mental o corporal que aparece con la fecha del fallecimiento o a la edad que tenía la persona que murió. Puede conducir por identificación a trastornos similares a los de la persona muerta o a reacciones aparentemente inexplicables.

En los duelos recientes, el sobreviviente, en especial el viudo, está en una situación particularmente vulnerable.¹² Parejas casadas por décadas pueden morir con pocos meses de separación. Por el contrario, la muerte de uno de ellos puede llevar a cambios espectaculares.

Una paciente de más de 60 años había estado enferma de una gravísima neurosis obsesiva casi toda la vida. Mantenía con el esposo una relación dependiente

y mutuamente invalidante. En los últimos dos años comenzó con movimientos musculares involuntarios y con un profundo deterioro mental, medido con pruebas psicológicas. Un exhaustivo examen diagnosticó una enfermedad neurológica demenciante. Cuando se consideraba su internación definitiva por lo que parecía una situación crecientemente irreversible perdió al marido en circunstancias trágicas. Ambos fueron atacados y el marido asesinado. Contra todos los pronósticos, la paciente asombró por su capacidad de recibir y elaborar el impacto traumático, con el tiempo desaparecieron los síntomas presumiblemente orgánicos y recuperó un grado de lucidez previamente desconocido en ella.

A menudo se malinterpreta el duelo normal que una persona debe pasar como si fuera una clase de enfermedad que hay que tratar. Además de las defensas psicológicas que el sujeto emplea, el entorno en general es poco propicio al duelo. Se ha hecho notar que en la actualidad, el duelo es tan poco aceptable por la sociedad como la sexualidad lo fue en la época victoriana. Desde la simplificación de los rituales funerarios, como por ejemplo el sepelio fuera del hogar en lugares especiales, la desaparición del luto, la incineración en lugar de la inhumación. El silencio en torno al sobreviviente y la sutil imposición, de la que a veces participan los médicos en el sentido de que el dolor no debe manifestarse o de que se necesita *ser fuerte*, tienden a aislar a la persona en duelo y son factores que juegan a favor de negarlo, con las consecuencias patológicas que puede traer. El médico puede colaborar en *legitimar* el duelo, en lugar de negarlo.

Un proceso de duelo requiere de condiciones externas e internas para un desarro-

¹² Una encuesta de 1967 en Gales mostró que la mortalidad de los viudos ascendía al 12,2% el primer año contra 1,2% de la muestra testigo, es decir, era diez veces mayor. Rees y Lutkins, "Mortality of Bereavement", *Brit. Med. Journal*, 4.

llo favorable y hace a la salud mental de la persona. Cuando culmina al cabo de un tiempo más o menos prolongado, ésta puede salir emocionalmente renovada y hasta cierto punto enriquecida por la experiencia. Como parte de su tarea, del trato que tuvo con los familiares de su paciente fallecido, el médico debería cuando puede y es necesario, estar atento al proceso de duelo de los sobrevivientes.

EL PACIENTE QUE VA A MORIR: LA MEDICALIZACIÓN DE LA MUERTE

En un momento de la vida, frente a una enfermedad terminal o en circunstancias graves, el fin de la existencia se transforma en algo concreto y posible para la persona. ¿Cómo se transitan esos momentos?

Hasta poco más o menos la primera guerra mundial, la muerte era un acontecimiento público, social, del que participaba la comunidad entera. El paciente en trance de morir era avisado, sabía de su destino y tomaba sus últimas disposiciones. Hasta había un momento de despedida que le daba a la muerte un sentido postrero. Podía tener frente a su muerte un rol activo y digno. Se hacía caso a la muerte, el momento supremo, grave y terrible no era tratado a la ligera. No se apartaba a la persona de ella ni se falsificaban sus apariencias. El periodo de duelo le seguía, con visitas al cementerio, a la familia, etcétera. Todo el grupo social se conmocionaba: no sólo una persona desaparecía, sino que la sociedad también había sido alcanzada por la pérdida que necesitaba cicatrizar. Había una relación permanente entre la muerte y la sociedad. No es seguro que este modelo que aún tiene vigencia en vastos lugares del mundo vaya a desaparecer.

Pero, un tipo absolutamente nuevo de morir ocupa nuestra época, en las zonas técnicamente avanzadas del mundo occi-

dental. Frente a la muerte, la sociedad no tiene pausas, parece que todo sigue igual. Inadvertidamente, la Medicina ha participado de estos cambios.

Hoy en día la Medicina interviene activamente en la vida diaria y cotidiana con sus consejos y opiniones. No hay nada de la vida moderna de las personas que no haya merecido su intervención: recomienda dietas, opina sobre el trabajo, las relaciones sexuales, el dormir. La opinión médica se busca activamente para todo, modela nuestro modo de vivir, nuestra concepción de la vida, como debemos comportarnos, etcétera. Se ha criticado esta exagerada presencia, en especial de sus aspectos técnicos, que se inmiscuye en la intimidad de la vida cotidiana con el nombre de *medicalización de la vida*. El efecto de su presencia en el cuidado del paciente terminal ha determinado la llamada ***medicalización de la muerte***.

En primer lugar, el paciente no es advertido ni puesto al tanto de su situación. En general no se le dice cuáles son las circunstancias por las que está pasando. El enfermo no parece con necesidad de ser avisado de su gravedad. La familia, el médico y hasta el propio paciente son cómplices de un ocultamiento que comienza y que va a enviar la mención de la muerte a la clandestinidad.

Con frecuencia se cuenta como un logro el que la persona haya muerto "sin que se hubiera dado cuenta...". Se terminaron las despedidas y el diálogo es reemplazado por la mentira y el disimulo. Todos saben que saben pero juegan a que no conocen lo que va a pasar. El enfermo terminal es tratado y cuidado como un niño, forzando aun más las tendencias regresivas que la enfermedad impone. No se tolera la gravedad de su estado, se rebaja el acto solemne de lo que era la muerte. Antes que cuidado de una persona que va a morir, la técnica médica se dirige a tratar las manifestaciones de una enfermedad y se recubre la muerte próxima por los cuidados de la misma.

El proceso de medicalización de la muerte se acentuó a partir de los años 50 cuando el paciente fue, cada vez con mayor frecuencia, a morir al hospital. Los progresos técnicos de todo tipo, la cirugía, las técnicas de reanimación, las de supresión del dolor, etcétera, han facilitado este desarrollo en la medida que aliviaban las agonías y el sufrimiento. Explica la imagen lamentable del moribundo rodeado de tubos y aparatos, en la soledad de su *espléndido* aislamiento, con cuidados profesionales asépticos y contactos familiares efímeros.

Pero también la familia contribuyó a este desarrollo: no pudo tolerar los cuidados terminales, la suciedad, los excrementos y olores de los momentos finales, la repugnancia de una muerte próxima que se ha hecho fea y sucia que chocan con un mundo aséptico que hace de la limpieza un valor que la Medicina y el hospital defienden. La familia dejó de tolerar la proximidad del sufrimiento y la posibilidad de aliviarlo con su presencia. Se ha acentuado “la inconveniencia de la enfermedad grave, de la repugnancia física que provoca, de la necesidad de ocultarla a los demás y a uno mismo. En su conciencia moral la familia confunde su intolerancia inconfesada con los aspectos sórdidos de la enfermedad, con las exigencias de la limpieza y la higiene”.¹³

El hospital es el asilo donde se oculta la muerte, descargando a la familia en buena conciencia de una asistencia desganada.¹⁴ Se terminó la muerte compartida, la despedida, los momentos finales en el hogar. El hospital es el lugar de la muerte prevista y anunciada y como en general está organizado para tratar enfermedades tolera mal estos desenlaces. La imagen que circula públicamente es la del paciente en Terapia Intensiva, rodeado de tubos, canalizado, con

alimentación parenteral, lleno de aparatos médicos de gran precisión, pero *aislado*. Con la familia sólo permitida de visita por pocos minutos en el día. Para el personal médico, es deseable que el paciente pueda morir sin darse cuenta.

Hay una manera prevista y esperable de morir: no emocionarse, seguir ignorándola, no molestar las rutinas hospitalarias. La muerte ideal es la de aquel que parece que no va a morir y que disimula mejor cuanto menos sabe que va a morir. “La muerte es regulada y organizada por una burocracia cuya competencia y humanidad no pueden impedirle tratar a la muerte como cosa, una cosa que debe molestarle lo menos posible, para el interés general”.¹⁵

La Medicina del siglo XIX impuso la versión de la muerte biológica, la muerte *como un instante*, donde la máquina se detiene y se inicia la descomposición. Los nuevos adelantos médicos han extendido lo que antes se consideraba la muerte *como un instante* en un proceso temporal cuyo final el médico puede postergar, alargar o acortar. El fallecimiento sigue siendo un instante pero el tiempo de la muerte se ha alargado, a expensas *del más acá* y subdividido: está la muerte cerebral, biológica, celular, la del EEG, etcétera. Por los adelantos médicos, el momento de la muerte se puede extender por algunas horas, días o años, inclusive con la esperanza de que una embarazada con muerte cerebral pueda dar a luz. Lamentablemente, a veces esta prolongación se ha transformado en una meta en sí. Esta escena suficientemente difundida está recibiendo una crítica creciente en términos de la dignidad de la muerte que propone y de quitarle a la fase terminal de la vida el sentido que ésta tiene. Se la denomina *encarnizamiento terapéutico*.

¹³ Aries, P. *El hombre ante la muerte*, Taurus, Madrid, 1983.

¹⁴ En 1964, se detectó en New York que el 75% de las personas morían en el hospital y sólo el 25% tenían un familiar presente en esos momentos. Aries, P. *Op.cit.* pág. 484.

¹⁵ Aries, P. *Op. cit.* pág. 488.

También se interviene en el sentido de acortar la vida de manera encubierta con el eufemismo de *desconectar* al paciente con analgésicos y tranquilizantes que deprimen los centros respiratorios.

Una médica se involucró personalmente mucho en el cuidado médico de su padre, afectado por un mieloma terminal. Frente a dolores atroces imposibles de soportar aceptó que recibiera un potente sedante, a sabiendas de que le provocaría una uremia fatal. Cuando se lo aplicaron y entró en estupor, se desesperó y quiso salvarlo con el empleo de una sonda vesical y ¡adminis-trándole diuréticos!

Todo esto puede ocultar el hecho de que la muerte, si bien inevitable, puede tener su *tiempo* personal donde también participe el paciente, como cuando hace esperar a la muerte hasta la llegada de un familiar cuya presencia para ese momento era muy deseada. Hay muchos aspectos en juego, desde luego consideraciones éticas importantes que pueden ser pensadas desde los criterios de la Salud Mental.

¿Es posible hablar de preservar la salud mental de quien está atravesando esas penosas circunstancias y de quienes lo acompañan? En principio es tratar de que la Medicina y el médico tomen en cuenta la calidad de vida del paciente que va a morir y las experiencias de los que le sobreviven, los que le asistieron una vez que la muerte ocurre.

Para definir calidad de vida es necesario incluir al paciente y no sólo los intereses médicos o la conveniencia de la familia. No hay porqué tener a un equipo especializado para estas circunstancias, sino respetar los estados mentales por los que se pasa en estas condiciones: de agresión, de desesperanza, de negociación y despreocupación. Aceptar

su necesidad de contacto o de desvinculación, de conocer su estado o de ocultarlo, de reconocerlo o de negarlo. A menudo simultáneamente acepta la muerte y la niega. Como siempre es la verdad la que está en juego y cómo administrarla. Si es posible, que el médico pueda elaborar con el paciente el advenimiento de una *buena muerte*.

Una buena muerte requiere que ese sujeto sea deseado hasta su último suspiro, que el otro interesado en él se preste a devolverle una imagen estimada de sí y sostenga un genuino deseo de escucharlo o de estar con él en su tránsito a la muerte.¹⁶

Empezar entre médico y paciente a *nombrar* la muerte en sus múltiples significaciones pero también haciéndola circular en silencio: en la mirada, en compartir sentimientos, en el reconocimiento mudo de la propia finitud.

Como respuesta a la medicalización de la muerte han aparecido tendencias en favor de devolverle a los momentos de la muerte la dignidad y el sentido que había empezado a perder. Algunos trabajos capitales sobre el tema como el de E. Kubler Ross han sido esenciales en esta dirección. Ella también dice: "Aquellos que tienen la valentía y el amor de sentarse con el paciente que va a morir en 'el silencio que va más allá de las palabras' sabrán que ese momento no es aterrador ni doloroso, sino la pacífica cesación de las funciones vitales".¹⁷

Pero también son los médicos y los equipos médicos los que están expuestos, lo quieran o no, a los efectos de la cercanía de la muerte. La modalidad del duelo soportado por el médico no difiere aunque a menudo prevalecen procesos de negación muy intensos. La muerte del paciente suele ser un acontecimiento conmoviente para

¹⁶ Alizade, A. "El paciente por morir". *Psicoanálisis* N° 2 1993;(XV).

¹⁷ Kubler Ross, E. *On death and dying*. McMillan, New York, 1969.

el médico. Cuando las pérdidas son reiteradas, como en algunas especialidades, los efectos pueden ser manifiestos y cuestionarse la vocación. Una especialidad crítica en ese sentido es la Oncología.

El llamado *burnout* ha sido definido como el resultado del estrés en la vida profesional del médico derivando en apatía, desinterés en la práctica, aburrimiento, desilusión y depresión que no sólo afecta el cuidado asistencial sino su vida personal. Fue estudiado en otras áreas críticas de la Medicina, como la atención de niños con fibrosis quística, pero poco en Oncología. En un estudio reciente, sobre una muestra de mil oncólogos consultados respondió el

60%; más de la mitad, el 56% reportó la experiencia de *burnout* en su vida profesional. Para aliviarlo, la mayoría reclamaba más tiempo personal o más vacaciones u otros factores. *Ni en las respuestas de los consultados ni en los comentarios de los autores se hacía mención de la muerte reiterada como un elemento a considerar en la especialidad.*¹⁸

En Medicina, enfermedad y muerte son parte de su trabajo cotidiano. A menudo conviven y sólo el vértice de la salud, de la salud mental atenúa sus efectos para pacientes y médicos. Desde su perspectiva, *la muerte es el final de la vida pero no es la finalidad de la vida.*

¹⁸ Whippen D, G Canellos. "Burn out syndrome in the practice of oncology". *J. Clin.Onc* 1991;(9)10.

XX

DEL CICLO VITAL HUMANO EN SALUD MENTAL

La salud mental no es tan sólo un producto de la personalidad madura, sino que en cierto modo se aplica a cada momento del desarrollo del individuo.

M. KLEIN¹

La consideración del paciente como persona ha tornado imprescindible incorporar el estudio del ciclo vital humano y sus estadios: la infancia, la niñez, la latencia, la adolescencia, la adultez temprana, la mitad de la vida, la madurez.

Se denomina **Ciclo Vital** a la serie de cambios o estadios que el ser humano pasa en el camino que transcurre desde su gestación hasta la muerte. En algún momento del mismo, tiene posibilidad de reproducirse, es decir, engendrar y criar nuevos seres que reinician un nuevo ciclo y que conviven con otros en una secuencia de generaciones. Es importante que el médico sepa ubicar a su paciente en las complejidades biológicas, psicológicas y sociales

de cada estadio del ciclo vital. El considerarlos, relativiza los conceptos de salud y enfermedad y los contextualiza en la dimensión del tiempo en que la persona vive. Los momentos de transición del ciclo vital son especialmente vulnerables para la aparición de enfermedades.

En parte, la salud mental es la capacidad de adecuarse y sobreponerse a los cambios y los variados desafíos que proponen distintos momentos del ciclo vital y a su vez son su resultado. La enfermedad puede ser su fracaso.

El estudio del ciclo vital no lleva más de cien años. Hasta el siglo pasado ni la infancia era reconocida con necesidades propias.² Freud fue el primero en ocuparse de este campo cuando introdujo la noción de *fases de un desarrollo psicosexual* que culminaban en la adolescencia.³ Mahler ordenó sus observaciones de la infancia en términos de procesos de *separación e indi-*

¹ Klein, M. "Salud Mental". En: *Obra completa* VI. Paidós, Buenos Aires, 1960;287.

² Levin, R. "El Psicoanálisis y su relación con la historia de la infancia". XVI Simposio Int. en Apdeba, Buenos Aires, 1994.

³ Freud, S. "Tres ensayos de teoría sexual" (1905). En: *Obra completa* VII. Amorrortu, Buenos Aires, 1992.

viduación.⁴ Winnicott describe una secuencia que va desde la *dependencia absoluta*, pasando por una etapa de *dependencia relativa* hasta la *independencia*.⁵ Supone además que entre el potencial heredado por la criatura, que no llegará a ser una criatura a menos que vaya ligada al cuidado materno, *hay una tendencia al desarrollo y al crecimiento*.⁶ Erikson estudió el sentimiento de *identidad* en cada momento del ciclo vital y fue el primero en considerar su totalidad como un proceso continuo, en el paradigma de las *ocho edades del hombre*.⁷

Últimamente, la etapa adulta y en especial la edad media de la vida, comenzó a relacionarse con desafíos, tareas y crisis: ocupación, matrimonio, embarazo, paternidad, enfermedades y muertes. La vejez también ha recibido mucha atención.

En conclusión, se fue haciendo cada vez más claro que el desarrollo continúa de una manera activa a través de *toda* la vida y que los cambios en las funciones y las estructuras mentales no se detienen una vez alcanzada la adolescencia.

EL MODELO DEL DESARROLLO PARA LA SALUD MENTAL

Para comprender los cambios que ocurren en la vida mental a lo largo del ciclo vital humano se ha recurrido al concepto de *desarrollo*: las personas se desarrollan en el curso de su vida en una secuencia ordenada de *etapas* cronológicas que van surgiendo sobre las previas, por ejemplo, a la latencia le sigue la adolescencia y a ésta la adultez temprana. Lo que suceda en una será decisivo para la siguiente. Así, a partir del nacimiento, las personas crecen, cambian, reali-

zan sus potencialidades, adquieren nuevas funciones, maduran hacia formas adultas. Evolucionan desde niveles simples hacia niveles de diferenciación e integración cada vez más complejos. Según este modelo, el desarrollo sería un proceso *lineal* de crecimiento, integración y diferenciación de funciones y estructuras. Aunque pasa a través de una serie de estadios que son regularmente constantes para todos, sería un desarrollo personal y único. Cada etapa tiene sus propias condiciones y recursos, sus propias pruebas y demandas, distintas de las otras. Un ciclo vital normal sería sinónimo de crecimiento y desarrollo, aunque también puede detenerse o inhibirse.

Como en parte este modelo ha sido tomado prestado de la Biología, resulta notoriamente insuficiente para abarcar la complejidad del nivel humano. Algunos ejemplos:

La idea de desarrollo supone nuevas adquisiciones, crecimiento y tendencia hacia adelante. Pero hacia adelante puede significar anticiparse, en ciertos casos saltar etapas, como el niño precoz que se transforma prematuramente en un pseudomaduro, o el púber que elude la crisis de la adolescencia para vivirla luego en la edad media de la vida.

En todo momento hay movimientos progresivos pero también regresivos. La *regresión* es la reaparición de conductas tempranas o infantiles para enfrentar situaciones de angustia. Por ejemplo: cuando nace un nuevo niño en la familia, el hermano mayor puede adoptar actitudes del recién nacido. También el padre puede secretamente celar a su hijo por la atención que recibe de la madre y ésta a su vez, puede estar más necesitada de ser cuidada y nutrida que el bebé que alimenta. Otros

⁴ Malher M, Pine F, Bergman A. *The psychological birth of the human infant*. International Press, New York, 1975.

⁵ Winnicott, D. "De la dependencia a la independencia en el desarrollo del individuo". En: *El proceso de maduración en el niño*. E Laia, Barcelona, 1963.

⁶ Winnicott, D. "La teoría de la relación paterno filial". *Ibidem*, 1963.

⁷ Erikson, E. *El ciclo vital completado* Paidós, 1982.

ejemplos: el sujeto que en la edad media de la vida apela a recursos más propios de la adolescencia, el *adulto pseudomaduro* que retiene características de la latencia y que no quiere crecer, el viejo que reitera la problemática adolescente.⁸

Tendencias regresivas pueden expresar patología grave pero también, *si son temporales* una disposición al servicio de adecuarse a una situación nueva: por ejemplo, el paciente que ante una enfermedad puede permitirse expresar conductas infantiles como modo de ser cuidado y atendido. A veces, el paciente que tiene una enfermedad puede expresar sus necesidades de una manera infantil (demandas excesivas, irracionales, caprichosas, etcétera).

En otro lugar se ha mencionado la transferencia como modos pasados de relación que se reiteran, que impiden el cambio y repiten modos inadecuados de resolución de conflictos. Pero paradójicamente, la transferencia también puede ser entendida como un intento de repetir el pasado para cambiarlo, para modificarlo en el presente. Como ejemplo de esto último, el adolescente puede apelar a *conductas de acción*, propias de épocas más tempranas, en lugar de la *comunicación verbal* como manera de expresar sus nuevas necesidades.

En conclusión, no siempre cambios en el sentido progresivo significan salud, ni en sentido regresivo enfermedad. Por eso, algunos autores en lugar de desarrollo, se refieren a los acontecimientos del ciclo vital como a un *proceso* en el que conviven una sucesión de *estados mentales*.

Vistas desde la trayectoria de su ciclo vital, las personas a veces cambian, con frecuencia repiten y no siempre aprenden de sus experiencias.

EL CICLO VITAL ES EL PRESENTE

Como indica su nombre, ciclo implica un período de tiempo. El Yo de cada sujeto procede de acuerdo a su *propio tiempo personal*. Lo que caracteriza al ciclo vital humano es el *transcurrir simultáneamente en diferentes escalas de tiempo*: cronológico, biológico, psicológico.

También transcurre en aquella dimensión de la vida mental donde paradójicamente no hay registro de tiempo, el inconsciente.

En cada tramo de la vida de una persona están presentes las situaciones y acontecimientos de la realidad de su momento actual. Pero, también están los modos y vivencias de relación del ciclo vital ya vividos en el pasado como la infancia y la adolescencia y también *los por venir para él, derivados de las experiencias que el sujeto ha tenido con las etapas del ciclo vital de sus padres que él todavía no ha vivido (con la madurez, la vejez, la muerte de sus padres)*. La transferencia repite y revive parte de sus relaciones pasadas, con expectativas y afectos apropiados a esos tiempos. Así, por la transferencia, la vida mental de una persona aloja en el presente la multiplicidad de las etapas *vividas y por vivir* de su ciclo vital. Las mismas consideraciones cuentan para el momento del ciclo vital del médico.

Un concepto que rompe la concepción de la linealidad del tiempo mental es el de *retroactividad*. En varias partes del texto se ha hecho mención a la importancia de la historia de la persona, a la acción del pasado sobre su presente. *Anterioridad* es la precedencia temporal de un acontecimiento con respecto a otro. Igualmente importante es destacar como,

⁸ King, P. "The life cycle as indicated by the nature of the transference in The psychoanalysis of the middle aged and the elderly". *Int J Psychanal.* 1980;61153.

por acción retroactiva (retroactividad) vivencias, impresiones y recuerdos del pasado son modificados ulteriormente en función de las experiencias actuales o del acceso a un nuevo período del ciclo vital. Entonces, el pasado adquiere nuevo sentido y a su vez, una nueva eficacia para el presente.

Ciclo vital es concepción de temporalidad pero no sólo como desarrollo y maduración cronológica, sino como *anterioridad o posterioridad, repetición o cambio, lentitud o precipitación, retrospección o anticipación.*

¿QUÉ PROMUEVE, ESTIMULA O INHIBE LOS CAMBIOS?

La vida mental es un permanente juego dinámico entre la tendencia a preservar la estabilidad lograda y la tendencia al cambio. La estabilidad es inestable y los cambios, a menudo, resistidos.

*Se denomina **identidad** de una persona al sentimiento de percibirse y reconocerse igual a sí misma a través de los múltiples cambios que le propone cada época de su ciclo vital.*

¿Qué cosa motiva los cambios que se dan a lo largo de la vida? Por lo compleja sería imposible responder esa pregunta. A lo sumo se podrían ejemplificar los acontecimientos más salientes y categorizarlos como provenientes de *los vínculos psicológicos, de la relación con el cuerpo y de las demandas y exigencias sociales:*

a) en todo momento *el rol del objeto:* desde la temprana relación madre bebé y demás relaciones significativas, el desarrollo y crecimiento mental supone por introducción e identificación la adquisición de

nuevas estructuras y funciones, promovidos por la presencia del objeto. También son el resultado de renunciar a la madre y que la madre renuncie en tiempo y forma a ejercer su rol de objeto asistente para permitírselo gradualmente al niño. La función paterna es crucial en esa encrucijada. La incorporación de funciones, habilidades y *talentos* aumentan la fuerza y la autonomía del Yo en relación con los objetos. El proceso de *aprendizaje* cumple un rol esencial.

Tras la renuncia a los padres del complejo de Edipo, sobreviene su internalización en la estructura del Yo conocida como el Superyó y las instancias éticas. Luego de la relativa quietud del púber, en el adolescente los cambios y el crecimiento mental responden al intento de reformular esas identificaciones tempranas en una nueva configuración de identidad. Más tarde la adultez temprana supone el intento de desprenderse de esas identificaciones (desidentificarse) y asumir cualidades y talentos propios *inspirados pero no impuestos* por los objetos significativos del pasado.

El rol de la identificación y de las pérdidas como formadoras de nuevas estructuras psíquicas es conocido desde que Freud dio cuenta del proceso de duelo.⁹ En el curso de la vida, las pérdidas —y hay innumerables oportunidades de padecerlas— promueven cambios o los incitan, siempre y cuando se permita *un dejar ir* al objeto perdido. Puede tratarse de pérdidas esperables o no: personas amadas, pérdida de una función, de la salud, de una parte corporal.

No siempre es posible determinar por qué las respuestas personales frente a las pérdidas pueden ser tan diferentes. Algunas personas responden a los duelos con crecimiento y se revitalizan y otras sucumben a la depresión, se retraen o se inhiben.

b) los *cambios biológicos* demandan a las estructuras mentales que se adecuen y acompañen sus desarrollos, en especial

⁹ Freud, S. "Duelo y melancolía" (1917). En: *Obra completa* XIV. Amorrortu, Buenos Aires. 1992.

imponen exigencias en los primeros años de vida. Se ha propuesto que la represión originaria por la que se instala la vida mental es un desarrollo biológico fijado por la herencia.¹⁰ También el recorrido corporal por las zonas erógenas parece estar en parte biológicamente determinado.

Las consecuencias psíquicas de las diferencias sexuales anatómicas tienen un impacto decisivo para los desarrollos en torno a la femineidad y la masculinidad. Pero también, años después, con la menarca, la eyaculación, los caracteres sexuales secundarios imponen en la adolescencia la tarea de acompañar y procesar los cambios. Cuando en la etapa de la adultez tardía las funciones biológicas declinan, pueden ser un incentivo para el crecimiento mental y la búsqueda de nuevos logros o una necesidad patológica de retornar a estructuras del pasado.

c) todos los desafíos, demandas y expectativas que vienen del *entorno social*: el destete en el bebé, el control de esfínteres del niño, el inicio de la escolaridad y la adaptación al colegio del púber, el adolescente que inicia las relaciones sexuales, el adulto que se recibe y debe buscar un trabajo, que se casa, que debe pensar una familia, la crianza de los niños, el viejo que se debe adecuar a un rol de relativa pasividad. Estas situaciones proponen cambios que requieren ser respondidos; originan conflictos y crisis.

En conclusión, los estímulos que promueven los cambios del desarrollo perturban las condiciones de equilibrio previas y estimulan a adecuarse a las nuevas condiciones o, de lo contrario, desestabilizan y generan una crisis.

LOS ESTADIOS DEL CICLO Y LAS CRISIS VITALES

Hay determinados momentos del ciclo vital relativamente apacibles y estables. Un

periodo de transición entre períodos o estadios es necesario para adecuarse a nuevas exigencias y demandas. Requiere tiempo poder desprenderse de una situación pasada y adaptarse a otra nueva.

Otras veces los cambios, por el contrario, reflejan turbulencia emocional y psicológica y señalan un período de crisis: ya sean internos como externos enfrentan a la estructura mental y emocional del Yo con exigencias que sobrepasan la capacidad de adecuarse a ellos y sobreviene una crisis. En Medicina *crisis* es el momento de cambio en una enfermedad que indica si el resultado será para mejorar o empeorar, un momento decisivo para el proceso patológico.

El concepto de crisis como modelo es utilizado para dar cuenta de situaciones particularmente críticas del ciclo vital humano. Algunas crisis son esperables, otras inesperadas o imprevisibles. Los momentos del ciclo vital de una persona se *cruzan* con la de los familiares próximos. Por ejemplo la turbulencia emocional del adolescente se enfrenta con la problemática de la mitad de la vida de los padres.

Los cambios posibles del desarrollo, a su vez deseados y temidos, generan conflictos del tipo: temor a la aprobación o desaprobación, a la pérdida de la seguridad experimentada previamente, al fracaso o la angustia por la posibilidad de éxito, a los efectos que tendrán sobre los otros, a los logros como triunfos temidos, a la culpa por sobrevivir, por gozar del éxito, por abandonar a los padres, etcétera.

Alojada en un cuerpo que se atiene a las reglas y limitaciones del desarrollo biológico, la vida mental de las personas puede ser pensada como una estructura que a lo largo del ciclo vital y en relación con los objetos significativos de su vida, a las demandas y expectativas

¹⁰ Freud, S. "Tres ensayos de teoría sexual" (1905). En: *Obra completa* VII. Amorrortu, Buenos Aires, 1992.

*sociales, crece o se detiene, progresa o
regresa, se estabiliza o cambia, apren-
de de las experiencias o las repite, sufre*

*crisis o las supera. Salud y enfermedad
se gestan en el interior de este tejido
vital.*

XXI

DINÁMICA DE LA ESTRUCTURA Y DE LAS RELACIONES FAMILIARES

Dr. Héctor A. Ferrari
Dra. Mónica Serebriany

Toda sociedad tiene organizada alguna forma de pareja matrimonial. La familia, que se origina en ella, es una de las instituciones humanas más antiguas y ha perdurado a través de los tiempos y de las culturas más diferentes. Familia, del latín hogar o casa, y de *famulus*, sirviente. También hacía referencia, entre los romanos y en Inglaterra hasta hace pocos siglos, al grupo que convivía bajo un mismo techo.

*La familia nuclear se define como constituida por sujetos relacionados entre sí por dos tipos diferentes de vínculos: uno de ellos denominado de **alianza** (entre marido y mujer) distinto del de **consanguinidad** (que abarca el de **filiación** que liga a padres e hijos y el **fraterno** que liga a los hermanos entre sí).*

La llamada *familia ampliada* incluye otros vínculos del parentesco: *los que provienen de las familias de origen de los padres, transformados por la nueva familia en abuelos, tíos, primos, etcétera*. La familia sirve a los propósitos de ligar a los cónyuges y procrear, cuidar los niños, socializarlos, sostener las necesidades materiales y

emocionales de los miembros y mantener y transmitir los contenidos de la cultura a la que pertenecen. Más allá de cómo aparece en lo manifiesto (sea como familia unida, autoritaria, transgresora, disgregada, posesiva, abandonante, etcétera).

lo importante es la estructura de vínculos que enlaza inconscientemente a sus integrantes.

La combinación de vínculos familiares inconscientes explica la *estructura original* por un lado y las características que aparecen en lo manifiesto por otro: *la unión o la disgregación, la estabilidad o la inestabilidad, la tendencia a invadirse, a aislarse, a abandonar o sostenerse los miembros recíprocamente*. Esto quiere decir que, aunque lo desconoce, parte de lo que siente, dice o hace un sujeto está significado desde su pertenencia familiar inconsciente.

La descripción familiar a la que se hace referencia en este capítulo es un modelo. Otros distintos suelen ser pensados como derivados del anterior: *el constituido en segundas nupcias, con hijos de matrimonios anteriores, por un solo progenitor, la*

madre soltera, la mujer soltera que se embaraza sólo para ser madre, la pareja de homosexuales que adoptan niños, la familia compuesta (con concubinas), etcétera.

Algunas estadísticas actuales muestran que más de la mitad de los matrimonios termina en divorcio¹, hecho que junto con otros como el cambio de la situación socioeconómica de la mujer durante el siglo XX, dio lugar a nuevas formas de unión. En los casos de segundos matrimonios las propuestas teóricas clásicas para entender la familia y explicar su estructura y funcionamiento necesitan ser ampliadas y reformuladas.

Por otro lado, una tendencia creciente de la sociedad actual sobre todo en la población urbana, es la de la no convivencia en pareja, resultado de una búsqueda de autonomía individual o de una mayor dificultad para la construcción y estabilización de vínculos que incluyan la intimidad sexual.

DE LA FAMILIA DE ORIGEN A LA ACTUAL

Ninguna cultura prescinde de alguna forma de estructura familiar. En 1949, el antropólogo George Murdock sobre la base de un estudio que incluía a 250 sociedades publicó un informe en el que constataba la universalidad de la familia nuclear.² Aun con excepciones, una persona nace y crece en un medio familiar, *su núcleo familiar de origen* al que está unida por *vínculos consanguíneos*. Nace también psicológicamente en el seno de su familia y su vida mental será en parte la internalización de la experiencia temprana con el lugar que le es asignado en el conjunto y en parte resultado de su paulatina transformación por el crecimiento y cambios de su propio ciclo vital.

Luego de atravesar y dejar atrás su adolescencia, el Yo del joven debe recorrer el camino hacia estructuras mentales más adultas y hacerse un lugar en el mundo. Por momentos este pasaje puede ser doloroso y el sujeto querer, frente al crecimiento, defenderse en una regresión hacia períodos ya vividos, como por ejemplo una latencia rígida. Pero si logra atenuar el remanente de la omnipotencia del pasado y elaborar el resto de su sexualidad infantil, a la vez que le hace un lugar entre los reclamos de la naciente sexualidad adulta, sentirá junto con la urgencia del apareamiento, la ilusión de la paternidad potencial.

Sobreviene entonces un estado mental de intensa búsqueda de objetos que reemplacen a los primarios y que sean aptos para que en conjunto pueda crearse un vínculo que contenga la posibilidad de reencontrar, es decir, reeditar, repetir, algo de lo conocido en el marco de una experiencia vincular inédita y novedosa. Aparece en el horizonte una pareja en una elección exogámica que puede o no llegar a estabilizarse en un *vínculo de alianza* y formar una nueva familia.

El pasaje de la familia de origen a la nueva o de la endogamia a la exogamia está regulado por la ley de prohibición del incesto que impide las relaciones sexuales en los vínculos consanguíneos.

Se trata de una Ley no formulada explícitamente pero cuyo alcance simbólico es inapelable. La pareja heterosexual, la que puede procrear, es “desde el punto de vista psicoanalítico la manera de vincular de forma estable y complementaria la diferencia de sexos”.³

¹ Stoudemire, A. *Human behavior. An introduction to medical students*. J B Lippincott C, Filadelfia, USA, 1994;268.

² Murdock, G. En: “Social structure”, citado en la *Enciclopedia Británica*, 1994.

³ Puget J, I Berenstein. *Psicoanálisis de la pareja matrimonial*. Paidós, Buenos Aires, 1988;16.

En los primeros tiempos una condición muy especial posibilita la relación de pareja en un estado que fusiona la subjetividad de ambos:

el **enamoramiento**, un estado mental que implica necesariamente una cierta cuota de confusión, en el que el sujeto cae fascinado ante los encantos del objeto y en un estado de exaltación muy especial que se parece mucho a una obsesión, magnifica sus valores elevándolo a la categoría de único e imprescindible.

Con el enamoramiento, retorna la idealización de los objetos del pasado y se les encuentra un nuevo destino en la pareja. El objeto elegido generalmente forma parte del mismo grupo social, étnico o religioso que el de origen y si no lo es, se lo puede vivir como una trasgresión. Sin embargo, con cierta frecuencia se observa que una trasgresión de ese u otro orden es condición necesaria para que se consolide la unión.

Cuando el sujeto despierte de su encandilamiento, y esto sucederá tarde o temprano, el vínculo pasará por un momento crítico: puede perdurar transitando del enamoramiento al amor, puede sucumbir a la decepción que implica aceptar los límites que la realidad impone a la omnipotencia infantil o puede ser abandonado por las características que hicieron posible su combinación. Si ésta no favorece los cambios necesarios para el crecimiento de la pareja, la repetición queda como funcionamiento predominante, desvitalizando la relación, lo que puede terminar o no en una separación. Si esta dificultad en cambio es superada, el vínculo de amor perdurable pone de manifiesto el vigor del proyecto original comparado.

Lo central del problema de la consolidación matrimonial consiste en la necesidad del progresivo ensamble entre las estructuras familiares de origen de cada miembro de la pareja que van a desplegarse en la nueva estructura vincular. La otra parte reside en la elección de objeto que se ha hecho y su aptitud para favorecer y estimular los cambios psíquicos que implica el pasaje progresivo del predominio de la estructura familiar de origen a la actual y el despliegue de las estructuras mentales de la adultez. Pero si la estructura familiar de origen persiste más o menos intacta, si desde el pasado regula los nuevos intercambios, el vínculo de pareja tendrá poca vida o la tendrá plagada de conflictos.

El llamado **vínculo avunculado** (ver *infra*) define el peso de las estructuras familiares de origen, en especial la materna, sobre la nueva alianza.⁴

Como se mencionó en el capítulo anterior, con la pareja se establecerá un espacio vincular a compartir que se va a desplegar en la clínica de *las relaciones sexuales, de la vida cotidiana en común y de un proyecto compartido de futuro*, fundamentalmente la posibilidad de tener o no tener hijos.⁵ Los detalles provenientes de estas áreas suministrarán lo más significativo de la semiología del conflicto matrimonial y *hacia ellos debe dirigir el médico su escucha en la entrevista*.

ACERCA DE LOS MITOS SOBRE LOS POSIBLES ORÍGENES DE LA FAMILIA

Cuando los etólogos estudian la conducta de los animales superiores mencionan un

⁴ *Ibidem*.

⁵ *Ibidem*.

cierto tipo de organización *social*.⁶ Sin embargo a escala humana, sus alcances son incomparables. Siendo una producción social, ¿cómo dar cuenta de sus orígenes? El pasaje de la naturaleza a la cultura, a formas de organización social y familiar como las que conocemos hoy, es algo que se pierde en la lejanía de los tiempos. Puede haber sido un desarrollo del Neolítico, donde parece haber existido en sus formas monogámica y poligámica.⁷

Los mitos son creaciones colectivas que la humanidad utiliza a la manera de sueños para explicarse los enigmas que la han perturbado desde siempre y también para dar cuenta del pasaje de una forma de organización social a otra diferente. En algunos casos, la explicación se refiere a algún anhelo remanente, vinculado con la organización primitiva. Por ejemplo, el mito del *andrógino* como un ser único, que integra en sí los opuestos y en un cuerpo ambos sexos, está representado en numerosas deidades hermafroditas, por ejemplo en Egipto, en la India o en México en Quetzacóatl.

También en *El banquete*, Platón dice que los dioses formaron primitivamente al hombre en figura esférica, integrando en un cuerpo los dos sexos. Cualquiera sea la versión de la leyenda, cuando se separaron las partes se buscaron nuevamente porque el individuo se manifiesta existencialmente en forma escindida, origen de sufrimiento e inquietud y “ninguna felicidad se puede

satisfacer mientras no se halle completada por el matrimonio (que es una imagen imperfecta del andrógino)”.⁸

Los antiguos griegos explicaban el origen del matrimonio a través del mito de Cécropes, a su vez, su padre ancestral y primer rey de los atenienses, a quien se atribuía la institución del matrimonio. Se suponía que no sabía quién había sido su propio padre ya que en aquella época la cópula era promiscua y al azar. El advenimiento del matrimonio tendría que ver con el reconocimiento de que los seres humanos nacían de dos personas y limitando la sexualidad de las mujeres, los hombres pudieron acceder a la función padre para con sus hijos. “Los hombres se casaban de manera de asegurar a algunos de sus hijos que fueran considerados legítimos y así poder cederles propiedades en la forma de dote”.⁹ Incluye aspectos del contrato social que va más allá del intercambio sexual.

Según una elaborada hipótesis del psicoanálisis, la constitución originaria de la familia estuvo vinculada a la evolución sufrida por el deseo sexual del hombre primitivo *que dejó de ser una urgencia cíclica u ocasional para instalarse como una necesidad permanente*. El macho comenzó a tener motivos para retener a una hembra a su lado la que a su vez, no queriendo separarse de su prole indefensa se vio obligada a permanecer junto al macho más fuerte. El poder y la fuerza de este padre primitivo era

⁶ El mono chillón, por ejemplo, vive en grupo en los árboles, deambula y se alimenta junto a los demás. La relación más prominente del grupo y la única específica es entre la hembra y su cría. La lleva a todas partes con ella, la alimenta hasta los dos años, la levanta cuando se cae de un árbol, está dedicada a su cuidado *personal*. Cuando la hembra está en celo, se aproxima a cualquier macho cercano e inicia una actividad sexual. Cuando éste está saciado ella se aproxima a otro, pero no hay evidencia de celos o de que un macho sea preferido a otro. La relación sexual es por lo tanto temporaria y no específica. En contraste, el mandril macho es ferozmente posesivo de la hembra. Pelean entre ellos hasta la muerte tratando de retenerla. En algunos primates, existe una tendencia considerable en ciertos machos a permanecer asociados a ciertas hembras. La actividad sexual parece servir para algo más que la reproducción y permitir relaciones más estables y permanentes entre los sexos. Los mencionados no son más que indicios rudimentarios de organización familiar primitiva a nivel animal.

⁷ Mc Nali Burns, E. *Western civilizations*. W.W. Norton & Co, New York, 1958;16.

⁸ Cirlot, JE. *Diccionario de símbolos*, artículo “El Andrógino”. E. Labor, Barcelona, 1978;67.

⁹ *Ibidem*, nota 4 1978;182.

ilimitado. En celosa custodia retenía para sí a todas las mujeres y expulsaba a los hijos varones conforme iban creciendo.¹⁰

La fase siguiente consistió en las alianzas fraternas: los hermanos descubrieron que podían, asociados, ser más poderosos que el padre a quien asesinaron y devoraron, poniendo así fin a la horda paterna. Después de haberle suprimido y de haber satisfecho sus sentimientos de odio tenían que imponerse los sentimientos cariñosos hacia él.

A consecuencia de este proceso afectivo nació el remordimiento y la conciencia de culpa y de esta manera el padre muerto adquirió un poder mayor del que había poseído en vida. Entonces, lo que el padre había impedido anteriormente se lo prohibieron los hijos a sí mismos.¹¹

La fase totémica de la cultura se basa en las restricciones que los hermanos hubieron de imponerse mutuamente para consolidar este nuevo sistema basado en la prohibición de matar al padre y tener relaciones incestuosas. Ambos deseos coinciden con los que forman el núcleo del complejo de Edipo en el inconsciente individual. De esta manera los hombres primitivos, si querían vivir juntos, después de haber pasado por grandes discordias, no tenían otra solución que la prohibición del incesto, con lo que asumían colectivamente la función de renunciar para sí a las mujeres deseadas del propio grupo familiar.

Los hermanos que se habían reunido para consumir el crimen abrigaban el deseo de ser tan fuertes y poderosos como el desaparecido padre. Pero nadie podía ni debía alcanzar nunca más el poder paterno, objeto del deseo de todos. La primitiva igualdad democrática de todos los hermanos no pudo ser mantenida a la larga y entonces

surgió una tendencia a resucitar el antiguo ideal del padre.¹² Su desaparición había provocado una *añoranza* que encontró su expresión en la figura de un Dios en los sistemas religiosos. Con la instalación de las divinidades paternas fue transformándose la sociedad huérfana de padre hasta reaparecer en un orden patriarcal.

La familia pasó a constituir una reproducción de la horda primitiva y devolvió al padre parte de sus antiguos derechos. Hubo pues, nuevamente padres, pero las conquistas sociales del clan fraternal no se perdieron y la distancia de hecho que existió entre el nuevo padre de familia y el padre soberano absoluto de la horda primitiva era lo bastante grande como para garantizar la persistencia de la necesidad religiosa y del amor filial, siempre despierto e insatisfecho.¹³

LA FAMILIA Y LOS LAZOS DE PARENTESCO

Toda organización grupal humana es una creación de alto valor simbólico. Se basa en la posibilidad de discriminar semejanzas de diferencias, en la atribución de significados, en la institución de reglas que rigen los intercambios, en su observación tanto en el sentido de obedecerlas como de transgredirlas. La familia es una de esas creaciones.

La diferencia entre los vínculos consanguíneos y los que no lo son abre el espacio necesario para la aparición de una prohibición: la del *incesto* y con ella el reconocimiento de los hijos como tales, junto con el imperativo social de la exogamia: la pareja sexual fuera del grupo familiar. El *tabú del incesto es universal* porque todas las sociedades lo reconocen. La forma que adopta en cada una de ellas es diferente: los parientes

¹⁰ Freud, S. "El Malestar en la cultura" (1930). En: *Obra completa* XXI. Amorrortu, Buenos Aires, 1992.

¹¹ Freud, S. "Totem y tabú" (1913). *Ibidem* XIII.

¹² Freud, S. *Ibidem* (1913) XIII.

¹³ Freud, S. *Ibidem* (1913) XIII.

considerados cercanos que quedan proscritos para el intercambio sexual varían de una cultura a otra.

El parentesco es un sistema de vínculos entre personas conectadas por el matrimonio y/o por antepasados comunes.

Pero dentro de la estructura de parentesco de cada cultura, el límite a menudo pasa por lo que se consideran *primos cruzados* que son proscritos o prohibidos para el matrimonio. El tabú del incesto es considerado como una regla general y es constitutivo de la cultura humana.

Visto desde el punto de vista individual este tema está relacionado con el destino de los deseos incestuosos en el marco de la resolución del complejo de Edipo. Según la teoría psicoanalítica, los primeros deseos son dirigidos a los objetos primarios y solamente al incorporar la prohibición con el crecimiento y la madurez emocional se genera la posibilidad de la salida exogámica. Según Freud, la salida del Edipo es diferente en el varón y en la mujer. El complejo de castración en el varón es un vector sumamente poderoso que lo impulsa a la renuncia a las aspiraciones incestuosas en relación a la madre; en cambio en la niña la salida es más gradual e inacabada. Quedan en posiciones diferentes de tal modo que resulta coherente que en una mayoría de casos, sea el hombre quien pueda ejercer una función de corte entre su mujer y la familia de origen de ésta, retenida más cerca de sus padres por su propio desarrollo psicosexual, al que se agregan factores transubjetivos, como los culturales y la educación.

La posibilidad de que el trabajo médico se complique por estar expuesto emocionalmente a las demandas de la dinámica familiar es el fundamento por el que la Medicina sostiene como un principio ético que *el*

médico se abstenga de tratar a sus familiares directos. La experiencia demuestra que este principio no es siempre respetado. Para mencionar un ejemplo:

un médico recién recibido fue operado de hemorroides por su propio padre, cirujano a quien lo unía una relación de sometimiento y sumisión. Ambos habían coincidido en que ningún otro podría reemplazar al padre como médico. En los meses que siguieron al posoperatorio el paciente desarrolló una impotencia sexual que requirió ayuda psicoterapéutica. La experiencia fue vivida como una violación y el equivalente de una castración.

Este caso sirve para ilustrar cómo una situación en un determinado vínculo pasa a tener una significación incestuosa si se trasgreden ciertos límites: los del encuadre, propios de ese vínculo, justamente porque es vivida como el equivalente de una violación, aunque no se realice concretamente.

Un antropólogo, C. Lévi-Strauss propuso la hipótesis de la regla de intercambio, basado en la idea de la circulación de las mujeres.¹⁴ Puso de relieve el contrato social inconsciente por el que se intercambian mujeres. A diferencia, los hombres desprendidos de sus familias serían *tomadores* de mujeres. La imposición del apellido paterno a los hijos (y no del materno salvo en segundo lugar) apoya esta hipótesis, como una necesidad de *la función de corte* del vínculo endogámico de la mujer con su familia de origen.

Su hipótesis enfatiza el papel de un lugar particular: el del *avunculado*. En latín, el *avunculus* era el tío materno, para el que no existe una denominación específica en castellano. La descripción inicial del papel del hermano de la madre la hizo Radcliffe Brown en 1924 y Lévi-Strauss la toma de él

¹⁴ Lévi-Strauss, C. *Las estructuras elementales de parentesco*. Paidós, Buenos Aires, 1946.

incluyéndolo en la estructura de parentesco. Como lugar en la trama de parentesco, el vínculo avunculado quedaría en oposición al vínculo de alianza matrimonial. En calidad de representante de la familia materna de origen, su función es la de ceder a su hermana a un hombre en función de un contrato social inconsciente.

La regla de intercambio se refiere a un pasaje que va de la familia de origen hacia un vínculo de alianza, asiento de un nuevo núcleo familiar y que suele no cumplirse en forma totalmente acabada.

Se trata de un pasaje complejo y difícil que implica cambios muy profundos en la vida afectiva de sus protagonistas.

El avúnculo, el *dador* en la estructura originaria, que permite o dificulta una nueva alianza podría ser un otro, no sólo

el tío materno. I. Berenstein piensa que debería entenderse desde el punto de vista de la totalidad de la estructura familiar y no solamente como un vínculo aislado.¹⁵ Desde esta óptica podría pensarse en el pariente de más peso en la estructura familiar inconsciente como el avunculado que facilita o dificulta las alianzas del sujeto.

La clínica muestra situaciones donde el vínculo muy fuerte de un paciente con un representante de la familia de origen puede facilitar o entorpecer la necesidad alianza de trabajo con su médico.

Aunque actualmente esta hipótesis del avúnculo ha sido relativizada, explica la mayor influencia que suele ejercer la familia materna en los núcleos familiares de reciente formación.

¹⁵ Berenstein, I. *Familia y enfermedad mental*, Psicoanálisis de la estructura familiar inconsciente, Psicoanalizar una familia, Paidós, Bs. As., 1981; 1976 y 1990, respectivamente.

XXII

LA FAMILIA Y LA PAREJA EN LA PRÁCTICA MÉDICA

Dr. Héctor A. Ferrari
Dra. Mónica Serebriany

LA FAMILIA EN LA PRÁCTICA MÉDICA

En la actualidad, cierto tipo de práctica profesional médica tiende a hacer desaparecer la persona del paciente o transformarlo en mero portador de una enfermedad. Desde esta óptica, tampoco el familiar parece tener un lugar importante en la mente del médico.

La familia pasa a ser mera observadora de la situación, un auxiliar para confeccionar una historia clínica o peor aún, una presencia molesta.

No siempre fue así. En distintas épocas se han hecho intentos para recuperar un rol perdido: *médico de familia*. En otros tiempos, el médico de cabecera era el médico de toda la familia. Los conocía personalmente y en su intimidad. Solía hacer visitas a domicilio. Estaba al tanto de la historia de cada uno y de las alternativas de su ciclo vital: embarazo, parto, opera-

ciones, casamientos, muertes, etcétera, y de cómo esas situaciones incidían sobre los demás. Desde esa posición privilegiada podía observar cómo los procesos de salud y enfermedad estaban incluidos en situaciones de crisis familiar e intuir alguna clase de asociación con ellas. La asistencia médica actual, en especial por el efecto de la especialización ha hecho que se pierda esa perspectiva y por tanto la riqueza de observaciones que permite.¹

No es sólo una buena asistencia la que está en juego. Hay también una fuerte justificación científica para recuperar ese rol perdido:

Observando a la familia como una unidad, teniendo en cuenta a sus miembros, ya sea que estén presentes o que no lo estén, el médico tiene la posibilidad de integrar las emergencias corporales individuales a las circunstancias vitales por las que atraviesa el núcleo familiar y de esta manera comprenderlas mejor.

¹ En USA, en la década del 70, había solo un 20% de médicos generales, el resto eran especialistas, mientras que hace cien años era al revés.

Le permite tener un importante *lugar de proveedor de cuidados*, de organizador de un campo de tarea y contribuir a los desarrollos en salud. La familia es transmisora de *valores y creencias* profundamente arraigados en torno a salud y enfermedad. Es en la familia donde los hábitos y actitudes acerca de la salud son incorporados: *el valor de los alimentos, la actitud hacia las dietas, el cuidado corporal, la importancia de la actividad física, del descanso, del alcohol, del tabaco*, etcétera. Hay familias inclinadas a la expresión de sus conflictos a través de las quejas corporales y del *lenguaje hipocondríaco*. Otras tienden a negar todo lo que tenga que ver con el cuidado del cuerpo.

Cuando el médico se acerca con una disposición receptiva en relación a la familia del paciente, notará también cómo queda expuesto a los efectos de la *dinámica familiar*: será reconocido, respetado, recibirá muestras de gratitud, puede verse manipulado, expulsado, endiosado, rechazado, tragado, ignorado o sufrir todo tipo de consecuencias como un miembro más y esto por haber sido ubicado inconscientemente en *un lugar* al que la familia lo ha habilitado.

Es necesario tener en cuenta la estructura y la dinámica familiar en los procesos de salud y enfermedad y cómo, tanto en situaciones leves como graves, la función y la tarea del médico se puede ver favorecida o complicada por el contacto con ella.

Si el médico puede reconocer sus propios sentimientos en relación con el trato que la familia le otorga, puede darse cuenta de que lo que pasa con él también pasa entre los miembros de la familia. De esta manera puede sostener su lugar, proteger su función de proveedor de cuidados y evitar asumir inconscientemente los roles que la

familia le asigna y por momentos le impone y que lo apartarían del encuadre médico que necesita mantener. Esto es particularmente importante, ya que el simple mantenimiento claro del encuadre médico tiene eficacia psicoterapéutica.

Como parte de su evaluación del contexto familiar el médico puede identificar a algún miembro con quien trabajar con el propósito de movilizar a la familia en torno a las metas del tratamiento y neutralizar el sabotaje fijo o momentáneo de algún otro miembro.

Esta disposición mental del médico como observador puede estar obstaculizada por defensas que bloquean su capacidad para percibir los vínculos familiares y que proceden a separar algo que forma parte de una totalidad mayor que los abarca. Así como existe una disociación *mente-cuerpo*, en este caso puede operar una disociación *mente-mente* que impide captar y entender los fenómenos producidos por el *conjunto* de los vínculos familiares en su enorme complejidad.

Hay un reconocimiento generalizado de que toda enfermedad corporal pone en crisis la estructura personal y familiar de quien la padece y que ello incide sobre el curso de la misma. Algunos estudios muestran la influencia de la familia en la evolución de una enfermedad crónica, como el asma, el cáncer, la insuficiencia renal. Por ejemplo, como todo diabetólogo sabe, la disfunción familiar (conflictos crónicos, rol parental inadecuado, padre ausente, falta de compromiso familiar) se correlaciona con el curso desfavorable del control de la diabetes.²

A su vez, distintas características de la evolución de la enfermedad plantean sobre la familia impactos diferentes: a) si es *aguda* como en el infarto de miocardio, la hernia de disco o *gradual* como en el SIDA, la artritis reumatoide; b) si es *incapacitante*

² White K, Kolman ML, Wexler LP. "Unstable diabetes and unstable families. A psychosocial evaluation of diabetic children with recurrent ketoacidosis". *Pediatrics* 1984;73:749-755.

como en el Parkinson, la esclerosis múltiple o si no lo es, como el lupus, la hipertensión; c) si es *constante*, como en una malformación congénita; o d) si es *recurrente* como la gota, la migraña. La presencia familiar en cuanto a la necesidad de su participación activa en tareas concretas es más evidente en las enfermedades crónicas con agudizaciones periódicas, por ejemplo, colitis ulcerosa, hipertensión, asma.³

Se reconoce menos que, a veces, la enfermedad corporal sea el desenlace de una crisis familiar y que la padezca el miembro *más vulnerable* (en sentido genético, biológico o emocional) o el *más vulnerado* (desde la propia dinámica familiar). Por ejemplo: uno de los miembros de la familia puede necesitar considerarse *el más fuerte* y además soportar la presión familiar inconsciente de tener que serlo. Paradójicamente el permitirse percibir alarmas corporales que lo declaren vulnerable y enfermo puede ser un indicio de *salud* de su parte y posibilitará un reacomodamiento de roles en el resto.

Estructura y dinámica familiar por un lado y enfermedad corporal (aunque ésta incluya la predisposición orgánica, la influencia genética, etcétera) por otro, se involucran recíprocamente, tanto en la aparición de la enfermedad como en las alternativas de su evolución y pronóstico.

En algunos casos *la enfermedad y algunos síntomas somáticos tienen una función adaptativa dentro de la familia y están al servicio de mantener una precaria estabilidad*. Así, la enfermedad de uno de sus miembros puede ser algo de lo que la familia no quiera o no pueda desprenderse porque en la interacción familiar le sirve a su propia homeostasis. El médico hace bien entonces en preguntarse qué función puede

estar cumpliendo un síntoma para la familia. Esto es observado especialmente en el caso de los trastornos mentales, en el *asma* de los niños, etcétera.

Por último vale la pena tener presente situaciones que puedan alertar al clínico a tener en cuenta a la familia y eventualmente hacer que concurra a la consulta: a) una enfermedad que no responde de la forma prevista o lo hace de manera paradójal; b) aquellas previamente bajo control y que súbitamente se han hecho difíciles de manejar; c) muchas visitas médicas por síntomas múltiples y difusos; d) algunos síntomas que llamen la atención por su persistencia como dolor crónico, fatiga, insomnio, depresión, angustia permanente, etcétera.

ALGUNOS EJEMPLOS

Un paciente de 43 años estaba siendo atendido por su clínico desde hacía dos años cuando tuvo una grave crisis hepática a consecuencia de su alcoholismo y una diabetes. Últimamente su situación había estado compensada. El médico conocía los conflictos matrimoniales del paciente a pesar de que la mujer raramente lo acompañaba en las visitas médicas. Imprevistamente, un análisis de rutina mostró un aumento considerable de la glucemia, sin aparente justificación. El paciente no hacía más que insistir en que “todo estaba bien”. Al médico le llamaba la atención, mientras escuchaba al paciente, que reiterara una y otra vez “que no había hecho nada para abandonar el régimen...” e indagó sobre el porqué de la insistencia en la palabra abandono. Cuando le preguntó por la familia, rompió en llanto y contó que la esposa y sus dos hijos lo habían dejado varias semanas atrás.

³ Rolland, J. “Toward a psychological typology of chronic and life threatening illness”. *Fam Syst Med* 1984;2:245.

Un ejecutivo de 43 años recibía atención médica por una hipertensión arterial grave con medicación hipotensora. Un tiempo después apareció con la esposa en la consulta, contando que no tenían relaciones sexuales por la impotencia de él, que adjudicaron inicialmente a la medicación. En una exploración más profunda de la intimidad de esta pareja, surgió que cuando iban a iniciar relaciones sexuales, él tenía erección y se agitaba visiblemente. Ella le había dicho alguna vez “que se cuidara, que tenía miedo que él se pudiera morir en el coito”. En realidad, esta mujer tenía serias dificultades sexuales y los temores de muerte eran expresión de su terror frente a la pérdida de límites que le significaba la proximidad del orgasmo, defensivamente proyectado en él como temor a la muerte.

Un matrimonio con más de 40 años de casados con dos hijos, consulta a un reconocido clínico porque el marido sentía dolores precordiales, una gran ansiedad y sensación de muerte inminente. El clínico los conocía de años por haberlos atendido muchas veces. El paciente es dueño de una estancia y pasa la mayor parte del tiempo “trabajando de sol a sol en ella”. Viaja cada tres o cuatro semanas a Buenos Aires y se queda uno o dos días con su mujer y un hijo soltero que vive con ella. Este hijo tiene serios enfrentamientos con el padre.

El clínico sabía que tenían esta situación matrimonial estable, un tipo de vínculo de características fusionales, tolerado gracias a la distancia geográfica. Cada uno tenía estilos y proyectos individuales sin referencia el uno para el otro ni tener nada en común, salvo los hijos. Sin embargo, seguían considerándose casados. La falta de cotidianeidad y aparente carencia de proyecto compartido encubría una unión muy particular. Llamaba la atención la presencia de ambos en la consulta.

El clínico consideró que el paciente debía ser internado de urgencia porque presumía la posibilidad de que tuviera o fuera a

tener un infarto. Pero ante su sorpresa, todos los exámenes clínicos y de laboratorio resultaron negativos y, luego de unos días de internación y cierta mejoría del cuadro clínico, el hombre fue dado de alta y derivado a un psicoterapeuta a quien también se presentaron juntos.

En la entrevista con el terapeuta, surgió que durante años habían mantenido una apariencia de estabilidad vincular pero a distancia, de dependencia mutua extrema aun cuando en la superficie el otro no estaba ni existía. Él, de 65 años, era un “hombre de acero, de a caballo” de gran despliegue físico, pero últimamente había empezado a tener ideas de ruina, sentimientos de tristeza y soledad, acompañado con amenazas muy concretas de suicidio. También expresaba el deseo de vender el campo, jubilarse y trasladarse a Buenos Aires a vivir con su mujer e hijo en forma permanente. En la entrevista, la mujer, diez años menor que él, no se daba por enterada de estos planteos aunque por su actitud se notaba un violento rechazo. Se mostraba fría y distante, con odio contenido. La angustia desbordante del marido, las ideas de suicidio claramente expresadas y la poca continencia familiar auguraban una catástrofe inminente. Se paseaba inquieto, no podía estar sentado, se frotaba las manos con ansiedad y se apretaba la zona precordial.

Para el terapeuta la sensación que le transmitía el paciente era de que podía tener un infarto en cualquier momento aunque los más exhaustivos análisis recientes habían resultado negativos. Tomó medidas terapéuticas adicionales y citó a la pareja para dos días después. Pero no concurrieron: cuando el terapeuta se comunicó con el clínico, le informó que la esposa había fallecido al día siguiente de la entrevista, ¡de un infarto masivo de miocardio!

Unos días después los hijos, ante la insistencia del padre, le permiten volver al campo donde inesperadamente se descarga un tiro de escopeta en el área precordial,

siendo de nuevo internado. Luego de dos semanas de internación el clínico recurre una vez más al terapeuta, quien ve al paciente antes del alta. El paciente está calmo, *arrepentido* de lo hecho, ni una palabra acerca de la muerte de la mujer, hace promesas de volver a la actividad y rechaza de plano la propuesta de hacer un tratamiento psicoterapéutico. Luego, ya en la casa, los acontecimientos se precipitan: llueven llamadas telefónicas al clínico y al terapeuta, “que estaba muy angustiado, muy dolorido en la zona precordial (todavía tenía restos de la perdigonada), no dormía de noche y tenía crisis convulsivas”.

Ambos fueron a visitarlo esa noche: estaba muy mal, se levantaba, transpiraba profusamente, caminaba de forma errática presa de una angustia desbordante. Cada tanto se contraía en un espasmo convulsivo mientras se sostenía el pecho con las dos manos en una mueca de dolor muy intenso. Todo duraba unos minutos y se repetía regularmente dejándolo exhausto. Con el transcurrir de la entrevista,

los espasmos convulsivos que parecían expresar el momento traumático del infarto de la mujer y de su propio intento de suicidio se fueron espaciando hasta que pudo dormirse, alcanzado por la medicación sedante que los clínicos venían administrando. Horas después fallecía en el sueño.

Los médicos estuvieron llamados a ser poco más o menos testigos pasivos de un desenlace, en su tramo final: el de una doble muerte en un vínculo matrimonial amenazado por la inminencia de cambios. En toda estructura vincular, y en especial la familiar, se intercambian y estabilizan e inmovilizan aspectos no reconocidos de cada uno y proyectados en el otro. Cuando sobreviene una movilización que amenaza el equilibrio, surgen situaciones críticas que pueden comprometer estructuras corpora-

les vulnerables en el límite de la vida y la muerte. Ni el diagnóstico médico completo ni el diagnóstico psicopatológico aisladamente dan cuenta de la situación. Decir que el paciente del ejemplo padecía una melancolía con tendencias suicidas (desde la psicopatología) no agota las características de esta relación vincular, ni la sutileza de los mecanismos proyectivos e introyectivos de impulsos asesinos que culminaron en un doble suicidio-homicidio inconscientemente compartido. Se requiere de un diagnóstico de situación que incorpore a la persona del paciente, que incluya a la familia y a la sutileza de los mecanismos familiares involucrados.

Un médico joven, hematólogo brillante, recibió una paciente de 68 años a la que diagnosticó un carcinoma de médula ósea de gran malignidad. Esta mujer estaba divorciada y tenía tres hijos, de los que el menor era un médico de carrera en ascendencia. El hematólogo tenía dificultades en establecer contacto con ellos salvo con el mayor, el único que parecía hacerse cargo de la situación. Al agravarse el cuadro y ser internada la paciente, el médico dio orden a los hijos de no dejarla sola, por lo que debían turnarse para acompañarla. Una noche, sin embargo, ella los convenció de que prefería la compañía de una enfermera. Insistió hasta que, contraviniendo la indicación del médico, la dejaron. A la madrugada llamó desesperada al médico sintiendo que se moría. Mientras la trasladaban a Terapia Intensiva, decía al personal de enfermería que la llevaba: “Estoy totalmente sola, ustedes son mi única familia...”

Algunos datos de la historia infantil ponen luz sobre los acontecimientos relatados. Por lo pronto, al nacer había sido entregada por su propia madre, aduciendo que tenía demasiados hijos para criar, a una hermana (tía de la paciente). Resulta sorprendente pensar que así como comenzó su vida, con una sustitución de sus verdaderos padres por sus tíos, debía terminarla llamando *mi*

única familia a quienes estaban encargados de atenderla pero que no eran sus familiares. El joven hematólogo acudió al llamado sintiendo que él debía salvarla, pero no sólo como médico sino como hijo. Había tenido una pelea con el clínico que la atendía sobre aspectos del tratamiento, en un momento de desborde para ambos, que reproducía las características que tenían los hijos de esta mujer, en parte alrededor de una marcada preferencia hacia el menor. Clínico y hematólogo, sin advertir que estaban dejándose tragar por una estructura familiar signada por la ausencia de un orden paterno, que quedaba reemplazada por los celos y rivalidad entre hermanos ligados a la preferencia materna, quedaron impedidos de poder conformar un equipo de trabajo mientras peleaban entre ellos. La paciente falleció poco después, acentuándose la desunión en la familia, con reproches y acusaciones recíprocas entre los hermanos.

EL VÍNCULO DE PAREJA Y SU PATOLOGÍA

Desde hace algo más de medio siglo, el Psicoanálisis extendió sus formulaciones teóricas al ámbito de los vínculos, trascendiendo el terreno en que Freud inició sus descubrimientos: la perspectiva del psiquismo individual. A fines de la década del 40 los psicoanalistas empezaron a asistir terapéuticamente a grupos, y unos años después también a parejas y familias. Fue necesario estudiar y entender la dinámica de cada tipo de vínculo. Creados los encuadres terapéuticos correspondientes y desarrolladas técnicas de abordaje adecuadas, se pudo dar respuesta a las necesidades de tratamiento de estos *nuevos pacientes*, los grupos, las parejas, las familias.

La ampliación de los conocimientos psicoanalíticos teóricos, clínicos y técnicos,

además de los resultados terapéuticos asistenciales, tuvieron una influencia importante en la comprensión de los vínculos, en la prevención en salud mental, en la educación y en la cultura en general.

El vínculo que se constituye en una relación de pareja es algo más que la suma de las características personales de cada uno de sus integrantes. Entre los miembros de una pareja se establece un espacio vincular único e inédito, derivado de la conjunción de la totalidad de los elementos que deben compartir y que se van a detectar especialmente en la clínica de *las relaciones sexuales, de la vida cotidiana en común y de un proyecto compartido de futuro*.⁴ Los emergentes provenientes de estas áreas suministrarán lo más significativo de la semiología del vínculo de pareja y *hacia ellas debe dirigir el médico su escucha en la entrevista*.

Freud consideró a la relación amorosa heterosexual como la más amplia, variada y rica de las posibilidades eróticas del individuo: mucho más que la satisfacción de tener un objeto sexual y el placer que éste puede brindar. El vínculo en su conjunto implica un contacto físico y psíquico, en forma de intercambios complejos que modifican a los miembros de la pareja y contribuye a su desarrollo mental o a su empobrecimiento y aún su destrucción, según sea la calidad del vínculo. La armonía entre los componentes positivo y negativo de la estructuración edípica o su relación conflictiva serán definitivos, tanto en la elección del objeto de amor como en las características del vínculo.

El vínculo de pareja aloja comportamientos del pasado, regresivos, retoños de la sexualidad infantil de cada uno de sus miembros mientras la parte adulta crece y se desarrolla. El vínculo puede ser entendido como una *institución* y como tal requiere de un encuadre dentro del que se desplegará el proceso emocional que relaciona a los integrantes de la pareja.

⁴ Puget J, I Berenstein. *Psicoanálisis de la pareja matrimonial*. Paidós, Buenos Aires, 1988.

El vínculo instituye un conjunto de reglas explícitas e implícitas que a nivel consciente e inconsciente regulan las conductas manifiestas de uno para con el otro.

El encuadre matrimonial ha sido pactado de inicio y de manera inconsciente, esto es, sin que sus protagonistas conozcan los componentes más significativos del vínculo que los une. Lo que ocurra de allí en más será objeto de sucesivas elaboraciones en las que la presencia e influencia de las estructuras familiares de origen se irán atenuando o, por el contrario, acentuando, contribuyendo a las temáticas que alimentan los conflictos. En cada caso pueden predominar afectos tanto amorosos como hostiles, y variar esa característica o no a lo largo del tiempo.

Habrà lugar para el crecimiento de ambos miembros de la pareja por igual o de uno a expensas del otro o para la repetición de pautas pasadas. El tratamiento de lo sentido como semejante y de lo diferente será clave de este desarrollo. Demasiado de lo *diferente* puede llevar a la distancia y a la incomunicación y de lo *semejante* a la confusión e indiscriminación.

En todo vínculo es posible compartir algunos territorios mentales y corporales, otros sólo en parte y algunos son incompatibles. Algunos ejemplos de lo que puede compartirse: proyectos, ideas y sentimientos, en la comunicación verbal y afectiva, ya sean de uno o de ambos; el cuerpo en las relaciones sexuales aunque solo hasta cierto punto. Son incompatibles: las sensaciones corporales aunque se pueda comunicar acerca de ellas, la historia previa al establecimiento del vínculo, los vínculos con otros, pasados o presentes, que podrán compartirse en cierta medida pero nunca completamente, etcétera. El reconocimiento de lo incompatible, al poner en contacto con los límites del vínculo, expone a la soledad y el desamparo, ya que el vínculo no puede evitarlos. En ese sentido, el otro del vínculo

atenúa y expone al compañero a la soledad. Ambos tipos de territorio, los compartibles y los no compartibles pueden ser origen de conflictos.

Los vínculos se rigen por reglas o estipulaciones inconscientes que son las que dan cuenta del funcionamiento de la pareja. Son equivalentes a un contrato: las denominamos *acuerdos* (versan acerca de lo compartible) y *pactos* (acerca de lo incompatible).

El conjunto de los pactos y acuerdos de un vínculo da cuenta de su estructura, que no es conocida por los miembros de la pareja, es inconsciente. Ha sido llamado zócalo inconsciente.

Los *acuerdos* provienen del deseo de combinarse en lo que pueden compartir, permiten el desarrollo de proyectos y facilitan la elaboración y solución de conflictos. Favorecen una organización vincular sobre la base de una *complementariedad*, que debería ser eficaz para sostener un crecimiento vincular. Lo contrario sería la repetición individual de modelos primitivos. Un ejemplo de esto es cuando un miembro de la pareja defiende un modelo proveniente de su familia de origen, y presiona al otro para que se adapte a su funcionamiento en lugar de buscar la creación de pautas conjuntas, que sean nuevas para ambos y diferentes de las que cada uno tenía antes del establecimiento del vínculo.

Los *pactos* pueden, en algunos casos, reforzar los acuerdos. Pero el intento de compartir lo incompatible obliga a los sujetos a realizar concesiones para satisfacer el deseo del otro poniéndose en posición favorable. Es decir, que hay adaptación para no crecer, no cambiar, que no aparezca algo nuevo en el vínculo.

Si son pactos lo que predomina en la estructura de un vínculo, el deseo no es compartido sino que se trata de dos

deseos distintos realizados merced a la ayuda del otro integrante de la pareja. Cada uno como prótesis del otro.

Aunque los miembros de la pareja no lo puedan saber conscientemente, están unidos por algo del orden de la conveniencia: estos vínculos se rompen cuando por algún motivo la ayuda que se intercambia no se puede sostener. La ayuda de la que hablamos tiene que ver muchas veces con la realización fantaseada de algún deseo inconsciente.

Un ejemplo podría ser: “sé para mí ese objeto débil y desamparado al que yo pueda proteger, para sentirme de ese modo poderoso, un verdadero salvador”. Una enfermedad en ese miembro de la pareja podría acentuar esta situación. Un vínculo así se rompería si el que ocupaba el lugar del débil comienza, por ejemplo, a fortalecerse como sucedería si obtiene éxitos en algún terreno significativo. Predomina la ilusión de poseer un objeto (el *otro* de la pareja) que debe luego responder más a esa ilusión que a su propia realidad. En estos casos, los choques en el vínculo son en base a las particularidades reales del objeto, se le reprocha y critica que no responda a la ilusión que definió la elección. La base son sentimientos intensos de celos y envidia, que se intensifican cuando la exclusión y los límites en general son vividos como una dolorosa exposición al vacío, al pánico y al desamparo.

MODELOS DE VÍNCULOS

Cuando dos sujetos se unen para formar una pareja, lo hacen según un modelo que en algo es único e irrepetible. Sin embargo, se pueden estudiar los **modelos de vínculos** que unen a las parejas, a partir de definir y estudiar los parámetros mentales (individuales y vinculares) de su funcionamiento que se consideran esenciales. Se observan maneras o modalidades de relación que se repiten sistemáticamente a lo largo del

tiempo y ponen en evidencia la estructura del vínculo.

Las parejas con mayor posibilidad de maduración y cambios pueden acceder a más modificaciones del vínculo a través del tiempo. En el polo opuesto, la rigidez de un vínculo y la dificultad en cambiar para hacerlo más profundo, más satisfactorio y más adecuado a las necesidades y condiciones de cada momento son índices de inmadurez o directamente de enfermedad.

A modo de ejemplo, podemos considerar en forma muy esquemática tres modelos de vínculo, clasificados según su funcionamiento predominante. Se han designado como: a) terceridad ampliada, de características casi ideales, inalcanzables en su totalidad; los otros dos, muy patológicos, son: b) terceridad limitada, y c) estructura dual.

TERCERIDAD AMPLIADA

Se trata de un vínculo en el que se pueden observar dos sujetos funcionando con buen nivel de discriminación, en el que cada uno tiene a la vez una representación de sí mismo y del otro pudiendo diferenciar lo semejante y lo diferente entre ambos. El lenguaje adquiere su máximo valor: pueden hablar satisfactoriamente de cada situación que se plantea entre ambos. Los desacuerdos o diferencias son un estímulo para crear nuevas pautas.

Cada uno acepta algo desconocido en el otro y que se produzcan cambios en lo conocido. Admiten sin hostilidad que haya espacios terceros y sentimientos de exclusión. Las emociones circulantes son las pertenecientes a la resolución del Edipo y a la serie de la ternura y el cariño. Hay interés por el otro, reciprocidad y capacidad de hacerse cargo de lo que al otro le sucede, predominan la identificación empática y los sentimientos protectores de cada uno hacia el otro. Se toleran y aceptan la soledad y aun el desamparo como un aspecto inevitable de la vida; se busca, se reconoce

y se agradece lo benéfico del vínculo como solución siempre parcial del sufrimiento. La sexualidad es plena, fuente renovada de placer y vía de comunicación profunda. El hijo o los hijos son para ser compartidos, aceptando ser excluido de una parte de su vida.

TERCERIDAD LIMITADA

Se trata de un vínculo donde no pueden dejar de ser siempre tres, en la realidad concreta o en la imaginación. Las situaciones de la pareja son una escena destinada a un tercero que puede estar pero en el lugar del excluido. El sentimiento predominante es el de celos, y se confunde con el amor: si es muy intenso, se toma por un amor apasionado. El rol del que genera los celos puede ser fijo o alternado entre ambos miembros de la pareja. Hay una permanente erotización de la situación de a tres. No se toleran la soledad ni el desamparo, que están negados; la excitación sexual y los celos casi permanentes sirven para llenar el vacío, así como las conductas perversas cuando las hay. La ausencia, en vez de ser entendida y sentida como tal, es vivida como una presencia intrusa que estimula el surgimiento de excitación y celos.

Existen varios subtipos de este tipo de vínculo: perverso-perverso, celoso-celoso, inhibido-inhibido, etc. El hijo, para ser aliado de uno u otro, para ser excluido.

ESTRUCTURA DUAL

En esta estructura predomina la fusión de los integrantes de la pareja por idealización mutua de algún rasgo parcial. Se fuerza una simetría en el vínculo que semeja a los mellizos (en oposición a la asimetría que implica la complementariedad). El vínculo funciona con la menor cantidad de indicios diferenciales. Se desmienten las particularidades de cada uno. El código para instalar la comunicación es mínimo. Se adjudican

funciones como anticipación y adivinación. Deseo de ser el uno la imagen especular del otro, la mirada sirve para descartar diferencias, y para mirar sólo lo que ilusoriamente es semejante al yo. Ofrecen a la mirada aquello que a su vez es semejante al otro. El lenguaje es mínimo. Imposibilidad de compartir un espacio tercero (un hijo u otro tipo de espacio tercero). Cada uno puede estar conectado con un objeto imaginado y rechazar al real permanentemente cuando se acerca porque no coincide con el imaginado.

Frente a lo diferente, el equilibrio emocional se hace inestable. Con frecuencia: violencia, agresión en forma de reproches constantes, o bien distancia emocional y/o geográfica, escasos intercambios. El paso del tiempo está anulado. Soledad y desamparo están desmentidos. Hijo: para ser negado. Los hijos que ocupan ese lugar en la familia presentan enfermedades mentales graves.

A veces, cuando sobreviene una crisis o separación, alguno o ambos integrantes de la pareja aparece desconocido o severamente perturbado. Previo a eso la estructura vincular hace síntoma, mostrando y expresando el deterioro, un encuadre en tela de juicio, resquebrajamiento del acuerdo básico que los unía (y debe haber cierto acuerdo hasta para los desacuerdos). En algún momento puede que estas situaciones de conflicto en la pareja le lleguen al médico.

Ejemplo: un paciente joven desarrolla una *miastenia gravis* e internado, sus crisis van siendo dominadas gradualmente, el uso de medicación es cada vez menor. En un momento y contra todos los pronósticos, se reagudizan sus crisis de debilidad muscular, incapacidad para sostenerse, etcétera. Aterrorizado reclama a la enfermera a su lado y se hace necesario un uso creciente de medicación. Un residente comenzó a notar que esas crisis no parecían ser ajenas a las visitas que su esposa le hacía y a cierta actitud de *coqueteo* con otros pacientes varones in-

ternados a quienes, decía, “quería llevarles alivio”. Esto ponía al paciente en un estado de furia silenciosa. La mujer no ocultaba un comportamiento hostil hacia el paciente desde que éste enfermara. En una entrevista con ella, el médico tratante percibía que esta mujer estaba terriblemente angustiada, que erotizaba defensivamente su angustia frente a este hombre enfermo e *impotente* a causa de su enfermedad. Le terminó confesando que ella necesitaba a un hombre a su lado, no a un niño, a un hombre que la cuidara, que la hiciera sentir mujer... y le relató sueños de muerte. Sin llegar a darse cuenta, disputaba con su marido enfermo un lugar de cuidado infantil. Resentida, saboteara los cuidados y la medicación mientras coqueteaba con otros pacientes.

El médico, identificado con el paciente sentía un rechazo hacia ella, se aliaba con él, la excluía en el trato. Pero las medidas que tomaba con su paciente *no daban el resultado esperado por lo que experimentaba un molesto sentimiento de impotencia terapéutica*. El médico requirió de todo un trabajo adicional para recomponer la relación con el paciente, incluir a la esposa en el proceso asistencial y recuperar su lugar de médico con los límites y distancia adecuada hasta que las crisis volvieron a ser cada vez más esporádicas y requerir menos medicación.

EL YO CORPORAL EN LA PAREJA

En otro lugar (*ver capítulo VIII*) se hizo referencia a primitivas experiencias corporales de intercambio con los objetos dando lugar al simultáneo proceso de simbolización de una imagen corporal y de un Yo que se configura y desarrolla a partir de ellas a la vez que las registra.

El vínculo de pareja incluye entre los adultos un intercambio de experiencias

corporales íntimas y reiteradas, apoyadas en necesidades y deseos. La principal: las relaciones sexuales, que culminan en una vivencia fusional orgiástica que supone una momentánea pérdida de límites. La demanda de ternura por medio de las caricias, los abrazos que representan sostén, la satisfacción de necesidades mutuas y los cuidados hacen que con la convivencia prolongada, los límites del Yo corporal de uno se amplíen para incluir al cuerpo del otro y se construya en parte como representación de un cuerpo compartido, un cuerpo Yo que incluye al de la pareja. La aparición de los hijos hace más intensa esta fantasía de un Yo corporal compartido. En realidad, se apoya a la vez que se diferencia de las experiencias vinculares de fusión y de sostén con el objeto primario.

Este Yo corporal que incluye la representación vincular con la pareja sufre las irrupciones de la realidad provenientes del adentro o del afuera. Por ejemplo, si la pareja se separa, de manera temporaria o definitiva, pueden aparecer en algunos casos manifestaciones de *extrañamiento corporal*, de partes faltantes, equivalente a miembro fantasma después de una amputación.⁵

Cuando el cuerpo de uno de los miembros sufre una enfermedad, un daño o un dolor corporal importante da lugar a una tensión conflictiva que no siempre es bien elaborada por el otro de la relación. La situación de soledad frente al desamparo, el tomar contacto con la experiencia del límite infranqueable del cuerpo biológico del otro, la amenaza que el daño del otro sea vivido como propio hace que puedan ocurrir funcionamientos vinculares regresivos: que se movilice la relación en el eje exclusivo del amparo y del desamparo, que se desmienta la singularidad de los cuerpos, que se pase a una relación fusional en que uno se mete totalmente en el otro, hasta hacerlo desaparecer. Véase este ejemplo:

⁵ *Ibidem*.

Una mujer joven se había casado con un diabético juvenil, ambos casi adolescentes. Ella fue advertida de las posibles complicaciones de un casamiento con una persona tan enferma, pero “decidí que eso era lo que quería”. Tenía ahora 30 años y había perdido a la madre cuando tenía sólo 5 años, luego de una penosa enfermedad, experiencia que la dejó con una disposición que resultó inconscientemente atractiva para su futuro marido, dada su propia enfermedad.

Él, de 32 años, padecía en ese momento una diabetes con graves complicaciones y una ceguera incipiente. La historia era que ella se había *dedicado* a él y a su cuidado por completo. Tuvieron dos hijos y ella, de modo gradual, llegó a controlar totalmente la situación familiar, desplazándolo y reduciéndolo a la pasividad, mientras iba asumiendo un rol cada vez más activo, encargándose de todo y de todos. El paciente, que había logrado, pese a su enfermedad, un puesto ejecutivo muy importante en una empresa tuvo que ser jubilado por invalidez. *Cuando ella ocupó ese cargo*, el paciente tuvo una crisis hipoglucémica gravísima con riesgo de muerte y debió ser internado.

El médico pudo reconocer en esta actitud aparentemente *abnegada* de la mujer una tendencia a asumir férreamente el control familiar, que había logrado someter y reducir al marido enfermo a un lugar cada vez más dependiente. Luego de recuperarse el paciente de la crisis, el médico trabajó en el sentido de poder introducir medidas de rehabilitación y recuperación ya que su mujer lo había reducido prácticamente al rol de inválido. Pero se encontró con firmes resistencias de su parte, con amenaza de separa-

ción y eventualmente requirió ser derivada a un psicoterapeuta. El médico percibía alguna relación entre la pérdida sufrida en la infancia y su actitud ante la enfermedad del marido.

Este caso muestra una pareja unida alrededor de las vivencias de desamparo y desvalimiento provenientes de la historia personal de cada uno. Pero ella imponía a la enfermedad de él sus propios aspectos necesitados a los que luego trataba de controlar férreamente en el vínculo matrimonial. En estas condiciones la diabetes no podía sino agravarse.

LA MEDICINA EXPANDE LOS LÍMITES DE LA BIOLOGÍA

Los modernos procedimientos anticonceptivos han tenido un impacto importante en la formación y planificación familiar. Existen clínicas específicamente dedicadas a ese fin. Además han contribuido a cambios referidos a modos y costumbres de vivir la sexualidad, la pareja, el matrimonio, etcétera. Por otra parte, para las parejas que no podían tener hijos o tenían dificultades, la Medicina dispone de una serie de procedimientos que han extendido las posibilidades biológicas hasta límites donde se cuestionan sus fundamentos éticos y se debaten normas legales.

Algunos ejemplos: la inseminación artificial, bebés de probeta, madres subrogadas, alquiler de vientre, bancos de esperma, plantean problemas entre *pater* (padre social) y genitor (padre biológico) y madre biológica, nutriente y social.

XXIII

EL GRUPO HUMANO, LA SOCIEDAD, LA CULTURA Y LA SALUD

INTRODUCCIÓN

Es importante considerar la salud y la enfermedad no solo desde el punto de vista de la psicología del individuo (si acaso eso fuera posible) sino también desde la perspectiva de los grupos e instituciones en los que está incluido. La salud de las personas depende en parte de su pertenencia a estas organizaciones sociales.

Según Freud, “en la vida anímica del individuo, el otro cuenta, con total regularidad, como modelo, como objeto, como auxiliar y como rival, y por eso desde el comienzo mismo la psicología individual es simultáneamente psicología social en este sentido más lato, pero enteramente legítimo”. Y más adelante agrega “La Psicología colectiva (social) considera al individuo como miembro de una tribu, un pueblo, de una casta, de una clase social, de una institución o como elemento de una multitud humana, que en un momento dado y con un determinado fin se organiza en una masa o colectividad”.¹

La Sociología estudia los grupos humanos, grandes o pequeños, primarios o se-

cundarios, formales o informales, organizados o no. **La sociedad** es el mayor grupo de referencia del individuo. Dentro de la misma pertenece a una **clase** económico social, vive en ciertas **comunidades**, participa de una determinada **cultura**, trabaja en **equipos**, integra **grupos formales o informales**, se asocia a **corporaciones**, es miembro de **instituciones** (médicas, docentes, gremiales), se incluye en **congregaciones** (sociales, políticas, religiosas), etcétera.

En los grupos numerosos, característicos de los grandes movimientos de **masas**, puede llegar a sentir, pensar y actuar de manera muy diferente de lo que lo haría en soledad. En la masa, la que se conforma por ejemplo en un estadio deportivo, su afectividad está intensificada y su actividad intelectual se ve reducida.

En cada uno de estos lugares el sujeto es atravesado por valores, normas, creencias, ideologías, tradiciones, estilos de vida, etcétera, que en definitiva lo configuran. Ninguna de estas situaciones grupales es ajena a los procesos de salud y enfermedad.

¹ Freud, S. “Psicología de las Masas y Análisis del Yo” (1921). En: *Obra completa* XVIII. Amorrortu, Buenos Aires, 1992;67.

La idea central de estas consideraciones es que un grupo humano, en cualquiera de las configuraciones que adopte, es algo más que la suma de sus integrantes considerados individualmente y que esta manera de agruparse y de organizarse incide en los procesos de salud y enfermedad.

EL GRUPO HUMANO

Los seres humanos son animales gregarios, tienden a estar en compañía, a permanecer unidos, a reunirse formal o informalmente, espontánea o deliberadamente. Se congregan en **grupos**, grandes o pequeños. Los integrantes de un grupo tienden a identificarse recíprocamente entre ellos por ideas, intereses, valores, creencias, acciones en común, etcétera, y en torno a un **líder** que los representa. Los individuos también pueden aislarse, marginarse o excluirse de los grupos, sea defensivamente por temor a perder su identidad, sea para proteger su necesaria autonomía. De esta manera, se genera una cierta tensión entre pertenecer a los grupos y poder lograr independencia de ellos.

¿Por qué se agrupan los seres humanos? Se supone que a nivel humano no existe un instinto gregario sino **lazos psicológicos** que hacen que las personas se junten y se agrupen. El bebé humano ha crecido y se ha desarrollado psicológicamente en medio de una trama de intensos vínculos con sus objetos primarios. En la medida en que se va socializando, despliega lazos afectivos con objetos dentro y luego fuera del entorno familiar. También se va integrando a distintos grupos sociales a los que se vincula por el amor que cohesiona entre sí a sus miembros.

La esencia de la formación grupal reposa en el establecimiento de lazos libidinales entre los integrantes y entre cada uno de ellos y el líder. La identificación es otra forma de enlace afectivo, que aspira a confor-

mar el propio Yo del sujeto análogamente al otro tomado como modelo. En el grupo, el individuo descubre un rasgo común con otra persona que no es objeto de sus pulsiones sexuales.

El grupo es una reunión de individuos que han reemplazado su ideal del Yo por el mismo objeto, el líder, a consecuencia del cual se ha establecido entre ellos una identificación parcial y recíproca.

La camaradería, el compañerismo, la amistad surgen en los grupos por identificación recíproca entre los miembros. La hostilidad, presente en todo tipo de vínculo, se reprime y se establecen lazos sociales. La rivalidad, los celos desaparecen por lo menos en lo manifiesto por identificación. Todos son iguales y se reconoce un único jefe. Comparten la ilusión de que todos son amados por igual, con amor justo y equitativo por el líder del grupo o quien ocupe su lugar. La hostilidad y la rivalidad contenida y transformada en amistad están en la base de los sentimientos sociales.

La teoría psicoanalítica supone que la vida en sociedad reposa sobre la renuncia a las necesidades pulsionales, sexuales y agresivas, a la endogamia, a las perversiones. Todos los esfuerzos de la educación están detrás de estos objetivos y en la exaltación de ciertos valores compartidos. Por ejemplo, nuestra sociedad trata de imponer (sin mucho éxito) el ideal de que el amor debe ser heterosexual, exogámico, genital, monogámico y legítimo.

Debe asimismo reconocerse al hombre una buena cuota de agresividad y una proverbial hostilidad. Los preceptos culturales y religiosos imponen evitar la aniquilación entre las personas, exigen identificaciones entre ellos, y que se entablen vínculos amistosos ("Amaos los unos a los otros"). Es posible que originariamente la vida humana en común solo se tornara posible cuando

se llegó a reunir una mayoría más poderosa que cada uno de los individuos, que permitió sostener la idea de la Justicia y el Derecho para todos, en lugar de dirimir los conflictos individualmente por la fuerza bruta.

Al servicio de la libido, la cultura se impone sobre la humanidad para contener la lucha de todos contra todos. Sin embargo, ese ideal se rompe permanentemente y los seres humanos tienden a resolver sus conflictos por el poder de la fuerza en lugar del poder de la justicia. Desde su lugar en la familia los niños se identifican entre sí y desde ahí claman por justicia: si uno no es el preferido de los padres, que ninguno lo sea. El sentimiento de justicia social significa que nos rehusamos cosas a nosotros mismos para que los demás tampoco puedan reclamar.

La sociedad se vale de un poderoso recurso para neutralizar la agresión entre sus miembros: es internalizada, dirigida contra el propio Yo, incorporándose al Superyó el mismo grado de agresividad dirigido previamente a las otras personas. El precio que se paga es el sentimiento de culpa y la necesidad de castigo. Peor aún, porque la conciencia moral o Superyó equipara el deseo con su realización.

Por esas consideraciones es que la inserción del hombre en la cultura le genera inevitablemente malestar, puesto que debe evitar aquello que más desea y conformarse con sustitutos.²

GRUPO PRIMARIO Y SECUNDARIO

Se distinguen los **grupos primarios** y **secundarios**. Los *primarios* son grupos en los que la relación entre sus miembros es directa. Se caracterizan por una asociación y cooperación íntima, de fusión de individua-

lidades. Se generan lazos personales intensos, emocionales, donde todos se conocen. La familia es fundamentalmente un grupo primario.

Los *grupos secundarios* persiguen fines determinados con una estructura de funcionamiento que rigen las relaciones entre las partes y determinan los roles de las personas. Tienen una tarea de por medio. Son los grupos que integran las grandes organizaciones o instituciones (médicas, jurídicas, políticas, religiosas, etcétera). A diferencia de los grupos primarios, en los secundarios las relaciones entre los individuos son más formales o impersonales. Uno de los riesgos es que se burocraticen, o que un grupo secundario o de trabajo se transforme a veces en grupo primario. Cuando ello ocurre, los vínculos se *contaminan*, se viven inconscientemente como objetos familiares lo que provoca todo tipo de conflictos. Así sucede a veces, por ejemplo, en los equipos médicos.

EL EJEMPLO DE GRUPO EN MEDICINA: EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

En la Medicina moderna, el crecimiento de las Ciencias Básicas y el formidable desarrollo tecnológico han generado el fenómeno de la sobre especialización y la consiguiente fragmentación del cuidado médico. Atrás ha quedado la asistencia individual y artesanal del paciente.

Hoy es cada vez más necesario que el médico entre a formar parte de equipos interdisciplinarios, conformados por varios especialistas y distintos auxiliares de la medicina. Se trata de un grupo secundario que debe funcionar de manera estable, tiene definido claramente un propósito y una tarea en común y con un líder. Otras veces se integra de manera informal y por impo-

² Freud, S. "El malestar en la cultura" (1927). En: *Obra completa* XXI. Amorrortu, Buenos Aires, 1992.

sición de las circunstancias. Las relaciones entre los miembros tienden a profundizarse con el tiempo y tornarse conflictivas. A menudo se generan luchas entre distintos sectores que no comparten el mismo esquema referencial (el médico y el psicológico) o distintos enfoques (generalista o especialista) o supuestas jerarquías (médicos o paramédicos) o tareas insalubres (cuidados intensivos u oncológicos) o problemas institucionales. En todas estas circunstancias se pueden generar conflictos y luchas de poder donde el narcisismo de los miembros hace estragos.

El tipo de liderazgo médico (democrático, mesiánico, autoritario, etcétera) debe ser analizado porque en buena medida dará cuenta del funcionamiento y del rendimiento del equipo. Numerosos trabajos científicos demuestran la incidencia de esos conflictos entre pares y con el líder sobre la tarea médica. A su vez, como el trabajo médico en esos casos es de alta complejidad, su resultado se reflejará sobre el funcionamiento del equipo.³ También se hace mención al sufrimiento de sus integrantes y la pérdida de su calidad de vida. Un destino posible: *el burnout*.

Se han propuesto numerosos procedimientos para superar los problemas que se generan en los equipos interdisciplinarios. El enfoque tradicional es el del llamado **grupo Balint**: un analista se reúne periódicamente con los integrantes del equipo para explorar y resolver los conflictos y las ansiedades que se generan en el transcurso de la tarea médica. Más recientemente, en nuestro país hay una experiencia muy rica y variada, generada con la llamada **Interconsulta médico psicológica**⁴: el servicio de Psicopatología del hospital general tiene a su cargo la tarea de asistir, de manera esta-

ble o esporádica, a los equipos médicos, en sus necesidades y conflictos.

Con la Interconsulta médico psicológica se contribuye a brindar una mejor asistencia y a cuidar la salud mental del equipo médico y de sus integrantes.

FACTORES SOCIALES Y SALUD

El llamado modelo biopsicosocial sostiene que los procesos biológicos, emocionales y sociales están involucrados en el desarrollo, curso y pronóstico de las enfermedades y que se requiere un abordaje clínico integral del paciente. Las variables sociales son tan importantes en los procesos de salud y enfermedad como las biológicas y psicológicas.

Una manera de corroborar esta hipótesis es recurrir al estudio de la relación de datos epidemiológicos entre grupos sociales y pautas de salud y enfermedad. Se cruzan variables epidemiológicas de edad, sexo, raza y variables socioeconómicas. Pero también hay gran cantidad de estudios que relacionan las variables biológicas con las psicosociales.

Edad: La incidencia de enfermedades depende de la edad. En la infancia prevalecen las enfermedades agudas e infecciosas. Entre las personas mayores de 65 años, el 87% padece enfermedades en las que prevalecen las crónicas —artritis, hipertensión, enfermedad cardíaca, cataratas.⁵

La edad y la mayor expectativa de vida: Cada vez es mayor la proporción de gente de edad; en 1900 un norteamericano vivía un promedio de 47 años; ahora, más de 70.

Género: Las mujeres viven más que los hombres; al nacer tienen una expectativa

³ Caffaratti N, Ferrari H, Luchimna N. "Aspectos Psicológicos en la Unidad Coronaria". En: Bertolasi C, J Trongé: *Unidad Coronaria, Rol de la Enfermera Intermédica* Ed., Buenos Aires, 1972.

⁴ Ferrari H, Luchina I, Luchina N. *Interconsulta Médico Psicológica en el Marco Hospitalario*. Nueva Visión, Bs. As., 1971.

⁵ Cockerham, WC. *Medical Sociology*. Edgwood Cliffs, NJ Prentice Hall, 1992.

de vida de 78,9 comparada con 72,3 de los varones (1988). Los hombres tienen mayor tasa de mortalidad que las mujeres pero éstas tienen mayor morbilidad e índices de consulta a los servicios médicos. ¿Por qué? El estilo de vida del hombre, ocupaciones más riesgosas, más drogas y alcohol. En cualquier edad, los hombres tienen mayores tasas de enfermedades del corazón, cáncer, accidentes cerebrovasculares, junto a homicidios, suicidios y accidentes. La mujer restringe más sus actividades por problemas de salud, pierde más días de trabajo, está más en cama que el hombre. La mujer dobla las visitas a los médicos y pasa más días internada que el hombre (si se excluyen los problemas de reproducción es el 30%). Usa más recetas y psicofármacos que el hombre.⁶ Pero, a diferencia del hombre, tiende a estar más ligada a un solo médico.

Con relación a la pareja: el hombre soltero tiene un riesgo mayor sobre su salud que la mujer soltera. El estilo de vida cambia para el hombre dramáticamente con la pareja y con la paternidad. La mujer no parece derivar estos beneficios para su salud.

LA DECISIÓN Y EL MOMENTO DE CONSULTAR

Para un paciente que está sufriendo un infarto consultar tempranamente es decisivo. La mortalidad de las consultas tempranas en el infarto es de un 10% y las tardías de 27%. Operan factores psicológicos como el mecanismo de la negación, pero también factores sociales: se recurre más rápido si la pareja está presente, si ocurre durante la semana, más en el trabajo que en casa, menos si es en el fin de semana, si el paciente pertenece a una clase socioeconómica baja o a una sociedad que valora el *estoicismo* frente al dolor.

El acceso a los servicios médicos se ha deteriorado en los últimos años para las personas con bajos ingresos. Tienen menos recursos, no pueden pagar el transporte, reconocen menos los síntomas, no pueden salir del trabajo o les cuesta concurrir a servicios públicos sobresaturados. Muchos de ellos ya vienen tratados por un curador o *healer*. En EEUU, una de cada 10 personas carece de cobertura médica y depende de hospitales públicos mal atendidos. En la Argentina los índices son peores.

Cuando las personas tienen algún malestar lo comentan primero a sus familiares, amigos, compañeros de trabajo. Se establece toda una *red social* de personas que reaccionan –hacen sugerencias, indican medicamentos, recomiendan curadores, médicos, etcétera– a través de la que se evacua el problema y se le da respuesta. Si es una congregación, sea o no religiosa, su peso es decisivo a la hora de las definiciones, por ejemplo, dirigir al paciente hacia la Medicina oficial o a alguno de los caminos que ofrecen las Medicinas Alternativas. Si el paciente llega al médico en estas condiciones, es esencial que éste conozca todo ese *entorno social*, pueda que necesite incluirlo más que excluirlo, mientras su relación con el paciente se afianza.

ROL SOCIAL DE ENFERMO

Fue descrito por el sociólogo Talbott Parson, en 1951: en las sociedades occidentales la persona que enferma tiene otorgados dos derechos: está exceptuada de actividades sociales, de trabajo, de responsabilidad y no puede ser culpabilizada ni responsabilizada por su condición de enferma. A cambio, la sociedad espera que no se resigne a su enfermedad, que colabore con el médico y la familia en ponerse bien. Los pacientes que no cooperan son *caños* lo que a veces

⁶ Verbrugge, LM. "Gender and Health: an update on hypotheses and evidence". *J Health Soc Behav* 1985;26:156-2

autoriza al médico a hacerlo objeto de su hostilidad.⁷

¿Cómo sienten las personas el cuidado social de su salud? Ha mejorado mucho la expectativa de vida, la tecnología médica, hay un menor índice de mortandad, pero los síntomas y el malestar con el cuidado de la salud es creciente. Tiene que ver con problemas crónicos y con cierta redefinición de quejas o malestares inespecíficos como *enfermedad*, por ejemplo, *low back pain*.

INTERVENCIONES PSICOSOCIALES Y SALUD

El valor de incluir variables sociales en el estudio de las enfermedades es su respuesta favorable a intervenciones psicoterapéuticas. Proveer tratamiento psicológico a pacientes con problemas de salud mental reduce el uso de cuidados médicos, especialmente primarios. Lo mismo ocurre con enfermedades como diabetes, hipertensión y enfermedades crónicas respiratorias con menor costo médico.

Hay un trabajo clásico de Spiegel sobre el tema: tomaron 50 pacientes con cáncer de pecho y metástasis en grupos terapéuticos de apoyo durante un año, con un grupo de 34 pacientes control. A los 10 años del estudio, las mujeres del primer grupo habían vivido 36,6 meses de promedio, tuvieron una mejor calidad de vida, mientras en el grupo control la sobrevida fue de 18,9 meses.⁸

LA PRESENCIA DE LOS VALORES DE LA CULTURA EN LA SALUD Y LA ENFERMEDAD

Según Freud, la cultura designa “la suma de operaciones y normas que distancian nues-

tra vida de nuestros antepasados animales y que sirven a dos fines: la protección del ser humano frente a la naturaleza y la regulación de los vínculos recíprocos entre los hombres”.⁹ **Cultura y civilización** son distintos nombres con los que se denomina al proceso de humanización que nos aparta de la naturaleza. Aunque hay diferencias entre ellos no es esencial a nuestro propósito hacer distinciones.

La cultura se define como la capacidad exclusivamente humana de crear y transmitir, de generación en generación, un medio distinto al natural y en el que el individuo transita su existencia, como diversidad de ideas, criterios y conductas de diferentes grupos de seres humanos, aquello que los caracteriza. Son los modos predominantes de vida en una sociedad dada, marca semejanzas y diferencias entre comunidades, grupos sociales, etnias, etcétera, fundamentalmente **valores**.

Los valores culturales circulan ampliamente en la sociedad sin que nos demos cuenta cuán atrapados estamos en ellos. Pero, ¿cómo se instalan los valores en la mente y cómo nos determinan? Fue mencionado en otro lugar que en la culminación del Complejo de Edipo se introyecta a los padres como Superyó o conciencia moral y con ellos los valores sociales y familiares que representan. Una parte del mismo, denominado Ideal del Yo, incorpora los valores o ideales a los que el Yo deberá sujetarse en adelante, los atesora como valiosos porque están cargados del narcisismo infantil. Los valores funcionan como fundamento de la concepción del mundo y de la vida.

Los valores de la cultura se comunican de generación en generación, de padres a hijos, a través de los modelos identificatorios familiares y, por lo general, sin cuestio-

⁷ Parsons, T. *The Social Sistem*. The Free Press, New York, 1951.

⁸ Spigel D, Kraemer HC, Bloom JR. “Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer”. *Lancet* 1989;2:888-891.

⁹ Freud, S. “El malestar en la cultura” (1930). En: *Obra completa* XXI. Amorrortu, Buenos Aires, 1992;88.

namientos. La transmisión es inconsciente, provee un contexto de significados que atraviesan a los sujetos que la componen como vínculos transubjetivos. Se comparten con los otros a través del **lenguaje**, principal instrumento de comunicación de valores culturales. El lenguaje preexiste al individuo y lo trasciende después de su muerte.

En tanto se despliega en el tiempo, la cultura es historia: el hombre es un ser social, de valores culturales y de historia.

Cada cultura define y prioriza ciertos valores sociales: las creaciones *ideales* del hombre. Por ejemplo, la idea de la perfección del individuo o de la humanidad entera, del progreso cultural, las ilusiones religiosas o filosóficas, los mandamientos culturales, qué sentido tiene la vida, la muerte, los derechos humanos o la salud para cada comunidad. ¿Qué valor se le otorga a la vida humana o a la vida mental, como consideración fundamental o como valor supremo? ¿Qué valores tienen prioridad en la relación médico paciente, los éticos o los económicos?

Los procesos de salud y enfermedad tienen lugar en el seno de una determinada cultura que les asigna valores determinados. *Incluye creencias y convicciones arraigadas acerca de lo que es salud y enfermedad, lo que es normal o patológico o qué importancia se le debe dar a la prevención.* A veces entran en conflicto, por ejemplo, durante bastante tiempo, las convicciones religiosas se enfrentaron con los necesarios planes de prevención del SIDA.

Además, cada cultura tiene pautas de vida referidas a la crianza de los niños, las dietas, la actitud frente al cuidado corporal, el cigarrillo, el alcohol, las drogas, la sexualidad, el duelo, etcétera, la decisión de consultar, a quién, cuándo, el tipo de

tratamiento. Su presencia se manifiesta en la pluralidad de procedencias étnicas y niveles socioculturales en los hospitales públicos. La cultura tiene también valores sobre lo que es útil, como las manifestaciones del orden y la limpieza, o aparentemente inútil, como la belleza. El orden permite el máximo aprovechamiento del espacio y del tiempo. La limpieza sustenta las prácticas higiénicas de la Medicina. ¿Y la belleza?

Se han señalado ciertos valores culturales religiosos relacionados con la salud, por ejemplo, los de *la ética judeocristiana* de resignación y sometimiento al sufrimiento; para la salud y la enfermedad suponen que Dios ama a los necesitados, a los humildes y enfermos, a los que le temen. Si uno está enfermo, Dios lo va a tratar con consideración, será perdonado, ayudado, le estará permitido ser pasivo, dependiente, ser relevado de su responsabilidad. El desamparado tiene un valor meritorio (hay referencias en el Antiguo y Nuevo Testamento).

Variadas culturas proveen modelos explicativos diferentes para la salud y la enfermedad. Foster ha distinguido entre **sistemas médicos personalísticos y naturalísticos** basados en la orientación predominante de la teoría de la enfermedad.¹⁰ En los primeros, la enfermedad es entendida como el resultado de fuerzas sobrenaturales que atacan con magia o brujería, o ligada a un destino malévolo, donde el tratamiento consiste en rituales o trance para sobreponerse a esas fuerzas. Los sistemas naturalísticos, que incluyen las medicinas tradicionales, se basan en el balance de los elementos corporales, la pérdida de equilibrio en la enfermedad; la responsabilidad es del paciente, el examen de los síntomas y la terapia tienden a restaurar el balance natural del cuerpo. La concepción cultural predominante se asocia a la interpretación personal que el paciente le da a la *enfermedad*.

¹⁰ Foster GM. "Disease etiologies in non Western Medical Systems". *Am Anth* 1976;78:773-782.

Hay variaciones culturales en la actitud frente al dolor y la manera de comunicarlo. Si bien los pacientes italianos y judíos norteamericanos se describen como *emocionales* frente al dolor, los primeros parecen más preocupados por un alivio inmediato mientras los segundos están más ansiosos por las implicancias del dolor para la salud y el bienestar de la familia. Los norteamericanos, en cambio, prefieren no quejarse porque “no vale la pena” y se limitan a comunicar el dolor.¹¹

El **modelo biomédico**, tal como se lo conoce en las naciones industrializadas, funciona también como una subcultura, un código, que incluye creencias, valores y prácticas que sus cultores creen absolutamente *científicas* y objetivas. Sin embargo, los estudios de Antropología Médica han demostrado que este modelo biomédico predominante hoy en Medicina es el producto de un contexto cultural especial similar al de otro tipo de creencias. Se originó cuando el dualismo mente-cuerpo infiltró buena parte del pensamiento de Occidente y junto con el positivismo formó parte esencial de la tradicional teoría biomédica. Una de sus ideas, sostenida como un valor no demostrado, es que la enfermedad es un proceso que ataca el cuerpo biológico con exclusividad y éste debe ser solo el objeto del fin terapéutico. Pero el propio sistema biomédico no es uniforme en occidente: hay culturas biomédicas diferenciales según distintos países y tradiciones médicas, como se nota en la distinta aproximación clínica y terapéutica con que en diferentes lugares se tratan las mismas enfermedades.

Las llamadas Medicinas Alternativas y las curaciones religiosas son un ejemplo de la presencia cultural de valores y creencias en torno a la salud y la enfermedad.

SALUD MENTAL Y MEDICINAS ALTERNATIVAS

A menudo los tratamientos no convencionales hacen sentir mejor a la gente, aun cuando las teorías que los acompañan sean ingenuas.

DR. E. CAMPION,
New England Journal of Medicine, 1993

Las llamadas Medicinas Alternativas, no convencionales o no oficiales, son difíciles de definir porque abarcan un grupo muy grande y heterogéneo de prácticas y creencias. Algunas bien conocidas, otras misteriosas o esotéricas, unas inocuas, otras peligrosas. Se refieren a actividades en torno a la salud y las enfermedades con las que la comunidad médica en general no está de acuerdo, ni se las enseña sistemáticamente en las escuelas médicas. Sin embargo, la mitad de sus practicantes son médicos, el resto no está oficialmente acreditado. Se incluyen, para mencionar solo unas pocas:

Las que requieren el oficio de un curador, como la acupuntura, quiropráctica, técnicas de relajación, hipnosis, masajes, homeopatía, cura espiritual, bioenergética, cura religiosa etcétera. Las que pueden autoadministrarse, una variedad de recursos supuestamente terapéuticos, como las flores de Bach, la macrobiótica, las megavitaminas, yerbas medicinales, suplementos dietéticos.

Estas prácticas están sumamente difundidas. Un estudio reciente¹² reveló que sobre 1 500 entrevistados, 1 de cada 3 manifestó haber utilizado por lo menos una terapia no convencional el año anterior y un

¹¹ Zborowski, M. “Cultural components in response to pain”. *J Soc. Issues* 1952;8:16-30.

¹² Eisenberg, DM y otros. “Unconventional Medicine in the United States. Prevalence, costs and patterns of use”. *N Engl J Med* 1993;328:246-52.

tercio de ellos había visitado a un *curador* no médico. La mayoría usaba las terapias no convencionales para malestares crónicos (dolor de espalda, alergias, artritis, insomnio, dolor de cabeza, presión arterial, malestares gástricos), menos para procesos que amenazan la vida, como cáncer o tumores. De los que utilizaban terapias no convencionales en dolencias graves, el 83% también buscaba tratamiento médico. Sin embargo, *el 72% de éstos no informaba al médico que seguía otros tratamientos alternativos*. Las proyecciones del estudio a la población general en EEUU muestran que se recurre más a los curadores que a los médicos y que se gasta más dinero en ellos que en todas las hospitalizaciones médicas (un seguimiento reciente de este estudio acentuaba las cifras). El trabajo sugiere que el médico debe interesarse por el uso de recursos no convencionales, entender de estas prácticas y discutir las con su paciente.

¿POR QUÉ SON ATRACTIVAS LAS MEDICINAS ALTERNATIVAS?

La mayoría de las llamadas Medicinas Alternativas se congregan alrededor de la defensa de una serie de ideas que las hacen atractivas para la mente humana.¹³ El poder persuasivo de estas ideas no es meramente intelectual sino básicamente emocional, de fuerte raíces inconscientes, por lo tanto, difícilmente razonables. Son ideas ligadas a deseos poderosos, tanto para el paciente como para el médico. Algunas de ellas son:

1) Apelan a la idea de **lo natural** porque es inocente, puro, orgánico, rudo en lugar de lo tóxico, sintético, tecnológico o procesado. Propugnan la alimentación *natural*, las megavitaminas, las dietas (en especial

vegetarianas), cualquier cosa que sea menos artificial, menos elaborado, lo crudo sobre lo cocido. Hablan de estar en paz con la naturaleza y unido a ella de una manera trascendente. Los remedios son *naturales*: las hierbas, el cartilago de tiburón, la crotoxina, las Flores de Bach, el Laetrile, etcétera. Ya los grandes médicos hacían referencia a los poderes curativos de la naturaleza. Hipócrates (460-375 AC) decía: “El médico asiste, la naturaleza cura”.

En esta visión optimista y favorable de lo natural se desmienten sus aspectos peligrosos, tóxicos y amenazantes que hay que aplacar, neutralizar, apaciguar con conjuros. En la defensa sacralizada de la naturaleza *contra* la cultura reencontramos el malestar que genera vivir en sociedad por el renunciamiento pulsional que nos impone.¹⁴ *La idea de la madre tierra bondadosa, nutritiva, sabia, que cría, cuida y protege sustenta estas creencias*. Entre los ecologistas encontramos una pasión similar puesta al servicio de una noble causa.

2) La idea del **vitalismo**, la creencia en energías, campos magnéticos, ondas, poderes, a veces cósmicos o astrales, que favorecen la vida o la atacan. Con esta concepción renace el viejo vitalismo de la Medicina del siglo pasado. Para el imaginario popular, estas *fuerzas* pueden provenir de la propia mente como energías *positivas*, que tienen un poder curativo que hay que cultivar, o como *fuerzas negativas* provenientes del entorno de las que hay que protegerse. Se trata, tal vez de una *oscura autopercepción y elaboración de la lucha que libran en cada uno de nosotros lo que Freud teorizó como las míticas pulsiones de vida o muerte*.

¹³ Kaptchuk T, Eisenberg D. “The Persuasive Appeal of Alternative Medicine”. *Ann Intern Med* 1998;29:1061-65.

¹⁴ Freud, S. “El malestar en la cultura” (1930). En: *Obra completa* XXI. Amorrortu, Buenos Aires, 1992.

3) El uso de lo científico o, mejor, del *cientificismo* –Ciencias de la Homeopatía, Ciencias Psíquicas, Ciencias de la Mente, Ciencias Ocultas, etcétera– refuerza su credibilidad, legítima y autoriza su ejercicio. Pero es una apelación a *lo científico* muy particular. La *verdad* está centrada en la experiencia personal, última e indiscutible. Sus supuestos no generan un escepticismo radical y las evidencias contrarias son denegadas. Si la ciencia tradicional excluye al sujeto de su discurso, la Medicina Alternativa entroniza al sujeto de la experiencia, a sus creencias y convicciones, sin necesidad de datos objetivos ni refutación. Sus recomendaciones no provienen de experiencias randomizadas, controladas, con muestras a ciegas. Opera la parte mágica de la mente y el poder de la certeza. La falta de evidencias de la eficacia, seguridad o beneficio en las Medicinas Alternativas no parecen alterar al público que las sigue consumiendo.

El éxito de las Medicinas Alternativas pone en cuestión el modelo biomédico imperante como insuficiente y reduccionista. Por otro lado, en la Medicina oficial ha crecido un movimiento que va en busca de *evidencias* para su práctica. Es un reconocimiento de que no siempre los médicos actúan en base a datos científicos.

4) La defensa de la **espiritualidad**: ofrecen una concepción cuasi religiosa, no convencional, que da significado a lo ominoso y desconocido del enfermar, acercan a la experiencia de lo sagrado y la unión mística con el universo y con lo divino. Meditación, yoga y vegetarianismo son adoptados en un deseo de perfección y trascendencia, el triunfo del espíritu sobre el cuerpo. Las ideas sobre salud van de la mano de sistemas religiosos, el taoísmo, el hinduismo, etcétera. Las ideas, los valores y las creencias religiosas o metafísicas reorganizan la experiencia

del sentirse enfermo y le dan un sentido que, se supone, contribuye a la curación; aluden al sentido *último* de las experiencias, que en general no tienen respuesta, y menos desde la Medicina oficial: la vida, la muerte, la enfermedad, la sexualidad, etcétera. Mientras las Medicinas Alternativas dan *significado* a la enfermedad, la oficial le asigna solo *causas*.

Un paciente contaba de su experiencia cuando enfermó de un linfosarcoma y se involucró con Medicinas Alternativas: “Buscaba un porqué, un para qué, un sentido de la trascendencia, superar esta vida, hacer algo inmanente, inmortal, buscaba superpoderes, eternizar lo conocido, un universo donde me sintiera cómodo, iba a charlas, quería tener una visión más abarcativa de las cosas, hacia causas más globales. Uno no se banca lo transitorio, lo inestable, busca a Dios sin intermediarios, Krishnamurti, el hinduismo, conseguir un estado superior al servicio de la templanza, evitar la carne porque produce agresividad que agrava la enfermedad”.

5) La Medicina oficial se ocupa de las enfermedades, poco de los padecimientos y menos de la salud. La curación es el restablecimiento de las estructuras biológicas con terapéuticas biológicas. Las Alternativas salen en defensa de **la salud** y la prevención. El acento está puesto en **sanar** más que en curar, sobre todo en la *autocura* y promoción de la salud. Sanar es recuperar la salud, es reconocer que en el proceso intervienen muchos más factores que los agentes biológicos: los de la persona total (holismo), del hacerse cargo de la salud a través de prácticas de autoayuda. Para ellas, la salud es vivir en armonía, en equilibrio con la naturaleza, practicar ejercicios, llevar una vida sin estrés. “Por un mundo sin cáncer” dicen los defensores del Laetrile; así consiguen captar la aceptación de una gran clientela.

6) Todo paciente tiene una idea o **fantasía consciente e inconsciente de la enfermedad** que padece, generalmente alejada del modelo biomédico y más cerca del que proponen las Medicinas Alternativas. Cobran fuerza creencias como “me enfermé porque me bajaron las defensas”, “las megavitaminas son defensoras de mi cuerpo”, “necesito que el hígado me desintoxique de la polución ambiental”, “los antioxidantes me protegen las células”, “la oxidación de las membranas hace que éstas se dañen y generen cáncer”, “hay que proteger el equilibrio inestable del cuerpo y hay que vigilarlo”, “comer carne me hace agresivo”, etcétera.

7) Las Medicinas Alternativas dan un lugar más amplio al poder y eficacia de la **palabra** y a la persona que la emite, al poder terapéutico de la relación que se entabla, aunque a menudo se torne abusivo, con técnicas de sometimiento y dominación. Pero atraen porque otorgan más tiempo, más participación en el proceso de la sanación (*healing*), más atención personalizada. La Medicina oficial debe replantearse el proceso de la curación no solo como un proceso de la biología. Recuperar la salud con la asistencia de un otro significativo, el médico y su palabra.

¿QUÉ NOS DISPONE PARA LAS CREENCIAS EN LAS MEDICINAS ALTERNATIVAS?

1) La experiencia infantil del desamparo se reanima ante el peligro que toda enfermedad supone. El **desamparo** es una experiencia universal, prototipo de situación traumática generadora de angustia. El infante depende totalmente de otra persona para satisfacer sus necesidades o para la sobrevida por su prematuridad, percep-

ción de peligros, angustia traumática y dependencia de un objeto único asistente para sacarlo de este estado. En el adulto se recurre a un médico, un sanador o un curador.

2) Junto al desamparo, el **narcisismo**, el amor a la imagen de uno mismo, entera, sin fisuras. Originariamente constituido en interiorización de una relación con un otro al que se le proyecta omnipotencia, genera en el adulto una tendencia a creer en las totalidades ilusorias, en las experiencias *oceánicas* (el Yo se sumerge sin límites en el Cosmos). Sirve defensivamente para negar la falta, la vulnerabilidad, la carencia, la precariedad de la existencia, la finitud y... el peligro de la enfermedad. Promueve una vuelta hacia uno mismo: autoayuda, autosanación, autotransformación. La realidad psíquica se impone a la realidad de los hechos dolorosos.

Con el narcisismo, la omnipotencia de las ideas que tiende a creer que los deseos son más fuertes que los hechos (“si lo deseo con mucha fuerza me voy a curar”) y la magia como una técnica para dominar mentalmente el mundo en lugar de quedar expuestos y a merced de poderes que nos trascienden. El narcisismo apunta a la ampliación del campo de la conciencia como *causa* de transformaciones positivas para la salud, instaura un Yo de un interior *perfecto, sabio, completo, sano, armónico* y un exterior no-Yo amenazante, hostil, enfermo; coincide con el estadio narcisista del Yo de placer purificado.¹⁵

A través de distintos procedimientos y técnicas, las Medicinas Alternativas promueven la reconstitución de un estado narcisista ilusorio de búsqueda de *unidad, totalidad, equilibrio, coherencia y armonía*. Para aquellos amenazados por la enfermedad es un consuelo que aporta

¹⁵ Freud, S. “Pulsiones y destinos de pulsión” (1915). En: *Obra completa* XIV. Amorrortu, Buenos Aires, 1992.

bienestar, a menudo transitorio e ilusorio, pero no menos eficaz.

3) El **objeto único**. Con la amenaza del enfermar se renueva el reclamo de un objeto omnipotente y omnisciente que nos saque del desamparo y del peligro. O uno es ese objeto que lo puede todo (*único que es uno mismo*), o lo delega en uno de los innumerables curadores que tiene a mano. El narcisismo instala relaciones de objeto fuertes, masivas, pero efímeras, por eso la autoestima que alimentan las Medicinas Alternativas se agota rápidamente, sus cultores la consumen sucesivamente. No se desilusionan de ellas ni entablan juicios de mala práctica.

4) Luego, el tema del **cuerpo erógeno**. La Medicina solo tiene en cuenta el cuerpo biológico. No se puede entender el atractivo de la mesoterapia sin reconocer la cualidad erógena del cuerpo (atravesado por deseos referidos a la sexualidad infantil y a las zonas erógenas) y la facilidad con que por esta razón puede ser estimulado.

EL MÉDICO FRENTE A LAS MEDICINAS ALTERNATIVAS

El atractivo de las Medicinas Alternativas no tiene que ver con su eficacia, (pocas veces han sido científicamente evaluadas) sino con el poder de las creencias culturales y personales. La necesidad de incorporar poder fálico a través de megavitaminas en una sociedad emasculada o el beneficio de suprimir las carencias emocionales con suplementos alimenticios (que en general están de más) es muy fuerte.

Su extendida utilización tiene que ver con la insatisfacción del cuidado oficial, el malestar con la práctica médica tecnificada y la diferencia entre el modelo explicativo del paciente y del médico, además, con la disposición mental de los pacientes a prácticas ilusorias, sugestivas, que movilizan necesidades primitivas de resoluciones mágicas basadas en una figura omnipotente. La oscura autopercepción del inconsciente se proyecta al mundo en estas concepciones. Los aspectos narcisistas primitivos de la mente hacen el resto.

Recientemente se ha tratado de evitar la incomunicación y cierta actitud oficial ante las medicinas alternativas: de esto no se habla. Eisenberg¹⁶, por ejemplo, propone que el médico dialogue y pregunte acerca del empleo de las terapias que el paciente estaría interesado en usar y que lo aconseje. Y que el médico las supervise de alguna manera, pero que no se desentienda, que comprenda la actitud del paciente cuando rechaza terapias convencionales: a veces riesgosas, no siempre eficaces y cada tanto peor que la enfermedad. Recogió innumerables críticas de sus colegas médicos.¹⁷

Kleinman y asociados¹⁸ han tratado de hacer manifiesto lo que llaman el *Modelo explicativo de enfermedad que el paciente tiene*, que en buena medida responde a creencias personales y culturales. Sugieren que para ponerlo de manifiesto en la entrevista se hagan estas preguntas al paciente:

¿Qué piensa que ha causado su problema?, ¿por qué empezó cuando empezó?, ¿qué le hace la enfermedad a usted?, ¿cómo?, ¿qué piensa de la gravedad de su enfermedad?, ¿cuál es el mayor problema que le causa?, ¿qué es lo que más teme de su enfermedad?, ¿qué clase de tratamiento le gustaría recibir?

¹⁶ Eisenberg, D. "Advising patients who seek alternatives medical therapies". *Ann of Int Medicine* 1997;127:61-69.

¹⁷ Letters, *Annals of Internal Medicine*, febrero 1998.

¹⁸ Kleinman A, Eisenberg L, Good B. "Culture, Illness and Care". *Ann Int Med* 1978;88:251-258.

Es interesante que el clínico, durante la consulta, tenga en cuenta estas preguntas y otras similares pues le ayudarán a entender cómo se imagina el enfermo su padecimiento y su idea de curación. Reforzará su relación con él y evitara consultas *alternativas*.

El médico debe tenerlas presente ante situaciones graves, terminales, por ejemplo, oncológicas. Puede preguntar sobre el consumo de Medicinas Alternativas porque su presencia es una *evidencia* o un síntoma que remite al estado de la relación con él, y al momento que está atravesando el paciente: de desamparo, de necesidad de una relación totalizadora, de compensar las carencias, de qué significa su enfermedad.

El impacto de la enfermedad en el hematólogo lo puede llevar a renegar de la situación emocional por la que atraviesa el paciente. Necesita tomar conciencia de que administra tratamientos paliativos, no curativos. El oncólogo tiene, dentro de la Medicina que practica, *alternativas* en sus decisiones, unas más graves que otras, lo que supone que aquello que no puede darle a un paciente terminal, éste lo buscará en otros lados. Necesita pensar en lo que sí puede darle, no un cuidado sobrenatural sino un cuidado asistencial adecuado a su situación, y tener confianza en lo que puede darle, el efecto terapéutico de su persona, el poder de su palabra, estar, acompañar, comprender, asistir, cuidar, etcétera.

CURACIONES RELIGIOSAS Y MÁGICAS

En algunos estratos culturales, y a través de todas las clases sociales, predominan las explicaciones de la enfermedad basadas en el predominio de fuerzas sobrenaturales. La enfermedad es vista como pérdida del alma, posesión por fuerzas demoníacas o mágicas a las que se transgredió. Pueden recurrir a cultos curativos que apelan a Cristo, al Espíritu Santo o a Satán. Hay un mediador que

magnetiza a los creyentes y que invocando a alguna de esas figuras se arroga poderes de cura. La fe de los participantes se potencia en reuniones grupales. La Iglesia carismática es un ejemplo. También cabe mencionar a grupos esotéricos como la Escuela de Vida, los grupos de Insight, la Teosofía.

Todos estos sistemas comparten la misma ideología: están centrados en el cuidado de sí mismo, hay que quererse mucho, por encima de todo lo demás, expandir los límites de la *conciencia*. El hombre es su propio Dios. No hay límites con la realidad cósmica. Algunos toman el camino de los astros (la astrología). Hay que conocer el cuerpo y su interior y prestarse para eso a todo tipo de procedimientos, algunas veces perversos, a manos del líder de la congregación. Se supone que toda enfermedad puede curarse, que solo falta tener voluntad para lograr una buena vida; hay que tener armonía para tener salud, si se pierde, uno se enferma. “Creamos nuestras enfermedades —dicen— podemos curarnos con la voluntad. Hay que pensar en positivo”. Se acompañan de ideas acerca de la reencarnación, algunas cercanas al oscurantismo o la brujería, otras más benignas, basadas en el poder de la naturaleza que lo cura todo. Se trata de entrar *en trance*, en *éxtasis* o en un estado *místico*. En la unión o fusión mística con un objeto idealizado todopoderoso, se reconoce la persistencia de un estado mental infantil omnipotente que sacó inicialmente del desamparo.

Los pueblos primitivos (y la parte primitiva de la mente) pueblan el mundo de infinitos espíritus, benéficos o maléficos. Se está expuesto a ellos. **Es una interpretación animista de la naturaleza** y está en la base de las supersticiones. La creencia en los espíritus es una proyección al mundo externo de nuestros propios pensamientos y deseos. La estrategia de la concepción animista del mundo es la hechicería, y la magia es la técnica para controlar las ánimas, los maleficios, los demonios, etcétera.

Una práctica mágica consiste en representar al enemigo por una parte, una foto, una prenda o por el nombre y *operar* sobre ella. Es parte del proceso primario de la mente *crear* que se puede reemplazar *concretamente* una parte por el todo. En la magia imitativa se realiza un acto parecido al que se pretende influir, por ejemplo, los clínicos antiguos aconsejaban hacer correr el agua de una canilla a un paciente que no podía orinar. Con la magia se intenta imponer a los objetos de la realidad externa las leyes de la vida psíquica.

Es parte de cierto acervo cultural creer que los seres humanos están animados por *almas* que pueden abandonar el cuerpo (caso del susto), migrar, transmigrar o reaparecer en otras vidas como reencarnación. Se trata de sortear la inevitabilidad de la muerte.

Los afroamericanos en Estados Unidos parecen más inclinados a suponer que las enfermedades pueden ser *sobrenaturales*, incluyendo la brujería y las influencias satánicas, buscando el auxilio de curadores religiosos. También prestan atención a la condición de la sangre. La enfermedad empieza cuando “la sangre se sube a la cabeza” provocando la muerte. Es malo que la sangre sea *muy espesa* y puede afectar el corazón. Muchas mujeres de color desconfían de la Medicina tradicional y no aceptan que el HIV es un virus que se transmite sexualmente sino parte de una conspiración para destruirlos.

Entre nosotros, se puede mencionar el empacho, el susto, el ataque, las creencias en el espiritismo, el mal de ojo, el recurso a los curanderos, etcétera, elementos relativamente constantes de ciertos estratos culturales. A continuación se examinan algunas creencias:

Muerte vudú: Ocurre en ciertas culturas primitivas que viven en ambientes muy religiosos o supersticiosos. El paciente se muere sin ninguna causa orgánica discernible cuando se da cuenta de que ha trans-

gredido un tabú de la comunidad o cuando teme estar embrujado. La muerte por temor no es desconocida en Occidente. Es difícil suponer el mecanismo biológico aunque se ha supuesto alguna falla de los mecanismos adaptativos. Es útil recordar lo que ocurre cuando un anciano es segregado del grupo familiar por una internación geriátrica y se muere.

Demonio: Las creencias en el demonio están sumamente extendidas. Los hay buenos y malos. Sirven para explicar la posesión y las enfermedades. En la Edad Media menudeaban las acusaciones de relaciones sexuales entre la mujer y el demonio. Dos monjes dominicos publicaron en 1486 el *Malleus Maleficorum*, un libro que demuestra la existencia de las brujas, su diagnóstico clínico, el procedimiento legal para procesarlas y el tratamiento correspondiente. Así fue como muchas mujeres fueron a parar a la hoguera. Al demonio se le atribuyeron y se le atribuyen enfermedades mentales (la locura, la epilepsia, la catalepsia, el éxtasis). Aún en nuestros días se practican exorcismos; a veces el demonio toma la forma de un animal, la licantropía (lobizón en nuestro medio).

Chamanismo: Son prácticas milenarias, conocidas desde el paleolítico, ligadas a la atención de la salud y la enfermedad, con procedimientos ligados a la caza y la recolección, al mundo silvestre, su flora y fauna. Las prácticas son parecidas a pesar de aparecer en culturas muy distantes. El **chamán** se relaciona con las potencias de la naturaleza virgen, las plantas y animales que habitan un mundo indómito. Se identifica con los poderes y ejerce su control. Es un oficiante ceremonial con un contacto directo o indirecto con lo sobrenatural y sus poderes benéficos. Su vocación *profesional* se le revela con ciertas experiencias extra-sensoriales, sueños, visiones extraordinarias, fenómenos insólitos o la aparición de

una enfermedad iniciática. Su *profesión* es de origen divino o por la transmisión hereditaria del saber (rara vez por decisión propia). Se lo reconoce por sus características personales, su conocimiento de las yerbas medicinales.

Un chamán de mayor experiencia le otorga el grado después de un complejo proceso iniciático. Es agente de salud, herbolario, mitólogo, sacerdote, líder ritual, profeta. Su principal rol es medicinal. Puede curar enfermedades, asistir a los que mueren y escoltar a los difuntos al mundo de los muertos. Es un intermediario entre la comunidad y los seres sobrenaturales; los dioses y los espíritus hablan por su boca. Se desprende de su cuerpo, inicia un *viaje místico* y va al encuentro de seres sobrenaturales en quienes renueva su poder. La comunidad lo sostiene en sus creencias y él la defiende de factores maléficos, vigila los rituales, los fenómenos atmosféricos, controla el parto, anticipa el futuro, etcétera. En el Chaco el chamán sopla o succiona el cuerpo del enfermo para curarlo.

El susto (espanto o pasmo): Es conocido en Hispanoamérica desde la Colonia. La idea es la pérdida del alma, que deja al cuerpo con vida pero desprovisto de fuerza, ánimo y energía. El sujeto queda vacío de alma y el lugar es ocupado por elementos dañinos. El espanto invade al cuerpo y cuando llega al corazón, el sujeto muere. Tiene síntomas corporales y psíquicos, extenuación y sueño sobresaltado. Se inicia bruscamente y marcha hacia la cronicidad o la muerte. En los niños ocurre especialmente en aquellos destacados por su belleza física. El alma se separa del cuerpo por temor súbito e intenso o conmociones.

El susto sobreviene por sufrir experiencias interpersonales dolorosas (humillación, vergüenza), por intervención de seres sobrenaturales (espíritus malignos, ánimas,

espantos), por el poder telúrico de la tierra, las montañas o los precipicios (el alma queda aprisionada y debe pagar un rescate). También puede suceder por la violación de un tabú (lugares sagrados, casas abandonadas, cementerios). El diagnóstico se lleva a cabo por la mirada del curandero o por procedimiento de la *limpiada*: se usa un animal que se frota y luego se lo sacrifica para ver las vísceras.

El mal de ojo: El *ojeado* sufre una dolencia o daño causado por la mirada de otra persona. El ojeador puede ser consciente o no de su poder. Se supone que lo hace por envidia. Los niños lo sufren, especialmente los bellos. Muestran inquietud, sueño intranquilo, extenuación, etcétera. La cura es una limpiada similar al susto. Se previene con brazaletes o collares de coral que atraen la fuerza maléfica.

El daño: Es una creencia universal en un mal causado por arte de magia. Es el deseo infame de dañar al otro, perjudicarlo por medios mágicos, ocultos, esotéricos. Atacan el cuerpo de la persona, lo enferman, otras veces afectan su entorno, sus medios económicos. Pinchar una foto o una imagen con alfileres es el procedimiento que ilustra el mecanismo mágico de la mente *del par pro toto*.

Este capítulo merece cerrarse con las palabras de un destacado médico: “A través de la historia y con cualquier nivel de civilización, la estructura de la Medicina ha estado determinada no solo por el desarrollo de la ciencia sino también por las creencias religiosas y filosóficas. Es tan cierto de las sociedades urbanas e industriales más evolucionadas como de las poblaciones más primitivas. Como sus ancestros de la Edad de Piedra, el hombre moderno vive de mitos”.¹⁹

¹⁹ Dubos, R. *Man, Medicine and Enviroment*. Frederick Praeger, New York, 1968.

XXIV

ACERCA DE LA VOCACIÓN MÉDICA

*La práctica de la Medicina es un arte,
no un comercio, un llamado, no un negocio,
'un llamado' por el cual tu corazón y tu cabeza
serán puestos en juego por igual.*

WILLIAM OSLER,
The Master Word in Medicina, 1903

*La vocación es un llamado, por el que
el joven sujeto se siente convocado a
realizar algo significativo en la vida.
Tiene un carácter imperativo que reclama
ser escuchado. A menudo implica
una dedicación apasionada y se pone
de manifiesto en un esfuerzo mantenido
a lo largo de toda la vida.*

En algún momento de la adolescencia, si no antes y en el camino hacia la adultez, el joven es llevado a realizar *una elección de carrera profesional*, entre la que puede contarse la Medicina. Desconoce los motivos que están en juego en su elección ya que la misma obedece en parte a determinaciones inconscientes, cuyos efectos son vagamente percibidos. Con su decisión busca ocupar un lugar para sus realizaciones en el mundo adulto en la forma de un trabajo, en este caso *el trabajo médico*, que le brinde un sustento económico y que le dé respuesta a necesidades emocionales originadas muy tempranamente, las que en su totalidad se dan a conocer con el nombre de *vocación médica*. Aunque van indisolublemente unidas, se debe discriminar entre vocación, elección y trabajo profesional.

En su acepción originaria, la vocación es la misión con la que supuestamente Dios convoca a sus adeptos. Aparece como una aspiración en la vida para dirigirse en cierta dirección, pero sin saber adónde, para realizar una tarea importante en el mundo con la que se esté a gusto y que al mismo tiempo sea una respuesta significativa para necesidades del sujeto que reclaman ser atendidas.

Si bien el *llamado* es sentido como una voz interna impersonal, aspectos vinculados con los objetos primarios están en juego desde temprano. Hace crisis en la adolescencia, cuando se aproxima la decisiva elección profesional. Otras veces, una auténtica vocación puede hacer eclosión en la mitad de la vida o aún más tarde. No se elige una vocación, la vocación *lo lla-*

ma a uno a cumplir un destino: uno elige una carrera tratando de dar cuenta de esa vocación.

Existe en todo sujeto una disponibilidad potencial que tiende a ayudar, socorrer, colaborar, cuidar a un otro en necesidad. Se la podría definir como *capacidad o función asistencial*. Cuando se sobrepone a toda una serie de factores psicológicos que tienden a impedirla o neutralizarla, se muestra como una disposición que iniciada en las etapas más tempranas de la vida puede alcanzar su culminación y madurez en la adultez, luego de un singular recorrido por las diferentes etapas del ciclo vital. Es posible imaginar un momento fundante de dicha función en el establecimiento de un conflicto central de características depresivas:

aquel que gira alrededor de la fantasía de atacar o haber atacado a los objetos de la infancia y de querer recobrar su amor a través de su reparación. La vida otorgará infinitas posibilidades de resolver o perpetuar este conflicto, inclusive a través de algunas de aquellas profesiones que brindan servicios a los demás.

En algunas personas esta capacidad *asistencial* podrá ponerse claramente de manifiesto y en otras no habrá ni atisbos de su presencia. Por cierto, el adulto joven que percibe dentro de sí dicha función y está dispuesto a desplegarla, puede optar por *profesionalizarla* eligiendo algunas de las carreras del campo de la salud que se ocupan de darle a la misma un soporte de conocimientos teóricos y técnicos apropiados: medicina, enfermería, asistencia social, kinesiología, etcétera.

Se dice de quien elige la carrera de Medicina que tiene que tener una auténtica vocación de servicio, lo que significa estar dispuesto a responder y atender (*a servir*) a las necesidades que le plantean los demás.

LA ELECCIÓN DE CARRERA PROFESIONAL

La carrera se elige en función de esas exigencias vocacionales que se imponen pero cada uno tiene una manera singular o personal de asumir la elección. La carrera provee los medios *con qué hacerla y a la manera de quién hacerla*. La profesión le permite a la vocación una instrumentación socialmente adecuada, un trabajo acorde y un medio de subsistencia.

En el caso de la Medicina, mientras la vocación nutre su trabajo asistencial, el médico podrá llegar a sentirse en posesión de una *identidad médica* que haga significativa su vida profesional, compartiéndola con un cuerpo de colegas, comprometido con una institución milenaria.

El estudio de las múltiples variables conscientes e inconscientes que intervienen en los aspectos vocacionales que participan en la elección de una carrera sólo puede seguirse en detalle en la intimidad de un proceso analítico. A distancia de esta posibilidad y para ilustrar algunos de sus determinantes, por lo que de él se conoce, se menciona a quien llegaría a ser uno de los médicos más famosos del siglo XX:

Al terminar sus estudios secundarios, el joven Freíd, de 16 años, tenía que enfrentar, como los adolescentes de su edad, el problema de elegir una carrera. Era muy ambicioso, se sabía llamado a un gran destino y tenía padres que le auguraban grandes cosas en la vida. Cuando niño, se había devorado la historia de Napoleón, identificado con el Mariscal Massena o el Duque de Rivoli. Pero sus sueños de llegar a ser poderoso como un gran general o un prestigioso ministro habían quedado atrás. Sentía que sus ambiciones de poder debían ahora encontrar otra expresión, más acorde con su realidad psicológica y social.

Poco después de terminar sus estudios secundarios, Freud renuncia a su afán de alcanzar el poder por el poder a través de

una carrera en la política. Cambia y se interesa por un poder más sublime, aquél que la ciencia puede ejercer sobre la naturaleza y sus enigmas, y se decide a estudiar *historia natural*, lo que son hoy en día las ciencias biológicas. Suponía que el poder, el prestigio y la riqueza sólo podrían ser alcanzados en él a condición de convertirse en un gran hombre de ciencia.

Freud se fue dando cuenta de que para él, el secreto del poder no estaba en la fuerza sino en la comprensión, en el entender las cosas, en especial los asuntos humanos.

Para un judío vienés de su época, la elección estaba entre industria y comercio, prontamente descartados, y Derecho o Medicina. Parece que hubo, por un tiempo, cierta posibilidad de estudiar Derecho, como un eco de sus ambiciones políticas, “pero sus impulsos profundos lo estaban conduciendo en otra dirección”.¹

En el momento de su decisión, cuando dejaba atrás la idea de estudiar Derecho, le decía a un amigo: “Juzga tú mismo, he decidido convertirme en un científico natural, examinaré los documentos milenarios de la naturaleza, quizá fisurearé personalmente en sus litigios y compartiré mis conquistas con todo el que quiera aprender”.² En lenguaje *jurídico* burlón, ya ponía de manifiesto su futuro interés por la historia enterrada de las experiencias tempranas (las que pronto lo ocuparían en su autoanálisis), los conflictos inherentes a las relaciones humanas y el deseo de darlas a conocer a los demás como formulaciones científicas.

Tampoco sentía por ahora una atracción muy firme hacia la Medicina, como lo diría más tarde: “Si bien vivíamos en una situa-

ción nada holgada, mi padre me exhortó a guiarme exclusivamente por mis inclinaciones en la elección de carrera. En aquellos años no había sentido una particular preferencia por la posición y la actividad del médico; por lo demás tampoco la sentí más tarde. *Más bien me movía una suerte de apetito de saber, pero dirigido más a la condición humana que a los objetos naturales*; tampoco había discernido el valor de la observación como medio principal para satisfacer ese apetito... Bajo el poderoso influjo de una amistad con un compañero de escuela algo mayor que yo, y que ha llegado a ser un conocido político, nació en mí el deseo de estudiar Derecho como él y lanzarme a la actividad pública.

Entretanto, la doctrina de Darwin, reciente en aquel tiempo me atrajo poderosamente porque prometía un extraordinario avance en la comprensión del universo, y fue el hecho de haber conocido el hermoso ensayo de Goethe *Die Nature (Sobre la Naturaleza)*, leído en voz alta durante una conferencia popular del profesor Carl Bruhl, exactamente antes de abandonar el bachillerato, lo que me decidió a inscribirme en Medicina”³ (itálicas del autor).

Se destaca en este párrafo esa pasión sentida en términos pulsionales como *un hambre* insaciable para conocer y dar respuesta a los *secretos* que le generaban *los asuntos humanos*. La relación entre vocación y pasión ha sido señalada muchas otras veces. Freud “sentía una verdadera pasión por comprender”.⁴ Es de hacer notar que Freud consigna la fuerte presencia del amigo de la adolescencia (*ver capítulo XV*) aunque no fue suficiente para torcer esa poderosa vocación que lo llevaba en otra dirección. El respeto por la observación cuidadosa como otra de sus preocupaciones, lo llevó a in-

¹ Jones, E. *Vida y Obra de Sigmund Freud*, Tomo I. E Horme, Buenos Aires, 1960;38.

² Freud a Fluss, 1 de mayo 1873, *Selbstdarstellung* 114.

³ Freud, S. “Presentación autobiográfica” (1925). En: *Obra completa XX*. Amorrortu, Buenos Aires, 1992;8.

⁴ Jones E. *Op. cit.* 1960;25.

clinarse por la metodología de la ciencia y evitar las especulaciones insustanciales de la filosofía. A pesar de que él decía sentirse poco inclinado hacia la Medicina, nadie negaría que los intereses mencionados por Freud sean centrales para la construcción de una genuina identidad médica.

En cuanto al ensayo de Goethe, es un cuadro romántico de la naturaleza, como madre generosa, erotizada, omnipotente, que concede a sus hijos favoritos el privilegio de explorar sus secretos. Se cree que lo que atrajo a Freud no fue sólo el sentido de lo bello en la Naturaleza sino también lo que se refiere a su significación y su propósito. Hay en el ensayo una visión maternal de protección afectuosa, calidez acogedora y alimento nutritivo inagotable. Hasta donde podía vislumbrar, Freud necesitaba comprender algunos de los enigmas del universo, pero en especial los de la existencia humana y su propio origen. La curiosidad que sentía podía responderse o por la especulación filosófica o por la investigación científica. Él se inclinaba por este último camino. El estudiante de Medicina actual podría sentirse fácilmente identificado con él.

Más tarde, Freud psicoanalista afirmaría que la verdadera fuente del interés inquisitivo del científico es derivada de la curiosidad sexual infantil. Freud parecía uno de aquellos hombres en quienes la especulación abstracta puede ser tan intensa que temen verse dominados por ella y sienten la necesidad de contrarrestarla dedicándose al estudio de datos científicos concretos.⁵ Solo en las décadas posteriores de su vida se permitió lanzarse resueltamente a la especulación.⁶

Es de suponer que su incansable búsqueda del sentido de las relaciones humanas se haya gestado con las desconcertantes situa-

ciones que le tocó vivir en los primeros años de su vida familiar: tener un padre añoso, hermanastros cuyos hijos tenían su misma edad, ser el hijo preferido de una madre joven, entender las diferencias anatómicas entre hombre y mujer, comprender de dónde vienen los niños... Le era necesario aprender algo sobre la Naturaleza, el lugar del hombre dentro de la misma y su constitución física. Sabía que poseía una mente muy ordenada, tenía la necesidad de una disciplina intelectual y todo le señalaba a la ciencia como su oportunidad, por su objetividad y exactitud. La Medicina le ofrecía en la biología la comprensión de la evolución de la vida, la fisiología y la anatomía algo de la constitución corporal del hombre.

Pero la ambición de Freud era la búsqueda del conocimiento de los secretos de la naturaleza interior del hombre, hacia la que se sentía llevado por sus impulsos más profundos.

Eligió Medicina como lo que más se aproximaba a sus intereses aun cuando debió esperar a dar un largo rodeo para encontrar lo que finalmente su vocación le reclamaba.

En este momento tan especial, “en medio de las incertidumbres propias del proceso de esta decisión, un episodio amoroso vino a presentarse y puede haber influido realmente en su elección de carrera”.⁷ En esa época, como recompensa por haber completado sus estudios secundarios, por única vez en su vida, volvió a visitar el lugar de su nacimiento, Freiberg, en Moravia, lugar que había dejado a los tres años y medio por problemas laborales del padre para trasladarse a Viena. En esa visita permaneció en la casa de amigos de sus padres

⁵ Jones, E. *Vida y obra de Sigmund Freud* Tomo III. E. Paidós, Buenos Aires, 1924;40.

⁶ Ver en especial S. Freud, “Más allá del principio del placer” (1920). En: *Obra completa* XVIII. Amorrortu, Buenos Aires, 1992.

⁷ Jones E. *Op. cit.* 1960;43.

y se enamoró por primera vez en su vida, de Gissela, la hija menor de la familia, sin hacer que este enamoramiento trascendiera. Pero lo llevó a vagar desconsolado por los hermosos bosques de una región que añoraba intensamente, con la fantasía de cuán feliz hubiera sido su vida si sus padres no hubieran abandonado ese lugar tan idílico, hasta se hubiera casado con la muchacha de sus sueños. Era por culpa de su padre que se perdía a la muchacha. Fantaseaba además que éste quería apartarlo de sus andanzas intelectuales, ubicarlo en otras más prácticas y casarlo con una compañera de juegos de la infancia. La experiencia constituyó un apasionamiento edípico tardío porque, en realidad, se sabe por cartas que le envió a un amigo, que era por la madre de la muchacha por quien estaba deslumbrado. Con estos hechos tenemos asociado un delicioso *recuerdo encubridor* que enlaza esta experiencia con fantasías tempranas vividas en su ciudad natal.⁸

Pero además sabemos que en esa ciudad, cuando Freud tenía 2 años y medio, falleció un hermano menor de seis meses de edad y le nacieron sus siguientes dos hermanas. Se ha sugerido que este episodio de la visita a Frieberg tuvo como resultado una impetuosa ola de represión sexual, responsable en parte de un viraje en Freud de las ambiciones mundanas a la llama del idealismo que prometían la inteligencia y los estudios científicos.

Vuelto de las vacaciones en Freiberg, Freud terminó de decidirse por la Medicina y no volvió a enamorarse hasta diez años más tarde, cuando conoció a Marta Bernays, su futura esposa.

La carrera médica se desarrolló después de una manera irregular y larga. En la culminación de su vida, con cuarenta años de profesión, lo cuenta de esta manera: "...Me he hecho médico al verme obligado a des-

viarme de mi propósito original y el éxito de mi vida consiste en el hecho de que, luego de una larga jornada que representó un rodeo, he vuelto a encontrar el camino que me recondujo a mi primera senda. No tengo noticia de haber tenido en mis años tempranos ansia alguna de ayudar a la humanidad doliente. Mi disposición innata al sadismo no era muy fuerte... Tampoco me dio nunca por jugar al doctor. En mi juventud había sentido *la incontenible necesidad de comprender algo de los enigmas del mundo en que vivimos y de contribuir acaso, en algo a su solución*. Lo que más esperanzas parecía conceder a este aspecto era inscribirme en la Facultad de Medicina. Después de eso continué experimentando aún infructuosamente, con la zoología y la química, hasta que por último bajo la influencia de Brücke —la más grande de las autoridades que jamás tuvieron influencia en mí— me afiqué en la Fisiología, si bien ésta en aquellos tiempos no pasaba de los estrechos límites de la Histología. En esa época yo ya había aprobado mis exámenes médicos, pero no demostré ningún interés en hacer nada realmente relacionado con la Medicina hasta el día en que el maestro a quien respetaba tanto me dijo que, en vista de mis escasas posibilidades materiales, no me sería posible dedicarme a una carrera puramente teórica. Así fue como pasé de la histología del sistema nervioso a la neuropatología y más tarde, bajo la incitación de nuevas influencias, llegué a ocuparme de las neurosis"⁹ (itálicas del autor). Antes de ese pasaje, realizó importantes investigaciones en el laboratorio de Brücke relativas a la histología del sistema nervioso, descubrió las propiedades de la coca y publicó varias contribuciones sobre neurología infantil.

Iniciaba así el largo camino hacia el descubrimiento del Psicoanálisis, luego de enfrentar el conflicto que se le aparecía como

⁸ Freud, S. "Sobre los recuerdos encubridores" (1899). En: *Obra completa* III. Amorrortu, Buenos Aires, 1992.

⁹ Citado en Jones, E. *Vida y obra de Sigmund Freud*, tomo I pág. 39.

a otros adolescentes: de tener que optar entre los aspectos *útiles o prácticos* y los *agradables o deseables* de una profesión. Debíó dar, como muchas veces ocurre, un *largo rodeo* para encontrar la senda que le marcaban sus intereses vocacionales.

A los 16 años, Freud eligió la carrera de Medicina, la transitó y aprovechó. Con el tiempo, abrió un espacio dentro de ella, absolutamente inédito, fruto de su creación y bajo la pasión de su desarrollo vocacional, el Psicoanálisis. Pero esto llegó a ocurrir recién cuando tenía entre cuarenta y cuarenta y cinco años, para encontrar un lugar desde donde empezar a dar respuestas “de los enigmas del mundo en que vivimos y de contribuir acaso con su solución”. Para eso tuvo que innovar y crear su instrumento de investigación, el método psicoanalítico. Después de su muerte, la mirada del Psicoanálisis se volcó sobre muchos campos del saber, la Medicina inclusive.

MECANISMOS PSICOLÓGICOS QUE SOSTIENEN LA VOCACIÓN MÉDICA

Los procesos que van a definir la vocación médica se estructuran en las etapas tempranas de la vida y son el resultado de experiencias emocionales muy primitivas, en intercambio con un ámbito familiar. Freud señala que sus padres respetaron su inclinación vocacional, cosa que no siempre ocurre.

Aun cuando es difícil hacer generalizaciones sobre lo esencial y hacia donde tiende,

se puede decir que la vocación médica tiene algo que ver con el asistir, ayudar, cuidar a un otro en necesidad. Se va a instrumentar en el despliegue de la función asistencial en un marco profesional y científico apropiado.

Para entender la vocación se recurre a la participación aislada o conjunta de dos mecanismos psicológicos, *la reparación y la sublimación*, y a los sentimientos que se ponen en juego. Aunque pertenecen a marcos teóricos de referencia diferentes no necesariamente se excluyen uno al otro.

EL IMPULSO A LA REPARACIÓN

*He llegado a darme cuenta que el tiempo
y el lugar para enseñar compasión es el tiempo
y lugar en el que
toda la Medicina es enseñada.*

DR. J. LOWENSTEIN,
The Midnight Meal and Other Essays, 1997

Lo específico del cuidado médico es presumir que se está en presencia, real o fantaseada, de un daño corporal. Justamente, la vocación ha sido definida como “la expresión de requerimientos reparatorios surgidos en respuesta a la preocupación inconsciente de objetos internos dañados... objetos que reclaman, exigen, suplican por atención y cuidado”.¹⁰ Se denomina *objeto interno* a la representación psíquica de los objetos del mundo exterior (los padres, por ejemplo) con los que el sujeto se relaciona. Es una representación internalizada con las características propias del objeto más aquéllas que el sujeto le atribuye en base a sus impulsos y sentimientos. El Superyó o conciencia es un ejemplo típico de objeto interno.

Las fantasías de daño corporal son concomitantes inevitables de los procesos anímicos tempranos en el camino hacia estadios más integrados y evolucionados del Yo. Se ha supuesto, además, que en su núcleo, conforman lo que ha venido a denominarse una *fantasía de enfermedad*, la

¹⁰ Wender, L. “Psicoanálisis de la vocación”. *Rev Psicoan.* 22, 1965.

manera como el Yo tiene organizados en la mente sus aspectos dañados, representación de enfermedad, vivida como cuerpo extraño y hostil y a la que se tiende a expulsar como un escíballo. Estas fantasías no necesariamente necesitan de experiencias traumáticas o daños efectivamente ocurridos, aún cuando éstos puedan haber sido parte de las vivencias infantiles.

Simultáneamente, también se puede reconocer la presencia de intensa ansiedad frente a las manifestaciones de la propia agresión y de sus resultados. M. Klein, una psicoanalista de niños, observó la angustia que muestran los niños en juegos y fantasías frente a su destructividad. El deseo de restaurar las cosas dañadas y de sentir lástima por ellas fue su observación sistemática y reflejaban situaciones mentales donde se ponía de manifiesto una fuerte tendencia reparatoria. Reconoció cómo, una y otra vez, impulsos de crueldad y violencia extrema eran seguidos por emociones donde se hacían presentes el *remordimiento* y la *lástima*.¹¹

Lástima es un sentimiento que el sujeto siente por identificación con un objeto *lastimado* por su culpa, sea real o fantaseada. Justamente, el remordimiento recoge ese componente de culpa y de reproche más claramente.

Un sentimiento cercano al de lástima es el de la **compasión**, que significa etimológicamente *sufrir (uno mismo) con*. Para Freud la compasión tiene que ver con un sentimiento que se origina ante la imagen fantaseada del padre castrado (o dañado) y la referencia a *uno mismo* delata un componente narcisista.¹²

A menudo, el juego del niño muestra el intento de restaurar lo dañado: junta, une, ata, compone, arregla los objetos que él mismo destruyó.

La reparación es un mecanismo por el que se intenta recomponer, rehacer, restaurar los efectos de impulsos destructivos ejercidos sobre los objetos de amor.

Las tendencias reparatorias de la mente implican haber evolucionado a un nivel de preocupación y responsabilidad por los objetos, sentir culpa por los ataques y querer aliviar en acciones que signifiquen hacer algo por ellos o por aquellos que después son sus representantes (por ejemplo, pacientes). Proviene de la consideración y amor que se tiene a los objetos del mundo interno pero se expresa simultáneamente como una fuerza para acciones constructivas en el mundo externo.

Estos impulsos pueden manifestarse a través de algunas de las profesiones asistenciales, apuntalándolas con genuinas tendencias humanitarias. El sujeto puede enfrentar con éxito sus sentimientos de culpa merced a la compasión frente al sufrimiento, se identifica con el que sufre y se ve impulsado a ayudarlo. La posibilidad de ayudar y hacer sacrificios por el otro significa en esencia la contención de la agresión propia y una manera relativamente exitosa de manejarla. Una parte del Yo puede tener organizada una fantasía con esta estructura que funcione como imagen terapéutica, una *fantasía de curación* a la manera de un objeto protector o idealizado, capaz de hacerse cargo de la *enfermedad* con simpatía y lástima.¹³ Los aspectos vocacionales médicos se apuntalan fuertemente en ese núcleo.

Pero las tendencias reparatorias pueden, a veces, ser utilizadas como un mecanismo de defensa, de manera compulsiva. Así, tal disposición en el ámbito asistencial puede estar operando bajo el efecto de fuertes fantasías omnipotentes, de querer restaurar

¹¹ Klein, M. "El complejo de Edipo a la luz de ansiedades tempranas" *Int J Psychoanal.* 1945;26:143-152.

¹² Freud, S. "De la Historia de una Neurosis infantil" (1918) En: *Obra completa* XVII Amorrotu, Buenos Aires, 1992;81.

¹³ Luchina, L. "Identidad médica y relación médico paciente". *Rev de Psicoan* 1968;(XXV).

daños *ad integrum* cuando en la realidad no hay la menor posibilidad de que así sea. A veces, ciertas acciones médicas tienen ese matiz demostrable como *furor curandis*, cuando la reparación se excede en sus límites y posibilidades, más basada en la magia que en la realidad. Denuncia una tendencia a componer situaciones internas conflictivas *del médico* que se tornan imparables. Constituye una fuente de malestar para su tarea, no de gratificación, porque los resultados nunca lo satisfacen. Esta *pseudo reparación* puede dar lugar a una exagerada instrumentación de los recursos médicos, sobremedicación, visitas reiteradas por ansiedad, etcétera.

Aun cuando se desenvuelva sin conflictos aparentes, la actividad vocacional médica siempre tendrá un aspecto de acercamiento a los objetos que convocan a la tarea y, por su naturaleza, también un aspecto evitativo que trata de poner distancia por ansiedad. Esta dinámica determina, con frecuencia el tipo de especialidad elegida, el estilo de trabajo médico, el dedicarse a tareas clínicas, administrativas o de laboratorio. La especialidad implica un recorte de las tareas del médico, que puede permitir que ciertos aspectos ansiógenos de la relación con el paciente queden excluidos. Un ejemplo puede ser el del médico que, frente a las ansiedades que le despierta el contacto corporal, se dedica a *la mente*, o a la inversa; o poner distancia de la clínica dedicándose a tareas administrativas.

Cuando la profesión está regulada muy rígidamente por mecanismos de defensa que tratan de controlar la ansiedad, la tendencia es a disociar el campo médico, a tener dificultad en captar al paciente en su totalidad y a obrar en consecuencia.

LAS ACTIVIDADES SUBLIMATORIAS

Al médico, a través de su trabajo, le está permitida toda una serie de actividades que

en su infancia le interesaron, le despertaban mucha curiosidad y que, como a todos, le estaban prohibidas. Puede hacer que la gente se desnude en su presencia, puede explorar los misterios del funcionamiento corporal, dar respuesta al enigma del origen de los niños, examinar los excrementos, tocar el cuerpo, las zonas erógenas, mirar a través de los orificios, visualizar su interior con sofisticados instrumentos. Cuando niño, alguna vez pudo acercarse a alguna de estas actividades cuando jugaba *el juego del doctor*.

Con la represión y transformación de las estructuras libidinales se supone que en parte esos impulsos infantiles serán vueltos útiles para fines sociales o para usar un término del Psicoanálisis, sublimados.

La sublimación es la transformación de impulsos libidinales infantiles como mirar, tocar, explorar, palpar, introducirse en los orificios, etcétera, en actividades más adultas y sofisticadas, en este caso profesionales. Como la reparación, la sublimación es un mecanismo capaz de contribuir en tareas productivas y socialmente valoradas a partir de las pulsiones sexuales infantiles transmutadas.

La vocación tiene una ventaja y a su vez un riesgo importante: mantiene intereses apasionados de un valor narcisista muy grande para el sujeto. Llevados al extremo pueden llegar a ocupar la vida entera, con prescindencia de todo lo demás. Hay ejemplos de médicos casados con su profesión y que descuidan todo lo que no tenga que ver con ella.

CONCLUSIONES FINALES

La vocación funciona como un polo de intereses para el sujeto: inicialmente como metas que las figuras parentales internalizadas

fuerzan a cumplir, como un principio motivacional infantil que está basado en la obediencia y el sometimiento, la recompensa y el castigo. Si esta situación no se modifica, la profesión puede llegar a ser sentida como un juego cuyo fin en la vida es ser *un hombre de verdad* como papá.

Pero cuando se suceden las transformaciones adultas que se inician en la latencia, tras la resolución del complejo de Edipo, y se profundizan durante la crisis de la adolescencia, entonces se suman cualidades nuevas a la imagen de los padres, de fidelidad a determinados principios, hacia el trabajo con responsabilidad que supone colocarse bajo la égida de la fertilidad parental. La vocación se irá sintiendo no como metas a cumplir, sino como intereses o aspiraciones propias.¹⁴ Este desarrollo está mostrado en esta anécdota de Freud, relatada por uno de sus más importantes biógrafos.¹⁵

Cierta vez le conté la historia de un cirujano que decía que si alguna vez habría de tener acceso al trono del Altísimo, iría allá con un hueso canceroso, para preguntarle al Todopoderoso qué es lo que tenía que decir al respecto. Si me tocara a mí encontrarme en semejante situación, dijo Freud, lo que yo le reprocharía al Altísimo sería el no haberme concedido un cerebro mejor.

A diferencia del cirujano que todavía esperaba del representante de una figura paterna que le otorgara el conocimiento como *una revelación*, Freud aspiraba a recibir de sus padres (internos) la capacidad emocional y mental para encontrarlo por sí mismo. La productividad y los logros se perturban cuando la relación con las figuras científicas admiradas de la profesión (como representantes de los objetos parentales) se mantiene bajo la adulación y el sometimiento, sin po-

der pasar a un nivel de admiración y respeto que permita la crítica y el cuestionamiento.

El ambiente familiar y social es también importante en la manera en que se desplegará el potencial vocacional. Los deseos parentales están en operación aun antes de nacer el sujeto. Las identificaciones con los aspectos profesionales de los padres juegan su parte silenciosamente. Los padres de Freud esperaban grandes cosas de él, pero él reconoció que no influenciaron para nada en su decisión (lo que no quiere decir que no lo hicieran). En otros casos, es notable la influencia familiar: se conocen familias de médicos que en la forma de una verdadera dinastía preservan la misma profesión por generaciones.

El desarrollo vocacional es complejo: la infancia aporta los componentes básicos de naturaleza reparatoria y sublimatoria; la adolescencia será el momento de la elección profesional y la salida hacia su consolidación; la crisis de la mitad de la vida, con el reconocimiento de la propia muerte, le podrá dar a la profesión la riqueza, profundidad y sentido que tanto beneficia el trabajo clínico. Cuando lo logra, el médico estará menos a la defensiva, más abierto a las posibilidades de un contacto más sutil y menos expuesto con sus pacientes. En el ínterin, se sentirá *llamado* en el sentido de su verdadera inclinación.

En Freud, a quien se utilizó como ejemplo, la Medicina le ofrecía los primeros pasos en la dirección *de comprender algo de los enigmas del mundo* que también eran los suyos propios. El resto lo fue encontrando en el camino, después de sortear algunos atajos, arrastrado por una fuerte corriente de intereses personales y por su aspiración a *dejarse guiar* por objetos posibles de admiración y de pasión.

En algunos de los actuales sistemas de prestación médica, la organización em-

¹⁴ Meltzer, D. *Los estados sexuales de la mente*. Cap. 17. Ed Kargieman, Buenos Aires, 1974.

¹⁵ Jones, E. *Op. cit.* 1960;46.

presarial tiende a funcionar a predominio de la ganancia, la utilidad y el lucro, a un paso, como decía Osler hace cien años, del *comercio* y el *negocio*. Pero, el paciente y

sus necesidades, le siguen reclamando al médico que en su ejercicio profesional redoble la apuesta por su *vocación* y por su *arte*.

XXV

LA ENTREVISTA MÉDICA: CONSIDERACIONES GENERALES

*El paciente debería contar con un médico
que fuera capaz de escuchar con atención,
de observar cuidadosamente,
de comunicarse con comprensión
y que también fuera un clínico efectivo...*

Declaración de Edimburgo,
Conf. Mundial sobre Educación Médica, 1988

INTRODUCCIÓN

Cualquier clínico podría dar testimonio de lo difícil que es cumplir con los propósitos planteados en la declaración del epígrafe. La **Entrevista Médica** es el instrumento con el que el médico puede acercarse a ellos. Hay razones teóricas para preferir hablar de entrevista médica en lugar de *consulta médica*, un término más popular que pone el acento en la demanda que viene por el lado del paciente.

La Medicina se ha ocupado poco de estudiar la entrevista, tanto a nivel de grado como de pos-grado, a pesar de que el trabajo clínico la tiene como su referencia obli-

gatoria. Se piensa que el *núcleo duro* del conocimiento médico son los datos *objetivos* del funcionamiento biológico, mientras los de la entrevista se desacreditan como *subjetivos* y secundarios. El ejercicio profesional con pacientes ha quedado librado al manejo intuitivo del médico y al efecto que dejaron en él las identificaciones inconscientes con las figuras admiradas con quienes estuvo en contacto durante los años de su formación clínica.

Algunos estudios realizados sobre la entrevista en Medicina han apuntado a mejorar el nivel de destreza técnica del diálogo.¹ Pero, lo que se necesita no es un dispositivo mecánico que dispare las mejores intervenciones verbales sino desarrollar la capacidad de captar lo que pasa emocionalmente entre el médico y el paciente. Porque

la entrevista médica pone de relieve la importancia del vínculo que se establece entre médico y paciente, a partir del que tiene sentido el diálogo verbal que acompaña la tarea.

¹ Coolehan J, M Block. *Principios del interrogatorio médico*. Ed. El Manual Moderno, México, 1989.

Se puede enseñar y aprender a realizar entrevistas sin dejarlas libradas a un don o virtud imponderable. El estudio científico de la entrevista médica puede reducir su proporción de *arte* e incrementar su operatividad y manejo en condiciones metodológicas más estrictas.

¿QUÉ ES UNA ENTREVISTA?

La entrevista es la formalización de un encuentro que se realiza para determinados fines u objetivos de trabajo. Incluye parámetros de tiempo, lugar y el rol de los protagonistas.

Como la define el diccionario, es “vista, concurrencia y conferencia de dos o más personas en lugar determinado para tratar o resolver un problema...”, sugiere mirada mutua, una vista *entre*, encuentro frente a frente, consulta formal.

Hay tanta variedad de entrevistas como tareas propuestas: de admisión a un empleo, de evaluación psicológica, con fines docentes, legales, etcétera. La entrevista es un instrumento del trabajo profesional. Cada tipo de entrevista tiene características en común que comparte con las demás y elementos específicos a cada una. Dado su carácter de encuentro interpersonal, en todas intervienen factores o dinamisismos psicológicos. Pero se distinguen unas de otras por sus objetivos:

Lo que define a una entrevista como médica es su carácter asistencial: recibir y responder a la demanda de un otro preocupado por su salud.

El paciente *consulta* y el médico responde formalizando su tarea en una entrevista de carácter profesional. La entrevista médico paciente enmarca una relación emocio-

nal y debe procurar condiciones internas y externas que generen un sentimiento de *intimidad*. A diferencia de relaciones contractuales o casuales, “la salud mental y el desarrollo de la mente derivan de relaciones de intimidad en las cuales los eventos primordiales son las experiencias emocionales”.² Con el sostén que brinda una buena entrevista, el médico puede contener y eventualmente elaborar los elementos emocionales que surgen de la tarea y le permiten hacer bien su trabajo, no por obligación a un ideal difícil de sostener, *sino porque es gratificante para su tarea*.

Cualquier tipo de entrevista médica participa de estos lineamientos generales. Pero hay ciertas variaciones: por ejemplo, la primera entrevista se diferencia de la siguiente y de las que puedan seguir, conformando *un proceso* que se irá profundizando con el tiempo. Las que realiza un clínico tienen matices diferentes a las de cada especialista, también las que realiza la enfermera u otros miembros del equipo médico. Empero, *todas tienen en común la relación vincular puesta en juego*.

EL MODELO TEÓRICO DE LA ENTREVISTA MÉDICA

La entrevista médica es el lugar donde la relación médico-paciente se manifiesta como un vínculo, una experiencia emocional compartida que se estructura de una manera particular en torno a una demanda. Considerada como un *vínculo intersubjetivo*, incluye los aspectos singulares y emocionales que lo acompañan y que, en general, han sido excluidos de las formulaciones teóricas de la Medicina pero que siempre, de una manera explícita o implícita forman parte de su ejercicio.

¿Qué es un *vínculo*? Es algo que permite ligar, unir o relacionar cosas u objetos de

² Meltzer, D. *Vida onírica*. Técnipublicacions, Madrid, 1987;48.

una manera estable. El Yo de la persona, en tanto sujeto de su devenir psicológico, establece todo tipo de vínculos con objetos animados o inanimados con los que se siente *atado* emocionalmente. Los primeros son los más importantes y conforman el mundo propiamente humano. El tipo de vínculo que se establece depende de las características de los objetos vinculados y del tipo de interrelación que establecen entre sí. Por lo tanto cada vínculo es único en su singularidad. (*Para el vínculo de pareja, ver capítulo XXI.*)

Equivocadamente, hay médicos que dicen tratar a sus pacientes de la misma manera como si fueran todos iguales o como si él pudiera ser el mismo con todos. Cada vínculo va a depender de las características de los objetos vinculados.

¿Por qué intersubjetivo? I. Berenstein distingue: 1) un área mental *intrasubjetiva* caracterizada por las relaciones de objeto internas que conforman las experiencias actuales y pasadas, los ligámenes entre representaciones del cuerpo y su conexión con los otros, impregnadas de emocionalidad. Lo intrasubjetivo traza una interioridad fundada en la *internalización* de las experiencias pasadas y a las que el otro no puede tener acceso directo, sólo puede hacer conjeturas. “Para conocer qué pasa en el interior del Yo, y también en el del otro, habrá que resignarse a deducirlo y no se podrá tener una total certeza”.³ Es el área de la intimidad para uno, área de opacidad para el otro. El soñar es un típico proceso intrasubjetivo.

Cuando las personas se relacionan, se establecen entre ellas vínculos que se conforman en 2) el área de lo *intersubjetivo*, a la que cada uno aporta un universo de significados personales derivados de historias, intereses y experiencias diferentes. El prototipo de este tipo de vínculo es el de la familia, con las denominaciones del parentesco: padre, madre e hijo. Toda relación

humana que se manifiesta en la superficie como comportamientos, tiene que tener en cuenta la *resonancia* que sobre sus protagonistas tiene la dimensión inconsciente del vínculo intersubjetivo. El contar el mismo sueño a un amigo, a la pareja o al analista lo hace único para cada situación vincular.

Por último, un tercer territorio es el de las representaciones socioculturales que atañen a la ideología, la política, la religión, que comporta 3) el área de los *vínculos transubjetivos* cuyos contenidos le vienen al sujeto como parte del discurso social. En Medicina se destacan las referidas a las representaciones sociales sobre la salud y la enfermedad que impregnan y someten al poder de su significado a la mente del médico y del paciente, también qué estatus se le otorga al sueño en cada cultura, en cada época y en cada sociedad.

La relación médico paciente es prototipo de vínculo intersubjetivo: da cuenta de lo que significan el uno para el otro y el lugar que uno tiene en la mente del otro. Incluye las significaciones que provienen del área intrasubjetiva de cada uno y las representaciones del contexto social transubjetivo que los abarca.

Con las cosas u objetos del mundo inanimado se puede entablar un tipo de relación básicamente significada por proyección desde lo intrasubjetivo. Así, instrumentos o máquinas se *animan* como si con ellos se estableciera una relación personal, por ejemplo, la que el paciente puede llegar a tener con los aparatos de una unidad de cuidados intensivos. Por el contrario, forma parte de la experiencia humana que los vínculos entre personas se *cosifiquen*, que pasen a ser tratados como entes inanimados. En este sentido, cabe recordar cierta práctica médica deshumanizada por las condiciones del contexto institucional en que se realiza.

El trabajo médico enfocado desde el estudio de los vínculos humanos permite

³ Berenstein, I. “Reconsideración del concepto de vínculo”. *Psicoanálisis* N° 2 1991;(XIII)220.

articular la polaridad salud-enfermedad por un lado y el eje mente-cuerpo por el otro. Salud y enfermedad pueden ser integrados de manera complementaria en la experiencia conjunta médico-paciente. Lo mental y corporal, que cualifica experiencias y funcionamientos diferentes encuentran la posibilidad de una manifestación integrada en la medida que se expresan en ese vínculo.

INTERROGATORIO, ANAMNESIS, CONSULTA, PRESTACIÓN, ENTREVISTA

El llamado *Interrogatorio Médico* fue un procedimiento históricamente recomendado para llevar a cabo el trabajo clínico. Es la base de la *Anamnesis* (*recuerdo*) término con que en Medicina se conoce el recopilar datos para hacer la historia clínica de una enfermedad y formular un *diagnóstico*. Como su nombre indica, consiste en preguntar puntual y meticulosamente según un código médico conocido de antemano. Deja poco espacio para la espontaneidad; quien hace preguntas sólo recibe respuestas pudiendo quedar lo más importante al margen de las mismas. “No preguntes y no te dirán mentiras”.⁴

En efecto, si la finalidad reside sólo en juntar datos, el paciente queda reducido a ser un mediador entre su enfermedad, por un lado, y el médico, por otro. Con este criterio se supone que si el paciente no *entrega* los datos esperados hay que *extraerlos* de él. La anamnesis opera con el supuesto de que el paciente conoce su vida, los síntomas de su enfermedad y que está capacitado para informar sobre ella. Nada más alejado de la realidad de la experiencia clínica. Con este criterio, todo aporte espontáneo del paciente es considerado como una perturbación de la anamnesis, es poco tolerado y considerado superfluo. El *Interrogatorio* o la *Anamnesis*

se *cierran* sobre sí mismos y quieren sortear la ecuación personal del portador de los síntomas. Todavía hoy se reserva la técnica del interrogatorio para la parte de la entrevista que se ocupa de los aparatos y sistemas.

La *Historia Clínica* es un documento escrito que organiza la información que se logra del interrogatorio médico y lleva su impronta. Con frecuencia sólo contiene el registro de datos biológicos y los detalles que dan cuenta del desarrollo de la *historia natural* de la enfermedad, *como si ésta evolucionara al margen de la historia de una vida*. La Historia Clínica, que tiene un enorme valor legal, es además una herramienta muy importante para la investigación médica.

En Medicina, a la *Entrevista* también se la llama *Consulta Médica*. El término de Consulta tiene más en cuenta el deseo del paciente en busca de ayuda y los *motivos de consulta* son las causas implícitas o explícitas que lo llevan a consultar. El término pone el énfasis en la demanda del paciente sobre el médico.

Últimamente los servicios de seguro social (sistemas prepagos, etcétera) han introducido el término de *Prestación Médica*, que hace referencia a los aspectos contractuales recíprocos establecidos entre el médico, el paciente y el asegurador médico. En este caso, el médico es un *prestador* que brinda un servicio, el paciente un *cliente* que lo recibe, ambos vinculados bajo ciertas condiciones impuestas por el asegurador. La elección de los términos no es nada inocente.

A diferencia del interrogatorio, la anamnesis, la consulta o la prestación, la *Entrevista Médica* toma en cuenta la relación intersubjetiva que se entabla entre el médico y el paciente como marco de la tarea que se está realizando. La entrevista médica es una relación de índole particular donde ambos intervienen desde su subjetividad como

⁴ Khan, M. *Passion, solitude et folie*. Gallimard, Paris, 1985.

personas, cada uno en un rol diferente. Se puede decir que la entrevista consiste en una relación donde uno de sus integrantes, el médico, debe intentar saber lo que está pasando en la misma y debe actuar según ese conocimiento mientras simultáneamente está dedicado a realizar los pasos que le indica su intervención técnica.

LOS PROTAGONISTAS DE LA ENTREVISTA MÉDICA

*Ninguna enfermedad puede existir
sin una persona que la sufra.
La enfermedad es una abstracción.
El paciente es la realidad concreta.*

DR. A. CLARK-KENNEDY,
Archives of Internal Medicine, 1962

El paciente (de *patis*, padecer) es el que sufre, corporal o anímicamente, “el que tolera dolores sin quejas o con paciencia”. En el contexto de la entrevista médica, “aquél que está bajo tratamiento por un médico, cirujano o en un hospital”. Pero también alguien que está *afectado por*, que es el objeto *recipiente de*. La definición sugiere algo vivido pasivamente: por un lado el tener que soportar un estado provocado por algo externo a la persona (el padecimiento) y por otro, necesitar recibir ayuda (médica).

El paciente necesitado de ayuda, aunque no siempre la pida, dispone de una variedad de *ofertas* para su reclamo, desde aquellas de connotaciones mágico-religiosas hasta las reconocidas oficialmente, como pueden ser los circuitos en cuyo tránsito está el médico. Éste porta los atributos que lo erigen socialmente como el principal responsable de la función reparatoria que le fue asignada. Responde por él y en nombre de esa formidable institución que es la Medicina, que

también entra en la entrevista de manera invisible con su poder silencioso e inefable.

He aquí cómo desde la Medicina, Feinstein define al paciente en el hospital: “El paciente no es, ni una enfermedad a discutir, ni un espectáculo de interés patológico, ni un espectador desapasionado. Es una persona enferma en el ambiente alienante del hospital, perturbado por su enfermedad y comprometido con ella tanto como sus médicos. Está ansioso por conocer qué está pasando, tiene derecho a saber, y generalmente es capaz de hacer contribuciones útiles en todos los aspectos de su manejo clínico”.⁵

El **médico** es el otro gran protagonista de la relación. Ha sido a veces reconocido por su *estilo* personal de relacionarse profesionalmente y de esa manera se los ha agrupado según una serie de variables. Así están a) aquellos que tienen un marcado *estilo autoritario* (el médico toma las decisiones de una manera paternalista, brinda solo la información necesaria, cuando lo desea y en la medida que él lo considere oportuno), b) el *estilo democrático* (el médico comparte hasta donde es posible la dirección del proceso médico y genera un clima de trabajo compartido) y c) el *estilo basado en el paciente* y sus necesidades (el médico brinda opciones y el paciente elige). Afortunadamente algunos médicos pueden variar su estilo entre éstas y otras posibilidades de acuerdo a las necesidades del paciente. Otros, lamentablemente menos flexibles, tratan a todos sus pacientes por igual.

Médico y paciente son protagonistas principales pero no únicos. También pueden participar los familiares del paciente y/o el resto de los integrantes del equipo de salud. Es útil pensarlos a *todos* como participantes de un pequeño grupo, *se reúnan o no*.

El rol del paciente y del médico, en lo esencial definidos más arriba, tienen también una dimensión social, en la que intervienen las representaciones del imaginario

⁵ Feinstein, A. *Clinical Judgment*. Williams & Wilkins, Baltimore, 1967.

social, propio de cada cultura y cada momento histórico de la misma. Incluye las características del sistema de prestación médica en el que están incluidos.

EL MOTIVO DE CONSULTA

Entre el momento en que una persona reconoce las primeras preocupaciones sobre su salud y el que decide consultar puede pasar un tiempo variable, desde una larga espera en la confianza de una evolución espontánea hasta el apuro de una resolución inmediata. Puede exagerar sus molestias o atenuarlas hasta restarles toda importancia. De esta manera consultas pedidas de urgencia pueden resultar sin hallazgos clínicos o, por el contrario, patología corporal grave transitar aparentemente asintomática durante cierto tiempo, como sucede a veces con el infarto. Este tipo de respuesta dependerá de varias cosas: de la historia personal y familiar en relación con los padecimientos, de reconocerse o de negarse como enfermo, de poder entregarse en manos de un otro para que lo cuide, de las posibilidades psicológicas con que cuenta (esperanza, confianza, etcétera).

Para entender cómo responde un paciente es necesario tener en cuenta los determinantes conscientes e *inconscientes* de la conducta. Junto a los primeros indicios preocupantes referidos al cuerpo se activan fantasías primitivas de enfermedad que pueden *alertar* o *alarmar*, hacen que las personas consulten demasiado pronto o demasiado tarde, nunca cuando es cronológicamente esperable, como resultado del impacto que las señales corporales puedan hacer en el Yo y con qué mecanismos éste responde.

Se llama fantasía inconsciente de enfermedad al conjunto de ideas, prejuicios y emociones relacionadas con la experiencia del estar enfermo, ideas acerca de lo que es daño somático, amenaza

a la integridad física, de terror al desmembramiento o de todo aquello que ponga en riesgo la unidad y supervivencia del cuerpo. Esta fantasía se activa ante la presencia de alarmas corporales y puede llegar a tener algún tipo de manifestación en la conciencia que lleve reconocer la necesidad en algún momento de consultar.

Se agregan, además, sentimientos de desamparo y la movilización de situaciones inconscientes de culpa con que se vive la enfermedad. Derivan de estados mentales muy primitivos, ligados a vivencias de violencia sádica, destructividad y el sufrimiento imaginado como proveniente de objetos *persecutorios*. Es un momento en el que sólo se esperan *malas* noticias del médico y de la Medicina. La alarma y el terror que pueden llegar a provocar dan lugar a una serie de actividades psicológicas defensivas que se manifiesta con toda claridad en la forma, la modalidad y el momento de la consulta. Cuando ponen al sujeto en el límite de su tolerancia, puede intervenir el mecanismo mental de la *desmentida* o *renegación* por el que desconoce e ignora las señales provenientes de su cuerpo con los riesgos consiguientes.

Simultáneamente también se pueden generar sentimientos y expectativas de alivio, esperanza y curación puestas en las imágenes de objetos buenos y protectores, a la espera de *buenas* noticias, que le lleven calma, paz y tranquilidad.

En función del impacto de estos sentimientos encontrados y las defensas puestas en juego, el sujeto determina, en parte inconscientemente, *el cuándo y el cómo* de la consulta. Mientras tanto puede haber transcurrido un tiempo en alguna autoprescripción casera o consulta informal con amistades o familiares.

Cuando finalmente la consulta se realiza, el paciente no siempre conoce los motivos que lo llevaron a la misma. El *motivo mani-*

fiesto es aquél que se explicita verbalmente en la entrevista. Pero también hay otros más ocultos de los que el paciente nada parece saber. Son las demandas *latentes* o inconscientes de la consulta con las que el médico, tarde o temprano, se va a enfrentar. Las estadísticas de consultas en consultorios externos de toda institución dan cuenta de que por lo menos el 75% de los que consultan no tienen patología corporal detectable, algunos de éstos pasarán al grupo de lo que se conoce como *patología funcional*. Y el resto, ¿por qué consulta?

Lo hacen por sus preocupaciones corporales o supuestamente corporales. Pero encubren necesidades y malestares de todo tipo de origen familiar, personal, laboral, etcétera, que también traen a la consulta. El médico puede dudar en cuanto a lo que cae dentro de su tarea *estrictamente* médica y se plantea cuáles son los límites de su responsabilidad frente a la misma.

Una paciente obesa de 55 años, reitera una consulta por un recrudecimiento sintomático de su úlcera gástrica con la especialista que la atiende habitualmente. Dedicó los primeros minutos de la entrevista a relatar su malestar gástrico, en especial los dolores muy intensos que tenía en el epigastrio. De golpe se levantó la ropa, mostró su abdomen y con una lapicera se marca una cruz en la piel, mientras decía: "Acá es el dolor tan fuerte, doctora, es esta cruz, ¿la ve?" Al promediar la entrevista todo su relato giraba en torno al sufrimiento que le acarreaba el cuidado de un hijo discapacitado, quien se había transformado para ella en su verdadera cruz... para lo que también estaba necesitada de orientación y consuelo por los intensos sentimientos hostiles que le generaba su cuidado.

Este ejemplo ilustra la complejidad de los motivos de una consulta. Sin descuidar

atender los síntomas corporales, la médica pudo integrar un nuevo foco de preocupaciones del momento vital de esta paciente. Toda consulta tiene innumerables motivaciones pero es necesario detectar *el punto de urgencia*. Surge al preguntarse el porqué de la consulta, el porqué *ahora* y porqué *a mí* y no a otro. En este caso, sin desmerecer los demás motivos, la verdadera urgencia pasaba por el hijo discapacitado.

LAS EXPECTATIVAS PREVIAS A LA ENTREVISTA

Las más variadas expectativas se crean ya durante los contactos previos a la entrevista, por ejemplo, la referencia y conocimiento anterior del médico a través de terceros, el tipo y modo de derivación, el diálogo telefónico para solicitar turno, las recomendaciones a través de colegas, etcétera. Elementos todos presentes a la hora de hacer el primer contacto y a los que importa no desestimar y tener en cuenta en el manejo de los momentos iniciales del encuentro. Es posible que, dadas las actuales condiciones de la práctica médica, tan acotada en tiempo y posibilidades, el médico suponga que, o no es necesario tenerlas presentes o simplemente no son importantes. Por lo menos por parte del paciente no es así.

Supongamos que para la primera entrevista no se conozcan personalmente. La expectativa inicial puede estar signada por esa situación de mutuo desconocimiento y hasta por algún grado de desconfianza y recelo. Por el contrario, pueden ponerse de manifiesto esperanzas infundadas. El paciente llega a la consulta deseando ser liberado del dolor y del sufrimiento, a veces negando la presencia de signos alarmantes de enfermedad, teniendo creencias de curación realistas o mágicas por las amenazas que penden sobre él. Ninguna persona deja de experimentar fantasías omnipotentes de resolución ilusoria de su malestar aun cuan-

do comprenda qué irracionales pueden ser. El temor que le generan los procedimientos médicos puede llevarlo a desacreditarlos de entrada o aceptarlos sin reflexión.

Pero también seguramente busca alguien que lo escuche y lo contenga, que comparta su dolor. Será también parte de las expectativas previas ser querido o aceptado, no sentirse rechazado. Podrán aparecer temores de ser inculcado o recriminado, bajo el supuesto de que la entrevista se hace para adjudicar culpas, etcétera. Podrá surgir algún temor a ser abandonado, a no tener remedio, a no ser merecedor de ser cuidado... Estos sentimientos signan el desarrollo de la entrevista, en especial en sus primeros tramos. Forman parte de las fantasías inconscientes con que el paciente se acerca al encuentro y tendrán peso a la hora de definir la relación con el médico.

Pero por el lado del médico también se producen expectativas y hasta temores. Tienen que ver con el desafío que implica su rol profesional, la incertidumbre de su ejercicio, el resultado de sus experiencias más recientes, si será útil en su tarea, en especial si debe enfrentar un paciente difícil. En todo caso es su autoestima la que está en juego. No es que esto le ocurra siempre o a cada momento, pero es útil tenerlo en cuenta.

Los temores que se pueden generar en el médico ante el desafío del proceso de diagnóstico y tratamiento son dignos de consignar. Cuanta menos experiencia tiene, más puede tratar de orientarse inicialmente en la consulta, organizando de forma prematura un diagnóstico y acomodando sus observaciones a él.⁶ Con el tiempo, podrá tolerar más la incertidumbre y la ansiedad inicial para arribar a un diagnóstico así como las dudas que se le plantean frente a una situación inicialmente desconocida.

Desde una orientación básicamente biomédica, el médico centra buena parte de su trabajo en arribar al diagnóstico de la enfermedad, pensado como una entidad definida y concreta. Y es inobjetable que así sea. Sin embargo, desde la misma Medicina se le recuerda que “El diagnóstico es un sistema de conjeturas, más o menos precisas, cuyo punto final es un nombre. Estos nombres aplicados a la enfermedad vienen a asignar importancia a entidades específicas, cuando en realidad, en su mayoría, son concepciones inseguras y temporarias”.⁷

El proceso de arribar a un diagnóstico clínico y de descartar otros es un momento particularmente difícil para el médico, generador de angustia e inquietud, sin que a veces cuente el caudal de su experiencia previa.

EL LUGAR DEL MÉDICO Y SU DOBLE FUNCIÓN

La tarea médica supone el ejercicio de un rol, un lugar desde donde realizarlo y el despliegue de funciones para concretarlo. Uno de los problemas más difíciles para el médico lo constituye el tener que asumir simultáneamente dos funciones.

Reclamado por problemas donde por lo menos inicialmente está involucrada la salud corporal, trabaja con su paciente sobre la base de sus conocimientos médicos, los elementos que necesita para el diagnóstico y tratamiento de las *enfermedades*. Tiene detrás de él toda la información médica que lo ha habilitado en el manejo consciente y computarizado de los datos que observa.

La mente del médico, bajo los auspicios de su educación científica, dirige su atención como *hacia afuera de él*, sobre el objeto de su preocupación, mientras trata *hacia*

⁶ Hay investigaciones que prueban que la mayoría de los clínicos interrumpe al paciente a los pocos minutos de iniciada la entrevista.

⁷ Thomas, L. “Reflections upon Reform in Medical Education”. *Lancet* 1944;1:619-21.

adentro de cerrar su subjetividad para que no interfiera, con lo que fundamenta su propuesta de objetividad. Está abierto a captar la mayor cantidad de datos posible, pero en especial aquellos que jerarquiza en primer lugar: las variables corporales, el examen físico, los resultados de laboratorio, los exámenes complementarios y hasta la posibilidad de detectar algún signo corporal que desde *afuera* denuncie un estado emocional, como la postura, los gestos, los signos físicos de ansiedad, etcétera.

Pero simultáneamente está expuesto a tener que conocer a la persona con quien está, a conectarse con sus posibilidades vinculadas a la intuición con un otro desconocido con el que comienza a estar involucrado, lo quiera o no, en una experiencia vincular intersubjetiva, *lo que requiere poner atención y observar los procesos psicológicos que se mueven dentro de él*. El impacto de este tipo de observación hacia su propio interior para conocer al otro es, en primer lugar, emocional y el médico se ve expuesto a funcionar en el lugar de tener que captar el *significado* de esta experiencia, que inicialmente lo impacta desde el desconocimiento. Ya no son *datos* a evaluar sino *significados* emocionales a comprender que le van a llegar vía identificación con su paciente. “Un verdadero médico no puede permanecer por fuera de los numerosos sucesos que observa”.⁸

Si con los datos se ponía en el lugar de un observador frente a un objeto de estudio (lo que puede llevarlo a cosificar a la persona que porta los datos) no puede dejar de estar, lo quiera o no, involucrado en las peripecias de una relación vincular. Ante alguno de los síntomas el médico se preguntará “¿cómo me sentiría si, por ejemplo, encontrara sangre en mis evacuaciones...?”, como le refiere el paciente. Tal vez reconocería miedo en él y de esta manera, lo asustado que puede estar su paciente.

En otras palabras, esta doble función, simultánea en su cumplimiento, permite al médico que mientras investiga los síntomas y signos pueda trabajar en un contexto donde se va a sentir involucrado y va a poder tratar al paciente como persona. Esta doble función médica, ejercida desde un mismo lugar, necesita de la capacidad del médico de dirigir simultáneamente su atención hacia adentro y hacia afuera, a la información que proviene de su paciente tanto como a la observación de sus propios estados psicológicos en relación con él. Con esto se ayuda a frenar la tendencia a hacer cosas por él y se estimula a pensar más sobre él. De esta manera estará más en condiciones de dialogar con su paciente para sugerirle, no para convencerlo, para mostrarse autorizado, no necesariamente infalible. En otras palabras, esta doble función lo ubica en el lugar de *observador participante*.

El médico actúa como observador participante. Participar quiere decir estar emocionalmente en contacto y observar es estar atento a las características del vínculo y sus emergentes.

Estos dos aspectos de su función deben estar integrados y con momentos en que se acentúe uno sobre el otro aunque siempre ambos presentes. De lo contrario aparecerá patología en el vínculo: la observación sin participación lleva a la cosificación y lo contrario, participación sin observación, a los procesos donde el médico pierde límites y distancia y se confunde con su paciente.

Ser participante significa aceptar que se es parte del campo de observaciones y de que en cierta medida, uno va a condicionar los fenómenos que se van a registrar en el mismo. Esta postura implica, a veces, para el médico contradecir sus convicciones científicas derivadas de las ciencias de la naturaleza basadas en postulados de riguro-

⁸ Gregg, A. “Humanism and Science”. *Bull NY Acad Sci* 1941;17:83-99.

sa objetividad, que supuestamente excluyen las impresiones y sensaciones personales.

Desde este punto de vista parecería que la Medicina pretendiera borrar al sujeto de su discurso. Sin embargo, en las ciencias sociales, donde el estudio de la Medicina cabe por derecho propio, la máxima objetividad se cumple cuando se incorpora al observador como variable de campo. Dice J. Bleger: "Hubo que recurrir a cierta ficción para el desarrollo y ejercicio de la Psicología y de la Medicina: ocuparse de seres humanos como sino no lo fueran. El contacto directo con ellos, como tales, enfrenta al técnico con su propia vida, su propia salud y enfermedad, sus propios conflictos y frustraciones".⁹

La disociación con que tiene que operar el médico es funcional u operativa, le permite graduar su distancia psicológica con el paciente sin aislarse emocionalmente de él. El médico necesita percibir los sentimientos que en él son promovidos por el paciente pero sin necesariamente actuarlos. Por ejemplo, si le genera irritación o fastidio, hallar los elementos que lo provocan, comprenderlo en sus motivos sin necesariamente mostrarlos como rechazo.

En general, las Facultades de Medicina no contemplan esta clase de aprendizaje. Sin embargo, los médicos perciben la necesidad de su enseñanza. En palabras de un clínico destacado: "Tomar una historia clínica, realizar un examen físico y llevar a cabo procedimientos médicos son consideradas habilidades 'aprendibles'. En cambio, expresar empatía y escuchar a los pacientes o a sus familias son considerados 'rasgos innatos'. Se sugiere que estos últimos serían características de personalidad no influidas por la educación. Hay crecientes evidencias de lo contrario... de que estos 'rasgos' pueden mejorarse a través de la educación médica".¹⁰

Para poder formarse en esta capacidad operatoria tan sutil, el médico y el estudiante, además de todos los otros componentes de su aprendizaje clínico, podrían detenerse en la observación de las madres en su vínculo temprano con sus bebés. Salvando la distancia que esta situación tiene con su tarea, le sería útil observar la sutileza de una relación que en cierta medida pasa por lo no verbal y su comprensión por medio de la *intuición*.

EL CUMPLIMIENTO DE LAS INDICACIONES MÉDICAS

El análisis de la entrevista permite poner de relieve alguno de sus aspectos valiosos. Para el médico, una buena entrevista determina las condiciones óptimas que le permiten operar con su mejor juicio clínico y aplicarlo en el proceso de diagnóstico y tratamiento. De esta manera, las instituciones de la salud disminuyen costos y el uso indiscriminado de recursos técnicos. Pero quien más lo nota es el paciente que se beneficia del enorme potencial terapéutico que tiene la relación médico-paciente. Entre otras ventajas,

una buena entrevista mejora el cumplimiento por parte del paciente de las indicaciones y recomendaciones médicas.

El cumplimiento de las indicaciones médicas es un problema mayor en Medicina. Es uno de los indicadores que señalan la calidad de la entrevista médica. Se calcula que el 50% de los pacientes no cumple ni total ni parcialmente con los tratamientos o con indicaciones vitales como, después de un infarto, seguir una dieta, bajar de peso, dejar de fumar y disminuir la actividad física, etcétera.

⁹ Bleger, J. "La Entrevista Psicológica". En: *Entrevista y Grupos*, Nueva Visión, Bs. As., 1971.

¹⁰ Duffy, D. "Dialogue: the core clinical skill". *Ann Internal Medicine* 1998;128:139-41

Se puede mencionar como factores que dificultan el cumplimiento de las sugerencias médicas: el bajo nivel de malestar subjetivo (por ejemplo en la hipertensión), negación de la enfermedad, beneficios secundarios, deseo de seguir enfermo, efectos indeseados de la medicación, instrucciones médicas complicadas o poco claras, etcétera. Pero, por sobre todas las cosas, por una mala o inadecuada relación médico-paciente. El paciente, entonces, deja la entrevista frustrado y resentido con el médico, y su consecuencia es el abandono de las sugerencias médicas. Para el médico también es desmoralizador enfrentarse con estos resultados de su práctica.¹¹

¹¹ Un estudio reveló que un tercio de los pacientes cumple las indicaciones médicas, un tercio lo hace a medias, un tercio no las cumple. Estas cifras no cambian con mayor severidad de la enfermedad. Sackett DL, RB Haynes. *Compliance with therapeutic regimens*. The John Hopkins, Baltimore, 1976.

XXVI

PSICODINAMISMOS FUNDAMENTALES DE LA ENTREVISTA MÉDICA

El paciente no es una mera colección de síntomas, signos, funciones alteradas, órganos dañados o emociones perturbadas. Es un ser humano atemorizado, esperanzado, buscando alivio, ayuda y reaseguro. Para el médico, como para el antropólogo, nada humano es extraño o repulsivo.

TINSLEY HARRISON,
Principles of Internal Medicine, 1950

Para realizar su tarea asistencial, eje y propósito de su trabajo, el médico utiliza la entrevista. La *entrevista* es un todo indisoluble pero del que pueden distinguirse, para su *análisis psicológico*, estos elementos: el nivel de intercambio comunicativo, la naturaleza del vínculo y el marco de referencia profesional.

a) La entrevista tiene como una de sus metas lograr información sobre los problemas por los que el paciente consulta y conocerlo como persona en un **diálogo** que resulte significativo. Para este propósito, no podría ser reemplazada por otros procedimientos que no tengan al médico y al paciente como sus naturales

protagonistas. Es el problema de generar y comprender significados lo que está en juego y sólo en la entrevista podrá distinguirse con algún grado de confiabilidad entre *lo que se dijo*, *lo que se quiso decir* y *no se dijo*, y *cómo fue interpretado lo que se dijo*. La manifestación de un dolor, su alcance y significado personal, sólo adquiere sentido en el marco de una relación intersubjetiva que pueda hacer de él una lectura siquiera aproximada.

b) La entrevista genera entre médico y paciente una relación emocional que el tiempo tiende a profundizar. Está implicado un **vínculo afectivo** desplegado en torno a la tarea médica, pero complicado por el inevitable arrastre del pasado que tomará forma en lo que conocemos como *transferencia* y *contratransferencia*. La tarea médica, en el centro de las preocupaciones de médico y paciente, recibirá los efectos de las ventajas y desventajas que propone la naturaleza afectiva de los vínculos. Empezará a tener importancia no sólo lo que ambos se dicen sino lo que *significan* inconscientemente el uno para el otro.

c) La entrevista tiene una dimensión de **encuadre** o *setting* profesional que enmarca la tarea y que tiene características sostenedoras del propio proceso terapéutico y le dan un importante valor pronóstico al desarrollo y evolución de la enfermedad. A su vez, desde el encuadre se pueden hacer consideraciones éticas sobre la relación médico paciente.

A continuación se amplían estos tres componentes de la entrevista.

A. DE LA TÉCNICA DE LA ENTREVISTA

No hay fórmulas técnicas absolutas para la entrevista sino propuestas orientadoras, simples consejos basados en *normas* generales. En última instancia, para el médico, su técnica es la *manera estratégica* de poner en juego su persona en la tarea profesional mientras respeta los *principios* o *reglas generales* de una buena entrevista. Toda técnica de entrevista está aplicada a ciertos objetivos que el médico considera deben ser logrados (como identificar los síntomas, hacer un diagnóstico clínico, que incluye un diagnóstico diferencial y proponer un procedimiento terapéutico). Pero, desde el punto de vista psicológico, estos objetivos son sólo parte de algo más abarcativo, más amplio, más *asistencial*.

La entrevista puede ser de dos tipos: **abierta** y **cerrada**. En esta última, las preguntas ya están previstas, tanto el orden como la forma de plantearlas. La entrevista cerrada se acerca a lo que fue definido como *interrogatorio médico*. En la abierta, por el contrario, el entrevistador tiene amplia libertad para las preguntas o intervenciones, permitiéndose toda la flexibilidad necesaria en cada situación o momento determinado. Sin embargo, según J. Bleger lo que carac-

teriza a una entrevista como abierta no es sólo la libertad para plantear preguntas, sino el intervenir de una manera tal que “el campo de la entrevista se configure al máximo posible por las variables que dependen de la personalidad del entrevistado”.¹ Considerada de esta manera, la entrevista abierta posibilita un contacto más cercano, más íntimo. Recuértese la importancia que tiene para la salud mental posibilitar y respetar vínculos de intimidad.

Por las características especiales de la entrevista médica, es necesario que tenga momentos en que sea lo más *abierta* posible, para que el paciente tenga el espacio necesario donde desplegar sus necesidades con la mayor libertad posible, y otros donde sea lo suficientemente *dirigida* como para permitirle al médico completar su tarea. Por supuesto, regular la presencia de ambos momentos no es sencillo: se trata de realizar una entrevista guiada hacia los objetivos del médico pero donde la iniciativa del paciente pueda también expresarse.

Se puede llegar a suponer, y de hecho muchos médicos y estudiantes lo hacen, que la entrevista abierta conduce a recolectar una infinidad de datos de la vida del paciente, irrelevantes para la tarea. En realidad, cuanto menos dirigida por el médico, más *dirigida* por el paciente, quien va seleccionando inconscientemente el material más relevante, según sus inquietudes y nivel de ansiedad. El médico puede reconocer estos signos afectivos y guiarse por ellos en sus próximas intervenciones.

El estar en contacto con la ansiedad del paciente y atento a la *selección* espontánea que éste hace de sus comunicaciones le permite al médico ir abriendo o cerrando con sus intervenciones el campo de la entrevista según las necesidades del momento.

¹ Bleger, J. “La entrevista psicológica”. En: *Temas de Psicología*, Nueva Visión, Bs. As., 1971.

El supuesto teórico de la entrevista, con sus momentos más o menos *abiertos*, es el de que cada ser humano tiene organizada una versión de la historia de su vida y un esquema de su presente, que incluye un relato fragmentario y disociado de su enfermedad, expresado en términos de malestares corporales, a menudo pleno de lagunas y contradicciones. De todo esto,

el médico habrá de escuchar lo que su paciente dice y deducir lo que no dice, no sabe o no puede decir.

En todo momento estos datos no deben ser evaluados en función de que sean ciertos o erróneos sino como provenientes de distintos sectores de su personalidad. Como lo dice Finesinger: “La enfermedad frecuentemente cuenta sus secretos en un paréntesis casual”.² Por el contrario, otras veces el paciente puede tener rígidamente organizado su relato, repitiéndolo de manera estereotipada, plena de detalles irrelevantes, con lo que el contacto emocional se empobrece y aburre. Por otra parte hay que tener en cuenta que la historia se va *haciendo* en cada momento, retroactivamente, significando el pasado desde el presente de manera de que cada época da una versión que puede coincidir o diferir con otras (*ver capítulo Retroactividad*).

¿Cuánto tiempo dura una entrevista? No hay un valor fijo establecido pero una buena entrevista de primera vez no puede durar menos de media hora a cuarenta y cinco minutos. Es que el contacto emocional lleva su tiempo aun cuando la información que se necesita pueda obtenerse antes.

El tiempo es la moneda de cambio más valiosa para la salud.

Los médicos se quejan universalmente de falta de tiempo y lo atribuyen a facto-

res externos que presionan en el sentido de obligarlo a tener contactos efímeros. Estos factores están presentes como así también las necesidades personales del médico de poner distancia en su tarea. No sólo importa el tiempo sino la *calidad* del vínculo. A veces no es tiempo lo que falta sino vida (en forma de atención, interés, preocupación, etcétera).

INICIANDO LA ENTREVISTA

Los momentos iniciales son decisivos y dedicados a establecer una *alianza de trabajo*. En general, predomina en ambos la ansiedad frente al encuentro relacionada con el mutuo desconocimiento. El paciente ha buscado al profesional para ser asistido, trae a la consulta sus temores, reacciona a las características personales del médico y al entorno físico sin tener conciencia de lo que significa para él. Todos los comentarios en apariencia triviales, que hagan alguna referencia a estas cuestiones, requieren ser registrados cuidadosamente porque son los que marcan los primeros indicios de la relación: la derivación, la atención médica previa, sus éxitos y fracasos, las dificultades de lograr un turno, etcétera, permitirán conectarse con el nivel de ansiedad del paciente, no para reaseguros prematuros, sino para monitorear la capacidad de iniciar y mantener el contacto.

La idea de alianza entre médico y paciente supone que hay un trabajo para hacer, el trabajo médico, para el que se requiere colaborar en una tarea y mantenerla a pesar de que va a estar permanentemente expuesta a los conflictos, ansiedades y defensas de los encargados de realizarla.

Una paciente de unos 45 años, con episodios de dolores en epigastrio, sospechosos de úlcera, consulta a la médica gastroenteróloga de la institución donde la han venido asistiendo varios médicos. Entra y dice:

² Finesinger, J. “Psychiatric interviewing”. *Am J Psych*. 1948;(105).

Paciente: *Hace ocho años que usted me atendió en el sanatorio... hicieron una junta médica... salió que tenía una hernia hiatal. ¿Se acuerda...?*

Médica (dudando): *Ah, sí, me resulta cara conocida...*

Paciente: *Estoy con el dolor otra vez.*

Médica: *¿Lo tuvo otras veces desde aquella vez?*

Paciente: *Varias, cada dos o tres años, el año pasado me agarró otra vez, la vez que usted no estaba, dijeron que no tenía turno... se tenía que ir ese día a las 4:30, nunca me lo voy a olvidar, tuve que atenderme con un médico, yo con las doctoras me siento más tranquila para hablar, los doctores me cohiben, con los años que tengo todavía los hombres me inhiben un poco... y bueno, antes también tuve otro episodio...*

Médica: *¿Qué le dio el médico aquella vez?*

En pocos minutos y con pocas palabras la paciente demuestra su necesidad de conectarse con un objeto que le resulte familiar y conocido para emprender la tarea y que a su vez la reconozca, sin importar los ocho años transcurridos. No se priva de hacerle un velado reproche por su ausencia pasada y de manifestarle, de paso, algo acerca de sus inhibiciones sexuales.

Para iniciar la entrevista, rara vez se hace necesario un intercambio verbal de comentarios intrascendentes. Por el contrario, se requiere que una *actitud claramente profesional* marque desde el comienzo el perfil de la entrevista. Profesional no quiere decir fría y distante sino cálida y atenta. Luego de los saludos respectivos el paciente puede empezar el diálogo de modo espontáneo, pero si esto no ocurre el médico podrá utilizar un gámbito de apertura suficientemente general y abarcativo:

*Entonces, qué cosas lo traen por acá...
¿Qué le pasa que pensó en consultarme?*

Bueno, cuénteme algo de lo que le sucede...

¿Qué le ha estado pasando últimamente?...?

¿Cómo se siente...?

O alguna formulación parecida que abriendo el diálogo permita mantenerlo fluidamente. Para ese propósito, el entrevistador puede emplear *recursos verbales* o *no verbales* que alienten al paciente a hablar más sin especificar o señalar todavía sobre qué. Esto permite al paciente hacer un muestreo de los temas de su preocupación y elegir los de su interés.

Los recursos *no verbales* incluyen la expresión facial, la mirada, los gestos, la postura, la inflexión vocal, elementos de la conducta del médico que permanentemente están afectando la comunicación con el paciente. Los recursos *verbales* que el médico puede emplear para facilitar que el paciente siga hablando y no se interrumpa son señales que demuestren interés, repetición de las últimas palabras o frases, como:

...dijo estar algo caído

...mencionó Ud. algo acerca de dolor en el pecho...

Durante la parte inicial de la entrevista convendrá que el médico utilice *el principio de mínima actividad*, aquél compatible con un desarrollo fluido de la misma y con los objetivos propuestos. Mientras se establece un marco de mutua confianza y posibilidad de trabajo clínico, es recomendable una actitud de base atenta y empática, a sabiendas de que no siempre puede ser mantenida.

Empatía *significa estar en contacto con los sentimientos del paciente, comprenderlos y aceptarlos, cualesquiera sea su naturaleza. Sin embargo, esta propuesta es tan exigente que en general excede la posibilidad emocional de cualquier ser humano.*

La capacidad del médico de percibir y comprender sus reacciones emocionales cuando éstas tienden a afectarlo en su actitud empática puede ayudarlo en recuperarla. Puede intervenir o permanecer en silencio, puede orientar el diálogo o esperar, puede confrontar algún dato o brindar un mínimo de reaseguros para que la conversación prosiga. Las posibilidades son muchas y requieren del médico mantener el contacto emocional con su paciente a sabiendas de que no siempre es posible.

ESTRUCTURANDO LA ENTREVISTA

La entrevista se va estructurando entre la necesidad de asistencia del paciente y la de asistir del médico. El paciente propone sus malestares, el médico redefine algunos como síntomas. El trabajo mental del médico le va sugiriendo a partir de los síntomas distintas posibilidades diagnósticas y por ahí desliza sus intereses. Estructura la entrevista de una manera sutil, semidirectiva. Promueve o inhibe ciertos tópicos con sus preguntas o su silencio en busca de diagnósticos presuntivos que ya funcionan en su cabeza como hitos orientadores. El contenido de la entrevista se va centrando cada vez más en los temas médicos, en especial los referidos al cuerpo y sus avatares.

La naturaleza del trabajo mental del médico lo lleva gradualmente a organizar la entrevista alrededor del llamado **motivo de consulta** o queja principal, y a desarrollar lo que se denomina en Medicina **la historia del padecimiento actual**, que es una elaboración muy completa del síntoma principal y otros añadidos, mezclados por el paciente con circunstancias vitales que enmarcaron su aparición. Lo pregunte o no, tiene en mente conocer *el dónde, el cómo y el qué del síntoma*, con lo que se juega internamente sobre ciertas pistas diagnósticas mientras va conociendo el estilo de vida del paciente y haciendo hipótesis acerca de

qué pudo contribuir a enfermarlo, cómo va a influir en su recuperación o en su cronificación. De la misma manera conocerá los llamados **antecedentes familiares** y los vínculos familiares actuales: con éstos determinará puntos de sostén o desamparo en relación a la enfermedad.

El médico construye mentalmente una historia clínica con los datos que organiza en torno a estos tres elementos: *el motivo de consulta, la historia del padecimiento actual y la crisis personal y familiar que condiciona*. Todo este itinerario mental es parte del llamado **criterio clínico** y su estudio está fuera de los límites de este trabajo aunque condiciona fuertemente el recorrido de la entrevista.

Con los intereses que le marca la clínica jugados en esa dirección, el médico necesita emplear preguntas abiertas que admitan una variedad de respuestas de las que el paciente pueda elegir alguna, a la manera de un múltiple *choice*. Pero puede necesitar hacer preguntas directas y también, llegado el caso, algunas que sólo puedan ser respondidas por un sí o un no. Aún en estas circunstancias cierto cuidado técnico puede ser de utilidad.

*¿Siente el dolor en el pecho como una presión, cómo una quemadura, cómo una lastimadura o cómo algo indefinido?
¿Lo que tuvo fue un dolor lacerante?*

Médico y paciente hablan el lenguaje corporal. El cuerpo se mete en la conversación. Téngase presente que no siempre hablan del mismo objeto. El paciente se refiere a él según su capacidad de simbolización. Hay pacientes que tienen una riqueza verbal muy grande para expresar sus molestias en términos más o menos metafóricos, otros en cambio las refieren en un lenguaje muy concreto. El médico tiene en mente un cuerpo biológico, no metaforizado. La disociación mente-cuerpo se desliza por ese hiato. Son muy importantes las imágenes

y explicaciones con que el paciente refiere sus síntomas, los detalles que emplea, las alegorías que utiliza.

Paciente: *...continuaba con el dolor... se me disipó en la panza... y pasó a la boca del estómago, como que se mueve de acá (se señala el abdomen) para acá... fui a la guardia...*

Médica: *¿Y mejoró?*

Paciente: *No, me siguió siempre, se me movía todo como si estuviera embarazada, ¿vio? como cuando la criatura se da vuelta...*

Un hecho especial y frecuente en el trabajo médico es el relacionado con situaciones penosas, dolorosas o terminales. El médico puede tener dificultades en manejar esos momentos críticos y una tendencia frecuente es eludir los temas, ignorarlos bajo el supuesto mágico de que si algo no es dicho no existe, que tocar un tema emocionante es despertar afectos incontrolables. El cuidado técnico de situaciones sensibles implica el reconocimiento del valor de la verdad, de la franqueza y del respeto que el otro necesita en tiempos de necesidad. Y que

la verdad requiere ser dicha en los mejores términos posibles, en el momento oportuno, con las palabras más adecuadas y en la medida de lo necesitado por el paciente.

No es infrecuente que el paciente le haga preguntas personales al médico, en cuyo caso se plantea su manejo técnico. Preguntas referidas a su edad, su familia o sus preferencias personales. En general, el diálogo que transcurre en la entrevista los involucra a los dos *pero está centrado en el paciente*. Cualquier pregunta, por inocente que parezca, tiene connotaciones emocionales fuertes para el paciente y sería prudente saber algo de su motivación antes de responderla. Más que para contestar, las preguntas persona-

les sirven para conocer aspectos de la relación con el médico. Es la preservación de la identidad profesional y de la privacidad lo que marca los límites del sinceramiento personal del médico.

Una paciente embarazada de 27 años, con un hijo normal de 2 años, psicopedagoga que atendía chicos discapacitados, comenzó con fantasías de dar a luz un bebé Down y quería de su obstetra que le indicara una amniocentesis a pesar de saber de sus riesgos y de la oposición del esposo. Como el obstetra dejaba enteramente en manos de la pareja la decisión, ella lo empezó a apremiar con preguntas: qué hubiera hecho él con su esposa en una situación similar, a lo que él le confesó que habría preferido hacerla por las dudas. A la paciente este dato le sirvió como sugerencia, siguió la indicación y tuvo complicaciones con el test que de todas maneras fue negativo. El médico debió responder no desde una posición personal sino conteniendo y atenuando los temores de la paciente, exagerados en su dimensión fantasmática.

LA TERMINACIÓN DE LA ENTREVISTA

Otro momento especial de la entrevista es su terminación. El momento debería, más allá de consideraciones horarias, dejar en ambos la sensación de que la entrevista ha llegado a su conclusión natural, que los motivos que la produjeron han sido en parte respondidos y la ansiedad por lo menos se ha atenuado. No es infrecuente que aparezcan con la culminación señales de ansiedad referidas a la separación inminente, a quedar nuevamente solo con los problemas, desprotegido, sin la figura reaseguradora en la que el médico se constituyó en la entrevista.

No está de más preguntarle al paciente si le quedaron cosas sin responder, no con el ánimo de abrir nuevos frentes sino de com-

pletar lo hecho y dar señales de que la entrevista está llegando a su fin. Los momentos de la despedida son difíciles para algunos pacientes sensibles a la separación. Pueden utilizar cualquier recurso para demorar la partida. Lo mismo puede pasarle al médico si la tarea le generó incertidumbre o no se le arma un diagnóstico en la cabeza.

Los comentarios finales están a cargo del médico: una apreciación general acerca de lo ocurrido, a la manera de una síntesis en la forma de palabras que el paciente se lleva con él hasta el próximo encuentro. Debe contener una breve referencia a los pasos a seguir de ahora en más. Para el paciente, el tener indicaciones concretas del próximo encuentro, días y horas, como también el saber qué hacer en situaciones de necesidad, acentúa la confianza y la capacidad de espera.

B. EL VÍNCULO EMOCIONAL: TRANSFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA

En el apartado anterior se mencionaron los aspectos técnicos verbales de la entrevista por los que médico y paciente pueden dialogar en los mejores términos posibles acerca de la tarea que tienen en común. El énfasis estaba puesto en lo que se dicen uno al otro.

Pero el diálogo se inscribe en el marco de una relación emocional en la que lo que médico y paciente se dicen depende de lo que piensa uno del otro, o de quién es uno para el otro. Lo que está en juego es el significado inconsciente de esa relación.

Una paciente de 29 años, embarazada por segunda vez, le dice a su obstetra, una médica a quien recién conoce: “Qué sorpresa, no pensé encontrarme alguien tan joven” y durante el transcurso de la entrevista acentúa la diferencia de edad en cuanta ocasión pue-

de. “El haber tenido un embarazo previamente me dio una experiencia muy importante, ya va a ver usted cuando los tenga...”. Evidentemente la empezó a tratar como a una hija a quien tenía que cuidar y transmitir una experiencia. En realidad se relacionaba como sentía que su propia madre la había tratado a ella, la mayor de tres hermanos. Repetía así un vínculo emocional pasado en el presente, cuando en función de su embarazo la relación madre-hija se movilizaba dentro de ella.

Los sentimientos frente a la entrevista son parte de relaciones previas con objetos del pasado que son transferidas al presente y gravitan en la nueva relación.

Por transferencia entendemos la actualización de emociones, actitudes y conductas inconscientes que corresponden a pautas establecidas en el curso del desarrollo histórico, en especial con los objetos primarios.

La definición enfatiza la relación afectiva o emocional que tiene connotaciones o raíces en el pasado y que distorsiona las situaciones del presente. En la paciente del ejemplo influyó en la forma en que ésta percibió, interpretó y actuó en la nueva relación. Repitió o trasladó sin darse cuenta pautas del pasado a una realidad presente y desconocida. Podía haber tenido en cuenta que la médica tenía una edad aproximada a la de ella y que podía tener ya entonces la experiencia de ser mamá (como en realidad tenía). Todo vínculo emocional integra los componentes de la realidad actual y la fantasía enraizada en el pasado. Es importante destacar que

En la transferencia se repiten vínculos tempranos, por ejemplo con los padres. Pero no con los padres tal como éstos fueron exacta o realmente con el niño

sino con los padres tal como el niño los vivió, los imaginó, inclusive con las características que les atribuyó.

La transferencia es un fenómeno universal, presente en todos los vínculos humanos, pero en especial en aquellos que generan condiciones de intimidad. Se observa con más intensidad en momentos emocionalmente significativos como lo son las situaciones de enfermedad por las que transitan las personas en cierto momento de sus vidas. En casos extremos muestran los aspectos inmaduros, desajustados y hasta irracionales en la conducta. Pero además, cuando la transferencia es intensa, tiende a suscitar en el interlocutor una respuesta que concuerde con su significado inconsciente y así cerrar un círculo de malentendidos.

La transferencia muestra la influencia del pasado sobre el presente y la fuerza de los fenómenos de la repetición en la vida mental.

La transferencia es uno de los descubrimientos más importantes del Psicoanálisis y el instrumento que permite investigar el pasado de las personas y actuar terapéuticamente.³ También tiene hipótesis acerca del porqué de la repetición transferencial y sus consecuencias, pero no son necesariamente pertinentes al ámbito de este trabajo.

Los intensos sentimientos transferenciales que se suscitan tienen menos que ver con la persona a la que van dirigidos que con la situación donde se reactivan. Si bien la transferencia da lugar a cualquier tipo de relación emocional derivada de los vínculos del pasado, en Medicina, las experiencias del *estar enfermo* activan regularmente vivencias primitivas de desamparo, desatención e inermidad propias de los vínculos tempranos, que propician fantasías

acerca de qué significa y de cómo es ser ayudado por objetos todopoderosos, incluidas fantasías patológicas de curación por las demandas y expectativas irracionales que expresan.⁴

Las ideas y emociones con que inevitablemente se tiñe cualquier situación nueva derivan de fantasías inconscientes que se vivencian como acontecimientos muy concretos y reales. Por lo tanto

es importante para el médico, en lo posible, tomar distancia del carácter transferencial de los sentimientos de su paciente, sin desconectarse de los intensos apasionamientos, tanto de amor y odio, de las idealizaciones o desvalorizaciones extremas que aparentemente tienen como destinatario a su persona.

Para comprender a su paciente más le vale conocer la percepción e interpretación que éste hace de su realidad, más que la de él como observador médico. A diferencia de la situación analítica donde la transferencia se interpreta, del médico se requiere que la tenga en cuenta y que la contenga, esto es tratar de no actuar en complicidad ni dejarse manipular por las expectativas irreales del paciente.

La contratransferencia comprende todas las respuestas emocionales del médico a las manifestaciones del paciente, el efecto que tienen sobre él.

La contratransferencia designa los sentimientos que el médico aporta desde su pasado, que pueden perturbar la comprensión de su paciente e interferir en su relación con él. Progresivamente se ha llegado a considerarla un instrumento valioso si el médico puede conectarse con las emociones que

³ Freud, S. "Más allá del principio del placer" (1920). En: *Obra completa* XVIII. Amorrortu, Buenos Aires, 1992.

⁴ Ferrari, H. "Una resistencia al psicoanálisis". *Psicoanálisis* 1993;(XV)2.

surgen de la relación con su paciente, comprenderlas e instrumentarlas en su trabajo. Por ejemplo, la obstetra del caso comenzó a sentirse irritada con el rol de hija dependiente que le adjudicaba la paciente. Necesitaba rastrear sentimientos de su historia personal que lo explicaban, registrarlos como emergentes de la situación actual y gradualmente permitir que surgiera otro tipo de vínculo en el que la paciente le permitiera asistirle en sus aspectos necesitados.

Tal como sugiere Isca Salzberger, en una situación asistencial es necesario preguntarse: “¿Cómo me hace sentir este individuo?, y ¿qué me dice esto acerca de él, de la naturaleza de la relación y del efecto que él ejerce en los demás?”⁵ Este tipo de conocimiento se genera a partir de contener primero y comprender después los sentimientos surgidos en el seno de la relación con el paciente. Se objetará que ésta es una tarea demasiado exigente para el médico. Pero más lo son las demandas emocionales del paciente cuando recaen sobre él sin poder ser entendidas.

En la extensa gama de reacciones afectivas posibles de desarrollarse, *la ansiedad* ocupa un lugar especial. Constituye un indicador de la marcha de la entrevista. Debe ser registrada en su grado e intensidad, porque dentro de determinados límites es un agente motor de la relación. Cuando es excesiva, la entrevista puede perturbarse en su desarrollo, y si está muy sofocada puede detenerla. Cumple la importante función de motivar al paciente a comunicar sus cosas. El transcurso de la entrevista dependerá de la ansiedad del paciente, que fluctúa de momento a momento, de las defensas que utiliza y de la tolerancia del médico a la misma.

El médico puede modular la ansiedad con su empatía, su contención y su actitud comprensiva sin recurrir al apoyo directo o a los consejos prematuros.

Hay matices de la ansiedad donde priman la desconfianza y el recelo frente a un vínculo con un desconocido, como sucede al comienzo de la entrevista, o surge matizada por la tristeza y la pena porque el encuentro se interrumpe, como sucede al terminar la misma. El médico necesita entender cómo se enfrenta el paciente con los momentos iniciales de contacto y cómo tolera las separaciones. El encuadre médico sirve de fuerte continente a los avatares del contacto, la separación y las ansiedades que se generan en la entrevista. Por eso es importante ahora referirse a él.

C. EL ENCUADRE MÉDICO

Las necesidades humanas son múltiples como múltiples las respuestas que la sociedad organiza para responderlas de una manera institucional. Cada demanda tiene respuesta desde un determinado encuadre que delimita un campo, propone un procesamiento, define el marco de su tarea, trabaja con teorías que fundamentan su práctica.

No hay tarea profesional sin un *encuadre* que la defina. Si una persona es golpeada por su pareja y sufre traumatismos múltiples puede necesitar sucesiva o simultáneamente consultas médicas para su lesiones (encuadre médico), iniciar una demanda en la justicia (encuadre jurídico), solicitar ayuda psicológica (encuadre analítico), etcétera.

El encuadre asigna a los protagonistas un lugar mental desde donde ubicar la problemática y permite delimitar una determinada situación. Podemos reconocer y distinguir una situación jurídica de una situación analítica o de una situación médica y así sucesivamente.

El estudio del encuadre proviene del Psicoanálisis, donde es estudiado y utilizado en términos muy estrictos, como una

⁵ Salzberger, I. *La relación asistencial*. Amorrortu, Buenos Aires, 1970.

parte muy importante del método.⁶ Pero sus consideraciones pueden ser aplicadas para comprender su función en otros campos del saber humano. El encuadre coloca a dos o más personas en roles bien definidos en una situación donde se atienen a ciertas reglas para una tarea determinada y deben compartir un código en común. En la medida en que define una tarea excluye otras por lo que prescribe qué se puede o no se puede hacer.

Asimismo, el encuadre genera una *cier-ta asimetría* en la relación que es inherente a la asignación de lugares y funciones y por la que el cliente otorga y el profesional asume la *autoridad* necesaria para cumplir su tarea. Si la asimetría se pierde, habrá confusión en los roles y pérdida de la relación profesional. Pero si la asimetría se extrema, el rol profesional pasa a ejercerse con *autoritarismo*.

¿Cuáles son los elementos del encuadre médico que están presentes en la entrevista? La relación médico-paciente se instala como un proceso en un encuadre del que forma parte. Si cada encuadre propone fines u objetivos, ¿cuáles son los de la tarea médica? En principio, los objetivos de la tarea médica son dar una respuesta asistencial a las necesidades que las personas plantean en términos de salud y enfermedad. Esta formulación de las metas del trabajo médico pone énfasis en la asistencia.

Asistir, según el diccionario, es “acompañar, estar presente, socorrer, favorecer, ayudar. Tratándose de enfermos cuidarlos, procurar su curación...” Viene de *ad sistere* que significa *detenerse*. Asistir es estar presente en el lugar y detenerse. Éste es para el médico el marco general desde donde el encuadre contextualiza su tarea, que incluye la historia clínica, el examen corporal, el diagnosticar, el medicar. Pero el encuadre es también

la actitud de poner su mente en disponibilidad para las necesidades emocionales movilizadas en torno al pedido de consulta.

Los encuadres profesionales están sostenidos por fundamentos científicos teóricos e ideológicos. En la medida en que funcionan como conceptos *a priori* pueden producir cierta deformación en la tarea y alimentar algún reduccionismo operativo. En el área de la salud, diferentes profesionales fragmentan el campo en función de sus marcos teóricos referenciales de origen. Los médicos aportan una concepción decididamente biologicista excluyendo lo emocional. Por su parte, los que provienen del campo de lo psicológico pueden omitir lo biológico en base a su propio marco teórico. Un mismo objeto de estudio e interrogación resulta separado. Buena parte de lo que se conoce como disociación mente-cuerpo es el efecto del encuadre operando sobre situaciones asistenciales que no deberían ser abordadas separadamente.⁷

EL ENCUADRE COMO ORGANIZADOR

En el curso de la entrevista médica, el encuadre, en tanto esté presidido por una actitud asistencial, ofrece la posibilidad de organizar y atenuar el malestar que acompaña la consulta. Cuando la salud se ve amenazada, la angustia por la situación puede alcanzar niveles desorganizantes y llegar a ser vivida en términos siniestros. Nada sino malas noticias impactan al paciente.

El encuadre de la consulta médica, en tanto organiza el campo de percepciones y significaciones del paciente, permite el despliegue de una tarea, le fija sus límites y soporta las ansiedades ligadas a la presunta enfermedad. Que algo sentido inicialmente como vago e indefinido pueda ser ubicado,

⁶ Etchegoyen, H. *Fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Amorrortu, Buenos Aires, 1986.

⁷ Isaac Luchina decía que son los encuadres médico y psicológico los que generan la disociación mente-cuerpo.

identificado y pasar a ser parte de lo conocido atenúa la incertidumbre. El hecho que el paciente supone que el médico *sabe* lo que le pasa calma su angustia y abre un compás de espera que introduce la esperanza.

Una entrevista llega a buen término por haber organizado y transformado un malesstar desconocido y amenazante en algo conocido y manejable. Se dice entonces que el encuadre pudo *contener* los elementos disruptivos de la mente del paciente y atenuarlos, lo que lleva a considerar los aspectos terapéuticos del encuadre médico por su capacidad continente.

EL ENCUADRE COMO CONTINENTE

La función terapéutica del encuadre consiste en contener y sostener el dolor emocional y otros afectos que se movilizan en torno a la enfermedad. La actitud del médico situado en su lugar asistencial es interpretada por el paciente como que “esta persona se preocupa, tolera mi desesperación y no le teme, puede contenerla sin afectarse... entonces también yo puedo tolerarla”. Así incorpora la posibilidad que se le brinda de sostén para sus aspectos necesitados o desesperados. La ansiedad se le hace manejable, puede empezar a tolerar la espera, el alivio aparece en la medida en que siente que *alguien* está a cargo de la situación, le ayuda a librarse del dolor y se ocupa, alguien que no ignora o niega la realidad de sus temores sino que los comparte, les asigna dimensiones razonables, sin alivios falsos, sin engaños, sin abandonarlo.

Si el médico no está en contacto emocional no brinda esta posibilidad de alivio o el paciente puede sentir que sus peores sospechas son fundadas y que sus temores son tan graves que no pueden ser soportados ni por el médico.

La función continente del encuadre se puede *modelar* comparándolo con el de la

mamá ante el llanto de su bebé necesitado y la contención emocional que le brinda el sentirse firmemente sostenido en brazos. Implica naturalmente que la madre comprenda e interprete los temores de su hijo y responda con un contacto corporal que lo apacigüe. La imagen de sostén se ha difundido con la palabra inglesa *holding*, literalmente “retener con amor o afecto, recibir y contener, soportar, sostener firmemente, mantenerse en una posición o relación determinada...”

En Psicoanálisis, el concepto se lo debemos principalmente a D. Winnicott⁸ con el que señalaba un aspecto de la función que una madre desempeña en el desarrollo emocional de su hijo. Se trata de cuidar al bebé, de servirle de sostén y de contener sus miedos, permitiéndole la integración y el crecimiento. Nótese que ello requiere que la madre comprenda el temor de su hijo y le de una respuesta en términos de contacto afectivo y corporal. Por ejemplo, al escuchar el llanto aterrizado de su hijo la madre responde levantándolo, sosteniéndolo, calmándolo con palabras. Sus brazos son una especie de apoyo que dicen al bebé que no se lo dejará caer, que se lo mantendrá íntegro y a salvo. La actitud materna capaz de contener el temor de su hijo permite a éste consolidar una experiencia interna de que el mismo es soportable y que, al debido tiempo, algo podrá hacerse con él. De este modo, junto al dolor y la desesperación surge la esperanza. El hecho de no responder en forma apropiada, produce la sensación de que el otro no puede soportar la agresión, el dolor o las amenazas y hace cundir la desesperanza.

En el médico, la capacidad de tolerar el sufrimiento ajeno es uno de los baluartes de su función asistencial y donde más resulta puesta a prueba su aptitud continente.

⁸ Winnicott, D. *La posición depresiva en el desarrollo psicológico normal. Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Ed. Laia, Barcelona, 1955.

Pero fue W. Bion, un psicoanalista inglés, el que completó este modelo que es también útil para pensar *por analogía* el rol asistencial del médico.⁹ Se trata de la capacidad de los padres, no sólo de cuidar, sostener a su hijo y preocuparse por él, sino de pensar, clarificar, discriminar, darle significado a las experiencias, regulando así el dolor y la angustia. El identificar emociones y sentimientos y darles nombres apropiados produce cierto orden, disminuye la amenaza, calma la ansiedad. Las situaciones se hacen más manejables porque *alguien* puede empezar a reflexionar sobre ellas.

Originalmente la madre lo hace poniendo su mente en contacto con la de su bebé, en un estado de ensoñación o *reverie* para meditar cariñosamente en él, comprender su estado emocional y transformar con su actitud y su mirada contenidos mentales de terror en algo capaz de ser tolerado y eventualmente pensado. Así como el bebé puede, a través de procesos mentales muy primitivos, evacuar el dolor y la frustración en la madre y ésta se los restituye más soportables, el paciente puede alojar sus alarmas, sus miedos y temores mágicamente en el médico y con su ayuda empezar a tolerarlos.

El encuadre recrea en el vínculo médico-paciente la posibilidad de que una mente en contacto y puesta a disposición de otra ejerza un verdadero efecto asistencial. Las posibilidades terapéuticas del encuadre son sostenedoras de la esperanza en tanto transmiten al paciente la idea de que *no importa cuán difícil es el momento actual, vale la pena enfrentarlo a la espera de tiempos mejores...*

LA DIMENSIÓN ÉTICA DEL ENCUADRE

La Bioética se define como la aplicación de principios éticos al ámbito de la Medicina y de la salud. Dentro de un vasto campo tiene

como uno de sus objetos de estudio la relación médico-paciente. La Bioética entiende los problemas surgidos en dicha relación desde los llamados *principios de autonomía* (respetar las decisiones del paciente con respecto a la realización u omisión de un tratamiento), *de beneficencia* (el médico debe procurar el bien del paciente) y *de justicia* (distribución equitativa de los recursos de la salud).

Sin embargo, una de las críticas que se le hacen es que estos principios son demasiado generales y que aparecen alejados de las problemáticas clínicas concretas: ¿cómo respetar las decisiones de un paciente que van en contra de su salud?, ¿cómo y quién define el bien?, ¿cómo puede el médico administrar con justicia los recursos para la salud?

Raymod Tallis plantea así sus dudas en esta cuestión: “La brecha entre el discurso de los bioéticos profesionales y los procesos de toma de decisiones en la complejidad del mundo real de la práctica médica cotidiana, explica porqué pocos médicos que conozco leen libros sobre Ética Médica. Muy pocos consultan esos libros para resolver dilemas éticos específicos... Más bien en estos temas se avanza estrechando el análisis del contexto dentro del cual se define una práctica clínica legítima”.¹⁰ Esta cita sugiere tener en cuenta *el contexto* o encuadre desde donde definir la legitimidad ética de una práctica.

Siguiendo este consejo, en este apartado se considera el tema de la ética desde esta perspectiva, que incluye esta pregunta: En una situación clínica determinada, ¿se respetó o se transgredió el encuadre profesional médico?

Los problemas surgidos en la relación médico-paciente pueden ser analizados desde los fundamentos éticos que pro-

⁹ Bion, W. *Aprendiendo de la experiencia*. Paidós, Buenos Aires, 1969.

¹⁰ Tallis, R. *The Times Literary Supplement* 1/30/98.

pone el propio encuadre profesional y desde el que pueden ser entendidos como un respeto o un ataque a la tarea médica profesional.

Como se mencionó más arriba, el encuadre médico, como todo encuadre, define qué se puede hacer y qué no se puede hacer en función de sus objetivos. En el caso de la relación médico-paciente los objetivos son claramente asistenciales y deben ser atendidos de una manera profesional. En la medida en que se preserve el *encuadre profesional*, la relación personal, familiar o social entre sus protagonistas debería estar, para beneficio de ambos y en términos generales, excluida. Este principio es una fuerte ayuda para que el médico evite caer en abusos.

Cuando un médico utiliza a su paciente para gratificar sus propias necesidades, de la naturaleza que éstas sean, como usar al paciente, manipularlo, seducirlo o engañarlo, se expone a ser cuestionado éticamente. Se puede tratar de pequeñas o graves transgresiones. En general, el médico no llega a extremos, pero suele bordear una zona potencialmente peligrosa, racionalizando su accionar de muchas maneras, a veces con la excusa de que “el paciente lo consiente” o “el paciente lo necesita”.¹¹

Ejemplos que pueden derivar en problemas éticos: el tema de los regalos, relación sexual entre ellos, abuso o usufructo de la relación, tuteo, verdad o mentira, preservar la confidencialidad o violación de la privacidad. En todos estos ejemplos se plantea dónde está puesto el *límite* y cuál es su fundamento.

La ética del encuadre exige que la tarea sea preservada ante cualquier otra consideración. Las estipulaciones profesionales del encuadre funcionan *sobre ambos con fuerza de ley, pero es el médico el principal sostén de esa defensa*. El médico no puede utilizar

la situación y las condiciones emocionales que de ella surgen para su propio beneficio. La relación médico-paciente es por definición asimétrica, genera un poder que el paciente otorga al médico, ante quien puede someterse o contra el que a menudo no puede rebelarse. El médico puede usar ese poder con autoridad para proteger la tarea que ambos tienen entre sí o puede identificarse con ese poder para sacar provecho de la situación.

Una paciente había tenido una operación estética con óptimo resultado, salvo un pequeño engrosamiento de una parte de la cicatriz y un queloide, por lo que el cirujano le propone una pequeña intervención para corregirlas. Para la paciente se trataba de cirugía menor y optativa. Tenía muchas dudas, tardó mucho en decidirse, pero lo hizo cuando le pidió al cirujano anestesia local y éste, aunque le planteó reparos, accedió. El día de la operación, ya en la Clínica se encontró con que el médico le había reservado una habitación para pasar la noche internada, llegó acompañado por el anestesta y ambos insistiendo en las ventajas de la anestesia general. La paciente se sintió acorralada, sin poder de decisión y sometida a dar su consentimiento contra su voluntad y a último momento.

Para imponer su criterio, que seguramente en este caso era adecuado, el médico debió apelar a su autoridad, aquella que proviene del cuerpo de conocimientos de la Medicina como ciencia y de la práctica de sus colegas. Su autoridad deriva de un poder que “le otorga la Medicina”, debe prestarle oídos y hacerlo oír al paciente. “No se lo digo yo, es a la Medicina a la que tiene que escuchar”. Su actitud, por el contrario fue autoritaria, asumió un poder personal, manipulando la

¹¹ Gabbard G, C Nadelson. “Profesional boundaries in the physician-patient relationship”. *JAMA* 1995;273(18).

situación y forzando la voluntad de la paciente para poder operarla como consideraba que era necesario. Pero ni siquiera la tarea se pudo realizar en los mejores términos po-

sibles: *Dado el modo como se planteó la situación, tampoco se cumplió con el requisito de los exámenes de la evaluación prequirúrgica.* Se corrieron riesgos.

XXVII

TEMÁTICAS ESPECÍFICAS EN SALUD MENTAL

Dra. María Lea Kuperman de Kuitca

Dra. Ana Coll

Dr. Héctor Ferrari

Nora Barugel

ABUSO SEXUAL INFANTO-JUVENIL

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El maltrato infanto-juvenil se ha manifestado, a lo largo de la historia de la humanidad, como: maltrato físico propiamente dicho, emocional, negligencia o abuso sexual. En el campo de la Pediatría, se creó en el Hospital de Clínicas de Buenos Aires la primera cátedra a cargo del Dr. Durand, en 1882; al predominar el concepto biológico se consideraban las enfermedades sólo desde una concepción biomédica. Mucho después, en la primera mitad del siglo XX, se dio cabida al factor psicológico y así recordamos los escritos de Sigmund Freud sobre sexualidad infantil. En nuestro país, los doctores Arnaldo Rascovsky y Florencio Escardó fueron renovadores del enfoque pediátrico, aportando el concepto bio-psico-social de todas las enfermedades.

Pero han sido el Dr. C. Henry Kempe y sus colaboradores, quienes en el año 1962 (*Journal of the American Medical Association*) propusieron una entidad clínica a la que denominaron *Battered Child Syndro-*

me. Se trataba de cuadros derivados de la violencia hacia los niños, aportando la descripción del Abuso Sexual.

En Argentina, la pionera en la detección de estos casos fue la Dra. Diana Becher de Goldberg que desde el Hospital de Niños “Dr. Ricardo Gutiérrez” hizo sus observaciones con un enfoque psicoanalítico, tema en el que trabajamos juntas desde 1970. En 1974, el gran pediatra argentino Dr. Carlos Gianantonio le solicitó el estudio psicológico de la familia de un lactante que presentaba fracturas múltiples; su apoyo constituyó un aporte clave, pues la idea de que los adultos podían ser los que maltrataran a sus propios hijos era rechazada aún por los pediatras.

El reconocimiento del maltrato a los niños sería otra herida al narcisismo del ser humano, además de las ya descritas por Freud (su morada, la Tierra, no es el centro del Universo; pertenece al mundo animal y desconoce mucho de lo que sucede en su mente).

En 1989 se firmó la Declaración de los Derechos del Niño; en nuestro país, se le dio curso en 1994 a través de la Ley sobre Violencia Familiar N° 24.417, reglamentada

en 1996; esta ley continúa siendo estudiada permanentemente pues el abuso sexual es un problema muy complejo para la justicia.

LA CONCEPCIÓN PSICOANALÍTICA DEL ABUSO SEXUAL

Grandes sectores de la sociedad rechazan, minimizan y creen que son exageradas las denuncias de Abuso Sexual: *este término debe ser reservado para un determinado trato de adultos significativos hacia un niño o púber y sucede mucho más de lo que se cree.*

La presencia en el ser humano de la pulsión incestuosa, que se concreta como pulsión destructiva, sólo es contrarrestada por el impulso de vida; las buenas experiencias identificatorias con las personas que crían al niño, permiten la resolución del conflicto edípico y la integración de la personalidad. Es decir, que dicha resolución se ve favorecida o perturbada según el decurso de la primacía del amor o de la violencia, respectivamente, en el núcleo que convive con del pequeño.

La mayoría de los autores definen el Abuso Sexual como la participación de un niño en actividades sexuales que no comprende totalmente, que por lo tanto no está preparado para aceptar o rechazar y que violan los tabúes sociales.

El concepto de **horror al incesto**, descrito por Sigmund Freud, nos ilustra en la comprensión de esta problemática que al ser rechazada, interfiere en su reconocimiento y por lo tanto en la intervención precoz psicosocial que evite en el futuro graves consecuencias.

Los profesionales de la salud en general, incluyendo los de la Salud Mental, no tienen dificultades en reconocer síntomas que se consideran derivados del conflicto edípico en los niños, como rivalidades, celos, agresividad, somatizaciones, dificultades intelectuales, etcétera. En cambio, niegan la existencia de la conducta sexual abusiva

adulto o suponen que tal conducta, de existir, se haría fácilmente evidente con lo que el diagnóstico sería sencillo. *Nos encontramos así frente a severas dificultades inter e intradisciplinarias para abordar esta problemática.*

Los pediatras y los maestros son las personas que pueden actuar para la *prevención primaria* pues el estar asiduamente con los niños les permite detectar el maltrato. Pero muchas veces no lo hacen.

Generalmente, cuando un niño normal manifiesta algún tipo de compromiso sexual con un adulto se desvirtúa su testimonio considerándolo como fabulación, en tanto que se fuerza la credibilidad del testimonio del adulto.

Para que me puedan acompañar en la comprensión del tema, debemos diferenciar *Violación de Abuso Sexual*. Son términos que implican situaciones *muy diferentes* pero que al ser usados consensuadamente pueden confundir, conduciendo a un grave error clínico.

El concepto de Violación debe reservarse para una situación accidental, pues se trata de un episodio con una persona extraña al medio del niño. Por lo general están comprometidos los genitales de ambos participantes y puede ser seguido de situaciones muy dramáticas como la muerte de la víctima. En estos casos, el niño no tiene reparo en *recurrir inmediatamente* a pedir ayuda a su familia que, a su vez, también *recurre inmediatamente en busca de la autoridad competente*. Esto hace que la situación se conozca, se difunda, y el niño se sienta acompañado, pudiendo de ese modo recibir los tratamientos indicados rápidamente.

Muy por el contrario, el término de Abuso Sexual se reserva para un hecho reiterativo, con intervención de la seducción, que ocurre *dentro de un medio íntimo*; se puede tratar de uno de los miembros de la familia nuclear o de la familia extendida –parientes, amigos, maestros o personas a cargo–, es decir, de todo aquel que pasa

largo tiempo con el niño, en quien reconoce el depósito de confianza por parte de los padres y con el que hay un vínculo de afecto; esto nos hace comprender el por qué puede recaer sobre dichas personas la proyección de fantasías edípicas incestuosas normalmente presentes en el desarrollo psicosexual de todo niño.

Resulta llamativo el ajuste del niño a la situación abusiva. Su conducta frente al problema crea prejuicio en sus progenitores y personas de confianza. Roland Summit (1982) describe el **Síndrome de Acomodación** proponiendo cinco características: 1º el secreto, 2º sentimiento de desprotección, 3º acomodación a la situación, 4º denuncia tardía y 5º retracción de la denuncia.

El secreto del incesto es mantenido consciente o inconscientemente por todos los participantes del conflicto, razón por la que preferimos pensar en términos de grupo incestuoso.

El Abuso Sexual no tiene una motivación genital en el sentido del desarrollo psicosexual del adulto y los genitales son utilizados como instrumentos de la sexualidad regresiva e infantil del adulto, ya sea oral u anal.

El Abuso Sexual puede comenzar muy tempranamente, hacia los 2 ó 3 años de edad y continuar por largos años. Desde el punto de vista psicoanalítico también consideramos que hay abuso sexual, aun cuando no se trate de penetración anal o vaginal, en los casos en que encontramos toqueteos, masturbación, felación, exhibicionismo, participación en espectáculos pornográficos, etcétera. Algunas acciones no representan violencia física propiamente dicha pues interviene la seducción, pero el trato violento puede agregarse secundariamente a través de coacción para que el niño no revele lo que está sucediendo.

Ya dijimos que el hecho del lazo afectivo proporciona la comprensión de porqué

el niño *no denuncia los hechos inmediatamente. A veces la denuncia es indirecta, como cuando un pequeño solicita a un adulto cercano repetir lo que le hace otro, pues le ha resultado placentero y no desea que se suspenda*; sólo denuncia tardíamente cuando las acciones han superado el tono erógeno normal gratificante, ha recibido amenazas o bien en la pubertad, cuando comienza a luchar por su independencia que se ve coartada a partir de las exigencias que suele imponer la familia endogámica. Allí la denuncia es tardía, rechazada y confundida con acciones de rebeldía juvenil.

Aun más dramáticamente, cuando la oposición a la denuncia es muy fuerte o se temen las consecuencias de la revelación—separación de los padres y hasta prisión de la persona sindicada como transgresora— *el niño latente o púber puede retractarse.*

SINTOMATOLOGÍA

El hecho de que no haya signos manifiestos no significa que el abuso no haya ocurrido y que una variada sintomatología aparezca más tarde, aun después de muchos años, en forma de enfermedades psicosomáticas o mentales de mayor o menor gravedad. Pocos niños presentan lesiones en genitales, enfermedades venéreas o embarazo; en la niña púber, aproximadamente un 30%. La mayoría de las veces se trata de formas que llamamos abuso *mediano*, por lo tanto el médico debe estar dispuesto a considerar el cuadro como una entidad clínica dentro de sus diagnósticos diferenciales.

En los niños preescolares encontramos fundamentalmente síntomas psicosomáticos, como dolor abdominal recurrente y cefaleas; en la zona genitourinaria sintomatología que no evidencia lesión por accidente. La masturbación que el niño realiza consigo mismo no produce hematomas. Otros indicadores son picazón, dolor o hemorragia que no tengan explicación clínica, cuerpos extraños en vagina o ano, dilatación anor-

mal de uretra, ano o vagina; temperatura elevada recurrente sin explicación clínica, etcétera.

Los niños latentes suelen presentar repentinos trastornos en su conducta tales como retraimiento o agresión y un marcado descenso en su rendimiento intelectual, razón por la que muchos padres pueden consultar al pediatra.

Los púberes presentan fundamentalmente problemas sociales severos, drogadicción, delincuencia, agresividad. También anorexia, bulimia y todo tipo de autoagresión, llegando al suicidio, como consecuencia de acciones abusivas de larga data que recién hacia la pubertad comprenden en su totalidad.

Al igual que los recuerdos de la primera infancia el abuso sexual temprano está destinado al olvido; más al tratarse de hechos profundamente traumáticos se continúan en la vida adulta con variada sintomatología manifestada en las distintas áreas de la personalidad, soma, mente o mundo externo. Desde hace algunos años se entabló una discusión entre profesionales que aceptan la posibilidad de la *memoria recuperada* del abuso sexual infantil, a través de un tratamiento psicoanalítico o de algún hecho emocional, y profesionales que lo consideran como un hecho de nivel hipnótico o de mal manejo terapéutico (*Sexual Abuse Recalled*, Judith L. Alpert y col., 1995).

PSICODINAMISMOS

EN EL GRUPO ABUSADOR

Desde el vértice psicopatológico son también diferentes las personalidades transgresoras y las constelaciones familiares donde ocurre el abuso. Una primera aproximación es distinguir las acciones abusivas basándonos en trastornos fijados o regresivos. A los primeros los denomino Paidofílicos fijados, tratándose de psicóticos o psicópatas graves que, por constituir un peligro social, requieren el accionar jurídico-social frente a

la violación y otras acciones delictivas. No es posible considerar la reconexión vincular de los niños abusados con estas personas.

Nosotros desarrollamos este tema considerando la existencia de cuadros regresivos a partir de núcleos psicóticos en personalidades melancólicas o psicopáticas. En los cuadros melancólicos encontramos que, frente a determinadas situaciones tales como duelos por la muerte de personas cercanas, divorcios, pérdida de autoestima, etcétera, algunas personas pueden caer en cuadros depresivos y actuar de variadas maneras. Las personalidades de acción, es decir, aquellas que poseen rasgos psicopáticos, incluyen lo sexual dentro de una modalidad abusiva del poder pero lo limitan a la forma endogámica sin llegar a los cuadros de violación antes descritos.

El abuso sexual infanto-juvenil, ya sea de tipo mediano o grave, siempre responde a la búsqueda de realimentación libidinal del adulto en el cuerpo del niño. Éste puede, por amor, curiosidad o por sufrir carencia y desprotección, aceptar incondicionalmente dicho trato.

No existe mayor desilusión para un niño que la de ser abusado por las personas en las que tiene puestas expectativas de cuidados y amor.

Existe generalmente una coalición inconsciente de los padres a través de una fantasía proyectiva de su propio anhelo edípico cumplido y por lo tanto atribuyen al niño un poder persecutorio; en ese caso lo odian y lo atacan, aunque conscientemente creen amarlo.

El niño entre los 2 y 3 años cursa el cenit de la etapa anal, accionando sobre el medio familiar, desarrollando una conducta sádica y exhibicionista; si en esta situación encuentra un adulto en estado regresivo anal, se puede formar una coalición que intenta denigrar a un objeto materno primario deprivador, igualándolo a las heces.

De acuerdo a las series complementarias estos hechos pueden ser más o menos contenidos por la mente del niño, manifestándose distintas patologías cuyo gradiente puede ser:

- 1) cuando logra desarrollar una cierta capacidad represiva, por lo general lo es de sus impulsos anales, con negación de los afectos, dando lugar a una personalidad obsesiva, *pseudoadulta*, denominada *Personalidad como si (As if personality)*.
- 2) cuando conserva un vínculo objetal que le otorga una mínima capacidad de deflexión de su instinto de muerte puede desarrollar sentimientos de persecución y conductas defensivas desplazadas a la sociedad; entonces encontramos conductas psicopáticas.
- 3) cuando el interjuego del sadismo oral y anal se une a una historia de temprana y constante sobreestimulación y privación se produce la negación del peligro, de la angustia de aniquilamiento y el resultado es una conducta de complacencia con el objeto; este vínculo es disociado en un objeto bueno y un sujeto malo, que lo lleva a la autoagresión y hasta al suicidio.

Cualquiera sea el cuadro psicopatológico subyacente en la personalidad de los padres se observa como *alteración principal que los roles de madre y padre se limitan a una nominación, es decir, que no cumplen la funcionalidad necesaria; los vértices de la triangulación edípica no se mantienen y se puede graficar como un triángulo aplastado donde los personajes conforman una línea con lugares intercambiables, típica del incesto.*

Esta desorganización familiar básica genera el sentimiento de **desprotección**, componente del Síndrome de Acomodación antes mencionado.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Éstos tienen como eje central **la seguridad física y psíquica del niño**. Como dijimos, el diagnóstico de Abuso Sexual es muy complicado pues en un 80% de los casos no hay signos o huellas evidentes y los que lo son para una Psicología Profunda como el Psicoanálisis –detectados y confirmados en horas de juegos, dibujos o test– no lo son para otras disciplinas; es por eso que la denominación que utilizamos es la de *Presunción de Abuso Sexual*.

Desde el Psicoanálisis proponemos no considerar como un grupo monolítico de delinquentes a las personas transgresoras. *Realizadas las acciones para suspender el maltrato* se debe encarar el estudio del diagnóstico y tratamiento psicológico con gran detenimiento para ver qué es conveniente implementar en cada caso y cómo conservar el mínimo de vinculación recomendable con el grupo trasgresor.

Estos aspectos deben ser estudiados por profesionales especializados y por medio de un equipo interdisciplinario; éste no se constituye de una sola vez sino que debe estar permanentemente en proceso; también desde lo legal, las leyes y su reglamentación están cambiando pues el tema de la violencia familiar es una preocupación que ha aumentado en nuestra sociedad.

Constituye un gran avance el que, actualmente por ley, todos los juzgados deben pedir el estudio psicológico y psiquiátrico de las personas comprometidas en el tema.

BIBLIOGRAFÍA

- Alpert, JL y col. *Sexual Abuse Recalled*. Ed. by Judith L. Alpert, London, 1995.
- Berenstein, I. *Familia y enfermedad mental*. Paidós, Buenos Aires, 1990.
- Ferenczi. "La confusión de lenguajes entre los adultos y el niño. El lenguaje de la ternura y la pasión". *Int. Journal of Psychoanal* 1949;(XXX).
- Finkelhor, D. *Sexually Victimized Children* The Free Press New York Ed. Pax, México, 1980.
- Freud, S. "Tres ensayos de una teoría sexual" (1905). En: *Obra completa* VIII. Amorrortu, Buenos Aires, 1992.
- Ganzarain, RC, BJ Buchele. *Fugitives of incest*. Ed. Inter Universities Press, Madison Conn, 1988.
- Goldberg, DB de y MLK Kuitca de. *Maltrato Infantil*. 2ª ed. privada, Buenos Aires, 1999.
- Grosman C, S Mesteman. *Maltrato al menor*. Ed. Universidad, 1992.
- Kempe CH, R Kempe. *Niños maltratados*. Ed. Morata, Madrid, 1979.
- Khan Massud, R. *Alienación en las Perversiones*. Ed. Tuhe Hogart Press, London, 1979.
- Klein, M. *Contribuciones al Psicoanálisis*. Ed. Hormé, Bs. As., 1964.
- Mac Dougall, J. *Teatros de la mente*. Gallimard-Tecnopublicaciones, Madrid, 1980.
- Meltzer, D. *Los Estados Sexuales de la Mente*. Ed. Kargieman, Buenos Aires, 1974.
- Meltzer, D. *Aprehensión de la Belleza*. Cap. VI "Sobre Violencia". Ed. Sapia, Bs. As., 1990.
- Puget, J. "Violencia y Espacios Psíquicos". Panel sobre Violencia, Asoc. Arg. de Psic. y Psicoterapia de Grupo, 1988,
- Shengold L, S Murder. *The effects of childhood abuse and deprivation*. Ballantine Books Ed, New York, 1989.
- Summit, RC. "El Síndrome de acomodación del abuso sexual de menores". *Rev. Child Abuse and Neglect* 1983.

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

INTRODUCCIÓN

La maternidad en la adolescencia se define como aquella que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica y/o antes de que la joven haya alcanzado la independencia socioeconómica de su núcleo familiar de origen.

Es un hecho de proporciones variables según de qué países se trate y según sean poblaciones urbanas o rurales, pero lo importante es que muestra una proporción creciente en el número total de nacimientos a lo largo de los años. También se advierte un mayor número de nacimientos a edades cada vez más jóvenes.

En la actualidad, ya no podemos limitarnos a verlo como un hecho asociado a sectores sociales más marginales y con carencias

económicas: cada vez con más frecuencia estamos asistiendo a adolescentes embarazadas que cursan la escuela secundaria y pertenecen a estratos sociales más acomodados y con mayor nivel educacional de sus padres.

En la República Argentina hay 32 608 687 de habitantes, con una población total de adolescentes de 10 a 20 años de 5 985 000, correspondiendo 2 393 000 a varones y 2 427 000 a mujeres, según el censo de 1991.

En 1958 los nacimientos en madres menores de 20 años representaban el 11,2% del total de nacimientos, y en 1993 constituyeron el 15%. Este último porcentaje representa unos 120 000 nacidos vivos hijos de madres menores de 20 años.

ASPECTOS PERINATALES

Vamos a considerar aquellas complicaciones que se presentan con mayor frecuencia

en el embarazo durante la adolescencia, pero teniendo en cuenta la importancia de los factores psicosociales que pueden incidir en su aparición.

- a) *maternas*: Mayor incidencia de complicaciones en el embarazo (anemia, infección urinaria, hipertensión-eclampsia, rotura prematura de membranas, amenaza de parto pretérmino, mayor tasa de mortalidad materna) y el parto (parto más prolongado, presentación pelviana, operación cesárea, desgarros).
- b) *del recién nacido*: Bajo peso al nacer, depresión neonatal, malformaciones, dificultades para la lactancia, accidentes, maltrato.

Existen ya numerosas publicaciones en las que se puede comprobar (y eso también ha sido hecho en nuestro medio) que el embarazo en la adolescencia no significa un mayor riesgo obstétrico ni perinatal, si ese embarazo ha tenido un control prenatal más o menos satisfactorio.

ALGUNOS ASPECTOS PSICOSOCIALES

1. El embarazo en las diferentes etapas de la adolescencia

a) Adolescencia temprana (10 a 13 años):

Los cambios corporales recientes la hacen sentir como una desconocida y se vuelcan hacia su interior. El impacto de los cambios que impone el embarazo se sumará a los que está sintiendo por la aparición de la pubertad. También por la etapa tan cercana aún de la niñez, tiene un intenso temor al dolor y al sufrimiento. Esto debe ser tenido en cuenta cuando se la atiende, explicando claramente todos los procedimientos que se deban realizar.

Se debe tener en cuenta que la mayoría de los embarazos a esta edad son el resultado del abuso sexual (y al menos así debe ser considerado legalmente en muchos casos). Quizás es en esta etapa en la que se parece más a una niña, y el pretender que se com-

porte como una adulta simplemente porque va a ser madre es por completo contraproducente e inefectivo.

b) Adolescencia media (14 a 16 años):

El embarazo es muchas veces el fruto de los sentimientos de invulnerabilidad y la experimentación, que tan exacerbados están en esta etapa de la adolescencia. Las sorprende porque habían supuesto que “a ellas jamás les podría pasar”.

Se deben tener en cuenta estos sentimientos de omnipotencia para su atención, porque son los que hacen que no concurren al control prenatal, o no realicen los estudios solicitados. Tampoco parecen tenerle miedo al parto, pero el comienzo de las contracciones puede asustarlas mucho.

c) Adolescencia tardía (17 a 19 años):

La identidad sexual se ha estructurado y entran en una etapa de relativa estabilidad afectiva que favorece la búsqueda de una pareja que sea más firme y duradera. En general, quedarán embarazadas porque ésa es su meta, y por lo tanto, no diferirá mucho del embarazo de cualquier mujer joven que deseaba ser madre.

2. El significado del hijo según los diferentes sectores sociales

El embarazo en la adolescencia y los problemas que se puedan presentar tienen diferentes características según el sector social donde éste ocurra: no es lo mismo la adolescente de un medio rural que la de uno urbano, ni la de sectores marginales a la de estratos sociales pudientes.

De acuerdo con la adaptación hecha por Necchi a la tipología establecida por Stern podemos distinguir:

a) Sector rural tradicional

Es el contexto social referido a pequeñas poblaciones o familias rurales, que mantienen un estilo de vida tradicional. La adolescencia como etapa a recorrer casi

no existe y se asumen responsabilidades familiares y laborales a edades más tempranas. El embarazo se da con frecuencia antes de los 18 años y conduce a uniones tempranas. Es un “evento normal, no problemático, aceptado dentro de sus normas y costumbres”.

b) Sector urbano-marginal:

Corresponde a las grandes ciudades, en contextos familiares y socioculturales conflictivos en los que se encuentran la inseguridad laboral, la violencia familiar, el abuso sexual y la deserción escolar temprana.

Las implicancias sanitarias para estas embarazadas son las derivadas de las pobres condiciones de vida en general. Por otro lado, se incrementan las uniones conyugales inestables de estas jóvenes, que terminan siendo madres solteras abandonadas.

c) Sector urbano-popular:

El contexto de estas adolescentes son sectores sociales populares o medio-bajos, que aspirarán a que sus hijos completen la escuela secundaria y pospongan el embarazo o la unión hasta después de los 20 años.

El significado que se puede atribuir al embarazo en estos sectores es “un evento inesperado que puede coartar las aspiraciones de ascenso social de la familia”.

d) Sector medio-medio y medio-alto:

Las familias de estos sectores sociales aspiran a que sus hijos terminen la universidad y en ellas la dependencia económica de los hijos suele prolongarse hasta bien avanzada la tercera década de la vida. Tienen acceso a una educación y a la prevención del embarazo, con lo que, cuando éste ocurre, tiene un significado de *accidente*.

En general estos embarazos terminan en abortos inducidos, o en uniones tempranas no siempre satisfactorias para la joven pareja.

3. Perfil de la madre adolescente en nuestro país

En nuestro país, como en el resto de Latinoamérica, las adolescentes que han tenido un hijo pertenecen en su mayoría a sectores sociales de bajos ingresos económicos, con bajo nivel de escolarización; están presentes con frecuencia la disfunción y la violencia familiar, y los roles femeninos son desvalorizados. A esto debe agregarse que se están viendo adolescentes embarazadas a edades cada vez más tempranas, en las que el abuso sexual tiene un peso nada despreciable.

Creemos importante reiterar que, antes que embarazada, la joven sigue siendo adolescente: todas las características de maduración emocional e intelectual se mantendrán acordes a la etapa que está atravesando; por lo tanto, no debemos hablar de *embarazadas adolescentes* sino de *adolescentes embarazadas*.

ATENCIÓN DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

Dadas las características de la maternidad en la adolescencia, es aconsejable que la atención de todo el proceso sea llevado a cabo por un equipo interdisciplinario capacitado en la atención de adolescentes. En la constitución de un equipo deseable debieran intervenir un médico/a obstetra, una obstétrica, un/a enfermero/a, un/a trabajador/a social, y un/a psicólogo/a.

A la adolescente se le explicarán las funciones de los miembros del Equipo y las características de la atención, utilizando un lenguaje comprensible y amable. Las exploraciones físicas deberán ser precedidas por el consentimiento de la adolescente para llevarlas a cabo, explicándole previamente en qué consisten y para qué se realizan. El equipo de salud deberá llevar a cabo las siguientes actividades específicas:

1. Un diagnóstico bio-psico-social de la joven, su pareja y su familia

Este diagnóstico, evaluado en reunión de equipo, permitirá establecer las diferentes estrategias para una mejor atención en función del riesgo que puede correr. Es importante que este diagnóstico sea reevaluado a las 32 y a las 36 semanas de embarazo, o si surge algún cambio significativo biológico o psicosocial y en el posparto inmediato y alejado.

2. Brindar atención psicológica y orientación familiar

A la adolescente, su familia y su pareja si son necesarias. Estas tareas estarán en lo posible a cargo del/a psicólogo/a y del/a trabajador/a social, y es importante que sean comentadas en las reuniones del equipo que asiste a la adolescente.

3. Llevar a cabo la preparación psicofísica para el parto y la maternidad

De ser posible, la preparación para el parto se llevará a cabo en un grupo aparte del de las adultas, y en el que pueda participar activamente el papá del bebé o algún otro miembro de la familia, si así lo desea la joven.

UN CASO A MODO DE EJEMPLO

Mariana, una joven de 16 años, concurre al Servicio acompañada de su madre, con un embarazo de 5 meses. Relata que su novio de 17 años fue muerto por un balazo en un episodio confuso. Viene derivada de un Centro de Atención Primaria con diagnóstico de malformación fetal. En la ecografía realizada se comprueba un importante mielomeningocele con hidrocefalia y exceso de líquido amniótico.

Se comienza el trabajo asistencial. Las asistentes sociales se reúnen con la familia de Mariana para reforzar los vínculos que

le permitan acompañar mejor a la joven en tan difícil situación y la psicóloga con la paciente, trabajando sobre el duelo por su pareja muerta, sus fantasías acerca del embarazo y el hecho de que, en realidad, era muy difícil que el bebé pudiera sobrevivir al parto.

El parto se adelanta y a los 7 meses nace un varón con malformaciones múltiples que fallece a los pocos días.

Mariana sigue asistiendo a las entrevistas psicológicas pero rechaza el plan propuesto de anticoncepción “porque no quiere saber más nada con los hombres”.

A los pocos meses le comunica a la psicóloga que no puede seguir concurriendo por las dificultades para viajar y se cierra el tratamiento, con la invitación a concurrir cuando sienta la necesidad.

Al año, Mariana concurre con su hermana menor embarazada, solicitando atención por el equipo y de la conversación con ella surge que ha estado saliendo con un chico en un vínculo sin compromiso, pero que tuvieron relaciones y tiene un atraso.

Se comprueba su embarazo y ella manifiesta que no le va a decir nada al muchacho de su embarazo, pues quiere su bebé “para mí sola”. Durante un tiempo se trabaja esta decisión con la psicóloga y la trabajadora social y se la respeta.

Concurre puntualmente a todas las entrevistas (sociales, psicológicas y médicas), con gran temor de repetir su historia, por lo que se establece un estricto control del embarazo para reasegurarle la normalidad. Cuando surge en una ecografía una dilatación pielocalicial (un hallazgo generalmente sin importancia) se refuerzan sus temores. Sin embargo, puede hacer el curso de preparación para el parto con las otras adolescentes y relatar lo que le ocurrió mostrándose confiada y esperanzada (lo que fue interpretado como una sobre adaptación para proteger a sus compañeras del grupo).

A los 9 meses, tiene una nena de término completamente sana, a quien amamanta hasta el año.

Este caso ocasionó una intensa movilización entre los miembros del equipo: una adolescente temprana que había vivido previamente situaciones tan dramáticas, el riesgo de un nuevo embarazo no planificado (lo que de hecho ocurrió) y el deseo de que las cosas salieran bien en esta nueva oportunidad. En muchas ocasiones costaba bastante tomar distancia (sobre todo a las obstetras y la partera), situación que era constantemente analizada en las reuniones de equipo.

Las profesionales intervinientes fueron la psicóloga Lic. Alejandra Cassin, las trabajadoras sociales licenciadas Silvina Raffa y Stella de la Fuente, la partera Sra. Silvana López Zabaleta y las médicas Silvana Valente y quien relata el caso.

Consideramos que lo más importante para este trabajo fue el permanente accionar interdisciplinario, las reuniones de equipo en las que, además de relatar lo que le iba ocurriendo a Mariana, se hablaba de los sentimientos de los integrantes, lo que permitió establecer estrategias operativas que redundaron en el mejor manejo del caso.

CONCLUSIÓN

Como se puede ver, el embarazo en la adolescencia es una situación compleja, que merece un análisis que contemple todos los aspectos que hacen al ser humano, y que tiene que ver con las posibilidades futuras de desarrollo de la joven pareja y su bebé.

Para un correcto abordaje, es aconsejable constituir un equipo interdisciplinario o que pueda llevar adelante las diferentes tareas para que la atención sea lo más adecuada posible a la situación.

BIBLIOGRAFÍA

- Coll A, Califri M, Carraro I, López Zabaleta S, Materia A, Merino M, Raffa S, Viera O, Barata D. "Maternidad adolescente: ¿Deseo de qué?" *Rev. de la Soc. Arg. de Ginec. Inf. Juv.* N° 2 (Buenos Aires) 1996;(3)57.
- Coll, A. "Maternidad en la Adolescencia". Curso a Distancia de Ginecología Infanto Juvenil Módulo V. Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil, Buenos Aires, 1998.
- Lineamientos Normativos para la Atención Integral de Salud en Adolescentes. Módulo 1: Secretaría de Programas de Salud. Subsecretaría de Atención Comunitaria. Dirección de Salud Materno Infantil.
- Méndez Ribas, JM y col. *Enfoque actual de la adolescente por el ginecólogo*. Ed. Ascune, Buenos Aires, 1993.
- Henchí, S. "El embarazo en la adolescencia como un problema social: estrategias y programas de prevención". En: *Estrategias de Prevención del embarazo adolescente*. Informe del Taller Nacional 1997, Ministerio de Salud y Acción Social, Subsecretaría de Atención Comunitaria, 1998.
- Rubarth, G. *La adolescente embarazada*. Ed. GEL, Buenos Aires, 1994.

LA ANOREXIA NERVIOSA Y LA BULIMIA

ANOREXIA NERVIOSA

La anorexia nerviosa tiene, como manifestación clínica, una presencia muy antigua en la historia, con antecedentes que datan desde la Edad Media. Con el tiempo, la entidad fue adquiriendo sus características diferenciales, y a partir de las descripciones de Hilde Bruch, la anorexia nerviosa pudo ser entendida con mayor claridad como un síndrome inscripto en la psicopatología. También a lo largo de la historia, su tratamiento fue evolucionando desde la atención individual a un enfoque multidisciplinario. Entre muchos otros, G. Russell y también Feinstein y Sharosky abogaron por el abordaje combinado de la terapia individual, la terapia familiar y la inclusión, según los casos, de distintos miembros del equipo médico, como ginecólogos, clínicos, en un trabajo de conjunto.

Este trastorno de la alimentación ocurre casi exclusivamente en la adolescencia, a veces en la pubertad y resulta más frecuente en las mujeres. Sus síntomas principales son:

- *adelgazamiento*, una pérdida acentuada de peso, entre un 15 y un 25% por debajo de lo esperable, generada activamente mediante la reducción de la ingesta, el ejercicio físico excesivo, el recurrir a diuréticos, laxantes o la provocación del vómito;

- *amenorrea*, ausencia de por lo menos tres ciclos consecutivos;

- un *terror* intenso, irracional a aumentar de peso.

Generalmente aparece un temor a perder el control de la comida, por lo que las pacientes *luchan* contra el deseo de comer ya que al principio tienen apetito (en realidad no hay *anorexia* en la anorexia) aunque luego lo pierden a consecuencia de la inacción.

A veces se notan síntomas de depresión. Si bien con una ingesta escasa o nula ponen en riesgo su vida, esto no se debe a un deseo de morir sino a la extrema negación de la emancipación debido a un trastorno de la *imagen corporal*. En realidad no llegan a evaluar la gravedad de su situación, no se reconocen en su delgadez *ni en peligro clínico*.

Las observaciones provenientes de tratamientos psicoanalíticos han identificado algunos de los factores psicológicos que contribuyen a esta situación (*ver Melzter, D*).

Algunas pacientes han tenido una crianza donde la madre, sea debido a una depresión posparto más o menos presente en todas ellas u otros problemas personales, no pudo responder afectivamente al bebé. El bebé ha enfrentado esta situación tratando de evitar el dolor mental y el conflicto que le produce la falta de respuesta y de atención emocional de la mamá. Pero evitándolo reduce la contribución que el dolor y el conflicto aportan a la estructuración de su personalidad que no se desarrolla adecuadamente.

Necesita huir de la situación con el alejamiento emocional del pecho, negando su dependencia de él, desvalorizándolo en su capacidad nutricional y reduciéndolo a la condición de cosa. Entonces, el interés libidinal del bebé puede desviarse a la zona anal y sus funcionamientos, a reemplazar el pecho por las nalgas, a las que ahora presta más atención y con las que el bebé se identifica. En esta dirección pasa a idealizar el recto y sus contenidos fecales. El *alimento* se confunde *inconscientemente* con *heces*.

Una paciente, cuando era presa de un ataque de voracidad, se dirigía a la heladera y con una cucharita, decía con sus propias palabras “como una ratita que revuelve entre los desperdicios del tacho de basura raspaba un poquito de

todo lo que encontraba, mezclaba todo, lo dulce, lo amargo, lo agrio, lo salado, y luego iba al baño a vomitar”.

La imagen de la mamá, sus pechos, su vientre son descalificados y negados por ataques envidiosos en su posibilidad de dar y alimentar. Siente, no siempre conscientemente, “mamá y su cuerpo son un asco, ella es una gorda chancha...” Y esto es precisamente lo que *ella piensa que piensan de ella, que está gorda, que su cuerpo es un asco...* Se configura un verdadero delirio somático.

Este corrimiento, esta huida del pecho y la búsqueda de un *objeto espurio* que lo reemplace, genera un pasaje a un estado mental que se conoce como de *pseudomadurez*, basado en la confusión entre el bebé y la mamá. Esto quiere decir que pasan a ser y actuar *como si fueran adultas*, es decir, niñas y adolescentes particularmente sumisas, buenas ante las exigencias de los padres, impecables en la casa y excelentes alumnas en el colegio. La niña *pseudomadura* es una niña que parece una caricatura de un adulto ocultando una profunda inmadurez emocional.

Con el tiempo, desde la pseudomadurez, la futura anoréxica exacerbará el manejo omnipotente sobre los objetos. La anorexia es un intento de controlar el cuerpo para poder así afirmarse en la convicción de que “el cuerpo de uno es de uno, que uno mismo lo hizo, no es de los padres ni ellos lo hicieron”. Como es de esperar, la anorexia está también muy ligada a las típicas confusiones corporales de la adolescencia y a la temática edípica con el cuerpo.

El control obsesivo y rígido sobre los alimentos la “alimenta” en la ilusión de que es ella la que hace aparecer el pecho y que lo crea cuando autocráticamente lo desea. Con esta ilusión próxima al delirio evita el dolor de aceptar que el pecho es de la mamá y que en realidad es ésta la que dispone de él.

Las consideraciones precedentes marcan las dificultades que plantea su tratamiento, ya que la anoréxica es traída a la consulta y no reconoce estar enferma. No acepta que necesita ayuda ni que alguien pueda brindársela. Se autoafirma en la negación de la necesidad y desde ese lugar aparece con esos rasgos que la hacen ver *indómita e ingobernable*. Algunos tratamientos médico psicológicos justamente se basan en tratar de *quebrar* su actitud inflexible con límites, premios y castigos. Sin embargo, con toda la dificultad que supone, *el tratamiento de elección es la terapia analítica en el contexto de un abordaje interdisciplinario*.

BULIMIA

La bulimia es otro cuadro clínico que puede alternar muchas veces con el de la anorexia nerviosa. Sus características suelen sumarse a las de la anorexia, constituyendo un síndrome que se manifiesta por combinar períodos de restricción alimentaria, con episodios compulsivos en los que la ingesta es desmesurada y en un corto período de tiempo. En el progreso del cuadro clínico, es frecuente su comienzo bajo la forma de una anorexia nerviosa restrictiva o muchas veces a partir de un intento inicial de bajar de peso que luego evoluciona hacia un cuadro de bulimia, y que adquiere un componente compulsivo inmanejable.

Habitualmente se agregan episodios de vómitos autoinducidos u otros intentos de desembarazarse del alimento así ingresado, como pueden ser el uso de diuréticos o de laxantes. La finalidad de dichos recursos es la de deshacerse de la comida que se ingirió, para atemperar los efectos del *atracción* que trae aparejado fantasías que generan ansiedad al sujeto. Esto significa que el motivo de la búsqueda del vómito no debe ser entendido solamente como el deseo aparente de combatir las consecuencias inmediatas de la ingesta, como sería el aumento de peso.

La bulimia va acompañada por el temor a engordar, pero también inicia un proceso que se halla directamente relacionado con el momento del *atración*: se desencadena un ciclo de remordimiento y diversos procedimientos para anular lo que es sentido como un vínculo de maltrato con el alimento, representante de un objeto interno tratado con desconsideración. Luego del *atración*, aparece la culpa y el autorreproche, siendo el vómito el recurso de elección destinado a borrar los rastros del acto conflictivo.

Otro elemento característico de la bulimia es que todo el ciclo transcurre en un plano secreto, puesto que se trata de prácticas sentidas como egodistónicas y en un segundo momento, rechazadas por la propia subjetividad. A la manera del pensamiento y de las conductas del obsesivo, el ciclo bulímico es sentido como impuesto desde el exterior en forma compulsiva. También en el caso del bulímico, como con el pensamiento del obsesivo, hay una persistente preocupación, en este caso por la comida, el terror mórbido a la gordura y el resultado del *atración*.

En relación a la consulta, el paciente bulímico suele recurrir a la búsqueda de

ayuda psicológica luego de un período de ocultamiento. Pueden acudir a la consulta avergonzadas por lo que consideran hábitos incorrectos y no manifestaciones de una patología. En tal sentido, y como la paciente bulímica no suele presentar siempre emancipamiento, puede ser necesario un período previo de logro de confianza en el analista como para así poder hacerlo partícipe de los síntomas que la aquejan. Aún así, ya desde las primeras consultas la temática de la alimentación y las ideas obsesivas que aparecen en relación a ella pueden orientar al terapeuta al respecto. Aparecen también en muchos casos problemas físicos debido al vómito inducido, como son las alteraciones del esmalte dentario por efecto químico del ácido gástrico o erosiones en las manos que son usadas en el acto de vomitar.

En el caso de los bulímicos es importante un diagnóstico lo más precoz posible, ya que muchas veces, además del tratamiento psicoterapéutico es imprescindible recurrir a un equipo médico para atender los diversos trastornos que el paciente puede presentar y a una eventual terapia familiar que enfoque de manera interdisciplinaria, los problemas del entorno simultáneamente.

BIBLIOGRAFÍA

- Freud, S. "Tres Ensayos y una teoría sexual" (1905). En: *Obra completa* VII. Amorrortu, Buenos Aires, 1992.
- Winnicott, D. *De la Pediatría al Psicoanálisis*. Ed. Laia, Barcelona, 1949.
- Bruch, H. *Eating Disorders: Obesity, Anorexia and the Person Within*. Basic Books, Nueva York, 1973.
- Sorosky A, S Feinstein (comps). *Trastornos en la alimentación*. Nueva Visión, Buenos Aires, 1988.
- Russell, G. "An evaluation of family in anorexia nervosa and bulimia nervosa". *Archives of General Psychiatry*, 1987.
- Ali, S. *Cuerpo real, cuerpo imaginario*. Paidós, Buenos Aires, 1991.
- Fenwick E, T Smith. *Adolescencia*. Ed. Atlántida, Buenos Aires, 1995.
- Parral, J y otros. *Anorexia Nerviosa, Bulimia, Ingesta Compulsiva*. Ed. López, Buenos Aires, 1996.
- Anzieu, D. *El yo piel*. Nueva Madrid, Madrid, 1987.
- Meltzer, D. *Adolescentes*. Ed. Espacia, Buenos Aires, 1998.

XXVIII

ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS Y MEDICINA PSICOSOMÁTICA

*La experiencia clínica revela que muchas,
tal vez todas las enfermedades,
son expresión de factores psíquicos y orgánicos.*

DR. RENE DUBOS,
Man, Medicine and Environment, 1968

Desde tiempos remotos, el dilema de la relación mente-cuerpo ha apasionado a los científicos, filósofos, teólogos, etcétera. Planteado en términos de salud y enfermedad, el problema reaparece en la llamada *Medicina Psicosomática*. A partir de los años treinta

se viene aplicando el término Psicosomática con cierto grado de ambigüedad a ciertos síntomas, tipo de pacientes, determinada estructura de personalidad o de carácter. Pero también a una concepción de la teoría y de la práctica médica en busca de un cuidado asistencial centrado en el paciente, no en la enfermedad.

Este capítulo no es un relevamiento exhaustivo del campo de la Psicosomática,

que sería inabarcable. Se limita a algunos desarrollos ilustrativos provenientes de la Medicina y el Psicoanálisis (ver capítulo XXIX) y a mostrar ciertas divergencias teóricas. Desde el punto de vista didáctico conviene que sean examinados por separado aunque se entiende que históricamente han sido fruto de una producción simultánea o conjunta.

LA CONCEPCIÓN DE ENFERMEDAD PSICOSOMÁTICA EN MEDICINA: EL EJE MENTE-CUERPO

Durante siglos los médicos dejaron constancia del rol de las emociones sobre la salud y la enfermedad. Hasta el siglo XIX todos los tratados de Clínica Médica daban cuenta del efecto que tenían *las pasiones* sobre la salud de las personas. En especial al duelo, el odio, el miedo, la ira se les adjudicaba el rol de no sólo influir sobre las funciones corporales sino también de provocar enfermedades, probablemente por ser los afectos lo más somático y reconocible de los fenómenos mentales.

El trato personalizado y prolongado que el clínico tenía con el enfermo y su familia (el valorizado *médico de familia*) lo hacía receptivo a incluir el perfil psicológico y emocional de sus pacientes como dato significativo. Pero el pensamiento positivista, la tecnificación médica y la creciente especialización acentuaron la disociación mente-cuerpo y el reduccionismo a lo biológico, por lo que el médico comenzó a reparar menos en la persona y más en la enfermedad.

Desde algunos sectores de la Medicina se trató de atenuar este desarrollo y reconsiderar al enfermo como totalidad. La necesidad de incluir los factores emocionales y psicosociales en la etiología de las enfermedades corporales se fue haciendo cada vez más notoria en las primeras décadas del siglo XX. Se trataba de superar la *disociación mente-cuerpo* por medio de una concepción unificada.

Este intento prevaleció en numerosas investigaciones que trataron de correlacionar variables psicológicas con variables fisiológicas, en la línea de la *relación mente-cuerpo*. Desde el propio campo de la Medicina se fueron incorporando modelos teóricos para dar cuenta de la integración psicosomática en la búsqueda de una idea totalizadora u holística del paciente. Es lo que propuso la *homeostasis* de Cannon, el *estrés* de Selye o la *lucha y fuga* de Labarrit. Engel propició un sistema integrado que denominó *psicobiosocial*.¹ Alguno de estos modelos ha sido, y sigue siendo, el soporte teórico de las investigaciones nombradas más abajo.

En esta concepción psicosomática de los primeros tiempos, las emociones pasaron a ser tratadas como causas etiológicas, lo que de hecho revitalizó el concepto de **psicogénesis**, la hipótesis que supone que ciertos factores psicológicos y emocionales pueden provocar, agravar o perpetuar enfermeda-

des. En esta noción había implícita una idea causalista, lineal y determinista, claramente *afín al modelo biomédico*.

Ponen de manifiesto una concepción basada en el eje mente-cuerpo. La idea de causalidad y determinismo (en ambas direcciones del eje) impregna fuertemente este pensamiento.

En los años sesenta, en la clasificación de las enfermedades mentales (DSM II) de la Asociación Psiquiátrica Americana, se denominaban *Trastornos psicofisiológicos* a aquellos donde las tensiones emocionales se expresaban a través de órganos inervados por el sistema nervioso vegetativo.² Más recientemente, en el DSM-IV (1994) se clasifican y denominan como *Factores psicológicos que afectan condiciones médicas*. Este diagnóstico requiere, por un lado, la presencia de una condición médica somática, y por otro, “de factores psicológicos que afecten adversamente la condición médica”. Es un ejemplo de una conceptualización pensada en el eje mente-cuerpo.

Este vértice de observación es limitado porque no siempre considera la experiencia singular de cada persona. *Participa una idea abstracta de mente basada en funcionamiento cerebrales universales y no la de un Yo singular y único.*

Desde los años 60 las investigaciones sobre Psicosomática en Medicina se ampliaron y modificaron para incluir un modelo de enfermedad más complejo y abarcativo. Se empezó a considerarla como el resultado de un proceso de factores biológicos y psicosociales en interacción que tienden a preservar la salud o provocar su pérdida. Tal como se enunció en el Capítulo I como una hipótesis fundamental muchos estudios epidemiológicos y clínicos demostraron que

¹ Engel, GL. “The need for a new medical model: a challenge for medicine”. *Science* 1977;196:129-136.

² *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales* (DSM II) ACTA Fondo para la Salud Mental, 1969.

habría una relación entre ciertos hechos personales sufridos por un sujeto, sus condiciones de vida, sus vínculos, sus comportamientos y el desencadenamiento o agravación de algunas enfermedades que padece.

Estas investigaciones tuvieron en cuenta, en la aparición de una enfermedad, factores tales como: mecanismos maladaptativos, pérdidas y duelos, estrés psicosocial, vulnerabilidad y resistencia, mecanismos psicofisiológicos y su especificidad. Las investigaciones entonces comenzaron a plantearse en la dirección de elucidar las vías neurofisiológicas, inmunológicas o neurobiológicas que servían de puente entre el cuerpo y la mente. Es decir, se hizo intervenir a los datos cada vez más numerosos provenientes de las Neurociencias. Solo para citar algunos ejemplos:

Para comenzar con la cita de algunos clásicos: Harold Wolff estudió una variedad de trastornos psicofisiológicos y la simultánea observación directa de estados emocionales en relación con cambios fisiológicos del cuerpo. Postuló que la capacidad de una persona de responder a amenazas simbólicas derivadas de la interacción social la hacían vulnerable a respuestas psicofisiológicas maladaptativas y a las enfermedades.³ Engel llevó a cabo importantes estudios sobre hiperventilación, colitis ulcerosa, dolor psicógeno.⁴

Se observó que las personas de bajo nivel social tienen una alta prevalencia de enfermedades como la hipertensión esencial, la enfermedad coronaria, la obesidad, la mortalidad

infantil, la tuberculosis, el cáncer de cuello de útero, el alcoholismo. Los solteros, viudos y divorciados están más expuestos a las enfermedades que los casados. Se demostró que la pérdida de trabajo está asociada con el aumento de la presión arterial o la amenaza de desempleo con el aumento del ácido úrico en la sangre sin afectar los niveles de colesterol.⁵

Una investigación que ganó terreno en Medicina fue el estudio del Tipo A de conducta como factor de riesgo para la enfermedad coronaria.⁶ Pacientes de esta categoría muestran una combinación de extrema competitividad, búsqueda de logros, hostilidad contenida, tensión muscular, lenguaje explosivo, impaciencia y la sensación de vivir bajo la presión del tiempo. Un panel del *National Institute of Health* en Estados Unidos revisó la evidencia y concluyó que los rasgos de personalidad del Tipo A constituyen un factor independiente de riesgo en la enfermedad coronaria. Trabajos más recientes destacaron el efecto adverso de la hostilidad y el odio contenido, no expresado.⁷

Estudios clínicos y epidemiológicos de individuos que sufrían una *pérdida objetal* importante y otros hechos graves demostraron que eran regularmente seguidos por una enfermedad. Se observó que con la muerte de un cónyuge aparecía la supresión de la respuesta a la estimulación linfocítica. Los estudios de Adler sugirieron que el sistema inmunológico mediatiza la predisposición y la precipitación de una variedad de enfermedades, incluyendo el cáncer.⁸

El impacto de ciertos hechos personales sobre la salud se manifiesta en estudios

³ Wolf, H.G., "Life Stress and Bodily Disease - a formulation" En: "Life Stress and Bodily Disease, Vol. 29, Capítulo LXIX. *A. Res. Ner. & Mental Dis.*, Williams & Wilkins, Baltimore, 1950.

⁴ Engel, GL. *Psychological development in health & disease*. WB Saunders Co., Philadelphia, 1962.

⁵ Kasl SV, Cobb S, Brooks GW. "Changes in serum uric acid and cholesterol levels in men undergoing job loss". *J Am Med Assoc* 1968;206:1500-1503.

⁶ Siltanen, P. "Psychosomatic factors in coronary heart disease". *Ann Clin Res* 1984;16:142-155.

⁷ Case RB, Heller S, Case NB et al. "Type A behavior and survival after acute myocardial infarction". *N Engl J Med* 1985;312:737-742.

⁸ Adler, R. "Psychosomatic & psychoimmunologic research". *Psychosom Med*. 1980;42:307-321.

como el de los investigadores de Rochester.⁹ Sugieren que enfermedades como la colitis ulcerosa, el linfoma, la leucemia, por ejemplo, *tienden a manifestarse después de un evento que tiene el significado de una pérdida para el sujeto*. Desarrollaron una teoría por la que suponen que un estado emocional especial, que llaman *giving up complex*, es un factor facilitador en el comienzo de enfermedades para las que el individuo estaba predispuesto. Se trata de un estado de desesperanza relacionada con el renunciar a metas o ambiciones irrealizables, algo parecido a un *darse por vencido*, un contexto propicio para enfermarse.

Últimamente se ha puesto atención sobre factores que pueden resultar protectores contra los efectos adversos que otros pueden tener sobre la salud de las personas.

Algunas investigaciones mostraron la relación entre tipo de personalidad y *resistencia* a la enfermedad. Muchas observaciones dieron cuenta de que algunos sujetos preservan su salud mental y corporal a pesar de atravesar por intensas crisis vitales. Se trató de identificar algunos factores responsables. Por ejemplo, Kobasa propuso una serie de características que en conjunto denomina *hardiness* (personas que muestran fuertes rasgos de *compromiso personal, control y desafío*) que pueden actuar para disminuir el efecto patógeno de ciertas situaciones vitales.¹⁰ Todavía requiere ser corroborado. En nuestro medio también se conoce como *resiliencia* la capacidad que demuestran al-

gunas personas de sobreponerse a todo tipo de adversidad.¹¹

Un ejemplo de estudios de los efectos que tienen los factores emocionales sobre el curso de una enfermedad fue dado por Pettingale: demostró que el grupo de mujeres con cáncer de mama que tiene un mayor período libre de recurrencias es el de aquellas que reaccionaron a la enfermedad con una actitud de negación o de pelea a diferencia de otras que mostraban aceptación o sentimientos de desesperanza.¹²

Últimamente se empieza a correlacionar las enfermedades no sólo con circunstancias graves de la vida, sino también con el efecto que puede provenir de lo que llaman vínculos sociales. Han intentado considerar el impacto que tiene la calidad y cantidad de relaciones de sostén disponibles para el sujeto. La evidencia proveniente de numerosas investigaciones es que la persona que cuenta con vínculos personales significativos y está satisfecho con ellos, tiene una menor incidencia de enfermedades corporales, las atraviesa mejor y alcanza una mayor longevidad.¹³

Datos recientes demuestran que las experiencias tempranas con el objeto no sólo determinan las estructuras mentales primitivas sino también los funcionamientos corporales (*ver Capítulo VIII*). El regulador último del sueño, el ritmo respiratorio y cardíaco en la rata recién nacida es la madre que provee la leche.¹⁴ Esta regulación está oculta pero se pone de manifiesto cuando se interrumpe la interacción por una separación. El punto es que la madre, actuando como un regulador psicobiológico de

⁹ Schamale, AH "Giving up as a final common pathway in changes in health". En: Lipowski, ZL. *Psychosocial aspects of physical illness*. S Karger, Basel, 1972.

¹⁰ Kobasa S, Maddi S, Khan S. "Hardiness and health: a prospective study". *J Person Soc Psychol* 1981;42:168-177.

¹¹ Seminario Internacional sobre el concepto de Resiliencia, Colección Salud Comunitaria, 1997.

¹² Pettingale, KW. "Coping & Cancer prognosis". *J Psychosom Research* 1984;28:363-4.

¹³ Sarason IG, Sarason BR, Potier EH, Antoni MH. "Life events, social support and illness". *Psychosom Med* 1985;47:156-63.

¹⁴ Hoffer, MA. "Hidden regulatory processes in early social relationships". En: Bateson PPG, PH Klopfer (eds.) *Perspectives*

la conducta y las funciones corporales del bebé, es crucial para la maduración y desarrollo del hijo hasta que los mecanismos se autorregulen en algún momento del desarrollo, por ejemplo, después del destete. Pero “¿qué pasa si no lo hacen?, ¿y si los funcionamientos de los sistemas corporales y de la conducta continuaran dependiendo del lazo social?... La pérdida que signa el frecuente comienzo de una enfermedad, ¿es porque la persona sigue dependiendo de un regulador externo?” se interroga Wiener con toda razón (pág. 511).¹⁵

Algunas investigaciones contemporáneas han demostrado que el eje cerebromente responde a vectores biológicos y sociales y es construido conjuntamente por ambos lados.¹⁶ Aportaron una cantidad importante de datos que sugieren que el desarrollo biológico del eje cerebral está relacionado también con *la calidad e intensidad de las experiencias sociales*. Hasta un nivel sorprendente, son las interacciones con el medio ambiente las que estimulan la instalación (*wiring*) precisa de las conexiones neuronales.

A su vez, la influencia del medio sobre las estructuras cerebrales en crecimiento se ejerce sobre todo en períodos sensibles, específicamente determinados. Por ejemplo, de 6 meses a un año para el desarrollo de circuitos en la corteza prefrontal que sirven para autorregular estados afectivos.¹⁷ Además, la estimulación ambiental incrementa el número de neuronas, por ejemplo del hipocampo, involucrado en la memoria de largo plazo.¹⁸

No es posible cerrar este tema (que permanecerá singularmente abierto) sin una mención a la **Psicoinmunoendocrinología**,

que también es una concepción psicosomática que se desliza en el eje *mente-(cerebro)-cuerpo*. Supone que el sistema nervioso central, el sistema endocrino y el sistema inmunológico tienen múltiples conexiones que funcionan con mecanismos de *feedback* y se modulan recíprocamente. Se asocia al estrés y su efecto sobre los mecanismos inmunitarios. El estrés ha sido asociado a ciertas enfermedades como el asma, las infecciones estreptocócicas y la artritis, involucrando a los sistemas de células B, en especial las células T.¹⁹ La importancia en la regulación de las células T en la respuesta inmunológica total se puso de manifiesto en la reciente epidemia de HIV. Las investigaciones continúan...

COMENTARIOS Y CRÍTICAS

Algunas de las preguntas que los investigadores se hacen en este tipo de estudios son: a) si es cierto que los factores psicosociales afectan la salud de un sujeto, cuáles de ellos son *específicos*; b) cuáles son los eventos o situaciones vitales que incrementan el riesgo de enfermar; c) cuáles son los rasgos de personalidad que aumentan la vulnerabilidad o pueden favorecer la resistencia a enfermar; d) qué respuesta psicofisiológica se desencadena ante ciertos hechos vitales, por qué vías y de qué modo es específica para esa persona; e) cuál es el efecto que tiene la enfermedad sobre las funciones psicológicas de la persona y de qué manera la afecta en su capacidad para enfrentarla (*coping behavior*); f) cuál es el efecto de los llamados *vínculos de sostén* para prevenir enfermedades o para atenuar sus efectos;

¹⁵ Weiner, H. “The prospects for Psychosomatic Medicine: selected topics”. *Psychosomatic Med* V 1982;44 6.

¹⁶ Eisenberg, L. “The social construction of the human brain”. *Am J Psych* 1995;152:11-15.

¹⁷ Schore, AN. *Affect Regulation and the Origen of the Self*. Hillsdale NJ, L Erlbaum, 1994.

¹⁸ Kemperman, G *et al*. “More Hippocampal neurons in adult life, living in an enriched dogma”. *Nature* 1997.

¹⁹ Stein, M *et al*. “Brain, behavior and immune process”. En: Michels R, J Cavenar (eds). *Psychiatry*. JB Lippincott, Philadelphia, 1987.

g) por qué la enfermedad aparece en cierto momento de la vida y no en otros, a veces en relación con acontecimientos psicológicos significativos (con aniversarios o a la edad que enfermó alguno de los padres, etcétera) o biológicos, como ciertos ritmos (pacientes que sólo tienen a la noche asma, dolor de úlcera o infarto de miocardio).

Esta línea de investigaciones en psicósomática ha logrado avances notables pero quedan planteadas ciertas críticas: 1) persiste en ellas tanto la *psicogénesis* como la *somatogénesis* (se define esta última como el efecto de los procesos corporales sobre la mente), y por lo tanto se vuelve a la disociación mente-cuerpo, que era lo que había querido evitarse; 2) a veces se olvida que las emociones son una parte de la reacción global de la persona a un hecho o un evento vital, no la causa de esa reacción, tampoco deben ser confundidas con sus componentes psicofisiológicos; 3) también se olvida que las emociones se cualifican en las relaciones vinculares con los objetos, que es donde está la verdadera situación conflictiva; 4) cada enfermedad, en términos estructurales o funcionales, *tiene una heterogeneidad psicobiológica* en su etiología y patogénesis, por lo que en estos estudios se deberían considerar subgrupos. No hay hipertensión arterial o artritis reumatoidea sino variedad y multiplicidad en cada una de estas entidades; 5) por último, quizá el punto más importante. Esta concepción relaciona hechos o circunstancias vitales importantes pero deja afuera el significado de los eventos, que sólo cobran sentido en los vínculos. *No son sólo los hechos en sí lo que importa sino su significación personal en cada caso.* Además, la significación inconsciente de los hechos es crucial y solo accesible a observadores calificados. Se trata de una limitación importante difícilmente superable en el contexto de estas investigaciones.

Aun así, en los últimos años se ha producido un desarrollo impresionante de los conocimientos referidos a la integración

de factores emocionales y sociales en un número cada vez mayor de enfermedades. Se evolucionó de la psicogénesis original a un modelo del enfermar como un proceso cada vez más complejo. Se empezaron a tener en cuenta los factores que hacen a la salud mental como condición para evitar la enfermedad o atenuar sus efectos. La Psicósomática se desplegó en la dirección de una concepción de la Medicina que, partiendo de la salud, pudiera abarcar todas las formas del enfermar, no sólo algunas.

LA PSICOSOMÁTICA EN EL EJE DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Todos estos trabajos de investigación están sustentados por las observaciones de la propia práctica clínica de los médicos. Se refieren a la enfermedad como un proceso complejo y multideterminado donde las vicisitudes de la vida de las personas nunca queda afuera del proceso de enfermar ni de curar. Y más aún, los problemas que plantean la salud y la enfermedad imponen la necesidad de incluir *el eje de la relación médico-paciente*. Por ejemplo, los pacientes con una buena continencia en la relación médico-paciente enferman menos, cumplen más las indicaciones, recurren menos a la medicación o a costosos procedimientos técnicos o diagnósticos. De esta manera,

La Psicósomática pasó a ser un intento de reformular una teoría y una práctica médica diferente: frente a la biologización de su ejercicio volver a darle un contenido personalizado.

La introducción de servicios de Psicopatología en los Hospitales Generales sirvió para recordar al médico la imposibilidad de prescindir del vínculo en los problemas de salud y enfermedad. A través del trabajo clínico conjunto se devolvió a la relación médico-paciente toda la trascendencia que

tenía y con los conocimientos del Psicoanálisis se profundizó su estudio. El instrumento utilizado fue la Interconsulta médico psicológica: en una institución, generalmente hospitalaria, un médico o un integrante de un equipo de salud pide asistencia a un integrante del Servicio de Salud Mental especialmente entrenado para el manejo de una situación clínica donde se analiza el significado de la interacción médico paciente.²⁰

El valor enorme asignado a la relación médico paciente permite vincular la relación mente cuerpo en el eje sujeto-objeto, donde pueden ser estudiados e integrados factores psicobiosociales

en problemas de salud y enfermedad. Es pensando en este eje que Valabrega pudo decir que “enfermedad es todo lo que pasa en un vínculo”. Estos postulados son coincidentes con los de Salud Mental.

Este breve recorrido demuestra, en lo esencial, que la llamada Medicina Psicosomática termina siendo una reformulación de la teoría y la práctica médica, una manera de aproximarse a problemas de salud y enfermedad, de aplicar la mejor y más moderna comprensión psicodinámica del funcionamiento de la persona, en todas las fases de la práctica médica.

²⁰ Ferrari H, Luchina L, Luchina N. *La interconsulta médico psicológica en el marco hospitalario y Asistencia Institucional* Nueva Visión, Buenos Aires, 1979 y 1971, respectivamente.

XXIX

ALGUNAS CONTRIBUCIONES DEL PSICOANÁLISIS A LA MEDICINA PSICOSOMÁTICA

Las observaciones que provienen del proceso psicoanalítico en pacientes con patología corporal orgánica constituyen un aporte valioso para la teoría y la práctica de la concepción psicosomática. Es necesario tener en cuenta que surgen de la utilización de un procedimiento diferente, *el método psicoanalítico*, donde se jerarquizan la escucha y la palabra. Como se detalló en el capítulo anterior, en Medicina se prioriza el eje mente-cuerpo, donde se habla de *causas* y para la integración se apela básicamente a las Neurociencias.

En Psicoanálisis, la mirada está puesta en el eje sujeto-objeto o Yo-objeto (analista-paciente) y en consecuencia en los fenómenos de la transferencia y contra-transferencia. En este eje circulan significados. La integración mente-cuerpo es parte del trabajo que se logra en el transcurso del proceso analítico.

Algunos pacientes con patología corporal consultan por su cuenta, otros son derivados por el médico clínico al analista. A veces, la enfermedad aparece en el análisis como una interferencia que a menudo se reitera. Un dato importante: en coincidencia

con los estudios que valorizan el vínculo, se observa que los pacientes en tratamiento psicoanalítico enferman menos.

La posibilidad de participar de un proceso terapéutico de larga duración y en condiciones óptimas de observación ha permitido hacer importantes inferencias sobre el paciente que tiene una intercurencia orgánica y su comportamiento. La metodología del tratamiento analítico admite formular hipótesis (no exentas de polémicas) sobre las relaciones objetales tempranas y los precoces procesos de integración mente-cuerpo.

La pregunta clave que entonces se formula es cómo incluir las alternativas de la enfermedad orgánica (su aparición, remisión, agravamiento, cronicidad) en el vínculo con el objeto, sea éste el analista o el médico tratante.

El problema consiste en determinar de qué manera y hasta dónde, el *significado* de relaciones vinculares patógenas, con su correlato emocional, puede tener efecto sobre los funcionamientos corporales, además de las *causas* físicas, biológicas o de cualquier otra naturaleza que intervienen.

Se sabe que en el período preverbal, la presencia o la ausencia del objeto estabiliza o desestabiliza algunos funcionamientos corporales. El pasaje del cuerpo biológico a cuerpo erógeno permite suponer que los funcionamientos somáticos están expuestos a los vínculos primarios, y por ende a la simbolización y al diálogo. Se conoce desde hace tiempo el rol del objeto en la estructuración de lo biológico. Cuando falta o su cuidado es inadecuado, el equipo biológico se detiene, se desorganiza o involuciona. Es posible que queden inscripciones biológicas, como puntos vulnerables a reiterarse en el futuro. Su déficit fijaría una falta corporal, a la manera de desarrollos autistas separados del resto pero capaces de repetir síntomas más tarde en una relación de características simbióticas.¹ Se supone entonces que

lo que fue sancionado en el vínculo se desliza a la anatomía imaginaria, como en la histeria, o a veces hasta a la intimidad somática. Cualquiera sea su origen, el síntoma corporal termina estructurándose en el diálogo con el objeto.

Entonces, en relación con un paciente orgánico en análisis cabe preguntarse: las alternativas libidinales del proceso analítico, sus vicisitudes vinculares y emocionales con el objeto (y su reiteración con el analista o con el médico), ¿intervienen en el proceso orgánico? Y ¿cómo?

LA ENFERMEDAD CORPORAL Y EL PROBLEMA DE LA SIMBOLIZACIÓN

Este tema plantea el problema de la *simbolización* en la enfermedad corporal. Freud postuló desde los orígenes del Psicoanálisis

la idea de que el cuerpo puede resultar involucrado simbólicamente en el conflicto psíquico y distinguió diferentes mecanismos: *la conversión, la somatización y la hipochondría*. El ejemplo más claro es la histeria de conversión donde los síntomas corporales expresan simbólica y plásticamente el conflicto en la anatomía imaginaria del cuerpo.

Una paciente en análisis conoció por azar una circunstancia personal de su analista que revivió en ella una situación infantil que la llenó de furia por hacerla sentir excluida. Al día siguiente le apareció un dolor agudo y penetrante debajo de la escápula izquierda por el que tuvo que consultar y pese a los calmantes le duró varios días. En el ínterin tuvo un sueño de angustia en que aparecía en un piso alto y un desconocido la perseguía y la empujaba por atrás arrojándola escaleras abajo. El trabajo analítico le permitió ir reconociendo los celos y envidia por haberse sentido traicionada y apuñalada por la espalda.

La *conversión* es un mecanismo de formación de síntomas por el que un conflicto psíquico reprimido se expresa y se resuelve en síntomas somáticos: *motores*, como por ejemplo parálisis, temblores, crisis convulsivas, o *sensitivos*, como dolores, zonas de anestesia, parestesias, etcétera. El síntoma histérico guarda una relación simbólica precisa con la historia personal del sujeto y su conformación está mediatizada por el SNC cuya estructura íntima no está comprometida.

Se distingue la conversión de la *somatización*, una patología que involucra a las estructuras corporales profundas, en la forma de daño estructural o funcional. Sin embargo, en muchos casos la delimitación

¹ Luchina, I. Comunicación personal.

con la conversión no es siempre posible. En la actualidad esta división ha generado un punto de controversia: si la patología somática tiene *sentido*, esto es, si expresa simbólicamente el conflicto psíquico a la manera de una conversión o si por el contrario es el efecto *inespecífico* sobre el cuerpo de afectos no tramitados.

Un paciente estaba próximo a terminar un análisis de una muy buena evolución. Era una persona de 43 años, casado con tres hijos. Tenía un negocio en un barrio por lo que era muy conocido y muy querido. Un episodio de infidelidad de la esposa con un vecino lo sorprendió abruptamente. Cuando ella rehusó continuar la relación, este individuo muy perturbado hizo toda clase de escándalos públicos para enfrentarlo y humillarlo que duraron semanas. El paciente hacía esfuerzos sobrehumanos para mantener la calma porque así le parecía proteger mejor a sus hijos. Le preocupaba perder el control y caer en una furia destructiva. Cuando las cosas se calmaron meses después, intervención policial de por medio, le apareció un temblor en la mano que se fue extendiendo y acentuando a todo su lado derecho y que fue diagnosticado como enfermedad de Parkinson. Con el tiempo resultó verdaderamente invalidante a una edad inesperadamente joven. El paciente reconocía la participación de este episodio en el desencadenamiento del Parkinson y a menudo manifestaba que “si le hubiera metido un tiro en el cerebro las cosas hubieran sido diferentes”. El paciente temía que si la expresaba, su ira sería explosiva y asesina. Hay indicios sobre la relación entre la contención de la agresión y cierta patología corporal. Pero la pregunta es ¿cómo, cuál es el mecanismo?

En cuanto a la *hipocondría*: los síntomas y las ansiedades hipocondríacas están ampliamente difundidas en la medida en que se nutren de los sentimientos universales de la indefensión humana, de la precariedad corporal y de la amenaza de muerte. Los mecanismos psicopatológicos de la hipocondría no han sido enteramente esclarecidos del todo pero la mayoría de los investigadores piensan que se asienta en una *estructura básicamente narcisista* y que su estudio es esencial para el entendimiento profundo de los fenómenos del narcisismo.²

De acuerdo con esta manera de pensar, se postula una retracción libidinal desde los objetos del mundo externo hacia el Yo. Así como el fóbico ha proyectado su angustia a un objeto del mundo exterior, el obsesivo sobre una idea y el histérico sobre una función corporal relacional, el hipocondríaco desplaza sus ansiedades y conflictos sobre *objetos* de su propio cuerpo, involucrando los órganos y las funciones profundas. Cuando forma parte de una incipiente psicosis, los síntomas hipocondríacos se manifiestan en forma simultánea a una *vivencia de fin de mundo*. El mundo y sus objetos han perdido *sentido* para el paciente, lo siente destruido, extraño, cambiado (*ver capítulo XXX*).

Pero además, el Yo normalmente invierte las sensaciones y estímulos provenientes del cuerpo y les otorga significado.³ La hipocondría sería en parte la pérdida patológica del sentido de las percepciones corporales más integradas, mediatizadas por la simbolización y en su lugar, la búsqueda de un nuevo sentido, a menudo bizarro o delirante, derivado de fantasías arcaicas. Las representaciones corporales del Yo en la hipocondría albergan creencias primitivas de mutilación y daño sobre la base de una anatomía extravagante. Freud pensaba que esta retracción iba acompañada de alteraciones de la economía libidinal de los

² Freud, S. “Introducción del narcisismo” (1914). En: *Obra completa* XIV. Amorrortu, Buenos Aires, 1992.

³ Freud, S. “El Yo y el ello” (1923). En: *Obra completa* XIX. Amorrortu, Buenos Aires, 1992.

órganos a partir de los que se originaban los síntomas.⁴

ALGUNAS ESCUELAS PSICOANALÍTICAS EN PSICOSOMÁTICA

F. Alexander, un analista de Chicago y su escuela estudió un grupo enfermedades como el asma bronquial, la hipertensión esencial, la úlcera péptica, la artritis reumatoide, la tirototoxicosis, la colitis ulcerosa.⁵ Se trataba de enfermedades crónicas, remitentes, de larga duración, que a menudo amenazan la vida y en las que el clínico trabaja bajo la amenaza de que "el único pronóstico es la incertidumbre".⁶ Esta concepción psicossomática estaba en la línea de

la psicogénesis, que suponía una correlación regular entre una constelación dinámica inconsciente, con estados emocionales específicos y ciertas respuestas fisiológicas que dañan el cuerpo.

Denominaba a estas enfermedades físicas como **órgano neurosis** para distinguirlas del mecanismo de la histeria de conversión y las suponía como las consecuencias *vegetativas* no simbolizables de estados emocionales patológicos. Por ejemplo, sostenía que la hipersecreción de jugo gástrico en el paciente con úlcera duodenal podía ser entendida como el deseo pasivo de ser alimentado (ser amado inconscientemente, enlace establecido en la primitiva relación madre-bebé). En el asma bronquial, el paciente tiene temores de ofender a la madre interna, miedo a sus reproches, a perder su amor y es muy vulnerable a la amenaza de separación. Se siente culpable

por sus transgresiones, tiende a confesarlas y a reconciliarse forzosamente con ella. Se sugirió también que el asma era un intento primitivo del paciente de protegerse omnípotentemente de la pérdida del amor materno por la introyección de una madre amada y odiada a la vez.

Recientemente aparecieron desarrollos teóricos que, en lugar de asignar prioridad a los psicodinamismos de cada enfermedad psicossomática por separado, *estudian la estructura psicopatológica particular, la trama vincular inconsciente, las modalidades defensivas y la cualidad de las ansiedades* que determina un tipo de funcionamiento mental, en especial en lo que hace a *déficit en la simbolización*, que expone o hace vulnerable al sujeto al daño corporal. Se orientaron a estudiar cierta forma particular de pensamiento, de expresión afectiva o modalidad de vida.

Por ejemplo, Liberman y su grupo fueron pioneros de estos desarrollos en la Argentina. En especial, pusieron de manifiesto el estilo de vida caracterizado por la *sobreadaptación*. Son personas que están enfermas de *cordura* y con una manifiesta falta de vida interior.⁷ Seguramente el médico clínico reconoce con frecuencia este perfil en lo inmediato de su práctica.

La llamada Escuela Psicossomática de París ha estudiado pacientes con una carencia de actividad fantasmática y onírica, que revela un tipo especial de pensamiento diferente al normal al que denomina *pensamiento operatorio*.⁸ El pensamiento normal tiene, entre otras funciones, la de integrar las demandas pulsionales con las posibilidades que ofrece la realidad, la de explorar alternativas, adecuarse plásticamente a ellas, imaginar alternativas. También per-

⁴ Freud, S. "Introducción del narcisismo" (1923) En: *Obra completa* XIV. Amorrortu, Buenos Aires, 1992.

⁵ Alexander, F. *Psychosomatic Medicine*. Norton, New York, 1950.

⁶ Meyer, E. "The psychosomatic concept, use and abuse". *J. Chronic Dis.* N° 3 (1958);(9).

⁷ Liberman, D y otros. *Del cuerpo al símbolo*. Ed Trieb, Buenos Aires, 1986.

⁸ *La Psicossomática del Adulto*. Amorrortu, Buenos Aires, 1991.

mite contener las tensiones, elaborarlas, canalizarlas adecuadamente. En su máxima expresión es simbólico, abstracto, metafórico. Pero en el pensamiento operatorio, el sujeto expone sus trastornos personales o corporales al médico como hechos aislados, sin establecer entre ellos ninguna relación:

Se aferran estrictamente a lo concreto, no se permiten un cierto juego imaginativo, no hay resonancia fantasmática en sus expresiones, no pueden soñar y se ha sugerido que su pensamiento duplica la vida.

Una paciente con colitis ulcerosa decía que pensaba *para adentro del cuerpo*: quería decir que su vida emocional, sus experiencias vitales, sus conflictos sólo podía expresarlos a través de hacer referencia a sus órganos, sus funcionamientos, etcétera. No comentaba imaginativamente lo que el analista le interpretaba, *lo repetía*. Sus diálogos eran pobres y aburrían, una reacción emocional habitual con este tipo de paciente.

Otro punto importante se refiere a la dinámica de los afectos en pacientes con patología corporal. Las emociones ocupan un lugar relevante como villanos del drama psicosomático. Se sostiene que la desaparición del afecto de la conciencia conlleva efectos peligrosos sobre el cuerpo. La escuela de Boston ha denominado alexitimia al trastorno que padecen estos pacientes que no pueden nombrar sus emociones, ni discriminar unas de otras.⁹

Para Winnicott, un pediatra que luego se formó como psicoanalista, la enfermedad psicosomática es el negativo de un desarrollo positivo: la tendencia a la integración, la personalización, a lograr una unidad, una identidad entre la psiquis y el funcionamiento corporal. El Yo se basa en un Yo corporal

y en la salud retiene esta identidad con el cuerpo y sus funcionamientos. Por la actividad de la madre tiene lugar la integración o el logro del alojamiento de la psiquis en el cuerpo seguido del experimentar el placer de la unidad psicosomática. Este placer refuerza las funciones yoicas, las que a su vez lo hacen con las corporales (favorece el tono corporal, la coordinación, la adaptación a los cambios de temperatura, etcétera). De lo contrario, la psiquis no termina de sentirse “como en su casa” en el cuerpo, o viceversa. El trastorno psicosomático ocurriría en un Yo débil, sin una madre suficientemente buena que permitiría una buena integración. Pero la enfermedad psicosomática tendría sus aspectos *positivos*: mantiene una tendencia a no perder del todo el enlace psicosomático con el cuerpo, la defensa protege al psique-soma contra una huida hacia una existencia intelectualizada, o impide que se ignoren los reclamos de una psiquis que se instala y se mantiene sobre la base del funcionamiento somático.¹⁰

OTROS APORTES DEL PSICOANÁLISIS DE UTILIDAD PARA LA MEDICINA

Frente a determinadas patologías graves, clásicamente denominadas psicosomáticas, el Psicoanálisis ha hecho observaciones que resultan de utilidad para el trabajo clínico en Medicina:

a) el paciente en análisis con un compromiso orgánico grave se instala fuertemente en un encuadre médico. *La relación con el médico clínico es una variable obligatoria del proceso analítico*. Se ha sostenido que la inclusión de la relación médico-paciente en un nuevo campo dinámico es la única

⁹ Nemiah J, P Sifgneos. “Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders”. En: *Modern trends in Psychosomatic Medicine* O Hill editor, Londres, 1970.

¹⁰ Winnicott, D. “Psychosomatic illness in its positive and negative aspects”. *Int. J. Psychoan* 1966;47:510.

posibilidad de analizar a estos pacientes.¹¹ El analista debe incluir el vínculo regresivo con connotaciones transferenciales que el paciente tiene con el médico. El análisis le sirve de sostén, drenaje y elaboración de ese vínculo, necesario para mantener la esperanza (que tantas veces pasa por expectativas ilusorias que enturbian la relación con el médico).

De esta manera, el paciente puede fortalecer la relación con el médico, atenuar el impacto de una dependencia que lo hace sentir muy vulnerable y mejorar su capacidad para enfrentar y tolerar su enfermedad. Además, con el análisis, se puede lograr la comprensión de elementos psicopatológicos relacionados con la etiología de la enfermedad.

- b) pero es necesario contar con la personalidad del analista: maduro, con antecedentes de trabajo médico, que pueda enfrentar conductas médicas a veces arbitrarias que no pasan desapercibidas a un paciente en análisis, no contraidentificarse con esas medidas, tolerar los celos y la envidia que pueden surgir entre él y el médico en torno al paciente. Para esta tarea, el analista debe tener bien analizada su vocación, sus angustias de muerte y poder contener ansiedades muy graves, a menudo de naturaleza psicótica.
- c) es útil para el médico recordar las múltiples disociaciones del Yo de estos pacientes. Se trata de una organización defensiva con fuerzas determinantes muy poderosas. El uso de la disociación en el entorno social en que convive se expresa como antagonismos: entre el paciente y los padres, la familia, la escuela, el trabajo. Pero los médicos pueden también participar en la misma. Winnicott usa la expresión *dispersión de los agentes responsables* para describir el uso múltiple

que el paciente hace de los recursos terapéuticos disponibles.

El paciente utiliza la asistencia de una manera disociada, huye de un lugar a otro, de un médico a otro, de un especialista a otro, nunca está en un lugar de una vez y en contacto con cada aspecto de los cuidados que la Medicina organiza. *Se queja de que los médicos no cooperan entre sí pero se pone muy ansioso cuando éstos se reúnen a tratar su caso.* Las conductas disociativas del paciente originan a veces, de forma inconsciente, enfrentamientos entre miembros del grupo médico.

El equipo médico no tiene más remedio que disociarse por motivos prácticos y de división de tareas, pero necesita mantenerse integrado y unido en la conducción asistencial.

- d) las abundantes referencias a la participación de estructuras psicóticas y narcisistas en la enfermedad corporal sugieren el posible despliegue de transferencias psicóticas, fusionales e indiscriminadas con fenómenos restitutivos de naturaleza delirante y megalomaniaca, que los médicos fácilmente reconocerían en la clínica. Estas características abren la posibilidad de incluir el desamparo como correlato inevitable del padecimiento corporal y las relaciones primitivas con el objeto único. El fenómeno de la transferencia se fragmenta aquí, en correspondencia con su naturaleza psicótica, se divide el campo asistencial, se distribuye entre los que se ocupan del paciente y hace difícil mantenerlo unificado.
- e) a veces la Medicina y sus cuidados otorgan la excusa para evitar el camino del Psicoanálisis a algún paciente que pudiera beneficiarse de él. Por ejemplo, Freud cuenta el ejemplo de una mujer a la que

¹¹ Luchina, L. Comunicación personal.

de joven analizó con éxito por una dolencia histérica. En edad avanzada, a raíz de una metrorragia tuvo una histerectomía y un recrudecimiento de sus síntomas psicológicos. *Luego de la operación se enamoró del cirujano y rechazó todo tipo de ayuda psicológica.*¹²

A MANERA DE SÍNTESIS SOBRE PSICOSOMÁTICA

El problema a que se hace referencia en Psicossomática es el de dar respuesta a la idea de integración de la persona en totalidad, en la forma de un modelo teórico que abarque la salud y la enfermedad y evite el reduccionismo de la biología o la psicología. Pero, integrar no es sumar.

La Psicossomática está atravesada por el entrecruzamiento que plantea, por un lado, la relación mente-cuerpo y por el otro, la relación Yo-objeto, pensados a la manera de ejes que se cruzan en la clínica.

El eje al que se le asigne prioridad se constituirá en un vértice que va a definir para la salud y la enfermedad una teoría y una clínica diferente. El primero enfatiza relaciones de *causalidad*, el otro de *significado*. Se trata de puntos de vista, maneras de entender los hechos, no necesariamente excluyentes. Ambos ejes son necesarios. Ambos se entrecruzan en un punto virtual y ejercen efectos recíprocos a través de mecanismos cuya naturaleza íntima por ahora se desconoce.

¹² Ferrari, H. "Una resistencia al Psicoanálisis". *Psicoanálisis* 1993;(XV)2.

XXX

LA SALUD MENTAL Y LA PSICOPATOLOGÍA

NORMALIDAD Y PSICOPATOLOGÍA

En algunas concepciones psiquiátricas tradicionales se oponen los fenómenos de la psicopatología con los de una supuesta *normalidad*. Pero el concepto de normalidad no tiene una respuesta obvia, ni una definición unívoca. Puede referirse a *norma* o a *desviación* estadística o del promedio. Puede querer decir *sin patología*. En la mayoría de los casos

la llamada normalidad es una construcción o convención social que varía a lo largo de épocas y culturas distintas.

Por contraste a normalidad, lo que se considera psicopatología representa una desviación significativa de los comportamientos esperables, esto último designado también como psiquiátrico o psicopatológico. Por añadidura, la definición de normalidad puede funcionar como niveles sutiles de presión o de control social. Para mencionar un ejemplo, la polémica actual acerca de considerar o no enfermedad a la homosexualidad o si el síndrome de tensión

premenstrual debe estar o no incluido entre los trastornos psiquiátricos.

Numerosas observaciones hechas a lo largo de este texto hacen aconsejable reemplazar el eje normalidad versus enfermedad por el de salud-enfermedad.

SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA

También se hizo notar la imposibilidad y la inconveniencia de trazar una distinción clara y precisa entre la salud y la enfermedad. Como se dijo en el comienzo, nunca se está *totalmente ni sano ni enfermo*. Más bien hay un predominio de lo uno o lo otro.

El médico estará llamado en ocasiones a diagnosticar casos de la más franca psicopatología. Pero lo que puede importarle es detectar en su tarea asistencial cotidiana la presencia sutil y enmascarada de elementos neuróticos, psicóticos o perversos dificultando el manejo clínico del paciente.

Este capítulo intenta hacer una aproximación a la Psicopatología, no para mostrar lo radicalmente distinta que es de la norma-

lidad sino, como se vio en numerosas oportunidades, *lo próxima y a la vez lo lejos que está de la salud.*

INTRODUCCIÓN A LAS NEUROSIS

Las neurosis o más exactamente, las *psico-neurosis* constituyen en la nomenclatura psiquiátrica y psicoanalítica una categoría mayor, como las psicosis y las perversiones.

Desde el punto de vista descriptivo, designa un síntoma o un grupo de síntomas que se manifiestan en el área de los pensamientos, sentimientos y conductas, no comprometen groseramente el juicio de realidad ni alteran la vida social pero hacen sufrir y perturban al individuo, quien no los considera como propios sino como ajenos (ego distónicos). La alteración es relativamente duradera o recurrente sin tratamiento y no se encuentra una etiología orgánica demostrable.

Si se define como *proceso neurótico*, se trata de “una afección psicógena cuyos síntomas son la expresión simbólica de un conflicto psíquico que tiene sus raíces en la historia infantil del sujeto y constituyen un compromiso entre el deseo y la defensa”.¹ Se habla de *conflicto psíquico* cuando se enfrentan aspectos o exigencias internas contradictorias, que se despliegan como fuerzas en pugna dentro de las estructuras de la vida mental del sujeto, que son relativamente contenidos por éste, sin dejar por eso de perturbar sus vínculos con objetos externos. El conflicto puede ser manifiesto o las más de las veces latente, pudiendo

expresarse en este caso de un modo deformado en el conflicto manifiesto y traducirse especialmente por la formación de síntomas neuróticos.

A diferencia de la aparición de conflictos en épocas muy tempranas del desarrollo que activan defensas primitivas como *la proyección, la disociación, la negación*, etcétera y que más tarde formarán parte de la patología de las psicosis,

el conflicto típico de la neurosis aparece relativamente tarde en la historia infantil del sujeto estando comprometidas defensas del tipo de la represión, la formación reactiva, la conversión, el desplazamiento, para la temática central de ese momento: el complejo de Edipo, llamado el complejo nuclear de la neurosis.

El término neurosis agrupa un número de entidades psicopatológicas con un tipo determinado de síntomas especiales: pueden ser trastornos de algunas funciones corporales, como en *la histeria de conversión*, pensamientos o acciones incontrolables, en *la neurosis obsesivo compulsiva*, temores irracionales como en *las fobias*, ataques de angustia y depresión como en *la neurosis de angustia*, sensación de abandono, pérdida y desvalimiento como en *la neurosis depresiva*, preocupaciones referidas al funcionamiento del cuerpo como en *la neurosis hipocondríaca*.

Todos comparten una etiología en común: derivan de impulsos inconscientes provenientes del complejo de Edipo, cuya percepción el Yo anticipa como peligrosa y que conduce a los mecanismos de defensa ya mencionados que se manifiestan como síntomas neuróticos.²

¹ Laplanche J, J Pontalis. *Diccionario de Psicoanálisis*. Labor, 1971.

² Con un criterio ciertamente polémico, en el DSM-III los Trastornos Neuróticos están incluidos y distribuidos entre los Trastornos Afectivos, los Estados Ansiosos, los Trastornos Somatoformes, los Disociativos y los Psicosexuales, desapareciendo la Neurosis como categoría diagnóstica.

Cuando las neurosis están claramente definidas en la clínica, se puede fundamentar su diagnóstico en base a los siguientes datos:

a) aun cuando en términos generales la personalidad toda no deja de estar comprometida, la neurosis es un perturbación parcial del funcionamiento mental alterado por conflictos intrapsíquicos e interpersonales que permite otras áreas de funcionamiento normal. En estas últimas, el Yo funciona *a predominio* del proceso secundario: las representaciones son investidas de manera estable, se tiene en cuenta la realidad interna y externa, la satisfacción es aplazada hasta que se evalúen distintas vías de gratificación posibles, el pensamiento es preparatorio de la acción y hay aprendizaje por la experiencia.

En la neurosis, el sector del Yo afectado funciona a predominio del proceso primario que se caracteriza por un desplazamiento y condensación incesante del sentido, que tiende a la descarga alucinatoria, que no tiene en cuenta la realidad ni aprende de la experiencia.

El síntoma neurótico, en su sobredeterminación, esto es, en sus múltiples sentidos, es un ejemplo del funcionamiento propio del inconsciente sobre algún aspecto de *la vida diurna del Yo*. (Por el contrario, en el transcurso del reposo, el trabajo del proceso primario se manifiesta en *la vida onírica*, mientras el Yo duerme.) En las parapraxias o actos fallidos, la actividad del proceso primario *sorprende* al Yo con algún *error o equivocación*.

b) en la neurosis, el llamado *juicio de realidad* está preservado, la relación con la

realidad está globalmente conservada. Por el contrario, en la psicosis el juicio de realidad está perturbado. Sin embargo, un análisis más fino demuestra que en la neurosis se evita, como huyendo de él, un trozo de realidad.

La neurosis no desmiente la realidad, se limita a no querer saber nada de ella. La psicosis la desmiente y procura sustituirla.³

El contenido del pensamiento en el neurótico puede sufrir fuertes restricciones por ideas sobrevaloradas que necesita, entre otras cosas, para justificar los síntomas, pero sin formaciones delirantes ni trastornos del pensamiento. El Yo está *afectado* en alguno de sus funcionamientos. Por el contrario, en la psicosis el Yo está desorganizado o destruido tratando de *restituirse* de manera delirante o alucinatoria.

c) conciencia de enfermedad: los síntomas son sentidos por el Yo del paciente como extraños, anormales e ininteligibles, más allá de la esfera de su control consciente, impotente para corregirlos por su voluntad, perturbando sus posibilidades adaptativas. Comprometen funcionamientos en áreas de su vida cotidiana, en la relación con los otros, consigo mismo y con su cuerpo. Con los síntomas experimenta un grado considerable de sufrimiento mental por el que puede llegar a reconocerse enfermo. Luego de un periodo de espera variable, y presionado por sus dificultades crecientes, llega a pedir una consulta. Simultáneamente, defiende sus síntomas *racionalizándolos* esto es, dándose toda clase de razones para hacerlos comprensibles, justificados y eludir su tratamiento psicoterapéutico. Cuando permite que éste se instale, esta actitud se manifiesta

³ Freud, S. "La pérdida de realidad en la neurosis y la psicosis" (1924). En: *Obra completa* XIX. Amorrortu, Buenos Aires, 1992;195.

como una de las formas de la resistencia a su análisis.

La defensa que el Yo hace de sus síntomas pone de manifiesto que le hacen sufrir pero los necesita: es el llamado beneficio primario del síntoma neurótico.

d) el síntoma por excelencia es la *angustia*: un afecto displacentero, subjetivamente experimentado como muy similar a un temor frente a un peligro o a su anticipación. El paciente la manifiesta como un miedo indefinido cuya causa y origen no puede localizar. La angustia es originariamente un producto del estado de desvalimiento emocional del lactante, la contrapartida de su desamparo biológico. La respuesta del sujeto frente a esta situación o a su repetición ulterior es conocida como *angustia traumática*, un estado donde el Yo se ve desbordado por un aflujo de excitaciones internas o externas y cae en una situación traumática.

Posteriormente, el Yo ante el peligro pone en funcionamiento un dispositivo para evitar ser sobrepasado: *la señal de angustia* que reproduce en forma atenuada la reacción de angustia y que le permite poner en marcha anticipadamente operaciones defensivas.⁴

Se la denomina *angustia libremente flo-tante* cuando no hay una referencia consciente a un peligro en especial, aunque esta acepción merezca ciertos reparos pues la angustia en cierto sentido siempre aparece tematizada. La sensación del afecto angustioso se acompaña habitualmente con manifestaciones corporales de la órbita del sistema nervioso autónomo, que resulta en palpitaciones, sudoración profusa, taquipnea, diarrea, etcétera. Cuando es así, el paciente trata de *explicitarla* en término de funcionamientos corporales alterados.

La tendencia del Yo es apelar rápidamente a defensas, crear productos sustitutos que expresen simbólicamente y a su vez encubran el conflicto inconsciente que genera angustia. Esos productos sustitutos son los síntomas neuróticos.

e) en general, la neurosis clínica tiene un comienzo del que el paciente puede dar cuenta, una evolución en el tiempo con cambios dinámicos de una variedad a otra y una culminación. En la historia previa es posible detectar una personalidad relativamente ajustada pero sometida a intensos conflictos, con rasgos defensivos típicos que se van a acentuar cuando la neurosis se manifieste.

Se puede determinar su aparición en relación con un momento crítico, como respuesta a una *crisis vital* previsible, como la adolescencia, la edad media de la vida o la menopausia o imprevisible, como una pérdida, un accidente, una enfermedad corporal, etcétera. Se conocen como los *factores desencadenantes o actuales* de la neurosis e involucran de alguna manera lo que se denomina privación o *frustración*. Se trata de una condición de rehusamiento por la que un sujeto ve negada o se niega él mismo una satisfacción emocional.

f) los elementos constitucionales que el sujeto trae al nacer, sus experiencias infantiles y los factores desencadenantes, se ordenan en lo que se denomina *series complementarias*. Si el sujeto no tuviera una cierta predisposición, podría responder a los factores desencadenantes de una manera apropiada y atenuando su impacto. Por ejemplo, después de un cierto tiempo reemplazar un objeto perdido por otro.

En la neurosis no lo hace con base en una apreciación realista de la situación actual

⁴ Freud, S. "Inhibición, síntoma y angustia" (1926). En: *Obra completa XX*. Amorrortu, Buenos Aires, 1992.

ni a demandas razonables de su Superyó, sino a fantasías inconscientes y recuerdos de experiencias infantiles del desarrollo psicosexual vividas como peligrosas. Responde con una retracción parcial del interés por el mundo externo y un aumento de la actividad de la fantasía, se repliega a posiciones anteriores, activa intereses más antiguos hacia un estadio donde los impulsos libidinales y agresivos son muy fuertes.

La neurosis es el resultado de un conflicto de un periodo del desarrollo relativamente tardío entre las pulsiones sexuales y agresivas y un Yo que trata de controlarlas y limitarlas.

El Yo reaccionó frente a esas situaciones con una señal de peligro que estimuló el uso de la *represión* y otras medidas defensivas, con lo que contuvo el conflicto de manera temporaria e inestable. Frente a situaciones actuales que implican *privación* o *rehusamiento*, asociativamente conectadas con las infantiles, la defensa se torna insuficiente y el Yo resulta desbordado por el *retorno de lo reprimido* en la forma de *síntomas neuróticos*.

El análisis de los síntomas muestra que son formaciones de compromiso, expresiones deformadas de las pulsiones reprimidas y de las fuerzas represoras, incluidas las de origen superyoico.

Los síntomas son expresión de la lucha contra la angustia y simultáneamente su manifestación. Además de su carácter repetitivo e inmodificable, representan aspectos psicológicos o emocionales que pueden haber sido satisfactorios en etapas más tempranas del desarrollo. La neurosis se basa en la *fijación* o *regresión* a alguna fase anterior del desarrollo, en especial de la sexualidad infantil. Como se mencionó anteriormente se ha señalado al Edipo

como el complejo nuclear de la neurosis. En la actualidad se toman en cuenta los conflictos preedípicos.

g) la neurosis supone entonces un trastorno en el desarrollo de un Yo relativamente logrado, con cierto grado de integración, capaz de discriminarse del objeto, y de haber alcanzado un grado de simbolización aceptable. Va a ocupar un sector del Yo en el que va a utilizar defensas patológicas propias del funcionamiento del proceso primario, esto es, a partir de los mecanismos de condensación y desplazamiento, típicos del sueño. El Yo *aísla* defensivamente un área de conflicto, a la que después va a tratar de asimilar e integrar a su organización. Con los síntomas consigue cierto grado de satisfacción vicaria, a la que había rehusado previamente.

El Yo hasta puede sacar provecho de los síntomas neuróticos en algo que se conoce como beneficio secundario de la enfermedad.

h) los *sueños*, los *actos fallidos* y los *síntomas neuróticos* son formaciones del inconsciente, manifestaciones de una misma serie que van de una supuesta normalidad a la neurosis. Por tanto, si bien las neurosis clínicamente establecidas son entidades cuyo perfil es definido, el límite entre normalidad y neurosis no siempre lo es por cuanto comparten el funcionamiento de un aparato mental cuya sutileza está en la base de la existencia de dos sistemas de funcionamiento, el primario y secundario, que puede dar tanto para la salud mental y la creatividad como para la neurosis. Como se señaló al comienzo,

la supuesta normalidad es una ficción. La salud mental implica cierto grado de integración de distintos funcionamientos. Más apropiado es hablar de

un aspecto neurótico del Yo que lo perturba en la salud.

i) posteriormente, otras investigaciones pusieron de manifiesto su relación en el límite con la psicosis y la perversión. Los partidarios de la escuela inglesa de Psicoanálisis demostraron que ciertos mecanismos neuróticos eran derivados de conflictos y defensas que se desarrollaron más tempranamente.⁵ En ese sentido la neurosis obsesiva, los rasgos compulsivos u otros mecanismos neuróticos pueden ser entendidos como defensas relativamente tardías del desarrollo *frente una posible psicosis latente*. Este criterio implica un replanteo teórico de la neurosis y en la clínica, la posibilidad de comprender más en profundidad sus manifestaciones graves. De todos modos no es sostenible cierto criterio de reducir la comprensión dinámica de toda neurosis a una elaboración tardía de una supuesta psicosis subyacente. En cuanto a su relación con la perversión, la neurosis ha sido considerada *el negativo* de la misma, un intento del Yo parcialmente fallido de reprimir *deseos considerados perversos*.

j) comprensión diagnóstica y evolutiva: la clasificación de las neurosis tiene un valor clínico importante pero dado su carácter psicodinámico no son entidades que se pueden encontrar aisladamente sino como una combinación de elementos clínicos diversos. Además, la evolución, espontánea o terapéutica modifica sus manifestaciones, haciendo que predominen diferentes síntomas en distintas etapas.

Se impone entonces un criterio de diagnóstico dinámico que yendo más allá de los síntomas, detecte la reiteración de estructuras, conflictos y defensas.

Inicialmente, Freud distinguía *las neurosis de transferencia* como la histeria, la fobia y la obsesiva de *las neurosis actuales* como la neurosis de angustia y la neurastenia. Más tarde diferenció las neurosis de transferencia de *las neurosis narcisistas*, haciendo referencia a cuadros psicóticos como la paranoia, la esquizofrenia y la melancolía.

k) terapéutica: Las neurosis son trastornos psicogenéticos que por lo tanto tienen que tener una terapéutica psicológica: *son una indicación clásica para el psicoanálisis*.

La fobia, la histeria y la neurosis obsesiva se han conocido como neurosis de transferencia porque son capaces de establecer vínculos emocionales con el terapeuta que reediten las situaciones conflictivas del pasado y de esta manera pueden tener una elaboración resolutive.

Si no se dieran las condiciones para la instalación del dispositivo psicoanalítico, puede hacerse un abordaje con una psicoterapia de orientación analítica para enfrentar situaciones acotadas o agudas donde el psicoanálisis pueda no ser el método de elección.

Los psicofármacos son de valor cuando se requieren instrumentos adicionales para atenuar la angustia y la desorganización del Yo que pueden hacer difícil el abordaje terapéutico, en especial en los tramos iniciales del tratamiento. Algunos síntomas pueden aliviarse o desaparecer con los psicofármacos pero las estructuras que los sustentan los van a reiterar cuando las circunstancias les sean propicias y por lo tanto deben ser considerados meros auxiliares terapéuticos.

⁵ Klein, M. *Notas sobre algunos mecanismos esquizoides*. Paidós, Buenos Aires, 1946.

PSICOSIS: LOS CONCEPTOS TEÓRICOS FUNDAMENTALES

El Psicoanálisis se ocupó inicialmente de la psicopatología de las neurosis pero Freud no dejó nunca de interesarse por las psicosis, en especial la paranoia, la esquizofrenia, la manía y la melancolía. Desde fines del siglo XIX contribuyó con la Psiquiatría a deslindar el campo de las neurosis y de las psicosis.

Para el Psicoanálisis, lo que está en la base del fenómeno psicótico es una perturbación de la relación libidinal del Yo con la realidad, siendo la mayoría de los síntomas tentativas de reconstituir el lazo objetual destruido.

EL YO FRENTE A LA REALIDAD EN LA PSICOSIS

A diferencia de la neurosis cuyos síntomas comprometen una parte del Yo y el resto es distónica con ellos, *en la psicosis lo más afectado es la estructura del Yo* y sus trastornos son *ego sintónicos*.

En la década de los 90 Freud propuso la división entre neurosis actuales y psiconeurosis de defensa. Dentro de estas últimas incluyó las psicosis como la amencia, la paranoia y la psicosis histérica. Por entonces, la noción de defensa del Yo comenzó a ser reconocida y jerarquizada.

La defensa es un conjunto de operaciones del Yo cuya finalidad consiste en protegerlo de toda modificación capaz de poner en peligro su integridad frente a pulsiones inconciliables con su funcionamiento.

Hay diferentes mecanismos de defensa según el tipo de afección predominante, la etapa en que surgen y el grado de elaboración del conflicto que comportan. En las neurosis, frente al conflicto con las pulsio-

nes, en especial, las del complejo de Edipo, la defensa trata de desvincular la idea del afecto, dándole a éste destinos diversos que resultarán en síntomas diferentes: fobia, obsesión, conversión.

Como en la neurosis, la psicosis también proviene de situaciones de conflicto, angustia y defensa asociadas. Pero, los conflictos remiten a épocas más tempranas del desarrollo, la angustia tiene un carácter muy primitivo. Los impulsos destructivos son devastadores y al paciente lo aterrorizan especialmente. Le hacen sentir que vive en un mundo amenazante del que recibe señales alarmantes de experiencias siniestras que ponen en peligro su vida.

La angustia de la psicosis tiene que ver con el terror a la aniquilación, a la fragmentación, desintegración y disolución del Yo incluida su dimensión corporal. En su forma aguda, alcanza proporciones inimaginables e intolerables para el sujeto que la padece.

También las defensas son diferentes a las de la neurosis: en la psicosis predominan mecanismos tales como *la fragmentación, la escisión, la proyección, la negación, la desmentida* que comprometen severamente las relaciones del sujeto con la realidad.

A diferencia de la neurosis en la que el yo preserva en lo esencial el vínculo con la realidad y reprime los impulsos indeseables con el auxilio del Superyó, en la psicosis, el Yo desbordado y desorganizado lleva a una ruptura con la misma.

Freud estaba interesado en descubrir los mecanismos específicos que daban cuenta de la perturbación de la relación del sujeto con el mundo exterior. En la *amencia alucinatoria* de Meynert se encontró con: “una defensa mucho más enérgica y eficaz, consistente en que el Yo rechaza la representación intolerable, conjuntamente con su afecto y se conduce como si la representación no hubiera llegado jamás a él”. Por

ejemplo, la joven que espera durante años al novio que nunca aparece finalmente manifiesta que está con él, o la madre que perdió a su bebé mece incansablemente en sus brazos un trozo de madera.⁶

La defensa en esta psicosis consiste en una huida del Yo de la realidad con un mecanismo muy enérgico: el rechazo o *desmentida* de los hechos dolorosos. El Yo los desconoce y los encubre con una fantasía alucinatoria de deseos. Es un trastorno parecido al soñar y de esta manera se ha comparado la psicosis de Meynert a un soñar despierto. En el sueño normal el sujeto *cre*e firmemente en la realidad de lo que sueña y muestra cómo las condiciones para la psicosis están dentro de las posibilidades del funcionamiento habitual del Yo: los deseos inconscientes muy intensos se manifiestan en sueños durante la noche pero durante el día, si dominan las palabras y acciones y conquistan la regresión alucinatoria, pueden dar lugar a una psicosis. Por lo demás, hay sueños que desencadenan una psicosis, que corrigen un delirio o episodios psicóticos que se recuerdan como un sueño.

Una joven de unos 14 años había perdido a sus padres en circunstancias trágicas cuando tenía pocas semanas de vida. Fue adoptada y desconocía conscientemente esta situación. Desde siempre estuvo obsesionada por todo lo que tuviera que ver con los cuidados maternos, en juegos y fantasías. Coleccionaba y dibujaba interminablemente el tema de la Madona y el niño. Una noche quedó a cargo como babysiter de dos niños de 3 y 4 años de una familia amiga. Cuando volvieron los padres les contó que los niños estaban durmiendo y que "la beba recién nacida" estaba en la cuna, que había estado llorando porque "los extrañaba", que le había dado el biberón y cambiado los pañales

y así la había calmado. La niña sostuvo estas creencias durante los varios meses que le duró el episodio.

Entonces, para poder explicar las psicosis, Freud introduce el concepto de *renegación* o *desmentida*: el sujeto rehúsa reconocer la realidad de cualquier percepción traumatizante, principalmente la ausencia de pene en la mujer. Este mecanismo por el que desconoce los *hechos* es normal en el niño pero en el adulto constituye el punto de partida de una psicosis o de una perversión.

LA PROYECCIÓN

Es una operación defensiva por medio de la que el Yo no quiere reconocer y rechaza de sí cualidades, atributos o deseos y los ubica en *el otro* o en *lo otro*. Aparece en los delirios, en los celos, pero también en cierto tipo de pensamiento animista como la superstición.

La proyección de estados mentales en el otro, la contraparte de la introyección, supone considerar cómo se construye en el sujeto el proceso de diferenciación del adentro y el afuera, qué cosas van a ser consideradas *internas* o *externas*. Además, como el Yo no puede protegerse de las demandas internas, sobre todo las pulsionales, la proyección aparece como un medio de defensa primitivo para protegerse de todo aquello que le genere displacer, pero que violenta la consideración de lo que es propio y de lo que es ajeno y, en última instancia, su sentido de realidad.

Cabe postular un estadio temprano del Yo que sólo concibe lo propio como placentero y lo displacentero como ajeno a él (*Yo de placer purificado*), desde el que necesita acceder luego a un estadio donde pueda tolerar en sí lo real, tanto lo doloroso o penoso como lo placentero (*Yo de realidad*). Si esto

⁶ Freud, S. "Las neuropsicosis de defensa" (1894). En: *Obra completa* III. Amorrortu, Buenos Aires, 1992.

no ocurre, se está en la base del hecho psicótico: no poder tolerar nada displacentero en sí y tratar de ubicarlo en el otro.

Basándose en un historial famoso, que se conoce como el caso Schreber y del que Freud analizó sus Memorias, hizo varios aportes a la psicosis: a) esclareció el mecanismo del delirio paranoico como defensa frente a impulsos homosexuales inconscientes: el amor homosexual se transforma en odio, luego el odio se proyecta en el otro: “no lo amo, lo odio porque me persigue”. Indicó algo que el sujeto no sólo desconoce de sí, también algo que el sujeto “no quiere ser”: “No es exacto decir que la sensación reprimida en el interior se proyecta al exterior, más bien retorna del exterior”⁷; b) señaló un punto de fijación de la paranoia en el narcisismo; c) distinguió los síntomas iniciales de la psicosis como el desmoronamiento del Yo vivido como una *amenaza de fin de mundo*, el intento de volver a un Yo inflado y megalomaniaco, y los intentos *restitutivos* de reconexión con el mundo de una manera delirante y alucinatoria.

A veces la proyección no sólo se desembaraza de contenidos mentales sino de la representación de los propios aparatos perceptivos: una paciente contaba que antes de dormir “veía sus ojos en la almohada mirándola”.

Los fenómenos proyectivos (e introyectivos), los límites yoicos débiles e imprecisos contribuyen en el psicótico a sentimientos oceánicos, identificación con el cosmos, a sentimientos de irrealidad, de extrañamiento, despersonalización.

Asimismo dan a lugar en el psicótico a sensaciones hipocondríacas alarman-tes y bizarras provenientes del cuerpo. También a todo tipo de delirios somá-

ticos. El médico puede percibirlos en cualquier consulta.

PSICOSIS Y LENGUAJE

En otra contribución importante Freud se ocupó de una serie de modificaciones que tienen que ver con el lenguaje:

En la psicosis, las frases experimentan una particular desorganización de su estructura que las hace ininteligibles y aparece con frecuencia una alusión a los órganos somáticos.

La frase del esquizofrénico presenta así un carácter hipocondríaco, constituyéndose en *lenguaje de los órganos*.⁸ Quedan sometidas las palabras al mismo proceso que forma las imágenes oníricas, partiendo de las ideas latentes del sueño, es decir, al proceso psíquico primario.

Una paciente esquizofrénica decía que desde su cuarto cada tanto veía pasar una serpiente. Luego, en otro contexto se refería a algunos familiares, en especial a su cuñada, como *venenosa*.

A veces, la psicosis esquizofrénica maneja los términos como si fueran objetos, la semejanza de la palabra y no el parecido de la cosa deciden la sustitución y hasta llega a representarla de manera alucinatoria. Como en los sueños, se expresa de manera concreta algo que admite una expresión en términos abstractos o metafóricos:

Una paciente internada tenía serios altercados con otra llamada Pilar de los que a veces emergía clamando que la depilaran, equivalente a que le “sacaran a Pilar de encima” Más exactamente, en el lenguaje de la psicosis, que le arrancaran a Pilar de adentro.

⁷ Freud, S. “Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia descripto autobiográficamente” (1911). En: *Obra completa* XII. Amorrortu, Buenos Aires, 1992;66.

⁸ Freud, S. “Lo inconsciente” (1915). En: *Obra completa* XIV. Amorrortu, Buenos Aires, 1992.

LA ESCISIÓN O LA MENTE PARTIDA

Desde sus orígenes, el Psicoanálisis postuló un funcionamiento mental que hacía necesaria una defensa del Yo como la represión, para evitar el displacer a partir de la presencia de pulsiones *inconciliables*, y sus efectos en la clínica, por ejemplo en la histeria. Consideró que el Yo es una pluralidad de personajes psíquicos e introdujo la idea de una o de múltiples divisiones psíquicas. Para la neurosis, una parte es reprimida y su resultado puede ser un síntoma que exprese en una formación de compromiso ambos términos del conflicto. También señaló una disociación normal entre un yo observador y un yo participante. Con la psicosis fue más allá:

En 1924, cuando Freud distingue entre neurosis y psicosis desde el punto de vista estructural señala que: el Yo del psicótico, a diferencia del neurótico, se aparta de la realidad y “se crea soberanamente un nuevo mundo interior y exterior”. El Yo a veces paga el precio deformándose, tolerando daños en su unidad, efectuando un clivaje, etcétera. El delirio es como un parche que enmienda su fractura.⁹

En 1927, en el estudio del fetichismo muestra que dos ideas pueden coexistir en la mente, ser conscientes y contradictorias a la vez, en relación por ejemplo con la diferencia de sexos y la castración. Una desconoce o *desmiente* las diferencias o *reniega* de ellas y otra las acepta sin que al parecer se reconozcan estas dos actitudes como opuestas mientras la brecha entre ambas crece. El resultado de la renegación o desmentida es que el Yo se escinde: una parte acepta los hechos mientras la otra si-

gue desconociéndolos. A veces una pérdida temprana es resuelta de la misma manera: una parte reconoce la muerte mientras otra la niega y estas dos actitudes se pueden preservar toda la vida.¹⁰

LA TRANSFERENCIA Y LA PSICOSIS

En 1914 se introduce el narcisismo, es decir, toda la problemática del amor a sí mismo a partir del que se diferencian las psiconeurosis —en las que hay una introversión de la libido a los objetos de la fantasía y, por lo tanto, se puede mantener el lazo transferencial con ellos—, de las neurosis narcisistas o psicosis que no lo mantienen, porque la libido se retrae al yo.¹¹

Por lo tanto en la psicosis, como resultado de la frustración con el objeto, la retracción libidinal es al Yo, lo que explica: 1) *la vivencia de fin de mundo*, el paciente ha roto la relación con la realidad, tiene la sensación de que el mundo está vacío, destruido, que ya no existe más; 2) *el delirio de grandezas*, es decir, la megalomanía, el pensamiento mágico; 3) *los síntomas hipocondríacos*; 4) la falta de todo interés por los objetos, por lo que se explica su *inaccesibilidad terapéutica* que los sustrae al efecto del Psicoanálisis. Se supone que no hay transferencia porque los sistemas de huellas mnémicas de la relación con los objetos están destruidos. Sin embargo, experiencias terapéuticas posteriores con otros analistas rectificaron esta postura y señalaron la presencia de una transferencia psicótica, que se manifiesta de manera masiva, directa, inmediata, de tipo narcisista, donde a menudo el otro deviene el Yo del paciente.

⁹ Freud, S. “Neurosis y psicosis” (1924). En: *Obra completa* XIX. Amorrortu, Buenos Aires, 1992;156.

¹⁰ Freud, S. “Fetichismo” (1927). En: *Obra completa* XXI. Amorrortu, Buenos Aires, 1992.

¹¹ Freud, S. “Introducción del narcisismo” (1914). En: *Obra completa* XIX. Amorrortu, Buenos Aires, 1992.

EPÍLOGO

LA OTRA ESCENA EN MEDICINA

El arte de la Medicina consiste en gran medida en la habilidad del médico para disponer las medidas prácticas que mejor se ajusten al ser humano involucrado. En general los médicos deben lidiar con problemas que no pueden comprender mayormente y situaciones que no pueden controlar del todo.

RENÉ DUBOS,
Man, Medicine and Enviroment, 1968

Un médico, cuya esposa estaba embarazada, asistía a una paciente joven con una cardiopatía severa que cursaba su primer puerperio, y que de pronto requirió ser atendida, casi moribunda, por un paro cardíaco. Lo relataba así: “Mientras la reanimaba pensaba que podía ser mi mujer, usted sabe, le hacía masaje cardíaco y le salía calostro de los pechos... fue horrible...!”

Profesional experimentado, no era la primera vez que intentaba salvar una vida. Pese a eso, lo vivido por él fue sentido como horroroso, espantoso, monstruoso... como algo relacionado con lo siniestro. Hay que pensar en esa situación una otra escena dentro de la que el médico, con los recursos técnicos que manejaba con pericia, trataba de devolverle la vida a una paciente agonizante, mientras inevitablemente se involucraba con las consecuencias emocionales (desconocidas para él) de su tarea. Incluido en una situación límite, jugado entre la vida y la muerte, tuvo esa sensación de horror: en un estado mental muy particular, casi como sumergido en un sueño, le aparecía la imagen de su mujer (tal vez también la de su propia madre), cursando todavía un embarazo, confundida con la de esta otra, que podía dejar un bebé huérfano; el nacer y el morir iban inesperadamente juntos, la vida surgía misteriosamente de la muerte, lo animado parecía provenir de lo inanimado (como en las leyendas del retorno de lo muerto vivo); la vivencia espeluznante de ver surgir leche de un pecho casi muerto mientras se desesperaba para devolverle la vida.

La presencia violenta e inesperada de escenas y fantasías primitivas inundando la situación era presumible, como tal vez la presencia fantasmática de un bebé frente a una madre sin vida, emocionalmente deprimida, psicológicamente muerta, etcétera. En estas condiciones, ¿qué significados desconocidos adquirieron para el médico las maniobras de reanimación?, ¿qué pasaba en el escenario de su mente mientras seguía con su tarea?

La profesión no siempre expone al médico a situaciones tan dramáticas como ésta, hay momentos más tranquilos y hasta por supuesto muy gratos. Pero de alguna manera esa otra escena nunca deja de estar presente. Debemos a O. Mannoni esta forma de modelizar la dimensión onírica de la experiencia de la vida, como si se abriera en circunstancias tan dramáticas como ésta un otro espacio de contenidos fantasmáticos que se asemeja al del sueño.¹

Este médico disponía de los conocimientos técnicos que provee la enseñanza tradicional de la Medicina. Pero, ¿con qué recursos personales cuenta cuando participa de situaciones en las que inevitablemente resulta comprometido? Y ¿qué efecto tendrá todo esto sobre su persona, su paciente y su trabajo?

La tarea médica, que gira en torno a problemas de salud y enfermedad, está hecha de técnicas de diagnóstico y administración de tratamientos. Pero, la relación asistencial es el instrumento emocional más importante para sostenerla. Nada de lo que piense, decida o haga el médico tiene sentido si no es entendido desde ese lugar.

Su éxito o fracaso no se juega ni en sofisticados métodos de laboratorio ni en complicadas intervenciones técnicas sino en la intimidad de esa relación, que es la relación médico-paciente.

Entre otras cosas, requiere del médico conocer a la persona del paciente antes de querer saber qué tiene, manejar la intimidad de esa relación tan especial, contener la movilización afectiva generada en su interior. Porque los problemas de salud y enfermedad comprometen los niveles más profundos, infantiles e irracionales del Yo, donde se movilizan las emociones más intensas, las que tienen que ver con el dolor, la mutilación corporal, el desamparo. El médico también está expuesto y su capacidad de contención y elaboración emocional de la situación es decisiva para el devenir de todo el proceso patológico, para el pronóstico. Pese a su importancia, hasta ahora, este punto ha sido el más descuidado de la formación médica. Veamos porqué.

La Medicina tradicional, tanto en nuestro país como en el mundo ha formado médicos sobre la base de criterios casi exclusivamente biológicos, donde la enfermedad es reducida a sus elementos corporales y la terapéutica entendida como el uso de recursos farmacológicos o quirúrgicos para eliminar sus efectos. Por cierto, contamos hoy día con un impresionante crecimiento de conocimientos y medios técnicos. Pero, por importantes que fueren, no alcanzan para ejercer la profesión.

Los educadores han detectado esta dificultad en la formación médica, aunque no han sabido ponerle remedio. Como dice uno de ellos: “Racionalizamos, discriminamos, pretendemos: pretendemos que la Medicina moderna es una ciencia racional, donde todo son hechos, no existe el sinsentido, la apariencia es todo. Pero solo tenemos que golpear suavemente este barniz lustroso para que se desgarre ampliamente

¹ Mannoni, O. *La otra escena. Claves de lo imaginario*. Amorrortu, Buenos Aires, 1973.

y nos revele a todos sus raíces y fundamentos, su antiguo y oscuro corazón, hecho de metafísica, misticismo, magia y mito”.²

Es que la relación asistencial es el meridiano por donde sigue pasando el trabajo médico. No ha habido suficiente espacio de reflexión de lo que significa para el médico el vínculo personal con su paciente. Tradicionalmente, el médico se arreglaba como podía en el contacto afectivo con los grandes maestros con quienes se identificaba, contaba con su intuición y no con un instrumento científico para responder a las demandas de su trabajo clínico. Mientras, se le imponían ideales inalcanzables de abnegación o altruismo. Parafraseando a Freud, la educación médica se conducía “como si se enviara a una expedición polar a gente vestida con ropa de verano y equipada con mapas de los lagos italianos”.³

Muchas veces y de distintas maneras se trató de resolver esta situación, a veces sin éxito. Propuestas por darle a la formación médica un perfil personal, más comprometido fracasaron. Pero hubo y hay experiencias muy valiosas.⁴

*En lo esencial, se trata de incorporar lo que ha sido propuesto a lo largo de este texto: Que el médico se ocupe de la salud como un bien a alcanzar, conservar y cuidar, tanto o más que de la enfermedad. Que pueda hacer lugar en su trabajo para la idea de la prevención más que de la curación. Que pueda considerar los procesos de salud y enfermedad tal como se despliegan y significan en los vínculos personales y familiares. Que pueda dialogar más con la persona que con la enfermedad. Que tenga en cuenta el contacto humano como el elemento más valioso de la relación asistencial, tanto o más que el de cualquier terapéutica farmacológica. Que reconozca en ese vínculo, como en cualquier otro, aspectos infantiles que generan conflictos y que sepa manejarlos. Que es en ese vínculo en el que él está profundamente involucrado. Que pueda considerar que el pronóstico de cualquier enfermedad va ligado al destino de la relación con su paciente. Finalmente, que para una Medicina cada vez más tecnificada ponga su trabajo bajo el presupuesto de que **la vida mental es lo que da valor a la vida.***

Aun en los trances más penosos como los que supone padecer graves patologías, es a eso a lo que básicamente debe dedicar su tiempo profesional.

Todo esto significa comprender por lo menos el funcionamiento de los niveles mentales más profundos, el peso que tiene el pasado sobre el presente y el rol fundamental del conflicto para la estructuración de la persona, también el valor de la relación temprana con los padres, los sentimientos de desamparo y en especial el significado de las experiencias derivadas de la sexualidad infantil en tanto el cuerpo, fuente de goce y dolor; será objeto de una manipulación muy especial durante el trabajo médico.

Estos niveles se hacen presentes con las demandas más irracionales, las emociones más violentas, las fantasías más primitivas y para entenderlos se requiere de una formulación científica, no del mero manejo intuitivo. Se necesita de un instrumento

² Sacks, O. *Awakening*. Summit Books, New York, 1987;26.

³ Freud, S. “El malestar en la cultura” (1930). En: *Obra completa XXI*. Amorrortu, Buenos Aires, 1992.

⁴ En 1986, la Facultad de Medicina de Buenos Aires incorporó en el currículo médico al Departamento de Salud Mental con la idea de colaborar desde la enseñanza de grado y pos-grado en la reformulación de la teoría y la práctica médica. Su primer Director fue el Dr. Jorge García Badaracco. A través de variados instrumentos pedagógicos y distintas metodologías, el Departamento pudo introducir algunas ideas básicas, absolutamente esenciales para que la formación médica pueda llegar a ser más integral y abarcadora.

teórico capaz de entender cómo los niveles más profundos de la mente soportan el impacto de la mutilación, la desorganización y el daño corporal.

La Medicina cuenta para eso con las ideas y conceptos que provienen de diversos campos, uno de los cuales es el de la Salud Mental.

Como se mencionó en el Capítulo I, la concepción de Salud Mental se enriqueció con el nacimiento del Psicoanálisis. Históricamente, la Medicina y el Psicoanálisis no siempre se llevaron bien. La Medicina debió comprender que un manejo exclusivamente “técnico” de las enfermedades deja un flanco débil por el que los aspectos pasionales e irracionales desatados por la enfermedad tratan de buscar otras salidas donde sentirse contenidos. Y es ahí donde aparecen las polémicas medicinas alternativas con su correlato de superchería, magia y promesas mesiánicas. Por su parte, el Psicoanálisis, como una ciencia joven, se debió acercar al campo de la salud respetando sus características y adecuando sus formulaciones a un quehacer muy específico, que cuenta con una tradición milenaria.

No se trata de formar a médicos como psicoterapeutas ni de agregarles conocimientos tradicionales de psicología sino completar una formación más integral y menos disociada.

Es ayudar a los médicos a detectar y comprender algo de esa “otra escena” de una manera científica. Es la forma de mejorar la calidad de la asistencia médica y la gratificación en el trabajo. Salud mental y otras corrientes científicas disponen de un modelo teórico y clínico desde donde implementar los cambios.

Éste ha sido el propósito de este libro.

**Publicado en su versión original en
Claves en Medicina y Psicoanálisis,
3 de diciembre, 1992**

ÍNDICE ALFABÉTICO

A

ABUSO SEXUAL, 74, 139, 309, 310, 311, 312, 315, 316
ADOLESCENCIA, 171, 172, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181
ADULTEZ TARDÍA, 199, 201, 235
ADULTEZ TEMPRANA, 198, 199, 230, 232
AFECTOS, 53, 87, 90, 100, 115, 116, 119, 123, 127, 133, 139, 141, 149, 153, 154, 156, 157, 176, 233, 251, 300, 304, 313, 323, 333
AGRESIÓN, 33, 63, 79, 81, 82, 89, 119, 134, 135, 136, 208, 228, 253, 259, 279, 305, 312, 333
AMNESIA INFANTIL, 65, 139
ANAMNESIS O INTERROGATORIO MÉDICO, 286, 296
ANGUSTIA, 27, 46, 50, 51, 55, 70, 79, 80, 86, 90, 92, 93, 115, 116, 119, 122, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 141, 146, 147, 156, 163, 167, 168, 172, 174, 190, 195, 204, 208, 220, 222, 232, 235, 247, 249, 254, 267, 279, 291, 305, 312, 332, 333, 341, 343, 344, 345
ANGUSTIA DEL OCTAVO MES, 156
ANOREXIA NERVIOSA, 61, 195, 319, 321
APARATO PSÍQUICO, 61, 64, 74, 88, 100
APNEA DEL SUEÑO, 187
ASCO Y REPUGNANCIA, 123
ASISTIR, 29, 39, 41, 104, 136, 250, 260, 268, 270, 278, 298, 304
ATAQUE DE ANGUSTIA, 129
ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD, 27, 29
AUTOEROTISMO, 67, 98, 204, 206

B

BIENESTAR, 21, 25, 30, 32, 37, 39, 45, 46, 54, 82, 92, 94, 100, 102, 136, 138, 139, 144, 153, 154, 155, 161, 196, 201, 211, 264, 268
BULIMIA, 175, 225, 312, 319, 321

C

CARRERA PROFESIONAL, 274
CHAMANISMO, 271
CICLO VITAL, 37, 171, 179, 187, 201, 217, 219, 223, 231, 232, 233, 238, 245, 274
COMPLEJO DE CASTRACIÓN, 69, 131, 205, 242
COMPLEJO DE EDIPO, 27, 56, 60, 64, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 80, 81, 89, 101, 143, 171, 174, 204, 212, 234, 240, 242, 262, 280, 340, 345
CONCEPTO DE SALUD, 25, 29
CONSCIENTE, PRECONSCIENTE, INCONSCIENTE, 95
CONSULTA MÉDICA, 27, 53, 84, 86, 102, 129, 283, 287, 305
CONTENIDO LATENTE DEL SUEÑO, 188
CONTENIDO MANIFIESTO DEL SUEÑO, 188
CONTROL DE ESFÍNTERES, 63, 68, 92, 234
CONVERSIÓN, 93, 111, 332, 334, 340, 345
CRISIS DE LA MITAD DE LA VIDA, 192, 198, 222, 281
CRISIS VITALES, 235, 326
CUERPO ERÓGENO, 27, 51, 69, 83, 107, 109, 268, 332
CURACIONES RELIGIOSAS Y MÁGICAS, 269

D

DEFORMIDAD CORPORAL, *136, 138*
DESAMPARO ORIGINARIO, *106*
DESEO DE MATERNIDAD, *142, 143, 147*
DETERMINISMO, *22, 26, 53, 95, 325*
DINERO, *24, 68, 178, 180, 212, 214, 215, 265*
DOBLE FUNCIÓN DEL MÉDICO, *290*
DOLOR CRÓNICO, *122, 247*
DOS ASPECTOS EN SALUD MENTAL, *37*
DUELO PATOLÓGICO, *135, 224*
DUELOS, *204, 223, 225, 235, 313, 325*

E

EDUCACIÓN MÉDICA Y SALUD MENTAL, *40*
EL CONCEPTO DE VÉRTICE DE BION, *306*
EL DORMIR, *90, 96, 145, 183, 184, 185, 187, 189, 191, 226*
EL JUEGO DEL DOCTOR, *78*
EL MOTIVO DE CONSULTA, *102, 288, 299*
EL NIÑO MALTRATADO, *209*
EL OBJETO, *58, 60, 68, 70, 73, 89, 97, 103, 105, 107, 108, 122, 133, 134, 157, 163, 165, 167, 197, 198, 206, 223, 225, 238, 254, 264, 268, 286, 290, 312, 327, 331, 332, 337, 349*
EL PERÍODO PRENATAL, *142*
EL SIGNIFICADO DEL TRABAJO, *211*
EL TRABAJO MÉDICO, *39, 243, 260, 272, 284, 296, 300*
EL YO Y LOS MECANISMOS DE DEFENSA, *55, 75, 90*
ELABORACIÓN SECUNDARIA, *188*
ELLO, *64, 100*
EMBARAZO, *32, 46, 58, 78, 79, 109, 143, 145, 147, 149, 153, 171, 180, 203, 208, 211, 232, 244, 301, 311, 314, 316, 317, 319*
EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA, *314, 315, 319*
EMPATÍA, *116, 152, 156, 292, 298, 302, 354*
ENCUADRE MÉDICO, *246, 303, 334*
ENDOGAMIA Y EXOGAMIA, *72, 238, 239, 241, 258*
ENERGÍA PSÍQUICA Y LA INVESTIDURA, *59*
ENFERMEDAD, *30, 223, 323, 332*
ENFERMEDAD PSICOSOMÁTICA, *323, 335*
ENTREVISTA ABIERTA Y CERRADA, *296*
ENTREVISTA MÉDICA, *39, 40, 84, 132, 168, 207, 208, 283, 284, 286, 292, 297, 301, 305*
ENVIDIA TEMPRANA, *162*
EQUIPO INTERDISCIPLINARIO, *259*
EROGENEIDAD GENERAL DEL CUERPO, *69*
ESCENA PRIMARIA, *77, 81*

ESTRUCTURA DUAL, *252*

ESTRUCTURA MENTAL PRIMITIVA, *164*

ETAPA ADULTA, *190, 192, 194, 196, 198, 203, 205, 214, 222, 232*

ETAPA ANAL, *67*

ETAPA FÁLICA, *68*

ETAPA ORAL, *66*

ÉTICA DEL ENCUADRE, *307*

EXAMEN MÉDICO DEL CUERPO, *113*

F

FACTORES SOCIALES Y SALUD, *260*

FANTASÍA INCONSCIENTE DE ENFERMEDAD, *288*

FUNCIÓN ASISTENCIAL, *274, 278, 305*

G

GRUPO ADOLESCENTE, *176, 177*

GRUPO BALINT, *260*

GRUPO HUMANO, *257, 258*

GRUPO PRIMARIO Y SECUNDARIO, *258*

H

HIJO IMAGINARIO, *143, 148*

HIPOCONDRIA, *87, 89, 113, 190, 200, 332, 333*

HISTORIA CLÍNICA, *244, 286, 292, 299, 304*

HOLDING, *154, 305*

I

IDEALES, *44, 56, 72, 86, 116, 172, 174, 180, 181, 209, 211, 223, 253, 263*

IDENTIDAD, *45, 49, 71, 83, 85, 113, 137, 145, 149, 153, 173, 174, 176, 178, 181, 195, 201, 204, 205, 232, 234, 258, 274, 315, 335*

IDENTIDAD MÉDICA, *136, 274, 276, 278*

IDENTIFICACIÓN, *60, 67, 71, 79, 81, 82, 88, 90, 100, 106, 116, 122, 142, 152, 156, 168, 176, 192, 196, 198, 200, 206, 208, 222, 224, 234, 252, 258, 278, 290, 346*

IMAGEN CORPORAL, *87, 106, 108, 109, 111, 113, 138, 166, 172, 254, 319*

IMAGEN DEL CUERPO, *108, 110*

IMPRONTA, *36, 63, 77, 139, 153, 193, 287*

INSTINTO, *54, 57, 59, 63, 203, 258, 312*

INTEGRACIÓN Y DIFERENCIACIÓN, *167, 168, 232*

INTERCONSULTA MÉDICO PSICOLÓGICA, *28, 260, 328, 329*

INTROYECCIÓN, *59, 62, 67, 166, 167, 212, 224, 234, 334, 346*

K

KLEIN, MELANIE, 49, 163, 165

L

LA BELLEZA, 137, 145, 218, 263, 315

LA ESCISIÓN, 345, 348

LA EXPERIENCIA DE DOLOR, 117

LA FAMILIA, 27, 43, 45, 72, 92, 136, 142, 154, 178, 192, 194, 197, 199, 209, 211, 213, 214, 226, 232, 236, 241, 242, 245, 258, 260, 277, 285, 309, 311, 316, 336

LA MUERTE, 217

LA SALUD COMO ESTADO Y SIGNIFICADO, 29

LAZOS DE PARENTESCO, 241

LAZOS PSICOLÓGICOS, 258

LÍMITES DEL YO, 167, 255

LO SINISTRO, 46, 131, 133, 139, 219, 349

M

MASCULINO Y FEMENINO, 69, 177, 206

MASTURBACIÓN, 55, 71, 124, 174, 176, 177, 181, 185, 198, 208, 310

MEDICALIZACIÓN DE LA MUERTE, 227, 229

MEDICINA, 21, 22

MEDICINA PSICOSOMÁTICA, 27, 323, 329, 331

MEDICINAS ALTERNATIVAS, 163, 261, 264, 265, 266, 268, 269

MÉTODO PSICOANALÍTICO, 26, 50, 96, 278, 330

MIEDO, 80, 109, 117, 127, 128, 130, 131, 157, 174, 190, 220, 221, 222, 248, 291, 315, 323, 335, 343

MIEDO A LA MUERTE, 221, 222

MODELOS DE VÍNCULOS, 163, 252

N

NARCISISMO, 62

NARCISISMO INFANTIL, 195, 263

NECESIDADES HUMANAS, 49

NEUROSIS, 21, 23, 84, 94, 98, 206, 225, 277, 279, 334, 340, 348

O

OBJETO, 58, 60, 68, 70, 73, 89, 97, 103, 105, 107, 108, 122, 133, 134, 157, 163, 165, 167, 197, 198, 206, 223, 225, 238, 254, 264, 268, 286, 290, 312, 327, 331, 332, 337

OBJETO DE AMOR, 57, 70, 71, 83, 89, 143, 177, 204, 206, 207, 224, 250

OBJETO DE DESEO, 219

OBSERVACIÓN DE BEBÉS, 141

OMNIPOTENCIA, 89, 94, 107, 112, 132, 134, 164, 168, 200, 220, 238, 267, 315

ÓRGANO NEUROSIS, 334

P

PACTOS, 251

PADECER, 22, 112, 170, 174, 187, 204, 210, 286

PANTALLA DEL SUEÑO, 101, 185

PATERNIDAD, 143, 145, 149, 173, 175, 192, 209, 211, 233, 239, 261

PECHO MATERNO, 56, 66, 157

PENSAMIENTO OPERATORIO, 335

PERÍODO DE LATENCIA, 57, 65, 171

POSITIVISMO CIENTÍFICO, 23

PREMATURACIÓN, 158

PREOCUPACIÓN MATERNAL PRIMARIA, 153

PRINCIPIO DE PLACER-DISPLACER, 45, 61, 87, 91, 98

PROCESO PRIMARIO Y SECUNDARIO, 64, 97, 100, 190, 270, 340

PROYECCIÓN, 88, 92, 106, 146, 162, 164, 166, 269, 285, 311, 341, 345, 347

PSEUDOMADURO, 194

PSICOANÁLISIS, 25, 27, 36, 48, 49, 50, 51, 54, 56, 62, 64, 82, 84, 96, 104, 122, 130, 140, 142, 143, 148, 151, 153, 162, 165, 175, 191, 204, 228, 230, 240, 242, 250, 277, 278, 280, 284, 302, 304, 313, 321, 323, 329, 331, 333, 335, 337, 344

PSICOINMUNOENDOCRINOLOGÍA, 327

PSICOLOGÍA DE LOS GRUPOS E INSTITUCIONES, 27

PSICOSIS, 21, 23, 31, 87, 89, 93, 99, 138, 171, 185, 187, 333, 340, 341, 344, 345, 348

PSIQUIATRÍA, 23, 24

PSIQUIATRÍA DINÁMICA, 27, 28

PUBERTAD, 65, 71, 171, 172, 208, 311, 312, 314, 318

PULSIÓN, 27, 51, 55, 58, 60, 62, 67, 74, 77, 83, 91, 136, 142, 164, 185, 223, 264, 310

PULSIÓN DE SABER, 77

PULSIONES DE VIDA Y MUERTE, 62

PULSIONES SEXUALES Y DE AUTOCONSERVACIÓN, 57, 59, 61, 62, 84, 98, 258, 280, 342

PUNTO DE VISTA ECONÓMICO,
DINÁMICO Y ESTRUCTURAL, 99, 100

R

RELACIÓN SEXUAL, 177, 205, 206, 240, 306

REPARACIÓN, 71, 274, 278, 280

REPRESIÓN, 26, 54, 55, 57, 60, 66, 68, 70, 72, 74, 90, 91, 125, 128, 132, 139, 235, 277, 281, 341, 343, 348

RESTOS DIURNOS, 188

S

SALUD MENTAL, 21, 26, 27, 35, 37, 38, 40, 43, 47, 48, 49, 232, 264

SALUD MENTAL Y PSICOPATOLOGÍA, 339

SALUD MENTAL: DEFINICIÓN, 34

SALUD Y ENFERMEDAD, 30

SEDUCCIÓN, 72, 73, 75, 209, 211, 311

SENTIMIENTO DE VERGÜENZA, 132

SEÑAL DE ANGUSTIA, 86, 90, 131, 342

SEXUALIDAD GENITAL ADULTA, 64, 203

SEXUALIDAD: CONCEPTO PSICOANALÍTICO, 53

SEXUALIDAD: OPINIÓN POPULAR, 53

SIGMUND FREUD, 24, 308, 310

SIGNOS CORPORALES DE ALARMA, 117

SÍNDROME DE ACOMODACIÓN, 310, 313

SÍNDROME FACTICIO, 112

SITUACIÓN TRAUMÁTICA, 90, 130, 210, 266, 342

SOMATIZACIÓN, 332

SUBLIMACIÓN, 55, 57, 278, 280

SUCIEDAD, 91, 123, 125, 173, 227

SUEÑOS, 187

SUPERYÓ, 68, 71, 87, 89, 93, 94, 100, 130, 135, 169, 235, 259, 263, 279, 343, 345

SUSTO O ESPANTO, 270, 271

T

TÉCNICA DE LA ENTREVISTA MÉDICA, 296

TEORÍAS SEXUALES INFANTILES, 75

TERCERIDAD AMPLIADA Y LIMITADA, 252, 253

TRABAJO DE DUELO, 223

TRANSFERENCIA Y CONTRA TRANSFERENCIA, 50, 82, 140, 295, 331, 349

V

VALORES DE LA CULTURA, 262

VEJEZ, 43, 113, 201, 217, 220, 232

VIDA MENTAL, 22, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 44, 45, 49, 51, 57, 58, 59, 60, 62, 63, 66, 78, 82, 96, 114, 151, 157, 161, 162, 165, 183, 184, 209, 219, 223, 232, 234, 262, 302, 340

VIDA PRENATAL, 145, 146

VÍNCULO, 26, 27, 29, 36, 40, 49, 50, 58, 82, 86, 87, 89, 105, 107, 115, 123, 128, 133, 139, 140, 142, 145, 147, 149, 151, 154, 156, 158, 165, 175, 180, 194, 208, 213, 223, 224, 238, 239, 243, 248, 250, 255, 258, 283, 285, 291, 295, 297, 301, 303, 306, 313, 317, 321, 329, 331, 336, 345

VÍNCULO AFECTIVO, 196, 224, 295

VÍNCULO DE PAREJA, 239, 250, 254, 285

VÍNCULO TEMPRANO, 87, 89, 139, 140, 141, 151, 153, 292

VISIÓN ANIMISTA DEL MUNDO, 76

VIVENCIA DE SATISFACCIÓN, 60, 206

VOCACIÓN, 169, 211, 229, 271, 274, 275, 277, 280, 282, 336

VOCACIÓN MÉDICA, 25, 55, 273, 278

W

WINNICOTT DONALD, 148, 152, 155, 163, 173, 232, 321, 335, 336

Y

YO, 60, 75, 86, 87, 88, 89, 90, 95, 100, 103, 105, 108, 115, 127, 164, 165, 345

YO CORPORAL, 87, 103, 105, 121, 254, 334

Z

ZONA ERÓGENA, 66, 67

booksmedicos.org