

MENSAJES DEL CUERPO

Enfoque psicosomático
del enfermar

GLADYS TATO

MENSAJES DEL CUERPO

Enfoque psicosomático
del enfermar

Ediciones
TRILCE



CEMEPSI

Ilustración de carátula: Pla-Narbona,
Pintura de la serie "Madonas"

Centro Médico Psicoanalítico (Cemepsi)
Boulevard España 2218
11300 Montevideo, Uruguay
tel.fax: (5982) 413 75 84
info@cemepsi.com.uy
www.cemepsi.com.uy

© 2006, Ediciones Trilce
Durazno 1888
11200 Montevideo, Uruguay
tel. fax: (5982) 412 7722 y 412 7662
trilce@trilce.com.uy
www.trilce.com.uy

ISBN 9974-32-429-7

*Al "grupo de todos mis días",
Sebastián, Federico y Rodrigo por la alegría de tenerlos.
Al "grupo de mis amigas",
por la entrañable compañía de tantos años
Al "grupo de los viernes",
por el placer de trabajar juntos.*

CONTENIDO

PRESENTACIÓN, Sélika Acevedo de Mendilaharsu	11
PRÓLOGO, Gladys Tato	15

PRIMERA PARTE

REFLEXIONANDO SOBRE LA EXPERIENCIA	19
Introducción	19
Sistema de salud. Concepción de la salud	21
Chequeo del estado de salud y características de la atención privada	22
Salud privada-salud empresarial	24
Equipo de salud	26
Interdisciplinas	27
Formación de profesionales de la salud	29
Relación con los pacientes	30
Nuestro grupo de trabajo	33
HABLEMOS DE LA MUERTE	37
Introducción	37
Acerca de la vida	38
Acerca de la muerte	39
Ser persona-ser mortal	40
Los médicos y la muerte	43
El psicoanalista y la muerte	44
Desde la clínica psicoanalítica	46
¿Qué es morir?	49
Experiencias clínicas	50

SEGUNDA PARTE

¿EPIDEMIAS DE NUESTRA CULTURA?	63
COMPRENSIÓN PSICOANALÍTICA DEL TRASTORNO DE PÁNICO	65
Introducción	65
Diagnóstico psiquiátrico	65
El pánico como afecto	73

Una propuesta para el significado específico inconsciente de las crisis de pánico	77
Caso clínico	83
ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA	87
Introducción	87
Consideraciones diagnósticas y terapéuticas generales ...	88
Comprensión psicoanalítica. Breve recorrido por algunos autores, desde Freud hasta la actualidad	92
Nuestra propuesta para la comprensión psicoanalítica de la anorexia nerviosa	95
Comprensión psicoanalítica de la bulimia	99
Algunas reflexiones sobre las características de la sociedad contemporánea	101
Una experiencia clínica	103

TERCERA PARTE

COMPRESIÓN PSICOANALÍTICA DE LOS FORÚNCULOS	
“A PUNTO DE EXPLOTAR”	111
Introducción	111
Desde la medicina	111
Fundamentación psicoanalítica general	112
Significados específicos inconscientes de los forúnculos	114
La paciente	116
COMPRESIÓN PSICOANALÍTICA DE LAS CEFALEAS EN LA MUJER	
“LAS SOLUCIONES QUE NO SE PIENSAN”	121
Introducción	121
Cefaleas desde la medicina	121
¿Por qué duele la cabeza?	125
La paciente	134
Epílogo	136

CUARTA PARTE

REPETICIÓN Y AFECTO	
“RESENTIMIENTO-REMORDIMIENTO-RENCOR”	141
Introducción	141
Versión de las ideas sobre resentimiento-remordimiento de Kancyper	141
Versión de las ideas sobre resentimiento-remordimiento de Chiozza	149

Figuras del re-sentimiento y del resentimiento en el tango	153
Figura del remordimiento en la literatura	157
Rencor	158
Figuras del rencor en el tango	160

QUINTA PARTE

ENTREVISTA DIAGNÓSTICAS Y DEVOLUCIÓN (EDD)	
“UNA PROPUESTA DE ESTRATEGIA DIAGNÓSTICA PREVIA AL INICIO DE TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO”	
Introducción	165
Metodología de aplicación del protocolo, procesamiento, análisis del material y devolución.....	168
Análisis de la experiencia	174

PRESENTACIÓN

Este es el segundo libro que Gladys Tato, médica, psiquiatra y psicoanalista, dedica al tema de la Psicósomática en su acepción amplia, tema clásico pero altamente controvertido. Su dedicación durante años al estudio y tratamiento de este tipo de pacientes ha sido objeto de exposiciones, conferencias, trabajos, cursos y fundamentalmente de la creación de Cemepsi (Centro Médico Especializado en el Tratamiento de Pacientes con Afecciones Orgánicas), actualmente con quince años de existencia, donde centraliza su trabajo y enseñanza en este campo. Es oportuno señalar el surgimiento de este libro en el contexto del psicoanálisis actual, interesado en abrir nuevas áreas no sólo en la cultura y lo social sino con las neurociencias y sus notables descubrimientos sobre el funcionamiento cerebral, donde cobran nuevamente privilegio la relación *res extensa-cogitatio* y los debates sobre el “eslabón faltante”. *Mens sana in corpore sano* la famosa frase latina de Juvenal, con el tiempo se desvirtuó y pasó a significar que solamente un cuerpo sano puede producir o sostener una mente sana. De esta frase cuya indudable virtud fue nombrar en la antigüedad románica la relación mente cuerpo, cabe destacar en la época actual, otro significado, esto es la importancia del estado de la mente en la salud del cuerpo y la influencia recíproca de ambos. El libro de Gladys Tato es una valiosa contribución al estudio y comprensión de este universo en el que marca en la interdisciplina el lugar del psicoanálisis. En su libro anterior *Cuando el cuerpo habla* explicita la elección de sus referencias teóricas y su adhesión a las ideas sustentadas por Luis Chiozza sobre la relación psiquis soma, como categorías que establece la conciencia a partir de dos puertas, percepción y recuerdo. En el campo psicósomático en los numerosos debates dentro del pluralismo teórico imperante, existe cierto acuerdo en que no se trata de evaluar cuál teoría o escuela es superior sino de dirigirse a los problemas generales y a las respuestas proporcionadas, para establecer intercambio de ideas en los distintos niveles: ontológico (dualismo absoluto que separa lo orgánico de lo psíquico, tesis monistas en sus distintas formas, materialistas, biólogos o puramente mentalistas), epistemológico en sus distintos planos y clínico. El modo personal en que cada uno hace uso de las teorías, las que elige y las que relega, está en función del poder

que les adjudica en el logro de la integración de la coherencia interna y externa al que lo expone su material y manejo clínico. Y Gladys Tato, con una sólida formación psicoanalítica, da lugar central a la complejidad de los fenómenos clínicos que son el referente y guía de su acción con la finalidad de crear un espacio analítico operativo. Los diferentes capítulos que reúne este libro están pautados por la inmersión en los mismos. En la primera parte de su obra, la autora desarrolla distintos puntos de reflexión:

1. Sobre su experiencia general, señalando en el análisis de sus casos, la demanda significativamente creciente de consultas a lo largo de los años, derivadas principalmente de colegas, médicos o psicólogos o familiares de los mismos, lo que da cuenta a su juicio del beneficio y conformidad con la atención recibida. En estas consultas es de señalar la variedad de patologías somáticas.

2. Sobre la salud y su concepción de la misma que se apoya en la concepción antropológica de Laín Entralgo. Insiste con razón en una característica de la atención privada, en cuyo contexto se incluye, que privilegia la salud física en detrimento de lo psíquico y que muestra carencias que analiza con precisión destacando las diferencias con el centro que dirige. La formación y función del equipo de salud de Cemepsi es expuesta detalladamente: “la atención psicológica de pacientes con afecciones orgánicas, la desarrollamos con una estrategia clínica diagnóstica que es sólo aplicable en equipo”. Los requerimientos para integrar el equipo son esenciales. En primer lugar “un sustento teórico que implica una epistemología en común, un diálogo interdisciplinario cuidadoso y una rigurosa formación”. Y esta formación requiere técnicos con formación psicológica psicoanalítica y formación en la especialidad y en la interdisciplina con los técnicos de área médica y sus especialidades. Hace hincapié en la necesaria disciplina interna del grupo donde cada uno sabe su tarea y su rol. El capítulo termina marcando la evolución del grupo a través de los años, que ha crecido, cambiado y madurado alcanzando un alto nivel de fluidez.

3. Concluye esta primera parte con sus reflexiones sobre la muerte donde integra lo que ha sentido como persona, como médico y psicoanalista. La actitud de los médicos y de los psicoanalistas es estudiada con fina sensibilidad. Presenta experiencias clínicas de duelo (Eduardo), así como sesiones de pacientes con afecciones orgánicas graves (Isabel, Analía) en etapas finales de la vida.

En la segunda y tercera partes del libro bajo la pregunta “¿Epidemias en nuestra cultura?” expone sus ideas y trabajo en distintos trastornos y cuadros psicopatológicos. Da lugar a los factores socioculturales en la comprensión psicoanalítica citando autores que se han ocupado de los mismos. Plantea múltiples interrogantes y ofre-

ce propuestas para acceder a los enigmáticos significados inconscientes. En todos los casos presenta material clínico ilustrativo:

María (crisis de pánico), consulta en Cemepsi donde realiza Entrevistas Diagnósticas y Devolución (EDD) surgiendo de esta evaluación la indicación de medicación psiquiátrica y psicoterapia que realiza. El seguimiento durante tres años fue muy positivo permitiéndole la terminación del tratamiento al finalizar el plazo.

Ana y los pollitos (anorexia nerviosa), paciente muy grave cuyo proceso de análisis duró seis años, es un ejemplo de la dedicación y responsabilidad que integran las condiciones de la autora como psicoanalista.

La historia de Lucía (forunculosis), ilustra de acuerdo a sus esquemas de referencia los “significados inconscientes” y la necesidad de un abordaje psicoterapéutico que se integrara a los tratamientos tradicionales médicos que había transitado en un largo e infructuoso recorrido.

“Cefaleas en la mujer”, es el último capítulo de la tercera parte del libro. Las cefaleas son encaradas desde la Medicina con la clasificación de las distintas formas y desde la “fantasía específica de las cefaleas” que la autora desarrolla siguiendo ideas de Luis Chiozza Carolina es, el caso clínico elegido que después del tiempo de procesamiento del Estudio Patobiográfico “EP” deja de sufrir cefaleas. La interpretación de esta remisión entra en las hipótesis que son propuestas a propósito del Método Patobiográfico.

“Repetición y afecto”, título de la cuarta parte de la obra corresponde a versiones de un intercambio interinstitucional realizado entre Cemepsi y el Centro de Intercambio Montevideo (Ceipdem). Recoge ideas de Luis Kancyper (escritas por la psicóloga Gloria Büsch) y de Luis Chiozza respectivamente sobre resentimiento y remordimiento. Gladys Tato agrega consideraciones generales sobre los afectos, incorporando el rencor y la expresión de afectos en el tango y la poesía.

La última parte del libro, bajo el título de “Una propuesta de estrategia diagnóstica previa al inicio del tratamiento analítico” encara el controvertido problema del diagnóstico en psicoanálisis.

El diagnóstico para la autora, no es desde luego el diagnóstico médico psiquiátrico sino una forma de comprender y acercarse a lo que sucede en el paciente y a su demanda. Lo realiza en las entrevistas de inicio del tratamiento. El método que denomina EDD incluye entrevistas diagnósticas y devolución. Es un método protocolizado cuyo diseño tomó como punto de referencia a otros autores como Clauser y Chiozza sobre todo, que integra aspectos esenciales de la vida del paciente en relación con sus síntomas actuales y actitudes en la consulta. Es un método más breve y cualitativamente diferente del Estudio Patobiográfico de Chiozza (que aplicó anteriormente y cuyos resulta-

dos publicó en el año 1999), exige la participación de un número menor de profesionales y menor tiempo de elaboración. El protocolo es cuidadosamente expuesto así como su aplicación y procesamiento. La Devolución, etapa muy importante del mismo, es analizada y discutida señalando que entre sus ventajas tiene efectos terapéuticos.

Para finalizar cabe señalar en Gladys Tato rigor y libertad. Libertad para expresar y sostener sus propias ideas siguiendo sus esquemas de referencia personales, culminando en el ámbito público con la escritura de este libro. Rigor que ha marcado su formación y trayectoria, la creación y funcionamiento de Cemepsi y las actividades que tienen lugar en esa institución que incluyen asistencia, enseñanza e investigación. Muestra ser una psicoanalista con una vocación sostenida, responsabilidad e interés en la investigación. Su escritura fluida, precisa, directa, que contrasta con la retórica preciosista de ciertas modas psicoanalíticas (que favorecen el “escribere oscuro” que denuncia Primo Levi), facilita el recorrido de su libro que ampliará el conocimiento y la acción de los médicos y psicólogos que transitan por esta difícil área de fronteras.

Sélika Acevedo de Mendilaharsu
setiembre, 2006

PRÓLOGO

Cuando en el prólogo de mi primer libro *Cuando el cuerpo habla*, Marcos Lijtenstein escribía “la autora piensa en su (adivinado) nuevo libro”, lejos estaba yo de ser consciente de ese pensamiento que con acierto Marcos adivinaba que habitaba en mí.

Fueron necesarios varios años para que esta nueva realización pudiera ver la luz. Su elaboración tuvo un largo proceso que aunque no se relata explícitamente en estas páginas, está sin duda contenido en ellas y posibilitó el producto final.

Qué decir, por qué decirlo y cómo decirlo, son preguntas que sentí la necesidad de responderme antes de dar este paso. Sus respuestas pasaron además por diferentes momentos personales y del equipo con quienes trabajo.

El qué decir, se fue perfilando en temas que concitaban mi interés y el del grupo del Cemepsi, producto de todo lo que de la experiencia clínica nos iba impactando. Diría que el contenido se fue consolidando en el quehacer de cada día. La investigación de los significados inconscientes de diferentes enfermedades como: los forúnculos, la mayor prevalencia de cefaleas en la mujer, las crisis de pánico, la anorexia nerviosa y la bulimia dan cuenta de temáticas que implicaron horas de investigación y reflexión.

Por qué decir, por qué comunicar, tiene su respuesta en una cualidad que forma parte de mi histórica vocación, tal vez por eso la elección de una profesión en la que la palabra tiene un protagonismo tan central. Decir sobre lo que se piensa, sobre lo que se hace, intercambiar para discrepar o coincidir con otros, nos introduce en el camino del diálogo, sendero de la creación compartida, pero también del encuentro humano. Comunicación y trabajo analítico los siento como una y la misma cosa.

Un ser humano que sufre “lo dice” de alguna forma, comprender ese modo de decir es nuestro mayor desafío. Dentro de las formas de comunicación del sufrimiento humano se encuentra para nosotros la enfermedad orgánica, como un modo de decir con el cuerpo lo que a veces no es posible decir con palabras. A descifrar esos mensajes me he dedicado desde hace muchos años, junto con otras colegas, estableciendo con los pacientes un diálogo “especial”, que ha hecho posible en la mayoría de los casos transitar juntos por el camino del cam-

bio y la transformación. Toda esta experiencia se expone en la primera y la quinta parte de este libro. Imposible dejar de lado hablar de la muerte cuando nos enfrentamos a ella una y otra vez desde distintas experiencias.

Decir, también es compartir con otros lo que hacemos, aquello que pensamos y sentimos, aportando instrumentos de utilidad y operatividad para la tarea que realizamos. Por eso creo que no comunicar (de algún modo) es un acto que nos priva del enriquecimiento mutuo. Por tal motivo incluimos también un intercambio realizado con otro grupo de colegas.

Tal vez el cómo decir ha sido el aspecto más responsable del tiempo transcurrido entre el primer libro y éste. El cómo, requiere un momento íntimo de maduración, el sentir que es ahora, como la fruta que se desprende del árbol o como la flor que abre sus pétalos. Ese cómo es para mí el momento en que se integra la fluidez natural del decir sentido, con la raíz en lo experimentado, de una manera sencilla y comprensible. Y eso era importante lograr plasmarlo en cada capítulo de este libro. La convicción con fundamentación, la polémica con pasión, la tarea clínica con sensibilidad y respeto, las ideas propuestas con humildad y sencillez, pero sobre todo el apasionamiento y la vocación.

En este último aspecto, mis raíces se nutrieron de las ideas del doctor Luis Chiozza que es un ejemplo de creatividad permanente, estoy además rodeada y acompañada por un grupo humano excepcional, que ha participado con sus aportes, sus interrogantes y horas de reflexión para que este libro sea una realidad. A las psicólogas Iliana Menini y Olga Gómez mi gratitud por su comprometida dedicación, no sólo con el decir, sino sobre todo con el hacer, relatado en estas páginas. A Cecilia Guggeri gracias por tantos años de eficiente y generosa colaboración.

Lo que en un principio fue un grupo de estudio, hoy es un Centro de Asistencia, Docencia e Investigación. Es con ellos y por ellos que todo esto ha sido posible. Deseo que al leer estas páginas, además de propuestas teóricas y estrategias técnicas útiles y necesarias en toda disciplina científica, se conmuevan, se cuestionen y aun en el dolor de enfrentarlos a algunos aspectos dolorosos y difíciles de lo humano, ello pueda ser superado por el amor con que todo lo dicho está escrito.

Gladys Tato
setiembre, 2006

PRIMERA PARTE

REFLEXIONANDO SOBRE LA EXPERIENCIA

Introducción

Hace quince años que iniciamos una tarea específica: dedicarnos a la atención psicológica psicoanalítica de pacientes con afecciones orgánicas. En una primera instancia nos abocamos a la asistencia y a la docencia, pero progresivamente fuimos publicando trabajos que daban cuenta de la experiencia clínica y la investigación. En números de casos, superamos ampliamente las 170 evaluaciones diagnósticas especiales (Estudios Patobiográficos o Entrevistas Diagnósticas y Devolución (EDD)). Las consultas fueron un número aún mayor, porque no todos los pacientes realizan una evaluación posterior a los tratamientos y son un número menor que los estudios diagnósticos, porque no todos los pacientes inician luego del mismo, una psicoterapia. Esta referencia numérica en años o en casos, no es por sí sola representativa de la experiencia, pero sí lo son las consideraciones que los mismos merecen. Respecto del número de años diremos que tampoco es mera sumatoria como los casos, sino que son años que han significado crecimiento y maduración. No sólo hemos “sobrevivido” a muchas dificultades, sino que hemos “vivido” desarrollando y desplegando aquello, que habiéndose iniciado como una idea o un proyecto, hoy tiene el grato sabor de la materialización lograda.

El número de pacientes ha aumentado a lo largo de estos años, pero de un modo tal que en cada año el número de pacientes evaluados ha sido mayor que el año anterior, lo que equivale a una demanda creciente, que reafirma nuestra convicción en la especificidad, que dentro de la psicoterapia tiene la atención del paciente orgánicamente enfermo, cuando su condición de tal es el motivo de la demanda. Hacemos esta aclaración porque nunca puede ser como la especialidad del trabajo con niños o adolescentes, ya que es inherente a nuestra condición humana, la posibilidad de enfermar. Por lo tanto, *todo aquel que realice psicoterapia debería contar con instrumentos que le permitan “escuchar” al paciente cuando se enferma orgánicamente.* Este as-

pecto que luego retomaremos, sigue siendo a nuestro entender, una carencia en la formación de los psicoterapeutas de hoy.

Otro aspecto importante del análisis de nuestra casuística, lo constituyen las fuentes de derivación. En un inicio, las derivaciones fueron principalmente de colegas médicos o psicólogos y si bien esto se mantiene y ha ido aumentando, lo que se originó hace ya unos años (hoy es significativamente importante), es la derivación por otros pacientes o por familiares de los mismos, lo que da cuenta del beneficio y la conformidad de la atención recibida.

Hemos consignado también una reafirmación de lo testado en 1998: los pacientes recibidos, padecen todo tipo de patologías somáticas y cada vez es mayor el número que consulta en situación de menor gravedad. Creemos, que prácticamente se ha roto la restricción de “lo psicossomático” a algún número de pacientes o afecciones, porque ha crecido la evidencia clínica de que “lo anímico” es generador y favorecedor de todo tipo de expresiones sintomáticas, incluso somáticas, tal cual lo pensaba Freud y por lo tanto, prestar atención a esa perturbación anímica, es tan importante como realizar el tratamiento médico indicado.

Dentro de las consultas merecen un capítulo aparte las realizadas a colegas o familiares de colegas, aun de aquellos que hasta hoy, mantienen un cierto escepticismo sobre la acción terapéutica que la palabra tiene sobre la materia, esto es, sobre el cuerpo enfermo. No obstante, la seriedad de la tarea que realizamos nos ha valido un respeto que puede más que estas diferencias. Creemos también, que cuando un médico o un psicólogo se enfrenta a la dura realidad de una enfermedad somática grave o crónica, prefiere aunque dude, ser escuchado por quien piensa que “algo” es posible hacer y no por quien cree que sólo lo puede acompañar en su sufrimiento y en lo que la enfermedad haga con él, dejándolo por lo tanto, colocado en un lugar pasivo e impotente.

Hemos llegado así, a un punto donde la atención clínica nos permite estar en algunos casos en niveles de prevención. En los casos de mayor gravedad, que también han sufrido un aumento significativo en la demanda, la experiencia acumulada nos posibilita la adecuación de estrategias clínicas que nos permiten actuar de un modo cada vez más efectivo, pero también más fundamentado y sostenido por la propia experiencia. El qué hacer y el cómo hacer en cada caso, tienen algo en común con otros, pero también algo único y específico.

De la misma manera nuestra identidad como institución y grupo de trabajo tiene algo en común con aquellos autores de los cuales nos nutrimos, pero tiene también un sello propio que constituye, hoy por hoy, la marca más valiosa y significativa de nuestra identidad. Este

sello, esa “patente propia” es lo que transmitimos en el análisis de nuestra experiencia.

A los efectos de esta comunicación, vamos a referirnos a psicoterapia o psicoterapeutas, dejando de lado las precisiones que ameritarían hablar de psicoanálisis o psicoterapia, porque entendemos que el psicoanálisis es una psicoterapia. Aunque conocemos y reconocemos a otras orientaciones diferentes a la psicoanalítica, nos referiremos siempre explícita o implícitamente a ella porque es el marco teórico-técnico en el que realizamos nuestra tarea.

Sistema de salud. Concepción de la salud

Desde 1949 la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud “como el bienestar biopsicosocial”. Esta definición puede ser entendida, como una suma de partes o como la expresión de una concepción integral del hombre. Esta visión integral es un puntal esencial de nuestro modo de trabajo, que coincide con la visión antropológica de Laín Entralgo (1984) que reafirmamos una y otra vez cuando expresa que “la enfermedad es un desorden en la intimidad de la estructura dinámica del hombre y que ese desorden puede ser expresado somáticamente, anímicamente o socialmente, pero siempre afectará a la totalidad de la persona”.

La concepción de la salud y la enfermedad están íntimamente relacionadas y ambas se sustentan en la concepción del hombre, que cada disciplina científica tenga. Por eso no alcanza con adherir a la definición de la OMS, es necesario prestar atención a la forma en que se plasma en la práctica, porque es allí donde se hará evidente la concepción integral del hombre, o la suma de las partes y por lo tanto la pérdida de la visión de conjunto. Digámoslo de otra forma: estar sano, no es la suma de estar físicamente sano, anímicamente sano y funcionar socialmente bien, *estar sano es en primer lugar un sentimiento de bienestar íntimo e individual, un orden armónico en esa intimidad humana, que se traduce en un funcionamiento sano del cuerpo, en un equilibrio emocional y en una buena relación con el entorno*. Parecería imposible para el ser humano un estado así, pero en tanto humano es como dice Laín Entralgo (1984): “sano sanable, enfermo, enfermable y mortal”. Vivimos pasando permanentemente de un estado a otro, perdiendo y restableciendo ese delicado equilibrio interno, perdiéndolo por nuestros propios conflictos sumados a tensiones intolerables que el vivir implica, superándolo a veces con nuestros propios recursos y otras, con ayuda externa.

Chequeo del estado de salud y características de la atención privada

Haremos referencia a lo que a nuestro entender sucede en el ámbito privado (mutual, sistemas de seguro privado o atención en el ejercicio libre de la profesión) porque es en ese contexto donde realizamos nuestra actividad clínica. Comencemos por algo evidente y llamativo: no hay ningún sistema de seguro privado de salud que hasta la fecha, (y supuestamente debiera ser lo mejor, por ser lo más costoso) que en el ejercicio de un acto de medicina preventiva, como es un chequeo de estado de salud, incluya una valoración del estado mental, anímico afectivo o vincular de una persona. Toda la evaluación se restringe al estado físico, lo que constituye un ejemplo indiscutible de que no se está ejerciendo lo que se dice hacer, esto es, no se está evaluando una salud integral. En segundo lugar, cuando los seguros privados de salud promocionan mejores servicios, habitualmente prestan más atención a ofrecer mayor número de los mismos, que a la calidad de los servicios ofrecidos. En una primera instancia la atención era la medicina y su especialidad, ambulatoria o en internación y servicios de urgencia. Posteriormente se ha ido integrando mayor tecnología y nuevos servicios (odontología, especialización por edades como adolescentes; especialización por patologías por ejemplo: mamarias, servicios de acompañantes, servicios fúnebres, etcétera). En los últimos tiempos se ha llegado a la atención psicológica, pero veamos cómo. Del recorrido realizado se hace evidente que en último lugar se tiene en cuenta la atención psicológica. Si bien la psiquiatría es una especialidad médica, el ejercicio de la misma también merece comentarios similares a algunos de los que efectuaremos para la atención psicológica, porque tienen características comunes. El modo más habitual de la atención psicológica es el ofrecimiento de determinados números de sesiones, como cobertura de algo tan importante como es el estado emocional de una persona, costeadas en parte, a veces por el propio paciente, en honorarios para el profesional que son éticamente cuestionables, con una marcada diferencia sobre el arancel médico. ¿Cuál es el mensaje implícito de todo esto? Creemos que lo prioritario es el lugar privilegiado de la salud física y lo más valorado es la tecnología, en detrimento de los actos de salud que requieren tiempo con el paciente y cuyo instrumento más valioso, tanto para el diagnóstico como para la terapéutica, es la persona que lo ejerce. Además son servicios prepautados y masivamente estandarizados. Si a un médico no se le dice (a veces) cuántos análisis debe hacer o cómo debe operar, no se le puede decir a un psicólogo o psicoterapeuta en cuántas sesiones debe atender una perturbación emocional de una persona. La mayor parte de los servicios privados de salud que ofrecen atención de ur-

gencia, priorizan la urgencia física sobre la emocional, algo que no compartimos porque “la angustia también es una urgencia” y como tal debe ser considerada, atendida y tratada.

Habrá quién piense que sea como sea, gracias a estos cambios de actitud, acceden a la atención psicológica y psicoterapéutica mayor número de personas. Este hecho es cierto en parte, porque hay instituciones privadas que desde hace tiempo ofrecen tratamientos con costos por debajo del arancel, efectuados por técnicos capacitados y avalados por las propias Instituciones, pero que lo realizan en la libertad de la indicación requerida en cada caso y en el tiempo necesario para cada paciente. A veces lo que parece mejor en realidad no es bueno, porque en psicología y en psicoterapia, también se puede hacer iatrogenia. Nuestra técnica permite adecuación, flexibilidad y otras formas de abordajes psicológicos, breves o focales. Importa reconocer aquellas situaciones en las que no es posible realizar el cambio anímico y psicológico en una persona, pactando con el tiempo y economía fijadas por quienes no reconocen el valor de este acto de salud. En lo que a psicología y psicoterapia se refiere, en el mutualismo sucede otro tanto, coberturas prepagadas y limitadas, lo que nos lleva a insistir una y otra vez que la atención psicológica y psicoterapéutica no son “prendas de confección en serie”, sino “trajes a medidas” que demandan técnicos bien formados porque es una disciplina en que la paraclínica es poca o casi nada, el medicamento esencial es la palabra y por lo tanto, requiere de tiempo para valorar cada caso, aplicando la estrategia terapéutica que mejor se adecue, en el tiempo necesario para cada paciente. La mayor parte de las veces que hemos realizado estos planteos, se nos dice que esto es caro. Y sí, lo es, pero ¿cuánto vale la salud mental o emocional para quienes hacen estas preguntas?, ¿por qué no se cuestiona de la misma manera el costo de una resonancia o una tomografía?, ¿de qué costos hablamos? ¿Será porque una máquina hace numerosos estudios por hora y un terapeuta en una hora atiende sólo a una persona? Pero no sólo la atención psicológica es rehén de estas condiciones que dificultan su aplicación y eficacia, también la atención médica tiene dificultades y contradicciones.

El ahora tan promocionado médico de familia o de cabecera, es un reconocimiento y un intento reparatorio de las fallas de la atención médica, pero lejos de ser una especialización, debería ser el necesario retorno a la única y verdadera forma de hacer medicina, con tiempo, con diálogo, con contacto, con calidez, con conocimiento del paciente, de su historia y su entorno. El diagnóstico no es el producto del recorte aislado de la imagen de una placa, es algo mucho más complejo que los “viejos clínicos” hacían muy bien y acá se nos evoca otra forma del refrán, “tan sabios por viejos como por clínicos”. Ejercer bien la medi-

cina y especialmente la psiquiatría, requiere tiempo, algo que parecería se ha convertido en la materia más escasa de nuestra vertiginosa época. Tiempo que es valioso y empresarialmente costoso, pero ¿es costo o inversión?, ¿es un molesto e imposible reclamo o un derecho legítimo y lográble?

Salud privada-salud empresarial

Entramos en otro capítulo importante y es que toda actividad privada incluso la salud, está ejercida con un criterio de empresa. Esta afirmación resume lo que es la realidad asistencial privada, pero no es motivo de este trabajo cuestionar el sistema en su conjunto, porque las políticas de salud, tanto públicas como privadas, dependen de pautas marcadas por políticas de Estado. Creemos que podemos cuestionar el modo empresarial habitual al que nos enfrentamos, porque nos compromete a nosotros también. La definición más aceptada de empresa, es que es una unidad social en la que interactúan capital y trabajo, a efectos del logro de objetivos determinados. En las empresas de salud sabemos que es necesario capital y trabajo, que el objetivo es brindar a los pacientes las condiciones para mantener o restablecer el estado de salud. O sea, que el beneficio que recibe el paciente implica un trabajo y un costo, lo que se conoce como costo-beneficio. Sabemos que el criterio empresarial busca el mayor beneficio al menor costo ¿por qué?, porque las empresas deben dar ganancias a sus dueños o a sus socios capitalistas. Dentro del ámbito privado, los sistemas de salud de medicina prepaga son claramente empresas, el mutualismo (derivado de mutuo o mutua: recíproco; ayuda mutua) no estaría comprendido dentro de esta categorización, porque por definición, es un sistema que debe beneficiar a todos por igual y la ganancia reinvertirse en mejoras o sueldos. El ejercicio privado de la profesión puede entenderse como micro o pequeña empresa (según sea individual o en equipo).

¿Por qué todo esto es importante? En primer lugar porque nos guste o no, reconocerlo desde una perspectiva empresarial, un paciente es un cliente, aunque resulte mal visto o incómodo definirlo como tal. Pero lo esencial no es cómo se lo define sino cómo se lo trata y generalmente está colocado en un lugar de cliente, de un cliente que molesta y al que se le dice “usuario”. Atenderlo debe costar poco, ¿a quién?, ¿al paciente?, no, a la empresa. La valoración costo-beneficio aplicada de forma deshumanizada, reduce habitualmente costos, en perjuicio de beneficios. Esta dura afirmación es el producto de la experiencia que vemos sucede en la atención psiquiátrica y psicológica, con un equivocado criterio de empresa. Como requiere tiempo, es costosa en horas humanas, porque las horas humanas están subvaloradas en compa-

ración con las horas máquina o los medicamentos. Además las empresas que hacen tecnología o remedios lo hacen, no sólo por su interés científico, sino para que sean rentables, pero también por ser poderosas y necesarias, presionan y a la hora de gastar, se prioriza en ellas y no en los profesionales de la salud. Progresivamente vemos cómo las horas humanas, tanto del médico como del paciente se reducen en tiempo y en gastos. Para las empresas de salud, pagar bien horas humanas de psicoterapia es gastar, cuando debería ser invertir o en primera instancia cumplir con los objetivos que dicen tener, en beneficio de la salud integral de los pacientes. Prestar una adecuada atención psicológica reduce costos, porque al realizarse una acción terapéutica en beneficio de la salud, se evitan los costos de la enfermedad orgánica y sus consecuencias.

Nuestra Clínica Cemepsi tiene una cualidad de empresa y nos reconocemos como tal, pero no sólo nos hemos capacitado científicamente para la tarea que desarrollamos, sino que también nos hemos formado para sostener nuestro trabajo científico en una ética que no es una simple aspiración moral sino que es una cualidad inseparable de nuestra praxis. Nuestra ética prioriza siempre el beneficio del paciente, es honesta en el planteo del costo que su tratamiento demanda, costo que por tratarse de su salud, es una inversión para su vida. Reconocemos las dificultades reales económicas de quienes hacen su formación como psicoterapeutas y de las personas que requieren tratamiento psicológico. Eso se traduce necesariamente en que un sector de la población técnica, muchas veces carece de la calificación adecuada y que la población usuaria corresponda a una minoría. ¿Cómo bajar los costos para unos y para otros manteniendo la calidad? Por eso hemos creado un área de atención en honorarios por debajo del arancel privado habitual. Es un área en el cual los técnicos que quieren hacer la formación en la especialidad, comparten el gasto de las horas de docencia entre todos, pero deben comprometerse a efectuar, con fines de aprendizaje, por lo menos dos procedimientos en honorarios menores a los honorarios privados habituales. Los tratamientos psicoanalíticos que son supervisados, también deben realizarse respetando la consideración del arancel. Esta forma de trabajo nos ha permitido socializar y ampliar la aplicación de la atención psicológica psicoterapéutica, sin alterar la calidad de la formación de los técnicos. Nuestro Centro exige a sus profesionales una capacitación adecuada en la tarea que realizan y por supuesto pretende lograr que todos y cada uno de sus integrantes, vivan dignamente de la profesión que desempeñan. Si con criterio empresarial tuviéramos que definir nuestro “valor agregado” ellos serían los elementos mencionados. Todo lo afirmado nos afecta pero también nos compromete y es nuestro deber reflexionar sobre lo que sucede a nuestro alrededor (salvo honrosas

excepciones). Somos conscientes de lo expresado no sólo porque lo vemos, sino porque lo escuchamos de los pacientes que consultan, de los colegas médicos o psicólogos, que aunque coincidiendo con nosotros, al estar a veces más inmersos en el sistema, terminan cediendo a él, por falta de tiempo o de la energía necesaria, que les imposibilita cuestionarlo o transformarlo. El criterio empresarial habitual lesiona los derechos de los pacientes y de los profesionales de la salud, por estar sostenido desde el punto de vista económico, por criterios que ven gastos donde deberían ver inversión y con una ideología de la salud-enfermedad, donde lo físico se prioriza sobre lo anímico. La salud física está concebida además como si fuera resultado de la tecnología en sí misma, olvidándose que su aplicabilidad es el producto de la sabiduría de un profesional y la consecuencia de una larga experiencia y capacitación.

Equipo de salud

El trabajo en equipo es un modo creciente del ejercicio de la salud que ha llevado a un mejor desarrollo de la interdisciplina o del diálogo entre disciplinas, con todas las complejidades que ello implica. En primer lugar debemos decir que compartimos el trabajo en equipo; de hecho nosotros somos un equipo, pero lo que nos interesa reflexionar aquí, es sobre las dificultades y beneficios. Reunir profesionales en un lugar físico, sumando especialidades, será multi pero no interdisciplinario. Muchos equipos se integran para que un paciente sea visto por un profesional primero y por otro después, donde cada uno da una opinión diagnóstica y terapéutica de su especialidad, pero con la pérdida de la visión de conjunto. Equipo, a nuestro entender, es aquel que está sostenido por una ideología común, que comprende al hombre como un todo (aceptando en su esencia siempre algo enigmático e incognoscible), cuyos integrantes ven puntos de vistas o cualidades expresivas, que como dice Laín Entralgo (1984) de “ese todo” a la hora de comprender, se complementan, pero no se suman. Se complementan porque lo que uno ve no puede verlo el otro, porque cada disciplina utiliza instrumentos para conocer la realidad humana que condicionan y guían el conocimiento (Mitscherlich, A., 1954). Decía Ortega y Gasset citado tantas veces por Chiozza: “nadie vio una naranja, todos vemos media e inferimos la otra mitad, y agregaríamos, otra mitad que para verla, debo girar la naranja, cambiando mi punto de vista, pero seguiré viendo media naranja por lo que necesariamente debo integrar la otra mitad. En la medicina y la psicología “las medias naranjas” poseen cualidades diferentes que hacen necesarias más aún, la complementariedad. La medicina diagnóstica y la psicología comprende. Diagnosticar y comprender son las cualidades esenciales de

los puntos de vista del quehacer médico y del psicológico. Diagnosticar viene de: “yo distingo, yo discierno, yo conozco”, o sea que cuando el médico diagnostica parte de un saber “yo conozco”, de un “a priori”. Es una clara aplicación de que “se encuentra lo que se busca y se busca lo que se conoce”. Comprender, viene de “prender” que es “atrapar, concebir, sorprender una idea”. Esa idea concebida es una creación única en cada paciente, que por supuesto está sostenida por un saber previo, pero ese saber no opaca la sorpresa de lo nuevo, es un saber que no se reafirma como el saber científico, se descubre una y otra vez.

Nuestro equipo está basado en una epistemología unitaria que reconoce el dualismo como una cualidad de la conciencia y porque lo reconoce sabe que para el conocimiento de esa unidad humana, es necesario integrar en diálogo permanente: lo que la medicina puede diagnosticar con lo que la psicología puede comprender. A la hora del hacer, de la práctica, la medicina actuará en función del diagnóstico y utilizará técnicas quirúrgicas y/o medicamentosas, la psicología actuará en función de lo comprendido y utilizará la palabra-interpretación vehículo de la transferencia-contratransferencia como su “medicamento esencial”. Equipo interdisciplinario es entonces: una epistemología-ideología común que permite el diálogo y la comunicación imprescindible para comprender el padecer humano, que se diferencian a la hora del hacer, porque la técnica, como decía Freud es psicológica, la teoría no y parafraseándolo, nosotros diríamos: la técnica es médica, la teoría no. Es también antropológica, filosófica y sociológica, sabiendo que lo que cada uno haga afectará el fenómeno en su conjunto. Si su ideología comprende al enfermar como un desorden biopsicosocial, ejercerá su función de equipo integrando a todos los que actúan desde los diferentes puntos de vista, para restablecer la salud. Creer que la salud puede ser restablecida viendo y tratando sólo una parte, es contradictorio. *La prioridad en la urgencia no se opone a la importancia, porque lo que la urgencia condiciona es la técnica a utilizar, pero no impide prestar atención luego, a la comprensión del fenómeno en su conjunto.*

Interdisciplina

Veamos más detenidamente algunos aspectos que dificultan y obstaculizan la interdisciplina. La medicina y la psicología son dos ciencias que se expresan en modelos teóricos muy diferentes, en terapéuticas también distintas y criterios de validación que son propios de cada una de ellas. La medicina, heredera directa del positivismo, tiene en la relación causa-efecto, un baluarte histórico de su saber. La casuística y todos sus análisis estadísticos siguen siendo

paradigmas del saber médico y aún hoy actúan con una fuerte separación de los afectos y del conocimiento de la historia del paciente. La medicina ha ido avanzando especialmente en base a la tecnología para el diagnóstico y a la farmacología para la terapéutica.

La Psicología es una disciplina donde “el caso” se impone a la casuística, la experiencia clínica directa y afectiva, es expresada en teorías de un alto grado de elaboración y abstracción y ha ido avanzando porque no ha renunciado y no puede hacerlo, a ejercer su acción terapéutica por medio esencialmente de la palabra, que demanda un tiempo que no puede subordinarse a la urgencia y la brevedad exigida por la cultura de nuestra época. A la hora de formar un equipo interdisciplinario, al momento del diálogo científico, de la comunicación entre profesionales necesaria para la atención de un paciente, estas diferencias se hacen sentir con gran peso. Ser médico, psiquiatra, psicoanalista nos ha facilitado por nuestro recorrido, vivir y seguir muy de cerca estas dificultades, tratando de tender puentes que posibiliten el diálogo. ¿Qué elementos son esenciales para hacer posible esta comunicación? En primer lugar una epistemología común a ambas ciencias que supere el dualismo de la conciencia y reconozca al cuerpo percibido como constitutivo de la existencia humana, tan importante como la cualidad “intangibles” de pensar, sentir y comprender, que llamamos psiquismo. La relación causalista es un obstáculo tenaz. Pensar los fenómenos patológicos como productos de condiciones necesarias pero no suficientes, es un gran cambio de perspectiva que nos complementa. Lo que para la medicina es la casuística, para la psicología es el caso, porque la casuística no se aplica al caso individual. La desmedida escisión afectiva en el ejercicio de la medicina, lleva necesariamente a que la psicología mantenga y defienda la especificidad de su espacio, porque el diagnóstico de los estados anímicos alterados, no puede medirse, cuantificarse, diagnosticarse o tratarse como la medicina hace ante la perturbación somática. Lo que la medicina “ve” es su forma de escuchar y lo que la psicología “escucha”, es su forma de ver, para comprender el sufrimiento humano.

Freud estuvo convencido, antes que nadie, de que la palabra como método terapéutico modificaba procesos somáticos alterados y el resultado clínico así lo validaba. Pero parecería que hasta que no se midieron sustancias químicas que testaron esos cambios, la clínica no era suficiente evidencia. Peor aún es constatar que hay quienes ejercen la psiquiatría o la psicología, destruyendo sus propios criterios de validación, porque piensan que sólo expresándose al modo de la medicina (esto es, mostrando evidencias sostenidas en esa forma científica), tendrán la aprobación de aquello que está validado de pleno derecho, pero de otra forma. No menos perjudicial para el diálogo, es la incapacidad que vemos a la hora de transmitir las teorías psico-

lógicas en un lenguaje comprensible, sencillo, cercano a la vivencia, apelando al sentido común y a la sensibilidad humana, porque la gran ventaja que tiene la psicología, es que el sujeto y objeto de su conocimiento, es la propia persona. *Las teorías son metáforas susceptibles de ser traducidas a metáforas más accesibles y comprensibles. Una gran tarea del diálogo entre disciplinas, es desarrollar y adaptar su modo de decir para facilitar la escucha.* En todos estos años, en cada diálogo entre colegas, en cada espacio de difusión, hemos prestado un particular cuidado a este aspecto, lo que nos ha llevado a la difícil tarea de la necesaria adecuación de lo que queremos transmitir.

En suma: diríamos que una epistemología común, la reformulación de la noción de causalidad (tanto psíquica como somática) por condiciones necesarias pero no suficientes, la importancia de la casuística tanto como el caso, el respeto por dos formas diferentes de percibir lo humano (una que esencialmente “ve” y otra que esencialmente “escucha”), la complementariedad del diagnosticar con el comprender, la aceptación de que el saber es siempre precario y está en un permanente proceso dialéctico, es aceptar que sólo complementándonos podemos hacer más y mejor.

Formación de profesionales de la salud

Todo lo expresado se inicia, desde la formación médica y psicológica. La medicina puede y debe integrar de un modo operativo las vivencias afectivas de los pacientes, que no sólo no perturba sino que ayuda al diagnóstico. La psicología, sabe que la psiquis no está en el cerebro, porque lo específico del psiquismo es comprender, y comprendemos pesando, sintiendo, experimentando, lo que compromete a todo el cuerpo, no sólo a la cabeza. Provenimos de una generación de médicos que por suerte no empezó su carrera con el conocimiento anatómico del cadáver, sino con el ser humano vivo en su contexto, conocimos excelentes clínicos que tocaban, palpaban y escuchaban. Tuvimos luego la posibilidad de formarnos con psicoanalistas que practicaban un auténtico pluralismo, lo que nos permitió acercarnos a quienes trabajaban guiados por el poder terapéutico de la palabra, tanto para modificar las alteraciones anímicas como corporales. Este recorrido, no es una reflexión de la experiencia, es la experiencia hecha carne y plasmada en la tarea que realizamos día a día. La medicina, que ha avanzado mucho y lo sigue haciendo, no ha podido aún integrar humanización y saber científico. Seguimos hoy escuchando “la gastritis de la cama tal”, a veces “el paciente de la sala tal”, pero lejos de la persona con nombre y apellido. La psicología como decíamos en otro trabajo, “ha ido escuchando y comprendiendo cada vez más y mejor”. Si no hubiéramos avanzado, seguiríamos tratando solamente pacientes neuróticos

como en la época de Freud. Sin embargo hoy, no sólo abordamos psicoterapéuticamente mayor número de patologías, sino también distintos grupos etarios, trabajamos con patología vinculares y trastornos de la personalidad e incluso con la alteración de la realidad, expresada en un delirio, delirio que no es ajeno a la posibilidad de comprensión de un significado. Abarcar todo este amplio espectro del sufrimiento humano, ha requerido reformular las teorías, adecuar las técnicas y afinar cada vez más nuestro principal instrumento terapéutico: la palabra. Reducir lo anímico a lo mental, validar por métodos que no son inherentes a nuestra disciplina y la excesiva presión de la cultura actual, ponen en riesgo cualidades irrenunciables de nuestra especificidad.

Vivimos en un mundo en que el tiempo se vive como más corto y el espacio como más pequeño. Todo debe ser “ya”, todo lo que demanda tiempo es considerado obsoleto. Si a esto sumamos el progresivo “borramiento” de la subjetividad y el anonimato “on line”, seguir sosteniendo la necesidad de conversar, en un tiempo y en un espacio, en un encuentro interpersonal para hablar de lo que nos duele, nos angustia y nos conflictúa y además necesitar tiempo para cambiarlo, parece ciencia-ficción. Sin embargo lo más valioso de nuestra “ciencia” sigue estando en esa “ficción”, en ese “como si” del espacio terapéutico donde se despliegan afectos que continúan siendo el sello de nuestra humanidad. No podemos en aras de una brevedad impuesta, abreviar los tiempos de los procesos afectivos, en un tiempo menor de lo que estos procesos requieren. Freud (1905) decía que no íbamos a poder renunciar a la psicoterapia, porque el paciente no va a renunciar a la psicoterapia. Cuando en el deseo de cambio se elige el camino más fácil, muchas veces decimos que habrá sido fácil, pero no hubo cambio. A veces el cambio es una “pátina”, tras la cual todo sigue igual, entonces deberá recorrerse el “camino difícil” pero ya habremos perdido tiempo. El camino del cambio anímico no es un camino fácil, porque implica un proceso profundo, un proceso de transformación, donde el sufrimiento está en alguna medida, siempre presente. *Por evitar muchas veces el “sufrimiento del camino de la cura”, se persiste, en el sufrimiento de la enfermedad.*

Relación con los pacientes

En un encuentro sobre “El cuerpo en la clínica y la clínica en el cuerpo” realizado (octubre, 2005) en la Facultad de Psicología, nos preguntaron cómo definiríamos “estar enfermos”, y respondimos que estar enfermo, sería la vivencia de “sentirse mal”. Cuando una persona dice “me siento mal”, expresa de una manera sencilla e integral sin divisiones, un desorden en su intimidad que es percibido como una sensación desagradable. Posteriormente podrá precisar diferentes cua-

lidades de ese malestar, que serán preponderantemente físicas, anímicas, sociales o todas ellas. El encuentro con los pacientes es el centro de nuestra tarea y esa relación se define por el encuentro con el padecer humano. En todos estos años de experiencia, comprobamos una y otra vez que nadie enferma porque sí y lo seguimos comprobando cuando al preguntar a un paciente ¿qué le pasa?, nos cuenta junto con la enfermedad orgánica, que padece acontecimientos vitales que él reconoce como significativos, aunque ignora hasta que punto guardan relación con su enfermedad. Ese saber intuitivo habita en cada uno de nosotros y según nuestra capacidad aflorará de forma más clara o más confusa, pero siempre será una guía para la búsqueda de la respuesta con que Weizsaecker (Chiozza, L., 1995) encaraba su investigación: ¿por qué enferma alguien de esta enfermedad y no de otra, en este momento y no en otro? En el intento de responder esta pregunta cada paciente inicia una búsqueda y elabora sin darse cuenta, una teoría sobre lo que le está pasando. Esta teoría no está basada en un saber científico, sino en el saber de sí mismo, a veces certero y a veces errado, pero que siempre contiene una verdad que debemos poder escuchar.

La culpa es un sentimiento habitualmente presente con profundas raíces en nuestra cultura occidental y cristiana, en la cual la enfermedad se vive como un castigo. Pero siguiendo a Chiozza nos parece útil destacar la importancia de diferenciar *culpa*, de *responsabilidad*. La culpa es un sentimiento penoso que funciona como una carga y que además desemboca en un callejón sin salida, porque si nos creemos merecedores del castigo, perpetuaremos inconscientemente la enfermedad como condena; por el contrario, si no nos sentimos merecedores, nos consideraremos víctimas de algo que viene de afuera. La responsabilidad, obligación de responder en actos que alguien ejecuta o que otros hacen, cargar con la responsabilidad, etimológicamente, deriva de responder. “Hacerse cargo”, es ser protagonista y participe de los que nos pasa, porque nos atañe siempre, verlo de este modo, nos abre el camino para buscar qué hacer y cómo hacerlo. *Toda enfermedad es además una crisis y como tal una oportunidad para saber algo de nosotros mismos que nos era desconocido*. Convocar a los pacientes a la responsabilidad, a la importancia de encontrar ese saber que sin saberlo habita en ellos, en el entendido de que, del resultado de esa búsqueda, (por el camino de la comprensión) se inicia la transformación. Pero lo más esencial del encuentro con los pacientes y su padecimiento, es hacerlo convencidos de que el paciente no es otro tan distinto de mí, el paciente es ese que puedo ser yo en cualquier momento. Nuestro modo de acercarnos al paciente somáticamente enfermo, cuyo método enlaza biografía y enfermedad, sigue siendo el puntal de nuestra técnica. De su método, sus resultados y beneficios, segui-

mos sosteniendo hoy lo evaluado y publicado en 1998 (Tato, G.). Actualmente hemos estado abocados a algunas modificaciones de la técnica que respetando el beneficio de la evaluación diagnóstica (previa a la psicoterapia en todo paciente con una afección orgánica), pueda hacer posible que esta instancia inicial sea más breve, menos costosa y más masivamente aplicable. Esta estrategia clínica, sus características y resultados, están detallados y evaluados, en otro capítulo de este libro.

Merecen comentarios, nuestras reflexiones sobre las diferentes formas de encuentro con los pacientes, según las características de los mismos y los modos de derivación.

Los pacientes como decíamos al principio, nos llegan por colegas médicos, psicólogos, por otros pacientes o por ellos mismos. En cada encuentro vemos cómo la demanda refleja las características de cada paciente, pero también está impregnada del punto de vista de quien lo deriva. No es lo mismo el paciente que llega luego de un largo recorrido médico, donde no se le encontró causa "orgánica" para su enfermedad y entonces es enviado al psiquiatra o al psicólogo, que el paciente, que habiendo establecido una buena relación con su médico tratante, recibe de éste el mensaje de estar atravesando una crisis vital o estar anímicamente mal, lo que está comprometiendo su salud física. Desde los colegas psicólogos, las derivaciones habitualmente las hacen quienes reconocen nuestra especialización y entienden que el paciente se verá beneficiado en un tratamiento psicológico, al ser atendido por alguien que escuche y decodifique el lenguaje del cuerpo. Las derivaciones realizadas por otros pacientes o las consultas producto de una búsqueda del paciente por sí mismo, son las menos impregnadas del punto de vista ajeno. La capacidad reflexiva, el *insight* de cada uno, los guía en la búsqueda de respuestas que van más allá del malestar físico. Weizsaecker (Chiozza, L., 1995) en un ilustrativo y gráfico relato muestra, en la "Historia del campesino", cómo el paciente cuando recién enferma y va a la búsqueda de ayuda, lo hace desprovisto de prejuicios, teniendo a flor de piel el drama vital que está atravesando, pensando más en la totalidad de lo que le sucede, que exclusivamente en su malestar físico. El médico es quien habitualmente separa el malestar afectivo y lo guía en el camino de la búsqueda de la causa de su malestar físico. El campesino del final de la historia, no sólo está más enfermo que al principio, sino que está más desorientado y confundido. Cuando la urgencia es somática, el primer profesional en contacto será un médico y el modo en que éste ejerza la medicina, guiará al paciente en un camino que será somático o integral. Cuanto más somático es el camino recorrido, más lejos queda el rastro del acontecimiento vital que acompañó a la enfermedad y más recorrido debemos desandar. Muchas veces vemos lo mismo con la medicación

psiquiátrica, que al operar como “chaleco químico” de los afectos, obtura angustias necesarias para reflexionar, intenta resolver depresiones (que a veces son duelos que deben realizarse) y contribuye a sostener la imagen exigida por nuestra cultura: hay que estar anímicamente bien, rendir “porque no hay tiempo”, para los procesos afectivos de quienes los padecen ni del entorno, incapaz de continentalos. Desde esta perspectiva, medicar es sinónimo de “tapar”, entonces medicar y tapar pasan a ser una y la misma cosa. Si enfermar es una expresión de un desorden, lógicamente queremos y debemos ayudar a restablecer un orden-salud. Toda enfermedad tanto anímica como orgánica es también una defensa de algo que para la persona, sin saberlo, es peor que su enfermedad, por eso como decía Weizsaecker “fuera con la enfermedad pero no de cualquier modo”. El necesario respeto por el paciente nos ubica en la neutralidad y la abstinencia, reglas básicas de nuestra práctica. Pero el respeto por el deseo del paciente y sus elecciones de vida, no pueden nunca dejarnos neutral o abstenernos del afecto que él como persona despierta en nosotros.

Cualquier enfermedad nos coloca en un lugar de vulnerabilidad, por eso es responsabilidad de todos los que trabajamos en la salud, curar sí, si es posible, pero sobre todo “cuidar”, porque estamos atendiendo lo más valioso que es la existencia humana.

Nuestro grupo de trabajo

Cuando iniciamos la tarea que hasta hoy nos ocupa, nos preguntábamos si sería posible formar un grupo, esto es encontrar otros profesionales que compartieran nuestro interés y tuvieran el deseo de constituir un equipo de trabajo. Hoy, quince años después, resulta gratificante seguirlo manteniendo.

Todas las tareas que realizamos tienen una organización grupal, pero a los efectos de esta comunicación nos interesa especialmente, transmitir algunos aspectos del funcionamiento en equipo en el área clínica. *La atención psicológica de pacientes con afecciones orgánicas, la desarrollamos con una estrategia clínica diagnóstica que es sólo aplicable en equipo.* El Estudio Patobiográfico como las Entrevistas Diagnósticas y Devolución, requieren de la participación de al menos dos técnicos con formación psicológica psicoanalítica, más la formación en la especialidad y la interdisciplina con los técnicos necesarios del área médica y sus especialidades. Quienes integran esta área, pueden haber concluido su formación teórica y psicoterapéutica de la especialidad o haber terminado la formación teórica y estar realizando la especialización en psicoterapia. Consideramos de importancia central como parte de la capacitación, el haber realizado psicoterapia in-

dividual. Dadas las características de nuestra tarea, creemos incompatible la atención clínica de pacientes, sin haber transitado un proceso de elaboración personal, o sea, sin haber estado colocados en el lugar de pacientes.

A lo largo de estos años, los integrantes del equipo han ido cambiando, algunos han dejado la especialidad, otros han permanecido y muchos se han integrado, no obstante nuestra metodología de trabajo no sólo no se ha visto afectada sino que se ha ido perfeccionando. ¿De qué depende esto? En primer lugar compartimos un sustento teórico-técnico común, esto es hablamos “un mismo idioma”. Este sustento teórico implica una epistemología en común, un diálogo interdisciplinario cuidadoso y una rigurosa formación. Las evaluaciones diagnósticas son técnicas protocolizadas con metodología de procesamiento también pautadas, lo que permite que luego de un tiempo de entrenamiento sean aplicadas por personas diferentes que desarrollan su aprendizaje integrado en la propia dinámica de equipo. Así como está pautado el procedimiento diagnóstico, a lo largo de estos años hemos desarrollado una metodología interna con roles y tiempos bien definidos, que nos permite evaluar simultánea o sucesivamente más de un paciente. Esto requiere una disciplina interna estricta y seriamente respetada, que ha llevado a que desde la Secretaría a la Dirección, pasando por todos sus integrantes, cada uno sepa cuál es su rol y su tarea, así como también a quién deben recurrir a la hora de evacuar una consulta o responder una duda. Hoy por hoy, podríamos afirmar que estamos en un funcionamiento de un alto nivel de fluidez, donde la maduración del equipo en su conjunto, permite concentrar toda nuestra atención a lo particular de cada caso, su riqueza y complejidad, lo que creemos que es una de las mayores satisfacciones y logros de estos años de experiencia.

Otro elemento esencial lo constituye el nivel de compromiso y apasionamiento con la tarea que realizamos. Es muy difícil que alguien pueda integrar el equipo sin implicarse en este sentir común. Como dijimos antes, trabajamos con lo más valioso, que es la “persona” y además nos vemos enfrentados a integrar al mismo tiempo la enfermedad orgánica (a veces con riesgos de vida) y el sufrimiento anímico, lo que compromete una movilización afectiva muy intensa que debe ser sostenida y procesada por todo el equipo, lo que requiere un análisis permanente de la transferencia y contratransferencia que cada caso provoca. Reunirnos desde hace quince años, varias veces por semana para realizar una tarea en común, nos ha llevado a crecer y a madurar juntos.

Otro importante aspecto de la unidad grupal es que además de la supervisión individual de las psicoterapias, realizamos en forma semanal, trabajo de supervisión en equipo. Esto permite un efecto

multiplicador en el aprendizaje de los procesos terapéuticos. Discutir materiales clínicos en equipo es una actividad de enorme riqueza, que permite además, en nuestra especialidad, desarrollar la escucha del lenguaje del cuerpo en cada sesión. El seguimiento de varios procesos psicoterapéuticos permite también intercambiar todo lo que hace a la especificidad de la técnica y arte de la interpretación psicoanalítica, enriquecido por el intercambio realizado en torno a la clínica. Además es importante el seguimiento de la modificación favorable de las expresiones orgánicas durante el proceso. *La asistencia que realizamos, la estrategia clínica con que la aplicamos, y el sustento teórico, forman un todo, una propuesta diagnóstica y terapéutica, que permanentemente está sometida a la valoración de los colegas y de los pacientes.*

Nadie convence a otro si no está convencido de la utilidad de lo que hace y a lo largo de estos años se nos reafirma una y otra vez, la eficacia del tratamiento psicoanalítico en pacientes orgánicamente enfermos.

Si tuviéramos que definir en pocas palabras la evolución de nuestro grupo de trabajo durante todos estos años, diríamos que ha sido la capacidad de crecer, cambiar y madurar, haciendo y pensando sobre lo hecho en una evolución permanente.

BIBLIOGRAFÍA

- Chiozza, L. (1995), "Artículos de Victor Von Weizsaecker", en Chiozza, L., *Un lugar para el encuentro entre Medicina y Psicoanálisis*, Alianza Editorial, Buenos Aires.
- Freud, S., (1905), "Sobre psicoterapia", *Obras Completas*, Tomo VII, Amorrortu, Buenos Aires, 1983.
- Lain Entralgo, P. (1984), *Antropología Médica*, Salvat, Barcelona.
- Mitscherlich, A. (1954), "El problema de la relación cuerpo y alma en la moderna medicina", en: *La nueva visión del mundo*, Editorial Sudamericana, Buenos Aires.
- Tato, Gladys, (1998), "Estudio Patobiográfico. Reflexiones de ocho años de experiencia desde la práctica y la teoría", en: *Cuando el cuerpo habla. Enfoque psicósomático del enfermar*, Ediciones Trilce, Montevideo 1999.
- (2005), "El psicólogo ante el paciente orgánicamente enfermo", *Revista de CPU*, N° 167, Montevideo.

HABLEMOS DE LA MUERTE

A la memoria de
Aída Fernández y
Luis Rossi Laures

*Ante el espectáculo de las postrimerías de la vida, quien no sufre
carece de entrañas, quien no filosofa carece de entendimiento.*
José Letamendi (1828-1897)*

Introducción

Cuando decidí escribir sobre este tema, me propuse tratar de transmitir las reflexiones que desde las distintas experiencias con la muerte, habitan en mí. Hablar de la muerte es hacerlo desde un lugar que nos involucra, porque en tanto humanos y mortales, no puede ser un hecho ajeno. Seguramente muchas de las reflexiones aquí vertidas, coincidan con ideas que muchos hemos pensado o de algunos, de los que haré una pequeña referencia, porque me han nutrido en algún momento de mi formación y, de otros que no he leído. No es la intención de esta comunicación la precisión bibliográfica o la reflexión sobre la concordancia o la discrepancia en algunas ideas, lo que podrá ser hecho por los lectores que les interese. Quiero comunicar integrando de una manera fluida, aquello que ante la muerte he pensado, he sentido, o he experimentado.

Como tantos he sufrido por muertes cercanas y queridas, me he apenado por otras lejanas, he imaginado algunas no sucedidas y he vivido experiencias con pacientes que han fallecido y con otros que luchan por seguir viviendo. Siento temor por la muerte de seres que quisiera creer que nunca van a morir y por supuesto también me he ido enfrentando a lo largo de la vida con la elaboración de la angustia permanente por la muerte propia.

* Médico español, nacido en Barcelona. Catedrático de Patología general en 1857. Autor de artículos sobre literatura, derecho, economía, etcétera.

Morir es un acontecimiento de la vida y como tal, está presente siempre, aunque de forma más o menos consciente. Si miramos a la humanidad en su conjunto, coincido con Freud (1915), cuando dice que el comportamiento humano ante la muerte, es contradictorio. Se gastan fortunas en generar nuevas vidas en laboratorios y se gastan también fortunas en aniquilarlas con bombas cada vez más letales. Los mismos que lloran por la muerte de seres cercanos, asisten y participan con indiferencia ante la muerte de otros, a veces hasta producto de sus decisiones. Los dichos populares dan cuenta de esta contradicción: “la vida no tiene precio”, “la vida no vale nada”.

Decir vivir o morir por sí sólo, no define más que la presencia o cesación definitiva de las funciones que mantienen la vida psicooorgánica de un individuo en su conjunto; lo más importante es precisar a qué vida nos referimos cuando de vivir se trata y de qué muerte estamos hablando, cuando decimos morir.

Acerca de la vida

Para quienes trabajamos por y para la salud, vivir es inseparable del buen vivir, lo que definiríamos como la sensación de bienestar anímico, en ausencia de enfermedad física, en armonía con los seres que nos rodean, con el menor nivel de conflicto posible, con la aceptación de los duelos por las pérdidas inevitables que vivir implica y con los sufrimientos necesarios que cambiar, crecer y desarrollarse, demandan. Difícil tarea que si se logra es por el amor: el amor a sí mismo, el amor a los otros, el amor a la vida. Sólo se cuida y se preserva aquello que verdaderamente se ama. Hay muchas buenas formas de vivir, pero todas tienen a mi entender algo en común, por eso si tuviera que expresarlo en una integración de mi sentir y pensar como persona, como médico y como psicoanalista, recurriría a la bella canción, con letra de Eladia Blázquez:

“No, permanecer y transcurrir,
no es perdurar, no es existir, ni honrar la vida.
Hay tantas maneras de no ser,
tanta conciencia sin saber, adormecida.
Merecer la vida no es fallar y
consentir tantas injusticias repetidas.
Es una virtud la dignidad y es la quietud
de identidad más definida.
Esto de durar y transcurrir,
no nos da derecho a presumir,
porque no es lo mismo que vivir,
honrar la vida...
Hay tanta pequeña vanidad

en nuestra tonta humanidad, enceguecida.
Merecer la vida es erguirse vertical,
más allá del mal de las caídas,
es igual que darle a la verdad
y a nuestra propia libertad la bienvenida,
eso de durar y transcurrir,
no nos da derecho a presumir,
porque no es lo mismo que vivir, honrar la vida”.

Acerca de la muerte

Me resulta más difícil poder concordar en un solo modo de pensar la muerte, tal vez porque las distintas experiencias que en mí habitan, abren numerosos caminos que invitan a la reflexión, porque hay diferentes momentos, formas y modos de morir: por enfermedad, por accidente, por suicidio, por homicidio; de niño, de joven o de viejo; la vida que se acaba o la vida a la que se le pone fin de distintas maneras; la muerte en soledad, la muerte en compañía; la muerte que es “pasar de un sueño a otro”, o la muerte luego de un inútil sufrimiento. La muerte en vida o la peor de las muertes según el poeta, que es el olvido.

A lo largo de la vida queramos o no, establecemos algún tipo de relación con la muerte. Cuando es de aceptación, en realidad es una alternancia entre aceptación y desmentida, o sea, ya lo sé, pero aún así, vivo como si no lo supiera. Si domina la negación, se vive pensando como si eso que va a suceder, le sucederá sólo a otros, como si la muerte propia no fuera a llegar nunca. Otras veces observamos una reacción depresiva melancólica ante la muerte donde reconocer la finitud lleva a empobrecer la vida, a quitarle interés a las cosas: se vive con desilusión o desánimo en un apagamiento de las motivaciones porque “total para qué si nos vamos a morir”. Otras veces la actitud es la contracara de lo anterior, expresado en una reacción maniaca, de la que da cuenta la popular canción “total para qué te vas a preocupar...”. Creo que de diferentes maneras todos en algún momento, podemos sentir algo de negación o de tristeza melancólica, pero si estos sentimientos se instalan de forma permanente, nuestro modo de vivir el presente se ve afectado, porque no se puede construir desde la negación, la melancolía o la manía, sino desde la serena aunque triste aceptación.

La forma más generalizada de superar la angustia ante la muerte creo que es la mágica, sea en distintas formas de religiosidad, de reencarnación de cualquier tipo, de pasadas o próximas vidas. En cualquiera de estas posibilidades, se sortea la vivencia del “nunca más” y eso es una forma de sortear la angustia. Esta relación mágica con la

muerte se observa también para mí en otro hecho curioso y absurdo que yo llamo la “santificación del muerto”. Nadie habla mal de alguien conocido o cercano que se murió, aunque lo haya hecho en vida y aunque considere que el muerto así lo merezca. No creo que pueda entenderse sólo como un acto de respeto, sino que es como si por el solo hecho de morir, la persona pasara a ser buena. En el fondo el silencio, es el producto del temor mágico y retaliativo, a un castigo que sería: “que la muerte anticipadamente recaiga sobre mí”. Tanta fuerza tiene esto que para poder rescatar y recordar al muerto como la persona real que fue, es necesario transitar un adecuado trabajo de duelo.

Ser persona-ser mortal

Sabemos que nos vamos a morir, ¿pero cómo se integra este saber y de qué modo, a lo largo de la vida? En primer lugar voy a referirme a la finitud de la existencia. Creo que *en la niñez no se piensa en la muerte*, salvo que la realidad lo imponga por un acontecimiento traumático imposible de negar. Cuando eso sucede el niño se interroga desde su ingenua curiosidad, descolocando a los adultos y provocando en ellos la angustia, que los lleva a respuestas acordes al pensamiento mágico infantil, hablándoles del cielo, de otro lugar o de otra vida mejor o de un dormir eterno, como en los cuentos de hadas. Creo que el niño al no tener desarrollada la noción del tiempo cronológico, está centrado en el presente y la construcción de la noción de pasado casi no existe, porque los recuerdos evocables son pocos y cercanos y el futuro es una precaria proyección de sus deseos que llegan a lo sumo al próximo acontecimiento feliz.

En la adolescencia, la muerte puede hacerse presente por la experiencia de dolor ante una muerte cercana o por la progresiva construcción del conocimiento racional que se tiene sobre el fin de la vida. Conocimiento tan difícil de incorporar, que creo que por eso aún hoy, en esa etapa de la vida, resulta impactante y resistido estudiarla:

“Recuerde el alma dormida,
avive el seso y despierte
contemplando
cómo se pasa la vida,
cómo se viene la muerte
tan callando,
cuán presto se va el placer,
cómo, después de acordado,
da dolor;
cómo, a nuestro parecer
cualquier tiempo pasado
fue mejor.

Pues si vemos lo presente
Cómo en un punto se es ido
y acabado,
si juzgamos sabiamente,
daremos lo no venido
por pasado.
No se engañe nadie, no,
pensando que ha de durar
lo que espera,
más que duró lo que vio
porque todo ha de pasar
por tal manera.”

Coplas por la muerte de su padre
Jorge Manrique (1440-1479)

No obstante, *la angustia que causa la muerte en el adolescente, lo lleva a la tendencia de negarla* y mayoritariamente siente que tiene toda la vida por delante, o mejor dicho que por delante, hay solo vida. Esa tendencia a la negación omnipotente, se exterioriza en actos riesgosos como una forma más de desafío. En su necesidad de crecer y ser fuerte para enfrentar a la vida, se enfrenta también de forma “inconsciente” a medir su capacidad de ganarle a la muerte porque “a mí no me va a pasar”, típica actitud ante todo lo que implica un riesgo. Repite una y otra vez una actitud equivocada, porque en el intento de reafirmar la vida, se expone a todos los peligros y todas las muertes posibles. La conocida frase “la muerte está tan segura de ganar, que te da toda una vida de ventajas”, es muy común entre los jóvenes. Expresan en la ironía del dicho, un modo de aceptación de la finitud personificada en una batalla que aceptan van a perder. Alguna vez les he respondido que si lo pensamos desde nuestra existencia, “la muerte gana una sola vez, pero la vida le gana todos los días que la vivimos”. Esta dramatización en forma de lucha, es a mi entender, la expresión de su lucha interna, pero no con la muerte, sino por y para la vida que tienen que construir y no saben cómo.

En la edad media de la vida, en la tan reconocida “crisis o balance” de esa etapa, es donde la finitud de la existencia adquiere un peso significativo: lo que se logró, lo que ya no fue ni será y lo que aún queda por vivir. Es la etapa en que más atrapados entre la nostalgia y el anhelo, tratamos de vivir el presente (Chiozza, L., 1981). Crisis que lleva a intentar patéticas formas de sacarle “el jugo al presente”, sobre todo cuando mayor es la vivencia de fracaso. “Segundas adolescencias”, intentos de creer que se puede volver a empezar desde cero, las tan promocionadas maternidades o paternidades después de los cuarenta y todas las transformaciones físicas imaginables e inimaginables, como

si fuera posible que cambiando lo externo, se cambie lo interno. El mayor capital de esta etapa reside a mi entender en la sabiduría de la experiencia, que por el acierto como por el aprendizaje del error, nos dará las herramientas para vivir el presente y construir el futuro.

El declinar de la vida, esa época en que cuando todavía el ánimo reconoce que hay “ganas” pero no pueden concretarse, se siente que es el cuerpo el que no responde y entonces se lo expresa diciendo: “el cuerpo no me acompaña”, en cambio, cuando la salud física permitiría vivir experiencias de las que la razón se avergüenza y el corazón se acobarda, se expresa diciendo “yo ya estoy viejo para esas cosas”. *Es en esa etapa cuando se hace más visible el horizonte de la finitud*, se resignifica el modo de ver las cosas, la descendencia y las obras que realizamos, están destinadas a perdurar más que nosotros. Trascender, de alguna manera adquiere una vital importancia porque es la forma en que se perpetúa la vida. Se altera notoriamente la relación con el tiempo: mayor número de recuerdos dan cuenta de un largo pasado y el futuro, al sentirse acotado, exige readecuar los proyectos al tiempo que queda por delante. Se pasa de “pensar en años” a “pensar en meses o en días” y cuando el fin está cerca, hasta en “horas”.

Coincido con Chiozza cuando expresa que la vida vivida en el desarrollo de la plenitud de su forma, tendría como fin, un morir normal, porque la enfermedad, es un patrimonio de la vida, no de la vejez. Ser protagonistas del tan poco frecuente “morir normal”, de ese apagamiento progresivo acompañado de una pacífica aceptación que termine con el fin de nuestra existencia, sería para mí “la mejor forma de morir”. Fin seguro, pero enigmático, aceptado a veces en un más acá, pero negado o pospuesto por otra existencia, en un más allá. ¿Por qué morimos?, creo que sígue siendo hoy, una pregunta sin respuesta.

Como personas, no somos ajenas al cuándo o al cómo e incluso también reflexionamos sobre el por qué del morir. Nos impactan las muertes de niños, de jóvenes y si tenemos responsabilidad comunitaria y social, la muerte de otros, aunque sean desconocidos. ¿Hay muertes injustas?, creo que sí y éstas deben afectarnos y comprometernos: son las muertes producto de la desigualdad creada por el hombre y mirada con complicidad, que despiertan comentarios tales como ¡qué horrible!, que se inician y se apagan en la angustia del momento, porque tanto horror nos desborda. Pero muchas veces se piensan como injustas las muertes que no pueden explicarse por la lógica de la razón, porque nos cuesta reconocer nuestra participación de deseos inconscientes de destrucción. Son situaciones en la que invocamos la injusticia del destino: “no se lo merecía”, “tenía toda la vida por delante”; o se ven como una prueba de santidad: “se mueren los mejores, los elegidos”, o son producto del azar “estaba en el lugar equivocado, en el momento equivocado”.

Resulta difícil pensar por ejemplo en el por qué del suicidio o el homicidio, dado que son actos mayoritariamente voluntarios y conscientes de finalización de la vida. El suicidio genera sentimientos de enojo por el abandono o por lo que se interpreta como una cobardía; otras veces genera respeto o aceptación del que no pudo con la vida y prefirió la muerte, ¿podré ser yo en algún momento? Comparto la posición de Héctor Garbarino (1994) cuando dice: “todo individuo tiene derecho al suicidio, es un derecho, una libertad que uno tiene, lo que no quiere decir que como médicos o psicoterapeutas no tratemos de evitarlo”.

El homicidio es más rechazado, “no matarás” es un mandamiento, pero también somos herederos del “ojo por ojo y diente por diente” y “al que hierro mata a hierro muere”. Cuesta pensar que habitan en nosotros pasiones desenfrenadas que liberadas, pueden ser capaces de las más atroces barbaries. Nos cuesta aceptar la coexistencia de fuerzas de vida y fuerzas de muerte, el dualismo pulsional básico, que pueden expresarse en una mezcla que posibilite la vida o en el lento proceso que lleva a la muerte con el paso de los años o en una forma brutal e incontenible, que destruye y nos destruye, sin poder a veces detenerla. No puedo dejar de mencionar porque lo compartimos y lo hemos corroborado en la experiencia clínica, la intención inconsciente de autodestrucción que se oculta en el aparente azar del accidente. Granel (1976) ha hecho un intenso trabajo al respecto, del que tuvimos oportunidad de aprender y conocer con detenimiento. También me parecen muy acertadas las relaciones establecidas por algunos autores que él cita, como Abadi y col., sobre la vinculación entre suicidio y homicidio, de las que no me referiré en este trabajo.

Los médicos y la muerte

Durante mi formación como médico, en el ejercicio de la profesión y aún hoy, por la relación con colegas, sigo reflexionando sobre cómo se vive, se piensa y se siente la muerte desde el lugar del médico. Para los médicos la muerte es esencialmente un hecho físico, el cese de las funciones vitales: la muerte “clínica” cuando no se reanima luego de un paro cardiorrespiratorio, la muerte “cerebral” que lleva a decidir desconectar o no, a una persona de los aparatos que mantienen sus funciones vitales. Cuanto más cerca están los médicos de la muerte física, más física es la forma en que la viven, escindiendo lo afectivo como una defensa ante el trauma permanente del enfrentamiento con la finitud. La cercanía con la muerte lleva al médico a desarrollar una particular omnipotencia que es variable, lo que a veces lo lleva a aceptar que los pacientes “se mueren” y otras cree que “se le mueren”, del mismo modo pensará “que se salvaron” o “que los salvó”. Al médico,

en su deseo de preservar la vida le importa más el cómo fue dañada, que cuándo o por qué. Enfermedad, accidente, homicidio, suicidio, joven o viejo, para el médico es una vida a salvar, él busca causas físicas, repara daños, corrige mecanismos alterados, siempre con un mismo objetivo: preservar la vida. Su lucha es con la enfermedad y con la muerte como si éstas fueran sus principales enemigos que se presentan en distintos personajes y con distintos ropajes. Por eso generalmente cuando siente que le muerte le gana, se aleja. Son pocos los médicos capaces de acompañar a los pacientes hasta el final. Cuestionable actitud que me ha llevado a preguntarme ante algunas situaciones que he vivido u observado, ¿qué les duele más, la muerte o la derrota?, ¿o ante la cara sonriente con que se enfrentan al paciente que ha evolucionado bien, disfrutan por la vida o por la victoria? También son pocos los médicos que pueden integrar a su capacidad científica, una adecuada sensibilidad ante el paciente y sus familiares, tanto en enfermedades sin riesgo de vida como en enfermedades con compromiso vital. He asistido a lo largo de mi carrera a la formación de equipos con médicos y psicólogos en Servicios de Urgencia, en CTI o en Tratamientos Tecnificados de Alto Riesgo, para poder conversar, elaborar e integrar los afectos que el sufrimiento y la muerte movilizan. Estos encuentros aunque útiles, siguen siendo un terreno poco fértil, porque predomina la tendencia a la llamada “escisión operatoria”, que si bien permite actuar, tiene para los médicos el costo de todos los mecanismos de defensa. Estas defensas tan intensas, responden a mi entender, a un profundo temor de los médicos a su propia muerte, tal vez, porque por su profesión son quienes más la tienen presente. Pienso que la identificación y la sensibilidad son graduables y “conmoverse con” no impide “hacer algo por otro”. Lógicamente en el momento del “mayor hacer”, menos conmoción y esto no es más que la necesaria alternancia entre afecto y acción. Luego de “hacer”, el “sentir” debe ser sanamente reinstalado. Este es uno de los aspectos que ya mencionamos en el análisis de nuestra experiencia (p. 19) y que sería deseable cambiar tanto en la práctica como en la formación médica.

El psicoanalista y la muerte

Hablar de la muerte desde mi rol de psicoanalista, me resulta mucho más difícil, porque no puedo hacerlo sin reencontrarme con absurdas desmentidas. Los analistas están y estamos ubicados para el paciente en un lugar tal, que hablamos y se habla en el análisis, de todas las muertes posibles, pero pocas veces se menciona la posibilidad de la muerte del paciente o del analista como persona real, (cuando no hay nada que lleve a pensar que pueda suceder). Es el más tenaz pensamiento: “ya lo sé que puede pasar pero aún así” a la sesión

siguiente, ambos están convencidos que ahí van a estar. Me refiero por supuesto a la muerte real y no a la interpretación de la fantasía de muerte, que es habitual en la transferencia-contratransferencia. He pensado mucho en el por qué de esta vivencia y creo que en parte, el particular espacio transicional del “como si” en que se desarrolla el análisis, contribuye a que tanto en el juego como en el teatro, todo puede suceder, pero de la misma manera que el juego se acaba y el telón cae, la sesión termina y los “personajes” se levantan a saludarse. Tal vez también la fuerte necesidad de la supervivencia del vínculo por el desarrollo de la transferencia-contratransferencia y el trabajo analítico, por y para la vida que se está realizando, lleva a la imperiosa necesidad de creer que el “otro” va a estar ahí para hacer esa tarea juntos mientras lo necesitemos. Cuando se produce la muerte (sobre todo si es inesperada) del paciente o del analista, se viven como experiencias muy traumáticas y dolorosas, que ocasionan duelos largos y difíciles, pero muertes de la vida al fin.

La actitud habitual de los psicoterapeutas de no tratar analíticamente a los pacientes con riesgo de vida o con probabilidad de muerte cercana y realizar sesiones de apoyo, creo que en algunos casos puede reflejar una postura teórica-clínica, pero en otros me parece que es la expresión de una resistencia. En un trabajo anterior decía algo que sigo sosteniendo: “criticamos la omnipotencia de los médicos, pero la utilizamos para desligarnos de la muerte y dejarla a su cargo” (Tato, G., 1991). Nuestra formación nos prepara más para trabajar y elaborar el encuentro con los equivalentes simbólicos de la muerte: castración, pérdidas de todo tipo, duelos por cambios, hasta con la muerte en vida que se da en formas graves de psicosis, tenemos mejores herramientas para la escucha. Pero tener frente a frente o en el diván a un paciente que nos dice que va a morir en un futuro cercano, golpea de lleno en nuestra finitud y no es fácil dejar fluir las representaciones que surgen desde la contratransferencia y mucho más difícil aún, integrar la angustia que esto genera pudiéndola ligar a esas representaciones. Creo que nuestro trabajo que es, en la vida y por la vida, se ve cuestionado en su sentido, cuando la muerte está tan presente, por lo cual se hacen necesarios replanteos que retomaremos luego.

No quiero dejar de hacer algunas reflexiones en torno a las discusiones teóricas sobre las representaciones de la muerte. Para Freud y el dualismo pulsional que compartimos, habitan en nosotros pulsiones de vida y pulsiones de muerte; la pulsión de muerte como toda pulsión busca la satisfacción que es opuesta a la de la vida. La vida es Eros, movimiento, cambio, la muerte es Tánatos, quietud, pero también destrucción. Esta destrucción está habitualmente al servicio de la vida, entonces termina satisfaciéndose en fines vitales, pero también está la satisfacción “no ligada” de la pulsión de muerte, que es la destruc-

ción en sí misma. Sabemos que no es posible representar lo “no vivido”, por eso no existe en nosotros representación de la muerte propia, pero sí existe representación de la muerte de otros porque eso sí ha quedado incorporado como huella mnémica, a tal punto que podemos soñarlo. Pero diariamente en nuestro organismo, la pulsión de muerte ejerce su acción en el proceso de envejecimiento y en la muerte celular. Creo que estas son formas de satisfacción de la pulsión de muerte, que coexisten con la vida y que alguna impronta inconsciente deben dejar. En la angustia que llamamos psicótica o en la cercanía de la muerte física, las personas parecerían que “presienten” su propia destrucción, tal vez sea así, porque nuestro Yo, que hunde sus raíces en el inconsciente, algo sabe de lo que ahora “presiente”. Cuando el paciente percibe más la destrucción psíquica o anímica y es capaz de verbalizarla, lo expresa como la posibilidad de enloquecer, pero cuando nos habla de morir, creo que es porque está percibiendo, su destrucción somática. Podríamos pensar que “lo mortal” que habita en nosotros, puede acceder a nuestra conciencia como muerte psíquica y entonces hablamos de locura o como destrucción orgánica y entonces hablamos de destrucción física o de muerte, tal cual lo usamos en el sentido habitual. Tanto como persona, como médico o como analista, debemos enfrentar que no todo se puede curar. Como analistas sabemos que “la psicoterapia, como cualquier tipo de medicina, se enfrenta con la imposibilidad de curar, con la posibilidad o la imposibilidad de aliviar los sufrimientos, hasta que no aceptamos la posibilidad de fracasar, no estamos en buena disposición para obtener a veces el éxito”. (Chiozza, L., 1987)

Desde la clínica psicoanalítica

¿Qué viene a buscar un paciente cuando pide ayuda psicoterapéutica sabiendo “que va a morir”? En primer lugar, quiero destacar algo que la experiencia clínica me ha demostrado en más de una ocasión: el paciente que sabe que va a morir, la mayoría de las veces no viene esperando que le devolvamos la vida, viene buscando aliviar algún sufrimiento que no es exclusivamente el de morir y para poder escuchar su demanda debemos rescatarnos de nuestro deseo (que en estos casos la mayor parte de las veces se filtra) que sería ayudarlo a “seguir viviendo”. También debemos rescatarnos de otro prejuicio que obtura la demanda: si se va a morir ¿qué puedo hacer yo? Tanto en uno como en el otro caso, el preciado valor por la vida y nuestra voluntad de ayuda, nos impide escuchar como en cualquier otro paciente, qué viene a buscar en forma manifiesta y por supuesto, tanto o más importante como difícil, qué viene a pedir en forma latente.

Otro aspecto que quisiera comentar, es la forma en que se cataloga o se clasifica a los pacientes en estas situaciones. Las denominaciones de “paciente terminal”, o “paciente que va a morir”, tiene a mi entender el sello de la condena, que la mayoría de las veces es así, pero esta forma de nominarlo sólo toma en cuenta el destino final y no la vida que queda. Desde la posibilidad de un trabajo psicoterapéutico, integrar ambos aspectos es mucho más adecuado a la realidad y abre enormemente la escucha de la demanda y posibilita la realización de un trabajo analítico y un proceso. Es un paciente con alta probabilidad de muerte cercana, pero también alguien vivo que tiene un presente y un futuro, que aunque corto, vivirá “a su manera” y en ese tiempo que le resta de vida, la muerte tendrá una presencia mucho más consciente que en otros pacientes o en nosotros mismos.

¿Quiénes demandan ayuda psicoanalítica en estas situaciones? En mi experiencia clínica, cuando el paciente accede a la psicoterapia por una enfermedad somática grave, imposible de modificar con los tratamientos médicos y psicoterapéuticos, habitualmente desea continuar con el vínculo y el proceso hasta el final. En otras ocasiones, al recibir el diagnóstico de una enfermedad grave con posibilidad de una muerte cercana, el paciente busca ayuda psicoterapéutica por diferentes motivos. Sobre el trabajo analítico en ambas situaciones daré cuenta en unas experiencias clínicas finales. Es imposible transmitir todo lo que luego de tantos años de trabajo analítico con pacientes graves y supervisiones de muchos otros, atendidos por colegas, forman el caudal de la experiencia que habita en mí. Trataré de organizar en estos esbozos, los aspectos que destaco. En primer lugar, si la enfermedad es una forma de lenguaje, un mensaje con significado, toda enfermedad grave lleva implícito el mensaje de un deseo inconsciente de autodestrucción o un deseo también inconsciente de no seguir viviendo. Esta afirmación, que puede generar oposición y resistencia, es el fruto de la experiencia clínica. Podemos rechazarla y trabajar con el “Yo consciente” del paciente que se angustia con la muerte y vive lo que sucede como si viniera de afuera y que dice querer vivir. Hacia ese “Yo”, se dirigen los libros de autoayuda y la gran parte de las propuestas psicoterapéuticas. Pero si pensamos la enfermedad grave como un síntoma de autodestrucción que habita en nosotros, no podemos dejar de lado ese mensaje porque en la posibilidad de desenmascarlo y hacerlo consciente, reside nuestra mayor probabilidad de ayuda. Volvemos a enfrentarnos a nuevas contradicciones: se puede desear tanto vivir que morir es una angustia difícil de elaborar y una realidad dura de aceptar, pero también pueden ser tan terribles, duras e insostenibles las cosas de la vida y la muerte tan temible “se desea”, se busca y se consume porque se la imagina como “una solución” ante angustias peores que la del morir.

He vivenciado en el trabajo clínico, cómo tras el Yo consciente que se resiste a morir, se esconde un Yo incapacitado para vivir, para enfrentar la lucha y los sufrimientos que vivir implica. Ese Yo es el que muchas veces decide nuestro destino, encaminándonos a una muerte anticipada, tal vez con la ilusión de otra vida diferente a la que se conoce. El desconocido “más allá”, es depositario de diversas fantasías, muchas de las cuales son mágicas representaciones de algo mejor. Al mostrarle al paciente este aspecto reprimido, la muerte deja de ser algo que viene de afuera, para hacerse presente, como la destrucción que habita en él y que por algún motivo quiere concretarla. *En todo paciente grave hay en mi opinión un Yo disociado, un Yo consciente que dice “querer seguir viviendo” y uno inconsciente que por algún motivo que podemos tratar de comprender junto con él, ya no desea vivir.*

Una paciente que concurrió en busca de ayuda cuando tenía síntomas de una grave afección, que sólo restaba corroborar por la anatomía patológica, la biopsia realizada resultó benigna. Cuando le pregunté si aún deseaba seguir adelante y continuar con el trabajo analítico que habíamos programado, me dijo que sí, al preguntarle por qué, me respondió: “siento que lo que me pasó fue como si yo hubiese apretado el gatillo y disparado contra mí, esta vez fallé, no quiero volver a intentarlo, y mucho menos acertar”.

Aunque en una primera instancia al hacer consciente su deseo de autodestrucción al paciente le resulte angustiante, la mayor parte de las veces esta angustia deriva en valiosas asociaciones y elaboraciones. ¿Por qué?, ¿desde cuándo la vida le venía resultando insostenible?, ¿cuál sería la solución que imagina le brindaría la muerte?, se enfrenta con “la aparente” felicidad de su vida que en realidad no era tal. Todos estos aspectos y muchos otros, abren un gran camino a recorrer que a veces modifica o posterga el fatal desenlace y aunque eso no suceda, otras veces permite resignificar y vivir de otra manera, la vida que queda por delante. Es realmente conmovedor cuánto se puede hacer desde esta perspectiva, cuántos cambios pueden realizarse en la vida que aún se tiene, cambios que conducirán a “morir de otra manera”. En las situaciones clínicas en las que es posible trabajar de esta manera, “desmascarando” lo más doloroso que habita en una persona, son pacientes que por supuesto han dado señales de querer recorrer este camino, se preguntan, dudan, se perciben en alguna manera implicados en lo que les pasa, ellos mismos eligen el doloroso pero potente lugar, de querer “saber” de sí mismos. No siempre esto es así y a veces no podemos acceder a estos aspectos inconscientes y el paciente persiste en su deseo consciente de querer vivir y en la injusticia del destino que le espera. En estas situaciones, la forma de acercarse al final, nos resulta más ligada a la repetición que a la elaboración y al cambio, tal vez de ahí el dicho “genio y figura hasta la

sepultura". *Nuestra actitud como analistas en todas las situaciones es la inherente a nuestra función: respeto al paciente, sus deseos y al camino por él elegido como lo hacemos siempre, desde la neutralidad y la ausencia del deseo propio, "atentos" a las distintas vicisitudes del modo de vivir la vida que le resta, transformándola tanto y cuanto el paciente desea y pueda, acompañándolo en su modo de enfrentar la muerte, en la elaboración permanente de la transferencia o contratransferencia.*

Poder transitar por nuestras angustias por la muerte, ante la muerte o de muerte, es una necesidad para trabajar en la clínica con pacientes con riesgo de vida o con probabilidad de muerte cercana, porque como dije antes, el paciente es ése que puedo ser yo, en cualquier momento, pero en estas situaciones lo dicho se resignifica con una particular intensidad que nos interpela y nos compromete entrañablemente "porque el paciente que se va a morir es ése sin duda, que seré yo en algún momento de mi existencia".

¿Qué es morir?

Lo que diré a continuación, son en realidad tímidos balbuceos, que casi como si fuera en diálogo conmigo misma, pondré por escrito. Cuando pensamos en morir, creo que decimos "dejar de existir" tal como lo concebimos y lo conocemos en este mundo, porque otras formas de existencia son para mí fruto de creencias o de otro tipo de percepciones, si las hay. Desde un punto de vista físico, morir es un acontecimiento de profunda transformación, el cese de las funciones vitales y la descomposición corporal, "polvo eres y en polvo te convertirás". Anímicamente creo que lo central está en el sentimiento de que hay algo que se acaba, y que se acaba de una forma definitiva. Esta vivencia me parece que concentra dos pérdidas importantes: la separación definitiva de los vínculos "el nunca más" y el fin de la existencia propia. Si partir es morir un poco, morir es el partir definitivo, es saber que vamos a dejar de percibir todo lo que amamos para siempre. Dolor que se anticipa a la pérdida, porque como sabemos lo que es la separación, podemos imaginarla y sufrirla antes de que suceda. Sin embargo el deseo de vivir puede más, lo que nos permite superar el dolor por las pérdidas de los seres queridos.

Freud dice que "cierto egoísmo" preserva del enfermar. Ese "sano egoísmo" que preserva nuestra existencia en muchas situaciones y que nos ayuda a sobrevivir, es el Yo narcisista que se resiste a morir. Ese Yo que dice saber "que nadie es imprescindible", pero que en el fondo, le cuesta aceptar que el mundo pueda seguir sin él, ese Yo que muere, es lo central de nuestra identidad, algo que sólo existe si existo yo.

Cuando alguien muere, también muere un vínculo. En el final del trabajo de Isabel (que leerán en las experiencias clínicas), yo escribía

casi sin ser muy consciente de lo que decía: “moría ella, moría yo como su analista, en mi vínculo con ella”. Cuando muere un ser querido, muere aquello que de mí vivía en el vínculo con esa persona y lo mismo sucederá para los demás al morir yo. Mi existencia será la del recuerdo, lo que de mí viva en otros, mi descendencia o mis obras, pero “mi identidad única e irrepetible” se acaba, morir es en alguna medida, consumir un acto que marca la insignificancia individual, ante la significación de la vida que sigue, la vida que aunque duela, puede y debe seguir sin mí.

Experiencias clínicas

*Eduardo**

“¿Por qué a ella?”

Llegó a mi consultorio muy angustiado, no podía creer lo que le estaba pasando, su novia desde hacía tres años “su primera novia formal”, se estaba muriendo de un tumor metastasiado que no lograban controlar. Con sus jóvenes 19 años le había tocado vivir de cerca la muerte de su abuelo, de una amiga de la madre, de un profesor que se suicidó, ¡tanta muerte!, ¡tantas muertes! y ahora esto. “Le daba un dolor y una lástima enorme ver el deterioro de ella, las cosas sencillas y comunes que ya no podía hacer, que ya no podían compartir.” “Se sentía impotente por no poder hacer nada, sólo acompañarla, pero a veces esto le resultaba tan duro que sentía la necesidad de distraerse, de estar con amigos para recuperar fuerzas y volver.” “Todo esto le ha hecho pensar muchas cosas, sobre el espíritu y el alma, qué es lo que pasa después de la muerte: ¿existe la reencarnación?, ojalá que sí.” “Pero ninguna creencia lograba apaciguar su dolor y su angustia.” “A veces intentaba estudiar, pero no podía dejar de pensar, todo lo que le está pasando a ella le hizo reubicar las prioridades de la vida y valorar más otras cosas.” “Tiene una linda familia, padres, hermanos... pero su vida cambió y hace unos días cuando lo invitaron para irse para afuera con unos amigos como lo hacía antes, no pudo dejarla.” “Muchas veces se siente culpable por no estar más tiempo con ella y a veces si logra salir, no se lo dice para que no se ponga triste.” “Siempre dudó de la psicología pero ahora necesita ayuda, no sabe cómo enfrentar este momento, sabe que no va a poder encontrar a alguien que solucione lo que le pasa a su novia, pero tal vez conversando se sienta mejor... aunque hay algo que le da vuelta permanentemente: habiendo tanta gente ¿por qué esto le tuvo que pasar a ella?”

* El material entre comillas es textual de las entrevistas previas al inicio de tratamiento.

Eduardo empezó luego de las entrevistas un proceso analítico que se prolongó hasta después de la muerte de su novia. Durante ese tiempo transitó con todos sus sentidos bien abiertos, el doloroso encuentro con la muerte. Inteligente y sensible se adentró en preguntas y reflexiones sobre cosas que estaban muy lejos de lo que pensaban los amigos de su edad. Esto lo llevaba a sentirse muy solo, siendo el espacio del análisis, el único lugar donde podía hablar “descarnadamente” de todos sus sentimientos. Su amor por Adriana, su deseo de ayudarla y su impotencia contra la que se rebelaba una y otra vez, hacía que imaginara y buscara nuevos recursos. La culpa por seguir viviendo, era sentida casi como una “prueba de amor”, si la quisiera tanto moriría con ella, pero al mismo tiempo mataría a otros de dolor y mataría a su propia vida que también quería, pero ahora no sabía para qué. La acompañó en todo lo que fue posible hasta que en algún momento su resistencia al dolor, comenzó a mostrarle un límite: no podía soportar tantas horas de esa agonía. Pero querer irse lo hacía sentir tanto o más culpable que quedarse sin ganas. Aceptar y elaborar estos sentimientos fueron un difícil proceso. De a poco comenzó a sentir deseos de estar con sus amigos, aunque se sintiera “un extraño” entre ellos, no sabía, no podía decirles todo lo que pasaba en su interior. Pero había una vida allí afuera que lo llamaba y que era sin Adriana. ¿Quería ir? ¿Cómo superar la culpa aunque más no fuera por sonreír sin ella? La culpa por la impotencia, por seguir viviendo primero y por querer vivir después, fue uno de los aspectos centrales de la elaboración de su proceso de duelo. Uno de sus mayores momentos de paz, pudo encontrarlo al aceptar su impotencia para instalarse en el lugar del que hace “todo lo posible”. ¡Y vaya si hizo lo posible!, la acompañó hasta el final con un amor que conmovía. Uno de los aspectos más difíciles para Eduardo era superar la vivencia de que esto era una injusticia. Aceptar que, en nuestra condición de mortales, no hay elección de las víctimas, que así sucede y así le puede suceder a cualquiera, porque todos vamos a morir. En qué momento y cómo, depende de muchas cosas, pero es algo a lo que no podía aplicarle la noción racional de justicia. Encontrar un camino de salida a estas preguntas tan existenciales, lo llevó a enfrentarse a que su vivencia de injusticia no era sólo por ella, sino también por él. ¿Por qué a su edad en lugar de estar estudiando, divirtiéndose, despreocupado de todas estas cosas, estaba viviendo todo este dolor? A esta vivencia de injusticia tampoco le encontraba una respuesta lógica, sólo la aceptación. Pero había algo que sí sabía, que había elegido estar, acompañarla, sufrir con y por ella y esa sí era una elección propia, no del destino. Luego de la muerte de Adriana, Eduardo continuó su tratamiento y un doloroso pero fructífero trabajo de duelo que lo fortalecería para el resto de su vida. Terminamos el análisis, habiéndose reencontrado con el mundo,

los estudios, sus amigos y el recuerdo de Adriana ¿Volvería a enamorarse? Sí, pero él todavía no podía ni imaginárselo.

Un año después me llamó, su corazón había vuelto a latir con fuerza y estaba entusiasmado pero asustado. La ilusión de volver a empezar le removía su otro comienzo y su otro final. Decidimos en conjunto retomar el análisis, que esta vez finalizó con un Eduardo feliz, sonriente, con alguien que habiendo vivido, transitado y aceptado el dolor de la muerte, estaba dispuesto a vivir plenamente la vida, con todo lo que “vivir” implica.

Isabel

“Sabe... yo creo que cuando alguien es feliz, pero feliz de adentro, ¿me entiende?, es difícil que se enferme así grave como yo y que se muera.”

Estas fueron palabras de Isabel en una de las sesiones en las que ya pre-sentía el fin. A continuación transmitiré algunos momentos de nuestro último tiempo de análisis.*

“Cuando abrí la puerta del consultorio para recibir a Isabel, en la primera sesión, luego de las vacaciones, vi la muerte reflejada en su rostro. El pronosticado desenlace había llegado. Sentí el impacto de su mirada en la mía, que me decía de su conciencia de ese hecho. Se recuesta en el diván y dice:

Paciente: En tantos años de psicoanálisis no he logrado aprender a vivir, quisiera ahora poder aprender a morir.

Minutos de silencio, inquietantemente poblados de imágenes, sensaciones, recuerdos, que me parecía imposible poder decodificar y dejar emerger como algo pasible de ser representado.

Rescatándome del impacto paralizador de sus palabras, lo primero que emergió en mí fue: ¡cómo si yo supiera!

El absurdo de esta aspiración me paralizó tanto como la vivencia inicial. Sentí después que su exigencia estaba cargada de reproches al psicoanálisis que no le había ayudado a vivir y que intentaba que ahora, por lo menos, le enseñara a morir.

Creo que algo de mí contactó con el reclamo de mi paciente y me encontré por un instante reclamando también por una enseñanza no recibida; enojada con una teoría que en ese momento no sentía como sostén ni baluarte. Seminarios, supervisiones, desfilaban ante mí sin venir en mi auxilio... Y el análisis... la muerte de mi analista cuando yo era su paciente... la muerte de mi primer supervisor... la muerte... la muerte; la muerte una y otra vez. Finitud que me golpeaba reiteradamente y una sola posibilidad: la aceptación del encuentro.

* “Vivir, Morir, Analizar”, trabajo presentado y publicado en el XIX Congreso de Psicoanálisis, *Malestar en Psicoanálisis*, FEPAL, 1992.

Pude luego de esos eternos instantes, decir algo que contenía parte de mi vorágine interior:

Analista: *Es tan intenso y tan grande el impacto de lo que está pasando que desearía que yo supiera, que yo pudiera enseñarle de este desconocido camino.*

Sentí una sensación de alivio, una sensación de haber salido de mi paralización inicial y sus palabras lo confirmaron:

Paciente: Quiero seguir viniendo acá, para no estar sola, para aprender a enfrentarlo, para decirle que tengo miedo, que me muero y tengo miedo.

Nos internamos ambas en ese desconocido “espacio” hacia un fin que encierra una paradoja: la certeza y al mismo tiempo la incertidumbre. Certeza del fin próximo de la vida e incertidumbre de la nunca experimentada muerte. Creo que ocurrió en mí, la primera etapa de la aceptación de esta desconocida “intrusa” en el análisis que, como una especie de tercero sería a veces incluida y a veces, excluida.

Me ubiqué en una actitud, que de ahí en más traté de mantener hasta el final del análisis. Estuvo centrada en acompañar a mi paciente en las vicisitudes de su particular, única e irrepetible manera de encuentro con la muerte.

Lograr esa “permeabilidad” ante tales vivencias me exigió una permanente e intensa decodificación de la contratransferencia, que tocaba de lleno la aceptación de la posibilidad de mi propia muerte.

Fue desde este lugar que sentí que el análisis adquiriría una nueva y desconocida dimensión, que me colocaba como nunca, en el lugar del desconocimiento, de la falta, de la finitud.

Procesar ese lugar particularmente difícil, fue esencial y es lo que creo que permitió que el análisis siguiera siendo análisis. Me sentía entre oscuridad y nebulosas donde la única claridad posible, era llegar a poner en palabras preguntas, ¡tantas preguntas!

Paciente: Recién tuve la ilusión de que papá y mamá estaban acá.

Ilusiones, deseo “imposible” de un reencuentro en un más allá, ilusión de una circularidad del tiempo... Resonaron palabras de mi hijo... “mamá cuando tú seas chiquita y yo sea tu mamá...”

Isabel chiquita e indefensa con la ilusión de un volver a nacer...

Analista: *¿Ilusión?*

Paciente: Pensar que quería estar con ellos y ahora que me muero como papá y como mamá, quisiera poder creer que los veré. (Llora.)

Reconocimiento angustiante de la pérdida, renuncia a la ilusión de un más allá, de un ayer al que no se retorna, de un futuro que no es reencuentro. Volvían insistentemente con palabras de mi hijo... “¿mamá por qué la vida no es como los autos, que tienen reversa?”.

Comprendí que las “adultas” formulaciones de mi paciente, así como

las sabias palabras de mi hijo, eran terribles verdades que siempre nos enfrentan al dolor y a la indefensión. Rescaté mi presencia actual, colocándome en el lugar de analista-madre viva, ilusión posible, sólo desde la transferencia e interpreté en ese sentido. Ella me respondió:

Paciente: Me siento chiquita, sola e indefensa. Tengo miedo, ¿por qué la muerte?, ¿por qué?, ¿me va a acompañar hasta el final?

Reconocido destino final del tránsito por la vida: la muerte.

Nunca se había sentido acompañada y ahora expresaba con una intensa demanda, que no la dejara sola en este último tramo.

En otra sesión:

Paciente: Me imagino mi velorio, la gente alrededor, mis hijas, mi marido...

Ese terrible final “lo irrepresentable” intentaba ser escenificado. Como un condenado que no se entrega e intenta sobrevivir a su propia muerte imaginándola.

Tal vez también, como una extraña forma de reconocerse aún viva porque podía pensar su propia muerte. Fantasías que eran a la vez aceptación y renegación. Me llamó la atención que a sus hijas, a las que siempre llamó “nenas”, adquirirían ahora reiteradamente la denominación de hijas. ¿Fue eso la expresión de crecimiento de la nena que había en ella? ¿Fue un reconocimiento de la identidad más adulta de sus hijas, frente a la inmediatez de su muerte?

Durante el relato de sus fantasías en torno al velorio, me encontré ubicada por momentos en un lugar identificatorio con mi paciente desde el cual la acompañaba en esa recorrida por la escena. ¿Era yo analista, en mi relación con ella, que me imaginaba muerta? En ese transcurrir, vinieron a mí los versos de Machado:

“¿Quién pondrá fin a mi diario al caer la última hoja en mi calendario? ¿Qué pasa en la vida después que uno se muere?”.

Por momentos era como si tuviera el temor de ser arrastrada por ella hacia la muerte. Rescatarme de eso, era preservarme viva, algo que fue sentido por mí como un triunfo culposo. Inesperadamente me encontré que en esa escena yo podría estar colocada entre los asistentes al velorio, algo omitido por la paciente. Esto hubiese implicado el reconocimiento de mi persona separada de ella, viva después de su muerte.

Esta fantasía debe haber generado en mí un sentimiento de culpa que detonó la emergencia de un penoso recuerdo, que fue evocado por mí con gran angustia: yo no había podido asistir al velorio de mi analista, porque me enteré demasiado tarde de la noticia de su muerte.

La realidad de la pérdida es lo que pone en marcha el mecanismo del duelo, sentí que podía existir en la paciente la “necesidad de verse muerta”, en un intento de elaborar y aceptar su propia muerte y así se lo interpreté:

Esto dio lugar a un largo pero sereno llanto que yo acompañé en silencio.

A la sesión siguiente:

Paciente: Me muero, lo siento, lo sé.

Analista: *Silencio.*

Paciente: ¿No me dice nada?

Analista: *Necesita que le hable, si no teme que yo esté muerta.*

Paciente: Usted está viva, viva –llorando de rabia–, usted no necesita enfrentar la muerte, usted tiene la vida.

Analista: *Tiene rabia contra mí como si sintiera que su vida la tengo yo y la guardo para mí, para seguir viviendo.*

Paciente: El otro día se operó un amigo de mi marido, quería que él se muriera, para no ser la única.

Analista: *Querría que yo me muriera. Largo silencio.*

Paciente: No sé cómo puede, cómo puede escucharme... pero por suerte alguien puede.

Analista: *Teme dañarme con todo esto, pero si lo dice es porque siente que puedo escucharla.*

Fue un momento de una larga condensación de significados y afectos. Pudo expresar su rabia contra mí, rabia que pude sostener... desde un lugar de depositario y continente de su dolor. Me sentí atacada por la paciente, pero también cuidada, temerosa de dañarme.

En las últimas sesiones entraba en momentos de letargo que yo acompañaba en silencio como velando anticipadamente su muerte. ¿Qué hacía?, ¿cuál era el sentido de mi presencia en esos momentos?

Recordé que en mi adolescencia pasé largas noches cuidando a mi abuela en su agonía final y en una oportunidad abrió los ojos, me miró y sonrió como agradeciendo mi presencia, sentí que ese era el sentido: estar presente. A veces decía, para luego volver a cerrar los ojos:

Paciente: ¿Vio cómo me voy quedando dormida?... ¿está ahí?

En ese último mes y medio asistió a todas sus sesiones, mientras le fue posible. A pesar de sus dolores y de la necesidad de ser ayudada para trasladarse, concurrió a mi consultorio.

Posteriormente yo iba a su domicilio. Me impresionó el cuidado por nuestro espacio, avisó en su casa la hora que yo llegaría y pidió no ser molestada hasta el final de la sesión.

Paciente: El otro día miraba el tapizado de esos sillones, me vinieron las ganas de mandarlos arreglar, cambiar el tapizado, más alegre, más colorido... ¿Qué tonta no?

Analista: *Se siente tonta por darle un espacio a la alegría y querer hacer cosas en estos momentos.*

¿Sería tonta yo también? La conciencia de la inminencia de la muerte parecía quitarle sentido a la vida, pero tal vez justamente la muerte hace que la vida sea lo que es. El deseo es expresión de vida, sentí que tonto hubiese sido acallararlo antes de tiempo.

En la última sesión, luego de un momento que parecía dormida, abre los ojos y me relata el siguiente sueño:

Paciente: Estábamos usted y yo en la habitación de al lado, la de mis hijas, íbamos a salir juntas de esa habitación, y yo le preguntaba: Gladys, ¿apago la luz o la dejo prendida?, usted no me decía nada.

Analista: *Desearía que yo tuviera el poder de decidir cuando la luz se apaga.*

Paciente: ¡Pero quién sabe cuando se va a apagar!

Le señalé que si bien yo no le contestaba, estaba junto a ella. Trabajamos más elementos del sueño, pudo referirse a sus hijas y de la vida que tenían por delante.

Al final de la sesión le di la mano, cuando nos miramos ambas supimos que era la despedida. A los dos días me avisaron que Isabel estaba en coma.

Moría ella, moría yo como su analista en mi vínculo con ella, de ahí en más me aguardaba un doloroso, largo, y difícil duelo.

Analia*

“Un cumpleaños feliz para Karina.”

Cuando me solicitó la hora por teléfono y me relató algunos aspectos de su situación, empecé a preguntarme ¿por qué recurría a mí? En la primera entrevista a la que concurrió con todos los resultados de sus últimos análisis, me contó, como si le fuese ajeno, que su enfermedad había comenzado hacía 4 meses durante la lactancia de su primera hija, un cáncer de mama que se había extendido a pesar de todo los tratamientos y ahora tenía metástasis cerebrales. Su pronóstico de vida era de corto plazo. Con sus 30 años apenas cumplidos, pálida, sin pelo, con cierta dificultad para hablar, continuó el relato de otros aspectos de su historia. Hija mayor de varios hermanos, dueña de una pequeña empresa, distanciada con su padre por un conflicto familiar, ocupó un lugar central en su casa “era la perfecta, de la que se esperaba que todo lo resolviera y lo hiciera bien”. Había sido la “madre de sus hermanos” desde chica, porque su madre, temerosa de

* El recorte del material transmitido está en función del motivo de este trabajo. Tanto de las entrevistas como de las sesiones, surgieron otros aspectos de la historia de Analia, que fueron integrados al proceso y elaborados con ella. También formó parte del trabajo analítico, la interpretación de los significados inconscientes del cáncer y su localización (Chiozza, L. y colab., *Ideas para una concepción psicoanalítica del cáncer*, Paidós, Buenos Aires, 1978). No podemos dejar de lado la posibilidad del “efecto terapéutico” que aportó esta metodología de trabajo, en el que comprendemos la enfermedad como un lenguaje, dado que la sobrevida de la paciente superó ampliamente los pronósticos “lógicamente” realizados.

que le sucediera lo mismo que a ella (había perdido a su madre de cáncer cuando tenía 9 años, abuela de la paciente y se había hecho cargo de sus hermanos), la preparó para la posibilidad de que eso se repitiera, por lo que precozmente la impulsó a ser adulta y madura. Pero “su madre seguía viva y ahora ella era la que dejaba a su hija pequeña, sin madre”. Controladora, abarcaba todo sin ponerse límites y siempre más. Ahora con lo que le sucedía había pasado a ser “la heroína familiar, otra vez un ejemplo”. Habló con sus empleados de todo lo que pasaba y “se encargaba de sus tratamientos y estaba al tanto de todo”. “Su actitud hacia la vida había sido quijotesca.” Antes del parto ya se había sentido anímicamente mal, algunos problemas con su esposo por decisiones en el trabajo de él, que podían llevarlos a la posibilidad de irse del país. No esperaba un hijo en ese momento, pero si venía, venía.

Luego de esta primera entrevista quedamos en vernos dos días después. Seguía en mí la pregunta ¿por qué vino? No la formulé en ese momento, no me sentía preparada para hacerla y no sabía por qué, no la sentía a ella capaz de explicármelo. Sí me llamó la atención que el esposo y sobre todo su hija, fueron los grandes ausentes de esta entrevista. Al día siguiente recibo un llamado de un familiar que me dice que Analía estaba internada, no sabían si era la propagación de su enfermedad o el proceso inflamatorio cerebral, fruto de las metástasis, me dijeron dónde estaba internada y que me tendrían al tanto. Movida más por una intuición que por un motivo, al día siguiente concurrí al Sanatorio y me presenté a la familia, el esposo se acercó a conversar conmigo sobre el estado de la paciente y sin preguntarme nada, me dice que todo esto es por culpa del embarazo y el nacimiento de su hija, que si no la hubiese tenido, ella estaría sana, que él siente un gran rechazo por Karina que se ocupan de ella las abuelas y que él prefiere estar distante. Todo esto no se lo dice a Analía pero que ella se da cuenta. Me fui sin responder nada, pero sintiendo que mi pregunta empezaba a encontrar una respuesta, quedamos que me tendrían al tanto de la evolución. Recordé lo que me había dicho mi primer supervisor doctor Luis Rossi “hay que escuchar a los familiares porque a veces nos dicen cosas que los pacientes no nos pueden decir”. Tres días después Analía estaba de nuevo en mi consultorio, había sido una reacción de edema cerebral que había revertido. Le conté a Analía la conversación con su esposo, su rostro cambió y me dijo que era así y que por eso había venido, qué iba a ser de su hija cuando ella no estuviera, si el padre sentía esto, ¿cómo iba a ser la relación entre ambos? En ese momento sentí que debía desenmascarar algo más profundo, le interpreté que lo que le sucedía al esposo también le sucedía a ella, que era ella la que no podía relacionarse con su hija ahora, que la sentía culpable de su

enfermedad y aunque también la quería, la rechazaba y que todo esto era la gran angustia que habitaba en su interior y por la cual había venido a pedirme ayuda. Analía comenzó a llorar desde el inicio de mis palabras y no se detuvo hasta el final de la entrevista. Entre lágrimas, fue confirmando mi interpretación, con asociaciones y anécdotas de cómo era la relación con su hija. Al final me dijo que quería seguir viniendo y acordamos trabajar dos o tres veces por semana (dada la urgencia somática y la angustia de la paciente) y ella estuvo de acuerdo. El fatal desenlace que había sido pronosticado para un mes como máximo, se produjo ocho meses después. Durante todo ese tiempo nunca faltó a sus sesiones. Es imposible transmitir todo el proceso transitado,* pero como elementos más importantes diré que Analía logró desde el momento en que se quebró por la angustia, salir del lugar de perfección, la exigencia, exteriorizar su dolor y su bronca, no sólo contra su hija sino contra la vida, contra sí misma, contra su madre por una herencia que la había “colocado” y se había “dejado colocar”, en un lugar siniestro.

Durante esos 8 meses la relación con su hija fue cambiando, aliviada de sus sentimientos negativos, de sus rabias, su cualidad maternal amorosa fue aflorando, le permitió relacionarse con su hija y atenderla ella y no los abuelos. Muchas veces se preguntaba si la cercanía con Karina, no haría el dolor de la pérdida más duro para su hija, pero luego veíamos cómo el dolor más difícil era para ella, ahora en su presente, porque “sabía” que el final estaba cerca, Karina no podía entender por qué, si su mamá estaba ahí no estaba con ella. No atenderla era como enfrentarla a una forma de pérdida antes de tiempo. Estos cambios que conversaba con su esposo lo fueron haciendo cambiar también a él, pudiendo ambos encargarse de su hija. Hizo algunas pequeñas modificaciones en su empresa para que la misma continuara, pero a cargo de su socia. Lo más importante de nuestro trabajo fue que Analía preparó y festejó el primer año de vida de su

* Siguiendo las ideas planteadas en este capítulo, creo que el Yo de Analía ya había “decidido” su trágico destino individual. Esta impresión está basada en el contenido del trabajo analítico realizado entre ambas. No obstante “lo maternal”, que habitaba en ella, lo más vital de su Yo quería un destino para Karina y un tiempo de vida diferente en la relación con su hija del que hubiese tenido si no hubiera buscado ayuda, para transformar su presente y su acotado futuro. Sin duda el recuerdo que Analía dejó en el mundo interno de su hija fue el de una madre lo “suficientemente buena”, donde lo amoroso y vital, fue más fuerte que el odio y la destrucción.

La paz para Analía creo que también estuvo relacionada con esta transformación de su mundo interno, por lo cual pienso que poder ayudar a un paciente a “morir de otra manera”, es como en este caso, el producto de una profunda transformación que se opera en la vida que aún resta por vivir.

hija, como todo cumpleaños infantil, con sorpresas y torta hechas por la mamá, hasta fotos, una de las cuales fue colocada en un porta retrato para su hija. Después de esto comenzó su declive, fue casi como si luego de lograrlo estuviera lista para morir en paz. Un año después de su muerte recibí una tarjeta de Navidad de su esposo, “agradeciéndome en su nombre, en el de Karina y en el recuerdo de Analía, que seguía viviendo entre ellos”.

BIBLIOGRAFÍA

- Chiozza, L. y colab. (1978), *Ideas para una concepción psicoanalítica del cáncer*, Paidós, Buenos Aires, 1978.
- Chiozza, L., (1981), "Entre la Nostalgia y el Anheló", *Psicoanálisis Presente y Futuro*, CCMW, Editorial CIMP, Buenos Aires, 1983.
- , (1987), "Cáncer, Narcisismo y Muerte", Entrevista con Francesco Campione, *Revista Zeta*, Editorial Capelli, Bolonia, julio 1987.
- Freud, S., (1915), "Nosotros y la muerte", *Revista de Psicoanálisis*, Asociación Psicoanalítica Argentina, Tomo XLVIII, N°4, agosto 1991.
- Garbarino, H., (1994), "La Depresión", *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, año LVIII, N° 329, diciembre 1994.
- Granel, J., (1976), *Sobre accidentes, accidentados y accidentarse*, Editorial CIMP, Buenos Aires.
- Tato, G., (1991), "Medicina y Psicoanálisis", *Cuando el cuerpo habla. Enfoque psicósomático del enfermar*, Ediciones Trilce, Montevideo, 1999.
- , (1992), "Vivir, Morir, Analizar", trabajo presentado y publicado en el XIX Congreso de Psicoanálisis, *Malestar en Psicoanálisis*, FEPAL.

SEGUNDA PARTE

¿EPIDEMIAS DE NUESTRA CULTURA?

Decimos entre los psicoanalistas que ya no hay pacientes histéricas como las que atendía Freud en su época, claro que no hemos dejado de ver “histerias”. A lo que nos referimos con esto, es que las patologías cambian y eso no sucede sólo desde el punto de vista psicológico sino también médico. Hay enfermedades que prácticamente han desaparecido y otras como el HIV llevan apenas décadas. Estos cambios responden a múltiples factores. Los efectos terapéuticos de los tratamientos, tanto psicológicos como medicamentosos, inciden modificando a lo largo de las generaciones las cualidades de síntomas. Cambian las enfermedades pero no desaparece el “enfermar”, en tanto humanos ese desorden que llamamos enfermedad, seguirá existiendo. Pero no sólo la acción terapéutica modifica las patologías, sino también el contexto ambiental y cultural. La histeria freudiana se relacionaba con la represión sexual de la época, como las perversiones de todo tipo son más concordantes con nuestros tiempos liberales y permisivos. Los virus y las bacterias siempre existieron, pero los antibióticos que al principio los mataban, luego que ellos “aprendieron” desarrollando resistencias, obligó a la búsqueda de fármacos más potentes. Freud (1930) en “El malestar en la cultura”, planteaba cómo el progreso puede ser un elemento favorecedor pero también creador de malestar y por lo tanto, de síntomas y enfermedades. Somos el producto de las sociedades que nosotros mismos creamos. Sin embargo, a veces ingenuamente nos comportamos como inocentes, queriendo creer que el daño viene de afuera, generado vaya a saber dónde y por quién, sin pensar que contribuimos a vivir a nuestro entender, cada vez peor. Sin ser apocalípticos no podemos dejar de mirar a nuestro alrededor y reconocer en la globalización, en este estar permanentemente “conectados”, una máscara siniestra de la soledad. Un mundo al alcance de la mano, seres con los que podemos comunicarnos pero no abrazar, tocar, sentir o sentarnos a charlar, con quienes hasta el sexo se ha vuelto virtual. La profunda transformación familiar, donde la familia tipo es casi una rareza de museo, la hetero, homo y bisexualidad, que al desintegrar los modelos identificatorios presentan grandes y graves dificultades en el desarrollo psico-sexual. Cada

vez más precoces son las separaciones de los niños de sus madres, a pesar de que el infante humano es quien más tiempo necesita del otro para su crecimiento y desarrollo. En contraste las adolescencias son prolongadas por imposibilidad de encontrar trabajo, recursos, pero sobre todo identidad propia. El auge de la tecnología ha llegado a un grado tal que no terminamos de pagarla, cuando ya es obsoleta. Cultura que pensamos es tan “cavernícola”, aunque pueda vivirse en apartamentos donde sólo con apretar un botón, todo se pone en funcionamiento.

Hemos hecho una regresión del saber por la experiencia al saber del dato. Cuando chicos los problemas eran los celos entre hermanos, hoy el problema es saber cuántos hermanos se tienen y de qué padre son. Ni qué hablar de la cultura de la imagen: cuerpos perfectos, artificiales, con erotismo de siliconas, donde el voyeurismo no es un problema, porque el exhibicionismo es total. Ser hombre o ser mujer no sólo ya no es una cuestión de sexo anatómico, sino que ni siquiera es una cuestión de sexo, porque lo que no se es, se fabrica. En medio de esta cultura, los afectos han sido arrasados, no hay diferencia entre una película de terror o el terror de la realidad. El dinero y el éxito se han constituido en valores en sí mismos y no importa la forma de lograrlo. En este contexto toda expresión patológica es posible. Nos referiremos a dos que han adquirido una suerte de carácter epidémico, como si fueran el producto de un virus que nadie ha descubierto, cuando en realidad, su virulencia es el producto de tanta alienación. Que una persona sienta pánico o que una chica no sepa cómo hacer para ser mujer en este mundo, no parece extraño sino casi una consecuencia inevitable. Nuestra cultura es una condición favorecedora de estas y de otras patologías. No hablamos de relación causa-efecto, hablamos de una facilitación patológica tal que si no reflexionamos al respecto, terminaremos transformándolas en condición no sólo necesaria, sino también suficiente, como decimos nosotros. Mayor cultura no es mayor tecnología, mayor cultura es más y mejor vida para todos, es el saber al servicio del hombre y no el saber por el desafío narcisista y omnipotente de vencer más y más barreras.

En cada uno de los capítulos correspondientes, abordaremos cuáles son los aspectos de los que hemos mencionado, qué pensamos que inciden más específicamente en favorecer los trastornos de pánico o los trastornos de la alimentación.

COMPRESIÓN PSICOANALÍTICA DEL TRASTORNO DE PÁNICO*

Introducción

El trastorno de pánico (T. de P.), es una patología que ha ido en aumento y constituye en la actualidad un motivo frecuente de consulta psiquiátrica y psicológica. Comparte características con otros trastornos tales como la ansiedad, la angustia o la fobia y muchas veces si no se hace una adecuada semiología por un profesional, el diagnóstico puede ser erróneo. Además la amplia difusión en medios masivos de comunicación, lleva al autodiagnóstico y muchos pacientes concurren a la consulta ya convencidos de que padecen el trastorno.

En el presente trabajo abordaremos en primer lugar el trastorno de pánico desde la psiquiatría, a los efectos de precisar la sintomatología característica del mismo, los síntomas acompañantes más habituales y el tratamiento farmacológico indicado. Posteriormente desde una perspectiva psicológica-psicoanalítica, definiremos las características del pánico como estado afectivo, para abocarnos por último, a la hipótesis que proponemos sobre el significado inconsciente del mismo y su relación con nuestra cultura.

Diagnóstico psiquiátrico

Definición de ansiedad

La ansiedad es un estado afectivo que puede definirse como “sentimiento penoso de espera”, un miedo sin objeto (Janet) o “como sentimiento de congoja debido a un peligro impreciso y mal definido”.

Desde el punto de vista psicobiológico, la ansiedad puede definirse como un estado del organismo en el que éste se sitúa en alerta con

* El presente capítulo incluye el diagnóstico y el tratamiento psiquiátrico escrito por la doctora Claudia Ceroni. Participaron como colaboradoras de este trabajo la psicóloga Iliana Menini y la psicóloga Olga Gómez.

respecto a una amenaza a su integridad física o psicológica, con el objetivo de posibilitar un gasto suplementario de energía, como el que se precisa para una respuesta de agresión o huida.

En este sentido se puede decir que la ansiedad es:

- Un sentimiento subjetivo de temor indefinido, inseguridad, tensión, etcétera.
- Una situación neurofisiológica de activación de los mecanismos de control córtico-subcorticales.
- Implica un conjunto de cambios fisiológicos periféricos mediatizados por el sistema nervioso neurovegetativo (aumento del tonosimpático) y por una activación del eje hipotálamo-hipofisiario-adrenal.

Este dispositivo psicofisiológico es básicamente el mismo del miedo, por lo tanto puede ser una respuesta apropiada a una situación de emergencia o esfuerzo a través de la cual el organismo se prepara para una más eficiente adaptación.

Es necesario tener en cuenta que gran número de individuos experimentan sin aparente intolerancia un considerable grado de ansiedad en el curso de sus actividades cotidianas.

Un cierto monto de ansiedad puede producirse normalmente en una vida activa y enfrentada a serias tensiones profesionales, sociales y competitivas, siendo únicamente algunos individuos los que experimentan la ansiedad como una enfermedad que dificulta y limita sus vidas.

La ansiedad se convierte en patológica cuando surge sin una causa adecuada y si persiste en ausencia de cualquier razón consciente que la justifique.

La ansiedad ya sea como síntoma predominante, ya sea junto con otras manifestaciones emocionales, es un síntoma frecuente en la mayoría de las enfermedades psiquiátricas.

Nos vamos a referir a algunos de los cuadros que aparecen en el Manual de clasificación psiquiátrica (DSM IV) como Trastornos por ansiedad, en donde ésta constituye el síntoma central primario, ya sea que se manifieste en forma de crisis o con manifestaciones más permanentes o crónicas.

Criterios para el diagnóstico del ataque de pánico (panic attack)

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos:

1. palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca,
2. sudoración,

3. temblores o sacudidas,
4. sensación de ahogo o falta de aliento,
5. sensación de atragantarse,
6. opresión o malestar torácico,
7. náuseas o molestias abdominales,
8. inestabilidad, mareo o desmayo,
9. desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo),
10. miedo a perder el control o volverse loco,
11. miedo a morir,
12. parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo),
13. escalofríos o sofocaciones.

Se caracteriza por ser un período de intenso temor o malestar que se caracteriza por presentar al menos 4 de los 13 síntomas somáticos o cognitivos.

En general comienza repentinamente alcanzando su máxima intensidad en 10 minutos o menos siendo lo central la sensación de inminente peligro y urgencia por escapar.

Las crisis que presentan menos de 4 síntomas son conocidas como crisis limitadas.

Hay autores que señalan que la presencia de los síntomas que constituyen una cognición cognitiva catastrófica, esto es los miedos a desmayarse, a perder el control, a volverse loco y a morir, son los centrales en la definición del ataque de pánico. En las crisis limitadas no estarían presentes estos síntomas.

Aunque existen numerosas manifestaciones somáticas, lo central entonces es el intenso afecto doloroso que predomina en la mayoría de los pacientes.

La cualidad altamente subjetiva de la ansiedad es como todas las emociones muy difícil de describir objetivamente y la naturaleza de la experiencia es transmitida, a veces, como una mera enumeración de los síntomas somáticos que la acompañan.

El paciente se muestra abrumado por el sentimiento de catástrofe inminente. Algunos temen que el ataque indique la presencia de una enfermedad grave, no diagnosticada (como una enfermedad cardíaca), otros temen que el ataque de pánico sea una indicación de que se están volviendo locos o perdiendo el control o que están emocionalmente débiles.

En otros casos la ansiedad puede presentarse como una imperiosa necesidad de hacer algo como correr, esconderse, irse, aunque esto resulte al paciente tan indefinido como la razón de su terror.

Los síntomas somáticos más frecuentes son: palpitaciones, dolor en el pecho, dificultad respiratoria, debilidad, sensación de mareos.

Con respecto a *los síntomas cardiovasculares* el paciente siente

palpitaciones que se deben a un aumento de la actividad cardíaca (en frecuencia y fuerza de contracción) manteniendo un ritmo regular y normal. No debe ser confundido con la sensación que acompaña las extrasístoles u otras arritmias cardíacas, que en general no forman parte del cuadro de ansiedad aguda.

Otro síntoma es el dolor agudo y punzante en la zona precordial. No infrecuentemente puede irradiarse a hombro izquierdo, axila y brazo e incluso en ocasiones a la pierna izquierda.

Menos comúnmente el paciente se puede quejar de un sordo malestar en la región cardíaca y el dolor puede sentirse como retroesternal y epigástrico.

A diferencia del dolor de tipo coronario los dolores asociados a ansiedad duran unos pocos segundos repitiéndose cada minuto u horas.

Casi tan frecuentes como las manifestaciones cardíacas es la *sensación de dificultad respiratoria*: los pacientes la describen como que no pueden introducir suficiente aire en los pulmones, sintiéndose como sofocados.

Muchas veces esto los lleva a una hiperventilación que puede llegar a producir una alcalosis respiratoria agregando otros síntomas como leve adormecimiento, o sopor, temblor en los dedos que si se agrava puede extenderse a los pies, dedos de los pies y a la cara, particularmente alrededor de la boca.

Junto con estos síntomas principales *pueden presentarse otros*: mareos, sensación de calor en la cara, sudoración fría, temblores, síntomas gastrointestinales.

Los ataques de pánico pueden ocurrir en distintos trastornos por ansiedad (por ejemplo, trastorno de pánico, fobia social, fobia específica, trastorno por estrés post-traumático, trastorno por estrés agudo).

Para determinar las diferentes implicancias diagnósticas del ataque de pánico es importante considerar el contexto en que el ataque ocurre.

El DSM IV distingue tres tipos de ataque de pánico, con relación al comienzo del mismo y según la presencia o no de una situación desencadenante.

1. *Ataque de pánico inesperado*, en el que el comienzo de la crisis no está asociado a una situación que la gatille. Ocurre espontáneamente.
2. *Ataques de pánico situacionales* (desencadenados por estímulos ambientales), en los que el ataque ocurre inmediatamente al exponerse o anticipando una situación disparadora.
3. *Ataques de pánico más o menos relacionados con una situación determinada*, que ocurre al exponerse a una situación pero que no está invariablemente ligada a ésta y no necesariamente ocurre in-

mediatamente después de la exposición (por ejemplo, los ataques pueden ocurrir al manejar pero hay ocasiones en que el sujeto maneja y no presenta una crisis de pánico u ocasiones en que la crisis ocurre después de media hora de estar manejando).

La ocurrencia de ataques de pánico inesperados es requerida para un diagnóstico de trastorno de pánico (con o sin agorafobia); los ataques de pánico situacionales son más característicos de las fobias sociales o específicas; los que están más o menos relacionados con una situación determinada pueden configurar un trastorno de pánico pero en ocasiones también están asociados a los distintos tipos de fobias.

Trastorno de pánico sin agorafobia

La característica esencial del trastorno de pánico es la presencia de ataques de pánico inesperados y recurrentes, una de las crisis, al menos, se ha seguido durante un mes de uno o más de los siguientes síntomas:

- inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis,
- preocupación por las posibles implicancias o consecuencias de las crisis,
- cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis.

Las crisis de pánico no se deben a los efectos fisiológicos de una sustancia, o a una enfermedad médica y no pueden explicarse por la presencia de algún otro trastorno mental.

La frecuencia y severidad de las crisis varían ampliamente.

Algunos individuos tienen crisis moderadamente frecuentes (una a la semana), que ocurren regularmente durante meses. Otros presentan cortos períodos de ataques más frecuentes (todos los días durante una semana) separados por semanas o meses libres de crisis, o formas menos frecuentes como dos por mes durante varios años.

Prevalencia

Se ubica entre el 1.5% y el 3.5%. Aproximadamente de un tercio a la mitad de los individuos diagnosticados con trastorno de pánico presentan además agorafobia.

Hay una mayor prevalencia en la mujer de 3 a 1.

Curso

La edad de comienzo de este trastorno varía considerablemente pero es más típica entre el final de la adolescencia y la mitad de la década de los treinta.

Podría decirse que *la edad promedio de comienzo sería a los 27 o 28 años.*

Un pequeño número de casos comienzan en la infancia; el comienzo después de los 45 años es muy raro pero puede ocurrir.

En algunos casos el comienzo o exacerbación del trastorno pueden estar vinculados a la pérdida o ruptura de relaciones interpersonales importantes (independizarse del hogar paterno, divorcio); el inicio puede también estar vinculado a asumir mayores responsabilidades o mayor grado de autonomía.

En general se pueden detectar situaciones estresantes en los 12 meses previos del comienzo del trastorno.

La desmoralización es la consecuencia común que lleva a la desesperanza, la vergüenza y la infelicidad por las dificultades en llevar adelante las rutinas normales cotidianas. Pueden atribuir este problema a la falta de fuerza o carácter. Las consultas al médico o a las emergencias se vuelven muy frecuentes lo que lleva al ausentismo del trabajo o estudios con las consiguientes consecuencias de deterioro laboral o académico.

El curso habitual de este trastorno es crónico aunque variable:

- Algunos individuos pueden sufrir períodos de ataques con remisiones de años en el medio;
- Otros pueden presentar severa sintomatología en forma continua.

Estudios de seguimiento muestran que en 6 a 10 años post-tratamiento 30% de los individuos están bien, 40 a 50% están mejor pero sintomáticos y en el restante 20 a 30% los síntomas permanecen incambiados o incluso algo peor.

Respecto a la agorafobia asociada al trastorno de pánico su aparición es más habitual en el primer año de desarrollo de este trastorno.

Su curso y relación con las crisis es variable: en algunos casos la disminución o remisión de las crisis es seguida de una correspondiente disminución de la ansiedad y evitación agorafóbicas; en otros casos la agorafobia tiende a devenir crónica sin relación con la presencia o ausencia de crisis de pánico.

Sabemos también que la agorafobia puede aparecer sin historia de trastorno de pánico.

Patrón familiar

Los familiares de primer grado de individuos que presentan un trastorno de pánico tienen 4 a 7 veces más posibilidades de desarrollar este trastorno.

Sin embargo en la consulta clínica 50 a 75% de los individuos con trastorno de pánico no presentan ningún familiar de primer grado afectado.

Estudios de gemelos univitelinos indican una contribución genética al desarrollo del trastorno de pánico.

Etiopatogenia

Existe una predisposición neurobiológica del pánico.

A favor de los factores genéticos:

- Gemelos univitelinos criados en diferentes ambientes muestran alto porcentaje de coincidencia de trastorno de pánico, hay predisposición pero no determinación exclusiva.
- Los ataques nocturnos.
- Rápido bloqueo de los ataques de pánico completos con benzodiazepinas y con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) (semanas) sin ningún tipo de intervención psicoterapéutica.

A favor de factores ambientales:

- Individuos que presentan ataques de pánico no desarrollan el trastorno de pánico.
- Remisión de ataques de pánico y notoria disminución de la ansiedad anticipatoria en sujetos que concurren a grupos de autoayuda.
- Muchos sujetos con ataque de pánico de larga data dejan de tener las crisis completas con terapia cognitiva (psicoeducación) aunque continúan con ansiedad anticipatoria y agorafobia.

Comorbilidad

Implica la existencia simultánea de dos o más trastornos con influencia recíproca de unos sobre otros.

Es muy frecuente en los trastornos de ansiedad.

- *Con otros trastornos de ansiedad:* fobia social (en 15 a 30% de pacientes con trastorno de pánico), trastorno obsesivo-compulsivo (en 8 a 10%), fobia específica (en 10 a 20%), trastorno por ansiedad generalizada (25%), *trastorno por angustia de separación en la infancia* ha sido asociado con este trastorno.
- *Trastorno depresivo recurrente* ocurre frecuentemente (50 a 65% en individuos con trastorno de pánico).
- *Trastorno por abuso de sustancias:* abuso de alcohol o medicamentos para calmar la ansiedad.
- *Paranoia, esquizofrenia paranoide, reacción paranoide.*
- *Trastorno por conversión*
- *Trastornos de la personalidad:*
 - Grupo A) Esquizoide, paranoide.
 - Grupo B) Histriónico.
 - Grupo C) Dependiente.

Evitativo: Es el que suele dar cuadros de ansiedad social; base sobre la que asientan muchas agorafobias que no han presentado ataques de pánico.

- Descartar siempre patología médica comórbida.

Tratamiento

Objetivos de la farmacoterapia del trastorno de pánico

- Reducir o eliminar las crisis de pánico.
- Disminuir la ansiedad anticipatoria (miedo al miedo) y la evitación agorafóbica (síntomas intercríticos).
- Tratar las patologías comórbidas.
- Lograr remisión; prevenir recaídas; tratar síntomas residuales.
- Facilitar tratamiento psicoterapéutico.
- Tratamiento de mantenimiento a largo plazo (mantener 6 meses a un año una vez que se estabiliza y después reducir dosis).

Fármacos de primera elección

ISRS (Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina)

Paroxetina, Sertralina y la Fluoxetina: aprobados por la FDA (Food and Drug Administration).

IRSN (Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina)

Venlafaxina

Benzodiazepinas

Clonazepam (30 a 40 horas) y *Alprazolam* (6 a 27 horas)

Betabloqueantes

Propranolol (para tratar taquicardia y temblor)

Cuando se asocian ISRS y benzodiazepinas se pueden disminuir las dosis ya que se potencian mutuamente (actúan en diferentes circuitos que tienen que ver con el pánico y diferentes sistemas de neurotransmisión).

• *Los ISRS son de primera elección porque:*

- Tienen un amplio margen de seguridad en caso de sobredosis.
- No generan dependencia.
- Sin efectos cardiovasculares y anticolinérgicos.
- Se pueden administrar en una sola dosis diaria.
- Eficacia probada en DM, TOC, FS..

Se comienza con pequeñas dosis diarias combinados con BZD

Desventajas:

- Náuseas, diarreas, cefaleas.
- Respuesta diferida.
- Sedación.
- Disfunciones sexuales.

En el caso de la Paroxetina: Aumento de peso y disfunciones sexuales.

• *Benzodiazepinas*

Ventajas:

- Acción inmediata.
- Buena tolerancia.
- Efectivos sobre la ansiedad anticipatoria.

Desventajas:

- Riesgo de dependencia y abuso (automedicación); aunque si no hay una comorbilidad con adicciones no tiene tendencia a escalar las dosis; en general se dan dosis bajas y estables.
- Varias dosis diarias.
- Sedación.
- Síndrome de abstinencia al discontinuar.
- Posibles fallas mnésicas y sexuales.

La respuesta inicial puede llevar de 4 semanas (1 mes) a 12 semanas (3 meses) y la respuesta completa de 16 semanas (4 meses) a 24 semanas (6 meses).

Predictores negativos:

- Severidad de los síntomas.
- Tiempo de evolución.
- Trastorno de personalidad.
- Presencia de conductas evitativas.

Recaídas

Algunos estudios sugieren que el índice de recaídas es del 40%.

Hay menos recaídas si:

- El tratamiento farmacológico es más largo (por ejemplo 18 meses)
- La discontinuación es lenta (2 a 4 meses).

El pánico como afecto

El pánico se define como: un “terror grande sin causa ni justificación, un miedo súbito y excesivo. Relativo a Pan - fiestas pánicas” (Larousse, 1994) (Moliner, M., 1986). “Derivado del griego, terror causado por Pan, divinidad silvestre a quien se le atribuían los ruidos de causa ignota oídos por montes y valles.” “Derivado del griego *panikon*, terror causado por ‘Pan’” (Corominas, J., 1987). “Pánico” proviene de “Pan”, cuyo significado es “todo”, “totalidad” (Segura Contrera, M., 1997).

Debemos destacar en primer lugar que el pánico es un afecto y como todo afecto es algo que “nos afecta”, que lo sentimos y podemos reconocerlo, es al mismo tiempo una descarga somática con las sensaciones ya mencionadas (síntomas cardiovasculares, respiratorios, gastrointestinales, sudoración, etcétera) y una vivencia que se la describe como un gran temor, un miedo a morir, enloquecer o perder el control. Todo esto en una intensidad enorme y paralizante.

El pánico es un afecto que comparte aspectos con el miedo, el terror, el susto, el horror, el espanto; pero aunque integrante de este grupo afectivo, posee cualidades específicas que lo diferencian (Chiozza, L., 1995).

También se diferencia de otros estados afectivos (angustia y fobia). Es en estas diferencias que nos basamos para buscar significación específica.

De la misma manera que en los otros afectos, existe un pánico normal cuando la vivencia afectiva surge como reacción ante situaciones objetivas de peligro extremo (un incendio, un terremoto) o subjetivas (pánico a las alturas), pero en estos casos la descarga afectiva se inicia con la situación que la genera y acaba cuando la misma cesa.

En el trastorno de pánico, que definimos como enfermedad, el afecto se desencadena en el mayor porcentaje de los casos en forma inesperada y recurrente, lo que permite identificar su cualidad patológica. En un mínimo porcentaje en el que hay una situación “aparentemente desencadenante”, la desproporción entre la situación y la vivencia afectiva es de tal magnitud que también nos permite catalogarlo de trastorno de pánico.

¿Por qué la vivencia afectiva y la descarga somática es tan grande?

Para la teoría psicoanalítica los estímulos inconscientes pueden acceder a la conciencia bajo tres formas: a) procesos de pensamiento (que se exteriorizan en palabras), b) afectos, c) acciones. Estos tres registros guardan entre sí una relación al estilo de los vasos comunicantes, cuando una cualidad expresiva aumenta, otra disminuye. Por ejemplo, cuando se logra una descarga por el proceso de pensamiento o la acción verbal, como un insulto o una acción muscular agresiva, el afecto “enojo” disminuye. A la inversa cuando nos callamos o “reprimimos” la descarga de acción, sentimos que “explotamos por dentro”, porque la vivencia afectiva es máxima.

En el ataque de pánico (A. P.) el pensamiento y las acciones están abolidas por lo que la descarga afectiva es a plena cantidad. En el ataque de pánico, la persona queda paralizada, sin saber qué hacer y la inhibición de la descarga motriz es total. Esta descarga afectiva a “plena cantidad” posibilita que el paciente tenga total conciencia de la descarga somática corporal, que en estados afectivos de menor intensidad, pasa desapercibida. Esto no ocurre solamente con el pánico: todos los estados afectivos que se descargan a plena cantidad por estar inhibidas las otras vías de salida, hacen que la conciencia que tiene el Yo de la descarga somática, sea mayor. Esta intensidad tan grande lleva a que se defina como “ataque”. La palabra “ataque” viene de “atado”, es como si la persona quedara atada a una angustia o a un miedo intenso que lo deja paralizado, sin posibilidad de acción, ni verbal ni muscular (Fernández, S., Giménez, A. y Rodríguez, A., 1998).

En el ataque de pánico como la persona no pierde el conocimiento, la vivencia es peor todavía, porque el paciente está lúcido pero parali-

zado para otras vías de descarga, diríamos que está totalmente inundado por la percepción de la descarga somática del afecto que está viviendo y el pensamiento de terror, descontrol o muerte. La persona tiene clara conciencia del afecto, lo que no sabe es por qué le pasa. El paciente queda con la memoria emotiva de esta vivencia afectiva, que se constituye en una huella traumática. Sabemos que la forma de recordar un afecto es re-sentirlo (volver a sentirlo), no se puede recordar un afecto con el pensamiento, pero ante el menor estímulo consciente o inconsciente, se desencadena nuevamente la crisis completa. Es por eso, que es importante la medicación después de la primera crisis, para que este proceso pueda abortarse y no se genere un círculo en el que el terror produzca más terror, desencadenando sucesivas crisis. El paciente se comportaría ante los acontecimientos traumáticos, como dice Freud, intentando prepararse, para que no lo encuentre desprevenido. Ese intento de preparación sólo puede hacerse generando la emergencia del recuerdo del suceso traumático. Esa evocación actualiza la descarga del afecto a “pequeña cantidad”, pero la preparación falla porque esa pequeña cantidad inicia habitualmente el proceso y desencadena la descarga completa, o sea una nueva crisis.

¿Qué aspectos comparte la crisis de pánico con la angustia, el miedo, la fobia y en qué se diferencian?

La primera experiencia de angustia para Freud, es la angustia del nacimiento, expresión de los cambios que se operan en el medio interno y dejan como vivencia, la primera huella mnémica de peligro. Peligro ¿por qué? Por las tres angustias que se relacionan con el nacimiento: a) angustia “del adentro”, b) angustia “del tránsito” por el canal del parto y c) angustia por el mundo exterior. El nacimiento representa una experiencia en el cual no hay retorno, no se puede quedar atrapado durante la salida (“angustia” está relacionada con “angostura”) y por último miedo al afuera, al mundo externo, a lo nuevo y por lo tanto desconocido.

La angustia es un afecto, cuya expresión somática tiene su centro en lo cardiovascular y esto está relacionado con la acción motora justificada necesaria en el nacimiento. Si bien en el ataque de pánico la sintomatología cardiovascular está presente, hay otros elementos como el miedo a la locura, a la muerte, al descontrol. En la angustia no se observa este grado de paralización, aunque podríamos decir que el pánico en algunos aspectos es como una “angustia extrema”.

Chiozza (1995), en su investigación sobre “Los significados inconscientes de la función tiroidea”, retoman ideas de Darwin y Dumas, para definir y precisar las características del miedo y su forma activa y pasiva. Cuando el miedo es pasivo, la descarga somática lleva al

músculo a la hipotonía, a tal punto que puede llegar al desmayo, la depresión de conciencia, la bradicardia y la relajación de esfínteres. Si el miedo es activo, como la persona se prepara para la lucha, se da la hipertonia, el aumento del estado de alerta con el aumento de la capacidad de conciencia, la piloerección, taquicardia y la contracción de esfínteres. La expresión afectiva del miedo, comparte con el ataque de pánico aspectos tales como la vivencia atemorizante, pero lo muscular en el miedo es importantísimo porque define estas dos posibilidades: ataque (miedo activo) o huida (miedo pasivo). En el caso del ataque de pánico se da una situación intermedia: están los elementos para una reacción activa porque el individuo está alerta, pero paralizado (aunque sin llegar al desmayo) como en el miedo pasivo. Termina imponiéndose la paralización o sea la forma de miedo pasivo, porque el individuo no logra canalizar su estado de alerta en acción. Para hacer una acción de defensa (cuando es posible) además hay que saber de qué y en estas crisis no se sabe. La persona siente terror, pánico, no sabe a qué y por lo tanto no sabe lo que tiene que hacer. Esto es una diferencia con el miedo, porque el miedo siempre es miedo “a algo”, que puede llegar a tener tal grado de identidad como para constituirse en una fobia. El pánico es en cambio, un terror sin nombre. Comparte con el miedo y la fobia la vivencia de amenaza y de peligro, pero en el trastorno de pánico no termina de configurarse un objeto o una situación identificable. Comparte con la angustia la expresión somática y la vivencia de estar “atado y apretado” en ese estado afectivo y no poder separarse de él.

Decíamos que la experiencia del nacimiento constituye la primera vivencia de angustia, como expresión y respuesta al impacto de estímulos internos (por todos los sistemas orgánicos que se ponen en funcionamiento por primera vez) y los intensos estímulos externos a los que se somete el bebé al cambiar del medio uterino al ambiente exterior. Es un momento de vulnerabilidad e indefensión extrema, en el cual si en un corto tiempo no aparece “otro” que realice los cuidados necesarios, la vida corre peligro. Esos cuidados afectivos y físicos, representan los primeros lazos del mundo externo. Esta primera experiencia de angustia queda “reprimida”, pero se reactivará a lo largo de la vida como señal de peligro, ante determinadas situaciones, resignificando la huella dejada de aquella primera experiencia.

¿Qué vivencia podría tener el bebé si esos lazos no se establecieron?, ¿podríamos pensar que antes de llegar a la muerte, el bebé podría experimentar “pánico”? Se podría pensar que sus recargas somáticas se acrecentarían por sus necesidades vitales y por el progresivo aumento de la angustia ante la falta de respuesta a los estímulos. Al mismo tiempo su movilidad física es extremadamente limitada para proveerse nada por sí mismo, por lo que aparentemente “libre”

(en contraste con el atrapante mundo fetal), experimenta su primera ruptura con un lazo continente. Si este lazo no se re-establece y re-encuentra pronto en el mundo externo, el bebé queda a merced del desamparo. La crisis de pánico del adulto, podría resignificar también ese momento arcaico, cuya huella habría quedado más o menos marcada según la vicisitudes del momento del nacimiento. “Reprimida” al igual que la angustia, afloraría ante toda pérdida abrupta de lazos afectivos como sucede al nacer. Recordemos además la frecuente asociación del ataque de pánico con agorafobia (miedo a los espacios abiertos), lo que reafirmaría la idea, de que el “pánico” se produciría en el mundo, cuando no se re-encuentra rápidamente un lazo que asegure la supervivencia. El mundo sin “otros” resultaría abrumador y terrorífico. Esta hipótesis de una primera experiencia de pánico o de angustia extrema pos natal, quedaría también reprimida y tendría una resignificación posterior, en las situaciones en la que la angustia no alcanza para expresar lo terrible de la vivencia.

Una propuesta para el significado específico inconsciente de las crisis de pánico

Freud (1921) en “Psicología de las masas y análisis del Yo”, habla del pánico en un capítulo dedicado al estudio de las masas, con una alta cohesión de lazos libidinales, como por ejemplo el Ejército y la Iglesia, masas intensamente unidas por lazos muy fuertes, con una figura central (en el Ejército el Comandante y en la Iglesia, el Papa y Dios).

Dice Freud, que la cohesión está en relación con la figura central, pero en una relación importantísima también con los lazos de hermandad, entre todos los subalternos a esta figura central, que se sienten total y absolutamente cohesionados entre sí, a tal punto que es como si fueran un solo cuerpo (esto se ve más en la Iglesia que en el Ejército). Nos parece importante destacar como lo señala Freud, que la fuerza de los lazos afectivos son dobles: con el conductor de las masas y con los otros individuos que la componen. Pero “el principal fenómeno de la psicología de las masas, es la falta de libertad del individuo dentro de ella” (Freud, S., 1921, p. 91). O sea que en favor de la pertenencia y el sostén que le proporciona el grupo, la persona pagó al precio de la renuncia, un cierto grado importante de libertad individual. Pensamos que estar integrado a una estructura o a un grupo es “pertenencia” y si a eso le sumamos los fuertes lazos afectivos, se entienden que funcionen como sostén y soporte de algún aspecto de la identidad. El sostén de la identidad será de aspectos más centrales o esenciales, según el peso que tengan en la constitución de la personalidad. No es lo mismo la religión que profesa un individuo, que el club

deportivo del cual es hincha. Podemos hacer extensivos estos conceptos a grupos de pertenencia, en los cuales la persona tiene una identidad, que en gran parte está sostenida por el conjunto de individuos. Como dice Freud, un creyente solo, no se siente solo, como un soldado solo, tampoco se siente solo, es por eso que resalta la fuerza de los lazos libidinales (aunque no esté en ese momento en funciones o en un templo), siente que pertenece a una estructura que lo contiene y lo ampara de una manera muy fuerte. Siguiendo esta propuesta, podemos pensar que la masa primaria central donde una persona desarrolla fuertes lazos afectivos es la familia. Hay contextos culturales en los que la pertenencia a una determinada familia, opera afectivamente en una persona con tanta fuerza como la descrita por Freud en el Ejército o la Religión. La familia occidental típica, es la reunión en torno a la figura del padre y fuertes lazos entre los hermanos, que son sostén afectivo y cohesivo de la estructura.

Freud dice que en una masa con alta cohesión de lazos libidinales, se produce pánico por dos situaciones: porque el peligro que los amenaza a todos es enorme lo que no permite sostener los lazos libidinales, o por la caída o “la pérdida en cualquier sentido del conductor” de la masa, como por ejemplo “el no sabe a qué atenerse sobre él, basta para que se produzca el estallido” (1921, p. 93). Los peligros según Freud rápidamente rompen las cohesiones de las masas cuando la unión entre ellas es muy lábil. Por ejemplo, en un espectáculo público si pasa algo, es “sálvese quien pueda” y poco importa lo que le sucede al otro; pero en cambio un soldado está en batalla y al mismo tiempo que está defendiéndose del enemigo, está protegiendo al compañero. La solidaridad para afrontar el apremio de la vida y la supervivencia, es de enorme importancia y además se refuerza la identidad y el sostén personal cuando sentimos que lo que le hacen al otro es como si me lo hicieran a mí. El amor a Dios es tan importante como el amor al prójimo, la subordinación es tan importante como proteger mi vida y la del otro. La fuerza más grande para Freud se da en la religión, porque cree que es más fácil quebrar a un ejército que a un grupo religioso.

Resumiendo todo lo dicho: el pánico no aparecería por una situación concreta, sino por la pérdida en forma brusca e inesperada del soporte de los lazos afectivos, pérdida a lo que nosotros integramos el sentimiento de peligro de aspectos centrales de la identidad, la pertenencia, y por lo tanto la integridad.

Si la pérdida de los lazos afectivos, por su función de soporte exponen a una persona a tal grado de vulnerabilidad, se entiende la gran descarga somática similar a la angustia, pero extrema, que se produce. Además si está en juego algún aspecto de la identidad la pertenencia o la integridad, las representaciones mentales, de temor a la locura,

el descontrol o la muerte son concordantes con el riesgo en que la persona siente que se encuentra.

La persona en “crisis de pánico” expresaría un terror cercano a la despersonalización, a la resignificación del “desamparo primordial” (Fernández, S., Giménez, A. y Rodríguez, A., 1998), a dejar de ser quien es o a no saber quién es. A diferencia del fóbico, que se calma con un objeto o persona acompañante porque tiene identificado el motivo de su temor, en el ataque de pánico nada sustituye a la “red” de contención perdida, porque se quebró toda una estructura que simbolizaba para el sujeto, una función de sostén. Si recordamos lo que Freud decía en cuanto a la renuncia de la libertad individual, en función del beneficio de integrar una masa o grupo, al caer el grupo y los lazos que lo unían a él, la persona se reencuentra con esa libertad perdida, pero no sería la libertad de la autonomía y del autosostén, sino la libertad de la soledad y el vacío. La libertad del individuo que al quedar solo, perdió aspectos de su identidad y pertenencia, se siente aterrado de perder además, su integridad psicofísica. Si integramos una posible intención inconsciente del ataque, relacionada con su significado de “atado”, podríamos pensar que el paciente con pánico necesitaría desesperadamente algo que lo “ate”, que lo sostenga, que le devuelva el lazo perdido y la vivencia re-aseguradora que eso implica.

¿Qué aporta nuestra cultura para favorecer y facilitar el trastorno de pánico?

Desde hace décadas venimos asistiendo a la desintegración de la familia. Las nuevas estructuras familiares no tienen la fuerza de contención de los lazos afectivos de las familias de antaño. Son estructuras claramente lábiles donde la cohesión se pierde rápida y fácilmente, para formar otra u otras estructuras tanto o más lábiles que la anterior. Ha caído la figura patriarcal central y se han debilitado los lazos de hermandad. Fernández, S., y otros destacan la importancia de “la pérdida de otras redes de contención tales como: el barrio, las sociedades de fomento, el almacén” (Fernández, S., Giménez, A. y Rodríguez, A., 1998). Las organizaciones estructurales de otro tipo o masas de cohesión, también han sufrido grandes modificaciones. Gran parte de los líderes, en cuanto figura de respetable subordinación, se han ido develando en dictadores, corruptos o estimuladores de guerras o enfrentamientos y no de paz y solidaridad. La globalización es de alguna forma, masificación, sin red de contención afectiva. Las redes de la tecnología, que irónica y siniestramente así se llaman “estar conectados en red”, conectan pero no contactan. ¿Qué lazos afectivos de sostén pueden formar millones de computadoras en red? Poder conectarse con millones es en el fondo no conectarse íntimamente con nadie, porque además esa forma de relacionamiento fomenta el anonimato.

“Diluida en el caos indiferenciado y sin límites..., nuestra época pone en crisis su propia realidad corporal, por fin su propia identidad” (Segura Contrera, M., 1997). Esos millones de otros que no puedo saber quiénes son, sino que apenas sé quiénes dicen ser, en sistemas financieros que caen, en que deberían cuidar nuestro patrimonio, la desconfianza e inseguridad creciente, favorecen el desarrollo del individualismo. El desamparo inicial de la vida, “tiene su especularidad en la cultura porque se han perdido las redes sociales que ayudan al sujeto y que serían de soporte identificador” (Fernández, S., Giménez, A. y Rodríguez, A., 1998). “Una cultura que descorporifica al ser humano, tiende a descuartizarlo psicológicamente, causándole un dolor oculto que lo lleva a buscar soluciones narcotizantes para tratar de apaciguar ese sentimiento de muerte en vida” (Segura Contrera, M., 1997). Se ha ido perdiendo la vivencia de solidaridad, de hermandad y nuestros semejantes son como una amenaza, por ser potenciales competidores a la hora de sobrevivir. No es casual que el ataque de pánico sea un fenómeno de las ciudades y cuanto más grandes y más tecnificadas, con mayor nivel de alienación, a favor del consumismo, del éxito y la imagen, mayor prevalencia de la enfermedad. El pánico es la expresión del ser humano actual, que como un síntoma individual y como un emergente social, denuncia el terror paralizante en el que está quedando sumergido, por la pérdida de lazos afectivos que lo sostengan, por estructuras que lo contengan. Todo este impacto social es tan intenso, como cada vez son más débiles los lazos afectivos de las etapas tempranas del desarrollo. El impacto de todo lo anteriormente referido, recae sobre personas con un Yo “frágil”, con identidades y pertenencias muy precarias. Inmersos en este contexto social, cualquier acontecimiento personal que implique una pérdida de contención y que resigne la vulnerabilidad inicial, podrá expresarse en una crisis de pánico.

El mito del dios Pan

Pan es hijo de Hermes, dios de los agricultores y de los pastores. La madre del niño, con rasgos entremezclados de hombre y de cabra, podría haber sido Amaltea, la misma que amamantó a Zeus.

Otras publicaciones cuentan que Pan es hijo de la bella ninfa Dríope, ella misma hija de otra ninfa que amó a Apolo. Esta madre quedó tan espantada con la aparición de su mixturado retoño, que no reparó en su estado y salió corriendo en sentido opuesto, dejando a Hermes a cargo de la extraña cría, a quien envolvió en una piel de animal a su tamaño y llevó al Olimpo para encontrar allí un lugar donde educarlo. Se afirma también que pudo haber sido concebido por Penélope, la fiel mujer de Ulises que en la larga ausencia de éste, entretuvo la espera con desenfado notable, según otros.

Pan entonces nació poco afortunado en belleza pero sí muy simpático y fue criado por su padre Hermes, en ausencia de su madre. Pese a esto, solo sabe demostrar la alegría de estar vivo y de la mano de su padre Hermes, el joven Pan divierte a todos y es querido y apreciado sin vacilaciones y sin rechazo.

No solo Zeus se fijó en sus encantos, sino que también Dionisos lo hizo, compañero predilecto en sus correrías y con él, Pan saltó de un lugar a otro de Grecia, animando a los dioses y a los hombres con su alegría imparable y con la incomparable música de su flauta de caña, juntos cazaban animales salvajes o se dedicaban a buscar ninfas para sus correrías amorosas. Era aficionado a la música y fue el inventor de la siringa, una flauta pastoril que animaba los bailes de las ninfas. La leyenda dice que se apasionó por la ninfa Sirinix y la persiguió y ella aterrada le suplicó a Gea, la tierra, que la amparara y Gea la convirtió en caña. Pan la descubrió, la cortó en pedazos y con siete de ellos, formó una flauta.

Ante sus apariciones, los seres humanos no sabían nunca si unirse a él o echarse a temblar. A los ejércitos armados, la presencia de Pan producía ese terror-temor tan peculiar y a los hombres pacíficos, les estremecía su presencia. Tal vez su aspecto fuera razón suficiente para sufrir un ataque de terror si es que no se conocía al personaje porque no parece que sea un dios tan temible, si se lo observa cuando baila al son de su propia música.

Pan fue un dios ejemplarmente cariñoso con sus patrocinados y muy atento con los cazadores, ya que compartía con ellos el gusto por alcanzar diversos animales, también le gustaba reposar y soñar con una nueva aventura romántica.

Además de cumplir con rigor su misión de primer protector de la Naturaleza y ser un excelente cazador y amigo leal de otros cazadores, su única preocupación con las ninfas era verlas en su belleza y hacerse con alguna de ellas para disfrutar de sus más tiernos encantos.

Sí se lo asoció, por diferentes desbordes con Dionisos, al vino, al baile y la persecución de las ninfas... Pero “todo aquel que se haya adentrado alguna vez por la fragosidad de la selva primitiva, que haya recorrido regiones montañosas despobladas, conoce el terror que estos parajes pueden producir; tales accesos de terror, súbitos e inexplicables, los atribuían los antiguos al dios Pan dándoles el nombre de ‘terror pánico’ y decían de él que se divertía en asustar a los caminantes emitiendo voces y ruidos de carácter misterioso y siniestro” (Mitología Universal, 1987; Seemann Otto, 1960).

Algunas posibles significaciones del mito

Según Carl Jung “los mitos son los sueños de nuestra cultura”, expresado similarmente por Ángel Garma, cuando dice que “los mitos son los sueños típicos de la humanidad”.

Todo mito tiene un carácter arquetípico universal que nos involucra a todos. Los mitos como los sueños, son una condensación de numerosos significados inconscientes, por lo que las decodificaciones e interpretaciones son múltiples. Las significaciones propuestas en este recorrido interpretativo están referidas al tema que nos ocupa, lo que se opone a otras líneas de comprensión.

Vemos en Pan un personaje que se lo relaciona con la Gran Madre Naturaleza, protector de ella, cualidad que tal vez desarrolló en forma compensatoria ante la carencia de su propia madre, dado que se desconoce quién fue realmente y se infiere que nadie quiso hacerse cargo de ese ser de aspecto tan siniestro. La identidad en “conflicto” (mitad hombre y mitad cabra) y la falta de lazos maternos de amor y ternura, marcaron el origen de la vida de Pan. Su identidad animal y humana, podríamos pensar que lo hacía representante de lo instintivo sin dominar por la cultura (en lo animal), y lo culturalmente, marcado en lo humano. Esa mixtura clivada en un solo ser, tenía como equivalente contrastante, sus cualidades bondadosas y terroríficas, pero dejan la incógnita de cuál representaría cada parte. ¿El animal (a pesar de sus instintos sin dominar) no estará en el mundo actual teniendo un comportamiento más bondadoso con los integrantes de su especie, la naturaleza y la vida, que el hombre culturalmente educado?

Pan desarrolló gracias a otros lazos y cuidados que le permitieron crecer, cualidades que lo hicieron bondadoso, alegre, querido, quizá de ahí el dicho “bueno como el pan”. Sin embargo presentaba otros aspectos de su personalidad que lo hacían temible: su extremada necesidad erótica que lo llevaba a la persecución de las ninfas y sus gritos que producían terror.

Su exaltada sexualidad, podríamos pensarla como una forma de expresión de su necesidad de contacto y de aceptación. Su aspecto rechazante le había valido el abandono materno, resignificado luego en el rechazo de la ninfa Sirinix. Insatisfecho de su necesidad de amor, tal vez buscó en el erotismo no sólo el placer, sino una forma de contacto y ternura. ¿Podría haber en este comportamiento de Pan una representación de algo similar a lo que ocurre en nuestra época, que quizá expresa en la perversidad y el desborde sexual, la contracara de la falta de afecto, cariño y ternura? En su necesidad de poseer a Sirinix, la transforma en un objeto (flauta). Frustrado y enojado ante un rechazo que no puede aceptar ni duelar, desconoce el deseo de la ninfa y la transforma en un objeto a merced de sus deseos, como a merced de sus deseos, estaban todas las mujeres. Esta cualidad de “objeto”, de cosa, en que Pan transforma a quien necesita, también halla su expresión en nuestra cultura. La progresiva cosificación humana por las “superestructuras”, donde el hombre ha ido perdiendo su cualidad de sujeto para ser cada vez más un “objeto” de cuantificación,

estadificación, anonimato y alienación, en la masificación de la globalización. Creemos que Pan representa el drama de la carencia de identidad, de protección y falta de lazo materno continente y del erotismo exacerbado como sustituto de la necesidad de ternura y amor. Su necesidad de “otros” era tan grande como grande era su carencia. Tal vez sus gritos de terror no sólo expresaban estos sentimientos, sino que eran un llamado desesperado, un llanto que en lugar de comunicar y acercar, alejaba lo que tanto necesitaba. Freud dice que “lo siniestro” es lo familiar que se ha vuelto extraño. Podríamos pensar que este mundo actual, tan familiar para el hombre porque en él habita desde hace siglos, se le está volviendo extraño, lo que le genera una vivencia “siniestra” que a veces la expresa en un terror inenarrable.

Caso clínico

María tiene 40 años, es soltera y sin hijos y sin más familia que su madre y una amiga con la cual vive.

Es docente, está vinculada a la educación de nivel terciario en un medio privado y la función que desempeña en estos últimos años, es administrar aportes que recibe de importantes fundaciones, para concretar proyectos culturales y científicos.

Desde hace un tiempo, nos cuenta, que estas concreciones no están a la altura de las expectativas de las fundaciones, por lo tanto se ha dedicado a ir a más, poniendo en riesgo la calidad de sus proyectos, como también el dinero con el que cuenta para hacerlos. Todos estos intentos son en vano y es así que cada vez se sumerge en nuevos fracasos, quedando con una realidad laboral y económica muy crítica.

Hace tiempo que no se sentía bien, empezaron diferentes miedos que no sabía cómo explicar, pero angustiada y mal anímicamente, intenta un nuevo proyecto con financiación de amigos más la suya propia, intentando recobrar así el respeto que siente que había ido perdiendo, algo que “le dé gloria y la haga pasar al frente”, pero nuevamente resulta un gran fracaso. Invirtió todo lo que tenía: su casa, su auto, sus ahorros y también ahorros de sus amigos. Quedó con innumerables deudas y con muy mala relación con la gente de su entorno. A pesar de que se considera una mujer capaz, no encuentra cómo solucionar sus problemas, cómo pagar las deudas y enfrentar a los que le reclaman por el dinero perdido. Pierde su trabajo y a casi todos sus amigos; empieza a tener dificultades para salir de su casa, cada vez más importantes. La inunda una profunda vergüenza y evita ver a la gente a quien le debe dinero, porque teme que si los encuentra, puedan insultarla o agredirla. En cierta oportunidad que tiene que salir, siente por primera vez y en forma brusca, un sinnúmero de síntomas: palpitaciones, sudoración, sensaciones de temor y de que-

dar paralizada por el miedo que siente. Se inician allí sus crisis de pánico. Este episodio se repite al menos en tres oportunidades, antes de que María consulte en el Cemepsi.

María nos cuenta: “yo no quiero vivir así como vivo, yo quiero la vida pero no sé cómo cambiar, me siento quebrada moral y profesionalmente, me siento devastada”.

Realiza Entrevistas Diagnósticas y Devolución (EDD). Surge de esta evaluación la indicación de medicación psiquiátrica y controles (doctora Claudia Ceroni) y psicoterapia (psicóloga Iliana Menini), inician-
do ambos a la vez.

En los primeros tiempos de la psicoterapia, se trabajan aspectos surgidos de la devolución (algunos de los cuales referimos en la comprensión de las crisis de pánico) y también temáticas que van apareciendo en torno a su trabajo, la vida social, pareja, etcétera. En el primer año de tratamiento, se ven diferentes avances donde los más notorios son la posibilidad de venir sola a las sesiones y realizar pequeños trayectos en ómnibus. En el segundo año de tratamiento, habiendo retomado paulatinamente su relacionamiento con el mundo académico, realiza una presentación pública de uno de sus trabajos y comienza a reinsertarse cada vez más, a sus actividades laborales. Va dejando progresivamente los fármacos por indicación médica, y al tercer año de tratamiento interrumpe el mismo por sentirse bien. Sin ninguna medicación no tuvo crisis de pánico desde un año y medio antes de la interrupción. Por la condición pública de su actividad, sabemos que se mantiene hasta hoy laboralmente, reinsertada a su grupo de pertenencia.

¿Cómo podemos comprender las crisis de pánico de María?

María vivió la mayor parte de su vida adulta, inmersa en un grupo cultural, en el cual había logrado un lugar de responsabilidad y destaque, lo que le había valido lazos afectivos y respeto. Este grupo representaba para ella aspectos importantes de su identidad y pertenencia. Necesitada y deseosa de mantener ese lugar, se exigió más allá de sus posibilidades, poniéndose en riesgo ella misma y a otros. Esta última actitud, que además culminó con un fracaso, sería el equivalente a la pérdida del sentido de “cuerpo”, donde se debe en un grupo o masa, cuidar de sí mismo tanto como de los otros. Podríamos pensar que María jugó un individualismo que le valió como castigo y condena, el rechazo de su entorno. Junto con su fracaso cayó todo su soporte de sostén: pérdida de amigos (lazos afectivos), pérdida económica propia (autosostén, autonomía), pérdida económica de otros, culpa y vergüenza (herida narcisista). A una edad media de su vida, María pierde brusca-
mente su mundo y todo lo construido.

Estar en el mundo, era para María en un tiempo, estar sostenida en una identidad y pertenencia que la hacía sentir feliz y orgullosa, hoy se siente una extraña y es vista como tal, por los que antes la hacían sentir “una de ellos”. Aparece así el pánico como la expresión de su desvalimiento, indefensión, pérdida de identidad y pertenencia. Incluso hasta su posibilidad de sobrevivir, que si no fuera por el lazo materno y su amiga, estuvo en riesgo. Creemos que en parte estas ligazones operaron como un sostén que evitaron un derrumbe peor.

La Devolución del EDD y el proceso terapéutico le permitieron comprender a María lo que expresaba en sus crisis, así como también su cuota-parte de “responsabilidad” en lo sucedido, para encarar cambios que implicaban aspectos más profundos de su historia y su personalidad.

En todos los pacientes, el significado específico de cualquier trastorno y como en este caso, el que proponemos para los ataques de pánico, deben integrarse a su historia y su personalidad. Entender la significación de cualquier síntoma, no puede ser un hecho aislado. La tarea analítica ahondará en la resignificación histórica del mismo y en las circunstancias actuales, que a modo de series complementarias, culminan en una expresión sintomática.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association DSM IV, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Ed. Masson, Barcelona, 1995.
- Corominas, J., (1987), *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana*, Gredos, Madrid.
- Cía, A., (2004), Curso sobre “Trastorno de pánico, agorafobia y ansiedad social: una puesta al día” coordinado por el Dr. Alfredo Cía (Coordinador de la Sección de Trastornos de Ansiedad de APAL), XXIII Congreso de APAL, Punta del Este, nov. 2004.
- Chiozza, L. (1991), “Cefaleas vasculares y accidentes cerebrovasculares”, en: *Los afectos ocultos en...*, Alianza Editorial, Buenos Aires.
- (1993), “Una introducción al estudio de las claves de inervación de los afectos”, en: *Los sentimientos ocultos en...*, Alianza Editorial, Buenos Aires.
- (1995), “Los significados inconscientes de la función tiroidea”, en: *Del afecto a la afeción*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1997.
- Fernández, S., Giménez, A. y Rodríguez, A. (1998), “Ataque de pánico: memoria activa del desamparo”, *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina*, APA, Tomo 55, N° 4, Buenos Aires.
- Freud, S. (1921), “Psicología de las masas y análisis del yo”, *Obras Completas*, Tomo XVIII, Amorrortu, Buenos Aires, 1983.
- Freud, S. (1930), “El malestar en la cultura”, *Obras Completas*, Tomo XXI, Amorrortu, Buenos Aires, 1983.
- Kaplan H. y Sadock B. J., (2005), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 8th Edition, Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore London.
- Larousse (1994), *Diccionario Enciclopédico*, Larousse, Madrid.
- Mitología Universal* (1987), Publicación Nueva Gente S. A., Madrid.
- Moliner, M. (1986), *Diccionario de uso del español*, Gredos, Madrid.
- Seemann Otto, (1960), *Mitología Clásica*, Vergara Editorial, Barcelona.
- Segura Contrera, M., (1997), “Los mitos son los sueños de la cultura, Pan y el trastorno de Pánico”, *Revista Opción*, Universidad de Maracaibo, Venezuela.

ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA

Introducción

En los últimos años hemos asistido a una creciente preocupación por patologías como la anorexia y la bulimia. Estos trastornos se han constituido en dos enfermedades prototípicas de nuestra época, merecen por eso gran interés en el ámbito científico y logran concitar la atención de los medios masivos de comunicación, ocupando un lugar importante en cuanto a información, prevención y diversidad de propuestas terapéuticas. Este fenómeno responde a un aumento epidemiológico real de las últimas épocas, en el que creemos que contribuyen las condiciones de la sociedad en que vivimos, porque las características de la misma favorecen estas expresiones patológicas como luego desarrollaremos.

Desde nuestra experiencia, tomamos contacto por primera vez con la anorexia (“anorexia nerviosa”) en sus formas más graves en el año 1982, como médico-psiquiatra primero y como psicoterapeuta después, cuando integramos la Unidad de Alimentación Artificial del Hospital de Clínicas.

Posteriormente como psicoanalistas, trabajamos con estas y otras expresiones somáticas, intentando comprender su significado inconsciente, esto es, descifrando el mensaje que desde la intimidad de los pacientes, se expresa a través de una enfermedad, cuando no pueden hacerlo de otra manera.

Comprendiendo la enfermedad como un lenguaje, intentaremos transmitir lo que a nuestro entender, está expresando una paciente con anorexia nerviosa o una paciente con bulimia, cuál es el drama afectivo que se oculta y a la vez se devela en su sintomatología orgánica.

Realizaremos para ello un recorrido desde el diagnóstico y la terapéutica, señalando aquellos aspectos, que fruto de nuestra experiencia, consideramos importantes tener en cuenta frente a los pacientes con estas patologías. Posteriormente abordaremos la significación de estos trastornos, haciendo un previo recorrido por otros autores que han trabajado en el tema (y creemos que merecen ser destacados), para concluir con nuestra propuesta del significado específico, desde la perspectiva teórico-clínica en que trabajamos.

Consideraciones diagnósticas y terapéuticas generales

Toda “teoría de la cura” se basa como hemos afirmado muchas veces en una “teoría de la enfermedad” y ésta a su vez, en una concepción del hombre. Nuestra concepción humana es la de un ser biopsicosocial que debe ser comprendido y atendido de una forma integral. Para ello nos basamos en una antropología médica que considera que las enfermedades no son ni psíquicas ni somáticas, sino que lo psíquico y lo somático son las cualidades expresivas de esa enfermedad enmarcadas en el contexto social (Lain Entralgo, P., 1984). Esta perspectiva lleva a reubicar la noción de causalidad, porque aun en aquellas enfermedades en que existe un agente patógeno claramente demostrado, sabemos hoy que éste por sí solo, no alcanza para producir el fenómeno, teniendo por lo tanto el carácter de una condición necesaria, pero no suficiente. Creemos también que nuestros conflictos anímicos pueden expresarse enfermándonos, por lo tanto, es necesario cada vez más la integración entre lo que la medicina puede diagnosticar en una enfermedad, investigando su “causalidad” o mejor dicho sus condiciones necesarias pero no suficientes, con lo que la psicología pueda aportar, comprendiendo los conflictos anímicos del ser humano, integrados al contexto histórico, social y actual de cada paciente.

Respecto a la anorexia y la bulimia efectuaremos en primer lugar algunos comentarios sobre las características de estas patologías:

1. Sabemos que: *no toda modificación de una conducta alimentaria es patológica*, porque las modificaciones de las conductas alimentarias son habituales en diferentes momentos de crisis en la vida, incluso en una etapa de crisis como es la adolescencia. La importante difusión en todos los ámbitos que se ha hecho de estas patologías con criterio de prevención, ha derivado también en una especie de “epidemia”. En ese sentido creemos que el Manual de Clasificación Psiquiátrica (DSM IV), presenta dos aspectos valiosos: es minucioso en el diagnóstico positivo de las patologías mencionadas y al mismo tiempo propone un ítem para trastornos alimentarios no especificados, que abre la posibilidad de ubicar a pacientes que presentan dudas diagnósticas pero que consideramos en riesgo, sin prodigar excesivamente los diagnósticos positivos.
2. Desde una perspectiva etiopatogénica vemos que estos trastornos no presentan, *ni desde la medicina ni desde la psiquiatría, elementos que se tipifiquen como “causales”*. Por tal motivo tampoco podemos entonces hablar clásicamente de etiología. Los estudios más importantes giran en torno a la fisiopatología, o sea a todas las funciones que se observan alteradas en los pacientes con trastorno de anorexia y bulimia.

3. *Desde el punto de vista del diagnóstico psiquiátrico, los definiríamos como un conjunto de signos y síntomas esto es, aquello que clásicamente conocemos con el nombre de “síndrome”. Destacamos la característica sindromática de estas afecciones porque ello explica el porqué de las evoluciones tan diferentes de los pacientes. Por ser síndromes se presentan coexistiendo con estructuras psicopatológicas diversas, o sea desde pacientes que nos impresionan como más neuróticos, hasta otros más gravemente perturbados, incluyendo algunos con características psicóticas.*
Habitualmente se usa la denominación de anorexia, pero en realidad éste es uno de los elementos del síndrome. En este trabajo nos referimos a la “anorexia nerviosa”, o sea a la enfermedad que presenta para realizar el diagnóstico positivo, el síndrome completo; las características tres A: anorexia, adelgazamiento y amenorrea.
4. *Son trastornos fundamentalmente de la adolescencia, más específicamente la anorexia mental y con un espectro etario más amplio, la bulimia.* Sabemos como médicos, psiquiatras y psicoanalistas que la adolescencia es un período de cambios y de crisis, donde se construye la identidad definitiva y se define la estructura psicopatológica de una persona. Es de rigor en la formación psiquiátrica, no establecer diagnósticos estructurales en la etapa adolescente. Por lo tanto, desde nuestro punto de vista, debemos ser sumamente cautelosos, incluso en aquellos cuadros que presentan gravedad, en acompañar diagnósticos de anorexia nerviosa o de bulimia con un diagnóstico psicopatológico del paciente que lo padece, ya que muchas veces la evolución nos sorprende a nosotros mismos, en contradicción con la impresión diagnóstica inicial.
5. *Dada la diversidad de la sintomatología que presentan, pueden llegar en primera instancia a la consulta de un médico general, a una dietista, por su desnutrición o su adelgazamiento, a un gastroenterólogo, a un psicólogo por su rechazo a la alimentación, o a un ginecólogo por su amenorrea. Por lo tanto, cualquier técnico que tome contacto por primera vez con alguno de estos pacientes tiene que tener conocimientos de los elementos que integran el diagnóstico de la enfermedad.*
6. *El diagnóstico deberá complementarse con los criterios de riesgo y de gravedad que permitan discernir las posibles internaciones de los tratamientos ambulatorios.* El criterio más habitual de internación es el riesgo somático, que será esencialmente valorado por el médico, presentándose más frecuentemente en los pacientes con anorexia nerviosa, que con bulimia. El diagnóstico psiquiátrico, puede en algunas ocasiones aportar elementos de gravedad que justifiquen una internación, como la depresión severa o rasgos psicóticos, que nos hagan temer por la evolución del cuadro. La valoración

nutricional a cargo de la dietista, es un elemento fundamental para precisar la magnitud y las características de la perturbación alimentaria. Para la valoración psicológica, somos partidarios de un método protocolizado que priorizando la comprensión de la significación inconsciente del síntoma, lo relacione con el contexto histórico biográfico del paciente: Patobiografía (Tato, G., 1998b) o Entrevistas Diagnósticas y Devolución (EDD), cuya técnica se explicita en un capítulo de este libro.

Cuando la evaluación no evidencia riesgo de vida, preferimos y privilegiamos la Asistencia Ambulatoria, porque la misma posibilita mantener al paciente integrado a su entorno social. Puede ser necesario, por tratarse habitualmente de adolescentes y a veces en situaciones de riesgo, integrar en la etapa diagnóstica y terapéutica, a la familia. El modo y la frecuencia de esta integración creemos que debe ser valorada en cada caso.

En los tratamientos ambulatorios, la periodicidad de los controles médicos, psiquiátricos y nutricionales dependerán de la gravedad del paciente. En nuestra experiencia la tarea esencial del proceso terapéutico, está centrada en la psicoterapia, con una frecuencia que será pautada en cada caso, pero que consideramos debe ser como mínimo de dos sesiones semanales. A mayor gravedad, mayor número de sesiones, pudiendo en los casos muy graves llegar a ser diarias. Cuando la situación del paciente requiere la atención de varios técnicos, si no se realiza en un equipo establecido, el diálogo entre los profesionales debe ser fluido y constante.

7. Según el DSM IV, *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, estableceríamos *Diagnóstico de anorexia nerviosa* en todo paciente que:
 - a. Tiene tendencia a mantener el peso corporal por debajo del normal mínimo para su edad y talla.
 - b. Tiene un miedo intenso a aumentar de peso.
 - c. Tiene una alteración de la percepción del peso y de la silueta corporal.
 - d. Presenta una amenorrea.

La prevalencia de este trastorno se encuentra en la adolescencia ubicándose el 90% de los casos en mujeres entre 13 y 18 años. Se ha visto incrementada en los últimos 20 años, en las mujeres jóvenes del mundo occidental de los países industrializados, y su mortalidad ha ido en aumento, pero su existencia se constata desde el siglo V.

Siguiendo el mismo manual estableceríamos un diagnóstico de bulimia, en todo paciente que:

- a. Presenta episodios de atracón o sea el consumo de una cantidad de comida superior a la normal en un corto período de tiempo.

- b. Presenta habitualmente conductas compensatorias siendo la más habitual el vómito.
- c. Los atracones se presentan al menos dos veces a la semana durante un período menor de 3 meses.
- d. Su autoevaluación está regida por el peso y la silueta corporal. La bulimia es un trastorno específico de los últimos 20 años, que también ha ido en aumento como la anorexia nerviosa, aunque con un riesgo de mortalidad mucho menor. La prevalencia de dicho trastorno también coincide con los períodos vitales de la anorexia nerviosa, aunque su tendencia es a presentarse generalmente hacia fines de la adolescencia y al inicio de la vida adulta. A diferencia de la anorexia, hay mayor tendencia a la estabilidad del peso y la amenorrea no es un elemento constante.

El DSM-IV tipifica también Trastornos de la conducta alimentaria no especificados. Serían aquellas modificaciones de las mismas en las cuales algunos de los elementos del síndrome no están presentes. *Se reserva el diagnóstico positivo cuando asistimos al establecimiento de toda la sintomatología detallada.*

8. Si nos detenemos un poco en los elementos que conforman el diagnóstico de la anorexia nerviosa y de la bulimia, vemos que *en estricto rigor, la bulimia es un trastorno específicamente alimentario, en tanto la anorexia nerviosa en su cualidad de "síndrome" incluye otros elementos de características diferentes, que habitualmente quedan todos subrogados a la perturbación de la conducta alimentaria.*

Sin embargo, no podemos considerar que la amenorrea y el adelgazamiento tengan una relación directa con la disminución de la ingesta. En un principio se pensaba que la amenorrea era una consecuencia de la desnutrición, pero se fue observando que gran parte de los cuadros comienzan con amenorrea o comienzan con alteraciones importantes de la menstruación, a los que no se les prestaba atención debido a la edad de las pacientes, por lo que parecía que el inicio era la alteración alimentaria. Sabemos también por la investigación, que la relación entre ingesta y obesidad e ingesta y adelgazamiento, no es directa, a tal punto que no todas las personas que comen mucho, engordan, ni todas las personas que comen poco, adelgazan.

Hemos asistido además a experiencias dramáticas y muy cuestionadoras en este sentido. Cuando en Unidades de Alimentación Artificial, se sorteaba la dificultad de los pacientes para la ingestión oral y administrábamos los nutrientes por alimentación enteral o parenteral, no siempre se producía la asimilación esperada y el peso no aumentaba. Esta observación clínica nos llevó a plantear que, no incorporar, no es sólo no ingerir por la boca, es un rechazo mucho más profundo, es "no asimilar" con todo el compro-

miso somático y psicológico que tal actitud implica. Estos aspectos los retomaremos más adelante en la significación psicológica del trastorno.

Comprensión psicoanalítica. Breve recorrido por algunos autores, desde Freud hasta la actualidad

Freud en (1892-1893), en su artículo “Un caso de curación por hipnosis”, ubica la “anorexia” dentro de las histerias ocasionales y sugiere una predisposición hereditaria para las neurosis dentro de las familias. Refiere el caso de una paciente de 30 años incapaz de amamantar a sus hijos, que presentaba inapetencia, repugnancia y vómitos ante el intento de amamantamiento. En todos sus hijos repetía el mismo cuadro y esto fue posible de modificar gracias a las sesiones de hipnosis en las que Freud convencía a la paciente de que todo estaba bien, que iba a poder amamantar. En el caso de Emmy Von N. (1893-1895), Freud estudia la similitud entre sus síntomas de parálisis y su anorexia, describe además por primera vez el acto de esconder y tirar la comida en estos pacientes. La inhibición de la alimentación estaba enlazado al hecho traumático infantil del castigo de obligarla a comer la comida aún fría y a la expectoración de un hermano enfermo. En (1893), en su artículo “Sobre el mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos: comunicación preliminar”, Freud insiste nuevamente en el nexo entre el suceso ocasionador y el fenómeno que estaría determinado por ese suceso.

En los historiales clínicos, en el caso de Anna O. (1893-1895), destaca que el elemento sexual estaba asombrosamente no desarrollado en esta paciente y que presentaba síntomas de asco a los alimentos. En (1895) en su “Manuscrito G. Melancolía”, expresa que la “neurosis alimentaria” paralela a la melancolía, es la anorexia. Esta anorexia nerviosa en muchachas jóvenes, es una melancolía en presencia de una sexualidad no desarrollada.

En (1918), en su artículo “De la historia de una neurosis infantil”, asevera que “toda neurosis de un adulto se edifica en una neurosis de la infancia”, que la perturbación de la acción de comer es el resultado de un proceso sobrevenido en el ámbito sexual.

Como vemos se destaca de este recorrido, que *para Freud, la perturbación alimentaria, era el equivalente simbólico desplazado de un conflicto con la sexualidad.*

Para la teoría kleiniana, sus propuestas teóricas se basan en las primeras experiencias del lactante con los alimentos y la presencia de la madre, que inicia con ella una relación de objeto. Primariamente es una relación de objeto parcial con el pecho, que pasará por momentos de satisfacción y por momentos de frustración, donde se pone en jue-

go el equilibrio entre libido y agresión. La alteración de este equilibrio es la causa de esa emoción que llamamos "voracidad", que inicialmente es sobre todo de naturaleza oral. En algunos casos las ansiedades persecutorias frente a las vivencias de frustración, pueden aumentar la voracidad, en otros casos puede transformarse en la causa de las primeras inhibiciones de la alimentación (Klein, M., 1952).

Para Klein, el primer objeto envidiado es el pecho nutricional, el pecho satisfactorio y gratificador. La "voracidad es un deseo vehemente, impetuoso e insaciable que excede lo que el sujeto necesita y lo que el objeto es capaz o está dispuesto a dar. A nivel inconsciente, la finalidad primordial de la voracidad es vaciar por completo, chupar hasta secar y devorar el pecho, en una introyección destructiva" (Klein, M., 1957, p. 17).

Desde las propuestas de Klein, es posible pensar que los conflictos actuales que reactivan ansiedades arcaicas, especialmente persecutorias, que se resignifiquen con el vínculo materno-filial, podrían expresarse en alteraciones de la alimentación, tanto en inhibición como en un aumento, que pueden llegar a la voracidad patológica. Esta propuesta kleiniana, la retomaremos especialmente cuando abordemos el trastorno bulímico.

La propuesta central de P. Jeammet, consiste en preguntarse sobre características del funcionamiento mental de la anorexia. La vida fantasmática se empobrece y evoca para él, el pensamiento operatorio; quedaría fijada a un objeto materno primario, objeto arcaico preedípico con el borramiento del deseo propio y su condición de sujeto a favor de un Yo ideal. Destaca la erotización de la no satisfacción, el placer de la insatisfacción en el llamado "orgasmo del hambre". La conducta anoréxica formaría parte de las conductas de adicción, pero para él, el alimento no es el símbolo de la madre, sino un sucedáneo al estilo del fetiche. La madre ocupa para este autor un factor central en los fantasmas de la futura anoréxica, siendo la responsable de la pertenencia de los deseos. La relación entre ambas es una relación idealizada pero profundamente ambivalente donde se observa una decepción edípica de la relación con el padre. La paciente percibiría que su importancia a los ojos de la madre, está en el cumplimiento de los deseos y las cualidades que la madre espera de ella y a quien ella desea satisfacer. Es un cuadro característico de la adolescencia, que protege al Yo de un derrumbamiento narcisista o de una amenaza depresiva mucho más importante, anoréxica.

El tratamiento, piensa que debe adaptarse a la forma de anorexia y al momento. La conducta terapéutica dependerá de la concepción psicopatológica que se tenga de la afección. Le confiere al síndrome anoréxico un efecto organizador. Tiene en cuenta además, los conflictos familiares y vinculares.

Cuanto más precoz es el comienzo, más fácil desmontar la situación conflictiva. Insiste en la necesidad de establecer una alianza terapéutica positiva. Las reacciones terapéuticas negativas son habituales en este tipo de pacientes como una forma de mantener a salvaguarda su omnipotencia narcisista (Jeammet, P., 1994).

Integramos el pensamiento de Jeammet, afín a las ideas de la Escuela Psicosomática de París, porque es uno de los autores de referencia en este tema, aunque la perspectiva teórica, es la más distante a la nuestra.

No concordamos con el énfasis que se hace sobre el pensamiento o la fantasmática de estas pacientes, en detrimento de los afectos. Pensamos también, que la figura materna, es central en el desarrollo emocional y que las perturbaciones del vínculo temprano, pueden dar lugar a muchas patologías, no sólo a la anorexia nerviosa.

Deja de lado a nuestro entender, la comprensión de lo específico de esta expresión patológica.

En nuestro medio, el enfoque teórico-clínico de la doctora Bagattini, tiene grandes coincidencias con los planteos de Jeammet. Piensa que el cuadro clínico es el producto de conflictos que se sumergen en un mundo más primitivo que el edípico y le otorga un papel central a la dificultad de elaborar la pérdida dolorosa de la unidad narcisista omnipotente y la fantasía de completud con la madre. Las fallas importantes del psiquismo de estos pacientes, se relacionan con la falta o ausencia de las marcas significantes del deseo del otro o la existencia de marcas de alta carga tanática. El ideal y el paradigma de perfección inalcanzable, tienen todas las características del Yo ideal. El cuerpo para ella, no es un cuerpo del “como si”, el cuerpo de la ecuación simbólica, sino que es un cuerpo que simplemente “es”. En la adolescencia para asumir la sexualidad, se resignificarían angustias más arcaicas que no han sido elaboradas. En el abordaje diagnóstico existen también coincidencias con los planteos de Jeammet, así como una necesidad de equipo interdisciplinario y de valoración diagnóstica protocolizada (Martínez de Bagattini, C., 1996 y 2002).

Gonzalo Varela, realizó un recorrido por la obra de Freud y diferenció la anorexia histérica de la anorexia nerviosa, más cercana a la melancolía. Hizo la propuesta de que en estos pacientes habría una patología en las formaciones ideales y pensaba que la anorexia es el fracaso de una crisis adolescente, en la que está particularmente comprometido el narcisismo (Varela, G., 1999).

Fedora Espinal de Carbajal, muestra en sus trabajos, cómo “la imagen corporal se ‘construye’ en la relación intersubjetiva en la que el sujeto es procreado, nace y vive. Es en el encuentro con la madre y a través de las vivencias de satisfacción y de dolor, que se establecerá la relación con el objeto, su búsqueda o su rechazo, las huellas mnémicas,

los recuerdos y se instalará el deseo. En estas pacientes encontramos una falla en el investimento materno. Encontramos una alteración de la percepción del propio cuerpo, distorsión de la imagen corporal con un ideal de extrema delgadez”. Para la autora, “irrumpe un potencial alucinatorio en el cual se confunde la percepción directa del objeto y la percepción de la imagen del objeto, en este caso del cuerpo” (Espinal de Carbajal, F., 1991).

De los autores de nuestro medio, nos sentimos más afines a los aportes de Gonzalo Varela, en cuanto a la expresión de crisis adolescente y la patología en la formación de ideales, porque los Ideales del Yo participan en la construcción de la identidad.

Tanto en los planteos de C. Bagattini como de F. Espinal, que le otorgan un elemento central al investimento del deseo materno y a la pérdida dolorosa de la unidad omnipotente con la madre, pensamos que estos aspectos por ellas destacados, podrían desencadenar en cualquier otro tipo de trastorno y no necesariamente en una anorexia nerviosa o una bulimia. Creemos que el énfasis está excesivamente inclinado hacia la función materna y no debemos olvidar el papel importante del Yo de las pacientes y sus recursos, para elaborar o repetir fijaciones patológicas arcaicas.

La propuesta de C. Bagattini, deja de lado que estos síndromes puedan coexistir con un funcionamiento neurótico de la personalidad y una conflictiva edípica y otras veces, con un funcionamiento más arcaico de la personalidad, por lo que las significaciones por ella propuesta, no se aplicarían a todas las pacientes por igual.

Nuestra propuesta para la comprensión psicoanalítica de la anorexia nerviosa

Tengamos presente que el diagnóstico de anorexia nerviosa existe desde el siglo V y que el de bulimia es de los últimos 20 años. Del siglo V al siglo XVIII los trastornos anoréxicos transcurrían fundamentalmente dentro los monasterios. Recién en el siglo XIX se le da el estatuto de patología y en 1873 Lasegue clasifica los criterios de la enfermedad (Lofrano, V. y Labanca, R., 1995). Cuántas hubo dentro de los conventos, no sabemos, cuántas hay hoy, es más posible saberlo. Lo que nos parece importante es destacar que desde que se ubican los ítems del síndrome hasta hoy, éstos se han mantenido prácticamente incambiables, esto es que las anoréxicas religiosas presentaban el mismo síndrome que las anoréxicas de nuestra época. La explicación consciente de su enfermedad era otra, porque mientras ellas invocaban motivos religiosos como los referidos en el historial de Catalina de Siena, las anoréxicas de hoy invocan motivos estéticos.

Lo que en Catalina de Siena se desencadenó cuando su madre comenzó a planear su casamiento a los 12 años, huyendo hacia el ideal religioso que se oponía a todo materialismo, puede desencadenarse hoy en una joven cuando se siente exigida a una “femineidad prefabricada” que no puede adoptar, a un embarazo no deseado o a una confusión o conflicto con el modelo de identidad femenina que observa en su madre, por poner sólo algunos ejemplos.

Nos parece importante ser cuidadosos en no ubicar estos motivos como la “causa” del trastorno. A nuestro entender, el desencadenante de la historia personal o el motivo facilitado por el contexto social para una patología, son las explicaciones conscientes de la significación inconsciente que debe tener elementos comunes que trascienden todas las épocas.

Diríamos entonces que el síndrome anoréxico tendrá un significado específico, aunque se presente “usando” como motivos conscientes los lenguajes de la época.

Veamos primero el significado de los distintos elementos del síndrome para luego comprenderlo en su conjunto.

Anorexia- Del griego *anorexis*, compuesto de A. sin, N. letra eufónica o de enlace y *Orexis*, apetito, ganas de comer (Corominas, J., 1987).

El término da cuenta de una falta de: “sin ganas de comer”, o lo que observamos como rechazo del alimento. El alimento es la sustancia material necesaria para la vida, que asegura la función de nutrición. Definimos como *nutrición normal el proceso que incluye un conjunto de funciones, cuya finalidad es proveer al organismo de la energía y de los nutrientes necesarios para mantener la vida, promover el crecimiento y reemplazar las pérdidas, desde la concepción hasta la muerte.*

Entendemos por trastornos de la conducta alimentaria, toda modificación patológica de la función de nutrición normal, tanto en cantidad como en calidad. De esta definición se desprende que: la nutrición es mucho más que lo que conocemos como oralidad. Cabe recordar que durante la vida fetal el aporte nutricional es fundamental para el rápido crecimiento de la embriogénesis y lo que conocemos como oralidad aún no está presente. Además del período fetal y posteriormente la infancia, el otro momento de primordial importancia de la función de la alimentación y este sí, en relación con la oralidad, es la adolescencia. *Embriogénesis y pubertad son entonces las dos etapas en que en un menor lapso de tiempo asistimos a un mayor desarrollo corporal.* Además en la pubertad se produce la definición de la identidad, fundamentalmente la identidad sexual, en relación con el desarrollo de la forma corporal correspondiente.

Chiozza, L. (1963) en “Psicoanálisis de los trastornos hepáticos”, propone que el rechazo y el asco son actitudes que denotan ansieda-

des persecutorias frente al Ideal. El alimento es el que posibilita la materialización del Ideal, que en la etapa fetal es la embriogénesis, “hacerse” y en la etapa adolescente “crecer y madurar” para definir la identidad de ese “ser”. El Ideal a materializar es en la mujer, la identidad femenina, lo que por supuesto se corresponde con una forma femenina. Siguiendo estas ideas Brutti, C. y Parlani, R., (1992), propusieron que la falta de apetito “esconde la fantasía inconsciente de evitación de la forma, el vaciamiento de la propia forma percibida como horrible”. Coincidimos en parte con esta propuesta, en cuanto a evitar materializar la forma, pero más que un vacío, pensamos que hay un deseo de materializar una forma cuya “idea, plano o proyecto”, se opone a lo que está naturalmente destinado y que muchas veces es el producto de una pseudoidentificación con un Ideal impuesto por otros. Esos otros pueden ser el modelo materno, el modelo cultural o el modelo “imaginado” como “Ideal de Perfección”, pero que resulta imposible de materializar porque no es el producto de un deseo propio, o ese deseo está en conflicto con algunos de estos modelos, que funcionan como un Yo ideal que se impone. La forma natural a concretar es femenina y como tal posee características propias, que cuando se logra, la reconocemos realizada en plenitud, como el florecimiento de la potencialidad, de lo que se “es” en esencia. Este ataque inconsciente a la materialización de su forma, se relaciona con otro elemento del síndrome: el adelgazamiento.

Adelgazamiento

Destacamos anteriormente, que no hay una relación directa entre disminución de la ingesta y adelgazamiento. No obstante, cuando una condición adquiere tal grado de importancia prácticamente se transforma en suficiente. Pero ¿a expensas de qué se produce la reducción del peso?: fundamentalmente del tejido adiposo. Recién en casos graves se llega a afectar la reserva proteica.

El tejido adiposo es el responsable de la reserva energética del organismo, necesario para el crecimiento y desarrollo corporal. Es responsable también de la “forma normal” de cada etapa de la vida. En la mujer, desde la adolescencia, el depósito adiposo se ubica en zonas que definen su cualidad femenina. Cuando se logra armónicamente decimos que una persona “está en forma”. En su investigación sobre “Las fantasías adiposas en la obesidad”, Chiozza, L. (1996), propone que lo específico del tejido adiposo es la significación del sentimiento de potencia. La potencia, es la combinación entre el tener “con qué” y el “saber cómo”.

La materia sería uno de los elementos del “con qué”, que nos permite sentirnos capaces y potentes para realizar nuestros deseos. Cuan-

do existe un conflicto y se quiere evitar esa realización, podemos hacerlo reduciendo o anulando el “con qué”. El adelgazamiento sería la expresión equivalente de un sentimiento de impotencia, en el cual el Yo (en forma inconsciente y por la existencia de un conflicto), anula el “con qué”, para evitar en este caso materializar la forma femenina que requiere del depósito adiposo en determinados lugares del cuerpo. (Chiozza, L., 1996).

Amenorrea

La menarca es en la mujer el ingreso a la etapa femenina genital y potencialmente procreadora. Es la representante junto con otros cambios del paso de niña a mujer. No menstruar, sería un síntoma que expresaría el deseo inconsciente de mantenerse en la niñez o en una etapa prepuberal. La menstruación es además, la evidencia manifiesta de numerosos cambios hormonales, que definen “lo femenino” en múltiples aspectos.

Si integramos todos los elementos del síndrome diríamos que: una paciente que padece anorexia nerviosa está expresando la imposibilidad de tolerar ser consciente de su sentimiento de impotencia para materializar su identidad sexual femenina y adulta.

Sería el mensaje corporal de un conflicto con la identidad femenina, que puede comprometer aspectos más cercanos a la genitalidad, como vemos en los pacientes en que la patología se desencadena ante frustraciones amorosas o aborto; y otras veces el conflicto en la consolidación de la identidad sexual, denuncia una falla de la identidad primaria básica, lo que se pone de manifiesto en los cuadros más graves. El no poder “ser mujer”, puede a veces llegar a comprometer el no poder, ni siquiera, “ser”. El ataque inconsciente a la identidad femenina en conflicto, es de tal gravedad, que devela un ataque a la vida y a la existencia misma.

Todo síntoma se desencadena por una frustración actual. Cuando más evolucionado sea el desarrollo alcanzado, menos posibilidad de “regresión”, (que sabemos es en realidad, actualización de una etapa más temprana del desarrollo). Ante una frustración actual, el síndrome anoréxico podrá presentarse coexistiendo con un funcionamiento adolescente de la personalidad y es un modo de expresión de crisis de esa etapa; o podrá expresar la actualización de un funcionamiento infantil muy temprano que ressignifica angustias, ansiedades y modos de vinculación con los otros y el mundo que se asemejan a la vida fetal o postnatal inmediata.

Con el placer sexual y oral reprimido de expresarse en forma normal y adecuada por los conflictos, algunos autores proponen, que el placer del erotismo reprimido, sería desplazado a la erotización del rechazo al alimento (Brutti, C.y Parlani, R., 1992; Jeammet, P., 1994),

aspecto que compartimos. Pensamos también que la intensa actividad física de estos pacientes o su gran interés intelectual, también serían expresiones de una erotización desplazada.

La propuesta de un significado específico del síndrome, aporta una pieza para la comprensión del drama de estas pacientes. Por supuesto que cada persona es única y que por lo tanto todo esto debe integrarse al contexto actual, a la historia de vida y los vínculos de cada paciente. La integración de todos estos elementos nos permite comprender el padecimiento y el drama en cada caso. Por este motivo tal cual lo mencionamos antes, evaluamos a los pacientes con técnicas de valoración completa y profunda, como son el Estudio Patobiográfico o las Entrevistas Diagnósticas y Devolución. Procesamos el material obtenido en equipo y efectuamos la indicación terapéutica más adecuada para cada paciente.

Comprensión psicoanalítica de la bulimia

A diferencia de la anorexia nerviosa, como dijimos, la bulimia es un trastorno de los últimos 20 años y se presenta en edades mayores de la vida. De su diagnóstico se desprende que es un trastorno más específicamente alimentario.

Etimológicamente bulimia significa “hambre de buey” (Corominas, J., 1987). Es una patología cuya característica fundamental está dada por un modo voraz de comer (con o sin conductas purgativas acompañantes) que compromete tanto la cantidad como la velocidad de la ingesta. Para Klein, cierto grado de voracidad es parte del modo de alimentarse del bebé, por sus ansias de gratificación y por su necesidad de nutrientes. Para Chiozza, “cuando la voracidad funciona en armonía con el Yo... se integra dentro del comer normal” (1997, p. 52). Para ambos autores la voracidad además de un modo de comer, es también un afecto, que en su cualidad patológica Klein (1957) lo define como un deseo vehemente insaciable, que excede lo que el Yo necesita y lo que el otro puede dar. Chiozza pone énfasis en tres características de la voracidad patológica: a) la sensación de aprovechar “ahora o nunca”, b) una actitud que evidencia una amenaza de despojo, c) la tentación de “incorporar algo vivido como inalcanzable y que se presenta circunstancialmente como “a pedir de boca” (Corominas, J., 1987, p. 57). Cuando la voracidad se presenta como rasgo de carácter, continúa diciendo Chiozza “se trataría de una persona hambrienta de oportunidades y temerosa de que le sean arrebatadas” (Corominas, J., 1987, p. 56). La voracidad patológica, podría expresarse: como una forma de comer, un afecto o un rasgo de carácter. Todo lo dicho sobre la necesidad de alimento y la nutrición normal, que integramos para la comprensión del trastorno anoréxico nos

ayuda también para entender el trastorno bulímico. La incorporación de alimentos está al servicio de la vida, la materialización de la personalidad y la identidad, como ya vimos. Pero la necesidad de “lo material”, no termina con la vida y la consolidación de la existencia propia. Para materializar cualquier otro tipo de proyecto vital, siempre necesitamos tener “con qué”. La bulimia sería el equivalente en el trastorno alimentario del estado afectivo, que describimos como voracidad. Cuando este trastorno se presenta en la adolescencia, su significación compartiría algunos aspectos de lo dicho en la anorexia nerviosa, porque esta forma de comer (y el vómito que a veces la acompaña), impide la incorporación normal de los alimentos, lo que compromete el desarrollo y la maduración. Sería otra forma inconsciente de impedir materializar la identidad sexual femenina y adulta.

Pero la bulimia habitualmente se presenta, sin descenso de peso, sin amenorrea y en pacientes de más de 20 años. Estas características nos hacen pensar que el conflicto compromete otros aspectos, otras materializaciones, otras realizaciones diferentes de la identidad, aunque vinculadas a ella. El ingreso a la adultez, implica la progresiva consolidación de proyectos: vocacionales, amorosos, laborales. *Pensamos que una paciente con bulimia estaría expresando en el trastorno alimentario, una voracidad (afecto) “reprimido”. Estado afectivo que no es tolerado en la conciencia, pero con la bulimia denuncia a un Yo que siente que está fracasando en la concreción de sus deseos, e inconscientemente cree que incorporando “más, ahora y todo” lo que se le presente, logrará sus objetivos.* Las realizaciones como dijimos no depende sólo de tener “con qué”, sino de saber “cómo”. El “cómo”, es también, saber cuánto, cuándo, capacidad de espera y tiempo de digestión-elaboración. Además con esta forma de incorporación-apropiación entera, sin masticar-desmenuzar, lo incorporado resulta indigerible-inasimilable, por lo cual es indigesto o se lo debe vomitar-expulsar. El bulímico es un frustrado e insatisfecho, pero no de comida (aunque intente inconscientemente compensarlo con ella), sino que es un insatisfecho, de realizaciones, de materializaciones que cree y teme además, que otros se apropien de lo que él necesita y logren así aquello en lo que él está fracasando.

Esta significación que proponemos como nudo central del paciente bulímico, merece las mismas consideraciones que hicimos para la anorexia nerviosa, esto es, la integración del síntoma en el contexto actual, con la resignificación histórica particular de cada paciente.

Algunas reflexiones sobre las características de la sociedad contemporánea

Dado lo vasto y apasionante de abordar este tema nos limitaremos a describir sólo algunos aspectos que contribuyen a nuestro entender a *favorecer la emergencia de las patologías* que nos ocupan.

a. El importante lugar de la imagen en nuestra cultura. Imagen en tanto comunicación, TV, video, computación, imagen en tanto aspecto externo individual tanto corporal como conductual que debemos tener para insertarnos con éxito en nuestro tiempo. Una cuota parte de la adecuación al contexto social es cualidad normal para todas las épocas, tanto para el hombre como para la mujer y mal se inserta en una sociedad quien rompe y va contra los cánones de su época. Lo que llama nuestra atención es qué imagen exige nuestra sociedad y a qué grado estamos subordinados a ella. Sabemos todos que la estética de nuestra época tanto para el hombre como para la mujer proclaman la delgadez, la belleza corporal y una estilización de la figura que subordina el cuerpo vivo al talle de la ropa o a la figura del maniquí. Imagen que no sólo estiliza sino que uniformiza al hombre y a la mujer, en tanto borra formas externas de diferenciación corporal.

La imagen además no es sólo forma corporal, sino es todo lo que la sociedad impone como “un deber ser”, en actitudes, valores, logros y realizaciones personales.

b. Profundas transformaciones de roles tanto para el hombre como para la mujer, que se expresan en los cambios laborales, familiares y de identidad sexual de nuestra época. ¿Qué es ser hombre o ser mujer en nuestra cultura?, qué es lo femenino y lo masculino, está en profundas transformaciones, si a esto agregamos la creciente homosexualidad y la cada vez más frecuente bisexualidad, no es nada difícil entender que esta multiplicidad de modelos identificatorios dificulten en el niño y el adolescente el desarrollo de la personalidad y de la identidad.

c. El ser humano es la especie de seres vivos que necesita de un mayor período de dependencia para su desarrollo. Los vínculos tempranos se han visto modificados a la luz de los cambios y repercusiones de nuestra época. Los tiempos de lactancia, de relación materno filial, la permanencia hogareña se ha visto progresivamente acortada o modificada a la luz de los cambios familiares, tanto por los roles materno y paterno, como por las necesidades económicas de nuestro tiempo. La realidad es que más precozmente el niño debe enfrentar un desarrollo que transcurre mayoritariamente fuera de la relación con sus figuras parentales y con su hogar.

- d. Escuchamos algo que nos parece elocuente de la vivencia del ser humano de nuestra época y es que el hombre contemporáneo vive en un espacio que cada vez experimenta como más chico y en un tiempo que cada vez siente como más corto. Esta vivencia de despojo tempororo-espacial, creemos que no es ajena a la avidez del hombre actual. Queremos todo y ya, la actitud del hombre contemporáneo es voraz, no sólo en la oralidad sino en todo lo que atañe a lo material. Los vínculos afectivos tampoco están ajenos a esta avidez. Perentoriedad témporo espacial que conspira contra los procesos madurativos, imprimiéndole al ser humano un apuro que dificulta sus necesarios tiempos para el desarrollo, maduración, expresión y elaboración de sus afectos.
- e. El “deber ser” de nuestra época at ne cada vez a más aspectos. Es casi una vida por mandato, no sólo cómo debemos ser físicamente, sino cómo debemos vivir, qué debemos comer, qué no debemos comer, cómo debemos vestirnos, qué debemos comprar, y cómo lo debemos pagar. Vivimos en una época en que hay cursos para todo, a tal punto que uno se pregunta cómo hemos existido hasta ahora sin que nadie nos enseñara. En ese “deber ser” somos títeres de poderosos intereses económicos que nos trascienden y nos manejan. Basta recordar que la industria de la alimentación, la farmacología y la vestimenta están a la cabeza del poder o económico mundial. No podemos dejar de incluir aunque nos cueste y nos duela, el narcotráfico, la Banca Internacional y los fabricantes de armas.

Podemos comprender a la luz de todo lo expuesto a la anorexia mental como la expresión de una importante dificultad para el logro de una identidad adulta, femenina y sexual y a la bulimia, como la expresión alimentaria de una personalidad voraz, amenazada por el temor al despojo de necesidades materiales y oportunidades, ambas favorecidas por las características del mundo contemporáneo. Quienes están más precoz y profundamente perturbados, más sucumben y más difícil les resulta resolver todas estas dificultades que la realidad les presenta.

Es importante reflexionar porque todos somos responsables del mundo en que vivimos y aquello por lo que padecemos tanto individual como socialmente es algo que nosotros mismos en parte creamos. Sólo desde este lugar de responsabilidad, podemos ser individuos participantes de nuestros propios procesos de curación y de los cambios necesarios para prevenir que es la mejor forma de curar.

Una experiencia clínica

Ana y los pollitos

La atendí por primera vez en la Policlínica Psiquiátrica del Hospital de Clínicas. Para hacer el diagnóstico bastaba con solo mirarla, delgadez extrema, palidez anémica, pelo fino y quebradizo, piel seca y edemas de miembros inferiores que llegaban hasta la rodilla y le impedían calzarse. Había recorrido diferentes policlínicas del hospital, dietista, gastroenterólogo por su acidez, endocrinólogo porque hacía más de un año que no menstruaba, hasta que fue derivada a la Policlínica Psiquiátrica.

De lo que conversé con ella en esa primera entrevista, supe que tenía 19 años, vivía en una granja con sus padres en las afueras de la ciudad, donde se criaban animales para la venta y la fabricación de productos chacinados. Era la menor de tres mujeres, la mayor vivía en el exterior, la otra casada con dos hijos vivía cerca de su casa.

Su descenso de peso comenzó después de la amenorrea. Según ella empezó a sentir rechazo por la carne y a comer solo frutas y verduras. Por esa época había perdido un examen, justificaba en ese hecho y en un cambio de gustos, la modificación de su ingesta.

Era notorio su buen nivel intelectual, así como la gran racionalización defensiva de todo lo que le pasaba, minimizando todos sus síntomas, menos los edemas que era lo que quería le ayudaran a solucionar. Negaba todo tipo de problemática emocional tanto personal como familiar. Por los conocimientos que había adquirido en mi actividad de ese momento como psiquiatra y psicoterapeuta de la Unidad de Alimentación Artificial del Hospital de Clínicas, prioricé su desnutrición severa en la que había que evaluar el grado de riesgo y le propuse a la paciente que concurriera al día siguiente para coordinarle una consulta especializada que aclarara el por qué de sus edemas y que viniera acompañada de un familiar por si debía esperar por el resultado de los exámenes. No mencioné ningún aspecto de mi impresión sobre su estado de gravedad, ni tampoco insistí en obtener más información porque temí que su actitud defensiva se intensificara. Tuve en cuenta de realizar una cuidadosa ficha personal con dirección y teléfono como parte de la historia. Al día siguiente la paciente no concurrió. Podía haber derivado al servicio social los datos para que la citaran, pero sentí que el tiempo apremiaba y la llamé por teléfono. Reconocí su voz, pero se identificó como un familiar de la paciente y me preguntó por qué era el llamado. Aceptando el “engaño”, le hablé como si así fuera, pero diciéndole todo lo que en realidad estaba dirigido a ella: que había visto a Ana el día anterior, que la cité para una consulta con un especialista, que estaba preocupada porque no había

concurrido, que por favor le transmitiera que aunque al día siguiente no era mi día habitual de consulta (lo que era cierto), yo iba a ir por ella para esperarla.

Al otro día de mañana temprano Ana estaba en la policlínica con su mamá. Mientras era evaluada por el equipo de la Unidad de Alimentación, tuve una entrevista con la madre. Me contó que encontró a Ana muy angustiada luego de mi llamado, con lo cual ella aprovechó la oportunidad para convencerla de venir. Desde hacía tiempo su hija estaba mal, con conductas extrañas, se pasaba cocinando, leyendo recetas de cocina, escribiéndolas a máquina, pero sin comer nada de lo que hacía. Estaba socialmente aislada y rechazaba todo tipo de tratamiento que tuviera que ver con su actitud hacia la alimentación. Sólo aceptaba consultas que tuvieran que ver con otros síntomas, ésta fue la primera vez que vino a Psiquiatría.

La evaluación nutricional puso en evidencia durante el examen físico, que la desnutrición y la alteración hormonal eran tan importantes, que había perdido todos los caracteres sexuales femeninos, tales como: desarrollo mamario y ausencia de vello en todo el cuerpo. De todos estos elementos y los análisis de sangre, surgió la indicación de internación urgente, que si Ana no aceptaba, debía llevarse a cabo contra su voluntad con la firma de sus padres. Los padres que estaban ambos presentes al momento de los resultados, expresaron que firmarían si Ana no aceptaba porque sabían que estaba mal y no querían que su hija corriera más riesgos. Luego que los médicos le comunicaron a Ana la indicación de internación y ella se negó, tuve una entrevista a solas. Espontáneamente reconoció que vino por mi llamado, que se hizo pasar por un familiar pero que estaba cansada de los médicos y de los tratamientos por lo que no se iba a internar. Le dije a Ana que yo también la reconocí, que tal vez ya era hora de hablar con la verdad y la verdad más importante era que ella corría riesgo de vida y que si no era capaz de poder reconocerlo en ese momento, quienes nos dábamos cuenta, debíamos cuidar de ella, que aunque se enojara tal vez después pudiera entenderlo y aceptarlo y lo hablaríamos de otra manera como lo hicimos ahora con la llamada telefónica. Ana igual se negó a la internación que se realizó en forma compulsiva y amenazó con matarse. A pesar de lo dramático de esta posibilidad sentí que fue una forma de hacer explícito, lo que en realidad estaba llevando a cabo con su enfermedad. Su enojo conmigo era enorme, por lo que le dije que continuábamos hablando al día siguiente. Se tomaron todas las medidas necesarias para que Ana estuviera siempre acompañada y los cuidados de enfermería necesarios, para que no corriera ningún riesgo. Al día siguiente en la reunión de equipo de la Unidad, se propuso iniciar la alimentación por sonda o por vena, dado los resultados de los exámenes. Pensé que esto sería vivido por Ana

como otro ataque, por lo cual propuse, si era posible realizar hidratación y esperar para ver si mi trabajo con ella modificaba su actitud, evitándose así nuevamente una acción por imposición. Mi esperanza estaba en la posibilidad de que surgiera en Ana el deseo de vida que en algún lugar habitaba en ella, porque a pesar de sus amenazas no había hecho ningún intento para dañarse. De ahí en más empecé a verla diariamente y a llamar por teléfono todas las noches para saber cómo estaba, llamadas que eran transmitidas a la paciente. Las primeras sesiones fueron intensamente agresivas hacia mí, angustiada por el encierro, me recibía con largos silencios, con reproches o escribiendo delante de mí recetas de cocina que leía, ignorando mi presencia o diciéndome que ella sabía lo que le convenía y cómo resolverlo. Tenía la impresión que todo el tiempo intentaba provocar que sus agresiones produjeran en mí, una reacción que le permitiera justificar aún más su enojo. Mi actitud se mantuvo en la contención afectiva, en la comprensión por su angustia pero en la firmeza de la decisión tomada. Encontré en las recetas de cocina un motivo de diálogo posible, al interesarme por las mismas y conversar sobre ellas, su agresión fue disminuyendo y pude empezar a integrar preguntas que Ana fue respondiendo casi sin darse cuenta: desde cuándo las escribía, qué le gustaba más, cuándo empezó a cocinar, hasta que pudimos llegar al momento en que dejó de comer. De a poco fuimos retrocediendo en el tiempo y llegamos a hablar de ella como estudiante, como hija, como hermana, de todos los intereses que habían formado parte de su vida y fueron quedando por el camino. Las sesiones además de ser diarias eran más largas que una sesión habitual de terapia, lo que posibilitó un intenso trabajo. En la quinta sesión me dijo que sintió ganas de comer. Decidí al día siguiente, concurrir a la hora del almuerzo y pedir que le llevaran una bandeja con comida cuando yo estuviera presente. Cuando vio llegar la comida me miró y como el bebé que complace a su madre tomó la cuchara y la llevó a la boca. Sólo sonreí y esperé que comiera lo que ella deseara. No hice interpretaciones y Ana tampoco habló. Luego de ese día comenzó a comer, sólo se le hizo suplemento vitamínico vía oral mientras se fue restableciendo su peso. Del contenido de esas diez primeras sesiones y de algunos elementos aportados en la entrevista con los padres, haré un breve resumen de algunos aspectos de la historia de Ana. Había nacido de parto normal. Sufrió episodios graves de laringitis infantil por lo que fue muy sobreprotegida por su madre. Era una niña alegre con buen rendimiento escolar y muy exigente de sí misma. Le costó mucho la adaptación y el cambio al liceo, pudo recordar que la primera vez que sintió asco por la comida fue cuando almorzando con su mejor amiga, ésta le cuenta a Ana que se estaba dedicando a la prostitución. La angustia que le generó a Ana la llevó al deseo de ayudarla pero al mismo tiempo se interiorizó

de detalles de la vida de su amiga que la angustiaban más aún. Su dolor se acrecentó, cuando se entera que el chico que a Ana le gustaba, la deja por esta amiga. Comenzó a encerrarse, por esa época fue que perdió por primera vez un examen, se sentía realmente sola, lo que la llevó a volcarse mucho hacia su madre aunque sin decirle nada. Sin darse cuenta fue cambiando cada vez más, no solo dejó de comer y comenzó a cocinar, sino que además se empezó a impactar ante la muerte de los animales en la granja, algo que antes era natural. Todo esto aumentó su encierro y su aislamiento. Algunos de estos aspectos de su historia se fueron elaborando durante el proceso terapéutico realizado en la internación que duró dos meses. Trabajamos en forma diaria durante el primer mes y tres veces por semana durante el segundo. Antes del alta definitiva hubo altas transitorias de fin de semana para facilitar la reintegración a su hogar y evaluar las reacciones de Ana. De los elementos mencionados en su historia, encontramos situaciones que podemos suponer se conjugaron y contribuyeron a la emergencia de los síntomas: el descubrimiento a los 17 años de una sexualidad sentida como sucia, relatada y vivida por su mejor amiga (alguien que podemos suponer que como amistad adolescente representaba una imagen especular de sí misma), el dolor de la frustración amorosa sumado a la vivencia de traición de parte de su amiga y del chico que le gustaba, su primer fracaso intelectual con la pérdida del examen. Todo esto impactó en su identidad en desarrollo, llevándola a una huida y a un retroceso patológico grave y abrupto, equivalente a lo imprevisible y traumático de todas sus situaciones dolorosas. Debemos además integrar la significación consciente, que de la muerte se produce en la adolescencia, sintiendo como traumático y angustiante, lo que hasta ese momento había sido natural. En este aspecto se integraron otras significaciones que comprometían la relación inconsciente entre alimentar (animales) para matarlos o hacer con ellos productos chacinados o permitirles tener cría, que también estaban destinadas a morir. El mundo en general y hasta el pequeño mundo de su casa, se le tornaron amenazadores. Intentó como último recurso el refugio materno, pero creo que su angustia era tan intensa que la represión y la regresión conspiró contra la posibilidad de todo diálogo. Las vivencias, los recuerdos y los afectos estaban allí, pero eran tan inasimilables e indigeribles para ella, como las recetas que escribía y la comida que cocinaba.

Al tercer mes se produjo el alta definitiva e iniciamos la psicoterapia ambulatoria de tres sesiones semanales. Para ese entonces mi embarazo era notorio, lo que significó para Ana un gran impacto que reactivó angustias y conflictos que se pusieron en evidencia en algunas reapariciones de sus síntomas que pudieron ser terapéuticamente abordadas y superadas. Uno de los momentos más conmovedores de

su proceso de análisis, fue la última sesión previa a mi parto cuando llega con varios pollitos que había comprado cerca de mi consultorio. En un acto que simbolizaba su identificación conmigo, dejó emerger su deseo femenino maternal. Hablamos en esa sesión sobre los hijos, la maternidad y el deseo de que algún día a ella le sucediera lo mismo que a mí. Aunque no desestimé la posibilidad de los celos por mi futuro hijo, creo que primó el significado antes referido como luego lo corroboró la evolución.

Su proceso de análisis duró seis años, habiendo recuperado la menstruación a los dos años. El mismo permitió a Ana concluir una carrera universitaria, irse a vivir sola y formar después una pareja. Durante años recibí una tarjeta para las fiestas con noticias suyas. Por lo que pude saber durante todo ese tiempo, Ana estaba en familia, teniendo y criando sus propios “pollitos”.

BIBLIOGRAFÍA

- Brusco, O. J., (1980), *Compendio de Nutrición normal*, López librerías Editor, Buenos Aires.
- Brutti, C. y Parlani, R., (1992), Una nueva mirada sobre la “Anorexia”, Conferencia presentada en el Encuentro Rioplatense sobre “Psicoanálisis de los Trastornos Orgánicos”, diciembre, Montevideo.
- Corominas, J., (1987), *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana*, Gredos, Madrid.
- Chiozza, L., (1963), *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, Biblioteca CCMW, Buenos Aires, 1984.
- (1996), “Las fantasías adiposas en la obesidad”, en: *Del afecto a la afeción*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1997.
- (1997), “Significados inconscientes específicos de enfermedades dentarias”, en: *Del Afecto a la Afeción*, Alianza Editorial, Buenos Aires.
- DSM-IV, (1995), *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, Masson.
- Espinal de Carbajal, F., (1991), “Anorexia mental. Momentos significativos de un análisis”, *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, N° 74, Montevideo.
- Espinal de Carbajal, F., (2002), “Imagen corporal en Anorexia y Bulimia”, 2° Congreso de Psicoanálisis, XII Jornadas Científicas. El Cuerpo en Psicoanálisis, Asociación Psicoanalítica del Uruguay, Montevideo.
- Freire de Garbarino, M. y Maggi, I., (1990), *Adolescencia*, Ed. Roca Viva, Montevideo.

- Freud, S., (1892-1893), "Un caso de curación por hipnosis", *Obras Completas*, Tomo I, Amorrortu, 1983.
- Freud, S., (1893), "Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos: comunicación preliminar", *Obras Completas*, Tomo II, Amorrortu, 1983.
- Freud, S., (1893-1895), "Señorita Anna O.", *Obras Completas*, Tomo II, Amorrortu, 1983.
- Freud, S., (1893-1895), "Señora Emmy Von N.", *Obras Completas*, Tomo II, Amorrortu, 1983.
- Freud, S., (1895), "Manuscrito G. Melancolía", *Obras Completas*, Tomo I, Amorrortu, 1983.
- Freud, S., (1918), "De la historia de una neurosis infantil", *Obras Completas*, Tomo XVII, Amorrortu, 1983.
- Jeammet, P. (1994), "Anorexia y Bulimia", *Zona Erógena*, N°18, Buenos Aires.
- Klein, M., (1952), "Algunas Conclusiones Teóricas sobre la Vida Emocional del Lactante", *Obras Completas*, Paidós, Buenos Aires, 1983.
- Klein, M. (1957), "Envidia y Gratitud", *Obras Completas*, Paidós, Buenos Aires, 1983.
- Lain Entralgo, P., (1984), *Antropología Médica*, Salvat, Barcelona.
- Lofrano, V. y Labanca, R. (1995), "Historia de la Anorexia Nerviosa", en: *Anorexia y Bulimia*, Ediciones Funtadip, Buenos Aires.
- Martínez de Bagattini, C., (1996), "Trastornos de la Alimentación Anorexia-Bulimia. Perfil clínico y abordaje terapéutico de la 1ª Etapa de tratamiento", *Temas de Psicoanálisis*, N° 23, Asociación Psicoanalítica del Uruguay, Montevideo.
- Martínez de Bagattini, C., (2002), "Trastornos alimentarios severos. El proceso de enfermar", 2º Congreso de Psicoanálisis-XII Jornadas Científicas, El Cuerpo en Psicoanálisis, Asociación Psicoanalítica del Uruguay, Montevideo.
- Tato, G., (1984) "Tratamiento Multidisciplinario de pacientes sometidos a Alimentación Artificial. A propósito de 173 casos", Presentado en 2das. Jornadas Argentinas y 1ras. Jornadas Rioplatenses de Nutrición Enteral y Parenteral, noviembre, Buenos Aires.
- Tato, G., (1992), Panel: "Abordaje Interdisciplinario de los Trastornos de las Conductas Alimentarias", V Congreso Uruguayo de Psiquiatría, Octubre, Montevideo.
- Tato, G., (1996), Panel: "La Violencia, la Anorexia y la Bulimia. Perspectivas terapéuticas", Jornadas de APPIA, "Perspectivas Terapéuticas de los Trastornos de la Alimentación", octubre, Montevideo.
- Tato, G., (1998a), "Bulimia y Anorexia. Perspectivas diagnósticas y terapéuticas", 5ª Jornadas de Actualización en Medicina y Pediatría Ambulatoria, 3ª Jornadas de Nutrición, Montevideo.
- Tato, G., (1998b), "Estudio Patobiográfico. Reflexiones de ocho años de experiencia desde la práctica y la teoría", *Cuando el cuerpo habla. Enfoque psicossomático del enfermar*, Ediciones Trilce, Montevideo, (1999)
- Tato, G., (2000), "Enfermedad hacia un nuevo milenio", Jornada de la Sociedad de Gastroenterología del Uruguay, IMPASA, Montevideo.
- Varela, G., (1999), "Las formaciones ideales en la Anorexia", *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, noviembre, Montevideo.

TERCERA PARTE

COMPRESIÓN PSICOANALÍTICA DE LOS FORÚNCULOS

A punto de explotar*

Introducción

Las enfermedades de la piel son trastornos frecuentes. La adolescencia es una etapa en que estas patologías adquieren una relevancia especial por la significación de la piel. El acné, los forúnculos, las alergias, etcétera, los padecen gran parte de los jóvenes, a tal punto que por frecuente, casi se consideran normales, pero como hemos expresado no debemos confundir, común con normal. La atención clínica de pacientes con forunculosis, nos llevó a reflexionar sobre la especificidad del significado de este trastorno.

Todo síntoma somático es para nosotros una forma de lenguaje corporal.

Chiozza (1991), ahondaron en los significados de la piel, a propósito de la investigación psicoanalítica de la psoriasis. Basándonos en otros autores (Gruss, L. y Lanfri, E., 1991) que propusieron algunas ideas sobre el significado del acné, integramos los aportes de todos ellos, con nuestra experiencia clínica y desarrollamos en este capítulo, una propuesta sobre el significado inconsciente de la forunculosis. Haremos un recorrido desde la medicina y el psicoanálisis, para concluir con un caso clínico y su favorable evolución.

Desde la medicina

Definición

El forúnculo es una infección cutánea, ocasionada por la bacteria estafilococo, la cual se encuentra de manera natural en la superficie

* Doctora Gladys Tato, en colaboración con la psicóloga Olga Gómez.

de la piel. También puede ser provocado por otras bacterias y hongos. Las lesiones en el folículo piloso permiten que esta bacteria penetre profundamente en sus tejidos y en los tejidos subcutáneos. Pueden originarse en el folículo piloso de cualquier parte del cuerpo, pero son más comunes en la cara, cuello, nalga e ingle. Los forúnculos que se presentan en áreas como el canal auditivo o la nariz, pueden ser muy dolorosos, también pueden expandirse y agruparse.

Pueden empezar en forma de un nódulo subcutáneo, rojo y sensible, que en última instancia se vuelven fluctuantes. Un forúnculo puede drenar espontáneamente, produciendo pus, pero puede ser tan profundo también, que no drene por su propia cuenta. Pueden ser individuales o múltiples y algunas personas tienen episodios recurrentes de abscesos difíciles de prevenir.

Cuando varios forúnculos que se desarrollan juntos, se expanden y se juntan para formar una masa más grande, con múltiples puntos de drenaje, se le llama ántrax.

Diagnóstico

El diagnóstico está basado primordialmente en la apariencia que tenga la piel. Una biopsia de piel y un cultivo bacteriano de la lesión, pueden ayudar a realizar el diagnóstico o determinar el tipo exacto de bacterias comprometidas.

Tratamiento

Fundamentalmente consiste en el abordaje: a. higiénico, b. medicamentoso: antibióticos, sustancias reguladoras de las glándulas sebáceas y tratamientos hormonales, c. quirúrgico: drenaje (Campbell, B., 2004; Kanfor, J., 2005).

Fundamentación psicoanalítica general

El abordaje que realizamos de los pacientes es desde la teoría psicoanalítica, por lo cual nos basamos en Freud quien “descubrió”, que tras los síntomas se ocultaban conflictos inconscientes, que eran susceptibles al hacerse conscientes y verbalizables, de modificación y cura.

Freud (1905) desarrolla el concepto de zona erógena, describe zonas de primacía pero aclara que la propiedad de erogeneidad comprende a todas las partes del cuerpo y a todos los órganos internos. Describe también fantasías o significados específicos correspondientes a cada zona corporal. Estas fantasías serían una forma del “lenguaje de órgano” propuesto por Freud. La fantasía, según Laplanche, “es un guión imaginado basado en el modelo de los procesos fisiológicos” (Laplanche, J., 1980, p. 109).

Chiozza (1980), en una propuesta epistemológica unitaria define como somático aquello que podemos percibir y psíquico aquello que podemos comprender. Propone que “todo aquello que desde un ángulo se percibe como forma, función, trastorno, evolución o desarrollo corporal, desde el otro es experimentado como una determinada fantasía inconsciente, es decir como un significado inherente a ese particular existente material” (Chiozza, L., 1986, p. 32).

Nuestro modo habitual de comunicación es el lenguaje verbal, pero a veces esto no es posible, entonces lo que llamamos con los labios, puede expresarse en gestos, actitudes o alteraciones corporales.

Las distintas enfermedades orgánicas serían, las diferentes formas en que nuestro cuerpo habla. Por medio de los síntomas expresamos conflictos inconscientes, significados insoportables que pueden ser psicoanalíticamente comprendidos, interpretados y por lo tanto modificados.

Vamos a proponer nuestra hipótesis sobre los significados o conflictos inconscientes de los forúnculos. Para ello haremos primero el recorrido por otros significados que guardan relación con las ideas que queremos desarrollar.

Chiozza (1990), en su investigación de la psoriasis, hacen un desarrollo sobre los diferentes *significados de la piel*: a) “la piel como superficie de contacto, zona erógena. Freud (1905) define a las zonas erógenas como aquellas partes de la epidermis de la o de las mucosas, en las cuales ciertos estímulos hacen surgir sensaciones placenteras”, tanto tiernas como eróticas, que pueden originarse por estímulos internos o por contacto piel a piel, como las caricias; b) la piel continente. Considerando a la piel “como límite dentro-fuera y como límite cuerpo-mundo..., cumple la función fisiológica de envoltorio..., lo que adquiere la representación de continente. Cuando nos inclinamos a considerar que la piel de un individuo es un “envoltorio” que lo aísla y lo diferencia de cuanto lo rodea, asumimos que la piel es un límite por obra del cual todo lo externo es el “mundo” y todo lo que permanece dentro, es el “yo”; c) piel e identidad. “El sentimiento de identidad depende de la capacidad de reconocerse en la peculiaridad de la propia forma, manera y estilo, lo cual lleva implícita la capacidad de reconocer una diferencia entre lo propio, “familiar” y lo extraño (Chiozza, L., 1991). “El dicho ‘es una cuestión de piel’, para referirse a la sensibilidad de alguien ante otras personas, expresaría, en el saber popular, esa función de aceptar lo semejante y rechazar lo extraño. Nos parece importante señalar la función que cumple la representación mental de la piel en el esquema corporal, como aporte al sentimiento de identidad”; d) la piel y su función simbólica de autorrepresentar al sujeto. Portman (1960) sostiene que todo organismo, debe ser visto teniendo en cuenta tanto su valor funcional como su sentido estético,

la “forma” de un ser vivo es un elemento portador de señales, y por lo tanto, la “presentación” de la forma viviente encierra siempre un significado. En los animales superiores, lo que está por fuera como la piel, parece estar para ser visto; es una de las formas de la apariencia que sirve a la autorrepresentación. Por eso, dice Portman “en todos los casos, las variaciones de la apariencia, atestiguan variaciones de la interioridad”. En este sentido podemos hablar de la piel como órgano de expresión (Chiozza, L., 1991).

Por tratarse los forúnculos, de una patología infecciosa, no podemos dejar de mencionar a Weizsaecker citado por Chiozza (1995) quien “interpretó las *infecciones* como la regresión a un vínculo con un objeto de la filogenia. Siguiendo esta idea, es dable pensar que por medio de la unión con el microorganismo se busca una satisfacción regresiva, sustituyendo por el germen, al objeto que se siente perdido” (Chiozza, L., 1997).

Dado que comparten algunas significaciones en común pero también diferencias con el forúnculo, nos parece acertado tener en cuenta al acné desde la medicina y la comprensión psicoanalítica.

El *acné* es una enfermedad crónica de las glándulas sebáceas. Se caracteriza porque la hipersecreción sebácea, en lugar de fluir libremente, queda obstruida y retenida, dando lugar a lesiones de tipo quístico.

A diferencia del forúnculo, que aparece generalmente como un grano grande y único, los granitos del acné son pequeños y numerosos.

Algunos autores, Gruss, L. y Lanfri, E. (1991) proponen “que el acné mostraría un proceso defensivo contra un impulso sexual exacerbado, las pústulas representarían dicha sexualidad acumulada. El depósito sebáceo estaría expresando esa retención y contención de impulsos imposibilitados de lograr una descarga adecuada. También representaría una perturbación en la capacidad de espera”. Todo lo que se contiene se estanca y se pudre y necesita por lo tanto ser evacuado. Freud (1915), proponía que al apretarse los granos el paciente, estaba expresándose en un placer sexual sustitutivo.

Significados específicos inconscientes de los forúnculos

Las patologías de piel de tipo inflamatorio-infeccioso, como el acné o las claramente infecciosas como los forúnculos son frecuentes en la adolescencia. También comparten mayor incidencia en zonas comunes entre la que se encuentra la cara. Sabemos que la adolescencia es una etapa de exacerbación del impulso sexual, que buscará su principal satisfacción en la sexualidad genital. Es una etapa en la que se produce también una progresiva consolidación de la identidad como persona y una definición de cualidades del carácter, decisión vocacio-

nal, y dentro de esa identidad, el sello de lo femenino o lo masculino en el encuentro con el otro sexo.

Vimos que la piel por sus características es un órgano cuyos significados están íntimamente relacionados con el placer, el contacto y por su condición de barrera limitante define el territorio de lo propio y lo ajeno, discriminación central de la identidad. Por lo tanto, en todas las patologías de piel encontramos en el lenguaje corporal la expresión de conflictos con el tacto, el contacto, la ternura, el erotismo, así también como la definición de la identidad. La localización en la cara reafirma esta última significación, porque el rostro es la representación de la identidad y es una de las zonas del cuerpo estimulantes de la atracción erótica en el encuentro con el otro. Fealdad o belleza se definen por todo el cuerpo pero tiene en el rostro un ámbito privilegiado para esa categorización. Si ser bello o embellecerse es llamativo y erótico, ser feo o afearse es la expresión de todo lo contrario.

Si pensamos que toda enfermedad es la expresión de una intención “no consciente”, cualquier lesión de piel que afea causando rechazo, puede ser entendida como el producto de esa intención reprimida en la persona. En la preocupación consciente de curar las lesiones que afean se esconde la intención inconsciente de afearse. ¿Por qué afearse?, según lo expuesto podríamos pensar que es causar todo lo opuesto a lo que conscientemente se desea. Si la belleza atrae y la atracción lleva hacia el contacto, el erotismo y la sexualidad, lo opuesto representaría conflictos en cualquiera de esos aspectos, o sea encuentros deseados y temidos, sexualidad conflictiva, y por lo tanto la identidad también conflictiva. ¿Por qué encuentro deseado y temido? En un trabajo sobre el acné los citados autores proponen que “el depósito acuoso estaría expresando una retención y contención de impulsos imposibilitados de lograr una descarga adecuada y también expresarían una dificultad en desarrollar una adecuada capacidad de espera” (Gruss, L. y Lanfri, E., 1991). Lo que se contiene, se estanca, se pudre y se evacuaría en el placer sustitutivo de “apretar de los barritos”.

El forúnculo se diferencia del acné por ser granos grandes únicos infecciosos con aspecto de pápulas o nódulos de gran tamaño rojizos, que impresionan a punto de explotar. *Esta cualidad volcánica del forúnculo nos parece un elemento central de su especificidad.* Desde el punto de vista de la significación del término y de la etimología volcán: fig.: persona de carácter ardiente, fogoso, apasionado. Pasión ardiente. Cosa muy agitada. Situación tranquila en apariencia pero encierra un peligro: estamos sobre un volcán. Volcán (1524) der. del lat. (*Vulcānus*) “Dios del fuego” (fig. incendio) (Corominas, J., 1987; Larousse, 1994).

Como vemos por los significados del término, el carácter apasionado, ardiente y fogoso son significaciones centrales. Si retomamos la idea del acné como excitación deseada pero reprimida, en el caso del

forúnculo agregaríamos un carácter particularmente ardiente de ese deseo. Esa cualidad ardiente, impone una descarga impostergable a tal punto que si no se drena, hay que hacerlo quirúrgicamente. El rojo es un color que alude a la sexualidad y al enojo. Nos impresiona como un conflicto sexual intenso, ardiente, que tiene, que debe contenerse por estar relacionado a un objeto muy querido, necesitado y deseado pero cuyo rechazo genera un círculo vicioso de excitación, frustración y bronca. A mayor excitación, mayor frustración, mayor enojo contenido. La cualidad infecciosa representaría la concreción de esa unión deseada pero temida, con el objeto de satisfacción. El estafilococo representaría ese objeto que tiene la cualidad de ser una bacteria habitual y natural en la piel, que en la normalidad posee una cercanía y una convivencia armónica con la persona, lo que le daría las características simbólicas particulares, para representar a ese objeto también cercano de convivencia habitual, involucrado en el conflicto.

En resumen diríamos, que un adolescente con forúnculos estaría expresando el despertar de un erotismo ardiente que debe contenerse, porque el objeto al que está dirigido, es vivido como frustrante lo que genera una aumento de la excitación sexual, con la consiguiente bronca ante el rechazo, tan intensa como el erotismo. Sería una conjunción explosiva entre atracción y rechazo que se intenta contener desesperadamente, pero al mismo tiempo por sus características es imposible efectuar esta contención, por lo cual todo esto debe de algún modo explotar. *El volcán sería entonces la expresión de una erotización intensa y contenida con mucha carga de bronca, por la frustración en el encuentro con un objeto cercano y deseado, a la espera permanente de un objeto ideal sustituto.*

La paciente*

Lucía, con sus 23 años, vive en el seno de una familia, cuyos padres son profesionales y siempre le han mostrado, como hermana mayor, que tiene que ser estudiosa, responsable y debe aspirar a un buen novio, para casarse.

Dice “no aguantar más la situación al ver su cara no presentable por la seguidilla de forúnculos, que le producen vergüenza y además dolor...”

Frente a la “desesperación de verse así, hace cualquier cosa”.

Cuando entra a Facultad, comienza con “seguidilla de forúnculos, no sabe lo que le pasa porque cuando se pone de novia, quiere estar

* Este material es un resumen del Estudio patobiográfico efectuado en el Cemepsi, cuya anamnesis realizó la psicóloga Olga Gómez. Las comillas corresponden a palabras textuales de la paciente.

bien y linda”, sin embargo se llena “la cara como un choclo”. Si bien nunca “tuvo carita de porcelana”, siente “la incertidumbre de cómo se levantará al otro día, se mira el forúnculo y es un volcán rojo”, “la sensación es que siempre los forúnculos están ahí”.

“Todas las mañanas, teme encontrarse con uno nuevo, que la afea y le da vergüenza. Las marcas en su cara le duelen...”

“Toda la vida igual que su madre, no es nada coqueta y ella corría con esa desventaja.” Aunque los demás “la encuentran divina”, ella se siente mal porque “al ser en la cara, le afecta mucho”. Cada vez que “tiene que estar bien, está hinchada...” y esto pasó a ser “el fantasma que la persigue”. Con su padre nunca se llevó bien, lo siente duro, cruel... le hace notar constantemente “sus carencias”. Siente que “se acercaron sólo por el estudio, al tener que hablar sobre la profesión”. Siempre sufrió mucho con sus reglas morales..., “cuando me defenestraba delante de mis amigas... me dijo cosas muy crueles: sos una recalentada”, lo que llevaba a Lucía a reaccionar diciéndole: “hasta el día de hoy viví según tus reglas, ahora, dejame en paz... no soy una reventada”. Su deseo es tener un “padre que la abrazara”, “la nena de mi padre me gustaría ser”.

Dice de sí misma “que es muy calentona... calderita de lata” pero al mismo tiempo “le hubiera gustado ser piedra y también humana”. Es muy crítica consigo misma, muy perfeccionista, aunque quisiera también “ser más boba”. Con los hombres “se siente tan racional, tan fría, que los puede manipular... siempre que salí con alguien, lo tengo que controlar... sé que en algún momento vendrá el hombre espectacular que se prenda de mi belleza”.

De la relación de sus padres, dice que vivió todos los momentos: “pasaron de estar bien a estar a las patadas... se separaron... cuando decidieron estar juntos nuevamente, no le dio placer”.

Cuando piensa en la posibilidad de una pareja, dice que “lo que no le gusta... es dejar de pensar en lo inalcanzable y todo ese maldito razonamiento que te hace enfriar la relación amorosa”.

No se siente “preferida” de sus padres por ser mujer entre dos hermanos varones, con los cuales siente que aún no se ha “conectado”.

“Sueña que venga un príncipe azul que la saque de la monotonía, del tiempo y del espacio, las cosas se pueden hacer mejor de lo que estoy haciendo... siempre tengo la sensación de que después vendrá algo mejor...”

Resignificación del drama de Lucía

Lucía se encuentra triste y desesperada. Si bien nos dijo que los forúnculos empezaron en Facultad, en realidad comenzaron en su adolescencia, momento de decidir su vocación y empezar sus primeras experiencias de mujer.

Desde niña creció viendo a sus padres dedicados a su profesión, no encontrando un lugar entre sus hermanos varones, por lo cual pensamos que desde ahí, definir su identidad como mujer, no le resultó fácil. Su espejo materno era de alguien que no se arreglaba, el espejo de los demás le devolvía una cara linda pero afeada por muchas marcas.

Pensamos que su padre representó para Lucía, con su cualidad exigente y distante, alguien frío a quien era muy difícil acercarse. Sólo en la comunicación intelectual de la profesión, lo sentía cerca pero muy frustrada en su deseo de ser “la nena de papá” y mucho más frustrada aún, en el deseo de que su padre, como el hombre más importante de su vida elogiara su belleza. Cuando en el despertar de su sexualidad adolescente, comenzó a desplegar su erotismo, sintió que su padre lo ensuciaba con duros comentarios. Ser deseada y atractiva era ser “una reventada”, cuando movida por su femineidad, desea encontrar una pareja, el conflicto se hace presente y aunque como dice quiere estar linda, se pone horrible, con la cara “como un choclo”. Desea atraer pero al mismo tiempo teme que su novio, como su padre, encuentren esa atracción pecaminosa, tal vez por eso, inconscientemente se afea para evitar revivir ese rechazo. Como sus cualidades de belleza e inteligencia han representado una carga más que un disfrute, parece que quisiera liberarse de las dos y además de afearse, también dice que le hubiese gustado “ser boba”.

Dolida y enojada ante tanta indiferencia de su padre, es como si hubiese sentido “de qué le sirve ser linda” y en un intento de complacerlo y de acercarse, se uniera a él en el disfrute del intelecto. Dice “querer ser piedra, no sentir, pero también humana” porque quiere vivir y disfrutar pero en el encuentro con cada novio, ninguno es el deseado. Tal vez porque ninguno es capaz de reparar tantas frustraciones con el padre, que la dejaron con los afectos y las sensaciones contenidas y la bronca aguantada.

Sus intentos por conmovier al padre se transforman en fríos y calculadores intentos por conmovier a los demás hombres, lo que la deja nuevamente frustrada porque siente que los manipula. Así, a la espera y aguantando por un hombre espectacular que se “prenda de su belleza”, como hubiese deseado que lo hiciera su padre, se frustra una y otra vez. Contiene sus ganas y su enojo, pero todos los días lo primero que ve en el espejo es su cara, con su rostro lleno de forúnculos a punto de reventar como los gritos que hay en su interior de deseos de cariño, de caricias, de afecto.

Por su fracaso ante el intento de disfrutar de sus deseos de ser atractiva y deseada, reprime su excitación, su rabia y su dolor, se afea como un monstruo, generando el rechazo que la aleja de lo que más quisiera. Así vive cada día a punto de explotar.

Evolución y comentarios finales

Cuando Lucía llegó a hacerse este Estudio, había hecho un largo recorrido por diferentes especialidades médicas, sin obtener resultados favorables, los forúnculos persistían. Los tratamientos farmacológicos fueron cada vez más intensos y agresivos, llegando casi al límite de lo que la medicación podía ofrecerle. Además, existía el riesgo de los efectos secundarios de los fármacos que se le administraban.

En el transcurso de la psicoterapia (psicóloga Olga Gómez), además de los contenidos manifestados a la paciente en la Devolución, que fueron elementos centrales en el inicio del proceso, progresivamente se fueron integrando otros aspectos conflictivos. La elaboración de los mismos no sólo derivó en la desaparición de los síntomas, sino que formó pareja, mejoró su relacionamiento con el entorno familiar, social y logró en su profesión consolidar un lugar de destaque fruto del esfuerzo y el trabajo propio.

Aproximadamente al año de iniciada la psicoterapia se le disminuyó la medicación por mejoría del síntoma, retirándose posteriormente por completo. Al finalizar la psicoterapia hacía más de dos años que no presentaba ningún forúnculo.

¿Por qué mejoró Lucía?

Sabemos que en todo tratamiento psicoanalítico, se producen progresivamente levantamiento de las represiones, que permite la emergencia de nuevos significados y a modo de “capas de cebolla” avanzamos hacia lo más reprimido (que en última instancia tiene algo incognoscible). Nuestro instrumento terapéutico privilegiado es la palabra y como dice Freud (1926), “es cierto que la palabra puede dañar, pero lo importante es que puede actuar”. Lucía como tantos otros pacientes, “expresaba” con el cuerpo algunos aspectos de sus conflictos. La interpretación de los mismos, creemos que fue efectiva porque abordó de una manera adecuada lo que específicamente “estaba transmitiendo en su patología”.

Este aspecto que a veces es cuestionado, en realidad reafirma a la historia del psicoanálisis una y otra vez. Si Freud no hubiese decodificado la especificidad de la fobia, las obsesiones o las histerias, sus interpretaciones no hubiesen sido efectivas porque no hubieran logrado “impactar” en el conflicto inconsciente.

Al interpretar los significados que inferimos tras los síntomas somáticos, actuamos de la misma forma. Si logramos interpretaciones adecuadas y específicas, modificaremos la forma expresiva del conflicto y en lugar de hablar con el cuerpo, el paciente lo hará con palabras como lo hizo Lucía.

Producido este cambio, continuaremos el camino de comprensión y transformación, pero en otra forma expresiva o menos patógena que la anterior, camino que se recorrerá con palabras y en palabras, haciendo cada vez más consciente los contenidos reprimidos para acceder a la “cura”.

Bibliografía

- Campbell, B., (2004), Department of Surgery, Arkansas Children's Hospital, en <www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/print/ency/article/001474.htm>
- Corominas, J., (1987), *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana*, Gredos, Madrid.
- Chiozza, L., (1980), *Trama y Figura del Enfermar y del Psicoanalizar*, Paidós, Buenos Aires.
- , (1986), “Lectura para psicoterapeutas”, En: *¿Por qué enfermamos?*, Alianza Editorial, Buenos Aires.
- , (1991), “Una aproximación a las fantasías inconscientes específicas de la psoriasis vulgar”, En: *Los afectos ocultos en...*, Alianza Editorial, Buenos Aires.
- , (1997), “Significados inconscientes específicos de enfermedades dentarias”, En: *Del Afecto a la Afección*, Alianza Editorial, Buenos Aires.
- Freud, S., (1915), “Lo Inconsciente”, *Obras completas*, Tomo XIV, Amorrortu, Buenos Aires, 1983.
- , (1926), “¿Pueden los legos ejercer el análisis?”, *Obras Completas*, Tomo XX, Amorrortu, Buenos Aires, 1983.
- Gruss, L. y Lanfri, E., (1991), “Algunos significados del acné juvenil”, 3ª Jornadas Científicas del CCMW, Fepseo, Buenos Aires.
- Kanfor, J., (2005), Department of Dermatology Medical Center Pennsylvania, Philadelphia, en <www.vmm.edu/espency/article/000825.htm>
- Laplanche, J., (1980), *La Sexualidad*, Nueva Visión, Buenos Aires.
- Larousse, (1994), *Diccionario Enciclopédico*, Larousse, Madrid.

COMPRESIÓN PSICOANALÍTICA DE LAS CEFALEAS EN LA MUJER

Las soluciones que no se piensan*

Introducción

Las estadísticas muestran una diferencia significativa de la prevalencia de las cefaleas en la mujer. Desde nuestra perspectiva teórica, todo síntoma somático es una forma de lenguaje de un conflicto inconsciente que se expresa “con el cuerpo”. Chiozza (1991), publicaron una profunda investigación sobre el significado específico de este síntoma, que por supuesto es común a ambos sexos.

En el presente trabajo, abordamos las características de la mujer, los conflictos más relacionados al rol femenino y el modo de funcionamiento de su personalidad. La mujer se ve enfrentada a lo largo de la vida a momentos críticos específicos de su género, que si no puede resolver en forma adecuada y no logra expresarlos en palabras, podría expresarlos “en un dolor de cabeza”.

Cefaleas desde la medicina

El doctor Eduardo Storch (2003) en su artículo sobre cefaleas en la mujer destaca que “la cefalea es uno de los síntomas más comunes en la práctica médica”. Más del 90% de las personas tienen al menos una cefalea en el curso de un año. Se clasifican como migrañosas o no migrañosas. Las migrañas son más comunes en las mujeres por las variaciones hormonales a las que están sometidas desde la pubertad a la menopausia, además de factores sociales y ambientales que son motivo de la mayor incidencia en el sexo femenino.

Tienen gran impacto en la calidad de vida y *se presentan en un período durante el cual los roles de la mujer están cambiando o aumen-*

* Doctora Gladys Tato, en colaboración con la psicóloga Iliana Menini.

tando, debido a las exigencias de las carreras profesionales, trabajo y familia.

La fisiopatología de las migrañas y las cefaleas no está completamente aclarada. La migraña está vinculada a la hiperexcitabilidad de las neuronas corticales, el trigémino y los vasos sanguíneos cerebrales, con un desequilibrio hormonal, lo cual provoca una disminución del flujo sanguíneo en el cerebro. Algunas personas, durante el período de vasoconstricción, que precede a la migraña presentan síntomas sensoriales o visuales, siendo reversibles los que se denominan “aura”, pueden durar entre 5 minutos y una hora y desaparecen antes de comenzar la cefalea.

La serotonina desempeña un papel muy importante en el mecanismo de la migraña, y los estrógenos tienen una gran influencia sobre la misma. Cuando los estrógenos disminuyen, disminuye también el nivel de serotonina. Adicionalmente, existe una disminución en las endorfinas. Todas estas modificaciones aumentan las posibilidades de que aparezcan las crisis. *Cuando se producen variaciones en el nivel de los estrógenos, como ocurre durante la pubertad, la ovulación, antes de la menstruación, el embarazo, el post parto, así como en la transición menopáusica, las cefaleas son más frecuentes.*

La migraña es una cefalea que se caracteriza por tener una intensidad entre moderada y severa, con dolor pulsátil en forma unilateral que se agrava con la actividad física habitual. Si no se trata, puede durar entre 4 a 72 horas y el dolor puede estar acompañado de náuseas y/o vómitos. Algunas personas, presentan “aura”. Las migrañas sin aura se denominan *migrañas simples o comunes* y constituyen el 85% de las migrañas. Son más frecuentes en la mujer que en el hombre; su incidencia máxima se presenta entre los 35 y 45 años.

Las migrañas menstruales pueden desencadenarse desde el inicio mismo de las menstruaciones, se vincula a la caída estrogénica. *Las migrañas menstruales verdaderas*, no tienen aura y se presentan solamente desde 1 a 2 días antes de la menstruación y hasta 2 o 3 días luego de la misma. *Las migrañas asociadas a la menstruación* comienzan unos 3 a 7 días antes de la menstruación y acompañan al síndrome de tensión premenstrual.

El impacto de los anticonceptivos orales (ACO) sobre las migrañas no puede predecirse, mientras que algunas mujeres mejoran de sus migrañas con el uso de ACO, debido a la regulación del ciclo menstrual y a la estabilización de las fluctuaciones hormonales, otras empeoran.

Afortunadamente durante el embarazo las migrañas mejoran entre un 60% y un 70% durante el puerperio, debido a los marcados cambios hormonales y las exigencias que demanda la atención del recién nacido, las migrañas vuelven a presentarse.

La transición menopáusica está caracterizada por fluctuaciones hormonales que pueden ser la causa del empeoramiento de las migrañas; en algunos casos hasta pueden iniciarse durante este período. *Si la menopausia es quirúrgica, las migrañas pueden ser más severas.* Cuando ya han transcurrido varios años desde la menopausia, las migrañas suelen mejorar hasta en un 60%.

Las cefaleas no migrañosas, son un tipo muy común de cefaleas, también mucho más frecuente en las mujeres. Comprenden las *cefaleas tensionales episódicas* que se presentan durante menos de 15 días por mes, y las *crónicas,* que suelen estar presente en más de 15 días al mes.

Los tratamientos agudos, deben iniciarse tan precozmente como sea posible para maximizar los resultados. Los medicamentos utilizados son muy variados. Se recomienda una aproximación gradual, esto es comenzar con los agentes de primera línea y pasar a los tratamientos más agresivos cuando los anteriores no responden.

Los triptanos, actúan sobre los receptores de serotonina de los vasos cerebrales y del trigémino de dos maneras. Disminuyen la vasodilatación e inhiben la inflamación de los nervios provocada por los neuropéptidos. Estos productos disminuyen la dilatación de los vasos cerebrales. Existen varios tipos de analgésicos y asociaciones analgésicas.

A partir de la pubertad la prevalencia de la migraña aumenta más rápidamente en las niñas. Este cambio está relacionado con los estrógenos y la progesterona. *A esta edad se establece el patrón que se mantendrá en la mujer adulta.*

El tratamiento de las migrañas menstruales constituye un desafío tanto para el paciente como para el médico. A veces alcanza con simples asociaciones analgésicas, pero a veces son necesarios los triptanos.

Cuando los tratamientos habituales no son efectivos, pueden asociarse o sustituirse por tratamientos hormonales. El objetivo de los tratamientos hormonales apunta a modificar el paradigma de la caída estrogénica perimenstrual mediante la administración de estrógenos.

No todas las pacientes responden a los ACO, sin embargo muchas mujeres se benefician al obtenerse un ciclo menstrual sin fluctuaciones.

La hormonoterapia de reemplazo (HTR), al restituir los niveles estrogénicos fisiológicos, mediante estrógenos naturales, puede beneficiar a las pacientes con migraña.

El tratamiento preventivo a largo plazo, se recomienda en aquellos pacientes que tienen migrañas frecuentes, con auras prolongadas, y que no responden adecuadamente al tratamiento de ataque o abortivo.

Los agentes utilizados más frecuentes como tratamiento preventivo son los antiinflamatorios no esteroideos.

El tratamiento preventivo para las migrañas menstruales, es similar a la indicada para las otras migrañas y además los estrógenos transdérmicos, que como se señaló anteriormente, pueden comenzar a usarse desde 2 a 3 días antes de la menstruación y continuarse luego de la misma.

“El tratamiento de las cefaleas no requiere solamente el uso de medicamentos, sino el manejo de los factores ambientales y emocionales asociados” (Storch, E., 2003).

Introducción teórica psicoanalítica general

Desde diferentes disciplinas científicas nadie duda en proclamar que el hombre sano es una unidad biopsicosocial, pero cuando hablamos del hombre enfermo esta afirmación unitaria parece escindirse y parcializarse a veces a tal grado, que pierde el rastro de la integradora visión inicial. ¿De qué enfermedad hablamos? Freud (1893) en la comprensión de la histeria “develó” que los síntomas orgánicos, eran signos que ocultaban tras de sí conflictos que eran pasibles de hacerse conscientes, verbalizables y modificables, por ser un modo de lenguaje inconsciente. Habitualmente si la enfermedad se expresa en el cuerpo, mirada desde la medicina, se buscará una explicación del orden de la causalidad física. Esta es una de las formas de responder al “por qué” de una enfermedad, que deja por el camino la búsqueda del otro “por qué”, propuesto por Freud, que es el significado de esa enfermedad. Tato dice que: “aparece el síntoma como producto transaccional que oculta una fantasía inconsciente que lo sustenta” (1999, p. 45).

Desde nuestra perspectiva teórica, encontrar una causa, es en realidad identificar una condición necesaria pero no suficiente, que no solo no excluye la posibilidad de buscar un significado, sino que lo complementa.

Chiozza (1980) con una nueva forma de pensar el padecer humano, define que lo psíquico y lo somático son categorías que establece la conciencia, que los separa como diferentes porque los percibe diferente (Chiozza, L., 1991). El enfermar podría representarse como una moneda, una de cuyas caras la percibimos como somática, (normal o alterada), y la otra cara la comprendemos como el significado específico de esa alteración. A modo de ejemplo, en el tema que nos ocupa, diríamos que *encontrar una causa física de las cefaleas o mejor dicho, una condición necesaria pero no suficiente, no invalida comprender también el significado de la misma*. Esta propuesta epistemológica unitaria, rompe con el esquema tradicional y es el modo en que abordamos a nuestros pacientes. Obtenemos así dos historias: una clínica (síntomas, signos, trastornos, etcétera) que derivan de la medicina y otra biográfica desde la psicología, con episodios, acontecimientos vivenciales y afectivos de la vida del paciente. Superponer estas dos historias nos revela distintos

mensajes, porque es el modo en que el cuerpo habla. Aprender este idioma nos permite entender el drama que se oculta en cada paciente.

¿Por qué duele la cabeza?

Fantasía específica de las cefaleas

Desde el siglo VI a.C., lo griegos vinculaban la fuerza sensitiva con el corazón y la fuerza mental o cognoscitiva, con el cerebro. Desde Hipócrates a Galeno hasta nuestros días, los pensamientos se asocian con el funcionamiento cerebral y las emociones, con el sistema cardiovascular. Chiozza (1991), publican una investigación sobre los significados inconscientes de las “cefaleas y accidentes cerebrovasculares”. En ese trabajo, coinciden con lo expresado anteriormente pero destacan que la inteligencia, el conocimiento y la memoria son productos del organismo en su conjunto y no pueden ser adscriptos únicamente a los procesos cerebrales. “El inteligir, el conocer y el memorizar se llevan a cabo con la totalidad del organismo, es decir, con la totalidad de la persona.”

Desde una epistemología unitaria, diríamos que “lo cerebral”, se expresa a la conciencia o puede ser percibido por ésta, desde el punto de vista físico como la cabeza y el cerebro y desde el punto de vista psicológico, (o sea desde su significación) como los procesos de pensamiento.

“Tanto los usos del lenguaje como algunas concepciones científicas, confirman esta conclusión y consideran al cerebro y a la cabeza como la ‘sede’ de la función de pensar, de la inteligencia y también de la atemperación de los afectos.”

“Desde Freud el pensar es una ‘acción interiorizada’ que opera... a pequeña cantidad.” El juicio sería el proceso que pone fin a la dilación que significa el pensamiento mismo, conduciendo del pensar al actuar. Las acciones pueden ser: a) justificadas, cuando son acordes a un fin o b) específicas, cuando hacen cesar la fuente de necesidad. Todo pensamiento lleva implícita una descarga motora; y no debemos olvidar, que la palabra también es una acción. “El pensamiento y la acción transcurren... indisolublemente unidos en lo inconsciente.” “Los afectos fueron definidos por Freud como procesos de descarga.” Si la descarga resulta displacentera para el Yo surge la necesidad de atemperar los afectos, lo que es posible por la relación entre afecto y pensamiento. Esta atemperación de los afectos, puede tener un gradiente cuyas formas más habituales son la expresión de sentimientos o la forma de “nominación verbal, despojada totalmente de emoción, tal como ocurre en el pensamiento lógico”.

La relación entre afecto, pensamiento y acción, no solo proviene de una misma fuente inconsciente, sino que se relacionan entre sí en un modo inversamente proporcional.

Chiozza, siguiendo los desarrollos de este trabajo toman en cuenta la definición de “lema”, cuyo significado originario sería de “proposición, tema o premisa”. “Un principio de acción que da como producto un juicio formado previamente (pre-juicio) y que orienta de manera consciente o inconsciente una conducta.” El lema, en la medida que representa a nivel del pensamiento a los afectos puede ser utilizado para atemperarlos.

Desde el dicho popular, cuando hablamos de dolor de cabeza lo asociamos con tener “un problema”, pero en los matemáticos, los ingenieros, economistas que viven resolviendo problemas con la cabeza, o sea pensando, no hay mayor incidencia de cefaleas. *La cabeza duele cuando no se la utiliza para aquello que es su fin específico.*

Dirán los autores en este trabajo acerca de las fantasías específicas de las cefaleas vasculares, “que el dolor cefálico expresa tanto el esfuerzo como el displacer, que derivan de una pretensión inalcanzable de transformar o dominar una incongruencia afectiva mediante la racionalización”.

“La necesidad de atemperar a los afectos surge frente al conflicto generado por emociones contradictorias.” A veces, aun en este modo equivocado, la persona logra resolver el conflicto. Pero “si por el contrario el conflicto afectivo perdura, el sujeto se encuentra ante un ‘dilema’”. Es en estas circunstancias que el sujeto puede recurrir a su capacidad de pensar, intentando resolver el dilema mediante la transformación del conflicto afectivo, en un problema racional auténtico. Recordemos que “un problema” es tarea propuesta al intelecto. Mediante el trabajo de pensamiento el sujeto examina y evalúa cada uno de los lemas con relación al contrapuesto y además considera las circunstancias actuales que rodean al conflicto, circunstancias que determinan variaciones en la aplicabilidad de cada uno de los lemas. “Si el sujeto utiliza lemas implicados en la problematización de un dilema como racionalizaciones, no logra entonces atemperar a los afectos subyacentes a los cuales estos lemas representan. Se configura entonces un dilema-problema insoluble”. “El paciente se ve animado por la pretensión... de que triunfe la razón, es decir, intenta tratar a un conflicto afectivo que permanece inconsciente, como si fuera un problema que pertenece exclusivamente a la esfera del pensamiento racional, que lo deja impasible, sin vestigios de emoción” (Chiozza, L., 1991).

Resumiendo: las cefaleas serían los síntomas somáticos equivalentes a un abuso de la razón y el pensamiento, en el aplacamiento de las emociones y los afectos. Si son muy intensas (jaquecas o migrañas)

serían el equivalente de un intento fallido de resolver, por la vía de la razón, convirtiéndolos en problemas que se viven además como insolubles, a conflictos afectivos cuya resolución implica, otra lógica diferente del razonamiento cerebral.

Algunas características específicas de “lo femenino”

Freud en 1925 en “Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos” decía: “los rasgos de carácter que la crítica ha enrostrado desde siempre a la mujer –que muestra un sentimiento de justicia menos acendrado que el varón, y menor inclinación a someterse a las grandes necesidades de la vida; que con mayor frecuencia se deja guiar en sus decisiones por sentimientos tiernos u hostiles” (Freud, S., 1984, p. 276).

Areu, M. Z. (1998), en su libro *La mujer y su ética*, destaca que el varón queda inmerso en el orden social de la igualdad y la justicia y la mujer ubicada en la relación madre-hijo, el cuidado de la prole, guiada por sus sentimientos como lo señalaba Freud. La autora, basándose en el análisis de estos y otros elementos hace valiosos desarrollos sobre las cualidades del funcionamiento de la personalidad de la mujer. Ubica lo específico de lo femenino, en el “sentimiento de misericordia” que se origina en un orden particular centrado en la relación de la mujer y su prole, ajeno al principio de igualdad, porque se basa en la asimetría y la desigualdad, dado que su preocupación es la supervivencia del desvalido (empezando por el bebé), el “miserable”, el que sufre.

Estos interesantes aportes se integran con otros aspectos que queremos destacar, dado que se relacionan con el tema que nos ocupa. Como señala Areu, el funcionamiento del varón inscripto en el orden social, la justicia y la igualdad, se basa en el modelo “cerebral”, que se relaciona con los principios básicos de la lógica de la razón; en cambio el funcionamiento femenino se basa en un modelo “cordial”, que guarda relación con otra lógica que sigue las razones y la ética del corazón. Recordemos lo afirmado por Pascal: “el corazón tiene razones que la razón ignora”. El desarrollo infantil tanto en la niña como en el varón va de la mano del despliegue de cualidades que los diferencian, mientras que en el hombre la rivalidad y la supresión del tercero ocupa un lugar central, en la mujer lo es la necesidad de amor y preferencia. Por eso cuando la mujer intenta su inserción en el mundo debe aceptar ingresar “a un mundo que no es el primariamente suyo: el mundo de la ley... pero desea ser al mismo tiempo amada, dependiente y protegida... y también desea ser respetada y reconocida como un ser social, responsable, competitivo y plenamente autónomo... el choque es muy violento y frente a la opción, la mujer con frecuencia, se encuentra sumida en un conflicto irresoluble” (Areu Crespo, M. Z., 1998, pp. 52-53).

Conflicto que nosotros pensamos que se ve acrecentado porque no sólo, no sabe cómo integrar el orden de la justicia con el de la misericordia, sino porque al acceder al orden social supuestamente igualitario, general, justo y simétrico, “todos los hombres son iguales ante la ley”, descubre que lo que se enuncia en la igualdad normativa creada por y para los hombres es sólo un dicho (que abarca además sólo a algunos hombres), porque la mujer ha estado y en parte aún lo está, colocada en el orden social en el lugar de desigualdad y de asimetría. Según la impronta de sus orígenes, o accede al orden social desde el lugar del “miserio” y pide misericordia (como en parte lo ha hecho históricamente), o accede al orden social haciendo que se cumplan sus principios, lo que le dará el lugar que tiene de “pleno derecho”. Tendrá pendiente aún y ese es un gran desafío para la mujer, lograr un orden social de igualdad, simetría y justicia pero que integre en la legalidad la misericordia.

La necesidad de amor y protección de la mujer es herencia no sólo del desvalimiento (compartido con el varón) en el desarrollo temprano, sino que luego es reforzado por su relación con el padre y su identificación con la madre. Sus deseos e intereses sociales vienen de haber tomado al varón-padre como modelo y desear acceder al orden social del que él participa. Desde su deseo de ser amada y protegida queda ubicada en un lugar pasivo pero en tanto quiere acceder al ser social integrando el mundo al igual que el varón, debe desarrollar una cualidad activa. La mujer ha ido cambiando en la cultura occidental mucho más que el hombre: el acceso a la formación universitaria, la participación social y política iniciada con el voto hasta llegar al total protagonismo de los elegibles y el control de la natalidad, han sido algunos de los hitos históricos que dan cuenta de esta evolución. Pero si recordamos el modelo identificatorio materno del cual partió la mujer, coincidimos con Areu cuando expresa que se produjo un “quiebre” que nosotros llamaríamos proceso de “desidentificación”, o un abandono de “viejas identificaciones” con la mujer-madre doméstica, con una sexualidad exclusivamente procreadora. Creemos que en una primera instancia la mujer transitó una seudoidentificación con el varón-padre, generador de dinero activo y social (reforzado por el control de la natalidad), pero al precio de la anulación de aspectos importantes y constitutivos de su femineidad. *En la actualidad pensamos que la mujer estaría intentando desarrollar un nuevo modelo que integre sus diversos roles: lo femenino, lo social y lo maternal. En lo social, como decíamos antes, se enfrentará al desafío de articular la igualdad con la misericordia. En lo maternal deberá preservar la dependencia necesaria del infante humano, sin precipitarlo al mundo, legitimando y permitiéndose otras formas de creación diferentes a los hijos y en lo femenino vivir el placer de la sexualidad que supere la culpa por la opción de la*

no-maternidad. De todo lo expresado se desprenden las diversas posibilidades de conflictos a los que se ve enfrentada la mujer para la realización de sus deseos y la consolidación de su identidad en los distintos momentos de su vida.

¿Por qué le duele más la cabeza a las mujeres?

El conocido dicho convertido en chiste “hoy no, me duele la cabeza”, tal vez encierre en su ironía una parte de la respuesta que buscamos. Imposibilitadas y avergonzadas de decir que no desde el sentimiento o las ganas, la mujer evita el encuentro sexual usando como excusa el dolor de la parte del cuerpo que menos está vinculada a los sentimientos, porque justamente se relaciona con el pensamiento y la razón. ¿Será que con el dolor de cabeza (a veces cierto a veces fabulado) la mujer alude a un conflicto vivido en ese momento como un dilema insoluble, que representaría tendencias afectivas opuestas?, ¿tengo ganas o no tengo ganas? Conflicto afectivo que puede estar relacionado con algunas circunstancias difíciles de la pareja o la mujer en ese momento y que no pueden ser expresadas de otro modo. Veamos algunos aspectos que nos permitan entender la mayor incidencia de las cefaleas en la mujer y los motivos de ese aumento significativo en los distintos momentos de su vida.

La constatación de la medicina de que *las cefaleas en la mujer “se presentan en un período durante el cual los roles están cambiando o aumentando, debido a las exigencias de las carreras profesionales, trabajo y familia”, coincide con que esos momentos vitales son períodos difíciles cuya complejidad favorece la emergencia de conflictos.* La existencia de conflictividad, como las variaciones estrogénicas, no son causa sino condición (como dijimos antes), necesaria pero no suficiente, para que aparezcan expresiones sintomáticas, tales como las cefaleas. No debemos olvidar, que las dificultades pueden expresarse hablando de ellas (lo que es la forma más saludable), pueden expresarse en síntomas anímicos o pueden también, si son difícilmente toleradas e intensamente reprimidas, expresarse en síntomas somáticos.

Se destaca también una mayor incidencia de las cefaleas, coincidiendo con los momentos de mayor variación estrogénica. Los estrógenos son las hormonas símbolo de “lo femenino”. Podemos comprender que esos períodos son difíciles porque “lo femenino” está especialmente comprometido, puesto a prueba y por lo tanto más pasible de ser motivo de conflicto.

Adolescencia

Es el período de la vida de la consolidación de la identidad femenina, del ser mujer y del modo de ser mujer, etapa del enamoramiento, inicio de la genitalidad, elección vocacional, tiempo de opciones

y decisiones. Con la menarca se inaugura la posibilidad de la maternidad, algo resaltado y halagado pero al mismo tiempo la opción cultural más habitual de esta etapa es genitalidad sin maternidad. El enamoramiento con el despertar de las ilusiones y las fantasías proyectadas al futuro, favorece el desarrollo de la cualidad “maternal”, cualidad que se expresa en el anhelo futuro de los hijos y de la familia y en la ternura del presente derivada a los niños en general. La naturaleza habilita a la mujer a la procreación pero la cultura le permite la opción. Aunque el peso del deseo consciente de la maternidad en esta etapa no es importante, la no concepción es una opción contranatura. El conflicto más intenso de lo femenino, creemos que es la conciliación del amor, la vocación y/o el trabajo. El enamoramiento (puro corazón) debe de ser aplacado y atemperado, para posibilitar el desarrollo del pensamiento racional y lógico, necesario para el aprendizaje y la maduración cognitiva. *Las cefaleas en esta etapa estarían expresando un exceso de aplacamiento afectivo y sexual, por temor a la entrega amorosa y la genitalidad, o por conflictos con la necesidad del desarrollo intelectual. Otras veces representan un conflicto en la opción de roles: la mujer que desea encaminarse a la maternidad siente que quiere priorizar la pareja pero no sabe cómo equilibrar estos deseos con el desarrollo vocacional, profesional y por lo tanto social. Afectos y tendencias en conflicto que reprimido y convertidos en lemas o premisas, llevan a racionalizaciones inútiles, expresadas en múltiples formas problemáticas sentidas a veces como insolubles. De ahí en más, cada período menstrual representa para la mujer la resignificación de una opción ¿maternidad o no maternidad? Opción que será más intensa y significativa, a medida que la mujer avanza en edad.*

Adultez

Durante este período, la mujer hizo opciones que marcaron un camino, lo que la lleva a desarrollar y combinar los roles elegidos. Veamos algunas opciones.

La mujer que optó por el *modelo maternal* relegando lo profesional o laboral, quedará inscrita a la herencia más cercana a su progenitora que probablemente fue predominantemente madre. Las problemáticas para estas mujeres, muchas veces aparecen con el crecimiento de los hijos, la falta del hijo-bebé y la dificultad de vivir una genitalidad plena que sea disfrutable en sí misma y no en función de a la procreación. Otra posibilidad conflictiva se presenta en la cercanía del climaterio, donde debe realizar el duelo por el “nunca más” de la maternidad, ya no es “no quiero sino no puedo”. En este sentido el uso de anticonceptivos orales (ACO) cuando mejora las cefaleas “resolvería” por la farmacología, lo que la opción volun-

taria y consciente no pudo enfrentar y resolver. No olvidemos que el ACO se toma habitualmente por un período de tiempo, no es lo mismo que el preservativo u otro método que están más relacionados con la opción del momento. Muchas veces aun con el ACO, la cefalea no mejora y el conflicto esencialmente afectivo, permanece inconsciente y es racionalizado transformándose en un problema con dos lemas opuestos ¿embarazo sí o embarazo no? Si cada ciclo menstrual representa (cuando todavía es posible) a otro hijo, pero al mismo tiempo la realidad (tiempo, dinero, estructuración familiar, hijos anteriores) representa lo opuesto, anular la fluctuación hormonal que posibilita la ovulación, es anular la decisión “mensual” de la cual debería hacerse cargo. Resuelto el tema como si fuera un problema, se toma el camino de la opción negativa, sin tener en cuenta que la emotividad, muchas veces no acompaña esta decisión con la misma claridad.

Aparece también con el crecimiento de los hijos, el mayor tiempo libre y la nostalgia por lo no realizado, ¿por qué no habré trabajado?, ¿por qué no estudié una carrera? Ganas y deseos no duelados que pulsán por expresarse y materializarse, pero no es fácil. Tienen que ser reprimidos y atemperados o nuevamente racionalizados o calculados en largas listas de pro y contra para decidir la actitud más acertada, intentando así resolver por la razón, algo que es esencialmente del orden del deseo y del ánimo, el deseo, aunque por supuesto, deba integrarse a la realidad o a la oportunidad.

Veamos ahora el otro camino de elección: la *mujer profesional*, que intentó la integración social y renunció a la maternidad, viviendo la genitalidad sin procreación. En estos casos hizo una opción que rompió el modelo femenino materno. Son mujeres que materializaron otras formas de creación diferente. Cuando existen situaciones de conflicto en esta opción, aparecen generalmente cercanas a la menopausia, cuando se acerca el “no puedo”, cuando ya no hay opción. La experiencia clínica nos ha mostrado que la opción de la no maternidad, es vivida generalmente con culpa por la mujer. La esterilidad es un síntoma muy frecuente que representa este conflicto inconsciente que aparentemente resuelve la situación, aunque al costo de otro conflicto consciente, que es la vivencia de infertilidad. Una mujer que acarrea la culpa de “ser estéril”, es muchas veces una mujer que no ha podido aceptar de una manera consciente “su no deseo de maternidad”. La mujer como decíamos que se insertó en el orden social, debió enfrentar el conflicto del que hablábamos anteriormente, porque su esencia femenina la lleva a actuar guiada por el corazón y el afecto y el mundo social está regido por lo cerebral y la razón. La opción de la no maternidad, mitigó seguramente este choque permitiéndole insertarse mejor en

el orden social general e igualitario. La elección de su rol facilita el desarrollo del pensamiento cognitivo, que es el que requiere el mayor despojamiento de la emoción.

Sin duda las dificultades mayores se le presentan a *las mujeres que intentan armonizar los diferentes roles: lo femenino, lo maternal, lo social*. Ser madre como decíamos antes, es tener la capacidad emocional a flor de piel, cuidar del desvalido (hijo-bebé), pensar en el micromundo y con las necesidades del hogar o sea legislar en el orden doméstico. Legislación que se basa en la individualidad y la excepción, es el clásico “pobrecito” hacia el hijo cuando lo siente atacado por la dureza de la ley del padre que lo cree merecedor de un castigo. Pero al mismo tiempo si desea vivir una sexualidad duradera y disfrutable deberá superar y realizar la opción de limitar la maternidad en algún momento, lo que la enfrentará de una u otra forma, a la culpa del “no más hijos”. Si además desarrolló una vocación profesional o laboral, la inserción en el orden social, la llevará a desarrollar la cualidad cerebral, la lógica de la razón, el modelo de la ley o sea la legislación que es para todos, la del macro mundo opuesta a su micromundo. La mujer instalada en esta situación, tiene muchas condiciones que posibilitan y favorecen la emergencia de conflictos. Es imposible desarrollar las diferentes variantes, desde cómo dividir las 24 horas de su vida (que son 24 para todos), hasta cómo ir a trabajar cuando un hijo está enfermo o falta la empleada o cómo enfrentar la competitividad laboral. Entonces racionaliza y problematiza sus emociones contradictorias, resolviendo de un modo racional y calculado. Quedan así reprimidas las tendencias afectivas opuestas: el amor hacia el hijo (representante del desvalidamiento) y la culpa por el abandono, en conflicto con el deber por la obligación laboral contraída y el temor al menoscabo de su eficiencia. Integrar las razones del corazón con las razones del pensamiento, es para la mujer de hoy, un desafío permanente, conflictos que son esencialmente afectivos porque implican amor, ganas, culpa, rivalidad, celos, envidia por el lugar masculino, ambiciones por la realización propia, enojos con el mundo y con ellas mismas, llevan a que en la necesidad de “funcionar”, la mujer aplaque y atempere a veces en forma excesiva, todo este gran nudo afectivo. El tiempo que la apremia, la magnitud del conflicto y a veces las características personales previas, llevan a distintos grados de represión y a un exceso del pensar, en un intento fallido de querer resolverlo todo, como si fuera un problema, para terminar con un “gran dolor de cabeza”.

Pensar sí, es necesario, pero no todo se resuelve pensando, porque además para la razón no debe existir la contradicción y el corazón en cambio, habilita la ambivalencia, porque por excelencia es el

representante de afectos opuestos como el amor y el odio, la concordia y la discordia, la valentía y la cobardía. Los conflictos afectivos deben resolverse sintiéndolos habilitados por esta lógica de coexistencia de opuestos, optar por uno, no anula la vivencia del otro, con el que debemos muchas veces convivir. Preferible el dolor de un conflicto en la conciencia, que el costo del dolor o la enfermedad somáticamente expresada.

Climaterio

En el climaterio la mujer se ve enfrentada a dos grandes aspectos. Las consecuencias de la forma en que vivió el desarrollo y la integración de sus roles y la menopausia. El conocido sentimiento del “nido vacío” es una realidad que conlleva un duelo inevitable, que será más fácil o más difícil según las características de cada mujer y según la posibilidad de redistribución de sus cualidades creativas. Los nietos, las realizaciones de todo tipo, podrán ser motivo de interés y satisfacción. También observamos la dificultad ante la sexualidad, porque muchas mujeres sienten que con la maternidad acaba la femineidad (sobre todo cuando más hayan relacionado la genitalidad con la procreación), entonces sufren una disminución importante de la libido y un desinterés amoroso y genital. El paso de los años también aporta su cuota de dificultad para vivir esta etapa en plenitud. Las depresiones tan frecuentemente asociadas al climaterio, son la expresión en la mujer de la vivencia de que “todo ya fue”, los hijos, la juventud, la sexualidad, la vocación, el trabajo, acrecentado a veces por la cercanía de la jubilación. En ese “ya fue” es como si sintiera que “ella ya fue”, algo que por supuesto no es así y más hoy, con la gran prolongación de la vida y de los años de vida útil. Todo esto puede dar lugar también a múltiples afectos penosos, depresivos y tendencias en conflicto que pueden explicar el aumento de las cefaleas en esta etapa, cuando estos sentimientos no pueden ser tolerados en la conciencia. La resignificación de las opciones, la reafirmación o el cambio del rumbo son elecciones importantes en esta etapa de la vida. Las cefaleas del climaterio que muchas veces mejoran con hormonoterapia de reemplazo, hallan en esta medicación una eficacia justamente porque postergan una caída hormonal, prolongando así además, la sensación de un tiempo vital femenino que se posterga y se evita la confrontación con todos estos aspectos. No olvidemos que la mayor parte de la propaganda de los productos (medicamentos, cremas, complementos nutritivos, etcétera) para la mujer en esta etapa de la vida son “anti age”, lo que alienta una fantasía de retorno o de postergación, pero en algún momento todo lo expresado anteriormente aparece y con ello reaparece la dificul-

tad. No sería “anti” sino “new age”, si encaramos las necesarias resignificaciones de la vida para vivir esta nueva etapa.

La paciente*

Se acercaba otra vez la época de dar exámenes y por más que Carolina “había decidido ponerse las pilas para terminar su carrera”, no podía. No sabía lo que le pasaba, cada vez estaba más triste y con miedos, más preocupada y frustrada. Todo en su vida era un problema y por más que pensaba y pensaba no podía “desatar o desanudar ese rollo” en el que se sentía inmersa, y además esos dolores de cabeza, cada vez más intensos. “Ahora eran casi a diario, nunca la abandonaban, empezaban con náuseas, mareos, vómitos y un dolor tan fuerte que sentía que la cabeza le iba a explotar.”

De chica “se había imaginado junto a sus amigas, que llegaría a los 20 ya casada, recibida y preparada para tener hijos”. Ahora estaba por cumplir 27 y nada de esto había sucedido para ella.

Hacía una carrera que le había sugerido su madre, pero que a ella no le gustaba. “No se imaginaba toda la vida trabajando en esa profesión, pero se sentía presionada a terminarla; ya había llegado casi al final... sólo le faltaban tres exámenes para obtener el título.”

Su trabajo le encantaba, tenía facilidad para los negocios. Le iba tan bien que no creía que podía ganar así en su profesión. ¿Qué hacer entonces?, pensaba y calculaba Carolina. Del trabajo tenía el disfrute y el buen salario, de la carrera, el tan añorado título y además el reconocimiento de sus padres por el valorado logro intelectual, porque como siempre decía su padre “hacé lo que te guste y te dé dinero, pero con un título”. Con su pareja las cosas también eran un problema. Mario era 10 años mayor que ella y tenía trabajo, “pero no estaba segura que fuera él, el hombre de su vida, el hombre que quería para su futuro. No tenían proyectos en común, no se sentía afectivamente contenida y no estaba disfrutando el noviazgo... pero luego de 5 años de estar juntos... se tenía que casar”.

No se podía preocupar tanto, pensar tanto, pero eran muchas las presiones. Saturada de problemas que no podía resolver, “atrapada en este lío”, frustrada, pensando y pensando, sin encontrar solución, “Carolina sentía que la cabeza le iba a reventar”.

Pero esto ya venía de antes. Desde la adolescencia los dolores de cabeza “a veces no la abandonaban ni estando de vacaciones”. Elegir la vocación también fue un problema. Sus estudios funcionaban muy

* Este material es un resumen del Estudio Patobiográfico efectuado en el Cemepsi, cuya anamnesis realizó la psicóloga Iliana Menini. Las comillas corresponden a palabras textuales de la paciente.

bien ya que siempre fue más “metedora” que sus hermanos, pero no sabía qué quería hacer. Sus amigas tenían novio y se iniciaban en la sexualidad y a ella ni siquiera le habían dado su primer beso. Entonces “se le ocurrió viajar, eso sí que fue un disfrute”. “No sabía muy bien por qué lo decidí, sus padres no estaban de acuerdo que postergara un año la facultad, pero Carolina tenía ganas de probar, ganas de hacerlo... tenía ganas.” Preparó ese viaje con tanto entusiasmo, que no tuvo ni que pensarlo y “se sintió tan bien que ni siquiera extrañó”. Fue un desafío y una gran experiencia académica, social y cultural, muchas cosas para aprender y para hacer, un idioma diferente pero todo tan disfrutable...

Volvió y se esperaba de ella “que sentara cabeza” pero la misma realidad la esperaba, todo seguía siendo un problema: debía iniciar una carrera ¿cuál?, no importaba, debía seguir adelante, trabajar y formar una pareja, tenía tantas cosas en qué pensar que nunca la abandonaban como tampoco la abandonaban, sus diarios dolores de cabeza.

¿Cómo comprendemos el dolor de cabeza de Carolina?

Carolina se sentía frustrada, amargada, desanimada y con dolores de cabeza que nunca la abandonaban. En el permanente “intento fallido” de resolver todo el rollo que estaba en su interior, pero lejos de aclarar las cosas, cada vez entendía menos. Creemos que estaba desbordada de tanto pensar, a tal punto que estaba fracasando en aquello en lo cual sí debía pensar: sus estudios, no podía dar los exámenes, leía libros y libros sin poder concretar nada ni concentrarse. A los 15 años en plena pubertad, se había imaginado su futuro como mujer, combinando sus roles de madre, esposa y profesional, pero nada de esto había podido lograr.

Pensamos que Carolina al crecer con padres que se presentaban como modelos, cuyos consejos convertidos en mandatos, eran de tal grado de complejidad y contradicción, que le resultaba muy difícil que fueran una buena guía para cualquier camino a elegir. De su madre, escuchaba la insistencia de desarrollar su rol profesional porque significaba independencia económica, lo que parecía propiciar su independencia como persona, pero sin embargo, contribuía junto con su padre, a marcarle el rumbo en la vida. De su padre recibió un modelo de ideal prácticamente inalcanzable, “hacé lo que te guste, pero ganando dinero con un título y siendo la mejor de lo que elijas”.

Difícil elegir para Carolina sobre todo si intentaba escuchar la voz de su corazón, que creemos quedaba ahogada como ahogado fue quedando la importancia del amor, el casamiento, los hijos y el valor de una vocación que se elige por lo que se siente y no por lo que se gana.

Creemos que temerosa e insegura de sus propias decisiones y tal vez con mucho temor a equivocarse y no lograr por sí misma el éxito que veía en sus progenitores, se adaptó al proyecto de vida que le presentaban. Es así, que sin darse cuenta, en pos de lograr sus objetivos, comenzó a calcular y a razonar, transformando cada uno de los mandatos de sus padres, en “lemas”, que funcionaban como premisas con las que construía los juicios para resolver cómo vivir. Pero este camino enfrentó a Carolina a más problemas, porque esos lemas y la realidad eran difícilmente conciliables: no siempre la vocación da dinero, no se puede ser el mejor por mandato, no todas las tareas económicamente rentables son gratificantes, si no están unidas a la vocación y no se obtienen únicamente con un título profesional.

Todos estos lemas incorporados por Carolina, la conducían a intentar resolver por la vía de la razón, sus roles en la vida.

Creemos que sus intensos dolores de cabeza eran la expresión del uso y abuso de su razón, para resolver sus problemas, convertidos ahora en dilemas insolubles.

En su ser mujer también se encontraba confundida, sentía que “Mario no era el hombre de su vida, que no tenían proyectos en común y no disfrutaba ni en el amor, ni en la sexualidad”. Pero había que apurarse porque el tiempo apremiaba, “se tenía que casar”. Pero no eran sus ganas las que decidían este camino, sino que nuevamente sus deseos se transformaron en un pre-juicio a cumplir: casarse joven y tener hijos, no importando cómo, ni con quién. Es así que Carolina “enrollada” en sus lemas transformados en problemas cada vez más insolubles, no podía dejar de pensar y cuanto más lo hacía, más intensos y más a diario eran sus dolores de cabeza y más lejos estaban de todas estas racionalizaciones, sus verdaderos conflictos: ¿cuál era su vocación?, ¿cuánto quería a Mario?, ¿qué tanto le importaba el dinero ganado sin el disfrute de hacer lo que se quiere?

Conflictos de afectos y emociones contradictorias entre los que también estaban ahogados, los resentimientos y los reproches para con sus padres, por estas imposiciones de las que no sabía cómo salir. Sólo con el viaje en que se permitió las ganas y el entusiasmo, viviendo el “quiero” y dejando de lado el “tengo o debo”, pudo disfrutar. Pero la vida es el verdadero viaje en el que Carolina debía resolver cómo vivir, pero mientras siguiera creyendo que las soluciones se resuelven razonando, calculando y pensando todo, sin poder integrar las razones del corazón, le seguirá doliendo la cabeza.

Epílogo

Después de transcurrido el tiempo del procesamiento del Estudio Patobiográfico (EP), citamos a la paciente para comunicarle los ele-

mentos que habíamos elaborado en la Devolución y efectuar la indicación terapéutica. Concorre al Cemepsi y nos dice que desde que finalizó el EP no le dolió más la cabeza. No es la primera vez que se produce una remisión de un síntoma luego del EP, lo que nos reafirma el efecto terapéutico del mismo. Efecto terapéutico que para nosotros, está íntimamente relacionado con la decodificación y la interpretación específica de los síntomas somáticos. Nuestro sustento teórico tiene como elemento central el “lenguaje que el órgano habla”, o sea lo que los pacientes dicen con el cuerpo, porque no pueden decirlo con palabras. Por ese motivo, la Devolución va dirigida a hacer consciente los conflictos que están somáticamente expresados. En la efectividad de esta acción, reside el potencial terapéutico de la Devolución. Es posible que durante el Estudio, la paciente empezara a desplegar sus conflictos, a “desatar el rollo” y que junto a la comprensión, se iniciara el proceso de elaboración que contribuyó a la mejoría de su sintomatología. La cefalea además, es un síntoma agudo y puntual que puede tanto aparecer como ceder, en un tiempo breve. Durante las entrevistas de Devolución, Carolina, no sólo refirió estar sin síntomas somáticos sino que también aportó elementos de aspectos que sintió haber comprendido con relación a sus conflictos, que le permitieron comenzar a operar cambios en decisiones sobre su carrera, pareja y algunos aspectos sobre la relación con sus padres. Ésta mejoría del síntoma ya fue descrita por Freud, como el resultado a veces en tiempo breve del proceso analítico. Por supuesto que si hay mejoría del síntoma hay algún aspecto de resolución del conflicto, pero obviamente no podemos pensar que se operen transformaciones profundas en tiempos tan breves. También nos planteamos otras hipótesis con relación a la mejoría de Carolina. La “desaparición” del síntoma puede tener un aspecto “auténtico”, pero puede producirse también un desplazamiento a otras expresiones patológicas, a síntomas neuróticos de otro tipo o a la intensificación de determinados rasgos de carácter. Cualquiera de estas “mudanzas” que adquiera el síntoma, dada la magnitud y permanencia de las cefaleas podrían pasar para Carolina en forma inadvertida por lo menos en un corto plazo. No podemos dejar de preguntarnos ¿qué pasará con Carolina cuando otros aspectos de estos conflictos o nuevos conflictos afectivos vuelvan a “acosarla”?, ¿volverán los dolores de cabeza?, ¿repetirá su tendencia racionalizadora como modo de resolución y atemperamiento afectivo?

Toda mejoría del síntoma implica para el sujeto un equilibrio y cuando se trata de síntomas tan molestos, el paciente teme perderlo. Nosotros sabemos que esto puede suceder, ya que en un proceso terapéutico los síntomas oscilan entre “aparecer y desaparecer” hasta que finalmente el proceso de elaboración se consolida y se puede llegar a una mejoría definitiva. Esta es la evolución más habitual en relación

con la mejoría de los síntomas somáticos que observamos en los procesos terapéuticos de los pacientes que asistimos.

Pasado un mes de las entrevistas de Devolución y al no haberse concretado el inicio de la psicoterapia, se hace la entrevista de seguimiento que es habitual en estos casos. Nuevamente Carolina reafirmó que seguía sin cefaleas y que las cosas en su vida parecía que empezaban a resolverse. Freud decía que la mejoría en el síntoma era un momento crítico en el proceso terapéutico, porque podía hacer que los pacientes abandonaran el tratamiento, y coincidiendo con él pensamos que la desaparición del síntoma en Carolina determinó en este caso, que ni siquiera comenzara la psicoterapia. Pero nosotros sabemos que no es lo mismo mejorar el síntoma, que resolver el conflicto y mucho más importante aún modificar aspectos arraigados de los modos patológicos del funcionamiento de la personalidad, por eso nos quedamos con la interrogante de cómo habrá continuado la historia de Carolina y sus dolores de cabeza.

BIBLIOGRAFÍA

- Areu Crespo, María Z., (1998), *La mujer y su ética*, Julián Yébenes S.A., Madrid.
- Chiozza, L., (1991), "Cefaleas vasculares y accidentes cerebrovasculares", en: *Los afectos ocultos en...*, Alianza Editorial, Buenos Aires.
- Freud, S., (1893), "Estudio sobre la histeria. Señorita Elisabeth Von R.", *Obras Completas*, Tomo II, Amorrortu, Buenos Aires, 1983.
- Freud, S., (1925), "Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos", *Obras Completas*, Tomo XIX, Amorrortu, Buenos Aires, 1984.
- Larousse, (1994), *Diccionario Enciclopédico*, Larousse, Madrid.
- Storch, E., (2003), "Cefaleas en la mujer", *Revista Tendencias en la Medicina*, Año XI, N° 22, junio, pp. 57-64, Farmanuario, Montevideo.
- Tato, G., (1999), *Cuando el cuerpo habla. Enfoque psicossomático del enfermar*, Ediciones Trilce, Montevideo.
- , (2003), "Cefaleas en la mujer. Soluciones Multidisciplinarias para un 'dolor de cabeza' que afecta al paciente, al médico y a la sociedad", Laboratorio Shering, Montevideo.

CUARTA PARTE

REPETICIÓN Y AFECTO

Resentimiento-remordimiento-rencor

Introducción

El contenido del presente capítulo, corresponde a versiones revisadas y actualizadas de un intercambio Interinstitucional realizado entre el Centro Médico Psicoanalítico (Cemepsi) y el Centro de Estudios e Investigaciones Psicoanalíticas de Montevideo (Ceipdem). En dicho encuentro se efectuó un análisis y discusión sobre las cualidades y características de los estados afectivos, que conocemos como Resentimiento y Remordimiento. Las ideas de Luis Kancyper, fueron expuestas en aquella oportunidad y escritas para este capítulo por la psicóloga Gloria Büsch. Las ideas de Luis Chiozza, fueron expuestas por la doctora Gladys Tato, integrando también una lectura psicoanalítica de la expresión de estos estados afectivos en el tango y la poesía.

Decidimos incorporar y reflexionar sobre el afecto rencor, porque nos parece pertinente dado su relación con el resentimiento.

Versión de las ideas sobre resentimiento-remordimiento de Kancyper*

Conceptualización teórica clínica

A partir de la lectura *Resentimiento y Remordimiento* de Luis Kancyper fuimos analizando qué estatuto clínico iban ocupando estos conceptos en las historias de nuestros pacientes. Vimos que los mismos, vinculados a otros procesos psíquicos, ameritaban consideraciones relevantes en el devenir de nuestra formación como psicoterapeutas ya que los núcleos de resentimiento y remordimiento llegaban a veces, hasta conformar verdaderas organizaciones de carácter. Hemos visto así mismo, los cambios en el proceso terapéutico cuando son descubiertos y/o abordados estos núcleos. Se produce lo que Kancyper llama el “desmantelamiento de las construcciones microdelirantes que

* Realizada por la psicóloga Gloria Büsch.

sostienen al Resentimiento y al Remordimiento accediendo a un reordenamiento afectivo dentro de una misma dimensión espacio-temporal”.

Concepto de resentimiento

Kancyper nos explica que hay situaciones en la historia de algunos sujetos que han permanecido, a través del tiempo, como capítulos congelados, enquistados por el rencor.

Los pacientes resentidos no “retornan al pasado con el fin de recordarlo, sino que hacen de él, un uso particular con fines diferentes y detienen así el proceso terapéutico y la vida misma”.

Por ejemplo, decía F.: “El resentimiento es como un álbum de fotografías. La fotografía es una detención en el tiempo...” “Yo me quedé durante años empecinado en mis resentimientos, como abrazado a un rencor.”

Resentimiento es sinónimo de rencor. Rencor proviene del latín *Rancar* que significa queja, demandas, querellas.

¿Frente a qué esta queja? Frente a un hecho sentido como “injuria particular”, sentido y re-sentido compulsivamente.

Se trata de un hecho sentido con estatuto de trauma porque resulta intolerable para el yo y por lo tanto permanece como cuerpo extraño que queda aislado del curso asociativo y en lugar de ser reprimido queda escindido no pudiendo acceder a la asociación simbólica.

Surge, entonces un permanente “rencor indigesto”, y un anhelo de vengarse de la injuria sufrida pasivamente, injuria de carácter predominantemente narcisista. El porvenir se halla “invadido” por la “reivindicación” de un pasado injusto que necesita legalizar y reconocer para sí y ante los demás para justificar la posición de una inocente VÍCTIMA PRIVILEGIADA.

El dolor presente siempre en la memoria es un dolor de humillaciones que no ha desahogado suficientemente a través de la furia. El dolor y la furia congelan el fluir temporal. El sentido del futuro es el porvenir de la venganza. No ha saldado la cuenta con el pasado y sólo se piensa en castigar, a través de la repetición al sujeto responsable de los agravios.

Esta repetición –restitución compulsiva– no permite la elaboración del duelo de la resignación del objeto y su adecuada separación. El resentido necesita a su objetivo para torturarlo. Su principio es “el principio de tortura”.

Esta condición de maltrato se manifiesta a veces solapadamente en la relación terapéutica a través de lo que se llama “baluarte”. El baluarte es una estructura cristalizada que se forma de la colisión entre ciertos aspectos inconscientes del analizando y del analista. Crea una zona de desconocimiento que ambos comparten. Se realiza un

pacto de que algo no se puede trabajar porque si se toca y se rompe puede llegar a desestructurarse.

Muchas veces, el terapeuta, por este baluarte no puede llegar a asumir que es objeto masoquista del maltrato sádico del analizando.

Un paciente no pagaba mientras fascinaba con su discurso al analista. El analista demoró en advertir que su paciente lo maltrataba no pagándole.

Recreaba en la terapia su ambigua relación con el dinero, y su atemporal relación de resentimiento y remordimiento con el padre y su imposibilidad de discriminarse del mismo.

El sujeto resentido aparece obsesionado con un objeto en particular y la libido presenta una viscosidad que no permite la remoción objetal normal.

La viscosidad de la libido

Es necesaria esta condición para que se dé un cuadro de resentimiento y/o remordimiento.

En la representación freudiana el término viscosidad explicaría una de las cualidades de la libido como la mayor o menor capacidad de ésta para fijarse a un objeto o una fase y su mayor o menor dificultad en cambiar sus catexias una vez que se ha producido. La viscosidad variaría según los individuos.

En “análisis terminable e interminable” (1937) Freud describe la viscosidad como uno de los límites de la acción terapéutica. Kancyper se propone demostrar que:

1. El concepto de viscosidad no contiene en sí mismo, un principio explicativo.
2. Que tras la aparente inercia psíquica se moviliza en forma latente y permanente una tumultuosa energía para perpetuar esa viscosidad. La tenacidad en la fijación de la libido operaría como condición necesaria para que el resentimiento logre “materializar” sus objetivos. Así el “guardar” estaría unido a la queja permanente que hablaría de un estancamiento.
3. Sostiene que hay razones para mantener la fidelidad a la investidura de objeto, dadas por los procesos de investidura de objeto y por los procesos de idealización, desmentida y agresividad al servicio de Tánatos. Proceso que refuerza el vínculo indiscriminado.

Resentimiento y narcisismo

Dijimos que el resentimiento está vinculado a un hecho vivido como injuria, de carácter narcisista. Según Kancyper surge la amenaza que significa la pérdida de la completud mítica o de la perfección narcisista. Hay una necesidad de retorno a un anhelado estado anterior.

La presencia de dos realidades imposibilitan este deseo. Por un lado

las injurias edípicas, heridas que no cierran, incompletas, imperfecciones, fallas, etcétera. Por otro las injurias que los hechos traumáticos que no provienen de la realidad externa, inscriben. De esta manera se desmiente la imposibilidad de lograr la amplitud y anula la imposibilidad de toda diferencia. Cuando aparecen los signos de discriminación el sujeto reacciona ante esa diferencia como ante una herida narcisista.

En el segundo tiempo aparece la venganza. El sujeto resentido sostiene que el objeto, aunque malo en muchos aspectos retiene para sí lo bueno de lo que ha sido injustamente privado y que espera reconquistar legalmente mediante el castigo reivindicatorio.

Resentimiento y sistema narcisista parental

Los hijos representan un esperanzado deseo de completud en la dinámica narcisista parental. A través de “Su majestad el bebé” lograrán alcanzar sus deseos incumplidos. El hijo, dice Freud, deberá cumplir los sueños de sus padres.

Dice Kancyper siguiendo la lectura de Leclaire: “matar al niño maravilloso” que el sistema narcisista parental se sostiene sobre el poder marmóreo del niño inmortal. Los padres representan para el sistema narcisista del hijo los herederos de su narcisismo primario dotados pues de todas las perfecciones de la omnipotencia infantil.

El resentimiento del hijo se da por no poder romper esa unidad de perfección narcisista originaria. Surge en el hijo el deseo de reconquistar esa perfección mediante la fusión-confusión con los padres. El hijo resentido reniega de toda diferencia y separación y mediante la idealización que oscila entre una autoimagen idealizada y la idealización desplazada a los padres (los reyes magos) garantizando la continuidad de un vínculo indiscriminado con un objeto que a pesar del tiempo no pierde su sobrevaloración. El hijo se coloca en acreedor cuando siente que pierde la perfección y convierte a sus padres en eternos deudores y responsables en tanto ellos poseen todo lo valioso.

El hijo resentido sobrevalora al objeto a través de la desmentida (de la realización que discrimina y separa) y de la idealización. Atribuye a los padres cualidades de perfección que en realidad carecen y anuda su libido al objeto en lugar de desatarla.

“El resentimiento se manifiesta en la clínica por los reproches melancólicos, los reproches obsesivos, la manía querellante y al volverse contra la propia persona deviene en remordimiento.”

Remordimiento. Su conceptualización teórica

Remordimiento se define como pesar interno que produce en el alma el haber realizado una mala acción.

El remordimiento es la inquietud que despierta la memoria de una culpa. Esta culpa –singular, repetitiva– pone en evidencia el accionar

de un castigador interno que cumple sus funciones de tortura en el propio sujeto.

El sujeto remordido busca el perdón, pero no lo consigue, porque remite a una culpa que, en parte, permanece desconocida para él mismo. Apunta al pago de una deuda interna que resulta ser, finalmente, impagable.

Remordimiento y pulsión de muerte

El remordimiento es el resultado de una construcción. Tiene su raíz inconsciente, y su elaboración se hace hasta cierto punto consciente.

Pensamos que el remordimiento está más ligado a lo consciente, la culpa inconsciente está relacionada con el Yo inconsciente.

El remordimiento, por sus características, tiene dos facetas estrechamente unidas: el sentimiento de culpa y el autocastigo.

El castigo es la faceta penosa, es el sufrimiento repetitivo y compulsivo que, más allá del principio del placer, nos revela su íntimo nexa con la pulsión de muerte.

Freud (1937) llegó a establecer la hipótesis de que no era posible explicar íntegramente la necesidad de castigo, como expresión de la pulsión de muerte ligada por la relación conflictual entre el Superyó y el Yo, sino que otras partes "pueden estar operando otros montos, no se sabe dónde, en forma ligada o libre".

Se puede diferenciar en los comportamientos autopunitivos, el remordimiento en su nexa con la pulsión de muerte ligada y acogida en el Superyó, a través de comportamientos masoquistas y sádicos manifiestos, de aquel otro remordimiento difuso, expresión de la pulsión de muerte no ligada, que acompaña a las manifestaciones clínicas de lo ominoso.

Tipos de remordimientos

Según la perspectiva desde la cual se estudie se clasificarían en: primario y secundario, preedípico y edípico, básico y fraterno, originado por la culpa y por la vergüenza.

A. Remordimiento provocado por la culpa y la vergüenza.

El originado en la culpa está relacionado con el recuerdo de la huella traumática que deja una acción condenable, por la que el Superyó reclama un castigo implacable.

El remordimiento por vergüenza está relacionado fundamentalmente con un sentimiento de inferioridad, por no haber cumplido con los ideales propios ni con los parentales (línea narcisista).

Ambas formas traducen la tensión entre el Yo y el Superyó-ideal del Yo, pero sus motivaciones psicológicas y sus efectos punitivos presentan diferencias clínicas importantes.

No es homologable el reclamo de castigo por sentirse un asesino,

con el remordimiento originado en la vergüenza, por el que se siente disminuido, tonto o inservible.

B. Remordimiento preedípico y edípico.

Esta clasificación se hace según el origen y la naturaleza del sentimiento de culpa y la necesidad de castigo. Sus diferencias fenoménicas se hallan condicionadas por la particular interacción que se despliega entre la intensidad del sadismo de la instancia crítica y punitiva y el estado de cohesión del Yo.

Melanie Klein describe la existencia de un Superyó temprano (más precoz que Freud), período en el que el sadismo del niño desempeña un rol predominante y cruel. Sostiene que el comienzo temprano de la culpa parece ser una de las consecuencias de la envidia excesiva (envidia a los contenidos internos de la madre como objeto parcial). El Yo que aún no está en condiciones de soportar esta culpa prematura, la vive como persecución y desintegración. Luego aparecerá el miedo a la retaliación. En la culpa depresiva predomina el sufrimiento, invade la tristeza. Se sufre por lo que se hizo y la tristeza muchas veces no es consciente.

La culpa persecutoria se expresa con angustia, con ansiedad, con miedo. La culpa depresiva se expresa con ansiedad, con miedo, con la actitud corporal y el discurso enlentecido.

En el remordimiento edípico la culpa aparece ligada a los sentimientos hostiles hacia el progenitor del sexo opuesto: yo quiero sacar a papá del medio para que mamá me dé placer, o, yo quiero tener el primer lugar. Aquí se pueden ver dos líneas según se ponga el énfasis en lo sexual o en el narcisismo.

Cuando se hace énfasis en lo sexual este papá que es externo va a castigar al varoncito, después el papá interno "remuerde" por la agresión.

Luego la represión va a actuar sobre lo sexual, pero junto con lo reprimido está lo agresivo que queda como separado. El Yo evoluciona y lo agresivo se va a derivar hacia otros objetos. Posteriormente lo agresivo puede tener distintas conexiones: puede estar vinculado a la pulsión de muerte o al servicio de la pulsión de vida.

C. Remordimiento básico y fraterno.

Los remordimientos básicos, que remiten al conflicto edípico se relacionan con la culpa más esencial, que es la culpa por existir. El nacimiento del hijo firma la inmortalidad y la sentencia de muerte de los progenitores; en la misma medida que los continúa, los aniquila, pues es el hijo el que los entierra.

El padre muerto se transforma en acreedor, el hijo vivo en deudor de una deuda básica que jamás saldará en su totalidad, ya que constituye una función estructurante para el sujeto.

La deuda narcisista (el hijo como el falo de la completud parental) y la

culpa edípica (el hijo que sobrevive a sus padres) convergen para constituir los remordimientos básicos o primarios del conflicto humano. Los remordimientos fraternos incluyen además el complejo paterno y materno, la conflictividad de la tragedia narcisista, tiene que ver con la eliminación de los hermanos. El tema del hermano muerto se puede ubicar en el centro de la línea edípica sólo, la culpa aparece ligada a lo incestuoso. En la línea narcisista es el deseo de ser el único para la mirada del padre.

D. Remordimiento primario y secundario.

El remordimiento secundario es la vuelta del resentimiento contra el propio sujeto. El sujeto resentido contabiliza injusticias, se cree libre de responsabilidades y con derecho a atormentar.

El sujeto remordido colecciona deudas, se vive responsable de culpas, que en la realidad no le pertenecen, y que resultan ser irreparables.

Resentimiento, remordimiento y desidealización

“La idealización de odio, la desmentida y la escisión intervienen en la estructuración del resentimiento y del remordimiento, congelando el fluir temporal en un tiempo detenido fuera del tiempo” (Kancyper, L., 1991).

Kancyper plantea que la capacidad de salir finalmente del resentimiento y del remordimiento, depende de la capacidad del analista que debe ayudar a su paciente a poner en juego una y otra vez la báscula de la idealización, generar movimientos que posibiliten reabrir la historia para “acceder a la nunca acabada reescritura de la propia historia”.

Su propia “majestad el bebé” y los reyes los padres alternarán su aparición. El movimiento en báscula de este ideal de perfección sostiene, sobre el proceso de la desmentida, al sistema de la regulación de los sistemas narcisistas que participan en esta complicidad inconsciente.

El narcisista jamás podrá hacer frente a la desilusión que viene desde la realidad; necesitará desmentir las imperfecciones que el otro posee y le adjudicará propiedades o condiciones de las que carece. El objeto será digno o indigno de acuerdo a la idealización positiva o negativa que recaiga en él.

Cuando el originario es sobrevalorado, maravilloso, se transformará en un eterno deudor (que no da lo que tiene) y será castigado. La venganza recae sobre los supuestos responsables. Sobre objeto malo recae la idealización del odio, por lo tanto puede atormentarlo sin sentir culpa.

Green describe el proceso de idealización como un acto originario, constitutivo del funcionamiento pulsional. Para este autor en los casos donde la escisión es muy intensa el odio se encuentra desculpabilizado.

Ahora bien, sin desidealización, no existe crecimiento. El proceso de desidealización requiere de la intervención de la prueba de realidad, que permite diferenciar lo que es representado de lo que es percibido, para que se produzca en retiro de la elevada investidura que habrá recaído sobre el objeto o sobre el Yo.

Este proceso puede llevarse a cabo en forma abrupta (paroxística) o en forma progresiva (gradual).

La primera se produce cuando el proceso de idealización ha desempeñado un papel defensivo. Puede llevar a un derrumbe melancólico. No prepara el camino para la reparación que conduciría a “saldar deudas”.

La segunda implica la discriminación y el reordenamiento valorativo del Yo y del objeto asumido por el sujeto, desde su realidad afectiva, con la discriminación de los sentimientos de culpa. Disminuyen también los deseos de venganza y se abre un espacio con la tolerancia.

Para lograr la desidealización el sujeto tramita por numerosos estados de ambivalencia hasta desligarse de las ataduras omnipotentes provenientes del yo ideal. Se produce lo que Kancyper llama “desmantelamiento de las construcciones microdelirantes” que sostienen al resentimiento y al remordimiento.

El trabajo de elaboración de estos duelos se manifiesta en la clínica como una disminución de la tortura interna y externa y la recuperación de un nuevo territorio de distensión ganado al tempestuoso circuito tanático de la víctima privilegiada y castigadora.

Identificación reivindicatoria y desidentificación

En la identificación reivindicatoria la identidad se ve afectada en tanto, la persona toma en préstamo inconscientemente resentimientos, remordimientos que no pertenecen en realidad a sí mismo sino que se remontan a por lo menos a la generación más próxima del analizando.

Esta forma de identificación tiene la particularidad de erigirse en el sujeto como un “OTRO” que de alguna manera le señala su futuro o lo que debe hacer para cumplir con una “misión” nunca implícita, pero que queda atrapado en una circularidad repetitiva.

Es por esto que Kancyper nos habla del detenimiento del sujeto y la temporalidad. Esta última se presenta como un futuro posible, pero de antemano predestinado a vengar a las generaciones pasadas por la humillaciones sufridas.

Este tipo de identificación es patógena y se hacen accesibles a nosotros a través de los rasgos de carácter, los síntomas, los sueños; o sea en todas aquellas formas en donde el inconsciente se puede expresar más francamente.

Como ya dijimos la identificación reivindicatoria es patógena. Para acceder a un nuevo proceso de identificaciones más sanas se debe poder catectizar nuevos objetos; situándose así en una nueva dimensión temporo-espacial.

Versión de las ideas sobre resentimiento-remordimiento de Chiozza*

Consideraciones generales sobre los afectos

Para Freud no hay afectos inconscientes. Afecto deriva del latín *afficere*, afectar, o sea que esencialmente afecto es algo que “afecta al Yo”. Recordemos la definición de Freud de que los afectos son ataques histéricos, universales y filogenéticamente heredados. En tanto “ataques histéricos” todo afecto es al mismo tiempo un suceso real actual, esto es, una descarga somática y un recuerdo de un suceso pretérito, una reminiscencia. Cada afecto posee una particular “figura”, o sea que la descarga somática comprometida es típica para ese afecto. Esta particular figura es además universal, o sea compartida por todos los seres humanos. A modo de ejemplo basta pensar en las expresiones somáticas que acompañan la alegría o la tristeza para darnos cuenta que son diferentes pero al mismo tiempo comunes a todos los seres humanos, lo que nos permite reconocerlas inequívocamente. Estas figuras de cada afecto, siguiendo a Freud, son filogenéticamente heredadas, esto es están determinadas por huellas mnémicas inconscientes, “claves de inervación”. “La clave de inervación es la idea inconsciente que determina la particular cualidad de cada una de las distintas descargas motoras vegetativas que caracterizan a los diferentes afectos” (Chiozza, L., 1993).

Cuando un afecto se expresa en forma normal, es posible nominarlo y se acompaña de una descarga coherente de todas las zonas del cuerpo que conforman la clave de inervación típica para ese particular afecto.

La nominación por la palabra o sea, la función del preconscious es contingente, como dice Freud, es solo un soporte. Para la expresión afectiva lo esencial transcurre entre el inconsciente y la conciencia. La función de la palabra con relación a los afectos es fundamentalmente para el atemperamiento de los mismos, siendo ésta la acción ejercida por la cultura.

Cuando por algún motivo actúa la represión, es diferente la forma en que “ataca” a los acontecimientos, que a los afectos. Mientras las representaciones o sea los sucesos, pueden reprimirse olvidándolos, haciéndolos inconscientes, los afectos en sentido estricto no pueden

* Realizada por la doctora Gladys Tato.

reprimirse, porque al ser procesos de descarga no se “guardan” como las representaciones. En “Lo Inconsciente” (1915), Freud aclara que en el Inconsciente sólo guardamos una “disposición”, una “posibilidad de amago”, a la que no se le permite desplegar. Sabemos además que el verdadero motivo de la represión son los afectos, porque son éstos los que entran en conflicto en algún momento de nuestra vida. Por ese motivo “la cura”, no es sólo recuperar el recuerdo del acontecimiento olvidado, sino poder volver a sentir el sentimiento penoso, esto es, recuperar el afecto. La única manera de recuperar un afecto es revivirlo, volver a sentirlo. En “Recordar, Repetir y Reelaborar” (1914), Freud dice que: “el analizado no recuerda en general nada de lo olvidado y reprimido sino que lo actúa... lo repite” (Freud, S., 1915, p.152).

El síntoma como la transferencia, son piezas de esa repetición; en el trabajo interpretativo de las mismas está la posibilidad de elaboración, que permitirá recordar en lugar de repetir. De este recorrido se desprende que repetición, recuerdo y elaboración, son distintos aspectos de un mismo proceso.

Re-sentimiento-resentimiento

Significados - Etimologías

La palabra “resentimiento” deriva del prefijo “re” y de la palabra “sentimiento”. Hagamos un breve recorrido por el significado común y etimológico de ambos términos.

Re - Prefijo. Partícula que indica movimiento hacia atrás, retorno a un estado anterior, repetición. // *Sentir* - Percibir por medio de los sentidos.// Oír o percibir con auxilio del sentido del oído.// Juzgar, opinar, formar dictamen.// Tener pena.// Acomodar las acciones a las expresiones o palabras.//Formar queja.// Padecer algún dolor.// Explicar el estado de una persona con cierta situación.// Sentimiento.// Dictamen, parecer.

Sentir - etimológicamente: del latín Sentir “percibir por los sentidos”, “darse cuenta”, “pensar, opinar”. Deriva de sentir, sensible, sentimental, sentimentalismo.

Resentimiento - Enojo, impresión mala que produce la conducta de alguno.

Resentirse - Empezar a flaquear ante una cosa.// Fig. Dar muestra de enojo.// Irreg. Se conjuga como sentir (Corominas, J., 1981) (Quillet, 1968).

Como se desprende del recorrido por los significados de los términos, vemos líneas de significación diferentes a las consideradas y que guardan relación entre sí. En una de sus posibilidades se nos hace más patente la combinación del prefijo re con la palabra sentimiento. En la otra, el término en su conjunto, se nos presenta como un afecto

cualitativamente diferenciado, específico y con características particulares, el resentimiento.

Re-sentimiento

El re-sentimiento, significaría la repetición de un sentimiento; o sea re-sentir que es volver a sentir. Cuando decimos volver a sentir estamos aludiendo implícitamente a la posibilidad de reconocer algo ya sentido. Dijimos que el verdadero recuerdo no es recuperar sólo la idea, sino recuperar conjuntamente con la idea el afecto comprometido, o sea reactualizar la totalidad de la experiencia olvidada.

Recordar deriva de *re-cordis* que etimológicamente significa volver al corazón. Entonces, si el corazón se vincula a los sentimientos y al recuerdo, recordar sentimientos es volverlos al corazón. Así comprendido recordar es igual a re-sentir. Éste es el recuerdo que duele, el afectivo y del cual el corazón es su representante y cuya renuncia no es fácil de evitar, “quiero emborrachar mi corazón para apagar un loco amor que más que amor es un sufrir” (*Nostalgia*, Cadícamo y Gobian). Emborrachar para anestesiar el doloroso re-cordis.

Debemos diferenciar recordar de rememorar. El rememorar es recuperar el aspecto ideico, la representación, que acompaña al “verdadero” recordar, que implica revivir el afecto, o sea el *re-cordis*.

Re-cordar, re-sentir, es volver a sentir, volver a experimentar la descarga somática. Desde este punto de vista, recuerdo y re-sentimiento serían sinónimos.

Como dijimos los afectos son filogenéticamente heredados y universales. Lo heredado es la “clave de inervación”, es la “disposición” a sentir: alegría, rabia, enojo, etcétera, que en algún momento de nuestra vida esa clave se descargó por primera vez y sentimos el afecto que podemos reconocer por la memoria de la especie.

Después que el afecto es sentido por primera vez, el corazón no sólo es capaz de recordarlo, revivirlo, re-sentirlo, sino también es capaz de presentirlo. “El corazón es el órgano del presentir y el recordar” (Chiozza, L., 1980). Esta capacidad de presentir a veces nos ayuda y a ella nos aferramos cuando intuimos algo feliz. Otras veces nos avisa de algo doloroso y quisiéramos no saber, como la expresión del tango *Uno*: “si yo pudiera como ayer querer sin presentir...”. El re-sentir como el recordar no son afectos, son procesos. Por eso es importante diferenciarlos del resentimiento como afecto claramente configurado.

Resentimiento

Podemos preguntarnos ahora apoyados en el significado de los términos, ¿qué características diferencian al re-sentimiento sinónimo de recordar, del resentimiento afecto con cualidades típicas y específicas? En el resentimiento las definiciones comunes y etimológicas aluden al

carácter enojoso, al flaquear ante una cosa, como cualidad específica dada por su carácter repetitivo. Si vinculamos repetición, enojo y flaquear ante algo, en una cadena de significación, se nos hace evidente la posibilidad de un Yo que flaquea y se enoja por algo que re-siente.

Evitar recordar tendría el sentido de eludir el dolor, impidiendo la evocación de una escena traumática y el afecto que la acompaña. Ese “no quiero ni acordarme” por miedo a que la penuria vuelva y quedemos atrapados en la vivencia dolorosa. Es el recuerdo que se experimenta como una condena, como algo que se repite y de lo cual no se puede salir. El sentimiento de condena es inherente a algunos recuerdos y tiene implícita la compulsión a la repetición. Se trataría de una vivencia de la cual es imposible librarse: el re-sentimiento penoso como repetición perpetua, “siempre me pasa lo mismo” (Chiozza, L., 1993).

Llegamos así a la característica del *resentimiento* como afecto cualitativamente diferenciado y podríamos definirlo como una vivencia desagradable o dolorosa ante algo que se vuelve a sentir una y otra vez y que se repite al modo de una situación traumática, generando un estado de rabia o de enojo impotente.

El enojo que acompaña e integra el resentimiento, sería la reacción del Yo ante la impotencia de sentirse sometido a una repetición que se le impone. Es un afecto que denuncia una lucha, en la que aparentemente el Yo se sentiría débil e impotente. Cada repetición encierra una posibilidad elaborativa, lo que no quiere decir que se logre.

Frecuentemente utilizamos refiriéndonos a los afectos, “el ser o el estar”. No es lo mismo ser celoso, que estar celoso. Cuando el fracaso se expresa como un rasgo de carácter del Yo, decimos que una persona es un resentido, porque queda ubicada en la repetición sin la elaboración. A diferencia del “estar resentido”, que queda referido a un estado momentáneo, más dinámico y habitualmente más reversible que el otro.*

* Vimos por qué el corazón forma parte de la clave de inervación del proceso de recordar o re-sentir. Debemos profundizar más, porque para recordar, re-sentir los sentimientos deben volver al corazón una y otra vez como la sangre venosa vuelve una y otra vez. La función de la sangre venosa es fundamentalmente transportar los productos de desecho metabólico e informar al resto de los órganos las carencias, las necesidades de nutrientes, entre ellos el oxígeno.

Si como dice Weizsaecker, la función biológica se comporta como si la animara una intención psicológicamente comprensible, podríamos pensar que el significado de la función venosa “informar de una carencia actual” es equivalente al motivo del recordar. Recordamos cuando ante una insatisfacción o frustración actual, evocamos la representación de algo ausente. Todo recuerdo encierra un deseo insatisfecho. Siguiendo este “como si” podría decirse que el corazón recuerda algo que la vena re-trae (Chiozza, L., 1991, p. 88). O sea que el retorno

Figura del re-sentimiento y del resentimiento en el tango

El tango y la poesía son elocuentes representantes de un decir “de y desde los sentimientos”, es una de las razones por la que se prestan como material para comprender más, de los afectos que en ellos se expresan.

Según dice Daniel Vidart, el tango “es la música popular de nuestras villas y ciudades. Es la danza representativa del Río de la Plata. Es un integrante de la cultura criolla como los cuentos de Quiroga, los tristes de Fabini o la pintura portuaria de Quinquela Martín” (Vidart, D., 1964). “El tango floreció en las orillas rioplatenses y es el manifiesto tácito de un ‘resentimiento’. Es la expresión coreográfica de los tristes y los sombríos, de los que se abrasaban al tizón nocturno de la danza para inmolar allí la oscuridad diurna de sus vidas...” (Vidart, D., 1967).

“Figura” del resentimiento en el tango

Garúa

Que noche llena de hastío y de frío;
el viento trae un extraño lamento,
parece un pozo de sombras la noche,
y yo en las sombras camino muy lento.
Mientras tanto, la garúa
se acentúa con sus púas
en mi corazón.
En esta noche tan fría y tan mía
pensando siempre lo mismo me abismo,
y por más que quiera odiarla,

venoso se presta por sus características como un elemento privilegiado para arrogarse la representación del proceso de llevar o traer los recuerdos al corazón. El sistema venoso sería la clave de inervación del proceso de recordar. Siguiendo la propuesta teórica de la desestructuración del afecto, Chiozza propone que cuando la represión quiere evitar el desarrollo de un afecto que resulta penoso, ataca directamente la descarga y ésta accede a la conciencia como un síntoma somático privado de significación. En “Los significados específicos de la enfermedad varicosa” Luis Chiozza (1990), proponen como fruto de la investigación que “las várices simbolizarían el intento de demorar, entorpecer, o detener la vuelta al corazón de aquellos recuerdos que pueden desencadenar sentimientos de nostalgia o de condenas insupportables” (Chiozza, L., 1991, p. 91).

desecharla y olvidarla
la recuerdo más...

Enrique Cadícamo (Música de Aníbal Troilo)

Che, Bandoneón

...
Bandoneón,
para qué nombrarla tanto,
no ves que está de olvido el corazón
y ella vuelve noche a noche como un canto
en las notas de tu llanto,
che, bandoneón.

Tu canto es el amor que no se dio
y el cielo que soñamos una vez
y el fraternal amigo que se hundió
luchando en la tormenta de un querer,
Y esas ganas tremendas de llorar
que a veces nos inundan sin razón
y el trago de licor que obliga a recordar,
si el alma está en orsai, che, bandoneón.

Homero Manzi (Música: Aníbal Troilo)

Ninguna

Esta puerta se abrió para tu paso,
este piano tembló con tu canción,
esta mesa, este espejo y estos cuadros
guardan ecos del eco de tu voz,
Es tan triste vivir entre recuerdos,
cansa tanto escuchar ese rumor
de la lluvia sutil que llora el tiempo
sobre aquello que quiso el corazón.

...
Cuando quiero alejarme del pasado,
"es inútil", me dice el corazón.
Ese piano, esa mesa y esos cuadros
guardan ecos del eco de tu voz.
En un álbum azul están los versos
que tu ausencia cubrió de soledad.
Es la triste ceniza del recuerdo,
nada más que ceniza, nada más.

Homero Manzi (Música: Raúl Fernández Siro)

En el tango *Garúa*, aparecen los dos aspectos que integran el recuerdo: el pensamiento, plagado de representaciones tristes y oscuras

que hunden en un pozo, en un abismo y al mismo tiempo la garúa (¿lágrimas?), que como púas impiden al corazón olvidar. Por más que se lo intente la fuerza de re-cordar se impone y diríamos más, cuánto el Yo más se exige el olvido más se impone el recuerdo.

Algo similar se expresa en *Che, Bandoneón*, el pensamiento la nombra y en diálogo con el corazón quiere creer que éste está en olvido, pero vuelve y vuelve, noche a noche. Todo lo soñado y perdido, se añora nostálgicamente, el Yo débil se rinde al recuerdo.

En el tango *Ninguna*, se dibuja el dolor de vivir de recuerdos. Toda nostalgia como dice Chiozza, es el símbolo sustituto de una carencia actual. La huida del pasado, es imposible, porque el pasado se hace presente al recordar.

El re-sentir del recordar, cuando es una repetición que denuncia la imposibilidad del duelo, se vuelve condena, como en la trama de estos tres tangos. Si esa condena se perpetúa en un intento de liberarse del dolor, el Yo puede intentar luchar, si fracasa dará paso al enojo y el resentimiento o vencido se entregará al dolor de la nostalgia.

Remordimiento

Retomando lo dicho al inicio del trabajo, el remordimiento es también un afecto. Desde el significado común y etimológico de los términos destacamos: *Remordimiento* - (*de remorder*). Inquietud, pesar interno que queda después de ejecutada una mala acción.

Remorder - (*lat. Remordere*). Morder reiteradamente.// Exponer por segunda vez a la acción del ácido, partes determinadas de la lámina que se graba al agua fuerte.// Fig. Inquietar, alterar o desasosegar interiormente una cosa; punzar un escrúpulo// Manifestar una acción exterior el sentimiento reprimido que interiormente se padece. *Morder* - Asir, apretar con los dientes una cosa clavándolos en ella.// Picar como mordiendo.// Asir una cosa a otra y haciendo presa en ella.// Gastar insensiblemente, o poco a poco, quitando o desfalcando partes muy pequeñas, como hace la lima.// Murmurar o satirizar, hiriendo y ofendiendo en la fama o crédito.// Fig. y Fam. Manifestar uno de algún modo su ira o enojo extremo.

Remordimiento - Del lat. *Mordere*. De uso general en todas las épocas. Derivados: Mordedor. Mordido. Mordimiento. Mordiscar, "Mordificada, cosa medio comida", parece ser errata por mordiscada, hoy parcialmente reemplazado por mordisquear. *Remorder* (1550) -dedor, diente, -dimiento de *Remordere*, conservado en todos los romances de Occidente (Corominas, J., 1981; Quillet, 1968).

Vemos que el remordimiento deriva su origen de la acción de morder, acción que se ejecuta con los dientes.

Sabemos que la ingestión y la asimilación son los equivalentes somáticos de los mecanismos psíquicos que conocemos como

introyección e identificación. Podríamos decir que una asimilación bien lograda, equivale también a una identificación exitosa.

Vemos que el remordimiento se define como un estado afectivo caracterizado por inquietud y pesar interno, que queda después de ejecutada una “mala acción”.

¿Por qué un sentimiento, que tiene que ver con un pesar interno de una mala acción, se vincula con el morder?

El morder está al servicio de destruir para apropiarse, para incorporar. La incorporación se relaciona con la asimilación y como decíamos, es el representante somático de identificación. Sabemos que no podemos incorporar un bocado entero, debemos desmenuzarlo, para poder asimilarlo. Lo mismo sucede con la construcción de la identidad y la personalidad. El proceso de la materialización de la identidad, que se realiza en base a modelos de identificación, tampoco puede realizarse entero, debemos hacer un proceso de descomposición, para luego construir y lograr una identidad definida. Tanto en el comer como en el proceso de materialización de la identidad o de cualquier aspecto de la vida, cuando la acción destructiva ejecutada está al servicio de un fin que se concreta, el Yo siente que hizo una buena acción. Si en cambio el resultado es un fracaso del fin deseado, la vivencia del Yo es haber realizado una destrucción que no terminó con un proceso de construcción. En esas situaciones aparece el remordimiento, como el pesar interno por haber fracasado en la acción intentada, sintiéndose ese fracaso por no poder, como haber hecho algo malo. La persona siente entonces un remordimiento por una mala acción, en un doble sentido: por la acción agresiva y porque no cumplió el fin que se había propuesto. El remordimiento es el sentimiento de arrepentimiento vuelto hacia la propia persona. “Es un sentimiento estrictamente vinculado al sentimiento de culpa” (Chiozza, L., 1995).

Además del arrepentimiento y la pena; el remordimiento se vincula con los escrúpulos. “Escrúpulo” viene del latín y tiene el sentido de preocupación o aguijón, guijarro pequeño o puntiagudo (Chiozza, L., 1995). Por eso el vocablo remordimiento se usa para destacar el tormento de los escrúpulos, que vuelven una y otra vez. Este fracaso sumerge al Yo en una situación permanente de autorreproche. Autorreproche, como vimos en la definición de escrúpulo, sería como un aguijón que dolorosa y punzantemente le recuerda al Yo el fracaso.*

* Chiozza (1995), en la investigación sobre “Los significados inconscientes específicos de enfermedades dentarias”, proponen que la función dentaria se presta para representar simbólicamente a los afectos voracidad y remordimiento en su conjunto.

Cuando el remordimiento es tolerado en la conciencia y se experimenta como un estado afectivo con las características descriptas, se acompañará de una función dentaria normal.

Figura del remordimiento en la literatura

La poesía de Borges nos remite a otra forma de expresión de la cultura, quizá sin los tintes populares del tango. Pero están en ella nuevamente los afectos como protagonistas centrales del decir. Su poesía “El Remordimiento”, es una magnífica descripción de una vivencia afectiva nominada en palabras. Ambos, afectos y palabras dirá Borges: “cargan siglos, inician páginas en blanco y comprometen el porvenir”.

El remordimiento

He cometido el peor de los pecados
Que un hombre pueda cometer. No he sido
Feliz. Que los glaciares del olvido
Me arrastren y me pierdan, despiadados.
Mis padres me engendraron para el juego
Arriesgado y hermoso de la vida,
Para la tierra, el agua, el aire, el fuego.
Los defraudé. No fui feliz. Cumplida
No fue su joven voluntad. Mi mente
Se aplicó a las simétricas porfías
Del arte, que entreteje naderías.
Me legaron valor. No fui valiente.
No me abandona. Siempre está a mi lado
La sombra de haber sido un desdichado.

Jorge Luis Borges (1899-1986)

El poema de Borges comienza con un autorreproche, por lo que él siente como un pecado: no haber sido feliz. El autorreproche, es el producto del reconocimiento de una responsabilidad en el fracaso. A continuación hace referencia a sus padres como modelos que le legaron cualidades, que si él hubiese podido “asimilar” identificándose con ellas, le habrían posibilitado materializar la capacidad de ser feliz como parte de su identidad. Siente a su vez, que tal vez su deambular en el mundo de las ideas “entretejiendo naderías”, cosas que quedaron en nada, quizá por eso mismo, por no haber logrado plasmarlas en el mundo real. Dentro de los autorreproches, destaca no haber sido

Siguiendo las ideas de Chiozza cuando este afecto no sea tolerado en la conciencia, aparecerá, producto de la desestructuración del afecto ejercida por la represión, aquella patología somática que mejor se preste para representarlo, porque forma parte de su clave de inervación, que en este caso sería una patología dentaria.

valiente. Concretar cualquier deseo implica una cuota de riesgo, que siente no haber podido asumir. Podríamos relacionarlo con el valor de la acción agresiva necesaria para ejecutar una acción, “morder el bocado” en el momento oportuno, para lograr transformar la agresión de la incorporación, en asimilación y construcción de un aspecto de la identidad.

El poema termina de un modo que evoca la forma en que Freud se refiere al estado del melancólico en que “la sombra del objeto cae sobre el Yo”. Cuando la identificación no es posible y no se puede “ser” como el modelo y tampoco “tenerlo”, el Yo queda a medio camino, sin lograr el proceso identificatorio y sin poder duelar el fracaso. La sombra de la desdicha, sería el representante simbólico de su incapacidad para ser feliz. La imposibilidad de ser abandonado por esa sombra, simbolizaría el remordimiento permanente, que como el “aguijón” de los escrúpulos que lo atormentan, recordándole el fracaso y autocastigándose por el pecado que siente haber cometido.

Rencor

Rencor significa “resentimiento arraigado y tenaz”. “Deriva del latín *rencidus* que significa “rancio, que huele mal por añejo”. El rencor es una “ira inveterada”, es decir, “amargada, añeja y enraizada”. Sería un “resentimiento”, un “encono”, que se ha conservado vivo y se ha reconcentrado a lo largo del tiempo. “La palabra *encono* significa rencor arraigado en el ánimo” (Corominas, J., 1981; Quillet, 1968). Nos impresiona como un afecto en el que el Yo se ha entregado a ser habitado por él.

A diferencia del resentimiento que conserva en su cualidad repetitiva, una posibilidad de elaboración; el rencor y el encono son estados afectivos “cristalizados” más vinculados a la repetición que a la elaboración.

Sabemos que la relación entre acción y afecto es inversa, a mayor afecto menor acción eficaz y viceversa. Todo afecto intenso o todo afecto que se repite con una cualidad patológica, es un fracaso de la elaboración. Podríamos pensar que en el rencor ese fracaso es mayor que en el resentimiento, porque cada repetición produce tal cual lo denuncia su etimología, un arraigo mayor, que no permite aliviar con la descarga, la fuente de excitación inconsciente. Sin embargo, el rencor como vimos está emparentado con la ira, que “deriva del latín y significa cólera, rencor”. “La teología considera la ira como un ‘apetito desordenado de venganza’” (Chiozza, L., 1993).

Es llamativa la relación del rencor con afectos como la cólera o la ira, porque daría la impresión de que por el fracaso o la imposibilidad de la acción, el rencor es un afecto que “apaga el Yo”. En cambio, la ira

o la cólera son afectos que “encienden al Yo”. Tal vez la acción que se desearía consumir sería la venganza (vinculada a la ira), pero sin el pleno convencimiento de llevarla a cabo, porque está en conflicto con otros sentimientos. Si el resentimiento encierra una carencia, el rencor encerraría una carencia y un fracaso aún mayor, que llevarían como el resentimiento, a un enojo que no sólo es con el Yo, sino también con el otro. Ese enojo impotente del resentido, sería en el rencoroso una ira que no puede descargar. Tal vez encontramos en el tango *Rencor*, como expresión de literatura popular, fruto del inconsciente del autor, otros elementos que nos ayuden a comprender más de este afecto tan singular.

Rencor

Rencor mi viejo rencor
dejame olvidar la cobarde traición
no ves que ya no puedo más
que ya me he secado de tanto llorar
deja que viva otra vez y olvide
el dolor que ayer me cacheteó,
rencor yo quiero volver a ser
lo que fui yo quiero vivir.
Este odio maldito que llevo en las venas
me amarga la vida como una condena
el mal que me han hecho es herida abierta
que inunda mi pecho de rabia y de hiel.
La odian mis ojos porque la miraron
mis labios la odian porque la besaron
la odio con toda la fuerza de mi alma
y es tan grande mi odio como fue mi amor.
Rencor mi viejo rencor
no quiero vivir esta pena sin fin
si ya me has muerto una vez
porque llevaré la muerte en mi ser,
ya sé que no tiene perdón
ya sé que fue vil y fue cruel su traición
por eso mi viejo rencor
dejame vivir por lo que sufrí
Dios quiera que un día la encuentre en la vida
llorando vencida su triste pasado
para echarle encima todo este desprecio
que ensucia mi pecho de amargo rencor
la odio por el daño de mi amor desecho
y por una duda que me escarba el pecho
no repitas nunca lo que voy a decirte

rencor tengo miedo de que seas amor
por eso mi viejo rencor
dejame vivir por lo que sufrí.

Luis Cesar Amadori (Música: Charlo)

Figura del rencor en el tango

Desde su primer verso el tango muestra la cualidad del afecto “viejo rencor”. Nuevamente el deseo de olvidar como una forma de no sufrir, no re-cordar, no pasar por el corazón. Llorar, se nos presenta como la única acción posible, entre tanto sufrimiento. El Yo se siente víctima de una traición, que promueve el odio que circula por las venas (la sangre venosa es la que lleva los desechos y la información de las necesidades y carencias).

La amargura, afecto depresivo melancólico, nos habla del fracaso de la materialización de la relación amorosa, que imposible de duelar, es como una herida que no cicatriza. Dolor que en su re-sentir, se ha vuelto condena, “parece sin fin”. El Yo está tan inundado por estos estados afectivos, que está muerto en vida, como muerto está lo que fue, “yo quiero volver a ser lo que fui, yo quiero vivir”.

Odio, que es el resultado de la traición vivida, odio que es la contracara del amor sentido y genera el deseo de venganza. Invoca a Dios (“ira de los dioses”), tal vez para poder animarse a consumarla un día, porque se sabe incapaz de concretarla. Creemos que por dos motivos, porque no puede aceptar que su corazón albergue un sentimiento así, “ensucia mi pecho de amargo rencor” y porque todavía alberga el amor que un día sintió.

Si el amor hubiese devenido odio sin rastro de lo anterior, el Yo consumiría la venganza. Pero por la pintura que hace el tango, del afecto podríamos pensar, que lo “rancio, lo que huele mal”, es esta coexistencia viva y consciente de los sentimientos más opuestos que se pueden sentir, amor y odio. El Yo se encuentra imposibilitado de duelar ni perdonar y tampoco puede descargar la rabia y la venganza. Está atrapado en este dualismo del que no puede salir. El fracaso de una acción eficaz que termine con el tormento, está impedida por dos motivos: por el narcisismo herido que si perdona olvida y por el amor al otro, porque no puede ni quiere a pesar de todo, destruirlo.

El rencor sería el fracaso elaborativo del enojo de la ira que no se puede descargar, de un dolor que no se puede olvidar, una venganza que no se puede consumir, un odio que no se quiere sentir y un amor que no se quiere admitir. Confundido y amalgamado, este conglomerado afectivo, no halla ninguna acción capaz de procurar un alivio ni descarga. Cada nueva vivencia afectiva aumenta el rencor, ahonda las raíces de la repetición, alejándose cada vez más de la elaboración.

BIBLIOGRAFÍA

- Corominas, J. (1981), *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana*, Gredos, Madrid.
- Chiozza, L., (1980), "El corazón tiene razones que la razón ignora", en: *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Paidós, Buenos Aires.
- , (1983), "Corazón, hígado y cerebro: introducción esquemática a la comprensión de un trilema", en: *Psicoanálisis presente y futuro*, CIMP, Buenos Aires.
- , (1986), "Un infarto en lugar de una ignominia", en: *¿Por qué enfermamos?*, Alianza Editorial, Buenos Aires.
- , (1991), "Los significados inconscientes específicos de la enfermedad varicosa", en: *Los afectos ocultos en...*, Alianza Editorial, Buenos Aires.
- , (1993), "Una introducción al estudio de las claves de inervación de los afectos", en: *Los sentimientos ocultos en...*, Alianza Editorial, Buenos Aires.
- , (1995), "Significados inconscientes específicos de enfermedades dentarias", en: *Del afecto a la aficción*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1997.
- Freud, S., (1914), "Recordar, Repetir, Reelaborar", *Obras Completas*, Tomo XII, Amorrortu, Buenos Aires, 1983.
- , (1915), "Lo Inconsciente", *Obras Completas*, Amorrortu, Buenos Aires, 1983.
- Kancyper, L., (1991), *Resentimiento y Remordimiento. Estudio Psicoanalítico*, Paidós, Buenos Aires, Barcelona, México.
- Quillet, (1968), *Diccionario Enciclopédico*, Aristides, Buenos Aires.
- Vidart, D., (1967), *El tango y su mundo*, Ediciones Tauro, Montevideo.
- , (1964), *Teoría del Tango*, Ediciones de la Banda Oriental, Montevideo.

QUINTA PARTE

ENTREVISTAS DIAGNÓSTICAS Y DEVOLUCIÓN (EDD)

Una propuesta de estrategia diagnóstica previa al inicio de tratamiento psicoanalítico

Introducción

El diagnóstico ha sido un objeto de interés recurrente en los psicoanalistas. También es uno de los aspectos más controvertidos y a veces silenciados dentro de la técnica habitual. ¿Qué lugar ocupa el diagnóstico en el psicoanálisis? ¿Por qué es importante diagnosticar? ¿De qué diagnóstico hablamos? Freud no desarrolló específicamente el proceso de evaluación al inicio de un tratamiento, dado que su modo habitual de evaluar era la realización de un análisis de prueba. Freud (1913) en su artículo “Sobre la iniciación del tratamiento” se pregunta “¿cuándo debemos empezar a hacer comunicaciones al analizado?” y responde “no antes de que se haya establecido en el paciente una transferencia operativa”. Destaca en ese artículo la importancia de cuidarse de comunicar “soluciones” en la primera entrevista. Esta precaución señalada por Freud lleva implícitos dos elementos que todos conocemos: que la transferencia se desarrolla precozmente, que desde las entrevistas se pueden comprender aspectos del paciente y que debemos decidir qué hacer con ello. Estos aspectos que se van desplegando desde el inicio, integran junto con otros el punto de partida del proceso psicoterapéutico posterior. Para algunos autores ese punto de partida debe conservar las características más libres y espontáneas y por lo tanto más relacionadas con el modelo asociativo que luego se seguirá en el proceso. Para otros autores la instancia inicial tiene una significación tal que hasta le confieren una cualidad diagnóstica. El término diagnóstico es perteneciente o relativo a “diagnosis” que significa “distinguir, conocer” (*Diccionario de la Lengua Española*, 1984).

En medicina, “es el arte o acto de conocer la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de síntomas y símbolos” (*Diccionario de la Lengua Española*, 1984). La mayor parte de los autores que se ocupan del diagnóstico en psicoanálisis no coinciden con esta perspectiva. Para nuestra disciplina, según Galli “hacer diagnósticos es un momento de encuentro humano, es estar abriendo puertas sobre los proyectos de futuros posibles para esa persona, es ubicar historias de vida, centrando en el motivo presente”. Para Winograd, el diagnóstico es “una actividad conjetural no rotulativa... no pretende conclusiones definitivas desde el punto de partida sino que son hipótesis permanentemente revisadas y transformadas” (Winograd, B.; Galli, V. y Barrutia, A., 1990, p.15). Según Barrutia “el diagnóstico en psicoanálisis siempre se relaciona con una teoría, un tratamiento y una técnica” (Winograd, B.; Galli, V. y Barrutia, A., 1990, p.16). Winnicott destaca también un carácter conjetural, abierto y de creatividad personal del diagnóstico (Winograd, B.; Galli, V. y Barrutia, A., 1990, p.16). He hecho referencia a estos autores porque coincido con lo que expresan y me encuentro con más afinidad con sus propuestas que con los autores que proponen el diagnóstico más cercano a las características del diagnóstico médico-psiquiátrico y se preocupan más por la nosografía del cuadro psicopatológico que presenta el paciente o su estructura de personalidad. Mi forma de pensar la importancia del diagnóstico en psicoanálisis está más cercana a lo que definiríamos como “*Comprender*”, cuyo significado implica “atrapar, sorprender, concebir una idea” (*Diccionario de la Lengua Española*, 1984). Esta forma de acercamiento diagnóstico al paciente implica ese “encuentro humano” que me permite pensar en el otro como un semejante. Cabe aclarar a mi entender, que el hecho de que las entrevistas iniciales puedan proporcionarnos aproximaciones diagnósticas, concebidas como un modo de comprender lo que le sucede al paciente y lo que viene a buscar, no se opone al rigor metodológico con que éstas puedan realizarse y procesarse. La sistematización le confiere cualidad de aplicabilidad evaluable, la comprensión es aquella construcción que nos sorprende en cada encuentro humano y que organizada afectiva y sensiblemente, puede comunicarse al paciente al modo de hipótesis para un trabajo elaborativo posterior. Todos estos aspectos irán exponiéndose de una manera más clara en el análisis del método. Quienes le otorgan importancia al diagnóstico obviamente al igual que yo, lo llevan a cabo en las entrevistas de inicio de tratamiento, habiendo desarrollado algunas estrategias bastante definidas, pautadas o hasta con cierto grado de protocolización (Bleger, J., 1973; Liberman, D., 1972; Kalina, E., 1969; Romano, E., 1989). Los autores y trabajos que tomaré en cuenta como referencia para el análisis de la estrategia diagnóstica que propongo y sus resultados, son aquellos que han he-

cho modificaciones a las entrevistas habituales u “ortodoxas” de inicio de tratamiento. En esta introducción quiero mencionar los aspectos que me llevaron en el año 1995 a diseñar un método que denominé Entrevistas Diagnósticas y Devolución (EDD), que he llevado a la práctica en algunas circunstancias desde entonces hasta el momento actual y que he transmitido a otros profesionales que también lo han aplicado y cuyos resultados discutiré y evaluaré posteriormente.

En primer lugar quiero destacar que es una realidad del psicoanálisis actual, la constitución de equipos de trabajo, por la gran variedad de desarrollos teóricos con relación al progresivo abordaje de mayor número de patologías, por todos los grupos etarios que se han abarcado, por la progresiva inserción en la comunicad, por la realización del psicoanálisis no sólo individual sino grupal e institucional y por el gran desarrollo de la interdisciplina. Estos equipos que funcionan tanto en el ámbito estatal como privado, han permitido una mayor aplicabilidad del método psicoanalítico y también han posibilitado que los psicoanalistas trabajando y pensando juntos resolvieran situaciones clínicas cada vez más complejas. El trabajo en equipo permite también un mayor intercambio y discusión de las diferentes estrategias técnicas según las necesidades de la clínica. Además brinda el beneficio al igual que la supervisión de esa “segunda escucha” y mucho más cuando se hace entre varios, por el efecto multiplicador de las distintas decodificaciones y perspectivas aportadas por cada uno de los integrantes.

En segundo lugar la diversidad de propuestas psicoterapéuticas dentro de la orientación psicoanalítica y fuera de la misma es muy vasta, lo que enriquece las posibilidades de efectuar la indicación más adecuada para cada paciente, pero también sumerge a los pacientes en un universo de posibilidades desconocidas, en el que les resulta muy difícil saber qué optar. La elección del analista por parte del paciente sigue realizándose prácticamente “a ciegas”, apenas guiada por la orientación de quien le propuso la derivación y el profesional a elegir. Otro aspecto que hemos tenido en cuenta cuando diseñamos el método, es que las entrevistas habituales de inicio de tratamiento o aun las que realizan aquellos que toman en cuenta el diagnóstico, aportan un conocimiento importante del paciente del cual se beneficia mayoritariamente el terapeuta y a mi entender escasamente el paciente, porque de todo el material recabado lo que él recibe es el tipo de indicación terapéutica a seguir. Sé que la devolución de las entrevistas también es uno de los aspectos más discutidos de la instancia diagnóstica inicial. Tampoco puedo desconocer que la indicación de un proceso psicoanalítico, puede coexistir desde su inicio o luego de iniciado el proceso, con la necesidad de complementarse con otros procedimientos terapéuticos. Efectuar una instancia diagnóstica ini-

cial, también tiene el beneficio de evaluar y tener en cuenta este aspecto desde su inicio. El EDD es una estrategia diagnóstica que no tiene ni la pretensión ni el estatuto de ser “un invento” sino que tal cual se denomina en forma científica, lo consideramos “una innovación”, en tanto es una idea que incorpora algunas características de aspectos técnicos conocidos por todos, pero desarrolla nuevos elementos que brindan a nuestro entender una mayor utilidad y beneficio sobre lo ya existente.

Además de mi práctica psicoanalítica individual, desde hace años conformé un equipo privado de trabajo con fines de formación, asistencia e investigación. De la experiencia personal y del intercambio con los distintos integrantes del equipo, fueron surgiendo las reflexiones que expresábamos antes y que nos llevaron a considerar las limitaciones de las entrevistas habituales previas al inicio del tratamiento psicoterapéutico. Cuando un paciente recurre a solicitar tratamiento a nuestra clínica o directamente con algunos de los integrantes del equipo, según los elementos que surgen de esa primera consulta, se le propone al paciente la realización del EDD, para definir su indicación terapéutica. Si el paciente presenta una demanda clara, un *insight* adecuado, tiene un cierto conocimiento psicoanalítico, establecemos una transferencia positiva y le vemos cualidades que nos hacen inferir que podemos llegar a una indicación terapéutica con las entrevistas habituales previas al inicio de tratamiento, así procedemos y no indicamos el EDD. En el capítulo en que detallamos la aplicación y realización del procedimiento, se señalan las cuatro situaciones más habituales en las que hasta el momento lo hemos indicado.

Veamos a continuación el procedimiento y su metodología de aplicación.

Metodología de aplicación del protocolo, procesamiento, análisis del material y devolución

Fundamentación del método

Las Entrevistas Diagnósticas y Devolución® (EDD) es una técnica para cuyo diseño tomé como punto de referencia a otros autores, que incluyeron la biografía del paciente en la comprensión de su enfermedad.* Freud (1893, 1895), Clauser (1968), Chiozza (1976). Es un método protocolizado y breve que integra aspectos esenciales de la vida del paciente en relación con los síntomas agudos y actuales por los que consulta.

* Usamos enfermedad en un sentido genérico como lo opuesto al estado de salud.

Está protocolizado para que sea aplicado de la misma manera por distintos grupos de trabajo y así poder valorar resultados comparables y confiables. Los cuestionarios están adaptados para adolescentes y adultos, por lo que constan de elementos comunes y de aspectos específicos para cada grupo etario. Su diseño fue realizado teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- a. Realizar siempre una instancia de evaluación diagnóstica en todo paciente con un trastorno orgánico, previo al inicio de la psicoterapia y considerar la carencia de recursos económicos de gran número de pacientes.
- b. La angustia es una urgencia habitualmente presente en situaciones de crisis.
- c. La dificultad de los adolescentes en expresar con claridad sus problemáticas.
- d. Pacientes con escasa conciencia de su conflicto y con poca claridad en el motivo que lo trae a la búsqueda de ayuda.

La evaluación diagnóstica tiene como objetivo prioritario abreviar el tiempo de los procesos psicológicos, ya que contiene en sí misma una acción terapéutica de gran efecto ante la urgencia de las afecciones orgánicas. A diferencia del Estudio Patobiográfico de Chiozza (1976) (Chiozza, L., 1986), que nosotros realizamos y cuya experiencia publicamos Tato (1999), éste es un método más breve y cualitativamente diferente, que demanda la participación de menos profesionales y menor tiempo de elaboración. Resulta por lo tanto, menos costoso, más masivamente aplicable y está diseñado para abordar otros motivos de consulta. El efecto terapéutico del EDD, también contribuye a disminuir la angustia presente en la mayor parte de las situaciones de crisis vitales de cualquier tipo.

En el caso de los adolescentes, por su sistema de entrevistas cerradas o semicerradas, facilita la comunicación y brinda mayor información que las entrevistas habituales de inicio de tratamiento, favoreciendo la aceptación de la indicación psicoterapéutica. La utilidad antes mencionada, se aplica también a los pacientes con poca conciencia del motivo de su demanda, dado que el sistema de anamnesis exige un proceso reflexivo que les permite clarificar sus conflictos o conectarse con la confusión que tienen sobre lo que les sucede, lo que resulta también operativo.

En todas las situaciones mencionadas la experiencia nos muestra que el EDD, nos ubica en un punto de partida con mejores herramientas para la indicación y realización de la psicoterapia posterior.

Metodología de aplicación

El EDD, es una técnica de equipo. No ha sido nunca aplicado y elaborado por una sola persona, por lo que carecemos de resultados evaluables en esas condiciones. Los equipos deben de estar conformados en forma estable, sostenidos por un marco teórico referencial común y con entrenamiento e idoneidad en la aplicación de la técnica. El equipo debe de estar constituido al menos por dos profesionales psicólogos-psicoterapeutas o psicoanalistas. Un profesional realiza la primera consulta y otro aplica el protocolo. El material será discutido, analizado y elaborado con los profesionales que vieron al paciente y el resto del equipo. El resultado o devolución estará a cargo del técnico que aplicó el protocolo y el cierre con la consiguiente propuesta terapéutica será efectuado por quien realizó la primera consulta.

Consulta

Se realiza para identificar la situación problemática actual y la panorámica general del paciente. Tiene como cometido también consignar otros tratamientos que se estén realizando (médicos, psiquiátricos, etcétera) y evaluar la posibilidad de aplicación del EDD.

En la primera consulta, se completa la ficha personal o sea la identificación del paciente a los efectos del archivo y de una rápida ubicación del técnico.

Aplicación del protocolo

El protocolo está diseñado para aplicarse en tres entrevistas. Debe realizarse tomando notas por escrito, para luego transcribirlo y presentarlo al resto del equipo. El material presentado debe ser completo, comprensible y coherente. Es importante que se consignent las impresiones personales y cualquier dificultad que se hubiera presentado, así como las preguntas que están fuera del protocolo y se hicieron para ahondar en la investigación. Importa también consignar el tipo de vínculo que se desarrolló durante las entrevistas.

En la primera entrevista se le solicitan al paciente otros elementos que deberá traer por escrito y que se detallan al final del protocolo.

La primera entrevista está dedicada al motivo de la demanda y a la situación vital dramática que atraviesa el paciente.

La pregunta inicial *¿qué le pasa?*, es suficientemente amplia como para permitir una cierta apertura, eso no quiere decir que sea tan abierta como para que se transforme en una entrevista libre. Se complementará con las preguntas que se crean necesarias dada las características de cada caso, ya que no se pueden protocolizar todas las variantes posibles.

La segunda pregunta: *¿desde cuándo le está sucediendo esto?*, está

dirigida a precisar el momento de inicio del motivo de consulta. Investigaremos también las características de los síntomas, su evolución y en caso de enfermedad orgánica, el tratamiento efectuado y su resultado.

El tercer ítem es para investigar el *contexto vital en que emerge el motivo de la consulta*. Éste puede surgir espontáneamente o puede investigarse preguntando lo más genéricamente posible sin establecer relaciones causales, tratando de que se despliegue el conflicto o problemática por la que atraviesa el paciente. Con esta investigación se están recabando datos sin extraer conclusiones: es una investigación para entender el cómo, el cuándo, el dónde, y el por qué. La *investigación de otros antecedentes patológicos* del paciente tanto somáticos como psicológicos, se realiza en forma general, según el protocolo. En el ítem que se consigne una respuesta positiva, se preguntará más detalladamente.

Luego viene *contexto familiar y social*, se inicia por las personas con quién vive el paciente y de cada una de ellas preguntamos: edad, ocupación, patologías y el tipo de relación que tiene con el paciente. Si aparece alguna persona lo suficientemente importante aunque no viva con el paciente, se investiga también.

Si bien se priorizan las personas que viven con el paciente, no se excluye que se le pregunte a modo panorámico sobre los familiares más cercanos y por supuesto la relación con ellos. Cuando la relación principal es la pareja se hace la historia del vínculo en cuanto a: tiempo de la relación, cómo se conocieron, evolución, incluyendo el tipo de relación afectiva y sexual.

En *amigos y vida social*, se pregunta si es sociable, si tiene amigos íntimos y si los ve con frecuencia. La vida social nos da una idea de su relación e inserción en el mundo.

Trabajo o actividad profesional, si bien se tiene el dato inicial en la ficha, en este ítem se consigna con detenimiento. Si le gusta o no, si está conforme con lo que gana, a los efectos de tener una idea si la persona es productiva, si está satisfecha con la actividad que realiza o por el contrario si esa actividad es fuente de conflicto.

La *biografía* es cronológica, o sea, empezamos desde el nacimiento investigando las circunstancias del mismo y el desarrollo temprano.

El *desarrollo psicomotriz* implica la edad en que caminó, habló, la edad en que controló los esfínteres, si se comía las uñas, si tenía pesadillas, etcétera.

Luego investigamos *la etapa escolar y la secundaria*. En la etapa escolar investigamos las características generales de la niñez y en la etapa de la secundaria investigamos las características de la adolescencia. En la escolaridad profundizamos en su rendimiento, inserción escolar, qué tipo de niño era, si tenía amigos o no, características de la crianza, principal persona responsable de sus cuidados (madre, abue-

la, empleada), características de la sexualidad infantil (masturbación, juegos sexuales infantiles), conocimiento de la diferencia de sexos. Con la secundaria hacemos lo mismo: escolaridad, qué tipo de adolescente era, características de su período adolescente, o sea, elementos evidentes de crisis o no. Se investiga la primera relación sexual: cómo fue, con quién, si fue satisfactoria o no, inducida o espontánea y todos los elementos que nos parezcan importantes. En la mujer se consigna en este ítem la menarca.

Si el paciente es un *adolescente*, el protocolo contiene preguntas que investigan en forma más profunda esta etapa y sus características: cómo siente este momento de su vida, cambios corporales, conformidad o disconformidad, sexualidad, vestimenta, hábitos, etcétera.

Con respecto a las *parejas*, si es una persona casada o vive en pareja, (el vínculo principal ya lo habíamos investigado en la convivencia), resta conocer la historia de sus otras relaciones esto es, primera y sucesivas parejas.

En el caso de las *mujeres* se investigarán embarazos, abortos, amantamiento y relación temprana con sus hijos. Según la edad, de los 40 años en adelante, se preguntará por irregularidades menstruales y alrededor de los 50 años ya se puede preguntar por síntomas climatéricos, si ya ocurrió la menopausia o si está con indicios de que esté próxima. Es importante que cuando se pregunte por el inicio sexual, no sé dé por seguro que fue con una pareja del otro sexo y aclarar el sexo de la misma. Si el paciente es homosexual o tiene un conflicto en relación con su identidad sexual, las preguntas se adecuarán a investigar estos aspectos.

El *relato de un día habitual*, nos brinda la pintura de la rutina del paciente y el *relato de un fin de semana*, nos refleja otros aspectos importantes en su vida (vida familiar, social, descanso, esparcimiento, ocio). Ambas preguntas nos dan un panorama del paciente desde otra perspectiva.

En las últimas preguntas investigamos *la actitud del paciente frente a lo que le sucede*: a) *¿a qué cree que se debe lo que le pasa?*, nos referimos al motivo de la consulta. El paciente siempre tiene una explicación de lo que le pasa y escucharla, nos permite inferir su capacidad reflexiva; b) *¿cómo cree que podría resolverlo?*, la respuesta a este interrogante pone en evidencia los recursos del paciente y el deseo de ayuda psicoterapéutica; c) *¿qué cree que hará si resuelve lo que le pasa?*, nos ayuda a valorar la perspectiva del paciente de su vida de aquí en más y cómo se imagina su futuro; d) *¿cómo se sintió durante las entrevistas?*, con esta pregunta investigamos la vivencia de conformidad del paciente al hablar de sí mismo y sus problemas, sus recursos para comunicarse y su aceptación de un procedimiento que le brindó esa posibilidad.

A todo este material se integran los elementos solicitados previamente al paciente en la primera entrevista: relato de un sueño, comentario de un libro o película, cuento inventado y fotos, para completar el material del equipo.

Procesamiento

Luego de recabado todo el material, se inicia su procesamiento. En una primera instancia, luego de su lectura y en forma individual, cada integrante del equipo jerarquiza:

- a. Los emergentes significativos de la conflictiva del paciente o del modo de funcionar de su personalidad.
- b. Destaca también lo que el paciente reflexiona de sí mismo y los recursos que despliega para enfrentar lo que le está sucediendo.
- c. Hace explícita la transferencia-contratransferencia, vivenciada por él cuando tuvo el rol de anamnesista.

Posteriormente procedemos en conjunto a la discusión del material donde intercambiamos reflexiones, valorando coincidencias y discrepancias en torno a tres aspectos:

1. Sostenidos por la articulación teórico clínica del marco psicoanalítico, identificamos los “puntos de urgencia” de la situación actual que atraviesa el paciente. Si se trata de una enfermedad orgánica, se integrarán los significados inconscientes que se infieran de la misma.
2. Intentaremos comprender el funcionamiento de la personalidad del paciente, desde la teoría psicoanalítica general.
3. Descripción de las transferencias-contratransferencias puestas en evidencia durante el desarrollo de las entrevistas de evaluación.

Cuando en forma racional y vivencial, se van esbozando en el equipo aspectos comunes y coincidentes desde los diferentes puntos de vista de cada integrante, estamos en condiciones de iniciar el proceso de armado de la devolución.

La devolución comprende un recorrido desde lo más consciente y concordante con el paciente hasta lo más “reprimido” y divergente en los aspectos centrales de su modo de ser, su carácter y conflictos que están relacionados y expresados en los síntomas que presenta.

Los contenidos se formulan en coincidencia de todo el equipo y se transcriben en forma de pautas organizadas que son el eje de la devolución al paciente.

Devolución

La devolución posee una acción terapéutica porque modifica las defensas, favorece el acceso a la conciencia de aspectos de su problemática, disminuye notoriamente la angustia y si se desarrolla una

transferencia positiva facilita la alianza terapéutica posterior. La devolución se realiza en dos entrevistas.

En la primera, se le plantea la consigna que lo que va a escuchar es la opinión del equipo, es una propuesta para pensar juntos, no una sentencia o juicio y se le pide que la escuche, para luego dialogar y trabajar sobre ella.

El psicoanalista procede a comunicar en forma verbal, racionalmente comprensible, pero sobre todo afectivamente compartible los aspectos pautados en la devolución, respetando los contenidos elaborados en equipo. Tiene la libertad de aplicar su estilo y arte de comunicar según su propia personalidad y las cualidades observadas en el paciente, teniendo siempre en cuenta el objetivo central de que el paciente pueda “escuchar” aquello que se le dice.

Posteriormente se procede a trabajar con los aspectos que el paciente seleccionó. Este trabajo está sostenido en la técnica habitual de interpretación de la teoría psicoanalítica, donde ante las resistencias del paciente lo confrontamos con los elementos recabados durante la evaluación, para fundamentar con sus propios puntos de vista, las opiniones del equipo.

Entre una y otra entrevista de devolución se realiza una reunión de equipo para conversar sobre lo sucedido en la primera instancia, la reacción del paciente y los puntos que se entiende quedaron pendientes.

Una semana después se procede a la segunda entrevista de devolución. En primera instancia se le pregunta al paciente si se quedó pensando en algún aspecto que será retomado. Se integran los elementos que quedaron pendientes o fueron más resistidos o confusos para el paciente. Por último, se efectúa la indicación psicoterapéutica sugerida por el equipo (si así se consideró), que podrá llevarse a cabo, si el paciente lo desea, con uno de los dos profesionales que tuvieron contacto con él y según las transferencias desplegadas.

Análisis de la experiencia

Voy a transmitir el análisis de la experiencia de la aplicación del EDD, desde dos puntos de vista.

- A. Análisis de la casuística de los pacientes en que fue aplicado y de los profesionales que practicaron el método a lo largo de estos años.
- B. Reflexiones del procedimiento en cuanto a sus beneficios, dificultades e interrogantes surgidas de su aplicación.

Análisis de la casuística

Desde el año 1995 a la fecha se han realizado sesenta EDD. Es importante destacar que su distribución a lo largo de estos diez años

ha sido en número creciente de casos por año. Mientras en el año 1995 consignamos tres EDD, en el año 2005 se efectuaron doce EDD. Algo similar sucedió con el número de profesionales dispuestos a participar de la experiencia. En tanto en el año 1995 luego de haber diseñado el método, se llevó a la práctica con un equipo de tres profesionales, hoy somos nueve los que lo aplicamos.* Creo que el aumento significativo en ambas cifras, representa en cuanto a la técnica una estrategia que parecería viable y efectiva y desde el punto de vista de los profesionales un recurso también útil y efectivo.

A modo panorámico acerca de la casuística, quiero transmitir que el 74% de los pacientes pertenecen al sexo femenino y el 26% al sexo masculino. El mayor número de casos, se encuentra entre adultos de 25 a 64 años y el siguiente grupo en importancia es el de adolescentes. La mayor concentración en el grupo de los adolescentes y los adultos, corrobora a mi entender la utilidad del método señalada, dentro de las indicaciones de aplicabilidad. En los adolescentes, porque por su dificultad expresiva se adaptan fácilmente a un método protocolizado y en los adultos, porque una instancia inicial que implica un compromiso breve o acotado, funciona como una invitación o un estímulo, que supera las resistencias a las que a veces nos enfrentamos al inicio del proceso terapéutico planteado en su forma clásica. Esto se logra a mi entender porque posee dos grandes ventajas:

- a. Permite una experiencia vivencial “a pequeñas cantidades” del método psicoanalítico.
- b. Se benefician y experimentan el efecto terapéutico de la devolución como luego detallaré.

Dentro de los motivos de demanda que expresaban los pacientes en la consulta, en la cual se les propone efectuar el EDD para decidir la indicación terapéutica, el grupo mayoritario son los que presentan afecciones orgánicas, dado que son pacientes que habitualmente llegan derivados desde la medicina y con poca conciencia de su conflictiva emocional.

El segundo grupo numéricamente significativo lo constituyen las situaciones de crisis de distinto tipo (tanto en adolescentes como en adultos) y el tercer grupo lo integran pacientes con sintomatología variada y escasa conciencia de los motivos de su demanda.

De los sesenta pacientes evaluados, consignamos un 75% de resultados favorables. Entendemos en el consenso grupal, que para consi-

* El equipo de profesionales está integrado por: psicóloga Olga Gómez, psicóloga Iliana Menini (supervisores de la técnica), psicóloga Lourdes Alonso, psicóloga Teresa Asis, psicóloga Laura Itzaina, psicóloga Giselle Mombrú, psicóloga Rosario Ormaechea, psicóloga Elisa Piñeyrúa. Todo el equipo participó en la discusión y evaluación de la experiencia que se publica en este trabajo.

derar favorable el resultado de la aplicación del EDD en su conjunto, deben observarse algunas de las características que voy a mencionar y que habitualmente se han presentado dos o más de las que detallaré:

- Vivencia de la totalidad del método como positivo.
Es a destacar que ningún paciente interrumpió el procedimiento durante su aplicación.
- Durante el transcurso de las entrevistas se vio favorecido el despliegue de la verbalización de los conflictos con un progresivo desarrollo del *insight* a lo largo del método.
- En situaciones de crisis se produjo un progresivo esclarecimiento de los motivos de la misma, con disminución de la angustia en comparación al momento de la consulta.
- Disminución de las resistencias en grado variable pero significativo, según las características de cada paciente.
A pesar de ser un método basado en anamnesis se considera como favorable que no consignamos el desarrollo de ansiedades persecutorias.
- La aceptación de la indicación terapéutica posterior se concretó en el 84% del grupo de pacientes en los que la aplicación del método fue evaluada como favorable.

Dentro de los pacientes que no concretaron el inicio del tratamiento, se encuentran algunos adolescentes en los cuales fueron los padres y no ellos los que no habilitaron el comienzo de la terapia (a pesar de que el EDD en algunos casos se complementa con entrevistas a los padres). El porcentaje consignado como desfavorable, comprende a situaciones en las cuales creo que debemos rever o adecuar la indicación y aplicación del EDD. Tales son las situaciones de los adolescentes mencionados, pacientes con estructuras caracterológicas marcadas por arraigados mecanismos de defensa o con patologías psiquiátricas que aun estando bajo tratamiento farmacológico, la entidad de las mismas dificulta la aplicación de un procedimiento de estas características.

Reflexiones del procedimiento en cuanto a sus beneficios, dificultades e interrogantes surgidas de su aplicación

Dado que en un apartado anterior fue exhaustivamente detallada la metodología, abordaré ahora algunos aspectos que merecen a mi entender consideraciones más explícitas. En el primer contacto con el paciente lo que denominamos *Consulta*, el profesional propone y explica tanto el método como los motivos por los cuales el paciente se beneficiaría del EDD. Este modo de proceder es importante por dos aspectos: en primer lugar porque propuesta no es lo mismo que indicación. Cuando llegamos a la instancia de indicación como en el caso

del tratamiento a realizar, ya tenemos elementos que nos sostienen para efectuarla y que en esta primera consulta aún no han sido recabados. En segundo lugar de la misma manera que Etchegoyen (1988) propone que las Entrevistas tienen un encuadre que debe explicitarse al paciente, cualquier método diagnóstico como sucede con el EDD también lo tiene. Debe explicársele al paciente para que éste dé su aceptación y si fue correctamente informado, no se presentarán dudas durante el procedimiento, lo que permitirá que éste se desarrolle con naturalidad. No debemos olvidar que tener un encuadre bien delimitado, funciona como continente y sostén de todo procedimiento.

Las *Entrevistas* se basan como detallamos en una anamnesis protocolizada. El rol del terapeuta es de Entrevistador-Investigador. En este aspecto coincido con las ideas de Stone citado por Fred Ann (1987), y de Kalina (1969) acerca de “un interrogatorio más activo”, o de una participación “más activa en las entrevistas”. Pero lo más importante que también señala Stone son todas las áreas que pueden explorarse, la información que necesita el analista para determinar si el proceso es aplicable a ese paciente, todos los elementos que enumera Fred Ann y que conocerlos nos brinda no sólo los acontecimientos sino la “repercusión profunda en el yo del paciente”. Coincido también, que las preguntas (tal cual lo hemos experimentado), pueden reducir la angustia, si tenemos en cuenta la adecuación y la oportunidad de su formulación, porque motivan al paciente con “nuestro interés por lo que nos está refiriendo, estimulan su curiosidad con relación a determinados aspectos de su vida en los que él no había pensado... mostrar nuestra comprensión de los tipos de información que podrían resultar útiles para la explicación de su comportamiento” (Fred Busch, A., 1987, pp. 89-90).

La anamnesis, además de ordenar el campo de investigación obtiene mayor información porque estimula la emergencia de recuerdos del paciente, que tal vez no hubiesen surgido espontáneamente. Por supuesto que toda omisión lleva implícita una resistencia, pero creo que ésta opera más en la asociación libre que en el método anamnésico, en el cual las preguntas rompen la jerarquización racional, al recabar la información de manera aparentemente desconectada, “burlando” más fácilmente las relaciones conscientes. Una de las dificultades que se nos presentó a quienes practicamos el EDD, es el cambio de rol, porque en las entrevistas clásicas se sigue más el hilo asociativo del paciente, se van pensando otros sentidos de lo manifiestamente expresado y/o construyendo hipótesis en el momento. Mientras en las entrevistas protocolizadas del EDD el entrevistador se encuentra en una primera instancia recabando información sobre la que luego reflexionará. Pero tal como lo experimentamos quienes practicamos el método, lo que en un principio nos impresionaba como un corte, como

algo valioso que podía perderse, si seguíamos la técnica de ceñirnos al motivo de las preguntas, luego comprobábamos que no era así. En otro ítem o en otra pregunta aparentemente desconectada de la anterior, el paciente hablaba de lo que parecía haber quedado inconcluso y lo hacía explayándose aún más, por la acción de “sortear” la resistencia que antes mencioné.

Siguiendo el concepto de “entrevista operativa” de F. Ulloa, citado por Kalina (1969), las entrevistas con anamnesis protocolizadas al revés de lo que podría parecer, colocan al paciente en un lugar que le hace “recobrar autonomía”, se siente invitado y estimulado a ser responsable, porque sabe que con sus respuestas es el verdadero protagonista del proceso que está viviendo y que es importante que con su participación como dice F. Ulloa “se decida a emprender los cambios necesarios en su conducta... para remover con el fin de lograr un objetivo” (Kalina, E., 1969, p. 190).

La protocolización además facilita su transmisión y aprendizaje, porque permite que sea aplicado de la misma manera por distintos profesionales o equipos de trabajo y así poder valorar resultados comparables y confiables (Bernardi, R., 1997).

La primera entrevista se centra en la identificación de la problemática actual del paciente, lo que es el motivo de la demanda y como señala Liberman (Liberman, D., 1972) detectar la conciencia que tiene el paciente de ella. En el EDD, nuestra actitud al preguntar es inicialmente expectante y abierta: ¿qué le pasa?, pero progresivamente va siendo más activa e indagante, lo que provoca una eficaz conmoción en el paciente que lo lleva a pensar, reflexionar e intentar con sus recursos hacerse entender. De ahí en más el objetivo de las restantes entrevistas es coincidiendo con Liberman, “conocer lo más exhaustivamente posible a la persona a quien luego se va a analizar” (1972, p. 464), pero integrando también lo que dice Etchegoyen “la entrevista pretende ver cómo funciona un individuo y no cómo dice que funciona” (1988, p. 59). Por eso el entrevistador-investigador no sólo consigna lo que el paciente responde, sino también lo que va observando de él durante el desarrollo del EDD.

El procesamiento del material tiene una primera etapa individual y otra grupal. Cada una de ellas tiene su importancia. En la individual como destaca Bleger la importancia de pensar y estudiar el material recabado y también consignar y hacer explícitas la transferencia-contratransferencia que se desarrolló durante el proceso de anamnesis. Según detallamos antes ya desde esta instancia el material se organiza siguiendo “parámetros indicadores”, que sirven de guía para los integrantes del equipo.

La instancia grupal tiene como objetivo el intercambio en torno al material clínico, con el aporte de los puntos de vista de los distintos

integrantes, tanto en coincidencias como en discrepancias, vinculadas con las diferentes transferencias generadas por el paciente. El análisis de la contratransferencia de quienes no vieron al paciente, pero leyeron el material, es otro aporte muy enriquecedor.

Quiero detenerme especialmente en el aspecto transferencial del procedimiento. Sabemos que representa un problema entrevistar a un paciente y luego derivarlo, también mencioné antes que salvo que se genere una transferencia negativa, el paciente habitualmente “elige”, al analista al que lo derivaron. Kalina expresa que en el caso de adolescentes “excepcionalmente ve al paciente antes de decidir qué tratamiento va a indicar y si lo va a encarar personalmente o derivar a otro colega, con el objeto de evitar crear o favorecer un vínculo transferencial” (Kalina, E., 1969, p.192). En nuestra experiencia el EDD tiene ventajas en las que concordamos todos los que lo practicamos: a) al participar dos profesionales se “diluye” la transferencia, b) al tener contacto con dos técnicos el paciente vivencia dos encuentros, dos estilos, lo que le permite optar con elementos propios por uno de los profesionales para efectuar el tratamiento indicado, c) el mayor porcentaje de casos transcurrieron en transferencia positiva con ambos profesionales, d) en un gran porcentaje la transferencia positiva se inclinó hacia uno de los técnicos (generalmente el anamnesista), con el que luego se concretó la indicación terapéutica, e) no tuvimos ningún caso con transferencias clivadas entre ambos profesionales, lo que reafirma la utilidad de la “dilución” transferencial e implícitamente se desprende a mi entender, que es un procedimiento que si bien es movilizador no desencadena una regresión. Obviamente esto también se relaciona con las características esencialmente neuróticas de los pacientes en los cuales fue aplicado.

Llegamos así a uno de los puntos más controvertidos: la *Devolución*. En las entrevistas clásicas de inicio de tratamiento como dijimos, la única devolución que se realiza es la indicación terapéutica. Freud (1920) expresaba “En toda una serie de casos el análisis se descompone en dos fases nítidamente separadas. En una primera fase, el médico se procura los conocimientos necesarios acerca del paciente, lo familiariza con las premisas y postulados del análisis y desenvuelve ante él la construcción de la génesis de su sufrimiento, para la cual se cree habilitado por el material que le brindó el análisis. En una segunda fase, es el paciente mismo el que se adueña del material que le expuso, trabaja con él y, de lo que hay en su interior de supuestamente reprimido, recuerda lo que puede recordar e intenta recuperar lo otro en una suerte de reanimación. Haciéndolo, puede corroborar las postulaciones del médico, completarlas y enmendarlas. Sólo durante este trabajo, por el vencimiento de resistencias, experimentan el cambio interior que se pretende alcanzar y adquiere las convicciones que

lo hacen independiente de la autoridad médica” (Freud, S., 1920, p. 145). Creo que el EDD tiene mucha similitud con estas dos fases descritas por Freud. La devolución sería esta segunda fase en la cual el paciente se adueña del material y trabaja con él. Esa independencia de la “autoridad médica”, sería la convicción que desarrolla el paciente que lo lleva a vivenciar su necesidad de aceptar realizar un tratamiento analítico sostenido en fundamentos sentidos como propios. Pienso además que todo procedimiento catalogado de diagnóstico debe integrar y concluir con una devolución, además el paciente así lo espera, porque brindó información de sí mismo de la cual algo quiere recibir. Se tienen además mayores elementos para fundamentar una indicación terapéutica y mayores posibilidades que el paciente coincida con ellos y de esa forma esté más seguro y comprometido en la aceptación de la misma.

Lo importante de la Devolución es: ¿qué decir?, ¿cuánto decir?, ¿cómo decir? A este aspecto hemos dedicado muchas horas de reflexión las cuales nos llevaron a considerar que los elementos positivos de la devolución se centran en los siguientes parámetros: a) es comunicada verbalmente, b) es una propuesta, una hipótesis para pensar, no una sentencia o juicio, c) es racionalmente comprensible, neutralmente expresada, pero afectivamente dicha, d) se centra en los aspectos esenciales de lo actual del paciente y de su modo de funcionar en el mundo, que interpretamos basados en la teoría psicoanalítica y los consideramos “puntos de urgencia”, cuya comprensión es útil para que el paciente inicie un proceso de transformación y a nosotros nos ayuda a seleccionar y formular la indicación terapéutica más adecuada para él.

Otro aspecto que ha sido detenidamente evaluado y reflexionado es: ¿qué pasaba en los pacientes y en los terapeutas luego de efectuar el EDD, cuando comenzaban un proceso analítico? ¿Cómo afectaba el cambio sustancial que se opera en la técnica tanto desde el paciente como desde el terapeuta? Para cuidar estos aspectos en primer lugar al paciente le fue claramente explicado en la consulta el encuadre del procedimiento, que tuvo un principio y un fin. Luego de finalizado el EDD, en la primera entrevista con el profesional que realizará el proceso terapéutico, se le hace explícito el encuadre del proceso, como en el inicio de todo tratamiento psicoanalítico, donde además en estos casos se hace referencia a los cambios con lo anteriormente realizado. No hemos tenido ningún caso en el que se presentara una confusión o una perturbación en el proceso, tanto desde el lugar del paciente como desde el rol del terapeuta. Como esta técnica la seguimos considerando un procedimiento con aspectos a investigar, realizamos supervisiones periódicas grupales de estos pacientes, por lo que podemos corroborar lo anteriormente expresado. También hemos visto como

positivo, que el paciente no queda fijado a la devolución del EDD y las primeras sesiones tienen las características de asociación libre de todo proceso analítico. Somos nosotros los que muchas veces reconocemos en algunos aspectos del material, los efectos terapéuticos que “a posteriori” se siguen produciendo, con lo cual comprobamos que el beneficio de la devolución del EDD no se agota con el procedimiento.

Considero que a pesar de todas las utilidades y beneficios señalados, el EDD es un método del que debemos continuar verificando su eficacia, mejorando su aplicabilidad en algunos aspectos, para poder ampliar la indicación y aplicación en otros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- Bleger, J., (1973), "Criterios de diagnóstico", *Revista de Psicoanálisis*, Tomo 30, N° 2, Asociación Psicoanalítica Argentina, Buenos Aires.
- Bernardi, R., (1997), "Investigación clínica e investigación empírica en psicoanálisis", *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, N° 84-85, APU, Montevideo.
- Clauser, G., (1968), *Manual de análisis biográfico*, Gredos, Madrid.
- Chiozza, L., (1986), *¿Por qué enfermamos?*, Alianza Editorial, Buenos Aires.
- Etchegoyen, R. H., (1988), *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*, Amorrortu, Buenos Aires.
- Fred Busch, A. A., (1987), *La pregunta ocasional en el proceso de evaluación psicoanalítica*, Libro Anual de Psicoanálisis 1986, Imago, Lima.
- Freud, S., (1893), "Estudio sobre la histeria. Señorita Elisabeth Von R.", *Obras Completas*, Tomo II, Amorrortu, Buenos Aires, 1983.
- , (1895), "Historiales clínicos Señora Emmy Von N.", *Obras Completas*, Tomo II, Amorrortu, Buenos Aires, 1983.
- , (1913), "Sobre la iniciación del tratamiento", *Obras Completas*, Tomo XII, Amorrortu, Buenos Aires, 1983.
- , (1920), "Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina", *Obras Completas*, Tomo XVIII, Amorrortu, Buenos Aires, 1983.
- Liberman, D., (1972), "Evaluación de las entrevistas diagnósticas previas a la iniciación de los tratamientos analíticos. Criterios diagnósticos y esquemas referenciales", *Revista de Psicoanálisis*, Tomo 29, Asociación Psicoanalítica Argentina, Buenos Aires.
- Kalina, E., (1969), "Consideraciones sobre el proceso diagnóstico en el psicoanálisis de adolescentes", *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, Tomo 11, N° 2, Asociación Psicoanalítica del Uruguay, Montevideo.
- Real Academia Española, *Diccionario de la Lengua Española*, (1984), Espasa Calpe, Madrid.
- Romano, E., (1989), "Un instrumento de diagnóstico: la percepción individual y grupal", *Revista de Psicoanálisis*, Tomo 46, N° 4, Asociación Psicoanalítica Argentina, Buenos Aires.
- Tato, Gladys, (1999), "Estudio Patobiográfico. Reflexiones de ocho años de experiencia desde la práctica y la teoría", en: *Cuando el cuerpo habla. Enfoque psicósomático del enfermar*, Ediciones Trilce, Montevideo.
- Winograd, B.; Galli, V. y Barrutia, A., (1990), "Los procesos diagnósticos", *Zona Erógena*, N° 4, Buenos Aires.

Se terminó de imprimir en el mes de octubre de 2006
en Gráfica Don Bosco, Agraciada 3086
Montevideo, Uruguay.
Depósito Legal N° 340 129
Comisión del Papel
Edición amparada al Decreto 218/96