



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**“EL LUGAR DEL PSICOANÁLISIS EN
LAS INSTITUCIONES PEDIÁTRICAS”**

TESIS

**QUE COMO PARTE DE LOS REQUISITOS PARA OBTENER
EL GRADO DE MAESTRA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

PRESENTA:

MARÍA ADRIANA SCHERER IBARRA

DIRIGIDA POR:

DR. CARLOS GERARDO GALINDO PÉREZ

SANTIAGO DE QUERÉTARO, QRO., ABRIL DE 2008.



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Psicología
Maestría en Psicología Clínica

EL LUGAR DEL PSICOANÁLISIS EN LAS INSTITUCIONES
PEDIÁTRICAS

TESIS

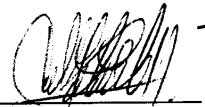
Que como parte de los requisitos para obtener el grado de Maestro en
Psicología Clínica

Presenta:
María Adriana Scherer Ibarra

Dirigido por:
Dr. Carlos Gerardo Galindo Pérez

SINODALES

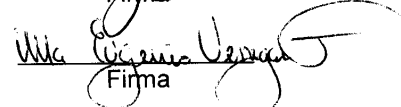
Dr. Carlos Gerardo Galindo Pérez
Presidente


Firma

Dr. José de Jesús Casas Jiménez
Secretario


Firma

Mtra María Eugenia Venegas Fernández
Vocal


Firma

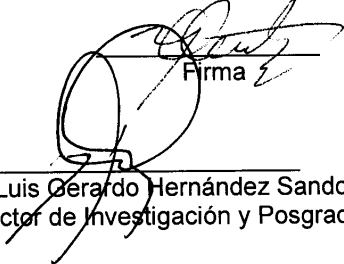
Mtra. María Laura Sandoval Abortes
Suplente


Firma

Mtra. Maria Cristina Ortega Martínez
Suplente


Firma


Lic. Jorge Antonio Lara Ovando
Director de la Facultad de Psicología


Dr. Luis Gerardo Hernández Sandoval
Director de Investigación y Posgrado

Centro Universitario
Querétaro, Qro.
Abril de 2008
México

RESUMEN

Desde el tiempo remoto del hombre la enfermedad mental ha sido atribuida a fenómenos sobrenaturales. Es reciente su estudio científico, que hoy apasiona a especialistas en el mundo. La locura, ha sido considerada de muy distintas maneras. Para unos, una condena divina; para otros, un signo de la presencia de Satanás. Han sobrado los inquisidores que castigan el cuerpo para salvar el alma. El problema, agudo, crítico, trasciende a los hospitales pediátricos. "Paciente terminal", se oye decir ante una criatura postrada. "Última internación", es también expresión frente al pasmo. Así, a muchos niños, que es nuestro tema, se les condena al silencio sin una explicación plausible. Se olvidan que hay una vía para aliviar el dolor y ahí buscar un encuentro con la palabra. Posibilidad que otorga en Psicoanálisis.

Palabras clave: enfermedad mental, locura, paciente terminal, psicoanálisis.

SUMMARY

Since remote times, mental illness has been considered as a result of supernatural phenomena. Its scientific study, which today fascinates specialists around the world, is very recent. Madness has been considered from very different perspectives. For some, a divine condemnation, for others a sign of Satan's presence. Inquirers that punish the body in order to save the soul surpass. The problem, acute and critical, transcends paediatric hospitals. You can hear "Terminally ill" referring to a prostrate creature. "Last hospitalization" as a result of indifference of the child's pain and suffering. So, many children, are condemned to silence without a plausible explanation. They forget that there is a way to ease pain, a way to break the silence. Possibility that can be found through psychoanalysis.

Key words: mental illness, madness, terminal patient, psychoanalysis.

DEDICATORIA

A mis padres: Suzana y Julio.

A mis hijas: Karla, Sofía y Regina,

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Carlos Gerardo Galindo Pérez, nuevamente, mil gracias. Sin ti, no hubiera podido concluir este gran reto conmigo misma.

Al Dr. José de Jesús Casas Jiménez, Mtra María Eugenia Venegas Fernández, Mtra. María Laura Sandoval Abortes y Mtra. Maria Cristina Ortega Martínez, gracias por el apoyo recibido para la culminación de este trabajo.

ÍNDICE

RESUMEN	i
SUMMARY	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
ÍNDICE DE CONTENIDO	v
INTRODUCCIÓN	vii
Capítulo 1 Salud - enfermedad a través de la historia	1
Introducción	1
1. 1 La Edad Media	2
1. 1. 1 Los egipcios	2
1. 1. 2 Los griegos	2
1. 1. 3 Los estoicos	8
1. 1. 4 Los romanos	12
1. 2 La Edad Moderna	14
1. 2. 1 El Renacimiento	14
1. 2. 2 La Ilustración	16
1. 3 Edad Contemporánea	17
Capítulo 2 El Malestar Social Actual	44
2. 1 La especificidad de lo psíquico y lo social en relación al proceso salud-enfermedad	44
2. 1. 1 Las emociones y los cambios corporales	44
2. 2 Salud y Enfermedad	46
2. 2. 1 Acerca del proceso de salud-enfermedad	54
2. 2. 2 La especificidad de lo social	55
2. 3 La postura del psicoanálisis	60
2. 3. 1 Noción de cuerpo	61
2. 3. 2 Noción de sujeto	62
2. 3. 3 Sujeto y Palabra	69
2. 3. 4 Salud, enfermedad y su abordaje	75
Capítulo 3 Hospital Infantil de México, Federico Gómez y Casos Clínicos	82
3. 1 Características del Hospital Infantil de México, Federico Gómez	82
3. 1. 1 Características de la población	86

3. 1. 2 Condiciones de ingreso al hospital e internamientos	87
3. 2 Canalización al servicio de psicología	88
3. 2. 1 Condiciones de trabajo	90
3. 3 Casos Clínicos	90
CONCLUSIONES	111
BIBLIOGRAFÍA	119

INTRODUCCIÓN

La psiquiatría, rama de la ciencia médica cuyo objeto es la “enfermedad mental”, ha podido constituirse en la medida en que la noción de enfermedad mental se ha delimitado con suficiente claridad. Durante largo tiempo los “trastornos del espíritu” han sido considerados por algunas culturas, como enfermedades “sobrenaturales”.

Para comprender este aspecto tan desconcertante de la patología, la medicina ha tenido que liberarse de la noción de enfermedad de los órganos y de las funciones antes de considerar a la enfermedad mental como una especie bastante singular, capaz de alterar al hombre en su psiquismo, es decir, en su “humanidad” o en su coexistencia con los demás y en la construcción de su mundo.

Respecto a las implicaciones “sobrenaturales” de la enfermedad mental, la medicina grecolatina y árabe habían considerado ya la manía, la melancolía, la epilepsia, la histeria, el delirio, como “vesanias” de origen natural y, más tarde, en la Edad Media, muchos teólogos defendieron esta tesis. En dicha época y a principios del Renacimiento, la “demonología” inspiró los peores excesos, por lo que debieron ser vencidas grandes resistencias para imponer la idea de que las brujas y los poseídos podían sufrir una enfermedad natural. En el curso de los siglos XVI y XVII, la medicina mental conquistó sus derechos de ciudadanía.

Han sido y son muchos los esfuerzos que se ha realizado para desmitificar la naturaleza misma de la enfermedad mental para considerarla solamente como una enfermedad y no como una enfermedad orgánica pura y simple. La patología mental no ha podido constituirse como objeto de estudio propio más que en la medida en que no se confunde con la patología general. Ha sido necesario que la enfermedad mental aparezca en la sociedad, no como una patología de la vida orgánica que amenaza mortalmente la “vida”, sino como una patología de la vida

psíquica que amenaza al hombre en su “humanidad”. Es esto evidentemente lo que significa la noción de alienación como forma extrema de la enfermedad mental.

En esta época, Pinel, “rompiendo las cadenas de los alienados” situaba el problema de la enfermedad mental dentro del cuadro de las ciencias médicas.

Desde su constitución, a principios del siglo XIX, la psiquiatría, siguiendo el gran movimiento de la ciencia anatomo-clínica, a comienzos, se lanzó a la búsqueda de entidades de las cuales la “parálisis general” le ofrecía el modelo (Bayle, 1822). La psiquiatría se instituyó, pues, al principio, como una búsqueda nosográfica de especies morbosas, y la tarea principal de todos los grandes científicos fue la de describir cuadros clínicos y evoluciones típicas. Por otra parte de esta manera se constituyó la clínica psiquiátrica, que hasta la actualidad puede proporcionar el esquema indispensable a la observación, diagnóstico y pronóstico de los trastornos mentales. En el curso de esta inmensa labor que suponía una perspectiva orgánica y anatomopatológica de las enfermedades mentales, la psiquiatría clínica, tuvo que renunciar a su sueño: considerar todas las enfermedades mentales según el modelo de la Psiquiatría General. En cambio estableció sólidamente, mediante las formas típicas de las enfermedades mentales, las leyes de su evolución. Tal concepción, ha tenido la virtud de favorecer y desarrollar los estudios biológicos (herencia, intoxicaciones, endocrinología) y anatomopatológicos (senilidad, arterioesclerosis, tumores cerebrales, encefalitis) aplicados a la investigación del substrato neuropatológico de las enfermedades mentales. Posteriormente a este empeño de la psiquiatría por la descripción de enfermedades (monomanías, delirio de persecución, psicosis periódicas o maniaco-depresivas, demencia precoz) como enfermedades «esenciales», desde los comienzos del siglo XX se ha venido asistiendo a una reacción (Bleuler, A. Meyer, Hoche, Claude), y, progresivamente, los psiquiatras han tendido a considerar las enfermedades mentales como formas (síndromes) semiológicas o evolutivas cuya tipicidad de estructura y evolución no puede ser asimilada a una especificidad absoluta de naturaleza, puesto que

estos “síndromes” o “reacciones” derivan o parecen derivar de etiologías diversas.¹

Este afinamiento del concepto de enfermedades mentales, cuyo carácter es más dinámico y, más personal de sus manifestaciones; su complejidad y naturaleza intrincada, se ha operado por la influencia de dos grandes movimientos, profundamente vinculados entre sí.

El aspecto orgánico, anatomopatológico, del proceso morboso ha perdido su vigencia en beneficio de las concepciones psicogénicas o psicodinámicas. Es así como los descubrimientos fundamentales de la estructura del inconsciente y de su papel patógeno, realizados por Sigmund Freud, revolucionaron la psiquiatría clásica o Krapeliana. Según esta perspectiva, la forma rígida de las entidades tiende a desaparecer para prestarse a una interpretación más dinámica del papel de la actividad psíquica en la formación de los cuadros clínicos.

Por otra parte, la importancia de los factores sociales y ambientales (historia del individuo, relaciones con el grupo familiar y el medio cultural, reacción a las situaciones, entre otras), ha inclinado a los psiquiatras anglosajones de inspiración psicoanalítica a disolver el concepto de enfermedad mental.

A esta revolución de las ideas ha correspondido una transformación de la asistencia. Así, la concepción del asilo como lugar en donde eran encerradas las formas fatales, de alienación, se ha cambiado a la del hospital psiquiátrico o a los servicios de consulta externa, destinados al cuidado de enfermedades cuya evolución es curable con más frecuencia de lo que se había creído.

¹ Goffman, E. "Síntomas psiquiátricos y orden público". En L. Forti (Comp.). La otra locura. Tusquets Editor. Barcelona, 1976.

En cuanto a las representaciones populares de la enfermedad mental podemos distinguir cuatro grandes fases: en la primera consideraría la enfermedad mental como posesión diabólica o inspiración divina; la segunda interpretaría la enfermedad como desviación social, la tercera consideraría la enfermedad mental como enfermedad física y, finalmente, tendríamos una concepción basada en diferentes modelos psicológicos y sociogenéticos.

En 1895, Freud enunció una teoría que habrá de ser fundamental en la evolución del Psicoanálisis: “Minuciosas investigaciones realizadas estos últimos años me han llevado al convencimiento de que las causas inmediatas y prácticamente las más importantes de todo caso de enfermedad neurótica han de ser buscadas en factores de la vida sexual; la verdadera etiología de la psiconeurosis se encuentra en sucesos acaecidos en la infancia del individuo, relacionados con impresiones de carácter sexual”.²

Entonces, la ruptura epistemológica que produce Freud, con el descubrimiento del inconsciente, las teorías de la represión y resistencia que se dan en el mismo, la significación etiológica de la vida sexual y la importancia de los sucesos infantiles, son los elementos principales del edificio teórico psicoanalítico.

A partir de lo anterior, caen las conceptualizaciones de persona o individuo para nombrar a otro y aparece el término de “Sujeto”, (sujeto del inconsciente) en la constitución de todo ser humano.

La diversidad de modelos explicativos, psiquiatría organicista, modelos psicósomáticos, psicodinámicos, psicoanalíticos, conductistas, cognitivos, sociogénéticos, comunitarios entre otros, y la persistencia de diferentes representaciones sociales de la enfermedad mental, hacen inviable un modelo

² Freud, Sigmund. “Obras Completas”. Tomo III, Tercera Edición, Biblioteca Nueva España, 1973.

integrativo o un criterio de definición único de salud o enfermedad mental. Sin embargo, mi postura apunta a un modelo de intervención, por lo que quiero utilizar este espacio, para hablar de la utilidad del psicoanálisis en las instituciones pediátricas.

Presto mis servicios profesionales en el Hospital Infantil de México, Federico Gómez, en el servicio de Oncología y en la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica; donde acuden niños de 0 a 18 años de edad, provenientes de todos los estados de la República Mexicana. En su mayoría proceden de familias desintegradas y tienen recursos económicos limitados.

Si bien, desde la perspectiva psicoanalítica no es pertinente dar respuestas universales, es posible ubicar un atributo que les es común.

- Un paciente con enfermedad crónica (cáncer).
- Un paciente en fase terminal.
- La emergencia de un sentimiento de angustia que se vuelve insoportable para el sujeto.

Lo que aparece es la imposibilidad de que un suceso, una idea, una situación, pueda ser simbolizada. Entonces irrumpe “lo real”, el sujeto se enfrenta a este “real”, donde no hay mediación simbólica y se enfrenta a una vivencia “sin sentido” y como tal de sufrimiento. Es evidente que se trata de sujetos que se encuentran inmersos en una situación que los desborda.

Los que alcanzan estas situaciones son sujetos que buscan encontrar una salida a su malestar. En su intento por tratar de obtener una respuesta, sin haber transitado por la pregunta previa que podría dar forma a una demanda que lo implique subjetivamente.

El psicoanálisis le ofertará al sufriente la apertura de un espacio que permita la interrogación por sus síntomas, que pueda constatar que si bien el

pasado condiciona, dependerá de él impedir que el mismo se convierta en condena.

Mi experiencia laboral me ha permitido observar una realidad institucional. En un hospital, todo y todos corren. “Corre” el tiempo, llega “corriendo” el paciente, “corre” el médico y los enfermeros, llaman a los psicólogos o psiquiatras, “corriendo”.

El médico debe solucionar rápidamente la patología orgánica y dar de alta al paciente. No termina de desocuparse una cama cuando ya habrá de ocuparla el siguiente paciente.

Sin embargo, es necesario tener en cuenta otro tiempo, el tiempo del paciente, tiempo en el que pueda darse la posibilidad de reconocerse en una repetición que lo angustia, tiempo en el cual pueda llegar a hacerse una pregunta por lo que le pasa, querer saber sobre sus síntomas. Tiempo necesario que demuestra que para nosotros, la urgencia no indica apuro, sino un espacio para causar trabajo, ese trabajo que lleve al paciente a hacerse una pregunta y en el mejor de los casos, dentro del dispositivo analítico que ofrecemos, se articule una demanda.

Como profesional de la psicología he intentado encontrar elementos que me permitan intervenir en situaciones cotidianas de trabajo que se presentan con niños hospitalizados por diversas causas, niños que no juegan, que se la pasan viendo televisión, que rara vez conversan con sus padres, que muchas veces no miran o parecen no escuchar, que se viven atemorizados por las intervenciones médicas, al grado que se angustian cada vez que observan a un sujeto con bata blanca.

A partir de la situación que se presentaba en la institución, opté por demarcar un espacio propio al establecer lo que implicaba mi trabajo como psicóloga. Un espacio que tuve que defender de múltiples ataques de invasión, evitando quedar involucrada en posturas que no comparto, lo que me significó un

trabajo solitario, pero con libertad imprescindible para poder realizarlo. Y poco a poco he ido ganándome la confianza de autoridades del hospital.

La atención al paciente se realiza, en primera instancia, a través de la interconsulta. Sobre este particular, consideré más conveniente lograr que los niños y sus padres se acercaran a mí. Estoy cierta de que los niños y sus padres debían percibir con absoluta libertad la posibilidad de pedir apoyo de psicología sin emitir juicios de aprobación o desaprobación, lo cual disminuye la ansiedad inicial, pero consume más tiempo, el que el niño y sus padres necesitan para formularse alguna pregunta con respecto a lo que les está sucediendo.

El juego y los cuentos ayudan al niño a que sus sentimientos no sean negados, rechazados o degradados, sino que les permiten "superar las sensaciones de completa desesperación". El psicólogo le sirve como punto de apoyo frente a problemas a los cuales no puede enfrentarse solo, permitiéndole por medio de la fantasía dar un significado a su propia historia.

Considerando que las imposiciones hospitalarias y los discursos sociales, como por ejemplo: "los psicólogos son personas que vienen a jugar con los niños" pero intuyendo que los libros, tanto por sus ilustraciones, como por las historias que narran y los juegos debían resultarles atractivo: decidí enfrentar el negativismo y la indiferencia inicial que se presentaba tanto en los padres como en la institución.

Los niños percibían la libertad de aceptar o rechazar el apoyo, por lo tanto, cuando solicitaban el apoyo era el deseo del niño lo que se ponía en juego.

Las intervenciones en psicoanálisis tienen la particularidad caso por caso, de poder transformar un acto en texto, ponerle palabras, que el paciente vuelva a encontrarse como sujeto deseante, pero no deseante de la muerte (goce), sino de seguir deseando (placer).

Si pensamos en un niño diagnosticado con cáncer, mi posición es que cada situación, cada caso, es singular y único. La apuesta es el intento de ponerle palabras al suceso, restituir la eficacia de la palabra. Eficacia en el sentido de que hablar implica poder anudar significaciones, implica la sujeción, tener un lugar como sujeto y no la pérdida de tal lugar y condición. Lo no ligado, no simbolizado, insiste, retorna, de distintos modos.

Es una cuestión que siempre compromete al sujeto, a sus palabras, a sus dichos, a sus síntomas. En suma: habla siempre de su inconsciente.

Capítulo 1

SALUD – ENFERMEDAD A TRAVÉS DE LA HISTORIA

Introducción

Desde tiempos remotos, el proceso salud enfermedad ha sufrido una serie de modificaciones a medida que el hombre lo ha concebido dentro de su entorno. Desde antaño, ha existido una enorme dificultad para delimitar el concepto de salud y enfermedad mental.

A lo largo de la historia las enfermedades, pero sobre todo las mentales, han sido terreno de la magia y la religión, cuestionándose continuamente su condición misma de enfermedades, ya sea atribuyéndoles un origen diabólico, en los tiempos antiguos, o un origen netamente social en la mucho más reciente época.

Sin embargo, de muy poco serviría hacer una incursión en el pasado, si no ubicamos el contexto, lo traemos al momento actual y lo vemos desde la particularidad. De ahí, la importancia de revisar los “Clásicos”, pues a pesar del tiempo transcurrido, siguen representando fuente inagotable de conocimiento.

Las antiguas civilizaciones tenían una concepción mágico-animista o demonológica de gran parte de las enfermedades, en especial de los trastornos psíquicos. Es así como en Mesopotamia los primeros médicos babilonios fueron los sacerdotes de Assipu, que se ocupaban de las enfermedades internas y especialmente de las afecciones mentales, que eran consideradas como posesiones demoníacas y tratadas con métodos mágico-religiosos. Más adelante aparecieron los médicos "no sacerdotes", que se ocupaban de las manifestaciones

patológicas externas, como curar heridas, utilizando formas más naturales de tratamiento.³

1.1 La Edad Media

1.1.1 Los egipcios

Los egipcios, mucho antes que los griegos, establecieron en sus templos un tipo de medio ambiente en el cual se estimulaba a los pacientes a entretenerse con actividades recreativas, como excursiones, conciertos, danzas, pintura y dibujo. Los dos papiros egipcios más importantes referentes a medicina datan de 1550 a.C. y son el papiro de Ebers y el de Edward Smith; en éste último se reconoce, por primera vez en la historia, al cerebro como localización de las funciones mentales. Los egipcios describieron el trastorno emocional denominado luego como "histeria" por los griegos, atribuyéndolo a una mal posición del útero, por lo cual fumigaban la vagina como tratamiento, con la intención de devolverlo a su posición original.⁴

1.1.2 Los griegos

Los griegos fueron los primeros en estudiar las enfermedades mentales desde el punto de vista científico, separando el estudio de la mente y la religión, es decir, atribuyeron las enfermedades psíquicas a un origen natural, lo cual subsistió hasta fines del siglo XVIII. La medicina griega buscó leyes universales que pudieran constituir la base de una ciencia real de la enfermedad, investigando como se generaban las enfermedades y buscando la conexión entre cada parte y el todo, es decir causa y efecto. Además de los tratamientos somáticos de la escuela hipocrática, los griegos emplearon tres tratamientos psicológicos:

³ Carrada, T. "Prevención de las enfermedades en la práctica clínica". Avances Recientes y Perspectivas. México: INER. 2000.

⁴ Turubian, J. "Cuadernos de Medicina de Familia Comunitaria". Una Introducción a los principios de medicina de familia. Ed. Diez de Santos, Madrid, 1995.

inducción del sueño, interpretación de los sueños (a cargo de sacerdotes) y el diálogo con el paciente.⁵

Empédocles (495 a 435 aC) afirmaba que había cuatro elementos básicos en el universo y que cada uno tenía cualidades específicas. El fuego era caliente y seco, el aire era caliente y húmedo, la tierra era fría y seca y el agua era fría y húmeda.⁶ Debido a la mezcla de cosmología con mitología, cada elemento también tenía su dios o diosa correspondiente. Acerca de los cuatro elementos, dijo: “déjame informarte acerca de todo lo que hay en esas cuatro raíces: Zeus el resplandeciente, Hera, la que trae vida, Aidoneus y Nestis quien en sus lágrimas está derramando para el hombre una fuente de vida”. Luego, Zeus es el fuego, Hera es el aire, Aidoneus es la tierra y Nestis es el agua.⁷

Hipócrates (460 a 370 aC) complementó la teoría de Empédocles agregando que había cuatro líquidos (humores) del cuerpo que correspondían a los cuatro elementos: sangre, bilis amarilla, bilis negra y flema. Y complementó diciendo que existía una relación entre los líquidos del cuerpo y las estaciones del año, junto con variaciones de cada líquido correspondiente a las diferencias entre las estaciones.⁸

También consideraba que había humores que predominaban sobre otros, esto es:

Elemento	Cualidades	Humor	Tipo	Estación
Aire caliente	húmedo	sangre	sanguinario	primavera
Fuego caliente	seco	bilis amarilla	colérico	verano
Tierra fría	seca	bilis negra	melancólico	Otoño
Agua fría	húmeda	flema	flemático	invierno

⁵ Carrada, T. “Prevención de las enfermedades en la práctica clínica”. Avances Recientes y Perspectivas. México: INER, 2000.

⁶ Lundin R.W. “Teoría de los Humores”. N.Y. Ed: John Wiley & Sons, 1984.

⁷ Sendrail, M. “Historia cultural de la enfermedad”. Madrid: Espasa-Calpe, 1983.

⁸ Hipócrates. “La Medicina Hipocrática”. Madrid: CSI, 1976.

A Hipócrates se le acreditó la “Teoría Humoral Temperamental de la Personalidad”, debido a que él conectó los tipos con los estados mentales y físicos. Por ejemplo: la sangre, siendo caliente y húmeda, daba el color rosa a la cara y proporcionaba un temperamento alegre (sanguinario). La flema, siendo fría y húmeda, producía en la piel un aspecto pálido, sin color, como agua y un temperamento perezoso.

La cura consistía en un reequilibrio y por ello, había que basarse más en la dieta, que en las medicinas. Mejor era prevenir la dolencia que reprimirla. Hay entonces desde este tiempo un saber (salud – enfermedad) a través de la observación y conocimiento de la naturaleza. Entonces lo que va a determinar la salud es el equilibrio entre el cuerpo y el alma⁹

También se le caracterizó como un gran observador de la naturaleza humana, y en este sentido se destacan sus detalladas descripciones de algunos desórdenes mentales, como: delirios, infecciones tuberculosas y perturbaciones de la memoria, epilepsia. Consideraba que el cerebro era el órgano central de la razón.

Diseñó una primera aproximación para la clasificación de lo que hoy se conoce como enfermedad mental, posicionándose en la relación entre los humores corporales y su expresión en la mente. Esta clasificación incluía: epilepsia, manía, (estado de excitación anormal), melancolía (estado de depresión anormal) y paranoia (deterioro mental extremo). También identificó la histeria, a la que no consideraba una enfermedad mental, sino como un achaque físico propio de las mujeres, que se debía a la ausencia de relaciones sexuales y causado por los movimientos del útero, órgano considerado susceptible de cambiar de posición

⁹ Hipócrates. “Sobre los aires, las aguas y los lugares”. In: Laín Entralgo, P. editor. La medicina Hipocrática. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1976.

si se desprendía de su amarraje en la cavidad pélvica. ¹⁰ Incluso ubicó en el cerebro la capacidad para pensar, sentir o soñar.

Por su parte, Platón (427 a 347 aC) afirmó que las cualidades de los elementos y la constitución de los humores, tenían una relación directa con el comportamiento, dándole un especial énfasis al concepto de “alma” colocándose del lado de los pensadores que relacionaban salud y enfermedad con cuerpo y alma. Decía: “la verdad es que la intemperancia del amor es una enfermedad del alma que es debida principalmente a la humedad y viscosidad que es producida en uno de los elementos por la poca consistencia de los huesos”.

Asimismo, la salud era el proceso y la capacidad de la persona de lograr autosuficiencia y bienestar, apropiados según el género, edad y necesidades sociales. Era mantenerse indemne de incomodidades profundas, de insatisfacciones y de grandes frustraciones, libre de incapacidad, malestar crónico y comportarse de modo tal que se propicie la creatividad, el aprendizaje y el desarrollo de las potencialidades y el disfrute pleno de la vida. Ser sano era un modo feliz, fecundo y muy provechoso de andar por el mundo. ¹¹

Sugería que para lograr el estado perfecto de la salud del cuerpo, se requería: ejercicio, alimentación adecuada y descanso; por lo cual se generaba un cuerpo sano y bello; por ende, la medicina griega se inclinaba más a la conservación de la salud que a la curación de las enfermedades. Cuando la salud se quebrantaba hacían el diagnóstico y lo consideraban la base y éxito del tratamiento.

Consideró que la naturaleza del alma era tripartita: en el nivel inferior, el alma sensible, donde se generaban los deseos y las pasiones; el alma irascible que impulsaba a la acción y al valor; y por encima de ellas, el alma racional que pertenecía al orden inteligible y permitía al hombre, mediante el cultivo de la

¹⁰ Caso, A. “Fundamentos de Psiquiatría”. México. Ed. Limusa, 1989.

¹¹ Carrada, T. “Prevención de las enfermedades en la práctica clínica”. Avances Recientes y Perspectivas. México: INER, 2000,

ciencia y la filosofía recordar su existencia anterior y acceder al mundo de las ideas.¹²

Los excesos ya fuesen dolor o placer, también eran considerados como una enfermedad del alma, ya que cuando se presentaban en demasía, se veía disminuida la capacidad de razonamiento. Por ello, la filosofía ayudaba a templar el espíritu y a desvanecer las pasiones.¹³ Necesidad de articular lo inaprensible, el alma, con el razonamiento, lo conciente.

Por su parte, Platón afirmaba que los trastornos mentales eran en parte orgánicos, en parte éticos y en parte divinos. Describe cuatro tipos de locuras o manías divinas de las que decía alteraban nuestras normas sociales y costumbres por ser extraordinarias. Las clasificó en cuatro tipos:

- Locura profética: cuyo santo patrón es Apolo.
- La ritual: bajo la advocación de Dionisio.
- La poética: inspirada por las Musas.
- La locura erótica: que estimulaban Afrodita y Eros.

Asclepiades, (124 aC) se mostró en contra de la Teoría Humoral de Hipócrates y sugirió por primera vez la influencia del ambiente en el comportamiento patológico. Fue el primero que distinguió entre alucinaciones, ilusiones y delirios y propuso una división entre males mentales, crónicos y agudos. Sin embargo, la mayor aportación de la época, la realiza Galeno (130-200 dC, quien sintetizó todos los conocimientos de sus antecesores y realizó una nueva clasificación de los trastornos de la psique. Según él, las causas de la locura podían ser orgánicas (lesiones, exceso de alcohol, cambios menstruales) o mentales (miedos, desengaños, angustias). Además sostuvo que la salud anímica dependía del equilibrio entre las partes racional, irracional y sensual del alma. Este médico romano realizó el último gran esfuerzo por comprender racionalmente la

¹² Alexander, FG; Selesnick, S. "The History of Psychiatry". N.Y. Ed. Harper & Row, 1966.

¹³ Ibidem 11.

locura y su tratamiento, antes de que en el mundo occidental se diera paso a una larga etapa de oscurantismo e ignorancia que se prolongaría durante toda la Edad Media y gran parte del Renacimiento.¹⁴

Otras curas estaban enraizadas en las “Bellas Artes”, (música, pintura, danza) ya que mediante estas se hacía catarsis y el cuerpo se despojaba de sus pasiones (ira, envidia, violencia), es decir, producían liberación de las pasiones que corrompían y destruían el alma. El teatro desempeñaba un papel fundamental, ya que se le atribuía una función purificadora en cuanto que servía de representación de las pasiones del público.¹⁵

Se creó un medio de expresión y exploración de las emociones, a través de la creación. Entonces, se podría decir, que ya desde aquella época, se estaban construyendo disciplinas (medicina, filosofía).

Aristóteles (384 a 322 aC), concibió al hombre de acuerdo con su teoría de la sustancia, es decir, en consonancia con la idea de que no es posible la existencia de formas separadas: la sustancia es un compuesto indisoluble de materia y forma. El hombre, pues, ha de ser una sustancia compuesta de materia y forma: la materia del hombre es el cuerpo y su forma el alma.¹⁶

Afirmaba que el alma era el conjunto de capacidades de un cuerpo viviente, de la misma forma que la visión era la capacidad del ojo, el alma era la capacidad del cuerpo. El alma individual no es inmortal, y defiende una unión natural entre cuerpo y alma. Sin embargo, en semejanza con las ideas de Platón, afirmó que existe un alma común o entendimiento a todos los seres de una misma especie que si es inmortal. Sin cuerpo no había alma.¹⁷

¹⁴ Paste, Jacques, Quéfel, Claude. “Historia de la Psiquiatría”. México. Fondo de Cultura Económica, 1987.

¹⁵ Alexander, FG; Selesnick, S. “The History of Psychiatry”. N.Y. Ed. Harper & Row, 1966.

¹⁶ Carrada, T. “La promoción y la cultura de la salud”. Estrategias del porvenir. Directiva Médica. México: INER, 2000,

¹⁷ Sendrail, M. “Historia cultural de la enfermedad”. Madrid: Espasa-Calpe, 1983.

En el nivel más bajo se encontraría el alma nutritiva, característica de las plantas; los animales poseían un alma más compleja, denominada alma sensitiva, que incluiría a las funciones del alma nutritiva y añadiría a otras, como las sensaciones, la imaginación y la memoria. Por último estaría en la posición más elevada el alma racional e incluye las funciones de las dos almas anteriores además de la mente, el poder de pensar y el adquirir conocimiento general. Por tanto, el alma racional debía mantener a las pasiones bajo un control estricto; ya que éstas eran formas mediante las cuales el alma se veía afectada. Por lo tanto, eran hombres sabios, aquellos que podían dominar las pasiones.¹⁸

Dado que la salud-enfermedad es un proceso dialéctico muy complejo, conviene identificar todos aquellos factores condicionantes y determinantes que pueden modificar las actitudes y estilos de vida de las personas. Adviértase que la frontera tenue entre ser sano y sentirse enfermo, se da como un caos en movimiento continuo.¹⁹

Es indudable que la influencia de los célebres filósofos griegos Platón y Aristóteles ha llegado hasta nuestros días. Ambos trabajaron sobre la primacía del espíritu o conciencia sobre la comprensión del mundo por tanto, la importancia de saber sobre la enfermedad, provenía de un interés sobre el conocimiento, sobre el porque de los fenómenos que acaecían en aquella época. Esto generó que la enfermedad fuera vista como un objeto de estudio y los enfermos cosificados en su deseo por entender la enfermedad mental.

1.1.3 Los estoicos

Séneca, perteneció al movimiento filosófico conocido en la antigüedad como estoicismo y al igual que Aristóteles, coincidían con la idea de la sabiduría en el control de las pasiones. Es decir, el sabio era aquel que lograba

¹⁸ Carrada, T. “La promoción y la cultura de la salud”. Estrategias del porvenir. Directiva Médica. México: INER, 2000,

¹⁹ Sendrail, M. “Historia cultural de la enfermedad”. Madrid: Espasa-Calpe, 1983.

sobreponerse a las incitaciones de las pasiones, como por ejemplo, la ira.²⁰ Pensaba que el hombre podía mantenerse al margen de las pasiones y el sabio era aquel que había logrado sobreponerse a las incitaciones de las pasiones, como por ejemplo, la ira.²¹

Afirmaba que el desorden pasional proviene del error de juicio (de la inteligencia) y de una falsa opinión. La razón es culpable de este falso juicio. Todos los seres poseen un impulso instintivo a su propia conservación. En los seres inorgánicos, en los vegetales y en los animales ese impulso es inconsciente. Pero el hombre se distingue por poseer razón, con lo cual se eleva el impulso natural a volición racional, es decir, a elección. Por ello, en todo lo que hace el hombre hay un asentamiento de la razón. Si la pasión se origina, por tanto, es con el asentimiento de la razón. Los estoicos intentan mostrar hasta que las pasiones dependen de nosotros. Por tanto, había que dominar las pasiones.²²

Todos los seres obedecen necesariamente al destino, unos por la fuerza y otros de buen grado. Allá donde el bueno va voluntariamente, el malo va por la fuerza. “Non pareo Deo sed assentiot” (No obedezco a Dios, sino que me adhiero a lo que Él establece), dice Séneca (4 aC a 65 dC). Ahí radica toda la dignidad y la libertad del hombre: conocer el orden necesario del mundo y ser parte consciente del mismo. Esta es la ventaja del sabio sobre el ignorante, lo que le da estado de imperturbabilidad, que es el estado de felicidad para los estoicos: que sabe que todo esta determinado.

Crisipo de Soli (281 a 208 aC) afirma que la naturaleza humana, como parte congruente con el todo de la naturaleza cósmica, es la norma de conducta, y toda tendencia natural es, por tanto buena. Pero la naturaleza humana, puede

²⁰ Ibidem 17.

²¹ Alexander, FG; Selesnick, S. “The History of Psychiatry”. N.Y. Ed. Harper & Row, 1966.

²² Kolb “Psiquiatría Clínica Moderna” México. Ed. Prensa Médica Mexicana, 1951.

desorientarse, proponiéndose aquel bien ficticio, y entonces surge la pasión (pathos). Distingue cuatro tipos de pasiones:²³

- Dolor, ante el mal presente.
- Temor, ante el mal futuro.
- Placer, ante el bien presente.
- Deseo, ante el bien futuro.

Cicerón (103 a 43 aC) afirmaba que la mayoría de los seres humanos tienden al bien, siempre y cuando se haga con prudencia, de lo cual se desprende la voluntad. La voluntad es querer hacer algo con la razón, y cuando se apetece algo fuera de la razón se da la estulticia.

La fuente de toda perturbación es la intemperancia y si no hay razón, no se pueden controlar las pasiones. En la temperancia de las pasiones, se encuentra la verdadera sabiduría.²⁴

Para los estoicos el primer imperativo ético es vivir conforme a la naturaleza, lo cual equivale a decir conforme a la razón, pues la naturaleza es racional. El hombre virtuoso es el que no se rebela contra el destino, el que acepta tranquilamente lo que pasa porque comprende que estaba determinado a pasar. Buscaban la paz interior, la tranquilidad como estado "ideal". Las pasiones eran consideradas como enfermedades del alma, ya que perturbaban la razón e iban en contra de la naturaleza.

El desorden pasional proviene del error de juicio (de la inteligencia) y de una falsa opinión. La razón es culpable de este falso juicio. Todos los seres poseen un impulso instintivo a su propia conservación. En los seres inorgánicos, en los vegetales y en los animales ese impulso es inconsciente. Pero el hombre se distingue por poseer razón, con lo cual se eleva el impulso natural a volición

²³ Ibidem 19.

²⁴ Alexander, FG; Selesnick, S. "The History of Psychiatry". N.Y. Ed. Harper & Row, 1966.

racional, es decir, a elección. Por ello, en todo lo que hace el hombre hay un asentamiento de la razón. Si la pasión se origina, por tanto, es con el asentimiento de la razón. Los estoicos intentan mostrar hasta que las pasiones dependen de nosotros. Por tanto, había que dominar las pasiones.²⁵

Todos los seres obedecen necesariamente al destino, unos por la fuerza y otros de buen grado. Allá donde el bueno va voluntariamente, el malo va por la fuerza. “Non pareo Deo sed assentiot” (No obedezco a Dios, sino que me adhiero a lo que Él establece), dice Séneca (4 aC a 65 dC). Ahí radica toda la dignidad y la libertad del hombre: conocer el orden necesario del mundo y ser parte consciente del mismo. Esta es la ventaja del sabio sobre el ignorante, lo que le da estado de imperturbabilidad, que es el estado de felicidad para los estoicos: que sabe que todo esta determinado.

Pitágoras (582 a 507 aC) consideraba que el alma tenía un origen divino y que se encontraba prisionera en el cuerpo, por lo cual era preciso purificarse para lograr la liberación de la misma. Por ello, era muy importante, el equilibrio entre los cuatro humores y la enfermedad vendría cuando se presenta el desequilibrio de los mismos.²⁶

En la medicina antigua el concepto de salud y enfermedad era mágico y misterioso, pues era difícil separar las creencias religiosas y la concepción que se tenía del mundo. La enfermedad se debía a sortilegios, encantamientos o posesiones demoníacas. Por tanto, el hombre no tenía control sobre su enfermedad, se debía a un factor externo y a la debilidad de la razón, por tanto, debía someterse a los designios de la naturaleza y de los dioses. Este esquema se mantuvo vigente más de dos mil años.

Nemesio (último cuarto del siglo IV) opinaba que el alma se dividía en racional e irracional, donde ambos elementos eran esenciales en el ser humano.

²⁵ Alexander, FG; Selesnick, S. “The History of Psychiatry”. N.Y. Ed. Harper, 1966.

²⁶ Ibidem 21.

Las pasiones, decía: “no son malas por naturaleza”, sino que se convertían en malas cuando se combinaban con la razón y la voluntad.²⁷

1.1.4 Los romanos

Los romanos siguieron directrices similares a las griegas y postularon que las pasiones y deseos insatisfechos actuaban sobre el alma produciendo enfermedades mentales. Entre sus máximos exponentes en ésta área se encuentra Celso (25 a.C. - 50 d.C.), conocido como "Hipócrates latino", quien veía en las pasiones el factor causal de la enfermedad mental y el elemento esencial del tratamiento. Utilizaba la sorpresa, el miedo y los sustos.²⁸

Dividió las enfermedades en locales y generales; dentro de estas últimas incluyó las enfermedades mentales, que a su vez las dividió en febriles (delirios) y no febriles (locura). Areteo (50-130 d.C.), que hizo descripciones clínicas de diversas enfermedades y se preocupó por el bienestar de los pacientes, encontró que la manía y la melancolía podían presentarse como parte de una misma enfermedad. Fue el primero en hablar de personalidades pre-psicopáticas; así, concluyó que las personas propensas a la manía eran irritables y violentas, en tanto que las propensas a la melancolía eran de carácter depresivo.²⁹

En los inicios del siglo II d.C. Sorano insistió en un trato mucho más humanitario en las internaciones. Dijo: “la habitación debe estar en silencio absoluto, no debe estar adornada con pinturas ni iluminadas con ventanas bajas; debe hallarse en planta baja antes que en pisos superiores, porque las víctimas de manía con frecuencia saltan por las ventanas.”³⁰

²⁷ Paste, Jacques, Quéfel, Claude. “Historia de la Psiquiatría”. México. Fondo de Cultura Económica, 1987.

²⁸ Carrada, T. “La promoción y la cultura de la salud”. Estrategias del porvenir. Directiva Médica. México: INER, 2000.

²⁹ Jackson, Stantey. “Historia de la melancolía y la depresión”. Desde los tiempos hipocráticos hasta la época moderna. México. Ed. Turner, 1986.

³⁰ Ibidem 29.

Con la caída del Imperio Romano las prometedoras ideas de las culturas griega y latina sufren una involución. La Iglesia excluyó a la psiquiatría de la medicina, pero no pudo abolirla, pues reapareció bajo el nombre de demonología. Así pues, las enfermedades mentales fueron consideradas como posesiones demoníacas, y la demonología debía estudiar los signos o estigmas de posesión diabólica. La actitud hacia los enfermos variaba entre el rechazo y la tolerancia, renació el primitivismo y la brujería, con lo que reapareció el modelo extranatural de la enfermedad mental.³¹

Incluso, hasta el siglo XVII, la locura fue terriblemente incomprendida. El tratamiento de los enfermos lo realizaban principalmente los clérigos en los monasterios. En un primer período, el cuidado exigía un trato humanitario y respetuoso, aunque el estudio de las causas del mal se abandonó en manos de la superstición y las creencias de posesión demoníaca. Pero, con el transcurso del tiempo, la visión caritativa del tratamiento mental se fue endureciendo hasta convertirse en habituales los exorcismos, las torturas y los encierros en calabozos.
32

En este tiempo se destacaron algunos médicos árabes como Razés (865-925), conocido como el "Galeno persa", quién se opuso a las explicaciones demonológicas de las enfermedades.³³

Con este negro panorama, no dejaron de aparecer ciertas excepciones. Así, San Agustín (siglo V) acepta que la razón puede modificar los trastornos del ánimo mejor que la fuerza. Consideraba que los afectos eran movimientos del alma y las pasiones pertenecían a los afectos, pero éstas eran movimientos que enfermaban el alma, y por ende, iban en contra de la naturaleza.³⁴

³¹ Paste, Jacques, Quéfel, Claude. "Historia de la Psiquiatría". México. Fondo de Cultura Económica, 1987.

³² Ibidem 28.

³³ Ibidem 27.

³⁴ Ibidem 27.

Para Tomás de Aquino (siglo XIII) el alma tenía tres niveles: vegetativo, sensitivo y racional y cada uno tenía sus poderes y capacidades independientemente del otro. Reconoce que el alma no puede enfermar y, por lo tanto, la locura debe ser un mal relacionado con el cuerpo, susceptible de tratamiento.³⁵

1.2 Edad Moderna

1.2.1 El Renacimiento

El Renacimiento, que se originó tras la toma de Constantinopla por los turcos, ofreció la promesa de un nuevo espíritu de humanismo y conocimiento, pero terminó por convertirse en uno de los capítulos más nefastos en la historia de la psiquiatría. En 1486, los teólogos alemanes Heinrich Kramer y Johann Sprenger, con el apoyo del papa, publicaron el *Malleus maleficarum* (El martillo de las brujas), referente a una conspiración contra el cristianismo, dando lugar a una cacería de brujas que condujo a la muerte a miles de personas, la gran mayoría mujeres, atribuyendo a la vez la causa de todas las enfermedades mentales al demonio. El tratamiento prescrito para la enfermedad mental fue entonces la tortura, aún si se llegaba a la muerte, y la cremación como un acto de piedad, para "liberar el alma" del "desdichado".³⁶

Posteriormente (siglo XV y XVI) se dio supremacía del hombre sobre la naturaleza y hubo rechazo a las estructuras mentales impuestas por la religión medieval. Por tanto, había mayor interés por desarrollar en el hombre un espíritu crítico y la plena confianza de sus propias posibilidades, rasgos que habían sido vetados durante la edad media.³⁷

³⁵ Ibidem 27.

³⁶ Ibidem 32.

³⁷ Carrada, T. "La promoción y la cultura de la salud". Estrategias del porvenir. Directiva Médica. México: INER, 2000,

Acontecieron algunos hechos muy positivos, es así como ocurre la Primera Revolución Psiquiátrica, consistente en la fundación del primer hospital psiquiátrico del mundo, en Valencia en 1409, por el sacerdote Fray Juan Gilbert Jofré.³⁸

Por tanto, se hizo más profundo el interés por el estudio de las pasiones y se hizo cada vez más independiente la vida afectiva del aspecto teológico. El término afecto se empezó a utilizar cada vez más; al grado de que perturbación y pasión sólo se utilizaban para mencionar problemas anímicos graves o afectos violentos.³⁹

El español José Luis Vives (1492-1540) negará rotundamente el origen sobrenatural del mal psíquico y su contemporáneo Paracelso (1493-1541) se opuso duramente a las creencias médicas de su época. Rechazó que la demonología estableciera estrechas relaciones entre el cuerpo y la mente???. Sus voces, sin embargo, no tuvieron fuerza suficiente para evitar que al loco se le rechazara.⁴⁰

Posteriormente se producen grandes avances en múltiples áreas de la medicina (histología, fisiología, anatomía), pero la psiquiatría no presentó grandes cambios. Los locos permanecían recluidos en asilos, pues se les consideraba una especie de "alienados". Surgen aquí dos médicos ingleses, Sydenham (1624-1689) y Willis (1621-1675), quienes plantean que la histeria no sería una enfermedad del útero, sino del cerebro, y que existe también la histeria masculina.⁴¹

³⁸ Paste, Jacques, Quéfel, Claude. "Historia de la Psiquiatría". México. Fondo de Cultura Económica, 1987.

³⁹ Vallejo, J. "Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría". Ed. Salvat, Barcelona. 3ª edición, 1991.

⁴⁰ Kaplan, H; Sadock, B. "Tratado de Psiquiatría". Ed. Inter Médica, Buenos Aires, 1997.

⁴¹ Ibidem 37.

1.2.2 La Ilustración

Durante la Ilustración los enfermos mentales ya no eran quemados en la hoguera; sin embargo, si no eran internados en los hospitales, vagaban solitarios, siendo objeto de desprecios, burlas y maltratos. En 1656, un edicto en Francia estableció asilos para insanos, cuyos directores estaban autorizados para detener personas indefinidamente, y en los cuales se llegó a encerrar enfermos mentales junto con indigentes, huérfanos, prostitutas, homosexuales, ancianos y enfermos crónicos, a lo que se sumaba que debían soportar los inhumanos tratamientos: eméticos, purgantes, sangrías y torturas.⁴²

Es imposible hacer una revisión y una lectura de la enfermedad mental sin ahondar en las raíces estructurales, de su historia y de sus primeras marcas, para poder evaluar si algo ha cambiado o acecha el fantasma frente a las primeras manifestaciones de la locura. Pensando que es la misma sociedad quien definía su identidad, su articulación al mundo de sus relaciones con los objetos que contiene, con sus necesidades y configuración de su clínica, partiremos de las respuestas a las preguntas realizadas a aquellos para quienes la locura era una realidad desconocida y para los que, de una manera u otra, tenían contacto con ella.

Muchas veces los mitos nos ayudan a entender los fenómenos, el mito, decía Heidegger, tiene que ver con lo que se dice, y alcanza un rango de verdad o entidad en virtud de ser dicho. Roland Barthes agrega, el mito es lo que se habla.⁴³

Históricamente, la exclusión fue desde siempre la respuesta social más dolorosamente contundente con respecto a la locura.

Existe una ley natural social que margina al distinto, al débil, despertando el rechazo de los hombres a través de los tiempos y las culturas. La cárcel, los

⁴² Paste, Jacques, Quéfel, Claude. "Historia de la Psiquiatría". México. Fondo de Cultura Económica, 1987.

⁴³ Saurí, JJ. "Historia de las ideas psiquiátricas"- Ed. Carlos Lohlé. Buenos Aires, 1969.

leprosarios, asilos, era el destino final de quien por uno u otro motivo no había sido incorporado a la sociedad. Locura que se torna sinónimo de castigo, condena. ⁴⁴

1.3 Edad Contemporánea

Habrán de pasar algunos siglos más de encierros y torturas antes que el conocimiento de la enfermedad recibiese el siguiente gran impulso de la mano del francés Philippe Pinel (1745-1826)⁴⁵ quien fue considerado el padre de la Psiquiatría moderna en Francia, plantea que no deben construirse nuevas hipótesis sino limitarse a la observación y descripción de hechos.

La contribución fundamental de Pinel fue cambiar la actitud de la sociedad hacia los enfermos mentales para que sean considerados como seres humanos merecedores de un tratamiento médico. A cargo de la Bicêtre, liberó a los pacientes de sus cadenas en 1793; dos años después hizo lo mismo en la Salpêtrière.

La psiquiatría se constituye así, en su origen como una disciplina médica, y desde la perspectiva etiológica con un fundamento teórico sobre la causalidad psíquica y con una terapéutica acorde a dicha teorización: “el tratamiento médico filosófico”, en 1801 para las alteraciones de la mente. Particularmente la manía, fue el modelo más típico y más frecuente.

Su clasificación distingue entre:

- La melancolía simple (delirio parcial).
- La manía (delirio generalizado).
- La demencia (debilitamiento intelectual generalizado).
- La idiocia (perturbación total de las funciones intelectuales).

⁴⁴ Vidal, G; Alarcón, R. “Psiquiatría”. Ed. Panamericana, Buenos Aires. 1ª edición, 1986.

⁴⁵ Vallejo, J. “Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría”. Ed. Salvat, Barcelona. 3ª edición, 1991.

La locura estaría situada entre pasiones y razón. Los locos son los que están enajenados de la razón, de ahí surge el término alienación. Dejaron de ser entes malignos, y se convierten en objetos sujetos al estudio de la locura. Reconoció que las causas de la alienación, eran o bien predisponentes (en gran parte hereditarias) o bien ocasionales (papel importante de los sucesos externos y de las emociones violentas).⁴⁶

El loco seguía siendo una persona y para elaborar un tratamiento adecuado, había que tener en cuenta su pasado y las dificultades que había experimentado. Consideró que en el alienado siempre hay restos de razón que permitía restablecer una especie de alianza terapéutica, el diálogo interrumpido por la locura y se interesó sobre todo en la reglamentación de la institución hospitalaria psiquiátrica a la que llamaría “asilo”

Por ello, había que considerar un espacio para tener contacto con la locura; sugiere el asilo y por consiguiente la idea de quitarles las cadenas a los locos, observarlos, convivir con ellos, sacarlos del aislamiento al que estaban sometidos y darles mayor libertad; es decir, proporcionarles un tratamiento humano.

Durante su tratamiento había que apelar a éstos restos de razón para rehabilitarlos, una de las premisas básicas de su tratamiento moral. Es decir, restablecer la razón, ya que se encuentra debilitada, enajenada.

Para lograrlo, propone una serie de procedimientos terapéuticos como: amabilidad, confianza, esperanza y así, el médico llegó a convertirse en el modelo del loco.

El interés de Pinel es crear el espacio y dentro de este el tratamiento. El espacio consiste en el asilo, como posibilidad institucional, ya que allí se encontraban los médicos, enfermeras, guardias y todas aquellas personas que se

⁴⁶ Vidal, G; Alarcón, R. “Psiquiatría”. Ed. Panamericana, Buenos Aires. 1ª edición, 1986.

ocupaban de los enfermos. Por tanto, con la idea del tratamiento moral hay un rompimiento de las antiguas concepciones en el sentido del lugar donde se encuentran los locos y bajo que condiciones.⁴⁷

Pinel devolvió al insano, su concepción de ser humano, que durante mucho tiempo se le quitó, ya que era tratado como bestia salvaje.

En cierta forma, repite la concepción de la relación entre locura y razón, obligando a la locura a reintegrarse al cuadro de la razón, ya que el tratamiento moral representaba el camino de esta reanudación de la comunicación entre el médico y su paciente. Y sin embargo, este modo de acercamiento entre la razón del médico y la razón parcial del loco había de desembocar, al cabo de unos cuantos decenios, en un fracaso.⁴⁸

Dora Weiner resume en una frase el hallazgo fundamental de este galeno: “allí donde otros veían un cuerpo enfermo y buscaban la lesión, sede de la enfermedad, Pinel examinó a la persona y su sufrimiento”.⁴⁹

Jean Esquirol (1772-1840) discípulo y colaborador de Pinel. Se basa en la clasificación de su maestro, pero separa por primera vez lo adquirido de lo congénito. Como creador del abordaje clínico en la psiquiatría francesa, que consiste en la observación del enfermo, desprovisto de todo supuesto teórico, permite establecer a la Psiquiatría como rama de la Medicina. Su propuesta de convivir con el enfermo, instalarse en el hospicio, aprender sus costumbres y hábitos, con lo cual su teoría queda subordinada a la observación. Tenía una comprensión profunda de las causas morales, comparte con Pinel las pasiones, como causa de la locura, pero considera que éstas también pueden curar la locura. De ahí se genera su obra: “Las pasiones como causa, síntomas y medios curativos de la alienación mental”, escrita en 1805.⁵⁰

⁴⁷ Saurí, J.J. “Historia de las ideas psiquiátricas”- Ed. Carlos Lohlé. Buenos Aires, 1969.

⁴⁸ Jackson, Stantey. “Historia de la melancolía y la depresión”. Desde los tiempos hipocráticos hasta la época moderna. México. Ed. Turner, 1986.

⁴⁹ Weiner, D. “La medicina de la mente”. México. Fondo de Cultura Económica, 2002.

⁵⁰ Vallejo, J. “Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría”. Ed. Salvat, Barcelona. 3ª edición, 1991.

La nosología de Esquirol, distingue:

- Diferencia la idiotez de la locura. La primera no es una enfermedad, es un estado en el cual las facultades intelectuales no se manifestaron nunca o no se pudieron desarrollar suficientemente.
- Divide a la demencia en una forma aguda curable y dos formas crónicas e incurables: la demencia senil, en la que el tratamiento puede, a lo sumo, estabilizar el proceso, y la demencia crónica, muy raramente curable. La demencia le parece un debilitamiento general de las facultades cerebrales con supresión de la atención voluntaria.
- Describe la manía como Pinel, pero excluye de la misma la forma “sin delirio” o razonante, de la cual hace una monomanía. Puede así definir la manía como una alteración y una exaltación del conjunto de las facultades (inteligencia, sensibilidad, voluntad), un delirio total que obstaculiza la acción de la atención voluntaria. La alteración intelectual es primaria y no secundaria a la alteración afectiva como en la monomanía.
- Finalmente, crea la gran clase de las monomanías, también conocidas como lipemanías, que reagrupa todas las afecciones mentales que no afectan más que parcialmente a la mente, dejando intactas las facultades, dejando de lado la lesión focal que constituye toda la enfermedad. Reagrupa entonces, la manía sin delirio de Pinel y la melancolía.⁵¹

La terapia del tratamiento moral se basaba en la sacudida moral. Este consistía en poner al paciente en un ambiente totalmente diferente al que se encontraba anteriormente. La sacudida funcionaba porque aún quedaban restos de razón. No era posible curarlos por la vía del razonamiento, porque las pasiones alteradas no acceden por la vía del razonamiento. Por lo tanto, era necesario recurrir a la palabra, a la conversación de conciente a conciente.

⁵¹ Alexander, F. “Psiquiatría dinámica”. Argentina. Paidós, 1962.

También es importante mencionar las recaídas, donde era necesario dar un tiempo de fortalecimiento del estado previo, para que no se presentaran.

Por consiguiente, el tratamiento moral tenía como propósito que se “desatoraran las pasiones”, para que el alienado se restableciera y no se continuara dentro de la locura.⁵²

En la década de 1860 hay otra clasificación de la locura, pero se le sigue conociendo con el término alienación. Se van a ir tomando en cuenta los factores psicológicos, causas y evolución.

Por ello, en este tiempo, la nosografía incluye a las vesanias puras, que incluyen los delirios generales y parciales.

- Dentro de los delirios generales de las vesanias puras, se incluyen: manías, lipemanías, monomanías (trastornos afectivos).
- Dentro de las vesanias combinadas se dan manía con melancolía y monomanía con lipemanía.
- En cuanto a las vesanias ligadas a una alteración del movimiento, se encuentra la parálisis general progresiva y aquí también se consideraron las neurosis: histeria, hipocondría, obsesiones.

Finalmente, en las vesanias congénitas se incluyen: idiotez, imbecilidad y cretinismo.⁵³

Cada vez iban tomando mayor importancia la nosología y la clasificación en el ámbito de la medicina; a pesar de que la psiquiatría era una ciencia joven. No hay pretensión de poner en cuestión la eficacia de la medicina, sino apenas delimitar el terreno en el cual ella opera, que es el campo del objeto. Y a partir de allí, la cosificación del sujeto.

⁵² Kolb “Psiquiatría Clínica Moderna” México. Ed. Prensa Médica Mexicana, 1951.

⁵³ Vallejo, J. “Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría”. Ed. Salvat, Barcelona. 3ª edición, 1991.

A Esquirol se debe el término alucinación, el cual se concebía como “percepción sin objeto”, “percepción sin estímulo real” y la diferenció claramente de la ilusión. El paciente cree ver, escuchar, sentir, gustar, oler algo que no está, que no es concienzudamente visto, olfateado, por las demás personas. Henry Ey, para darle mayor precisión a la definición agregó: "Que estimule los sentidos". Esta definición está aún vigente. Este concepto se sigue sosteniendo hasta la fecha en el ámbito de la psiquiatría.⁵⁴

Para Esquirol, la persona tiene la convicción de que tiene la alucinación, de aquí se desprendió la idea de que ésta tenía que ver con la “visión” (visionario).

Características:

- **Materialidad:** toda alucinación tiene cuerpo y volumen, ocupa para el enfermo un lugar en el espacio exterior y esto es lo que le va a dar al sujeto la sensación de realidad sin poder distinguirlo de los reales.
- **Certeza:** el sujeto esta totalmente convencido de su percepción, tiene completa seguridad de la existencia real del objeto percibido.
- **Carácter sensorial:** tiene información sensorial y pueden ser táctiles, auditivas, olfativas, visuales y gustativas.
- **Inexistencia de estímulo real.**
- **Falta de control del individuo sobre su proceso alucinatorio.**

Clasificación de las alucinaciones por sistemas sensoriales

- **Auditivas:** son las mas frecuentes, pueden ser elementales o complejas, fonemas o verbales. Los fonemas son percepciones de ruidos vagos o silbidos. Las complejas consisten en la percepción de las palabras o voces.

⁵⁴ Ey, H. “Tratado de Psiquiatría”- Ed. Masson, Barcelona, 1979.

- **Visuales:** percepción de objetos o seres inexistentes. Pueden ser simples o complejas.

Simples:

- Fotopsia: es la percepción de colores, luces o figuras geométricas en movimiento. No es típico de enfermedades mentales.

Complejas:

- Zoopsias: percepción de animales minúsculos (como hormigas) característicos del delirium tremens en alcohólicos. Provocan un intenso miedo en el enfermo.
- Gulliberianas: el entorno tiene un tamaño normal, el objeto alucinatorio es el que aumenta de tamaño.
- Liliputienses: el entorno tiene un tamaño normal, el objeto alucinatorio es el que disminuye de tamaño.
- **Gustativas y Olfativas:** el enfermo percibe olores y sabores sin que haya estímulo que lo provoque, cuando no van unidas con alteraciones de conducta cabe sospechar que el individuo puede padecer una alteración orgánica. Cuando estas alucinaciones van acompañadas de alteraciones de conducta u otro tipo de alucinación, nos encontramos con un trastorno esquizofrénico paranoide.

Los enfermos epilépticos antes de una crisis perciben olor a rosas y los esquizofrénicos perciben sabores raros en la comida ya que piensan que los intentan envenenar. El enfermo con alucinaciones esta siempre alerta.

- **Táctiles:** percepción en la piel de estímulos inexistentes como sensación de animales pequeños recorriendo por debajo de la piel, sensación de calor

interno o de electricidad. (Ej. En el delirium tremens se perciben animales bajo la piel).

- **Somáticas:** percepción irreal a cerca de nuestro cuerpo. (Ej. Creer que se tiene el cuerpo de cristal o tener seis dedos).

Cuando las alucinaciones son simples (solo un tipo olfativas o gustativas... etc.) son de tipo orgánico y cuando son complejas suelen ser enfermos mentales.

Las ilusiones son deformaciones de la percepción de un estímulo real. Existen 3 tipos:

- **Ilusión por fuerte carga emocional:** situaciones en las que sé esta sometido a fuerte carga emocional que provocan ilusiones (ej. Perchero).
- **Ilusiones autoprovocadas:** el sujeto provoca deliberadamente la deformación del estímulo. (Ej. Deformación de las nubes).
- **Ilusiones por inatención:** falta de atención. El sujeto percibe de forma deformada los estímulos que provienen de campos externos al que él tiene puesta su atención por estar distraído.⁵⁵

Hay un hecho que es perturbador: lo alucinado (desde la visión del que alucina) no aparece en un contexto distinto al consensuado. Eso es lo dramático de la alucinación. Lo alucinado se da en el contexto de las cosas no alucinadas, eso es lo impactante y todavía no resuelto. ¿Por qué, por ejemplo, el esquizofrénico percibe todo como el resto de las personas más eso que no es consensuado? Éste es un factor de peso para entender la tremenda certeza que tiene el esquizofrénico cuando dice "Ese gato esta ahí".⁵⁶

⁵⁵ Jaine, A; Talarn, A. "Manual de Psicopatología Clínica". Ed. Paidós, Buenos Aires, 2000,

⁵⁶ Ibidem 52.

Baillarger se interesa por estudiar las alucinaciones, siguiendo la idea de Esquirol y hace una clasificación de las mismas:

- Alucinaciones psico-sensoriales: donde interviene la imaginación y los órganos de los sentidos: vista, gusto, tacto, olfato, oído.
- Alucinaciones psíquicas: solo interviene la imaginación o falla en la memoria.⁵⁷

Para Freud (1856-1939), las alucinaciones tienen tres momentos a lo largo de la historia:

- Principios del siglo XIX: alienación mental, con Pinel y Esquirol.
- Mediados del siglo XIX; enfermedades mentales con la psiquiatría.
- Finales del siglo XIX; con las grandes estructuras mentales, neurosis y psicosis.⁵⁸

Por otra parte, Séglas se dedica a estudiar sistemáticamente los trastornos del lenguaje hablado, escrito y mímico. Su concepción del lenguaje, considera que la palabra no es más que el auxiliar de la idea, que puede existir sin la palabra que la representa y se forma generalmente antes que ésta y sin ésta. Así, la función de lenguaje consiste en traducir las ideas a palabras. Las ideas tendrán en lo sucesivo una etiqueta, y la etiqueta es la palabra.

Su investigación está dedicada a las alucinaciones verbales, a las que subdivide en tres tipos:

- Auditivas
- Visuales
- Psicomotrices verbales

⁵⁷ Faher, R. "Manual de Psiquiatría". Argentina. Ed. La Prensa Médica, Fundación Roemmer, 2000.

⁵⁸ Galeno, C. "Sobre la localización de las enfermedades". Madrid. Ed. Gredos, 1997.

Las primeras, en su forma más simple, están constituidas por ruidos confusos que el alienado parece traducir por onomatopeyas o con sonidos con mayor resolución que relaciona con cualquier objeto. En sus formas más complejas, se conforman como verdaderas voces que se hacen oír. En las formas crónicas de locura en las que predomina la alucinación auditiva, en los delirios de persecución, por ejemplo, el enfermo, al cabo de un cierto tiempo, se vuelve hasta tal punto auditivo que no puede pensar sin oír su propio pensamiento formulado netamente de sus orejas.

Respecto a las alucinaciones visuales verbales, aunque menos frecuentes, corresponden a aquellas formas alucinatorias en la que los pacientes ven aparecer ante sus ojos, palabras escritas que pueden ser leídas.

El tercer tipo, alucinaciones psicomotrices, se debe por completo a la sagacidad y buenas dotes de observación del alienado. Perciben palabras sin que realmente las oigan y se sirven de situaciones como: voces interiores, conversación de alma a alma, por intuición, por revelación, por un sexto sentido.

Por tanto, es importante considerar que las alucinaciones de un sujeto, inician con lo que la persona nos dice de ésta, por lo cual es indispensable saber en que condiciones se decide a hablar de ellas, las principales características del marco de sus confidencias y cómo puede originarse en ese cuadro cierto análisis semiológico.⁵⁹

Por su parte Baillarger (1806-1891), prosiguió con las enseñanzas de su maestro Esquirol. Estaba interesado en la administración del hospital, el cuidado de los presos, desórdenes de la deficiencia y cretinismo. En 1865 precisó que los pacientes con afasia habían perdido la energía del discurso voluntario, pero sin embargo habían conservado ciertas expresiones automáticas que no fueron empleadas correctamente. Se le llamó, “El principio de Baillarger”.

⁵⁹ Galeno, C. “Sobre la localización de las enfermedades”. Madrid. Ed. Gredos, 1997.

También describió la insana circular, que se caracterizaba por la evolución sucesiva y regular del estado maníaco, del estado melancólico y de un intervalo lúcido más o menos prolongado de intensidad y de duración en su conjunto y en cada uno de los periodos.⁶⁰

Los intereses de este médico eran principalmente clínicos. Describió el ciclo maníaco-depresivo y el estupor de la melancolía. También observó las pupilas desiguales en la demencia paralítica y su asociación ocasional con la ataxia locomotora.⁶¹

¿Medicina del alma? Conceder un sentido excesivamente literal a esta expresión llevó a la confusión de creer que era necesario ser médico para poder escuchar a los pacientes.

Durante esta época, a todas las enfermedades se les debía encontrar un origen orgánico, por lo que a las enfermedades mentales, se les dio un sustrato anatomo-fisiológico. Bayle aporta la parálisis general, en 1822 y luego se le agregó el término progresiva. Encontró que la inflamación en las meninges producía parálisis y junto con esta se generaba la enfermedad mental. Posteriormente se descubrió que lo que producía la inflamación era la sífilis, que a su vez causaba parálisis, acompañada de enfermedad mental. En esta época, se originan un número considerable de estudios con respecto al cerebro.⁶²

La parálisis general progresiva presenta la siguiente evolución:

- Alteraciones leves del movimiento y de la inteligencia.
- Dificultades de desplazamiento y habla (acompañadas del inciso anterior), pero cada vez más acentuado y apareamiento de delirio.
- Demencia y muerte.

⁶⁰ Vidal, G; Alarcón, R. "Psiquiatría". Ed. Panamericana, Buenos Aires. 1ª edición, 1986.

⁶¹ Jackson, Stantey. "Historia de la melancolía y la depresión". Desde los tiempos hipocráticos hasta la época moderna. México. Ed. Turner, 1986.

⁶² Alexander, FG; Selesnick, S. "The History of Psychiatry". N.Y. Ed. Harper & Row, 1966.

A partir del descubrimiento de la parálisis general progresiva, cambió la idea de la enfermedad mental. Se toma como base el sustrato anatómico-fisiológico y predomina esta idea.⁶³

Para Pinel lo fundamental era el contacto con el enfermo y se preocupaban por lo que sentía. Con Bayle, también había contacto, pero el sujeto era tomado como objeto de estudio. Entonces se necesitaba una condición indispensable para la investigación y era el cadáver (cuerpo que ya no reacciona, no responde). Sólo se podía acceder al estudio del cerebro, con un muerto.

Toda enfermedad, aún la más orgánica, atañe al cuerpo en tanto asunto del sujeto, movilizándolo sus fantasmas primordiales. ¿Acaso el deterioro físico, el espejismo concreto de la propia muerte, podrían ser concebidos como una cuestión fisiológica?

Fue entonces que el neurólogo francés Jean Martin Charcot (1825-1893) diferenció entre las pacientes con lesiones orgánicas y aquéllas cuyos síntomas eran de origen psicológico o "histérico". Fue también el primero en estudiar la función del trauma psicológico en el origen de la histeria, suponiendo que los recuerdos traumáticos se almacenan en el inconsciente, separados de la conciencia, y dan lugar a los síntomas físicos.⁶⁴

A estas alturas de la historia, la teoría de los humores había quedado ampliamente superada. Se reemplazó primero por explicaciones químicas y luego mecanicistas, pero se mantiene a lo largo del período cualquier vestigio de subjetividad.

Dado que el sistema económico de aquella época era el capitalismo, la locura, resultaba un tanto improductiva, por ende, se convierte en un grave

⁶³ Ristich, M. "La locura a través de los siglos". Barcelona. Bruguera S.A, 1970.

⁶⁴ Belloch, A. "Manual de Psicopatología Clínica". Ed. Paidós, Buenos Aires, 1995.

problema. Empieza a ser asociada con peligrosidad. Por tanto, debe ser marginado.

Entonces, la locura para ser estudiada debía objetivarse. Heinroth (1773-1843) siguiendo esta postura, utilizó por primera vez en el lenguaje médico, el término paranoia y psicossomático, que significaba estar fuera de la propia mente. En 1818, equiparó el término paranoia al de locura. A partir de los estudios del psiquiatra alemán Kraepelin, el concepto de paranoia toma un significado preciso, y su actual significado se lo da el psiquiatra Kahlbaum en 1863.⁶⁵

Kraft Ebing (1840-1902) mantuvo una actitud más comprensiva y abierta que la de sus contemporáneos. Afirmaba con respecto a los locos: “en ocasiones son seres inofensivos, pero sin lugar en la sociedad puritana de la época; otras, criminales brutales”. Expone en su trabajo el concepto de paranoia tal cual era concebida por la psiquiatría alemana de su época. El la define así:

“Enfermedad psíquica crónica que se desarrolla en medio o a expensas de neurosis constitucionales y cuyo síntoma principal es la existencia de las ideas delirantes. Estas ideas son primitivas, sistemáticas, formadas por operaciones de conclusión y de juicio, y que de esta forma construyen un verdadero edificio de ilusiones”.⁶⁶

Posteriormente Mendel (1822-1884) continúa tomando el vocablo paranoia, como una forma de locura, que se desarrolla en el ámbito de la razón. Durante mucho tiempo, se consideró como “locura extrema”.⁶⁷

Séglas (1856-1939) estudia sobre la paranoia desde 1895. Elabora un concepto donde estructura las diversas formas de “locuras sistémicas”. En 1909, Serieux y Capgras, lo utilizaron como sinónimo de delirio crónico.

⁶⁵ Alexander, F. “Psiquiatría dinámica”. Argentina. Paidós. Alexander, F. Argentina. Paidós, 1962.

⁶⁶ Ibidem 65.

⁶⁷ Jackson, Stantey. “Historia de la melancolía y la depresión”. Desde los tiempos hipocráticos hasta la época moderna. México. Ed. Turner, 1986.

El cuadro clínico de la paranoia se consideró relativamente pobre en rasgos, según aportaron Séglas de acuerdo con Sériux.

- La percepción y la interpretación suelen producirse en general sin mayores obstáculos, aunque las impresiones sean interpretadas de manera enfermiza.
- Los enfermos permanecen constantemente serenos, despiertos de mente y competentes.
- Los trastornos perceptivos verdaderos no pertenecen al cuadro clínico.
- A veces, los enfermos reciben mensajes o revelaciones de Dios durante estos episodios.
- Tales episodios son interpretados por los enfermos invariablemente como hechos sobrenaturales, fuera de toda experiencia normal.
- Algunos enfermos aseguran estar constantemente en contacto con Dios, recibir de él revelaciones, pero no se trata nunca de trastornos auditivos, sino siempre de aparición de pensamientos de exhortación, de advertencia, de revelación, que se atribuyen como “voz de la conciencia”, a influencias sobrenaturales.
- La memoria y la capacidad de atención de los enfermos no muestran disfunción alguna. en temas no afectados por el delirio.
- Muy frecuentes son, sin embargo, las falsificaciones de los recuerdos estrechamente ligadas al ámbito de las representaciones enfermizas: Ora se trata de reinterpretaciones y transformación de vivencias, ora de apariciones de manifestaciones o de acontecimientos totalmente inventados en forma de imágenes de recuerdos.
- Los comunicados que le han sido transmitidos de forma misteriosa.
- Hablan también de “encuentros mantenidos con personalidades destacadas”, de vivencias de perjuicios y extraños ataques a los que ha sido expuesto.

- Es notoria la confianza absoluta y ciega mostrada hacia las manifestaciones de cualquiera sobre secretos importantísimos.
- A menudo se trata de acontecimientos enmarañados que se transmiten con todo detalle.
- Lo aventurado y lo manifiestamente inverosímil de las manifestaciones hacen que la falsificación de recuerdos sea fácilmente reconocible.
- A ellos pertenece lo relatado por pretendientes al trono, y que se refieren a premoniciones recibidas en su juventud en relación a su nacimiento y sus derechos.
- Difícil diferenciar, en ocasiones, los hechos reales de invenciones delirantes.
- Cuando se habla con gran seguridad sobre percepciones que se ubican en el marco de lo posible o incluso de lo probable, puede ser extraordinariamente difícil descubrir la causa patológica de los recuerdos falseados.

Así, por ejemplo, se tendrán siempre dudas en el caso de delirios de celos respecto a si supuestos indicios sospechosos, incluso aparentes confesiones de maridos, se basan en hechos reales, o en invenciones delirantes.⁶⁸

Lo que Séglas demuestra magistralmente es que la aparente multiplicidad de temas delirantes encconde una unidad que proviene de su fuente única. El sentimiento de dolor moral conduce al enfermo a la idea de que él es el culpable, de que ha cometido un crimen, o por lo menos alguna falta o error. Su dignidad solo puede acarrear males y desgracias. Se cree culpable, indigno de relacionarse con sus semejantes; no es más que un animal, un adoquín, una basura. No sirve para nada en esta tierra, sería mejor que muriera. Por otra parte, el sentimiento de su incapacidad para pensar, querer y actuar, confiere a sus ideas una impronta de inferioridad. Su expectativa de empobrecimiento y la ruina, se creará venida a menos con respecto al resto de la humanidad., ya no tiene sentimientos ni voluntad, ya no es como todo el mundo, está arruinado, ya no tiene

⁶⁸ Jaïne, A; Talarn, A. “Manual de Psicopatología Clínica”. Ed. Paidós, Buenos Aires, 2000.

órganos, ya no existe. Si intenta suicidarse es con el fin de suprimir un ser incapaz, inútil o aún peligroso para los demás.⁶⁹

Por consiguiente, hacia finales del siglo XIX, el término paranoia se restringe hasta alcanzar una acepción estrecha y precisa, que desde entonces ha servido a todas las tradiciones psiquiátricas.⁷⁰

En esta época es donde comienza la decadencia de la psiquiatría francesa con la "teoría de la degeneración" de Morel (1809-1873), quién en su Tratado de enfermedades mentales (1860) postuló que algunas enfermedades mentales podían heredarse de padres con afecciones similares y que la predisposición podía sufrir una activación lenta hasta convertirse en una enfermedad debido a transmisión vertical repetida o bien a una activación repentina por eventos externos como traumas sociales, alcoholismo o infecciones. Introdujo la denominación de "demencia precoz" para referirse a la actual esquizofrenia.⁷¹

La esencia del tipo primitivo y, por lo tanto, de la naturaleza humana, es la dominación de lo moral sobre lo físico. El cuerpo no es más que el instrumento de la inteligencia. La enfermedad mental no es más que la expresión sintomática de las relaciones anormales que se establecen entre la inteligencia y su instrumento enfermo, el cuerpo. La degeneración de un individuo se va transmitiendo por herencia y agravando a lo largo de generaciones hasta llegar a la decadencia.

Hace una distinción entre causas pre-disponentes y determinantes. Las causas que predisponen son físicas o morales, individuales o generales y, por suma hereditaria, aparecerá la locura en cuanto aparezca una causa determinante, ya sea física o moral.

⁶⁹ Belloch, A. "Manual de Psicopatología Clínica". Ed. Paidós, Buenos Aires, 1995.

⁷⁰ Alexander, F. "Psiquiatría dinámica". Argentina. Paidós, 1962.

⁷¹ Gelda, M; Gath, D; Mayour, R. "Psiquiatría Interamericana". Ed. McGraw Hill, México, 1993.

El descubrimiento de la degeneración permitió volver a encontrar la clasificación natural de las enfermedades mentales, donde se define al sistema nervioso como lugar primordial en el que influyen las causas de la degeneración.

Definir la degeneración como desviación malsana de la especie, implica evidentemente el concepto de malformación. Pero esta transformación no es del tipo darwiniano, ligado a los procesos de adaptación de la evolución que llevan al hombre a nuevas formas.⁷²

Morel distingue las causas predisponentes de las causas determinantes. Las primeras son físicas o morales, individuales o generales y, por suma hereditaria, llegan a contribuir la predisposición, terreno particularmente frágil en el que aparecerá la locura en cuanto aparezca una causa determinante.

Distingue diferentes clasificaciones de la locura:

- Locura por intoxicación (alcoholismo).
- Locura por neurosis, hay lesión, pero sin base orgánica (histeria, hipocondría).
- Locura simpática, tienen como base un órgano distinto del cerebro (cerebelo, tallo cerebral).
- Locura idiomática, tienen como base el cerebro (parálisis general progresiva).
- Demencia, ya son estados terminales.
- Locura hereditaria clasificación de las vesanias puras (manía, lipemanía, monomanía, melancolía).

Esta predisposición de la que habla Morel, no tiene salida, pues el cuerpo no está supeditado a algo externo, sino a un germen que se va a transmitir en forma hereditaria, con la idea de que se va a ir degenerando. Para que esto suceda se requieren cuatro generaciones, es decir:

⁷² Alexander, F. "Psiquiatría dinámica". Argentina. Paidós, 1962.

- Primera generación: signos de degeneración.
- Segunda generación: va a haber una profundidad mayor.
- Tercera generación: los signos ya nos notables en la persona.
- Cuarta generación: irrupción del cambio.⁷³

De ahí que su teoría se transmite por familias, donde el germen estaría en incubación, hasta que en la cuarta generación, ya se da el cuadro francamente alterado, degenerado.

También abre la posibilidad de que esto pueda permanecer latente; por ejemplo, en el matrimonio, se desvían los gérmenes y se detiene el avance degenerativo.⁷⁴

Esta idea organicista de Morel, desde 1860, fue objeto de innumerables discusiones sobre el lugar de la herencia en la alienación mental. Las obras sobre la degeneración comenzaron a multiplicarse; pero a Magnan (1835-1916), debemos la sistematización definitiva, así como a sus discípulos M. Legrain y H. Saury, que hicieron su exposición metódica. Introduce una serie de modificaciones con respecto a la teoría de Morel. La introducción del concepto lucha por la vida, desplaza a la degeneración del concepto religioso, para situarla en el concepto evolucionista darwiniano.⁷⁵

Magnan junto con Morel afirman que la degeneración está detrás de la enfermedad mental. La idea de la degeneración está en función de la herencia, lo que se hereda viene de los padres, que son los generadores inmediatos.

Posteriormente propuso un esquema anatómico preciso del sistema nervioso caracterizado por una neuro-degeneración del neuro-eje a la que

⁷³ Jackson, Stantey. "Historia de la melancolía y la depresión". Desde los tiempos hipocráticos hasta la época moderna. México. Ed. Turner, 1986.

⁷⁴ Kolb "Psiquiatría Clínica Moderna" México. Ed. Prensa Médica Mexicana, 1951.

⁷⁵ Ristich, M. "La locura a través de los siglos". Barcelona. Bruguera S.A, 1970.

corresponde una jerarquización de las funciones. A cada lesión corresponderá una patología precisa y constante.

Postuló su teoría en torno a cuatro conceptos fundamentales:

- Predisposición: estado inicial del degenerado, en ausencia de complicación. Es la fragilidad ya señalada por Morel, que puede ser hereditaria o adquirida, psicológica u orgánica y aun social. Por último, puede ser simple o máxima y preparar la aparición de los síndromes episódicos.
- Desequilibrio: noción vaga, jamás precisada por Magnan, que califica la pérdida de sinergia entre los diferentes centros nerviosos y se traduce en la desaparición de la armonía entre las diferentes funciones.
- Estigmas: la idea antigua de que el cuerpo expresa las cualidades del alma, ya había sido tomada de nuevo por Morel. Magnan la precisó distinguiendo los estigmas morales (retraso intelectual o afectivo, desadaptación social) y los estigmas físicos (atrofias, hipertrofias o distrofias). Dan su sello a la degeneración y son las más de las veces testimonios de la función sobre la cual se ha ejercido en forma particular.
- Síndromes episódicos: en los degenerados del sustrato mental desequilibrado aparecerán ineluctablemente accidentes agudos o se darán síndromes episódicos, donde destacan las obsesiones, los impulsos y los delirios.⁷⁶

El delirio lo clasifica en cuatro tipos y puede llegar hasta crónico en función de la evolución que vaya teniendo:

- Delirio maniaco, exaltación afectiva.
- Delirio melancólico, depresión afectiva.
- Delirio de persecución, idea de grandeza.
- Demencia, hay un deterioro claro.

⁷⁶ Ristich, M. "La locura a través de los siglos". Barcelona. Bruguera S.A, 1970.

El delirio tiene evolución a partir de que hay antecedentes, que se van a ir presentando de manera sistemática, hasta llegar a lo crónico. Pero siempre está presente la idea de la degeneración, aunque sea en sentido latente.

El delirio es una afección de confusión seria y cambios rápidos en la función cerebral, que suele ser causada por una enfermedad física o mental tratable.

Causas, incidencia y factores de riesgo

Los estados de confusión aguda suelen ser el resultado de una enfermedad física o mental y, por lo general, son temporales y reversibles. Los trastornos que producen delirio son muchos y muy variados, entre los que se cuentan las afecciones que privan de oxígeno y otras sustancias al cerebro.

El delirio puede ser causado por enfermedades de los sistemas corporales distintos al cerebro, por tóxicos, por desequilibrios de líquidos/electrolitos o alteración ácido/básica y por otras afecciones agudas y graves. Las infecciones como las de las vías urinarias o la neumonía pueden desencadenar el delirio en individuos con daño cerebral preexistente (accidentes cerebro-vasculares previos, demencia).

Los pacientes con lesiones cerebrales preexistentes más graves tienen mayor probabilidad de presentar delirio a partir de enfermedades adicionales.

Síntomas

El delirio implica una alternancia rápida entre estados mentales (por ejemplo, de letargo a agitación y luego otra vez a letargo), con interrupción de la atención, pensamiento desorganizado, desorientación, cambios en la sensibilidad y percepción y otros síntomas.

- Trastorno de la atención (atención interrumpida o distracción).

- Incapacidad para mantener un comportamiento o pensamiento enfocado hacia una meta o propósito.
- Problemas para concentrarse.
- Pensamiento desorganizado, evidenciado por:
 - Lenguaje incoherente.
 - Incapacidad para suspender los patrones de lenguaje o comportamiento.
- Desorientación en cuanto a tiempo o lugar.
- Cambios en la sensibilidad y percepción (aumento de la desorientación)
- Alteración del nivel de conciencia o conocimiento
- Alteración de los patrones del sueño. (somnolencia).
- El estado de vigilia puede variar, más alerta en la mañana, menos alerta en la noche.
- Disminución de la memoria y recuerdos a corto plazo
 - Incapacidad de recordar hechos después de iniciado el delirio (amnesia anterógrada)
 - Incapacidad de recordar hechos pasados (amnesia retrógrada).
- Cambios en las actividades motoras y en el movimiento (que puede ser aletargado o lento).
- Movimientos desencadenados por cambios en el sistema nervioso (inquietud psicomotora).
- Cambios emocionales o de personalidad.
 - ansiedad
 - enojo
 - apatía
 - depresión
 - euforia
 - irritabilidad ⁷⁷

⁷⁷ Belloch, A. “Manual de Psicopatología Clínica”. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1995.

En la psicosis, la tara degenerativa está latente, por lo que se da la idea de una predisposición de la enfermedad mental, que se desencadena por algo que ocurre, aunque no sea identificada desde el comienzo. La psicosis se va a ir desencadenando poco a poco hasta que se manifieste por completo.⁷⁸

Este es el modelo de Magnan para dar cuenta de las enfermedades mentales. Los descendientes de estas personas irán cargando con esta tara, por ello, el tratamiento solo puede darse a nivel preventivo, es decir, ellos mismos van a ir autoeliminándose. Su trabajo fundamental se basa en el delirio crónico y en como una degeneración física, también produce una degeneración moral.⁷⁹

Ordena su teoría a través de cuatro conceptos fundamentales:

- Predisposición: puede ser hereditaria o adquirida, psicológica, orgánica e inclusive social.
- El desequilibrio: noción jamás precisada por él, calificada como pérdida de sinergia entre los diferentes centros nerviosos; traduciéndose por un desequilibrio en la armonía de las diferentes funciones.
- Estigmas: morales: (retardo intelectual o afectivo, inadaptación social) y físicos (atrofias, hipertrofias, distrofias).
- Síndromes episódicos: obsesiones, impulsiones y bouffées delirantes.

Más tarde propone el delirio crónico a evolución sistematizada. Se caracteriza por seguir una marcha regular, metódica, ofreciendo en su evolución sucesiva cuatro etapas bien delimitadas:

⁷⁸ Jackson, Stantey. "Historia de la melancolía y la depresión". Desde los tiempos hipocráticos hasta la época moderna. México. Ed. Turner, 1986.

⁷⁹ Jaine, A; Talam, A. "Manual de Psicopatología Clínica". Ed. Paidós, Buenos Aires, 2000.

- Primer periodo, de incubación e inquietud nerviosa: el sujeto comienza a interpretar ciertos hechos que adquieren una significación personal. Aparecen las alucinaciones.
- Segundo periodo, de persecución y se sistematización: las alucinaciones verbales se vuelven permanentes. El delirio comienza a estereotiparse y aparecen los neologismos, ya que el paciente no encuentra más en el lenguaje ordinario las palabras convenientes al mundo de sensaciones en el cual vive.
- Tercer periodo, de grandeza: las ideas de grandeza aparecen por deducción lógica, por vía alucinatoria o espontáneamente. El delirio de persecución se atenúa y el comportamiento del enfermo cambia.
- Cuarto periodo, la demencia: la memoria se deteriora y la actividad intelectual se debilita. El enfermo se torna indiferente, su discurso plagado de neologismos deviene ininteligible.⁸⁰

Con Kraepelin (1856-1926) la enfermedad mental debe, en esencia, individualizarse y definirse por su evolución. El verdadero diagnóstico será el que permita hacer un pronóstico preciso. En gran medida, el primero sólo puede confirmar el segundo, y por ende, fundamentarlo.

Durante muchos años, este psiquiatra realizó centenares de observaciones clínicas en forma muy descriptiva y muy sistemática, con la idea de que había que escuchar al enfermo y comprenderlo. Examinó los trastornos de la conducta de los pacientes hospitalizados; analizó millares de historias clínicas y trató de clasificar los procesos psíquicos.

A él debemos el concepto demencia precoz, que agrupó en tres tipos clínicos principales:

⁸⁰ Jaime, A.; Talam, A. "Manual de Psicopatología Clínica". Ed. Paidós, Buenos Aires, 2000.

- Catatónica: la cual se caracterizaba por fenómenos regresivos: puerilismo, pasividad, comportamiento infantil.
- Hebefrénica: fase de depresión, seguida de una fase de excitación, después aparición de estupor catatónico y posteriormente un periodo de confusión, antes de la demencia final.
- Paranoide o delirante: gran actividad alucinatoria, delirios acompañados de alucinaciones cenestésicas y psíquicas y particularmente fenómenos de transmisión del pensamiento.

Posteriormente añadió:

- Forma de demencia precoz simple: se observa debilitamiento intelectual progresivo, sin afección demencial profunda.
- Formas depresivas: una simple que se caracteriza por inhibición, que puede llegar hasta el estupor. Otra grave, con delirio de tipo melancólico.
- Formas pseudo-periódicas: cuya evolución se caracteriza por determinada periodicidad, que puede coincidir en la mujer con la vida sexual (menstruación, menopausia).
- Formas demenciales: en las que predomina la afección del lenguaje.⁸¹

Aunque durante muchos años se reconoció la presencia de un mismo enfermo en estados afectivos opuestos (depresión y júbilo), fue hasta 1896 cuando Emil Kraepelin dio el nombre de locura maniaco-depresiva a esta alteración patológica. La psicosis maniaco depresiva ha sido considerada como una entidad nueva, la cual es caracterizada por la evolución sucesiva y regular del estado maníaco y del estado melancólico, seguidos de un intervalo lúcido, más o menos prolongado.

Dicho autor observó la periodicidad y el desenlace favorable de las etapas de afecto normal que parecían oponerse, y concluyó que se trataba de variaciones de un mismo proceso patológico cuya base eran causas fisiológicas.⁸² Valoró

⁸¹ Faher, R. "Manual de Psiquiatría". Argentina. Ed. La Prensa Médica, Fundación Roemmer, 2000.

⁸² Ibidem 78,

especialmente la investigación clínica, por sobre la especulación teórica y la anatomía patológica, dando especial valor al estudio del curso completo de la enfermedad de las enfermedades mentales desde el punto de vista organicista, donde se dio la clasificación, descripción y etiología de los síntomas clínicos.⁸³

Breuler (1857-1940) introduce el término esquizofrenia para sustituir la demencia precoz de Kraepelin ya que lo consideró inexacto, porque no siempre conduce al deterioro. Demostró que dicho padecimiento no constituía una sola enfermedad, sino más bien un conjunto de afecciones que tenían caracteres comunes, lo que le dio definitivamente fama a este autor. Esquizofrenia significa mente dividida (mente escindida), poniendo un énfasis mayor en la fragmentación de la personalidad que en la evolución. Para Bleuler, era la enfermedad de cuatro “as”: autismo, ambivalencia, asociaciones laxas y efecto incongruente.⁸⁴

Había nacido el término esquizofrenia, pero además del mismo, un nuevo enfoque dinámico del trastorno: en efecto, Breuler, quiso significar que lo que para él constituía el síntoma fundamental de la enfermedad, era precisamente, la escisión. La disociación del psiquismo. Afirmó: “he llamado esquizofrenia a la demencia precoz porque, como espero demostrar, la dislocación de las diversas funciones psíquicas es uno de sus caracteres más importantes”. A partir de esta disociación se producen otros síntomas secundarios psicógenos, que son una reacción del alma enferma, para culminar en la ruptura delirante y hermética del contacto con la realidad, lo cual constituye el autismo”, que es otra innovación de este autor.⁸⁵

El estudio científico de la locura, no alcanza su culminación hasta finales del siglo XIX, y principios del XX. Figuras como Emil Kraepelin, que acometió una cartografía sistemática de la psicopatología que aún se utiliza; Sigmund Freud, por

⁸³ Vidal, G; Alarcón, R. “Psiquiatría”. Ed. Panamericana, Buenos Aires. 1ª edición, 1986.

⁸⁴ Ibidem 80.

⁸⁵ Galeno, C. “Sobre la localización de las enfermedades”. Madrid. Ed.Gredos, 1997.

su parte, descubre que el ser humano tiene algo más que la mente conciente, creador de la teoría psicoanalítica, iluminar del inconsciente y adalid de una nueva forma de psicoterapia dinámica que llega hasta nuestros días y cuya influencia fue determinante en el tratamiento de las enfermedades psíquicas.

En el momento en que Freud decide escuchar a sus pacientes apuesta a la existencia de un cierto saber del lado del sujeto.

Si la clínica médica se dirige de lo particular a lo general, la clínica psicoanalítica inaugura una clínica del caso por caso. La apuesta freudiana es al saber inconsciente, a la producción de un saber de lo más singular del sujeto en cuestión. Renunciar a la escucha analítica es renunciar a la única posibilidad de elaborar un tratamiento para cada sujeto. La escucha analítica singulariza al sujeto operación en el saber que el “bruto” (como era calificado el loco), accediera al estatuto de sujeto.

Nadie llega a convertirse en humano si está solo: nos hacemos humanos los unos a los otros. Es en los ojos de nuestros semejantes donde leemos la humanidad, en los ojos de quienes nos prestan atención. Es una mirada de amor, de preocupación, reproche o reprobación: pero siempre es una mirada llena de significado que nos dice el lugar que tenemos para el otro. Palabras que nos ayudan a entender lo que se dice en relación a la locura y a las instituciones de la locura.

La época moderna inaugura el primado de la razón y con ella la significación que la locura toma hasta la actualidad. De estos inicios hasta el momento, algo ha permanecido igual y algo ha cambiado. Permanece igual la respuesta que el dispositivo de internación da a la demanda que la locura hace recaer sobre las instituciones, esto es, respecto de un ordenamiento del tiempo, lugares y actividad. Permanece igual la demanda social, es decir la demanda que

la institución y familia realizan sobre a locura, a fin de encauzarla en la vía de la razón y de alguna de sus configuraciones, el bien, el trabajo, el placer, la voluntad.

En la época contemporánea asistimos a un fenómeno en el cual el sufrimiento propio del ser parlante es equiparado a la locura. La estructura de la locura fue la de un lugar de exclusión. Eficaz mecanismo de segregación: incluirla en un espacio de exclusión, constituido bajo la forma de institución total de verdaderos centros de tortura.

Esta política genera una nueva forma de ideal: el del número, y esto trae aparejado un particular tipo de conciencia moral: la de la cantidad. En ella se sostiene la política actual; poner límite temporal a los tratamientos sin atender la singularidad del sujeto. Estamos ante la presencia de un discurso que implica un rechazo de lo que el sujeto pueda decir con respecto de su propio sufrimiento.

Por desgracia, la comprensión de la locura todavía está lejos de ser completa. En pleno siglo XXI, el tratamiento de los trastornos mentales sigue siendo un problema mundial con demasiados flecos por resolver. Durante los últimos cincuenta años, las condiciones de vida y de salud de gran parte de los ciudadanos han mejorado; pero este progreso del bienestar físico ha ido acompañado de un progresivo deterioro de la salud mental.

Capítulo 2

El Malestar Social Actual

2.1 La especificidad de lo psíquico y lo social en relación al proceso salud-enfermedad

2.1.1 Las emociones y los cambios corporales

Es en las emociones, en la vida afectiva, donde se pueden señalar con mayor evidencia la acción de la psique sobre el cuerpo.

Durante el primer año de vida un niño nos muestra claramente sus expresiones de enojo o ira cuando ante alguna negativa o reto comienza tirar cosas, gritando y endureciendo el cuerpo. A veces se ponen colorados y lloran tanto que las madres se asustan. Su psiquismo en construcción no le permite regular sus impulsos o moderarlos y canalizarlos, además no tiene una posibilidad de comunicarse a través del habla (lenguaje); ya que aun faltan un par de años para que le sirva de medio de expresión, así solo le queda el cuerpo y su motricidad para expresar su enojo.

De hecho, todos hemos tenido oportunidad de comprobar el hecho de que una determinada emoción, producía en nuestros cuerpos diversas reacciones muchas veces molestas. Hemos tenido miedo y nos hemos puesto pálidos, nos ha temblado el pulso y hasta podemos haber tenido diarrea en época de examen. Ante la vergüenza aparece el rubor; quizás nos hayamos puesto rojos de ira o hemos experimentado una cefalea fuerte por algún enojo. Todos ellos son hechos de observación corriente y a todos accesibles, que nos hablan de fenómenos biológicos en que los estados psíquicos aparecen con sus expresiones orgánicas.

La emoción puede afectar el aparato digestivo, la influencia nerviosa puede estimular, deprimir o alterar cualquiera de sus funciones, tales como la movilidad, secreción, o bien alterarlas reduciendo el flujo de sangre al estómago o intestino, o facilitar, en cierto modo, el ataque de la mucosa por las bacterias, produciendo ulceración o inflamación.

Tanto nuestra observación diaria que nos enseña la repercusión emocional en la piel, aparato circulatorio y demás órganos accesibles a la observación directa como las experiencias fisiológicas y las observaciones clínicas, que nos dicen que dichos cambios que vemos externamente también se realizan en las vísceras, nos hablan de que las emociones se manifiestan en todo el cuerpo ya que son una reacción global del individuo.

Es importante destacar también la idea que a lo largo de la vida es normal que atravesemos situaciones en donde experimentemos esta emoción negativa, pensemos que por la misma condición humana, y el psicoanálisis mismo lo plantea desde el concepto de complejo de castración, ninguna persona mas allá de su situación social, económica, cultural, familiar, lo tiene todo ni puede ser todo aquello que desea.

Ahora bien, si las emociones producen modificaciones corporales, es lógico que cuando los estados emocionales se hacen permanentes o repetidos, las manifestaciones corporales de las mismas también se hacen permanentes; así, lo que empezó en la esfera psíquica como angustia, por ejemplo, como resentimiento, cólera inhibida, agresividad insatisfecha o conflictos afectivos, pueden transformarse en un trastorno funcional, permanente. Si los trastornos funcionales continúan, los órganos sufren alteraciones en sus estructuras y pueden llegar así a lesiones orgánicas, para lo cual se unen muchas veces otros factores coadyuvantes, microbianos.

Al incorporar con base científica la etiología psíquica, se la coloca al lado de las causas mórbidas infecciosas, alérgicas, traumáticas, endocrinas, metabólicas.

Se admite además el concepto de la constelación etiológica, es decir, que en general, hay suma de factores externos e internos para producir la enfermedad.

El cuerpo juega un papel fundamental en el campo del psicoanálisis. El saber actual sobre el cuerpo se fue construyendo en la modernidad a la par de una educación que la excluye. El cuerpo desde la educación es concebido desde lo útil al mercado, lo demás es rechazado, incluyendo como este cuerpo fundamenta el encuentro del sujeto y el otro. Este rechazo reglamenta cuerpos estéticos, quietos y disciplinados, lo que en últimas se traduce en adiestramiento y separación del conocimiento con lo corporal. La separación abrupta del conocimiento y el cuerpo va a traer consecuencias para el sujeto, por eso una de las tareas del psicoanálisis es poder romper con esa dualidad que sólo sirve para nombrar al cuerpo como un instrumento y no como aquello que construye un sujeto en el encuentro con el otro, vía imagen, deseo y palabra.⁸⁶

2.2 Salud y enfermedad

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define el concepto de salud como “Un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Por tanto, se considera un componente indispensable el bienestar de los seres humanos, ya que es un componente social como parte fundamental de la salud, ya que al ser un concepto relativo, depende no sólo del lugar y la época histórica en la cual se exprese, sino fundamentalmente de la concepción que de él tenga cada sociedad.⁸⁷

Una vez que se habla de bienestar, su opuesto sería el padecer, que al ser un concepto de construcción social, entendido como estado subjetivo percibido por el individuo, tiene conexión con lo que Parsons ha llamado: “disfunción social”,

⁸⁶ Pommier, G. “Los cuerpos de la posmodernidad”. Editorial Nueva Visión, Argentina. 1999.

⁸⁷ Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/es/>. 7 de abril de 2007.

referida a las acciones y comportamientos del individuo enfermo en la sociedad, ya que conceptúa a la salud como “estado óptimo de las capacidades de un individuo para la ejecución efectiva de los roles y tareas en los que ha sido socializado”, es decir, trató la relación de la personalidad y el organismo, por un lado, y del sistema social y cultural por el otro; pero los contemplaba en una interacción sistémica particular.^{88 89}

La salud y la enfermedad no sólo son condiciones o estados del individuo humano considerados de acuerdo con los niveles orgánicos y de la personalidad, sino que también suponen situaciones institucionalmente reconocidas en la cultura y en la estructura de las sociedades.⁹⁰

Frank, Virchow y Ramazzini entienden el proceso salud-enfermedad como consecuencia de las condiciones insalubres que rodean al hombre, en este sentido, las condiciones ambientales son los determinantes primarios (condiciones de trabajo y de vida del hombre y de cada conjunto poblacional), lo que otorga un determinado estilo de vida (citados en Piña, 1990).⁹¹

El padecer, al ser una categoría que incorpora la experiencia y la percepción, es la vía por la que el hombre enfermo expresa y contiene con el proceso de enfermar, por lo tanto, este antecede al malestar. El padecimiento es fundamentalmente semántico, y su transformación en enfermedad, como experiencia humana y objeto de atención médica, ocurre por medio de un proceso de atribución de significados. De esta manera, se convierte en una experiencia con significado para cada individuo dentro de la red de significados inherente a cada cultura en particular.⁹²

⁸⁸ Parsons T. “The Social System”. Nueva York: Free Press. 1951

⁸⁹ Parsons T. “Social Structure and Personality”. Nueva York: Free Press. 1964

⁹⁰ Parsons T. “The Social System”. Nueva York: Free Press. 1951

⁹¹ Piña B. “Modelos de explicación sobre la determinación del proceso Salud-Enfermedad”. Factores de riesgo en la comunidad; Tomo I, México, D. F.: Universidad Autónoma de México. 1990

⁹² Good, H. “The Meaning of symptoms”. A Cultural Hermeneutic Model for Clinical Practice”. The Relevance of Social Science for Medicine. 1980

Cuando se habla de Salud Mental, parece apenas obvio que existe claridad en los términos: la salud es un bien supremo, es un derecho ciudadano, un derecho constitucional, es sinónimo de equilibrio, de adaptación, ausencia de síntomas, también es lo contrario de enfermedad y en este sentido se coloca en la misma dimensión de la normalidad.

Para Nasio

“la salud es entendida como las distintas formas de ser por organizaciones inconscientes que refieren a fijaciones específicas, es la posibilidad de rescatarse como disponibilidad, conviviendo en el seno de la trama. No se puede saber que es lo que pasa, pero lo siente y lo transporta a la disponibilidad vincular que posea”.⁹³

La articulación entre salud mental y normalidad es problemática, ya que ser normal quiere decir estar sano, y esta pretensión es desmentida por el psicoanálisis cuando Freud descubre una psicopatología en la vida cotidiana. Podemos seguirlo en estos planteamientos, en los cuales pone en evidencia la dimensión conflictiva del ser humano:

...estamos organizados de tal modo que sólo podemos gozar con intensidad el contraste, y muy poco el estado desde tres lados amenaza el sufrimiento; desde el cuerpo propio, que, destinado a la ruina y la disolución, no puede prescindir del dolor y la angustia como señales de alarma; desde el mundo exterior, que puede abatir sus furias sobre nosotros con fuerzas potentes, despiadadas, destructoras; por fin, desde los vínculos con otros seres humanos. Al padecer que viene de esta fuente lo sentimos tal vez más doloroso.⁹⁴

Así mismo plantea la existencia en el sujeto de pulsiones de vida y de muerte, que se encuentran en el sujeto unidas y actúan de igual forma que la ambivalencia de sentimientos, amor – odio hacia la misma persona.

Esta concepción nos plantea la existencia en nuestro psiquismo de fuerzas pulsionales que pugnan por salir y tienden tanto a la preservación de la vida como al aniquilamiento de esta, lo podemos constatar en actos en los cuales nos

⁹³ Nasio, J. “El Magnífico Niño del Psicoanálisis”. España: Gedisa 1986

⁹⁴ Freud Sigmund, “El malestar en la cultura”. Obras Completas, T. 21, Ed. Amorrortu. p. 76,77

recuerdan que tenemos tanta capacidad para amar como para odiar, e incluso que experimentamos por una misma persona estos dos sentimientos tan contradictorios y ambivalentes. Quiere decir entonces que las pulsiones de vida y muerte hacen parte de nuestra naturaleza y actuamos con ellas en la cotidianidad.

Este descubrimiento, trascendental en su época y profundamente importante hoy, para la comprensión del comportamiento humano, pone de relieve una valiosa discusión entre lo normal y lo patológico. Para el Psicoanálisis, no existe la normalidad, existen estados en el ser humano en los cuales este puede funcionar en la vida ejerciendo su capacidad para amar, trabajar, producir, y dichos estados concuerdan con mayores posibilidades de bienestar. Sin embargo no se puede hablar desde esta perspectiva de plenitud, ni de bienestar absoluto ya que solo es posible lograr estados de felicidad que son episódicos. Dice Freud en su texto: El malestar en la cultura:

Hemos partido de la gran oposición entre pulsiones de vida y pulsiones de muerte. El propio amor de objeto nos enseña una segunda polaridad de esta clase, la que media entre amor (ternura) y odio (agresión)... ¿cómo podría derivar del Eros conservador de la vida la pulsión sádica, que apunta a dañar el objeto?.⁹⁵

Por tanto, podemos decir que el conflicto de la dinámica psíquica del ser humano es constitutivo y en tal sentido para el psicoanálisis la concepción de salud no es la armonía o el bienestar absoluto, la vida sin conflicto no existe, no es posible una solución definitiva, el proceso de salud-enfermedad es dialéctico e histórico.⁹⁶

Existe una diferencia de concepción respecto a la salud, en la perspectiva psicoanalítica y en la psicología centrada en los procesos de la conciencia, para el psicoanálisis la salud mental no hace parte de su quehacer, el psicoanalista no es

⁹⁵ Freud Sigmund, "Más allá del principio del placer". Obras completas, T, 18.Ed. Amorrortu. p 52

⁹⁶ Ellenberger, E. "El descubrimiento del inconsciente". Historia y evolución de la psiquiatría dinámica. Editorial Gredos. Madrid. 1976

un trabajador de la salud mental, así lo plantea Jacques Alain Miller en su texto *Patología de la ética*:

En cierto modo, el secreto del psicoanálisis es que en él no se trata de salud mental. No se trata de salud mental por oposición a lo patológico médico. No se trata de la armonía del sujeto con su ambiente, con su organismo. Porque el concepto mismo de sujeto impide pensar la armonía del sujeto con cualquier cosa en el mundo. El concepto de sujeto, es en sí, disarmónico con la realidad. Y el analista no puede dar la salud mental. Solo puede dar la salud, es decir, puede saludar al paciente que llega a su consultorio. Digamos que en lugar de la salud mental, está el saludo analítico.⁹⁷

La psicopatología es el estudio de las configuraciones y manifestaciones de la conciencia ideológica, por lo que el problema de lo sano y lo enfermo está en la práctica analítica ligada al problema de transformar el desconocimiento inadecuado en conocimiento verdadero, conocimiento que por no ser posible, en su totalidad se podría definir como desconocimiento adecuado. Por lo que sin esa práctica analítica, “es sano o enfermo el sujeto portador de la conciencia ideológica, ya que el sujeto puede quedar inadecuadamente alienado en lo determinado que imaginariamente toma como su ser e identidad determinante, sin criticar ni reflexionar las condiciones de existencia de sí”.⁹⁸

Al no existir ese corte por donde penetrar la reflexión, al no presentar una hendidura por donde colar un interrogante sobre el ser, queda expuesto por lo tanto a “una alienación mucho mayor en el desconocimiento de su conocimiento imaginario”.⁹⁹

Es así que el síntoma no solo delata lo patológico, sino que abre el acceso a la posibilidad de disminuir el desconocimiento inadecuado en tanto que permite transitar por la frontera misma, el límite ente lo consciente y los inconsciente en donde el verdadero conocer se asoma, y se delata. En psicoanálisis solo se puede

⁹⁷ Jacques Alain Miller. “Lógicas de la vida amorosa”. Manantial Buenos Aires, 1991.p.71

⁹⁸ Paz, J. R “Psicopatología”. Sus Fundamentos Dinámicos. Buenos Aires: Nueva Visión. 2004

⁹⁹ Ibidem (13)

“conocer” para poder desconocer adecuadamente, por lo que se hace conciente los pensamientos pre-concientes que se hicieron inconcientes.

La ausencia de síntomas alimenta el desconocimiento del sujeto, instalándolo en ese “gran síntoma” que es su desconocimiento total, ocultándolo en la creencia de una determinada identidad o un determinado carácter con todo lo espurio que ese enmascaramiento no reflexionado muestra. Ante esto, se puede decir que no hay originalmente sanos que se enferman, sin que

“la escisión fundamental que funda al sujeto, lo sume ineludiblemente en el desconcierto, del cual intentar sanarse implica la posibilidad de acceder hasta cierto punto al conocimiento de la estructura que subyace y fundamenta los deseos y el ser. Lo sano en este sentido sería más un ideal y se define como un perpetuo tránsito y una perpetua transformación”.¹⁰⁰

Para Nasio¹⁰¹, las conductas anómalas son “el despliegue de potencialidades existentes y constantemente involucran aspectos afectivos, volitivos y cognitivos”, más pueden darse como una posibilidad al situarse en un proceso patológico primario (desorganización del nivel de adecuación funcional hasta ese punto logrado y secundario (la forma en que se reestructura) ya que si existe la regresión, lo único que ocasiona es desestructurar, más con el uso de los mecanismos de defensa se previene la desorganización y la caída en situaciones de masividad emocional inmanejable por lo que su tarea principal es al de buscar un equilibrio.

La enfermedad es aquella “configuración de cristalizaciones conductuales típicas que transforman aquel proyecto parcial o totalmente, en la repetición de formas anacrónicas de intencionalidad y respuesta”.¹⁰² Así mismo la enfermedad es vista como inadaptación ya que hay una ruptura con lo sancionado, ya que la presión normativa del sistema cultural introduce en la intimidad los ritmos y plazos para sentir.

¹⁰⁰ Ibidem (13)

¹⁰¹ Nasio, J. D. “El Magnífico Niño del Psicoanálisis”. España: Gedisa. 1986

¹⁰² Nasio, J. D. “El Magnífico Niño del Psicoanálisis”. España: Gedisa. 1986

La enfermedad en cualquiera de sus formas es ruptura con lo previo que fuerza la salida de la opacidad habitual de la rutina y constituye a menudo “la única oportunidad de plantearse las preguntas fundamentales que hace al sentido de la existencia encubiertas en la densidad de las mistificaciones cotidianas”.¹⁰³

La psicopatología dinámica, usando sus categorías busca la forma de “articulación de los nódulos inconscientes de sentido que constituyen su eje conceptual”,¹⁰⁴ tratando de sistematizar en grupo de generalidad a ciertas formaciones típicas. Cuando se vive experiencias traumáticas reiteradas en los estadios tempranos, dan lugar a un “desenvolvimiento precario de los sistemas yoicos en tanto son afectados los instrumentos mismos de comprensión en el período en que se van gestando y articulando”.¹⁰⁵

Desde algunos planteamientos de la psicología se habla de la existencia de la salud mental y la concepción del funcionamiento adecuado de la mente, del desarrollo armónico y la capacidad del ser humano de lograr el bienestar como totalidad.

Desde esta perspectiva la salud mental se entiende como la capacidad de comprender, de discernir, de relacionarse, de ser lógico, de decidir. Este sujeto del que se habla en esta concepción se supone que es capaz de controlar sus actos, que esta guiado por el buen juicio, sin embargo las formas del malestar como los síntomas, los hechos sociales, la realidad histórica, cultural, política, nos demuestran que los acontecimientos humanos son contrarios al buen juicio y al bien común.

Por lo anterior podemos decir que se plantea un ideal de salud que es imposible cumplir, es necesario trabajar con la dimensión psíquica reconociendo la existencia de las pulsiones y las posibilidades que ofrece el ejercicio de la palabra

¹⁰³ Ibidem (17)

¹⁰⁴ Spilka, J. “Bases para una Psicopatología Psicoanalítica”. Buenos Aires: Kargieman. 1973

¹⁰⁵ Ibidem (19)

en el proceso individual y grupal, lo mismo que las producciones culturales que logren resignificar y mostrar salidas a la naturaleza pulsional humana, acciones dirigidas a favor de cada cultura (complejo entramado de acciones, ideas, emociones, hábitos, creencias y valores conservados, transmitidos y reestructurados en el proceso histórico del grupo social).

Por tanto, de acuerdo a la forma en que el hombre percibe, interpreta y vive cotidianamente, cada sociedad ha elaborado diferentes conceptos de salud, enfermedad y su respectivas formas de aliviarla, así como acciones para su prevención y fomento de la salud.¹⁰⁶

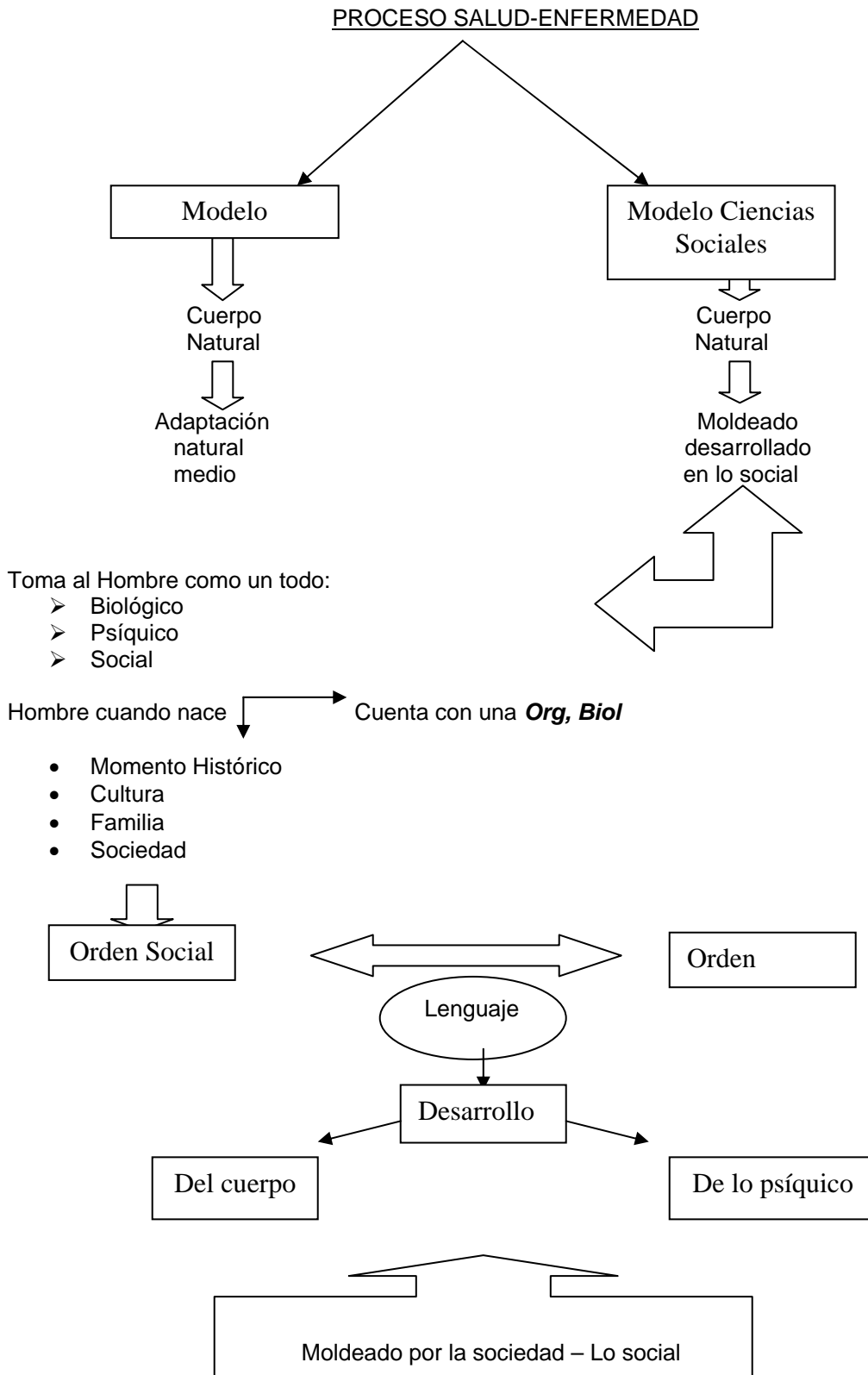
El psicoanálisis no tiende a ninguna cura suprimiendo, ni cortando, ni agregando, ni inhibiendo, ni estimulando; en eso se diferencia de cualquier actividad médica y psiquiátrica; por lo que el ideal de curación es hacer conciente lo inconsciente como tarea esencial.

Los problemas que lleva el analizado con el analista no es nunca el verdadero problema, es siempre de carácter ideológico ya que la persona se reconoce y al mismo tiempo se desconoce. En psicoanálisis no se sabe si el paciente está realmente enfermo de eso que dice o si está enfermo de algo que se anuncia de un modo determinado pero cuyo “real sentido aun no se descubre, por lo que en realidad se está enfermo cuando no se sabe de qué está enfermo”,¹⁰⁷ y su cura está en descubrir su enfermedad.

¹⁰⁶ Moreno-Altamirano, L. “Reflexiones sobre el Trayecto Salud-Padecimiento-Enfermedad-Atención: Una Mirada Socioantropológica”. *Salud Publica México* 49(1). 2007

¹⁰⁷ Paz, J. R. *Psicopatología. Sus Fundamentos Dinámicos*. Buenos Aires: Nueva Visión. 2004

2.2.1 Acerca del proceso salud-enfermedad



2.2.2 La especificidad de lo social

El aumento del consumo de drogas, de alcohol, de psicofármacos, la violencia familiar y el maltrato infantil, los accidentes de autos y las enfermedades cardíacas (las dos principales causas de muerte en el medio urbano, junto con el cáncer), son indicadores de la profundidad del malestar en nuestra cultura actual. Si Freud en 1930, tomaba como síntoma del malestar la hostilidad de los sujetos contra la cultura, la realidad de fin de siglo nos impone otros objetos de reflexión. Cabe preguntarse por la magnitud de las conductas autodestructivas, por la difusión de una necesidad imperiosa de cortar camino y precipitarse en manos de los "alabarderos de la muerte", por sus determinantes inter e intrasubjetivas. La sociedad, la cultura, las clases sociales, las instituciones, son productoras de subjetividad y por lo tanto, su acción produce efectos en los sujetos. La desestimación del sentir, a través de la ingesta de alcohol, es el correlato de sentirse desestimado de la mente ajena, o de un universo simbólico. Pero la política económica dominante, a nivel nacional y mundial, los llamados procesos de globalización y ajuste, se llevan a cabo sobre la exclusión radical de amplios sectores de la población, que son abandonados a su suerte. La caída del "estado benefactor", o sea la eliminación de planes de asistencia social y salud pública, es una de las vías más eficaces para lograr el objetivo de redistribuir el ingreso en beneficio de las minorías. Igualmente, el medio más directo de lograrlo es la expulsión de fuerza de trabajo del mercado laboral, que salvo excepciones tiene escasas o nulas posibilidades de reinserción. Es por ello, que el proceso salud enfermedad esta inmerso y también impregnado de lo social, de lo histórico de cada sujeto en el mundo en donde vive.

Dada su complejidad, el proceso de salud - enfermedad presenta dificultades para su comprensión y análisis. Históricamente se conocen varios modelos que intentan desde diferentes perspectivas dar cuenta del fenómeno salud – enfermedad. El modelo biologista, por ejemplo, hace abstracción de los aspectos psíquicos y del entorno social. La etiología de la enfermedad resulta

inexplicable, limitándose a hacer una descripción de sus características. Parte de la idea de un “cuerpo natural”. Cuerpo que se adapta “naturalmente” al medio. Si no se adapta, aparecerán las disfunciones sobre aquel cuerpo “sano” y por supuesto, enfermará.

El hombre, en el modelo biológico, es considerado un cuerpo enfermo sobre el cual actúan exclusivamente procesos físicos – químicos o biológicos. Es explicado a través del ejercicio de la medicina, la cual se basa en un conocimiento científico y tecnológico irrefutable, en donde la búsqueda de indicadores objetivos permiten la elaboración de un concepto salud enfermedad lo más científico posible, por lo que el análisis crítico y reflexivo, se da en raras ocasiones.¹⁰⁸

La salud-enfermedad es la respuesta a la presencia activa de agentes externos. Constituye un fenómeno dependiente de un agente biológico causal y de la respuesta del individuo, donde se busca el agente patógeno ó el factor causal de cada enfermedad. Este modelo permite la investigación de medidas de control y de fármacos con el objetivo de revolucionar el tratamiento individual del enfermo. La enfermedad es vista como proceso fisiopatológico y objetivo, ya que surge la alteración o disfunción de órganos o sistemas.^{109 110}

En estos casos, la única intervención posible es la del médico, quien explica de manera sistemática los fenómenos que se desprenden de la realidad, lo cual da origen a la homogeneización del saber^{111 112}; por lo que el paciente es considerado como simple objeto de aplicación de procedimientos.

En la segunda mitad del siglo XIX se fundamenta y apuntala este enfoque, el cual persiste en la medicina occidental. Con el desarrollo de la microbiología se

¹⁰⁸ Arredondo, A. “Análisis y Reflexión sobre Modelos Teóricos del Proceso Salud-Enfermedad”. Revista de Salud Pública, Rio de Janeiro 8(3). 1992.

¹⁰⁹ Kleinman A. “Patients and Healers in the Context of Culture”. Berkeley: University Press.1980

¹¹⁰ Susser M. “Causal Thinking in the Health Science”. Nueva York: Oxford University Press.1973

¹¹¹ Palomino, et al. “Intervención Hospitalaria: Una Aproximación desde la Psicología Social de la Salud”. Revista Electrónica de Psicología Iztacala Vol. 6 No. 3. 2003

¹¹² Villaseñor, Bayardo, et al. “La Cultura y las Enfermedades Mentales”. Mitos y Realidades de la Psiquiatría. Num 30. 2003

hace irresistible este modelo, ya que los investigadores se dan a la búsqueda del agente patógeno, productor de cada enfermedad y se establece una unidad entre “la causa” y la bacteria. A finales del siglo XX y principios del XXI, cuando las aportaciones de la biología molecular pretende explicar las causas de la enfermedad por la constitución genética de los seres humanos.¹¹³

Esta teoría aísla al hombre de su contexto social y lo somete a un papel pasivo y subordinado. En este sentido los estudios sobre la salud realizados en el campo de las ciencias sociales han permitido encontrar relaciones causales en los problemas de salud, los cuales van más allá de las determinaciones biológicas.

Las ciencias sociales tienen como supuestos teóricos una concepción más amplia del hombre, lo que da lugar a un examen de la estructura psíquica y social del individuo. Esta mayor amplitud abre el camino para considerar la vida del hombre en su totalidad, o sea su salud y sus fenómenos adyacentes, y no desde un enfoque puramente biológico donde la persona se enferma fundamentalmente debido a disfunciones de origen orgánico¹¹⁴ Sólo si se considera al hombre como una totalidad puede plantearse que posee una estructura biopsicosocial, esto es una naturaleza biológica, que lo dota de un organismo con alcances y limitaciones cuyas dimensiones se expresan de acuerdo con la relación establecida por el individuo con su cuerpo y su medio social, en el mundo cultural, en el cual se encuentra inmerso.

Dicha relación se desarrolla en la estructura social, en el mundo cultural, en el cual se encuentra inmerso. Específicamente la relación del orden de lo social con lo natural se va a establecer en el hombre a través del lenguaje. Pero un lenguaje que tiene cierta diferencia, ya que la especificidad del mismo respecto de otras formas naturales de comunicación, está en que sus elementos constitutivos

¹¹³ Moreno-Altamirano, L. “Reflexiones sobre el Trayecto Salud-Padecimiento-Enfermedad-Atención: Una Mirada Socio-antropológica”. Salud Publica México 49(1). 2005

¹¹⁴ Infante N.B.de y Alvarez L. “Los procesos de trabajo y de salud-enfermedad: una relación dialéctica” Rev Educ. Medic. Y Salud N° 21 (2)92 1987

son representaciones, creaciones intelectivas a partir de dichas relaciones y no solamente fenómenos psico-fisiológicos.¹¹⁵

Es claro empíricamente, el reconocimiento del hombre como organismo fisiológico es algo inevitable en su estudio como ser integral, pero este reconocimiento debe partir del supuesto de que el organismo está necesariamente articulado a una estructura social que le da sentido a su existencia. El hombre nace en un determinado momento histórico y social, en una determinada cultura, incluso en el seno de una familia que estará atravesada no solo por su propia historia sino también por el presente que les toca vivir. Entonces esa organización biológica, natural, estará articulada con lo que llamamos el orden de lo social.

En este sentido, el hombre no tendría entorno o medio ambiente, como se dice desde la ecología, sino mundo construido, de tal forma que sería exigible dar cuenta de este proceso de construcción específica cuando estamos frente a fenómenos humanos como la salud y la enfermedad y no simplemente derivar explicaciones de una supuesta adaptación natural al medio.¹¹⁶

Esta relación con el otro, con el mundo, mediatizada por el lenguaje, permitirá la conformación de la estructura psíquica del recién nacido, como así también un determinado desarrollo de lo orgánico.

Como ser social el hombre es una creación histórica, y se comprende en los términos en que desempeña un papel y que lo incorpora. Ese papel está dado por el tipo de institución social en que nace o madura como adulto. Su memoria, sentido del tiempo y el espacio; percepción, motivaciones, concepción de sí mismo y sus funciones psicológicas están moldeadas y dirigidas por la configuración específica de situaciones que incorpora de su sociedad.

¹¹⁵ Quevedo E. Y Hernández M. : “La Articulación del Conocimiento Básico Biológico y Social en la Formación del Profesional de la Salud: Una Mirada desde la Historia” Rev. Educ. Medic.- y salud. 1990

¹¹⁶ Infante N.B.de y Alvarez L. “Los procesos de trabajo y de salud-enfermedad: una relación dialéctica” Rev Educ. Medic. Y Salud N° 21 (2)92 1987

Considerar al hombre como una relación social implica reconocer que el individuo se experimenta en sí mismo como tal, pero no directamente, sino a través de los demás, es decir, desde el punto de vista particular de los otros miembros de la sociedad.

Las ciencias sociales permiten una visión del hombre como un todo, como una unidad donde no existen separaciones entre lo psíquico, lo biológico y lo social. Aquí, el fenómeno es una unidad estructurada en la cual se presenta un proceso contradictorio en el que aparecen efectos correspondientes vitales de la persona en particular, entendiéndose a la persona en sentido riguroso de la palabra.¹¹⁷

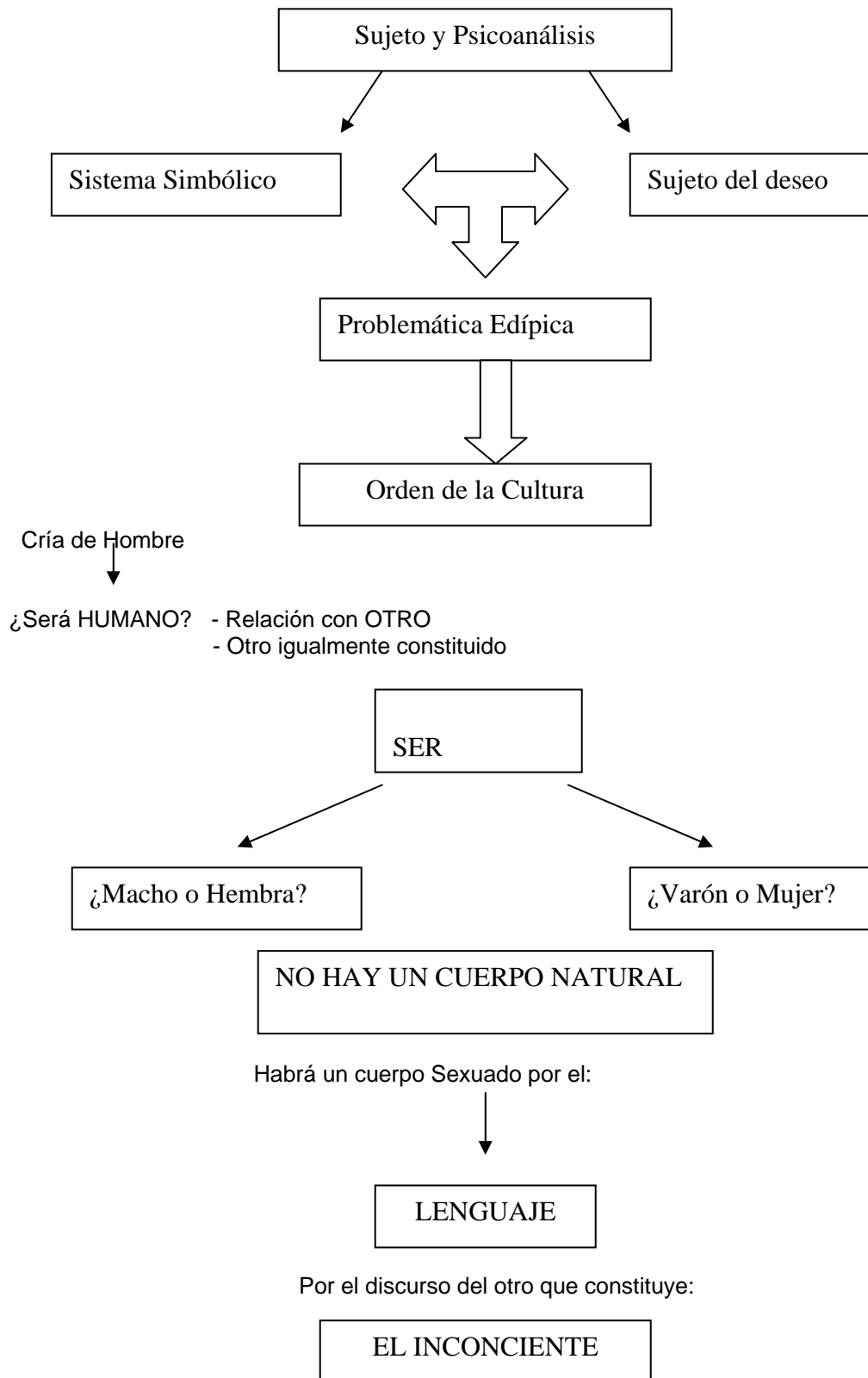
En este proceso de interacción, el individuo se desempeña en diversas situaciones que lo identifican y lo ubican socialmente.

Si se concibe la estructura social como un conjunto de desempeños se debe aceptar la existencia de grupos o de instituciones sociales que les dan sentido a esos desempeños.

Si bien es innegable la interacción entre el orden natural y el orden social, es necesario imaginar cierta especificidad del orden social en tanto que construcción histórica. Por otra, cuando se afirma que el hombre es un ser social, estamos afirmando que es un ser en relaciones específicas con la naturaleza (trabajo, transformación) y con los hombres (lenguaje, interacción), donde unas y otras se diferencian de las ocurridas entre los demás seres vivos.

¹¹⁷ Mead G. "Espíritu, persona y sociedad" Ed. Paidós. Bs. As. 1971

2. 3 La postura del psicoanálisis



2. 3. 1. Noción de cuerpo

Desde que un ser humano nace, es separado del cuerpo de la madre y, cuando se desteta al niño se desprende del pecho de su progenitora. Sin embargo cuando se habla de castración puede decirse que se sufre una fisura y es de ahí de donde se desprende el problema del cuerpo. Por tanto, ¿cómo concebir al cuerpo? Pareciera que la sociedad lo ve como algo simple: se ve, se toca y es concreto. Se sabe la funcionalidad general sin necesidad de ir a una escuela de medicina. Así mismo desde que comienzan a verse cambios en el cuerpo surge la curiosidad de cómo está organizado el mismo.¹¹⁸

No obstante aunque los más curiosos y sabios se interesan por adquirir detalles del funcionamiento del cuerpo con mayor precisión, el grado de saber no modifica demasiado el concepto, ya que el funcionamiento del cuerpo tiene un nombre: “vivir”. Más con el solo hecho de pronunciar la vida surge “el horizonte de la muerte”, a pesar de que se le conciba como una detención del funcionamiento, más no deja de estar presente el displacer y la angustia cuando esto se presenta. Esto último conduce a la reflexión del misterio de la vida y el horror de la muerte, ya que de repente se deshabita y se convierte en esqueleto quedando despojado con el objetivo de ser estudiado.¹¹⁹

Es así que surge una inquietante extrañeza de nuestro propio cuerpo, que poco a poco se convierte en un espacio personal que pone al ser humano en contacto con su vida psíquica (alma, espíritu).¹²⁰

Ante esto cabría preguntarse: ¿Es el cuerpo anatomofisiológico el que interesa al psicoanálisis? Sí, pero en relación con el cuerpo de placer, es decir, “el conjunto de los lugares en los que puede producirse (órganos)”. Ante esto, “el cuerpo es considerado como un aparato que funciona de acuerdo con los

¹¹⁸ Mead G. “Espíritu, persona y sociedad” Ed. Paidós. Bs. As. 1971

¹¹⁹ Leclaire, S. “Desenmascarar lo Real”. Buenos Aires: Paidós. 1982.

¹²⁰ Ibidem (34)

principios de la termodinámica, tendiente siempre a establecer un nivel de tensión interna lo más baja posible”, más no hay que descartar que podía presentarse el dolor en donde el grito reemplaza a la palabra.¹²¹

El cuerpo es el campo en el que se enfrentan los objetivos tan inconciliables como la realización del placer y la conservación de la vida. Es el campo en el que el orden muestra ser poco claro. Como conclusión puede decirse que es “conjunto de lugares en los que el orden se presenta como conflictivo. En él, el lugar se revela como lo que es, el encuentro o la coincidencia de fuerzas antinómicas”.¹²²

2. 3. 2 Noción de sujeto

Desde que el hombre es hombre, ha ido apareciendo la pregunta por lo que somos. Las respuestas han aparecido desde las distintas corrientes filosóficas, desde la religión y también desde las Ciencias Sociales. Vamos a tomar lo planteado por esta última partiendo de que es lo que entendemos por “sujeto”.

Por un lado, toda la tradición que describe a la llamada Filosofía del Cogito y por otro lado la conceptualización de las Ciencias Sociales (Psicoanálisis, lingüística, antropología).

Siguiendo la Filosofía del Cogito, retomamos la frase del pensador francés René Descartes (1596-1650) "cogito ergo sum" (pienso, luego existo), nos enfrentamos aquí con un sujeto conformado desde siempre, dado de entrada autosuficiente, dueño de sí, sujeto- individuo, que no necesita de otro para existir. Este sujeto individuo aparece siempre como idéntico a sí mismo, indivisible. Es una entidad natural.

¹²¹ Valas, P. “El cuerpo en la biología, medicina y psicoanálisis”. Vectores Especial Psicosomática. 1988

¹²² Ibidem (36)

La posición de la cual parte Lacan para revocar el planteamiento cartesiano se encuentra sustentado en el mismo elemento, a saber, el pensamiento. Desde Freud se plantea que el material inconsciente, no es otra cosa que pensamientos a los que se les impide el acceso a la conciencia, mientras el planteamiento cartesiano no es otra cosa que la acción de pensar (pienso luego existo), al igual que el planteamiento antropológico, en su incesante búsqueda por la esencia humana, se convierte en un ejercicio de pensamiento; ejercicio que delata, esa llamada duda, la cual plantea Lacan:

Hay pensamientos en ese campo de allende a la conciencia, y no hay modo alguno de representar esos pensamientos que no sea mediante la misma homología de determinación en que el sujeto del yo pienso se encuentra respecto a la articulación del yo dudo.¹²³

Es una duda la que se inserta en el planteamiento antropológico, ¿Cómo acceder al saber de lo esencialmente humano? Y ¿Cuál es ese saber?, son interrogantes que vuelven inestable al planteamiento, por que no se concretan respuestas, por que se plantean posibilidades inalcanzables, por que no hay forma de dar una respuesta concreta, por que en lo que al hombre respecta sólo tenemos certezas y enunciar una verdad nos pondría en el lugar de Descartes, en el lugar de la duda, por que con el hombre no hay verdad, hay certeza y si tenemos la certeza de que lo inconsciente esta allí para hacernos dudar, entonces, sabremos que en cualquier momento surgirá. Y surgirá para hacernos dudar, como cuando el antropólogo enuncia un método general para el acceso a la esencia humana y termina por dejar la responsabilidad de dicho conocimiento a la particularidad de la persona, dudando de que el acceso a dicho conocimiento sea accesible a todo sujeto.¹²⁴

Para comprender los conceptos freudianos se debe partir de este fundamento: el sujeto es llamado –el sujeto de origen cartesiano- Este fundamento le brinda su verdadera función a lo denominado en análisis; rememoración. La

¹²³ Lacan, J. “Seminario 11. Los cuatro conceptos fundamentales”. Sesión 4. De la red de significantes. Obras completas de Lacan en C.D, 1964.

¹²⁴ Sánchez Frías Salvador. Tesis de Maestría “La esencialidad humana, un asunto del saber para el psicoanálisis.” 2007. Pág. 87, UAQ.

rememoración no es la reminiscencia platónica, no es el regreso de una forma, de una huella; de un eidos de belleza y de bien, que nos llega del más allá, de una verdad suprema. Es algo proveniente de las necesidades de estructura, de algo humilde, nacido a nivel de los encuentros más bajos y de toda la barahúnda pedante que nos precede, de la estructura del significante, de las lenguas habladas de manera balbuceante, trastabillante, pero que no puede escapar a exigencias cuyo eco, modelo, estilo, encontramos en nuestros días.¹²⁵

El debate de la esencia humana, es un debate con respecto al saber, al saber del sujeto; para la antropología le es suficiente con saber que el sujeto sabe; para el psicoanálisis, eso no basta. (Sánchez Frías Salvador).¹²⁶

Porque si bastara con saber que el sujeto sabe, entonces los postulados antropológicos no incurrirían en postular que lo complicado del saber esencial del hombre radica en el análisis del saber conciente, la postura antropológica es paradójica, la complejidad del saber es el hecho mismo de que uno sabe, y es acertado, porque lo que uno sabe puede ser que la conciencia no lo sepa. (Sánchez Frías Salvador). Lacan, al respecto y refiriéndose a Descartes dice:

El saber, a partir de Descartes, es lo que puede servir para acrecentar el saber. Esto no es otra cuestión que la de la verdad. El sujeto es lo que hace falta al saber. El saber, en su presencia, en su masa, en su acrecentamiento propio es regulado por otras leyes que las de la intuición, es regulado por las del juego simbólico y de una estrecha copulación del número con un real, que es ante todo, lo real de un saber. He allí aquello que se trata de analizar para dar el estatuto verdadero de lo que de ello es del sujeto, en el tiempo histórico de la ciencia. Lo mismo que toda la psicología moderna está hecha para explicar como un ser humano puede conducirse en la estructura capitalista, lo mismo que el verdadero nervio de la búsqueda sobre la identidad del sujeto es saber como un sujeto se sostiene delante de la acumulación del saber. Esto es precisamente el estado extremo que el descubrimiento de Freud trastorna, descubrimiento que quiere decir y que dice que hay un pensamiento que es saber sin el saber. Que el lazo está descuartizado, pero que al mismo tiempo báscula de esa relación del yo pienso al yo soy.¹²⁷

¹²⁵ Lacan, J. "Seminario 11. Los cuatro conceptos fundamentales". Sesión 4. De la red de significantes. Obras completas de Lacan en C.D, 1964.

¹²⁶ Sánchez Frías Salvador. Tesis de Maestría "La esencialidad humana, un asunto del saber para el psicoanálisis." 2007. Pág. 87, UAQ.

¹²⁷ Lacan, J. "Seminario 12. Problemas cruciales para el psicoanálisis". Sesión 12. Obras completas de Lacan en C.D, 1965.

Entonces, ¿hasta que punto podrá hablarse de individuo? En la concepción biologista y mientras el sujeto sea pensado como "natural" se podrá decir: será individuo mientras haya vida, mientras haya organización de la materia viva; pero tal organización no es suficiente para explicar el "sujeto humano". También los animales y los vegetales y aún los seres unicelulares, presentan una determinada organización biológica.

El psicoanálisis se encarga del sujeto, sujeto que no debe confundirse con el individuo (que fue una de las maneras que utilizó la psicología para objetivar su estudio y poder ser científico): "Con Freud irrumpe una nueva perspectiva que revoluciona el estudio de la subjetividad y muestra, precisamente, que el sujeto no se confunde con el individuo".¹²⁸

El psicoanálisis al decir que el sujeto no puede equipararse al individuo, trata de decir que el individuo ni otra entidad pueden agotar al sujeto, es un sistema abierto y en proceso como dice González Rey:

"Considero la subjetividad como el sistema de significaciones y sentidos subjetivos en que se organiza la vida psíquica del sujeto y la sociedad, por lo tanto, la subjetividad no es una organización intra-psíquica que se agota en el individuo, sino, un sistema abierto y en proceso que se caracteriza también la constitución de los procesos sociales".¹²⁹

Al ser el sujeto del psicoanálisis, un sujeto dividido por aquello que dice y que sabe, saber que es inconsciente, coloca al sujeto como un ser en falta: "El inconsciente es algo que habla en el sujeto, más allá del sujeto, e incluso cuando el sujeto no lo sabe, y que dice más de lo que supone". Lacan representa esta división Subjetiva con la botella de Klein, un toro o una banda de Moebius, todas superficies topológicas que se caracterizan por sus cortes que muestran no tener ni derecho ni revés: "Este atravesamiento de la banda sin derecho ni revés nos permite dar una figuración suficiente del sujeto como dividido. Este atravesamiento

¹²⁸ Lacan, Jacques. Seminario 2. "El yo en la teoría de Freud y en la teoría psicoanalítica". Buenos Aires. Paidós. 1983

¹²⁹ González Rey, Fernando. Investigación Cualitativa en psicología. Thomson Editores. México 2000.

da, precisamente, la división del sujeto mismo en el centro, en el corazón del sujeto".¹³⁰

Entonces, se deberá dar un salto y abandonar la posición de que el individuo es solo un cuerpo biológico, habrá sujeto en tanto haya alguien que lo nombre, en tanto le asigne un lugar en la diferencia de los sexos y en la sucesión de las generaciones, al mismo tiempo que en la estructuración social.

Vemos así que el sujeto no es "lo dado de entrada", naturalmente, sino que está antecedido por algo, por alguien que lo nombra.

Entramos aquí en esa otra conceptualización de "lo humano" que abren las ciencias sociales. Desde distintas áreas de trabajo científico se piensa el sujeto como efecto de estructuras anteriores a (y fundantes de) su existencia.

Estructuras que tienen formas de prácticas discursivas, de discursos. Lo que constituye al sujeto, aquello que lo pre-existe para moldearlo, son estructuras organizadas según el modelo de un lenguaje. Esa matriz discursiva, ese campo organizado, es la cultura. Allí y sólo allí, puede advenir un sujeto humano.

Desde el Psicoanálisis, podemos añadir, que el sujeto se caracteriza desde el punto de vista de las leyes del lenguaje. La primera inscripción del sujeto se hace en relación a un sistema simbólico que lo antecede y que lo condiciona desde antes de su nacimiento. Aquí se introduce toda la perspectiva de la situación Edípica como estructura simbólica determinante o condicionante en relación al sujeto. Sujeto sujetado a ciertas normas en Psicoanálisis (conflictiva edípica, leyes del incesto) por la que pasamos a ser parte de la cultura.

Desde antes de nacer ,desde antes de ser concebido "biológicamente",el futuro sujeto ya tiene asignado un lugar que luego deberá ocupar, es decir,

¹³⁰ Lacan, Jacques. Seminario 12. Problemas cruciales para el psicoanálisis. Clase del 10 de marzo de 1965. Fichas de La E.F.B.A.

deberá convertirse en el sujeto que ya era anticipadamente en el deseo de quienes lo engendraron. Incluso su futuro nombre propio es lo menos propio, es algo que antes que él ya otros lo eligieron, el nombre ya lo estaba esperando.

El futuro hijo concentra los proyectos y las proyecciones de sus padres. La elección del nombre, es mas frecuente vivida por los padres como un regalo personal destinado a su hijo. Es transmisor de sueños, de temores, de imágenes y de sentidos como un mensaje lleno de símbolos que el niño podrá algún día descifrar. En fin, en el momento de la presentación al mundo, los parecidos otorgados por tal o cual de sus ascendentes o colaterales restituyen al niño en la cadena de las generaciones y le designan su filiación. Sexo, nombre, apellido, filiación, es así como se inicia, cuando las cosas suceden lo mejor posible, la construcción de la identidad. La pregunta “¿Quién soy?” introduce lo que no se es (el otro sexo), como se llama uno, quien lo reconoce entre los suyos y cuáles son nuestros progenitores. En el instante mismo del nacimiento, damos al hijo lo principal: los fundamentos de su identidad. El niño recibe, percibe todo al momento y con una sorprendente viveza. Necesitará después de años para aclararlo, interrogarlo, comprenderlo intelectualmente y hablar de ello. Es en parte lo que se llama inconsciente.¹³¹

Eso es del orden de la cultura, el orden de la humanización: una compleja trama discursiva que nos espera, en la que nos conformamos como sujetos.

Por todo esto puede decirse que el sujeto no tiene nada que ver con "lo dado de entrada". La "entrada al mundo " de esa "cría de hombre" no tiene nada de natural, nada de instintivo, como nos lo indica el hecho de que haya adopción (asunción simbólica de una paternidad a través de un trámite legal) o filicidio desprendimiento de esa cría en forma de aborto, o en cualquier otra forma posterior al nacimiento, crimen, abandono, cesión, circunstancias imposibles en el

¹³¹ Giampino, S. “¿Son culpables las madres que trabajan?”. Ed. Siglo XXI, México. 2002

reino natural. Esa "entrada al mundo" que será siempre, y necesariamente, mundo humano (orden de la cultura), se hará entonces, en tanto haya otro que lo nombre.

No se trata de un Sujeto de conocimiento, sino de un Sujeto de deseo, sujetado al deseo. Es en este orden del deseo en donde los otros, ese sistema de relaciones familiares que se organiza en lo que llamamos discurso, tendrá un papel fundamental y fundante en la constitución del sujeto, el que ya no es centro, sino que está determinado por ese orden simbólico que está más allá de él y lo determina.¹³²

Entonces como venimos diciendo, para que haya sujeto, tiene que haber otro, en tanto sujeto, igualmente constituido, y que otorgue un nombre, "es preciso que otro te nombre". Y en tanto entren al lenguaje, ingresan al mundo humano: hijo de, hermano de, alguna vez padre de...

A través de ese nombramiento (desde el campo del lenguaje) se abre un mundo de humanización, donde la "cría" de hombre vendrá a insertarse, y en ese mundo será alguien sexuado, varón o mujer, con un nombre propio.

Su mismo cuerpo (soporte material sin el cual no podría haber sujeto) tampoco es tan natural como aparentemente podría parecer. El hecho de que un sujeto sea, antes que nada sujeto sexuado (lo cual remitiría a una organización "natural" biológica) nos pone ante un enigma: si la sexualidad fuese algo natural, ¿cómo explicar que sea, de hecho, punto conflictivo de la humanidad? No es el sujeto un ser natural con forma de macho o hembra, sino, un producto de discurso que en esa larga marcha de su constitución puede llegar a ser, algún día, pero no necesariamente, "como papá", es decir un sujeto masculino, que tiene una mujer o "como mamá" sujeto femenino que tiene un esposo. Pero nada hay que garantice todo eso. El cuerpo, ese soporte supuestamente natural, está antes que nada, atravesado y organizado por el orden humano. No hay duda que hay cuerpo, que hay carne, pero ese cuerpo está organizado, nombrado. Prueba de

¹³² Nasio. J. "Enseñanza de siete conceptos cruciales del Psicoanálisis". Ed. Gedisa, Barcelona. 2000

ello son las "desorganizaciones", los trastornos corporales, que la biología (ciencia de lo natural) no puede conceptualizar, tales como, trastornos que "no tienen causa orgánica": mareos, taquicardia, jaquecas, parálisis, y a veces embarazos histéricos, catalepsias o como algunas de las llamadas afecciones psicosomáticas tales como asma, úlceras, síntomas dermatológicos, etc. Si el cuerpo fuese tan natural: ¿cómo sería posible que alguien goce con el dolor físico- sadismo, masoquismo?¹³³

2. 3. 3 Sujeto y palabra

Respecto al lenguaje, que así mismo es producto de cada sociedad, subyace a todo pensamiento, cargado de imágenes matizadas por emociones y experiencias. No puede haber pensamiento sin afectividad; son las palabras, gestos, movimientos, indumentaria, tiempo y espacio, lo que adquiere un significado que permite construir la realidad.¹³⁴

Diremos aquí que el concepto de lenguaje (tal como nos viene de la lingüística) nada tiene que ver con la idea de un instrumento con la que los humanos nos comunicamos. Más bien debe entenderse como un sistema de reglas que organizan un campo, que abre y recorta algo. Ese campo es, por así decirlo, un orden que se desvía de la naturaleza. Las reglas o leyes que legislan lo humano son culturales, entonces la naturaleza del ser humano, consiste en no ser "una criatura natural" (al modo de las plantas o de los animales), su naturaleza estriba en ser un producto de la cultura: sujeto del lenguaje, sujeto del inconsciente, sujeto de la ideología. Podría decirse sujeto sujetado, sujeto sujetado a todos esos órdenes previos a su existencia individual y concreta.¹³⁵

El niño al identificarse con la ley se sujeta, se somete a la sociedad y a la ideología dominante, reprime el cumplimiento de su deseo y desarrolla - en

¹³³ Arrivé, M. "El lenguaje y psicoanálisis, lingüística e inconsciente". México, Ed. Siglo XXI. 2004.

¹³⁴ Moreno-Altamirano, L. Reflexiones sobre el Trayecto Salud-Padecimiento-Enfermedad-Atención: Una Mirada Socioantropológica. Salud Publica México 49(1) 2007

¹³⁵ Ibidem (48)

función de su particular historia - modalidades de relación con la autoridad, con el poder, con el trabajo, con el placer, con el saber, con la violencia, etc. Entonces decimos que la subjetividad es necesariamente sofocada por el sujetamiento del sujeto al sistema social, al trabajo, al sistema de la educación.

Es por eso que para Freud la realidad del sujeto está en el inconsciente y en el inconsciente lo que habla es el discurso del Otro. Discurso es introducido por el registro del lenguaje, por la función del símbolo. Donde queda atrapado no sólo un sujeto, sino toda una familia.

Entonces, decíamos que el sujeto está determinado por las leyes del inconsciente, del lenguaje, que no son creadas por el mismo. Pero debe funcionar en relación a estas leyes que lo constituyen, por tanto, no es dueño ni de sus pensamientos, ni de sus actos, sino emisor de los mismos.

Es en el síntoma en donde el saber inconsciente y el goce se juntan llegando a constituir una triada: síntoma, saber y goce; por lo que la experiencia analítica se encarga de que el paciente dice y no sabe lo que dice, se da una especie de balbuceo, tartamudez, de duda, en que la palabra falla. Es así que cuando la palabra falla aparece el goce.¹³⁶

En relación al síntoma se presenta con dos caras: 1) la cara signo: él sufre, algo le pasa, algo nuevo ocurre, lo interpreta y coloca al analista en el lugar del Otro del síntoma, es lo que interpreta cada sujeto y 2) la cara significante: cuando ocurre el síntoma o algún acontecimiento por primera vez es indudable que vuelva a surgir y es significante porque se dice sin saber lo que dice.¹³⁷

Como contenido del goce se encuentra el placer, ya que el placer es la disminución de la tensión. El placer es atemperar la tensión y, justamente, aquello que atempera la tensión es lo que pone una barrera al goce. El placer es bajar la

¹³⁶ Nasio, J. D. "El Magnífico Niño del Psicoanálisis". España: Gedisa. 1986

¹³⁷ Ibidem (50)

tensión; el goce es la máxima tensión, es el punto máximo en que el cuerpo es puesto prueba –sentir dolor- es decir, el tipo de goce que se opone al placer.

El placer es la barrera del goce y el deseo es un deseo que se satisface parcialmente con objetos de placer, uno de ellos la fantasía, y otro, el síntoma.”El goce es la suposición de la satisfacción absoluta del deseo”.¹³⁸

Planteamiento que nos lleva a considerar la posición de Lacan respecto al goce, del cual construye una teoría, continente de tres instancias:

1) Goce-Otro como aquello que está al horizonte, como aquello que es lugar que uno rechaza, y al que se tiene prohibida la entrada porque uno habla, es la satisfacción supuestamente absoluta del deseo; 2) Goce parcial y 3) Goce propio relativo a la palabra, al acto, a la significación, es decir, aquello que viene cuando una palabra es dicha, pero dicha con todo, no una palabra cualquiera sino un apalabra que es mensaje, una palabra que porta, que es cargada.”¹³⁹

El sujeto que goza puede reconocer su placer más no el goce. Se goza cuando se pierde y nunca se sabe cuándo uno pierde. La condición que se necesita para gozar es el amor.

La diferencia entre el psicoanálisis y la ciencia respecto al síntoma y la idea de sujeto, es que el psicoanálisis considera que el sujeto es central, es la materia de su trabajo, mientras que la ciencia, el discurso de la ciencia, considera al sujeto como excluido. La ciencia rechaza al sujeto, es decir, no se pregunta qué pasa con el deseo del científico. En cuanto al síntoma, para el psicoanálisis es un significante, no remite a un sentido, sino al sin-sentido, mientras para la medicina, la ciencia, es un signo, ya que remite a una significación.

Para el abordaje del síntoma, en psicoanálisis, se requiere de un analista, uno que pueda situarse desde el deseo, pero desde el deseo del analista.

¹³⁸ Ibidem (50)

¹³⁹ Nasio, J. D. “El Magnífico Niño del Psicoanálisis”. España: Gedisa. 1986

Respecto a este deseo, se puede convertir en una interpretación del inconsciente, el cual está estructurado como un lenguaje porque “los efectos del inconsciente se manifiesta en la lengua, en el lenguaje hablado”. Es por ello que la lengua en la que el inconsciente es una lengua ligada al cuerpo, es decir, “al sentido”; cuando se da sentido a las cosas es porque está el cuerpo de por medio; uno le da el sentido en función de su cuerpo; es el carácter imaginario del cuerpo; el cuerpo, la imagen del cuerpo, es lo que sustenta al sentido. Ahora bien, toda interpretación de sentido es una interpretación que tiene que ver con el cuerpo. El conocimiento es dar sentido a través de la imagen del cuerpo. “Cuando el lenguaje incide sobre el cuerpo, algo del cuerpo se pierde, esto que se pierde es el objeto”.¹⁴⁰

En este sentido, cuando una persona ama a otra se ama a si misma, la persona amada es un cuerpo que prolonga el propio; la persona amada es un rasgo de otros, es un rasgo repetitivo, que me identifica. Mientras el cuerpo es un lugar en el que se goza, es el lugar del goce, es decir, “satisfacción y pena, goce es tensión excesiva, es perder, gastar.” En el momento en que se dice: “ya no soy” es porque existe una pérdida del cuerpo.

Pensar el cuerpo desde el psicoanálisis nos remite invariablemente a la importancia de la pulsión, la cual, desde sus características podemos decir que: “el objeto real es el agujero de esta”. “La pulsión es un mito, es un montaje de cuatro elementos heterogéneos: la fuerza, el fin, la fuente y el objeto. El mito de la pulsión es el mito de una actividad, de una acción, de un movimiento de ida y vuelta”.¹⁴¹

El objeto de la pulsión, separado del campo del Otro perdido para el sujeto, es, en definitiva, un agujero, un lugar vacío que sin embargo los junta, madre e hijo. Así “el objeto de la pulsión oral es el seno, pero cuando el seno o lo que habitualmente se llama seno ya no está”. La historia pulsional del sujeto se compone de una serie de inscripciones que cortan y desgarran al cuerpo; y cada

¹⁴⁰ Ibidem (53)

¹⁴¹ Nasio, J. D. “El Magnífico Niño del Psicoanálisis”. España: Gedisa. 1986

jirón perdido es como una muerte parcial y localizada que remite, en su fondo, a la pulsión de muerte. Coexisten así dos aspectos diferentes e inseparables: el corte o inscripción significativa y el agujero real.¹⁴²

Decir que todo el cuerpo es pulsión es un supuesto que la teoría analítica designa con el nombre de goce, que desde esta óptica, cada uno de los objetos perdidos remite, en su parcialidad, a ese goce mítico e imposible del cuerpo todo erógeno.

La referencia del cuerpo como conjunto de imágenes parciales y no como una imagen total y sin fisura exige dos observaciones. Por un lado, el carácter unitario del cuerpo, de la imagen total del cuerpo, aun delante del espejo, nunca es aprehensible como tal, pues siempre falta algo; sin ir más lejos, la mirada, vehículo de la relación con la imagen, aun considerando el conjunto de la imagen, la imagen sigue siendo un conjunto de imágenes fragmentarias, algunas más desmembradas que otras y diferentemente significantes. Por otro lado, “si una referencia unitaria de la imagen del cuerpo es posible, más bien habría que relacionarla con el Otro simbólico y no con el espejo-; con la madre totalizante y no con la imagen especular del niño”.¹⁴³

Para que alguien pueda reconocerse como “yo” tiene que pasar por un determinado proceso, el cual implica una relación al otro, quién le va a permitirse situarse como otro, como un yo. Es un proceso de diferenciación pero a la vez de identificación con el otro, el “yo” es otro también porque se constituye a través de la imagen del semejante. No hay otra forma de constitución.

Si estamos pensando que un sujeto se constituye en un universo de lenguaje, ese lenguaje es un lenguaje que le viene de otro que lo habla, que

¹⁴² Ibidem (55)

¹⁴³ Nasio, J. D (1986). El Magnífico Niño del Psicoanálisis. España: Gedisa

penetra en él, lo constituye y bajo esas leyes del lenguaje se constituye un sujeto y su pensamiento. No obstante el sujeto tiene que poder hablar, y para poder hablar tiene que estar tomado por ese lenguaje.

Federico II, rey de Alemania, que reinó desde 1190, aproximadamente, hasta 1250, quiso saber qué lengua hablaría un niño a quien no se le hubiese enseñado ninguna lengua. ¿Hablaría acaso en hebreo, pues era la lengua más antigua? ¿griego? ¿latín? ¿árabe? ¿la lengua de sus padres? ¿alemán? Si esos niños hubiesen hablado espontáneamente el alemán, Federico II habría obtenido la prueba de que esa lengua estaba en el origen de todas las demás lenguas y que era superior a todas ellas. A tal fin, hizo criar unos cuarenta niños, separados de sus padres desde su nacimiento, en una institución en la cual las nodrizas recibieron como consigna la de «amamantar a los niños, bañarlos, lavarlos, pero no hablar con ellos de ninguna manera». No solamente no hablaban con los niños, sino que no debían tampoco hablar entre ellas, de suerte que esos niños no oyeron jamás el sonido de la voz humana; ni sonido, ni palabras, ni cantos. Además, tampoco acariciaban a esos niños, a los que solamente lavaban, les cambiaban los pañales, y luego los vestían en perfectas condiciones corporales. Federico II esperó en vano, y no pudo obtener ninguna respuesta a su curiosidad, pues no solamente ninguno de esos niños habló, sino que todos ellos murieron antes de cumplir ocho años. No se constituyeron en sujetos.¹⁴⁴

El sujeto no puede todo, se encuentra con determinaciones que lo exceden en su voluntad, pensamiento, intencionalidad, dice más de lo que quiere decir: ejemplo: los actos fallidos, olvidos, síntomas. Todo esto que aparece como un exceso en un manejo que alguien puede tener de su propio pensamiento o accionar, esta excedencia es lo inconsciente. Lacan dice que el inconsciente es esa porción del discurso que escapa a la disposición o control consciente del sujeto. Esto está marcando que en todos nosotros hay un punto de imposibilidad.

¹⁴⁴ http://es.wikipedia.org/wiki/Federico_I_Barbarroja

No podemos hacer todo lo que queremos tampoco somos dueño de todo lo que decimos.

2. 3. 4 Salud-enfermedad y su abordaje

De acuerdo con lo que hemos venido expresando, se puede afirmar que el hombre no es solamente un ser biológico, sino que es simultáneamente una estructura mental y un tejido social.

El Dr. Castellanos plantea que la descripción y explicación de la situación de la salud – enfermedad no es independiente de quién y desde cuál posición se describe y se explica. De ésta manera toda descripción y explicación es la de un actor social de una determinada situación. Esto constituye un aspecto central para comprender por qué determinadas concepciones predominan y cómo se modifican. El predominio de una forma de pensamiento no es sólo función de su mayor capacidad explicativa desde el punto de vista de quienes tienen el poder de hacer predominar sus proyectos. Sin embargo, dado el carácter heterogéneo de nuestras sociedades, sobre todo en circunstancias de poder compartido, la hegemonía de dichas ideas es también función de su potencialidad de dar respuesta a los fenómenos desde el punto de vista de otros actores sociales y demostrar superioridad en el plano tecnológico a otras formas de pensamientos.¹⁴⁵

Para Castellanos una situación de salud enfermedad, desde el punto de vista de un actor social contiene:

- Selección de problemas, fenómenos que afectan a grupos de población seleccionados
- Enumeración de hechos, que en su contenido y forma son asumidos como relevantes para describir los problemas seleccionados.

¹⁴⁵ Castellanos P:L. “Sobre el concepto de salud-enfermedad. Descripción y explicación de la situación de salud”. Boletín Epidemiológico. OPS. 10 (4).

- Explicación, es decir la identificación y percepción del complejo de relaciones entre los múltiples procesos en diferentes planos y espacios, en que se producen los problemas

La situación de salud de un determinado grupo de población, entonces, es un conjunto de problemas de salud, descritos y explicados desde la perspectiva de un actor social, es decir, de alguien que decide una conducta determinada en función de dicha sociedad.

Es común oír decir que al médico se le prepara para mirar. Y es cierto, ya que el descubrimiento de la anatomía patológica está íntimamente ligado a la apertura de un cadáver para poder “mirar adentro”.

En este sentido, en las instituciones médicas, es incuestionable el valor del “pasaje de sala”, donde el médico mira uno por uno a cada enfermo, ya que para el ojo avezado de él, la enfermedad se muestra.

También es cierto que hay otro momento en la intervención del médico con un paciente, que tiene que ver con el lenguaje, con la palabra, y ese es el momento del interrogatorio.

Interrogar sobre su enfermedad, tiene el sentido de poder nombrarla a partir de las sumatorias de las respuestas. La tos, el pulso, el color de la piel, la forma de respirar, indican la presencia de una determinada patología.

Para el médico la experiencia clínica representa un momento de equilibrio entre la mirada y el interrogatorio. El médico en su práctica, “escucha” a los órganos, “mira” los órganos.

En la medicina cuando se emplea la palabra síntoma, indica una relación ya establecida (pero no necesariamente) entre una señal y su respectivo agente etiológico. Al conjunto de señales correlativas de ese agente se denomina

síndrome, que significa cosas juntas en el mismo campo. Por lo tanto, “el síntoma en medicina es siempre señal de alguna enfermedad, pero nunca un sujeto”¹⁴⁶

Es por ello que en la práctica médica, el hablar de síntoma es una relación de causa-efecto, por lo que en las enfermedades subyace la idea de que se ha solucionado un porqué; por lo que actualmente se encuentran ecuaciones que corresponden a las diversas señales de los síntomas.

Ante esto es el modelo físico, el que impregna la medicina de una manera brutal para poderse convertir en un área de sistemas y/o de órganos, en la cual los únicos interesados son: médico y paciente, los cuales están sometidos a una estructura del saber –*orden médico*- en el que ambos desaparecen como sujetos para pasar a ser objetos, a lo sumo, robots al servicio de la ciencia, lo cual ha eliminado dimensiones sociales, humanas o humanitarias para dar lugar al refugio detrás de los raciocinios para esconder las angustias y utilizar la profesión médica como escudo.¹⁴⁷

El médico huye de sus problemas personales y de los pacientes ya que cada vez que tiene miedo de recibir una confidencia o de compartir un sufrimiento, sólo toma del paciente datos que le ayuden a formular el diagnóstico de una enfermedad, misma que es vista como una entidad aparte”. Es por ello que la medicina, solo informan profesionales más no forman médicos, lo que origina un cientificismo médico que a su vez es un síntoma grave dentro de la sociedad.

Si bien el médico se ha apoyado en las palabras del paciente para conocer sus síntomas, podemos reconocer que hay diferencias con la “escucha” de un psicoanalista. En este caso lo que ha ocurrido es que a través de las palabras del paciente el médico ha logrado transformarlas en signos y síntomas y a éstos en un

¹⁴⁶ Sofouan, M “Angustia, Síntoma, Inhibición”. Buenos Aires: Nueva Visión, 1988.

¹⁴⁷ Ibidem.

cuadro. Ha producido el pasaje del enfermo a la enfermedad, ha logrado que se produzca el acceso de lo individual a la conceptual universal.

Para el analista en cambio, la palabra no cobra su valor sino en el sin-sentido, en sus quiebres, que remiten ineludiblemente a las profundidades del psiquismo humano (ampliar la idea del sin-sentido, como lo que proviene del inconciente)

Apoyados en las conceptualizaciones del psicoanálisis, que formulan, que el aparato psíquico está estructurado como un lenguaje, trabajamos con la palabra del paciente pero inversamente a como lo hace el médico.

Partimos de lo explícito de su decir a lo implícito de su discurso. De la enfermedad, del síntoma como formación sustitutiva, hacia las determinaciones subjetivas individuales, que producen esa sustitución. Escuchamos como el inconsciente “habla”, quizás apoyándose en un órgano, en un “acting”, o en un “pasaje al acto”.

El analista ve al síntoma como su única psicopatología, que resulta necesario contener y encarar al hombre desde su totalidad física psíquica y social. El síntoma es esencial ya que pone en acción el descubrimiento del inconsciente en el que existe dos tipos de representaciones: 1) palabra y 2) cosa (huellas mnémicas más lejanas). No obstante deja de lado la represión como la causante del síntoma, el cual es el sustituto de la enfermedad, “la metáfora de ella o la enfermedad misma”.¹⁴⁸

Es por ello que el síntoma tiene un sentido subjetivo para el analista, ya que no lo considera como indicativo de enfermedad ni de las clasificaciones. El síntoma es un bien del y para el sujeto. Sólo se constituye porque no hay manera de que el sujeto sobreviviese frente a una representación insoportable. El síntoma

¹⁴⁸ Sofouan, M. “Angustia, Síntoma, Inhibición”. Buenos Aires: Nueva Visión, 1988.

es una salida de salud momentánea, precaria, pero la única que puede garantizar cierto orden del sujeto. El síntoma es luz para que el análisis sea posible ya que ocurre dentro de la significación de la persona. “El síntoma es siempre simbólico: es el resultado de la moción pulsional, interceptada por la represión”. Pero al mismo tiempo es la tentativa de solución de un conflicto, de una reconciliación.¹⁴⁹

Vamos a imaginarnos un suceso que nos permita analizar esa relación del médico con su práctica y con el paciente.

Un hecho inesperado quiebra la rutina de un sujeto. En ese instante, la planificación inmediata de su vida desaparece, ahora las necesidades son otras de las que tenía hace solo un momento. A ese momento lo solemos llamar accidente, crisis, síntoma agudo, etc. El sujeto se ha transformado ahora en paciente.

Quizás sea cargado en una ambulancia. Está inerte, es manipulado, los demás deciden por él. Se va transformando, va dejando de ser un sujeto para erigirse en un objeto.

Llega a una institución médica. A las caras nuevas que lo cargaron en la ambulancia se le agregan otras que no lo miran, por lo general, a los ojos, miran su cuerpo, lo tocan, escuchan sus “ruidos internos”. Las caras hablan entre ellas, entiende poco, casi nada.

Por la posición que tiene en la camilla en que lo han acostado, sólo ve la cara del camillero que lo empuja y la monotonía del techo de los pasillos que transitan hasta llegar a la sala de internación. En una puerta que atraviesan alcanza a leer “Terapia Intensiva”. Alrededor de la cama donde lo han ubicado hay muchos aparatos que desconoce. Además intuye que en las camas contiguas debe haber otras personas, pero los delantales blancos que lo rodean le impide verlas, solo logra escuchar algunas voces, quizás algún quejido o lamentos.

¹⁴⁹ Ibidem (62)

Además de su rutina, independencia y hábitos, ha perdido la ropa y todos los elementos personales que el uso cotidiano han hecho formar parte de su Yo.

Desnudo de todo, pierde hasta el nombre cuando escucha que se lo nombra como el síntoma tal, la enfermedad tal, la cama número tal.

Ya despersonalizado, comienza a depender no solo del personal profesional sino también de los aparatos a los que se ve unido por un montón de cables, al modo de un cordón umbilical.

En la semipenumbra del lugar, pierde también la noción del tiempo. No sabe si es de día o de noche, tampoco si hay sol o llueve.

Después de varios intentos se ha dado cuenta que no vale la pena preguntar. O no hay respuestas, o las que llegan no le sirven. Es más, también a aprendido, que no ceder a esa despersonalización lo coloca en el lugar de esos pacientes que “no colaboran con el médico” o que demuestran “una respuesta negativa al tratamiento”.

Sabemos que la transformación de un paciente, de un sujeto, en objeto, es necesaria para la eficacia del procedimiento terapéutico, pero también es cierto que el total desconocimiento de la subjetividad y de la sociabilidad del paciente, disminuye la eficacia de las intervenciones.

Someter a un sujeto a una internación, someterlo a esta objetivación, produce indudablemente consecuencias negativas no sólo para el ahora llamado paciente, sino también para los trabajadores de la salud y más para los de Terapia Intensiva, que son los que están más expuestos a sufrir las consecuencias del permanente contacto con el dolor y la muerte.

Podemos pensar, que la despersonalización del paciente va de la mano de la despersonalización del médico. La disociación funcional que le permite al profesional médico operar sobre el cuerpo enfermo, muchas veces se queda sin frontera, sin límites.

La relación médico-paciente, pierde consistencia, se transforma. Además, el médico que necesita defenderse de la irrupción de la subjetividad que haría trastabillar esa extraña relación entre la verdad de la ciencia y la enfermedad como objeto, se apoya en la tecnología, en las máquinas, las que cifrarán y descifrarán esperanzas y signos vitales de los órganos del cuerpo.

En muchos casos se termina sin comunicación con el paciente. Aparatología de por medio, “hablará” con el pulso, con la temperatura, con los sonidos internos. Y como decía, esto no es sin consecuencias ya que, la maquinización progresiva, la angustia en que lo coloca, permanentemente el “empuje” de la muerte, la ansiedad por no equivocarse, la soledad de la acción, por más que esté acompañado por otros profesionales, lo colocan en un permanente estrés.

Parecería como que en estos lugares los profesionales médicos se movieran en otra realidad, que construida y destruida cotidianamente, construye y destruye a los sujetos involucrados en ella.

Además, si bien es cierto que todos los actores de la escena sufren las consecuencias, existe cierta asimetría, ya que los pacientes pasan un tiempo relativamente corto en ese lugar, en cambio el médico pasa allí mucho tiempo

CAPÍTULO 3

3. 1. Características del Hospital Infantil de México, Federico Gómez:

El Hospital Infantil de México, Federico Gómez es una institución de salud que cuenta con tercer nivel de atención. Desde su fundación en 1943, se ha ocupado de prevenir, atender y recuperar la salud de los niños de escasos recursos económicos, excluidos del sistema de seguridad social.

Entre sus objetivos principales están:

- Proporcionar atención médica a los niños que la requieran.
- Fortalecer la enseñanza de la pediatría a través de los medios y canales adecuados.
- Promover la investigación científica de enfermedades graves de la niñez mexicana.

En el hospital se han atendido a más de 7,000,000 de niños en sus diferentes departamentos y servicios de especialidades pediátricas y se han formado alrededor de 8,000 médicos especialistas en pediatría. Sus egresados se han especializado en diversas áreas de salud, como: psicología, nutrición, química clínica, carreras técnicas, pero no existe un registro preciso que los cuantifique.

El HIMFG cuenta con 34 subespecialidades pediátricas, divididas en departamentos; 18 laboratorios de investigación, 17 servicios ambulatorios y 25 clínicas multidisciplinarias de atención. Dentro de esta última se ubica el servicio psicología que pertenece al Departamento de Psiquiatría. Psicología es considerado como un servicio de apoyo.

La mayoría de los niños que son atendidos en el HIMFG presentan problemas médicos complicados y/o padecimientos crónicos como: cáncer,

diabetes, cardiopatías, malformaciones congénitas, enfermedades inmunológicas, entre muchas otras.

La atención psicológica a los pacientes se puede dar a través de dos vías: consulta externa y hospitalización. En la consulta externa se atiende a aquellos niños que en su mayoría son canalizados por los servicios médicos a valoración y/o atención psicológica. Ellos presentan problemas de tipo psiquiátrico y psicológico relacionados con la enfermedad física que padecen.

Asimismo, se diagnostican niños con padecimientos mentales que no presenten enfermedades de tipo médico y que en cuanto son diagnosticados, son referidos a diversas instituciones de salud mental. Con mayor frecuencia se canalizan al Hospital Psiquiátrico Juan N. Navarro. En el Infantil se imparten también cursos y talleres para los padres de los pacientes y se brindan otros servicios como orientación familiar.

El área de hospitalización se encarga de los niños que están internados en los diferentes servicios médicos y proporciona atención psicológica a los padres y/o familiares.

Desempeño mis labores en el Departamento de Psiquiatría, en el área de hospitalización, pero mis funciones se adaptan a la demanda de los padres y de los niños. Así, cuando un médico me asigna una interconsulta, la recibo; sin embargo, al establecer mi primer contacto con el familiar y con el niño, les hago saber que los que demandan la atención, son ellos, no el médico. Ello, me ha generado ciertas dificultades en la institución; pues la percepción es que me niego a cumplir con mis obligaciones.

No hay duda de la importancia que tiene el trabajo del psicólogo con niños enfermos ya que hay indicios de que en muchos casos, la causa de una enfermedad física no es exclusivamente orgánica o fisiológica, sino que puede

tener otro origen. De la misma forma, aunque algunos trastornos tengan una causa meramente orgánica las repercusiones o consecuencias que conllevan pueden verse reflejadas en el área psicológica.^{150, 151, 152, 153}. Sin embargo no todos los niños y padres que asisten al hospital desean curarse, pues la historia tiene sentido en función de quien la relate y como cada quien signifique su propia experiencia.

Si el objeto de estudio del psicoanálisis es el inconsciente, su práctica compromete a sujetos sociales singulares caracterizados por funcionamientos mentales que les son propios. Es posible que éstas sean algunas de las razones por las cuales no existe la misma cantidad de información respecto a los análisis de casos en las instituciones pediátricas, ya que no se permiten dar peso específico a cada caso en particular y desentrañar lo que para cada niño y cada familiar representa el hecho de tener cáncer, de estar enfermo, de ir a un hospital.

Por tratarse de una institución de salud, el HIMFG tiene como prioridad salvar la vida de los niños a cualquier precio, pero con el paso del tiempo, se ha observado que para cubrir dicho objetivo, se requiere no sólo de un esquema de tratamiento médico que permita la curación de una enfermedad o el restablecimiento de la salud física, sino que es necesaria la participación del equipo interdisciplinario (psicología, trabajadores sociales, enfermeras) que trabajen en el bienestar integral del paciente. Desafortunadamente no hay cabida para el psicoanálisis dado que la atención se brinda en el momento y en el tiempo que “el saber” lo considera pertinente. La individualidad de cada caso y la subjetividad de un paciente determinado no son factores a considerar pues se antepone la eficiencia de la institución. Esto es, el paciente debe someterse a la imposición médica, pues es para conseguir su “salud”. La individualidad de cada

¹⁵⁰ Holland, J., Rowland, J. “Handbook of Psychooncology”. Psychological care of the patient with cancer. Oxford University Press. 1989.

¹⁵¹ Marcelli, D., Ajuriaguerra, J. “Psicopatología del niño”. Ed. Masson. 3ra. Edición. 1996.

¹⁵² Trianes, MV. “Niños con estrés”. ¿Cómo evitarlo, cómo tratarlo?. Ed. Alfaomega. 2002.

¹⁵³ Méndez, J. “Intervención emocional y conductual para el niño con cáncer y su familia”. Gaceta Mexicana de Oncología. Vol. 4. Num. 3.

caso y la subjetividad del paciente, no interesan, pues lo que se busca es que la institución funcione.

Un “buen” paciente, es aquel que coopera, el que se somete al tratamiento que se le indique, el que habla de lo que le sucede y, sin “quejas”, obedece al equipo médico. Un “mal” paciente es aquel que protesta, actúa contra las disposiciones, llora, no se subordina, permanece estático en un lugar y por no permite operar a los facultativos.

Cada vez que aparece un “mal” paciente los médicos mandan interconsulta al servicio de psicología para callar el síntoma del paciente sin importar que esa persona con su sintomatología, este tratando de decirnos algo; tampoco importando que ese síntoma sea liberador y contenedor de la angustia que vive que esos síntomas sean liberadores y contenedores de la angustia que lo embarga por su circunstancia. Obviamente no se valora el esperar a ver cuales son las necesidades del niño o los padres, efectuando las intervenciones en función del bienestar profesional, es decir, lo que importa es que el médico pueda realizar su labor.

Resulta prioritario que el mal paciente se convierta en buen paciente. Por ello, el psicoanálisis y mi postura frente a los niños y sus padres son cuestionados y descalificados. Sin embargo, poco a poco me voy ganando un espacio en el ámbito profesional, pues los pacientes mejoran al ir descubriendo sus conflictos y los distintos modos de resolverlos. La reelaboración es su centro. No es que el paciente sepa porque el analista le dijo, se trata de que el paciente vaya sabiendo en tanto el analista lo ayuda a darse cuenta. En un proceso de comunicación, aceptación y comprensión entre analista y paciente. Proceso en el que la sorpresa compartida del descubrimiento tiene su motor en el inconsciente y se produce no por un repentino insight, cercano a una “iluminación”, sino que es producto de un trabajo de rescate de la palabra, herramienta principal del psicoanalista.

En el servicio de oncología se internan diariamente entre 20 y 30 niños sin incluir aquellos que se encuentran en servicios ambulatorios (aquellos que no requieren hospitalización), como son: quimioterapia, medicina del dolor, consulta externa, radioterapia, rayos “x”, laboratorios, entre otros.

Tanto en el área médica como psicológica hay exceso de trabajo. En oncología hay dos psicólogas adscritas, yo soy una de ellas. Cada año contamos con uno o dos elementos que asisten al hospital para hacer su servicio social o prácticas profesionales. Resultan de gran ayuda pero no la suficiente para cubrir las necesidades de la institución.

La infraestructura del hospital también es insuficiente, lo cual nos lleva a realizar el trabajo psicoterapéutico con niños y familiares en condiciones inadecuadas. No hay un espacio exclusivo para psicología en el área de hospitalización; en el mejor de los casos, la atención se lleva a cabo en la oficina de uno de los médicos. De no haber una disponible necesario brindar el servicio en un área común, en espacios abiertos como pasillos, sin privacidad y para los pequeños, al lado de su cama, donde hay por lo menos otros cuatro niños más, acompañados de sus familiares.

3.1.1 Características de la población:

La edad de los niños que atiende el HIMFG es de recién nacidos a 18 años. Proviene de todos los Estados de la República Mexicana, principalmente del Distrito Federal y del Estado de México.

Muchos niños que vienen de provincia, deben dejar sus hogares y permanecer en el Distrito Federal para poder asistir regularmente a sus consultas o internamientos. Algunos de ellos, víctimas del cáncer, son sometidos a lo largo

de su tratamiento a constantes hospitalizaciones. Por regla institucional, más de 3 inasistencias generan expulsión por considerarse abandono de tratamiento.

Si las familias carecen de recursos para rentar una vivienda o no tienen familiares que radiquen en la capital con quienes puedan alojarse, existen lugares que dan albergue al niño y a un familiar. Algunas organizaciones proporcionan alimentación, transporte y hasta apoyo económico para el tratamiento, mientras que otras, sólo dan espacio para pernoctar. Para éstos niños, la enfermedad no sólo representa la pérdida de la salud, sino la separación de la familia, de su hogar, escuela y muchas de las cosas de suma importancia para ellos.

La mayoría son niños de escasos recursos económicos excluidos del sistema de seguridad social. Otros provienen de comunidades indígenas, hablan dialectos y nunca han asistido a la escuela. Con dificultad saben leer y escribir.

Es frecuente durante las entrevistas a los padres de familia, escuchar problemas de alcoholismo, desintegración familiar, desempleo, situación de extrema pobreza, violencia intrafamiliar, abuso sexual.

3. 1. 2 Condiciones de ingreso al hospital e internamientos:

Suele ser común que los primeros síntomas del cáncer (fiebre, palidez, cansancio, inflamación de anginas) se confundan con enfermedades virales o padecimientos propios de la infancia. Ante estas manifestaciones médicas, los padres llevan a sus hijos con médicos generales, quienes muchas veces los tratan con antibióticos o complementos alimenticios. También son llevados con curanderos o brujos para que les hagan “limpias” y los liberen de sus males.

El pensamiento mágico es frecuente en nuestra población. Cuando los problemas se agravan, los padres llegan al hospital, ya sea por canalización de

algún médico o porque alguna persona les sugiere que lleven a su hijo a un hospital de tercer nivel. Sucede también que asistan obligados o presionados por autoridades de sus comunidades, quienes los tachan de irresponsables.

La duración del niño en el servicio de oncología es variable. Puede permanecer de tres días hasta semanas dependiendo de las condiciones físicas del menor, del tiempo que lleve presentando los síntomas, de la agresividad del cáncer que padece, de su evolución ante el tratamiento, de su edad y del pronóstico de la enfermedad, entre otras.

Una vez dados de alta en forma temporal, pueden regresar al hospital por las siguientes razones:

- Para asistir a algún tipo de servicio ambulatorio, análisis clínicos o estudios radiológicos.
- Para ser internados y recibir quimioterapia.
- Para someterse a alguna cirugía programada.
- Por presentar, fuera del hospital, síntomas como: fiebre, hemorragia, manchas en la piel (petequias), hematomas graves.

Las condiciones de ingreso y estancia en el hospital son múltiples, lo cual representa un problema para el trabajo psicoterapéutico con los niños y sus familias ya que muchas veces sólo se cuenta con el tiempo que están hospitalizados y si demandan la atención. Tampoco es posible determinar la duración de dicha hospitalización ya que depende de factores y circunstancias fuera del alcance de los niños o los médicos.

3. 2 Canalización al servicio de psicología:

Las razones para proporcionar la atención servicio de psicología son:

- El primer contacto con las familias y posteriormente con el niño, se da simultáneamente al diagnóstico. Los médicos oncólogos son quienes informan al servicio de psicología, fecha y hora en la que se dará el diagnóstico. Juntos, psicólogo y médico tratante dan el informe a los padres para que posteriormente se haga la intervención psicológica “pertinente”. En mi caso, ofrezco el servicio a los padres y niños, haciendo de su conocimiento que únicamente se les dará en caso de ser ellos quienes lo soliciten.
- En su trato constante con los menores, los médicos frecuentemente son los primeros en observar que hay algo que no funciona de “adecuadamente”. De este modo los canalizan al servicio de psicología. Cuando hacen cita con esta servidora, les comunico que es indispensable que ellos hagan la solicitud. A pesar de haberlo señalado en incontables ocasiones, me siguen canalizando menores sin haber cubierto este prerrequisito.
- La canalización también se realiza en diferentes momentos de la enfermedad, tales como: recaída, estancias prolongadas en el hospital, riesgo de abandono de tratamiento, niños en situación de gravedad y niños fuera de tratamiento (fase terminal). Desde hace varios años, soy la encargada de atender a todos los pequeños del servicio de oncología que se encuentran en fase terminal. Única y exclusivamente a los que demandan la atención voluntariamente. De igual manera respecto de los padres.
- En ocasiones (cada vez son más) los padres y los niños solicitan directamente atención psicológica. Se ha intentado sensibilizar a los médicos sobre el particular, sin embargo, consideran que la intervención debe darse, cuando ellos así lo indican.

3. 2. 1 Condiciones de trabajo

Generalmente, el trabajo psicológico con los niños del HIMFG no puede establecerse con una periodicidad determinada debido a las circunstancias propias de la institución.

El encuadre terapéutico no existe. Se atiende a los menores y a sus familias, cuando por alguna causa tienen que ir al hospital.

Las condiciones físicas de los pequeños y sus familias son factores que a menudo impiden que los niños puedan involucrarse en su proceso psicoterapéutico, por lo que se echa mano de lo que se tiene al alcance. Por ejemplo: acompañarlo en silencio, leerle cuentos, llevarlo a otros espacios hospitalarios que le sean menos hostiles. Hay algo que permanece a pesar del tiempo y circunstancia del menor: el esfuerzo por efectuar la escucha analítica; analizar lo que se encuentre, para valorar al sujeto en su unidad e individualidad.

Por lo tanto, las características de atención psicológica dentro del hospital están fundamentadas en las necesidades individuales y especiales de cada niño y familia, pues aunque todos padezcan cáncer, para cada uno de los involucrados, esa realidad va a representar algo distinto.

3. 3 Casos clínicos

El ser humano como especie y la persona como realidad concreta discurren desde siempre la manera de precaverse de la muerte. Levantan monumentos con ansia de eternidad, construyen templos para sus dioses, se recrean en obeliscos con la punta al cielo, recurren al alcohol, a la droga, a la diversión sin respiro, a la locura del trabajo obsesivo, a la locura del progreso incesante, al sexo que ilumina

o enajena y al culto al yo, sobre todo, pero nada le es suficiente para apartar la presencia del inevitable fin.

La muerte esta ahí, fatal. Cobra forma en la lluvia, la ira, el sol, la generosidad, la sombra del atardecer, el amor efímero, la alegría que poco dura, el sufrimiento que se alarga, la montaña nevada, la palabra múltiple, la música tangible y etérea, la amistad, el delito, la virtud. Cada día que transcurre, cada día que se agota, contiene su signo: un tiempo más, un tiempo menos. Hay mujeres que tiemblan cuando miran su primera arruga y hay hombres que se quebrantan cuando sus piernas pierden la agilidad de antaño, o el cansancio punza como no punzaba antes.

Así ocurre y no podía suceder de otra manera. Al hombre y a la mujer sólo puede tomárseles en su integridad. Son cuerpo y espíritu, miedo y angustia; miedo por sus sentidos, angustia por el misterio del fin inevitable.

Por todo esto y por muchas otras razones, es preciso aceptar la muerte con naturalidad. Hay que mirarla como un acontecimiento y no como una tragedia. Es un suceso, apabullante, que duda cabe, pero un hecho cotidiano que se multiplica segundo a segundo.

Nadie escapa a la muerte y si la muerte es de todos y de cada uno, forma parte del círculo que somos todos y cada uno. La muerte contemplada de lejos y en seres que no son anónimos resulta trivial. A nadie sorprende y no encarna novedad alguna.

La muerte así asumida, es un impulso para vivir. Si yo me sé con el tiempo contado y así nos pasa a todos, he de aprovechar mi tiempo, mi vida y he de respetar el tiempo y la vida de los demás. La muerte así contemplada toca los más altos valores de la dualidad hombre-mujer. Es tan poderosa, que no hay manera de someterla al engaño, que de ella nadie se burla.

La juventud no sabe bien de que se trata, dichosa de su plenitud. Pero ya irá sabiendo y comprendiendo, capacitándose para saber que la muerte esta allí, al acecho, agazapada como sombra corpórea, inefable.

No es un ave de mal agüero. Es, simplemente, como los colores y sus matices, inevitables éstos, hasta para los ciegos, que pueden ir del mate al gris y aún a la negrura, que no es absoluta, que no lo es ni en pesadillas.

Allá por 1930 circuló en Francia un libro de título perturbador: “Muerte a Crédito”, la muerte que da plazos a la vida. Podríamos invertir el título; “Vida a crédito”, la vida que abre pasos a la muerte.

Se vive para la muerte y se muere para la vida. Los padres son tránsito, los hijos también. Todos estamos en el camino y pobre aquel que no contempla sus pasos uno a uno.

Santiago (caso 1)

Un médico residente del servicio de oncología me comenta que Santiago quiere hablar conmigo, que pidió apoyo psicológico, que se siente muy triste y desesperado. A sus 13 años padece un tumor cerebral llamado astrocitoma, neoplasia intracerebral. Tiene dos años en tratamiento y el médico de la sala asiente: “ya no podemos hacer nada por él”.

En entrevista, Santiago afirma: “ya no quiero estar en el hospital, ya no quiero estar internado”. Me acerqué al padre quien no pudo articular palabra. Me remitió con la madre: “A Santiago le tocó un paquete pesado. Ya sabemos muy bien que se va a morir, y mi esposo y yo, ya nos hicimos a la idea. Yo no me hago ilusiones como otras personas. Estamos tranquilos”.

La madre entrega la Biblia al niño. Posteriormente, dice: “la verdadera vida comienza después de la muerte, la muerte salva”. Agrega que no necesitan

psicólogos, ya que con la religión alcanza. Le hago saber que una vez más, solo vengo a jugar con Santiago. Acepta.

Luego me dice: “Santiago es un niño muy inteligente. Decidimos ponerle un nombre santo, pues se llama Ángel Santiago”. El niño nace luego de la pérdida de un embarazo a término de la mamá: “fue la experiencia mas horrible de mi vida, iba a ser niña. Cuando nació Santiago, esperábamos a la niña, no teníamos nombre de varón, pero después se me ocurrió un nombre santo”. Agrega: “fue muy difícil que Santiago se lograra, pero nació porque Dios así lo quiso. Si le pasa esto, es por algo; Dios lo eligió a él por algo. El fue de sus tantos elegidos”.

De pronto, el nombre propio es lo menos propio. Ser el “elegido de Dios” ubica a este niño en un lugar especial para los padres, casi sobrenatural, casi sobre humano. “Mi hijo, siempre fue un niño agrandado, no puede tener amigos. En la escuela otros niños le pegaban y yo le decía que no les pegara, que había que poner la otra mejilla”. Ese era el mandato de Dios para la madre.

Santiago además de la Biblia, tiene sobre su buró un libro titulado: “elige tu propia aventura”, libro de misterio, libro de niños, con diferentes caminos para recorrer según la elección del lector.

Le ofrezco leer y jugar juntos. Santiago se entusiasma con la lectura. Me despido: “mañana nos vemos”. El responde: “aquí te voy a estar esperando”.

Al día siguiente, su mamá se retira del hospital y Santiago se queda al cuidado de su papá. Los encuentro jugando fútbol con una computadora y él parece contento, alegre. Santiago pierde el encuentro. Por un tiempo se va de alta del hospital. Al marcharse dice: “la próxima vez que nos veamos, te voy a ganar”.

En un nuevo internamiento la madre va a buscarme: “Santiago quiere verla, tiene ganas de jugar”.

Entré a la sala e inmediatamente después de mirarme, señaló: “ahora si te voy a ganar”. Comienza a quedar atrás el niño triste, desganado, para dar paso a un niño alegre, confiado, quien afirma: “cuando yo sea grande, voy a ser doctor”.

Freud describió en “El creador literario y el fantaseo”, que el deseo que se juega en los juegos de los niños es el deseo por ser mayor. Idea en la que el niño se ubica como tal: Para ser grande, hay que esperar. Planteamiento que centra la esperanza en el futuro, a pesar del pronóstico de la enfermedad.

Al otro día le propongo realizar una actividad y me dice: “ahí en mi cajón hay un cuento, se llama “los viajes de Gulliver”. Uy padrísimo!!!!!!! Gulliver se embarcó en una travesía pero su barco se hundió y se metieron en muchos problemas. “Gulliver despertó en una isla: Liliput, siendo él un grandote, frente a un ejército de enanos”: Parece que Santiago no encuentra su lugar, es ajeno a su mundo.

¿Y qué te parece si nosotros hacemos nuestra propia aventura? ¿Cómo desearías que fueran las cosas para ti en este momento? “En verdad Adriana, querría irme a casa”.

Después de un largo silencio, continua: “tenía ganas de hablar contigo porque tuve una pelea con mi mamá. No puedo hablar con ella”. Después apuntó angustiado: “le dije que ya no quería venir al hospital, me trajo a pesar de que le supliqué que no lo hiciera y no he podido irme a mi casa”.

La siguiente vez que nos vimos encontré a Santiago mirando la televisión. Cuando me acerqué, me dijo con voz suave: “que bueno que viniste, quiero hablar contigo”. Una mascarilla de oxígeno escondía su boca. Pude ver, a través de su rostro, que tenía tanta necesidad de oxígeno, como de hablar.

Me acerqué y ante su prolongado silencio, me coloqué a su lado a ver “Don gato y su pandilla”: programa que seguía atentamente. Al poco rato le pregunté si don gato estaba en problemas. Me relató con dificultad algunas de sus peripecias, atribuyéndole enfáticamente la capacidad de salir adelante y con ingenio de situaciones difíciles.

“Me siento triste, solo, cansado. Todo se me olvida, pues ya tengo mucho rato que no voy a la escuela. Ayer jugué a la memoria y solo pude hacer poquitos pares”. Lo que no puede olvidar, lo que muy bien sabe, son los procedimientos médicos que le practican, lo que relata en detalle. Una enfermera le pregunta y él contesta acertadamente a todas las preguntas que le formulan.

Le digo que tiene derecho a saber, si quiere saber. “Me callo, porque no quiero que mis papás sufran al saber que yo sé. ¿Sabes lo que me pasa? Siento que cuando estoy con mis papás, todo está bien, pero ya nada es como antes”.

Santiago vomita a causa de la quimioterapia y su madre lo cuida y atiende con devoción. Nos pide que no nos vayamos. Para combatir a su mal humor aprovechamos su interés por los viajes y los lugares desconocidos, comenzamos a transformar la cama del hospital en un avión y a elegir nuestros propios viajes. Se muestra más animado. Viajamos en silla de ruedas por todo el hospital. Cada uno va en su propia silla.

Santiago inicia sus actividades dentro del hospital; asistía al ARCA (lugar recreativo), comenzó a tener amigos. Todos los días pasaba por él a las 11 de la mañana. Miraba el reloj atento y cuando iban a dar las 11 comentaba: “ya no tarda Adriana”. La madre comienza a tejerle un suéter para el invierno. Lo espera vivo a pesar del pronóstico del hospital.

Inauguramos un juego: cada uno debe realizar un trayecto determinado pero puede elegir que camino es el más conveniente para llegar. Me pide que invitemos a su mamá.

La enfermedad avanza junto con las ganas de Santiago de seguir jugando, de seguir viviendo. Desde la perspectiva de los médicos ya no hay nada que hacer, solo tratamiento paliativo. Santiago logra irse a casa, con el escrito sobre su viaje, el de su mamá y el mío. También se lleva nuestros teléfonos.

Después de dos meses recibo un telefonema de la madre que me notifica el deceso de Santiago. Quiere entregarme una carta.

Cuando me lleva la carta, comenta: “días previos a su muerte, Santiago me preguntó: ¿a veces no me porté bien?”. La pregunta de Santiago lo posiciona como niño. Como todo niño fue travieso, ni ángel, ni santo.

Santiago intentaba realizar esfuerzos activos que le permitieran inicialmente, interpretar la situación con el fin de encontrar propósito y significado a estos acontecimientos para luego intentar resolver el problema que se le planteaba. Hacer que lo extraño resulte familiar y que lo invisible sea perceptible.

Por su parte, los padres le transmiten al niño la posibilidad de historizar, fantasear, reconocer límites, expresar a través de su capacidad verbal y de la acción de sus anhelos.

Hay un deseo que ocupa un lugar de cuidado donde se transmiten los límites como modelo de relación con el otro. También hay deseo de los padres proyectando en el niño sus frustraciones y problemática a su subjetividad e inserción social.

Santiago ocupaba un lugar de deseo, en el sentido que se le pone en algún lugar: el de hijo muerto, el de salvador, el de santo; pero también es necesario mirar en que lugar pone la atribución parental a ese hijo: bueno y obediente o malo

y torpe. El deseo de los padres irá exacerbando y determinando el lugar de los niños.

La institución hospitalaria que históricamente representa un ámbito de segregación y separación de los enfermos e indigentes, mantiene a través de los tiempos una parte de su antigua función: constituye un espacio donde el dolor y el sufrimiento buscan encontrar un destinatario, cuya respuesta excede en mucho la dimensión estrictamente médica, en el sentido al menos en que la ciencia ha determinado sus límites en la curación o no de la enfermedad. Hecho que se torna aún más evidente en un contexto en el que las políticas reguladas por las preferencias del mercado reconocen su criterio excluyente en la búsqueda de la rentabilidad, y la trama social se ve en consecuencia desgarrada al no asegurar un espacio de subjetividad, a quienes no se les puede conseguir el éxito del tratamiento médico, es decir, la cura del cuerpo.

El saber médico determinó que por Santiago, ya no había “nada que hacer”. Eso, lo colocó en un lugar de estorbo, estaba ocupando una cama que podía utilizar otro niño frente al cual había mucho por hacer.

Es en este contexto que a veces intenta desempeñarse el psicoanalista, sea como referencia, como ideal, como anhelo de formación, o para quienes entienden sostener su práctica desde el psicoanálisis en el ámbito hospitalario se encuentran confrontados con ese sufrimiento, intentando suscitar una palabra singular frente a lo que suele precipitarse como una respuesta estandarizada y prefijada de manera institucional, para establecer las condiciones mínimas de escucha que permitan dar cabida al sujeto. Tentativa que, más allá de la posibilidad efectiva de llevar o no a cabo una cura analítica, (a diferencia de la medicina), es posible poner en juego a pesar de las condiciones en las que se trabaja en el hospital.

Mi encuentro con Santiago, permitió que él se pusiera a colocar en otro lugar, donde pudiera conseguir que el cáncer, enfermedad desconocida e insólita, que

resultará menos amenazadora luego de encontrar propósito y significado a la experiencia que, intentaba fuera interpretada. También intentábamos recurrir a imágenes o metáforas para poderse referir a la enfermedad, probablemente, en un intento de representar y comprender simbólicamente una realidad que como tal es difícil de materializar.

Alejandra (caso 2)

No podría ser de otra manera: asociada a la enfermedad y a la muerte, la medicina es drama y tragedia. Sus practicantes conocen de la mujer y el hombre apenas su superficie, el cuerpo. Ahí empieza y termina su sabiduría. El resto son balbuceos, intuiciones, cien maneras de imaginar lo que yace y se agita más allá del esqueleto. A menudo quedan perplejos frente a deformaciones y males extremos, masas informes donde no es fácil distinguir la armazón de la persona, perdida su armonía, extraviadas las líneas y curvas de los huesos, torturados los órganos, todo confundido allá adentro.

Médicos ilustres sostienen que es preciso intervenir en el enfermo desgarrado. Argumentan que la vida es el don supremo y hay que preservarla al precio que sea. Otras eminencias consideran que a esa desdicha de sangre y carne es preciso respetarla hasta el último vestigio de apego a la existencia, hasta que el corazón resista, visto el corazón en la belleza de su metáfora. Eso y sólo eso: mantenerse cerca del ser que grita y aúlla de dolor, hacer cuanto se pueda para apartar el horror y el terror de su entorno, compadecerlo sin lágrimas visibles.

Yo adelanto mi punto de vista. El sufrimiento, la última intimidad, es asunto sagrado y por otra parte, nadie está obligado al milagro. Si encaro a una persona que es el puro dolor, la deformidad repelente, no debo prolongar su intenso pesar. El médico debe abstenerse de actuar, dios incompleto como es. La medicina es parte de la vida y de la muerte y, al final, la muerte siempre gana. Frente al infortunio sólo cabe la humildad.

A través del servicio de Oncología, Alejandra me condujo a estas cavilaciones. Una mañana reciente, el médico acudió a solicitar mis servicios. Sin más, me dijo: “hemos recibido a una menor, tiene 11 años y es imperativo internarla”. Era perentorio ocuparse de la niña, pero no era fácil abordarla. Golpeaba a los doctores, a las enfermeras, a todo aquel que pretendiera tocarla. Era inevitable el pasmo que provocaba su comportamiento desatado. En esa atmósfera, el dr. Armando Martínez, jefe del servicio de oncología, ordenó que se pidiera mi opinión acerca del caso infrecuente del que debíamos ocuparnos. Fui advertida: Alejandra parecía un monstruo.

Frente a la criatura sufrí una impresión que perdura. ¿Cómo se puede vivir así?, me dije, vacilante. El rostro de Alejandra estaba absolutamente deformado por un tumor canceroso que había crecido desmesuradamente. Había afectado el ojo izquierdo, la nariz, la frente, los labios, el rostro entero. La garganta estaba afectada y la lengua permanecía asida al paladar por la masa tumoral, centro del espectáculo atroz. La vía aérea había sido obstruida hasta volver riesgosa la colocación de una sonda naso-gástrica. La niña no podía alimentarse por vía oral y aún no me explico la razón de su voz audible. La hidratación defectuosa, agobiante, a duras penas se mantenía a través de la hidratación con suero y glucosa. Frente al cuadro que observaba, pensé que sólo cabía esperar y desear la muerte de Alejandra. Irrefrenable el tumor, sobrevendría el final por asfixia o inanición. En la agonía cercana, las inyecciones de morfina apenas ayudaban.

Intenté aproximarme a Alejandra de la manera más suave que me era posible. Su rechazo fue violento. Asustada de sí misma, se cubría la cara con una tela blanca. Se revolvía bajo el trapo. “No”, la escuchaba.

Su madre deseaba llevarla a casa, el mejor refugio en la desgracia. La señora angustiada comentó: “Estoy asustada y no sé que hacer”. “Los médicos me dicen que haga lo que haga, la muerte está próxima, que ya está, pero si no la

interno va a sufrir más. Me dicen que algo se podría hacer con Alejandra en el hospital, pero mi niña no quiere que la interne y yo no quiero que sufra”.

Lloraba Alejandra, moqueaba y babeaba, se descubría y volvía a cubrirse, la cara de niña era irreconocible. “Creo que la voy a internar”, musitó la madre. “Voy a tratar de convencer a mi criatura para que acepte lo que los médicos le digan”.

Aceptó después de ruegos y advertencias. Pero la comunicación con la niña seguía imposible. “No quiero ver a nadie, gritaba. Váyanse, déjenme”. En su angustia sentía los ojos de todos. Pidió un pasamontañas. Quería desaparecer. Vivía para dejar de ser. Clamaba por la muerte en un lenguaje que ya era fúnebre y estremecedor.

El servicio de Oncología dispuso de un cuarto aislado para Alejandra. Su adaptación al hospital, como le dicen los médicos, no sé por qué motivos duró tres días. Setenta y dos horas de suplicio innecesario, cruel.

Un lunes, como todos, fuimos convocados a estudiar el caso clínico de la semana. Como era de esperarse el tema fue Alejandra. Acudimos a la sesión lo mismo oftalmólogos, que pediatras, neurólogos, que psicólogos y psiquiatras, cirujanos que oncólogos. De la niña se hablaba en todo el servicio. Se aludía a tratamientos audaces, bloqueos y no se cuantas cosas más. Cundió el interés y del interés se llegó al morbo. Se hablaba del “caso” y no de Alejandra, doble número, doble signo, la cama y el paciente.

En la discusión clínica acerca de los males de la criatura, concentrados en la cara con repercusiones en su organismo completo, asomó la interrogación preñada del inevitable misterio: ¿No sería preferible dejarla morir, que se fuera yendo? ¿Yendo adónde? La muerte, ¿qué es? La vida que estaba siendo para Alejandra.

No sé de donde, o no quiero recordarlo, surgió la propuesta: Démosle antidepresivos. El plan a seguir era el siguiente:

Un médico del servicio de psiquiatría, le haría una evaluación y hablaría con la madre acerca de la utilidad del medicamento. Después, la vigilancia acerca de los efectos del tratamiento sería rigurosa. Si el estado de la enferma lo ameritaba, la dosis sería más y más fuerte.

Me sobrepuse a mi propia convulsión. Conocía la secuela del proyecto, sus consecuencias, la inhumanidad que encerraba; Alejandra terminaría como una zombie. Su vida iría resbalando hasta la inconciencia. Existiría para dormir. Moriría en un sueño rodeada de sombras, el gris permanente, el color de los ciegos.

La respuesta de muchos fue automática: ¿Y la ley de la vida, ley suprema? Yo escuchaba y me decía: ¿Ley suprema para quién? ¿Y quién la dicta, si no hay manera de consultar a Dios, en que si existe, y probablemente existe, pero no está a disposición de los médicos? También me preguntaba: ¿Quién sabrá más acerca de Dios? ¿El hombre sano, la niña enferma, el ser pleno, el disminuido, el agónico?.

Un jueves, como todos los jueves, fui a un salón pequeño que llamaba “de juegos”. Llegaban a él niños y niñas que así lo decidían. Vi a Alejandra, semioculta, tendida en su cama. Yo contaba un cuento y un pequeño de cinco años, Juan, comentó: “El pollito está enfermo y hay que llevarlo al hospital para que se alivie pronto”. Alejandra, por única vez que yo recuerde, se atrevió: “Yo creo que el pollito quiere irse a su casa con su mamá”.

La familia de Alejandra también sabía del sufrimiento en su hogar, dramáticamente acogedor. Francisco el hermano menor de Alejandra, había muerto tres años atrás como consecuencia de una enfermedad llamada

“Xeroderma Pigmentoso”. Se trata de una enfermedad rara de origen hereditario que se origina por un problema en el ADN. Se caracteriza por una hiperpigmentación de la piel, se hacen manchas, costras y luego éstas se degeneran y se traducen en células cancerígenas. La irradiación solar activa la enfermedad. Ya al año de vida se puede hacer el diagnóstico. Los padres deben ser los portadores del gen que se transmite a sus hijos. Estadísticamente, el 25% de los descendientes presentarán la enfermedad, el 50% serán portadores y el 25% no tendrán el gen. O sea, la probabilidad asciende a un 25% de tener un hijo enfermo.

Francisco murió de Xeroderma Pigmentoso cuando tenía 6 años, Alejandra tenía 9 en ese entonces. Las posibilidades de vida de Alejandra eran nulas. Estaba sentenciada, a lo sumo le quedaban dos meses de vida.

Dos años después de la muerte de Francisco, murió el padre, diabético. Según la madre, “se dejó morir” después de la muerte de su hijo. Desde entonces, las dos Alejandras se quedaron solas.

¿Qué se medica cuando se medica al niño? ¿La angustia de quién se acalla? ¿A qué demanda se accede? No forzosamente la del niño. Es difícil de admitir que surja como tal, por parte del sujeto infantil, una demanda de medicación de su padecer.

El riesgo, más allá de la cronificación del remedio como respuesta, consiste en silenciar al sujeto, en lugar de contribuir al despliegue en una escena articulada de la respuesta que el síntoma vehiculiza del lado del niño, relanzando el discurso del lado de los padres.

Curiosamente, estos mismos psiquiatras suelen proponer de modo concomitante con la medicación, un tratamiento «psicoterapéutico», la mayoría de las veces de corte comportamentalista. Cabría preguntarse, entonces, si es efectivamente la acción del psicofármaco lo que conduce la cura a buen término.

El discurso médico se fundamenta, según lo describe Jean Clavreul, “en el acto médico propiamente dicho, el que se produce junto al lecho de los enfermos: la clínica. La primera etapa de este proceso consiste en la afirmación: usted padece una enfermedad. Su cuerpo esta habitado por una enfermedad. El enfermo es así invitado a desprenderse de toda interpretación subjetiva de lo que le sucede.”¹⁵⁴

Es por demás común encontrarnos, en la práctica hospitalaria, con pacientes que nos consultan porque dicen “que los mandó el médico” o porque, después de haberles realizado toda clase de estudios” no se les encontró nada” y que, además, “no tienen ni idea porqué los mandaron”.

Esta ausencia *de* implicación subjetiva en lo que les sucede está favorecida, aunque no causada, por un discurso médico que, por estructura, excluye al sujeto.

No es ninguna casualidad que, en relación con esto y llevando las cosas un poco mas lejos, los administradores de la salud sólo tengan en cuenta, en última instancia, los datos estadísticos, o sea, el número de prestaciones que, en la medida que suben o bajan son las que van a determinar la eficiencia de la administración local.

Por lo tanto, si el discurso médico se basa y se sostiene en la exclusión del sujeto, el discurso analítico, en cambio, apunta a crear las condiciones necesarias para que un sujeto pueda advenir. No hace falta pensar demasiado para darse cuenta de que entre psicoanálisis y medicina sólo puede existir una relación de oposición, lo cual implica, como es de suponer, que en nuestra práctica cotidiana en instituciones hospitalarias, nos encontremos con diversas clases de complicaciones como es el hecho, por ejemplo, de que no haya forma de que los médicos puedan entender porqué los analistas no transcribimos en las historias

¹⁵⁴ Jean Clavreul. “El Orden Médico”. Argot. Barcelona, 1983.

clínicas de los pacientes los resultados de las entrevistas realizadas, o sea, que preservemos la privacidad de las sesiones y el secreto de lo hablado.

Más bien considero que, si aceptamos el desafío que implica trabajar en un hospital, no podemos escatimar esfuerzos en tratar de lograr, en un diálogo continuo con los médicos (por lo menos con los que se pueda), reintegrar algo.

El juego es un medio para comunicarse que puede ser utilizado para fines terapéuticos. Este acto, es ante todo una experiencia, un devenir que no sabemos adonde conducirá. Hay que lograr un cambio de sentido en el jugar. Esta zona de juego es un espacio de la ficción, aquél en el cual las cosas dejan de ser lo que son para devenir otras.

El juego constituye un puente entre la fantasía y la realidad, cumple una función de asimilación lenta mediante la repetición de los hechos diarios, haciendo activo lo que sufrió pasivamente. A través del juego, es posible conocer las fantasías inconscientes de enfermedad y curación. El juego no es la vida “corriente”, más bien consiste en escaparse de ella a una espera temporaria de actividad que posee su tendencia propia y el paciente hace “como si”.

Un cirujano plástico me dijo, dogmático, la ciencia entera en su prepotencia: “Nosotros no estamos acostumbrados a que los pacientes se nos mueran. Nuestros enfermos pueden ser horrorosos, pero la fealdad no mata. Algo haremos: la niña se encuentra relativamente bien del cuello para abajo”.

No dudaba. Esperó algún comentario de mi parte, yo nada dije. Para qué: el dogmático es como el fanático. Tiene respuestas para todo. Como nadie.

Mi primera entrevista con Alejandra ocurrió como sigue: entré a su cuarto y en el acto temí no poder soportar el encuentro. Resistí, tranquila en apariencia, aparentemente en paz. Le hablé quedo y me miró desde su horror. Intuí su ternura. Le pedí permiso para acercarme a su cama y asintió con la cabeza. Me

senté en la orilla de su cama. La madre estaba desconcertada. No pensó, me resulta claro, que su hija pudiera aceptarme. Ella se encontraba fría y temblaba, su mano entre las mías.

Madre e hija se veían agobiadas. Creo que la angustia que iba de una a la otra les impedía relacionarse, compartirse, contactarse. La señora, suave, muy suavemente empezó a contarme detalles de la vida de Alejandra. Era alegre, una niña como queríamos imaginarla, la música por dentro y por fuera. “Tenía amigas, jugaba”. Antes de la máscara espantosa como ahora se encontraba, Alejandra fue hermosa. Me sonrió con una sonrisa que no era gesto, ni mueca. Sonreí para no llorar.

Al día siguiente, temprano por la mañana, me llegó otra interconsulta. La madre notaba decaída a su hija. La especialista del dolor compartía la impresión de la señora.

Armada con un piano de pilas jugué con Alejandra y le enseñé a tocar la melodía “Martinillo, Martinillo”. Juntas pegamos tela adhesiva a las teclas y advertí la secuencia de sus dedos. Ensayaba, sonreía y quería que la escucharan todos: su madre, los médicos, las enfermeras, los niños. Quizá se dijera: no soy un monstruo, soy humana. Fue un momento hermoso, pero fugaz.

En el otro encuentro con Alejandra, su madre intentó distraerla con una pista de carros a control remoto. El juguete había pertenecido a su hermano y ella había pedido que se lo llevaran al hospital. De nada sirvió el propósito, pues el mutismo fue la única conversación “audible”. Pesaban los minutos. Agobiaba el tiempo incomprensible.

Otras veces estuve con ella, el lapso breve que me soportaba. Retrocedía su ánimo. Los médicos se empeñaban en mantenerla en la vida y ella se escondía de sí misma. Su madre decía: “No tiene ganas de nada”.

Un médico, uno de tantos que entraban y salían del cuarto de Alejandra, recomendó una gastrostomía. “Tendrá un mejor final”, sostuvo. ¿Alejandra? ¿Quedarían satisfechos los partidarios de la prolongación de la vida sin medir el sufrimiento ni la ausencia de un porvenir? Una enfermera se preguntaba si el hospital no debería tomar una actitud más activa frente a Alejandra. Le respondió una colega: ya no soporta más dolor, ni desde el punto de vista médico, ni ético, ni de la razón. La miré. ¿por qué?, preguntaban mis ojos. De la ética que hablen las personas que han llegado al límite del agotamiento físico, mental, metafísico, humano; me respondía sin palabras.

La mamá tomó la decisión. Su hija amantísima moriría en casa. Ella, Alejandra, así rogaba con las pocas palabras que le quedaban, tristes, dolientes. Se marcharon. Nos besaban, la madre con los labios, la niña con un desfallecido ademán.

Después de lo narrado, yo me preguntó: ¿Alejandra manifestaba algún síntoma? ¿La madre o Alejandra solicitaban alguna demanda? Creo que definitivamente no. Cuando ni los padres, ni los niños solicitan la demanda, porque insistir en tratar de intervenir sintiendo que todo lo podemos resolver. Porque insistir en tratar de calmar la angustia de las personas que trabajan en las instituciones a costa de la tranquilidad de los pacientes. ¿Por qué no respetar su deseo?

El analista responde siempre de lado a la demanda, la del paciente, la social. Lo cual es equivalente a decir que no responde para nada a ella, deja que se formule para interpretar el deseo. Responde de manera insospechada, sorpresiva. No responde sin interrogar a quien demanda en su responsabilidad. Va contra la pura y simple demanda de que las cosas funcionen o “vuelvan” a funcionar mecánicamente; contra la invitación a engañarnos, manteniendo el sueño de la felicidad al precio de lo peor (en los síntomas, los pasajes al acto, la segregación, la destrucción).

Elizabeth (caso 3)

Elizabeth niña sonriente, amable, educada. Habla a la manera de un adulto, tanto que para mí era necesario hacer un esfuerzo para recordar que tenía 7 años. Es internada por fatiga y palidez, que más tarde se diagnosticará como leucemia aguda no linfoblástica, M3. Enfermedad que por ciertas características médicas es de mal pronóstico.

La madre pide que este presente el servicio de psicología en el momento de dar el diagnóstico.

Hasta el momento de enfermarse, Elizabeth vivía pendiente de su mamá: la cuidaba cuando estaba enferma, la ayudaba en las tareas de la casa, se ocupaba de su hermanito más pequeño, además de ser una excelente alumna.

Comenta que le gusta mucho dibujar. Le pido que realice un dibujo y hace un muñeco sonriente, con alitas de ángel, volando hacia una nube. Este dibujo parece que me muestra su deseo.

Sus padres, profundamente conmocionados ante el diagnóstico, prefieren no decirle a su hija exactamente lo que tiene. Pero Elizabeth me confiesa que ella siente que se va a morir. Me habla de todo esto entristecida, pero apenas su mamá se asoma en la habitación, se instala en su cara una gran sonrisa.

Por su parte, la madre se muestra deshecha, muy deteriorada en su aspecto, en tan solo unos días. Me cuenta que Elizabeth es muy colaboradora y compañera, que no sabe arreglárselas sin ella. Derrumbándose me confiesa: “ella es mi vida”.

Unos días más tarde, Elizabeth es diagnosticada con CID, una complicación hematológica de este tipo de leucemias. Su mal, se agrava. Voy a verla todos los

días, pero sólo es posible trabajar cuando los malestares no son demasiado intensos. Un día, cuando voy a su encuentro, percibo a la madre llorando a un lado de ella, le dice claramente: “hija, por favor no te mueras, yo sin ti, me muero”. Cuando la madre me mira, se retira y Elizabeth me mira llena de tristeza. Comenta: “doctora, yo tengo que luchar para seguir adelante, pues si mi mami se muere, quien va a cuidar a mi papi y a mi hermanito”. “Yo no quiero que se queden solitos”. Respondí: ¿y ya le dijiste esto a tu mamá? “No, doctora, no quiero que se ponga triste”. El cáncer significaba la responsabilidad que ella sentía que tenía por toda su familia.

Días más tarde, los médicos comentaron no saber como Elizabeth seguía viva. No sabían que esa niña estaba atada al deseo materno. Pocos días después, su madre me visitó y me dijo: “doctora, mi niña esta sufriendo mucho, no sé qué la detiene para no irse”. Respondí: “el amor a su mamá y a su familia, no quiere traicionarlos”. No hubo necesidad de decir más. Dos días después, su madre me visitó para informarme que Elizabeth había fallecido, después de que ella le había prometido que iba a estar bien e iba a cuidar a su papá y a su hermanito.

Finalmente, comentó: “después de algunos días, me hice un poco más valiente y fui capaz de tenerle miedo al dolor, al sufrimiento, a las quimioterapias. Ahora, creo fui mas valiente para enfrentar la muerte de mi amada Mónica. Pero lo que creo que me hace ser aún más valiente es el poder enfrentar mi vida, con todo lo que he vivido y saber y sentir, que pude ayudar a mi hija para que muriera tranquila, en paz, sabiendo que yo, siempre la recordaré con amor”.

Un niño se aferra a la vida a pesar de su sufrimiento, mientras no desaparezcan los asuntos que siente tiene pendientes.

Debemos tener presente que los niños cuentan con recursos que en más de una ocasión nos asombran por la manera en que responden y se sostienen en

situaciones más que difíciles. Considero que nuestra práctica debe apuntar a rescatar y resaltar la potencialidad de los niños para ayudarlos a aliviar el sufrimiento.

En psicoanálisis y medicina hay dos campos de saberes diferentes, es decir, hay dos posiciones diferentes en torno al saber, con un único y mismo discurso, el del sujeto que viene a hablar de lo que le sucede.

La escucha analítica difiere de lo que es la escucha o a veces la mirada médica. El analista se coloca en una posición no saber, un no saber acerca de los síntomas del paciente. Ofrecerse allí como sujeto supuesto al saber no va en la línea de detentar el saber, en todo caso si hay un saber que funciona a priori para el analista es un saber sobre la existencia del inconsciente. Para el médico la cuestión en éste primer encuentro con el paciente se plantea de manera diferente. Debiendo llenar una ficha técnica, la anamnesis que inicia intenta determinar de la forma más exacta posible el lugar que dentro de la nosología vigente le corresponde al paciente, pudiendo establecer a su vez la indicación correspondiente al cuadro.

Ahora, cuando se plantean dificultades en éste primer tiempo de trabajo clínico compartido, las mismas no surgen necesariamente como consecuencia de la posición asimétrica ocupada por analista y médico. Esta generalmente permite el sostenimiento o en el mejor de los casos el intercambio entre ambas lecturas del discurso del paciente y posibilita determinar la estrategia a seguir con él. Las dificultades se hacen presentes fundamentalmente cuando se da una superposición de lugares que lleva por marca la confusión en el paciente, pero solo podemos dar cuenta de ello en cada caso en particular pensando a posteriori, cuándo y por qué surgió un obstáculo.

La relación médico-paciente consiste básicamente en un encuentro entre un sujeto que demanda y otro que encarna un supuesto saber que posibilitará salir de una situación de padecimiento en relación a su cuerpo.

Para la ciencia, el cuerpo orgánico es constituido como un objeto cognoscible. Con su saber referencial asentado en la literatura médica, el profesional tratará de dar cuenta de los signos que encuentre en los comentarios manifestados por el paciente, en el cuerpo y en los estudios complementarios que mapean el organismo en cuestión.

La demanda en análisis es inconsciente. No concierne al organismo, tiene que ver con el campo de la subjetividad, con las dimensiones que en el sujeto dan cuerpo a su organización libidinal, es decir, con aquello que tiene que ver con sus afectos, sus gustos, sus deseos y sus angustias. Por tanto, esta demanda desborda a la escucha científica, pues no se responde desde la biología.

Este plano de la demanda está presente todo el tiempo, no en el sentido sino en el texto mismo del decir del sujeto; no se trata de otras palabras, sino de otra escucha y de otro saber, desde donde se puede captar esta dimensión.

No es suficiente que uno se haga cargo de las demandas conscientes, es decir, aquellas que son circunscriptas al cuerpo orgánico. Además hay que escuchar las demandas inconscientes del paciente.

CONCLUSIONES

El concepto de salud mental es de difícil definición. Varias son las causas.

I.

1. Se trata de un concepto cuyo contenido es, en gran medida, valorativo.
2. Las distintas evaluaciones de los síntomas y procesos –tanto afectivos, cognitivos y comportamentales que se utilizan para designar a una persona o grupo social como sano o enfermo- varían según las representaciones sociales y paradigmas científicos dominantes en cada cultura y período histórico.
3. El que una persona sea considerada como enferma, no sólo depende de alteraciones de su personalidad sino de las actitudes de la sociedad con relación a ese tipo de alteraciones.
4. Estos hechos nos demuestran la importancia de los valores sociales en la definición de salud o enfermedad mental.

En todas las sociedades se realiza una distinción entre la persona que evidencia una alteración de su conducta de carácter crónico y la que muestra dichas alteraciones en situaciones socialmente aceptadas y normativamente sancionadas como pueden ser los ritos o los actos religiosos. Un mismo comportamiento puede ser evaluado de distinta forma según el contexto social en que se realiza. Sociólogos como Goffman (1976) llegan a definir la enfermedad mental no como un conjunto de síntomas claramente delimitables sino como una "incorrección situacional". Estas "incorrecciones situacionales" reflejarían una ruptura en las reglas sociales que definen la interacción comunicativa.

II.

1. Los procesos psicológicos asociados con la salud o la enfermedad mental pueden ser descritos de formas diversas según los diferentes modelos psicológicos y médicos.
2. En cuanto a las representaciones populares de la enfermedad mental se distinguen cuatro grandes fases:
 - A. Se consideraba a la enfermedad mental como posesión diabólica o inspiración divina;
 - B. la enfermedad como desviación social,
 - C. la enfermedad mental como enfermedad física y,
 - D. una concepción basada en diferentes modelos psicológicos y socio-genéticos.

La variedad de modelos explicativos y la persistencia de diferentes representaciones sociales de la enfermedad mental hacen inviable un criterio de definición único de salud o enfermedad mental.

III.

1. Existen criterios diferentes para la definición de salud o enfermedad mental.
2. Los trastornos mentales pueden ser socialmente reconocidos a través del diagnóstico o a través de un enfoque epidemiológico en el que el objetivo es dar cuenta del tipo y severidad de los síntomas antes que la clasificación de las personas como mentalmente sanas o mentalmente enfermas.
3. Los criterios para el diagnóstico de las enfermedades mentales, si bien varían, tienen en la actualidad, desde la Psiquiatría, un punto de referencia básico en los criterios de diagnóstico del DSM-IV, "Manual estadístico y de diagnóstico de los trastornos mentales". Los criterios principales para el diagnóstico son la existencia de sintomatología, el comportamiento social desajustado y la duración prolongada de los síntomas.
4. Las categorías de diagnóstico son, además, mutuamente excluyentes.

5. Los diferentes criterios utilizados para diagnosticar a aquellas personas que tienen problemas de salud mental establecen, en ocasiones, una realidad superpuesta a los problemas reales, cognitivos y/o emocionales de las personas.

IV.

Existe también una notable confusión entre los términos salud y enfermedad mental.

1. Ambos conceptos no son condiciones que permitan definir a la una como la ausencia de la otra. - Una persona puede tener problemas de salud mental y no estar mentalmente enferma.- Mientras que los criterios convencionales para definir la enfermedad mental siguen los criterios de diagnóstico anteriormente reseñados, los estudios sobre salud mental consideran a ésta como un continuo en el que se reflejan diferentes grados o niveles de bienestar o deterioro psicológico.

V.

Mientras que los conceptos de salud y de enfermedad mental son tanto la expresión de problemas de tipo emocional, cognitivo y comportamental como realidades simbólicas construídas cultural e históricamente en la propia interacción social. Las concepciones de la salud y de la enfermedad varían según los enfoques teóricos y criterios de diagnóstico utilizados, por las concepciones filosóficas, morales y psicológicas vigentes como por los modelos médicos predominantes. Ambas aproximaciones tienen una carga valorativa que explica por qué las definiciones de lo que es normal y lo que es patológico varían de una sociedad a otra y de un grupo social a otro.

VI.

Pensar en la intervención psicológica en los equipos de Salud del Hospital Público es una apuesta en los tiempos que corren; más si esta intervención está vehiculizada por el discurso psicoanalítico, el cual porta una verdad, que viene a

romper con los consensos; con lo prescriptivo; con el imperativo de la felicidad eterna que la época impone; con su empuje a lo adaptativo; a la normalidad; al equilibrio.

VII.

No es el interés del psicoanálisis operar como lo hace la ciencia, homogeneizando a los sujetos con sus experiencias, con el consecuente borramiento de la subjetividad, teniendo en cuenta que las marcas que cada sujeto porta por el hecho de ser sujeto del lenguaje, constituyen la singularidad; concepto por excelencia a no perder de vista en la praxis psicoanalítica. Lo que hace necesario atreverse a intervenir en territorio médico, trabajar a la par de los médicos y mostrar una posición decidida de asistir al paciente.

VIII.

No se puede someter a la subjetividad a tiempos determinados de curación, ni determinantes para todos cuando hablamos de salud mental.

IX.

Los nuevos desafíos a que el psicoanálisis y los psicoanalistas hemos de enfrentar van determinando una modificación sustancial de nuestra práctica, haciendo nos transformemos en un objeto más dúctil, más maleable, más al alcance de todos, a fin de no sólo responder a las llamadas nuevas angustias y nuevos síntomas, sino también para que podamos aportar alguna respuesta a las tragedias que viniendo del campo de lo social - pobreza, marginalidad, falta de sostén propio - irrumpen en la subjetividad moderna creando nuevas causas para el sufrimiento subjetivo. Aspectos que nos conducen, de forma obligada, a una renovación de los paradigmas clásicos de la práctica analítica.

X.

Será en las salas de internación, en los consultorios, en los pasillos del hospital, en la terapia intensiva o en el servicio de urgencias. En todo espacio donde haya lugar para a-guardar la palabra, donde el analista responderá orientado desde las premisas mismas de la práctica psicoanalítica: la apuesta al sujeto del inconsciente, ya que:

- Sabemos que la realidad del sujeto está en el inconsciente y en el inconsciente lo que habla es el discurso del otro / es en este discurso en donde queda atrapado no sólo un sujeto, sino toda una familia, y es introducido por el registro del lenguaje, por la función del símbolo.
- Para que alguien pueda reconocerse como "yo" "tiene que pasar por un determinado proceso, el cual implica una relación al otro, quién le va a permitirse situarse como otro, como un yo. Es un proceso de diferenciación pero a la vez de identificación con el otro. El "yo" es otro también porque se constituye a través de la imagen del semejante. No hay otra forma de constitución.
- Un sujeto se constituye en un universo de lenguaje, que le viene de otro que lo habla, que penetra en él, que lo constituye y, que bajo esas leyes del lenguaje se constituye un sujeto y su pensamiento.
- El sujeto no puede todo, se encuentra con determinaciones que lo exceden en su voluntad, pensamiento, intencionalidad, dice más de lo que quiere decir, ejemplo: actos fallidos, olvidos, síntomas. Todo esto que aparece como un exceso en un manejo que alguien puede tener de su propio pensamiento o accionar. Esta excedencia es lo inconsciente. Lacan nos dice que el inconsciente es esa porción del discurso que escapa a la disposición o control consciente del sujeto.

XI.

En el encuentro entre analista y paciente se apuesta a la eficacia de la palabra, por tanto:

- Si partimos de que el inconsciente está estructurado como un lenguaje, debemos trabajar en relación a la existencia del inconsciente.
- Operaremos entonces con palabras, para que puedan funcionar como sutura de la cadena rota.
- Para operar con la palabra debemos primero ofrecer una escucha, y quien escucha, no ofrece sólo la oreja, sino también su mirada, su voz, todo su cuerpo.
- “Engancharnos” con un semejante, para que el hablar sea un tiempo de identificación con otro semejante también atravesado por el lenguaje.
- Haremos de soporte imaginario para que el paciente pueda hablar. En este sentido, ante el “no le importo a nadie”, apelar por ejemplo (caso por caso) al “a mí me interesa escucharlo.
- Las intervenciones se apoyarán en el imaginario, ya que casi siempre no hay significación funcionando. Recuperada la eficacia de la palabra, se podrá operar desde lo simbólico.
- Debemos trabajar en la dirección de que el sujeto pueda pasar de esa aseveración sin implicancia, a la formulación de una pregunta por lo que le sucede.

Se trabajará en la dirección de que se pase de lo imaginario a lo simbólico. Que se pueda reconocer y decir que sufre por algo.

XII.

El objeto de intervención y análisis es la salud mental de la población es un espacio institucional compartido...respetando tanto perspectivas comunes como especificidades. De ahí que:

- Es necesario trabajar bajo la premisa del respeto y sobre todo el aprovechamiento de potencialidad de las diferencias y especificidades disciplinarias y por otro lado, la integración en el trabajo común.

Es necesario tomar en cuenta las diferencias en la formación de base entre psicólogos, psiquiatras, otras especialidades médicas y analistas.

XIII.

Se ha de apostar a que los servicios de Salud Mental dejen de ser lugares aislados, con infraestructura precaria y lamentable, a la manera de un mal necesario e incómodo.

XIV.

Jerarquizar nuestra tarea depende de un ánimo esforzado y de una seria preocupación por pensar adecuadamente nuestros conceptos, articulando clínica y teoría.

XV.

La habilidad para insertarse en la práctica institucional, trabajando a la par de los médicos, depende de la posibilidad de sostenerse, básicamente, con una adecuada conceptualización.

Corolario psicoanalítico:

Después de concluido el trabajo, se abre para mí una gran interrogante: ¿Qué sucede con aquellos niños que deben separarse de sus Mamás por requerir tratamiento médico en unidades de terapia intensiva? ¿Cómo pueden superar situaciones dolorosas sin que sus Madres y Padres los acompañen? ¿Cómo pueden esas Madres y Padres soportar la separación y luego el reencuentro con alguien sufriendo? ¿Cómo influye este sufrimiento en la relación entre padres e hijos?

Corolario hospitalario:

Otro aspecto interesante de la experiencia en un hospital pediátrico, es el rol del pediatra que lleva adelante la consulta se convierte en foco de atención. Al principio con una mirada juzgadora, por parte del equipo de salud mental, sobre su accionar: no respeta a los niños, no le habla, no toman en cuenta a la madre, hace todo demasiado rápido. Lo cual genera un interesante intercambio entre los diferentes profesionales cuando se les escucha, cuando se les abre un espacio propio. Donde los pediatras pueden expresar cuales son las tensiones a las que están expuestos: la cantidad de pacientes que deben atender en una mañana, la necesidad de centrar en las situaciones de riesgo posible y, en muchos casos, la inexperiencia y la falta de contención a la que están expuestos. Y también se pone en evidencia la ausencia de un marco teórico referencial a través del cual poder mirar y escuchar lo que de otro modo sólo se percibe como "crítica destructiva". Vale la pregunta, aquí también: ¿qué lugar para el médico en este contexto? ¿Cuál es su función, acorde a los avances científicos?

BIBLIOGRAFÍA

- Alexander, F. 1962. "Psiquiatría dinámica". Argentina. Paidós.
- Alexander, FG; Selesnick, S. 1966. "The History of Psychiatry". N.Y. Ed. Harper & Row.
- Arredondo, A. 1992. Análisis y Reflexión sobre Modelos Teóricos del Proceso Salud-Enfermedad. Revista de Salud Pública, Rio de Janeiro 8(3) pp. 254-261.
- Belloch, A. 1995. "Manual de Psicopatología Clínica". Ed. Paidós, Buenos Aires.
- Carrada, T. 2000. "Prevención de las enfermedades en la práctica clínica". Avances Recientes y Perspectivas. México: INER. Vol. 13. pp. 51-62.
- Carrada, T. 2000. "La promoción y la cultura de la salud". Estrategias del porvenir. Directiva Médica. México: INER. Vol. 4. pp. 30-34.
- Caso, A. 1989. "Fundamentos de Psiquiatría". México. Ed. Limusa.
- Castellanos P. 2000. "Sobre el concepto de salud-enfermedad. Descripción y explicación de la situación de salud". Boletín Epidemiológico. OPS. 10 (4).
- Ellenberger, E. 1976. El descubrimiento del inconsciente. Historia y evolución de la psiquiatría dinámica. Cap. VII. Editorial Gredos. Madrid.
- Ey, H. 1979. "Tratado de Psiquiatría"- Ed. Masson, Barcelona.
- Faher, R. 2000. "Manual de Psiquiatría". Argentina. Ed. La Prensa Médica, Fundación Roemmer.
- Federico II, rey de Alemania. [http://es, wikipedia. Org/wilki/Federico II.](http://es.wikipedia.org/wiki/Federico_II)
- Freud, Sigmund. 1980. "El malestar en la cultura". Obras Completas, T. 21, Ed. Amorrortu. p. 76,77
- Freud, Sigmund. 1980. "Más allá del principio del placer". Obras completas, T, 18. Ed. Amorrortu. p 52

- Freud, Sigmund. 1973. "Obras Completas". Tomo III. Tercera Edición, Biblioteca Nueva España.
- Galeno, C. 1977. "Sobre la localización de las enfermedades". Madrid. Ed-Gredos.
- Gelda, M; Gath, D; Mayour, R. 1993. "Psiquiatría Interamericana". Ed. McGraw Hill, México.
- Giampino, S. 2002. "¿Son culpables las madres que trabajan?". Ed. Siglo XXI, México.
- Goffman, E. 1976. "Síntomas psiquiátricos y orden público". En L. Forti (Comp). "La otra locura". Tusquets Editor, Barcelona.
- González Rey, Fernando. 2000. Investigación Cualitativa en psicología. Thomson Editores, México.
- Good, H. 1980. The Meaning of symptoms. A Cultural Hermeneutic Model for Clinical Practice. The Relevance of Social Science for Medicine.
- Holland, J, Rowland, J. 1989. "Handbook of Psychooncology". Psychological care of the patient with cancer. Oxford University Press.
- Hipócrates. 1976. "La Medicina Hipocrática". Madrid: CSI.
- Hipócrates. 1976. "Sobre los aires, las aguas y los lugares". In: Laín Entralgo, P. editor. La Medicina Hipocrática. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- Infante N.B.de y Alvarez L. 1987. "Los procesos de trabajo y de salud-enfermedad: una relación dialéctica" Rev Educ. Medic. Y Salud N° 21 (2)92.
- Jackson, Stantey. 1986. "Historia de la melancolía y la depresión". Desde los tiempos hipocráticos hasta la época moderna. México. Ed. Turner.
- Jaine, A; Talarn, A. 2000. "Manual de Psicopatología Clínica". Ed. Paidós, Buenos Aires.
- Jean Clavreul. 1983 "El Orden Médico". Argot. Barcelona.
- Kaplan, H; Sadock, B. 1997. "Tratado de Psiquiatría". Ed. Inter Médica, Buenos Aires.
- Kleinman A. 1980. Patients and Healers in the Context of Culture. Berkeley: University Press.

- Kolb 1951. "Psiquiatría Clínica Moderna" México. Ed. Prensa Médica Mexicana.
- Lacan, J. 1965. "Seminario 12. Problemas cruciales para el psicoanálisis". Sesión 12. Obras completas de Lacan en C.D.
- Lacan, Jacques. 1983. Seminario 2. "El yo en la teoría de Freud y en la teoría psicoanalítica". Buenos Aires. Paidós.
- Lacan, Jacques. 1965. Seminario 12. Problemas cruciales para el psicoanálisis. Clase del 10 de marzo.
- Lacan, J. 1965. "Seminario 12. Problemas cruciales para el psicoanálisis". Sesión 12. Obras completas de Lacan en C.D.
- Leclair, S. 1982. "Desenmascarar lo Real". Buenos Aires: Paidós. pp. 9, 11, 18, 23, 40-46.
- Lundin R.W. 1984. "Teoría de los Humores". N.Y. Ed: John Wiley & Sons.
- Marcelli, D., Ajuriaguerra, J. 1966. "Psicopatología del niño". Ed. Masson. 3ra. Edición.
- Mead G. 1971. "Espíritu, persona y sociedad" Ed. Paidós. Bs. As.
- Méndez, J. "Intervención emocional y conductual para el niño con cáncer y su familia". Gaceta Mexicana de Oncología. Vol. 4. Num. 3.
- Miller, J.A. 1991. "Lógicas de la vida amorosa". Manantial Buenos Aires. p.71
- Moreno-Altamirano, 2007. L. Reflexiones sobre el Trayecto Salud-Padecimiento-Enfermedad-Atención: Una Mirada Socioantropológica. Salud Publica México 49(1). pp. 63-70.
- Nasio. J. 2000. "Enseñanza de siete conceptos cruciales del Psicoanálisis", Ed. Gedisa, Barcelona.
- Nasio, J. 1986. "El Magnífico Niño del Psicoanálisis". España: Gedisa. pp. 13-27, 35, 51, 58-62, 75-83, 129, 136-139, 152-156.
- Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/es/>. 7 de abril de 2007.
- Parsons T. 1951. The Social System. Nueva York: Free Press 1951.

- Parsons T. 1964. Social Structure and Personality. Nueva York: Free Press.
- Parsons T. 1968. Action Theory and Human Condition. Nueva York: Free Press.
- Paste, Jacques, Quéfel, Claude. 1987. "Historia de la Psiquiatría". México. Fondo de Cultura Económica.
- Paz, J. R. 2004. "Psicopatología". Sus Fundamentos Dinámicos. Buenos Aires: Nueva Visión. pp. 131-151.
- Piña, B. 1990. "Modelos de explicación sobre la determinación del proceso Salud-Enfermedad. Factores de riesgo en la comunidad". Tomo I, México, D. F.: Universidad Autónoma de México.
- Platón 1973. "Los diálogos de Platón". N.Y. Ed. Random House.
- Pommier, G. 1999. "Los cuerpos de la posmodernidad". Editorial Nueva Visión, Argentina.
- Quevedo E. Y Hernández M. 1990. "La Articulación del Conocimiento Básico Biológico y Social en la Formación del Profesional de la Salud: Una Mirada desde la Historia" Rev. Educ. Medic.- y salud
- Ristich, M. 1970. "La locura a través de los siglos". Barcelona. Bruguera S.A.
- Saurí, JJ. 1969. "Historia de las ideas psiquiátricas"- Ed. Carlos Lohlé. Buenos Aires.
- Sendrail, M. 1983. "Historia cultural de la enfermedad". Madrid: Espasa-Calpe,.
- Sofouan, M. Angustia, 1989. Síntoma, Inhibición. Buenos Aires: Nueva Visión. pp. 9-23, 65.
- Spilka, J. 1973. "Bases para una Psicopatología Psicoanalítica". Buenos Aires: Kargieman. pp. 11-20, 31-51.
- Susser M. 1973. Causal Thinking in the Health Science. Nueva York: Oxford University Press.
- Sánchez Frías Salvador. 2007. Tesis de Maestría "La esencialidad humana, un asunto del saber para el psicoanálisis." Pág. 87, UAQ.

- Trianes, MV. 2002. “Niños con estrés”. ¿Cómo evitarlo, cómo tratarlo? Ed. Alfaomega.
- Turubian, J. 1995. “Cuadernos de Medicina de Familia Comunitaria”. Una Introducción a los principios de medicina de familia. Ed. Diez de Santos, Madrid. pp. 347-551.
- Valas, P. 1988. “El cuerpo en la biología, medicina y psicoanálisis”. Vectores Especial Psicosomática.
- Vallejo, J. 1980. “Introducción a la Psiquiatría”. Ed. Científica Médica. Barcelona.
- Vallejo, J. 1991. “Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría” Ed. Salvat, Barcelona. 3ª edición.
- Vidal, G; Alarcón, R. 1986. “Psiquiatría”. Ed. Panamericana, Buenos Aires. 1ª edición.
- Villaseñor, Bayardo, 2003. et al. La Cultura y las Enfermedades Mentales. Mitos y Realidades de la Psiquiatría. Num 30. pp. 1-4.
- Weiner, D. 2002. “La medicina de la mente”. México. Fondo de Cultura Económica.