

**SALUD MENTAL:
EL AVANCE
DE LA REACCIÓN**

ÁNGEL BARRACO

**SEPARATA:
PSICOSOMÁTICA, HOY**

CHRISTOPHE DEJOURS

**ÁREA CORPORAL: ¿A QUIÉN
LE GUSTAN LOS VIEJOS?**

RICARDO IACUB

REVISTA

TopiA

**PSICOANÁLISIS
SOCIEDAD
CULTURA**

\$9

www.topia.com.ar

AÑO XVIII - NÚMERO 53 - AGOSTO - OCTUBRE 2008

**TOPÍA EN LA CLÍNICA
EL PSICOANALISTA
TRABAJA EN EQUIPO**

**ALEJANDRO VAINER,
DIEGO GONZÁLEZ CASTAÑÓN,
MARCELO SILBERKASTEN Y
SUSANA RAGATKE**



**El cuerpo
El cuerpo
como
subjetividad**

**LA CURIOSA ANATOMÍA
DEL ALMA**

ENRIQUE CARPINTERO

**LOS OTROS CUERPOS.
MONSTRUOS EN EL CINE**

HÉCTOR FREIRE

**EL CUERPO MALTRATADO Y
MAL-TRATADO**

CARLOS CARUSO

CORDÓN UMBILICAL TELEFÓNICO

CÉSAR HAZAKI

EL TRABAJO DE REHABILITACIÓN

MARIO WORONOWSKI

**ÉTICA DEL FINAL DE LA VIDA
GUILLERMO SEMENIUK**

SUMARIO:

Editorial: La curiosa anatomía del alma <i>Enrique Carpintero</i>	3
Dossier: El Cuerpo como subjetividad	
Los otros cuerpos (monstruos en el cine) <i>Héctor Freire</i>	6
Cuerpo, escena, máscara en la clínica contemporánea <i>Mario Buchbinder, Mónica Groisman, Cristina Pausa, Cristina Pinal</i>	8
El cuerpo <i>Eduardo Sartelli</i>	9
El cuerpo maltratado y mal tratado <i>Carlos Caruso</i>	10
Cordón umbilical telefónico <i>César Hazaki</i>	11
Área Corporal:	
¿A quién le gustan los viejos? <i>Ricardo Iacub</i>	12
Separata: Psicósomática <i>Christophe Dejours</i>	13
Topía en la clínica: El psicoanalista trabaja en equipo	
El psicoanalista en equipo. Un obstáculo contratransferencial <i>Alejandro Vainer</i>	17
Cuestionario: El psicoanalista trabaja en equipo <i>Diego González Castañón y Marcelo Silberkasten</i>	18
Cuerpos apropiados. El llamado Síndrome de Muchhausen por procuración <i>Susana Ragatke</i>	20
Ética del final de la vida <i>Guillermo Semeniuk</i>	21
Debates en Salud Mental	
Problemas teóricos. Cuestiones prácticas. El trabajo de rehabilitación en la externación asistida. <i>Mario Woronowski</i>	23
Salud Mental en la ciudad de Buenos Aires: el decidido avance de la reacción <i>Ángel Barraco</i>	24
Las Palabras y los Hechos	26
Contratapa Des-haciendo Buenos Aires <i>Asociación de profesionales Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez"</i>	

Topía se acerca bastante a un concepto que utilizo en mi práctica institucional como psicoanalista. En cierta forma, es una redefinición "moderna" de la Utopía. Porque la utopía redefinida así, modernamente, no es un lugar, sino que es lo contrario de la renegación. La renegación es negar una realidad social en la que se está inmerso, o negar las características de esta realidad social, y negar que se niega. Esto tiene un ejemplo exaltado y paradigmático en toda la época de la represión integral donde precisamente, lo que se buscaba era que la gente negara las situaciones siniestras que estaban aconteciendo... Esta definición moderna de utopía, no solamente tiene la fuerza clásica de la utopía, de proponerse una instancia distinta, sino que es en función de una cosa muy tópica: negarse a aceptar aquellas cosas que niegan la realidad. **Fernando Ulloa**

Año XVIII - N° 53 - AGOSTO 2008
DIRECTOR
Enrique Luis Carpintero
COORDINADOR GENERAL
Alejandro Vainer
COORDINADOR INSTITUCIONAL
César Hazaki
ASESORA AREA CORPORAL
Alicia Lipovetzky
ARTE Y DIAGRAMACION
Víctor Macri
CONSEJO DE REDACCION
*Susana Toporosi/Héctor Freire /
Alfredo Caeiro/ Susana Ragatke/ Carlos Barzani
Alejandro Maritano / Alicia Lipovetzky*
Corrección: *Mario Hernandez*
Colaboradora: *María Laura Ormando*
CONSEJO DE ASESORES
Fernando Ulloa - In Memoriam
Miguel Vayo
Gilou García Reinoso
Juan Carlos Volnovich
Horacio González
Monika Arredondo
Alfredo Grande
Ángel Rodríguez Kauth (San Luis)
Angelina Uzín Olleros (Corresp. en Entre Ríos)
Olga Roschovsky (Corresponsal en Uruguay)
Luciana Volco (Corresponsal en Francia)
Roxana Hidalgo (Corresponsal en Costa Rica)

Los títulos de tapa son responsabilidad de los editores.

DISTRIBUCION CAP. FEDERAL:
MOTORPSICO
INTERIOR: Dist. AUSTRAL DE PUBLIC. S.A.
IMPRESO EN SU IMPRES
TOPIA INTERNET
Andrés Carpintero
(Diseño y programación)
PROPIETARIOS Y EDITORES
de Topía revista
Enrique Luis Carpintero
César Hazaki / Alejandro Vainer
EDITORES asociados
*Alfredo Caeiro, Susana Toporosi, Héctor Freire,
Susana Ragatke, Carlos Barzani, Alejandro
Maritano*
INFORMACION Y SUSCRIPCIONES
TEL.: 4802-5434/ /4326-4611
4551-2250
Correo electrónico: revista@topia.com.ar
INTERNET: Home Page:
www.topia.com.ar
CORRESPONDENCIA
Juan María Gutiérrez 3809 3° A
(1425) Capital Federal
Los editores se reservan los derechos de los
artículos publicados.

Registro Nacional de la Propiedad Intelectual N°
677945. I.S.S.N.1666-2083. Las opiniones expresadas en
los artículos firmados son responsabilidad de sus
autores y no necesariamente coinciden con la de los
miembros de la redacción. Se permite la reproducción
total o parcial con la autorización correspondiente.

NOTA DE LOS EDITORES

Este número de **Topía** llega a sus manos con algunos cambios que van desde la tapa hasta cuestiones de diagramación, contenidos y organización de la revista. Estas modificaciones se orientan para poder acercar mejor lo que tenemos para transmitir a nuestros lectores. Algunos cambios también irán llegando en las próximas ediciones. Pero vayamos a este número, que es mucho. Esta **Topía** que tiene en sus manos. El *dossier* se centra en "El cuerpo como subjetividad". Es decir, el cuerpo como experiencia vital de nuestra experiencia humana. Para ello comenzamos con el artículo editorial de Enrique Carpintero, donde desarrolla la tesis de definir al cuerpo "como el espacio que constituye la subjetividad del sujeto." Luego de esta profunda propuesta conceptual se abren diferentes perspectivas sobre la temática. Héctor Freire aborda el cuerpo de los monstruos en el cine. Eduardo Sartelli analiza el lugar del cuerpo en el capitalismo. Carlos Caruso el maltrato al cuerpo en la actualidad. César Hazaki devela cómo el uso del celular ha transformado las relaciones en nuestra vida cotidiana. La sección de área corporal tiene un texto de Ricardo Iacub donde trabaja una temática específica: el erotismo en la vejez. La separata elegida también profundiza en el cuerpo como subjetividad. Para ello Christophe Dejours, el autor de *La banalización de la injusticia social*, nos envió especialmente un artículo donde define las distintas corrientes actuales en psicósomática. Topía en la clínica aborda una cuestión clave para profundizar el trabajo con nuevos dispositivos psicoanalíticos: el trabajo clínico en equipo. Alejandro Vainer refiere sobre la problemática contratransferencial que implica trabajar en equipo. Diego González Castañón y Marcelo Silberkasten reflexionan sobre sus propias experiencias respondiendo a las preguntas formuladas por el Consejo de Redacción. Siguiendo en

cuestiones clínicas, Susana Ragatke se ocupa del Síndrome de Munchhausen por procuración. Una lectura atenta merece el artículo "Ética del final de la vida", de Guillermo Semeniuk. En el mismo reflexiona y hace reflexionar, desde su perspectiva de médico, acerca de la cuestión del morir bien. Todo un tema. La sección Debates en Salud Mental, que iniciamos hace pocos números, llegó para quedarse. La defensa de la Salud pública y la desmanicomialización hoy se hacen más necesarias ante el avance del gobierno de Macri en un proyecto pseudotransformador de los manicomios cuyo único objetivo es realizar un gran negocio inmobiliario en el barrio de Barracas. Para ello su ministro de Salud, Jorge Lemus, se ha aliado con sectores corporativos que sostienen la hegemonía médica y la psiquiatrización de la Salud Mental. El importante texto de Ángel Barraco detalla el avance de esta reacción de la derecha macrista. Por otro lado, Mario Woronowski fundamenta el trabajo clínico de la rehabilitación en la externación, lo que permite la conceptualización de dispositivos que efectivamente contribuyan a la desmanicomialización y estén en funcionamiento. Finalmente, en la contratapa con el título "Des-haciendo Buenos Aires" encontramos cuál es el estado de la Salud en la ciudad, denunciado por la Asociación de Profesionales del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Una vieja canción dice que "todo cambia", pero pocas veces recordamos que en la misma poesía se dice que hay cosas fundamentales que son necesarias seguir manteniendo. **Topía** sigue siendo un lugar en el que el pensamiento crítico se encuentra con la actualidad de la cultura. Y seguiremos avanzando en diferentes cuestiones para pensar un psicoanálisis que permita reflexionar sobre los procesos de transformación en los tiempos que corren.

Topía en Internet Agosto de 2008 www.topia.com.ar

Editorial
La curiosa anatomía del alma
Enrique Carpintero
El síntoma y la raja
(a propósito de la articulación entre marxismo y psicoanálisis)
Cristián Sucksdorf
Documento del COGESAM
(Consejo General de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires)
La psicoterapia de grupo: algunas dificultades para su implementación.
Ruth Alejandra Taborda
Héctor Daniel Díaz
María Belén Piola
Cuerpo, escena, máscara en la clínica contemporánea
Mario Buchbinder - Mónica Groisman
Cristina Pausa - Cristina Pinal
Cuerpo y subjetividad.
Confesiones de un biólogo
Reportaje a Diego Golombek
Laura Ormando

Un abordaje relacional en un ámbito institucional.
Grupos psicoterapéuticos paralelos de padres e hijos
Mg. Elena Toranzo y colaboradores
Medicalización de la infancia: Una mirada desde la complejidad de los actores y las políticas
Silvia Faraone
El grupo comunitario de familias
Mario Wonorowski
Columnas
Memorias para el futuro
Final del Juego
Alejandro Vainer
Postales Argentinas
El viaje en colectivo que cambió un destino
Susana Ragatke

PARA RECIBIR INFORMACION DE NUESTRAS ACTIVIDADES SUSCRIBASE A NUESTRO BOLETIN. INSCRIBASE EN EL FORO TOPIA DE SALUD MENTAL Y CULTURA WWW.TOPIA.COM.AR

ENRIQUE CARPINTERO
Psicoanalista
enrique.carpintero@topia.com.ar

El cuerpo es el organizador de la complejidad que constituye al sujeto. De allí la importancia que tiene su conceptualización al trabajar con el padecimiento subjetivo.

Tratar de dar cuenta de las condiciones metapsicológicas del cuerpo implica hacerlo en el límite del adentro y del afuera, de la percepción y de la experiencia del mundo del sujeto en los niveles consciente, preconsciente e inconsciente. Es decir una subjetividad construida en la relación con un otro humano en el interior de una cultura.

El cuerpo propio cobra así una función de síntesis que marca los momentos esenciales del sujeto. De esta manera un brazo, una pierna, el hígado, una idea, un sueño, un lapsus, un movimiento, una casa, un puente representan manifestaciones de un cuerpo que dan cuenta de la capacidad simbólica del sujeto. Veamos algunos momentos de su desarrollo. Para ello vamos a actualizar algunas ideas expuestas en otros artículos editoriales y, en especial en el libro *Registros de lo negativo. El cuerpo como lugar del inconsciente, el paciente límite y los nuevos dispositivos psicoanalíticos*.

(Creemos necesario establecer que definimos *la simbólica* desde Freud. Desde allí conceptualizamos "el cuerpo como lugar del inconsciente". Fue E. Jones quien planteó algunas precisiones freudianas acerca del concepto de simbolismo en un sentido amplio y en un sentido estricto: "Toda experiencia psicoanalítica va a mostrar que las ideas primarias de la vida, las únicas que pueden ser simbolizadas -aquellas, a saber, concernientes al propio cuerpo, las relacionadas con la familia, nacimiento, amor, muerte- mantienen en el inconsciente a lo largo de toda la vida su importancia original y que de ellas derivan la mayor parte de los intereses secundarios de la mente consciente. Como la energía fluye de ellas y jamás hacia ellas y como constituyen la parte más reprimida de la mente, es comprensible que el simbolismo tenga lugar solamente en una dirección. Sólo lo reprimido está simbolizado; sólo lo que está reprimido necesita ser simbolizado. Esta conclusión es la piedra de toque de la teoría psicoanalítica del simbolismo".

Entre *la simbólica* freudiana y *lo simbólico* en Lacan existe una diferencia manifiesta. Para Freud el símbolo es producto de un mecanismo psíquico donde aparece una relación que une al símbolo con lo que lo representa por más complejas que puedan ser esas conexiones. Para Lacan el sistema simbólico es una estructura de lenguaje que se incorpora al sujeto al nacer. La relación con lo simbolizado es secundaria y está impregnada de lo imaginario.

La curiosa anatomía del alma

El alma y el cuerpo son un solo y mismo individuo, al que se concibe ya bajo el atributo del Pensamiento ya bajo el atributo de la Extensión.

Baruch Spinoza, Ética

Laplanche y Pontalis definen de esta manera el simbolismo: "A) En un sentido amplio, modo de representación indirecta y figurada de una idea, de un conflicto, de un deseo inconsciente; en este sentido, puede considerarse en psicoanálisis como simbólica toda formación sustitutiva. B) Modo de representación caracterizado principalmente por la constancia de la relación entre el símbolo y lo simbolizado inconsciente, comprobándose dicha constancia no solamente en el mismo individuo y de un individuo a otro, sino también en los más diversos terrenos (mito, religión, folklore, lenguaje, etc.) y en las áreas culturales más alejadas entre sí".

El espacio soporte

De todos los animales superiores, el ser humano es aquél cuyo nacimiento es más prematuro. Las consecuencias de este hecho marcan una estrecha relación entre el nacimiento y la muerte.

Las condiciones de inadaptación entre el organismo y el medio generan una dependencia absoluta entre el niño y sus progenitores. Toda ulterior autonomía debe ser conquistada gradualmente, ya que toda separación cobrará la forma del desamparo y el abandono. En este período hay una relación fusional entre el niño y la madre. **El poder soportar la angustia de muerte que padece el niño va a permitir que la madre genere su capacidad de amor. De esta manera crea lo que denominamos el espacio-soporte de la muerte como pulsión que va a posibilitar el necesario proceso de catectización libidinal ligándolo a la vida.**

El nacimiento implica que el niño va a tener un cuerpo separado del cuerpo de la madre. Es a partir de esta separación donde el interjuego de las pulsiones de vida y las pulsiones de muerte va conformando las zonas erógenas desde el lugar que ese niño ocupa en el deseo de los padres. Lugar que marca ese diálogo tónico-emocional entre el niño y los padres que en la kinestesia va a ir dibujando esa superficie cambiante del cuerpo erógeno.

De esta manera se va a constituir una "representación inconsciente primaria" a la que llamamos **imago corporal** y que representa los deseos y mandatos de los padres, en suma, su propio narcisismo. La **imago corporal** es diferente de la imagen corporal, en tanto es un "esquema imaginario adquirido" a par-

tir de las primeras relaciones intersubjetivas reales y fantasmáticas del niño con sus padres, es decir, de su ambiente familiar y social. Esta **imago corporal** inconsciente va a determinar la forma en que el sujeto se enfrenta a otro, manifestándose en sentimientos, comportamiento e imágenes.

Toda imago se define como una "representación inconsciente". Ella es más que una imagen. A partir de ella el sujeto se enfrenta a otro objetivándose tanto en sentimientos y conductas como en imágenes. En este sentido el concepto que planteamos de **imago corporal** es un esquema adquirido estructurante del **espacio soporte** de la pulsión de muerte. Esta va a ser reprimida primero al aparecer la pulsión escópica (la mirada) y, por lo tanto, la posibilidad de identificarse con una imagen completa en lo que se denomina la fase del espejo. Por último, a partir de la castración edípica esta represión va a determinar que sólo se puedan conocer las representaciones inconscientes que derivan de esta **imago corporal**.

EL CUERPO LO DEFINIMOS COMO EL ESPACIO QUE CONSTITUYE LA SUBJETIVIDAD DEL SUJETO. POR ELLO EL CUERPO SE DEJARÁ APREHENDER AL TRANSFORMAR EL ESPACIO REAL EN UNA EXTENSIÓN DEL ESPACIO PSÍQUICO.

Es en esta superficie donde la fantasía deja su sello, su marca. Y va conformando los "accidentes" particulares de esta geografía que es significada por el lenguaje. **Es que si la palabra, como expresión de los deseos y mandatos paternos, significa la experiencia corporal, es porque se identifica proyectivamente con un código de lenguaje que permite unificar esa experiencia fragmentada propia del cuerpo erógeno.**

De esta manera, si la pulsión es "uno de los conceptos del deslinde de lo anímico respecto de lo corporal", el cuerpo pulsional aparece en ese límite para indicar esa superficie definida por las zonas erógenas. Donde se forma esa **imago corporal** inconsciente como un esquema imaginario en el que van a encontrarse palabras y estímulos de sensibilidad profunda a partir del lugar que ese niño halla en las primeras relacio-

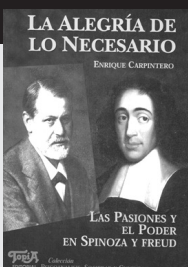
nes intersubjetivas con sus padres. Esta superficie aparece con diferentes características en la fantasía de cada sujeto y, para utilizar una frase de Freud en relación a la conformación del aparato psíquico, va construyendo "una curiosa anatomía del alma, que no hallaríamos en el investigador de la naturaleza".

(Spinoza supera la dicotomía cartesiana entre mente y cuerpo. Para Spinoza sólo existe una sustancia que tiene dos atributos: el atributo pensamiento (alma) y el atributo extensión (cuerpo). Esta perspectiva es la que desarrollamos en este texto. Por ello creemos apropiada la idea de "alma" tal como la expresa Freud. Los traductores de la versión castellana de las obras completas editadas por Amorrortu dicen: "Para el animismo mítico, las cosas inanimadas tienen en verdad alma, la cual no sería -entonces- sino una oscura percepción, proyectada al exterior, que el alma tiene de sí misma. Hay en la creencia mítica un núcleo verdadero (un razonamiento por analogía, basado en una proyección). La psicología freudiana tiene por objeto el 'alma', noción que antes perteneció al mito, la religión y la metafísica, y ahora se incluye dentro de una ciencia que expande de continuo sus fronteras en el campo del saber: intencionalidad presente en los textos de Freud y nuevo argumento a favor de nuestra opción terminológica (a pesar de ciertos usos de 'mente' en acepción más lata; 'alma' es más fiel también desde el punto de vista -no desdeñable- de la historia del pensamiento)".

Teresa se presenta en las primeras entrevistas como bulímica: "Desde la adolescencia tengo bulimia. Al principio tomaba laxantes. Luego descubrí que podía comer y escupir. A los 22 años estuve en tratamiento con un psiquiatra que me medicó. No pasó nada. En este momento estoy en una crisis emocional, con una gran depresión. Me cuesta levantarme. Duermo todo el día. Tuve un novio y me dejó por mi indiferencia ante la vida. Soy una compulsiva obsesiva que quiere tener todo bajo control. Una de mis obsesiones es el estudio. Lo único que me interesa es el estudio. Mis amigos, la familia, mis relaciones sociales me sacan del estudio".

Para Teresa el estudio era la barrera que ponía ante lo intolerable de su deseo. Era una brillante estudiante que había dedicado su vida al estudio. Tenía dos hermanos menores. Aludía que sus padres habían ejercido una gran sobreprotección. Teresa estaba identificada con su síntoma: era bulímica. Por ello se sorprendió que nunca mencionara su bulimia. Era una sorpresa que la tranquilizaba. Se había logrado re-crear en la transferencia un espacio-soporte libidinal y simbólico de la pulsión de muerte. Eviden-

La alegría de lo necesario. Las pasiones y el poder en Spinoza y Freud Enrique Carpintero



A partir del pensamiento de Spinoza y Freud el autor trata de comprender los problemas políticos y sociales actuales, hasta alcanzar, como psicoanalista, las sintomatologías donde predomina lo negativo y sugerirá el modo de enfrentarlas.

Del prólogo de León Rozitchner

Distribuye Catálogos - Informes y ventas: Tel. 4802-5434 / 4326-4611
editorial@topia.com.ar / www.topia.com.ar

2ª edición corregida y aumentada

temente me interesaba que pudiera encontrarse con sus representaciones inconscientes de su imago corporal donde el masticar y comer implicaba una relación con sí misma y con los otros. Teresa en nada siente placer ya que nada digiere. Todo lo escupe. Esto le pasa con sus parejas, sus amigos, la facultad. Se siente vacía. En una regresión oral sádica se encuentra atrapada por los efectos de la pulsión de muerte. Desde allí ejerce un control obsesivo de su cuerpo erógeno. Para ello invisibiliza su cuerpo.

La superficie de esa anatomía del alma

El síntoma requiere para entenderlo teóricamente una tópica del aparato psíquico, una energética pulsional, una dinámica de los conflictos, una referencia histórico-genética y los determinantes socioculturales. En éste se halla una red de significaciones y afectos que se insertan en una organización en la que se expresan fuerzas antagónicas: deseo y prohibición, pulsión y defensa. En el tratamiento van a encontrarse con resistencias que reeditan en la relación transferencial la fuerza que en otro tiempo actuó como represión. También lo resistido en acto que se manifiesta en los pacientes límites.

De esta manera el simbolismo del cuerpo permite entender que el mismo no se da de una vez para siempre sino que se va construyendo con la realidad fantasmática del sujeto en su relación con el otro en el interior de una cultura. Es así como el sujeto al hablar significa esa superficie del cuerpo erógeno donde en la neurosis de un obsesivo, va a ser una superficie que tendrá una consistencia dura, rígida, infranqueable.

En la histeria, ésta le servirá para poner distancia, límites.

Es que en la neurosis, el cuerpo, a través de sus síntomas, muestra la relación con las fantasías inconscientes, como demostró Freud en la histeria de conversión. Pero si bien el síntoma conversivo es una defensa característica de la histeria como formación psicopatológica, también se halla presente en el resto de las formaciones neuróticas.

En toda neurosis la conversión está señalando un cuerpo que se expresa simbólicamente y donde en los síntomas corporales "hablan" las representaciones inconscientes reprimidas, deformadas por los mecanismos de desplazamiento y condensación propios del proceso primario.

En la psicosis esta superficie va a aparecer quebrada, fragmentada, y cada fragmento, ilusoriamente, busca una unidad que su propia condición desmiente. Si la ausencia o el relativo fracaso de la represión primaria lleva -según Freud- a la psicosis, va a hallarse en el origen de la constitución del cuerpo en tanto lugar del inconsciente una "falla", un "agujero" que va a determinar esa superficie quebrada, fragmentada.

El síntoma hipocondríaco da cuenta de este cuerpo que es reemplazado por un órgano que va a transformarse en el centro de la vida -deberíamos decir de la muerte- del sujeto.

En la perversión aparece una superficie que el sujeto cree moldear a su antojo. Aquí van a surgir, en situaciones extremas, historias de ablaciones, utilización de prótesis; en definitiva, un cuerpo donde el disfraz y la máscara aparecen para negar la diferencia de sexos y la castración. Un cuerpo sostenido en la compulsión a la repetición y el sometimiento del otro. En definitiva un cuerpo domeñado por la pulsión de muerte.

Por último, en las llamadas "enfermedades psicósomáticas", esta superficie aparece con grietas donde emerge lo real orgánico.

No consideramos adecuado hablar de "enfermedades psicósomáticas" ya que en toda "enfermedad" están implicados lo psíquico y lo somático, en tanto en todo sujeto el organismo se constituye en un cuerpo pulsional.

Con esta denominación nos referimos a los procesos de somatización que hablan de un síntoma donde lo "anímico" trae como consecuencia una lesión de lo real orgánico, en el cual debe tenerse en cuenta tanto la no satisfacción de la sexualidad como la supresión de la agresividad.

En la conversión alguien puede tener lesionado o impedido de funcionar un determinado movimiento corporal, pero la estructura anatómica se conserva. En cambio, en los procesos de somatización, el órgano enfermo altera sus funciones y su estructura en distintos grados de patología que pueden implicar

EL PSICOANÁLISIS NO TRABAJA EXCLUSIVAMENTE SOBRE LA REALIDAD DEL MUNDO INTERNO, TAMPOCO SOBRE LOS COMPORTAMIENTOS DEL MUNDO EXTERNO. TRABAJA EN EL LUGAR DE ENCUENTRO EN QUE LA REALIDAD EXTERNA CONSTITUYE AL SUJETO Y ESTE HA DICHA REALIDAD. ESTE LUGAR LO DENOMINAMOS UN "ENTRE".

un riesgo de muerte.

La relación de significación entre la lesión orgánica y la historia personal del sujeto debe ser buscada en un déficit de esas "representaciones inconscientes primarias" que llamamos **imago corporal**. Allí va a encontrarse la existencia de una agresividad originaria que no pudo ser elaborada. Es que la musculatura está catectizada con una energía destructiva, y ésta deriva hacia afuera una pulsión que originariamente se descarga adentro.

En esta perspectiva sería conveniente volver a utilizar la vieja denominación de "neurosis actuales". La palabra actual está indicando que se presenta un conflicto en la actualidad y que éste es actualizado en el soma; al no poder ser simbolizado, determina la importancia de lo real orgánico.

Continuemos con la viñeta clínica de Teresa. "De chiquita era gorda. En segundo grado se produjo una situación que para mí fue un shock. Estaba en un colegio mixto donde me cargaban porque era gorda. Un chico en el recreo me tocó la cola. Cuando mi papá se enteró me cambió a un colegio de mujeres. Para mí fue tremendo, nunca me pude adaptar a esa escuela".

En una sesión me trae una foto cuando tenía 13 años y me dice: "Hay un antes y un después de esa foto. En esa foto era feliz. Luego comencé con mi inseguridad, con mis miedos y mis problemas con el comer". Le pregunto si en esa época comenzó su menstruación. Dice que sí: "En ese momento no pensaba en el sexo, la menstruación vino de golpe. Fue terrible". Luego continúa: "Cuando empecé la bulimia fue la catástrofe de mi vida. Fuera de mi casa no comía, en mi casa me comía todo. Hasta que descubrí que podía masticar y escupir. A los 15 años tuve un novio que me deslumbró. Pero nunca pude asimilar la relación. Nunca disfruté

la relación sexual. Me doy cuenta que mi cuerpo no existe, todo es racional. Siempre oculté mi cuerpo". El cuerpo de Teresa es una superficie marcada por un deseo que no puede expresarse a partir de una prohibición que la remite a su conflicto edípico. Esto la lleva a una crisis de identidad cuya falla se encuentra en su síntoma. Es que toda identidad es corporal ya que si nuestra imagen nos dice que tenemos un cuerpo, nuestra constitución como sujetos nos dice que somos un cuerpo y desde este cuerpo hablamos.

El yo-cuerpo como soporte de la pulsión de muerte

La conceptualización que realiza Freud, a partir de la segunda tópica del yo, esencialmente como un yo-cuerpo, nos va a permitir avanzar en la perspectiva que venimos desarrollando.

No vamos a dilucidar toda la problemática concerniente al yo en el psicoanálisis, aunque debe tenerse en cuenta que la forma en que se lo conceptualiza determinará una práctica terapéutica. Quiero aclarar que hablamos del yo (*Das ich*) en tanto estructura definida por la teoría psicoanalítica y no como sinónimo de sujeto.

Desde aquí es posible diferenciar dos aspectos del yo: uno es el yo-función. Este representa una subestructura del aparato psíquico que se desarrolla a partir del Ello a través del sistema percepción-conciencia. Sus funciones son: acceso a la motilidad, percepción, conciencia y mecanismos de defensa.

El otro es el yo-representación, que está dado por la imagen, por el conjunto de representaciones que el sujeto tiene de sí mismo y que incluye representaciones y afectos. Su constitución está anudada, fundamentalmente, a la problemática del narcisismo.

Tanto el yo-función como el yo-representación están relacionados y dependen el uno del otro. El yo-representación es una de las funciones del yo-función y, además, la manera en que el sí mismo se representa produce modificaciones en el yo-función.

Este yo-representación deriva de la "proyección de una superficie"; de esta manera se origina una distancia, una transformación de lo real orgánico al cuerpo producido por el deseo inconsciente y atravesado por el fantasma, el cual -como dice Freud- "es visto como un objeto otro".

Como dijimos anteriormente esta superficie está señalando la superficie del

cuerpo erógeno, en el cual la fantasía va dejando sus marcas y conformando una geografía particular en cada sujeto que va a constituir una "representación inconsciente primaria" que denominamos **imago corporal**. Esta es la superficie que se proyecta sobre el psiquismo para conformar el yo.

Por ello, no es como generalmente se entiende, o sea, que el yo forma al cuerpo, sino que éste engendra al yo. El cuerpo atravesado, marcado por estas fantasías que se juegan en la kinestesia que produce ese diálogo tónico-emocional entre el niño y la madre se proyecta sobre el psiquismo y posibilita la conformación de un yo matriz de las identificaciones ideales.

En éste aparecen los deseos y mandatos paternos configurando, en el período autoerótico, ese momento de complejidad correspondiente al narcisismo primario, y que, Freud lo señaló en una frase: *His Majesty the Baby*.

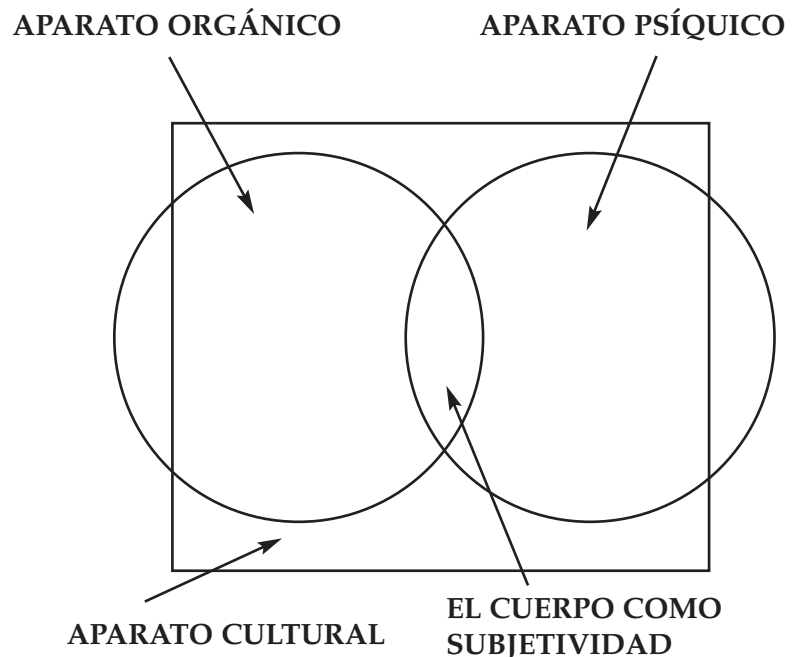
El pasaje del autoerotismo al narcisismo se debe a una "nueva acción psíquica" que le permitirá al niño encontrar en la identificación con el otro una imagen, una unidad e integración provisoria que su propia realidad corporal desmiente.

A diferencia del período autoerótico, el yo como objeto de amor del narcisismo es una representación unificada del sí mismo. En ella aparece la identificación primaria con un "otro", es decir la inter-nalización de una relación intersubjetiva con otro.

Precursora de lo que se denomina fase del espejo es la constitución de la **imago corporal**. Esta va a determinar la importancia del rostro de la madre. Lo que el niño ve en el rostro de la madre es a sí mismo. Si ella cumple esta función, el niño, a través de su sentimiento de omnipotencia, puede sentir que el objeto que se le presenta es un objeto subjetivo creado por él. Esto permite la creación de fenómenos u objetos transicionales que son la base de la experiencia y del sentimiento de vivir, ya que si mira se ve, es mirado y, por lo tanto, existe.

Esta posibilidad de reconocerse a través de la mirada de la madre, del otro, va a implicar la posibilidad de unificación de las pulsiones dispersas y fragmentadas de la sexualidad infantil.

En este período se constituye lo que denominamos el **espacio-soporte**. Debemos decir que el espacio y el tiempo son una superestructura que se agregan con posterioridad al proceso primario, el cual es por definición atemporal y aespacial. El espacio es en una primera ins-



tancia una superficie sin profundidad ya que es plana pues falta la tercera dimensión. De esta manera lo que denominamos el **espacio-soporte** se configura como primer organizador en la etapa oral como bidimensional. En la etapa anal aparece la dimensión en profundidad en tanto las pulsiones agresivas anales entran libremente en juego haciendo estallar el espacio bidimensional o la relación fusional madre-hijo. Esto prefigura el pasaje de esta relación fusional a la situación triangular que aparece en el complejo de Edipo y el complejo de Castración que permitirán el pasaje de esta relación dual a una relación de tres. De una realidad bidimensional a una realidad tridimensional. Esta relación triangular posibilitará el conocimiento de la diferencia de sexos, la prohibición del incesto y la construcción de un mundo donde las teorías sexuales infantiles serán resignificadas. De esta manera el niño pasa de las identificaciones primarias -yo-ideal-, en las cuales el cuerpo propio se irá constituyendo, a las identificaciones secundarias, el ideal del yo.

Es que, en términos topológicos, la imagen corporal, al igual que la **imago corporal** que constituye su base, es inconsciente y, por lo tanto, bidimensional. Faltará una dimensión -el volumen que ubicaría al cuerpo propio como una "realidad", en tanto éste sería tridimensional. El niño irá logrando esta dimensión en un proceso donde pasará del "yo de placer purificado", que se rige por el principio de placer-displacer, a un "yo real definitivo", en el que incorpora el principio de realidad. Es decir su realidad externa, pero también su realidad pulsional. De esta manera se constituye en un **yo-soporte** de las pulsiones de muerte.

Para finalizar con los fragmentos que estoy comentando de las sesiones de Teresa quisiera relatar un momento donde describe cual es la imagen que tiene de su cuerpo. "Venía en el colectivo y me acordé de algo que tenía muy guardado. Nunca lo conté. Cuando tenía alrededor de 5 años era gordita y los chicos me decían la ballena. Esto me daba mucha vergüenza. A los 9 años me fui de vacaciones con los chicos de la escuela y como extrañaba mucho a mi mamá no comí nada en todo ese tiempo. Así aprendí que era fácil bajar de peso y dejar de ser gordita. Pero siempre llevé encima la ballena. En realidad siempre adentro mío me siento una ballena. No importa lo que me diga la gente o lo que veo en el espejo yo me siento una ballena". Para Teresa la "va-llena" alude a ese cuerpo erótico que no debe alimentar. Ese cuerpo que la identifica como mujer y que tiene que escupir al precio de quedar vacía. Ese cuerpo dominado por la pulsión de muerte cuyo síntoma es la bulimia.

El cuerpo se constituye en el espacio de la subjetividad

Desde esta perspectiva podemos decir que el **cuerpo lo definimos como el espacio que constituye la subjetividad del sujeto. Por ello el cuerpo se dejará aprehender al transformar el espacio real en una extensión del espacio psíquico.** El carácter extenso del aparato psíquico es fundamental para Freud, ya que éste es el origen de la forma *a priori* del espacio: "La espacialidad acaso sea la proyección del carácter extenso del aparato psíquico. Ninguna otra deducción es verosímil. En lugar de las condiciones *a priori* de Kant, nuestro aparato psíquico. Psique es extensa, nada sabe de eso".

En este sentido puede decirse que al

cuerpo lo constituye un entramado de tres aparatos: el aparato psíquico, con las leyes del proceso primario y secundario; el aparato orgánico con las leyes de la físico-química y la anátomo-fisiología; el aparato cultural, con las leyes económicas, políticas y sociales. (Ver gráfico).

Entre el aparato psíquico y el aparato orgánico hay una relación de contigüidad; en cambio, entre éstos y el aparato cultural va a existir una relación de inclusión. En este sentido el organismo no sostiene a lo psíquico ni la cultura esta sólo por fuera: el cuerpo se forma a partir del entramado de estos tres aparatos donde la subjetividad se constituye en la intersubjetividad. Por ello la cultura está en el sujeto y éste, a su vez, está en la cultura.

Este cuerpo delimita un espacio subjetivo donde van a encontrarse los efectos del interjuego pulsional de las pulsiones de vida y de muerte. Allí la pulsión va a aparecer en la psique como deseo, en el organismo como erogeneidad y en la cultura como socialidad. **En este sentido el psicoanálisis no trabaja exclusivamente sobre la realidad del mundo interno, tampoco sobre los comportamientos del mundo externo. Trabaja en el lugar de encuentro en que la realidad externa constituye al sujeto y este ha dicha realidad. Este lugar lo denominamos un "entre". En este "entre" el sujeto psíquico no es ni pura interioridad, ni pura exterioridad ya que toda producción de subjetividad es corporal en el interior de un sistema de relaciones de producción.**

NO CONSIDERAMOS ADECUADO HABLAR DE "ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS" YA QUE EN TODA "ENFERMEDAD" ESTÁN IMPLICADOS LO PSÍQUICO Y LO SOMÁTICO, EN TANTO EN TODO SUJETO EL ORGANISMO SE CONSTITUYE EN UN CUERPO PULSIONAL.

En la actualidad la hegemonía de la psiquiatría biológica pretende reducir los síntomas psíquicos a un problema exclusivamente neuronal. Por ello cuando decimos que toda producción de subjetividad es corporal queremos señalar que en todo tratamiento es necesario dejar hablar al cuerpo en sus fantasías, en sus sueños, en sus actos fallidos, en sus gestos, en sus movimientos, pues allí puede escucharse "el poema del cuerpo", donde forma y sentido están relacionados con la afectividad, que también forma parte de su estructura.

Bibliografía

AA.VV., *Sobre la versión castellana*, O.C. de Sigmund Freud, Amorrortu editores, Buenos Aires, 1976.

Carpintero, Enrique, *Registros de lo negativo. El cuerpo como lugar del inconsciente, el paciente límite y los nuevos dispositivos psicoanalíticos*, editorial Topía, Buenos Aires, 1999.

La alegría de lo necesario. Las pasiones y el poder en Spinoza y Freud, editorial Topía, Buenos Aires, nueva edición corregida y ampliada, 2007.

Freud, Sigmund, *¿Pueden los legos ejercer el análisis?*, Amorrortu editores, Buenos Aires, 1986, O.C., tomo XX.

Jones, Ernst, "La teoría del simbolismo", *Cuadernos monográficos*, N° 3, editorial Letra Viva, Buenos Aires, 1980.

Spinoza, Baruch, *Ética*, editorial Porrúa, México, 1977.

Facultad de Psicología de la Universidad de Rosario

Seminario Psicoanálisis y sociedad

Constitución histórico-social de la subjetividad

Coordinación: Dr. Enrique Carpintero y Lic. Alejandro Vainer

Se desarrollarán algunas problemáticas, con invitados especiales en cada clase, que hacen a la situación actual de la cultura para todos aquellos que necesiten realizar una conceptualización que les permita comprender las transformaciones que se han producido en la subjetividad. Fundamentalmente aquellos que trabajan en instituciones. Los cuales están atravesados por un malestar cuyas particularidades trataremos de desarrollar. Esto implica no solo egresados de psicología sino a todos aquellos preocupados por prácticas en la que deben dar cuenta de problemáticas individuales, familiares, grupales y sociales.

6ª Clase: Varones y mujeres en la era digital.

Dr. Juan Carlos Volnovich
8 de agosto

7ª Clase Locura y poder. Las formas actuales del poder manicomial.

Dr. Vicente Zito Lema y
Lic. Ángel Barraco
15 de agosto

8ª Clase: Los mitos del cuerpo en la actualidad de nuestra cultura.

(Clase teórica y proyección de un video)
Lic. Héctor Freire
29 de agosto

9ª Clase: El cuerpo en la vida cotidiana.

(Clase teórica y Taller)
Lic. Susana Toporosi y Prof.
Alicia Lipovetzky
12 de setiembre

10ª Clase: Psicoanálisis implicado: La marca social en la subjetividad.

Dr. Alfredo Grande
26 de setiembre

11ª Clase: La crisis de nuestra cultura y el trabajo con lo negativo.

(Clase teórica, cierre del seminario y evaluación)
Dr. Enrique Carpintero y
Lic. Alejandro Vainer
10 de octubre

Las clases se realizarán en la Facultad de Psicología de la Universidad de Rosario

Horario: viernes de 17 a 21 horas.

Dirección: Ríobamba 250 bis

Aula Salón de usos Múltiples (SUM)

REVISTA LA PECERA

Mar del Plata
Literatura-Arte-Música y
Sociedad

Director: Osvaldo Picardo
Jefe de Edición: Héctor J. Freire
Editorial Martin
Catamarca 3002 (7600)
Mar del Plata

REVISTA DE POESÍA BARATARIA

2da. época. Año V N° triple (9-10-11)
Dir. Mario Sampaolesi
Sec. de Red. Héctor J. Freire
Neuquén 560 3º-Piso Dpto.12 Cap.(1405)

FARO DE SOMBRAS Y LUCES

REVISTA DE CULTURA
Rosario, Santa Fe
Dir.: Fernando Peirone
faro@facultadlibre.org

Los lunes de 19:00 a 20:00
por FM Flores (90.7)

EL RELOJ

Porque el tiempo no para
y la verdad
no se puede ocultar



LIC. MONICA
GROISMAN

CLÍNICA DE LA
TENSION
CUERPO - PSICOANÁLISIS

Asistencia Individual
Grupos de Trabajo Corporal
Expresivo y Terapéutico

J. R. de Velazco 770 - Capital -
Teléfono 4857-0855
e-mail: momapalermo@keko.com.ar



HÉCTOR J. FREIRE
Escritor y crítico de arte
hécto.freire@topia.com.ar

¿Qué sería de los artistas sin los monstruos?

La presencia de los monstruos que no ha perdido vigencia con el paso del tiempo, en la literatura, la pintura, y muy especialmente en el cine, son por lo general una pieza muy cercana al género fantástico, o a la categoría de lo extraordinario, de lo sobre-natural. Que en la mayoría de los casos se usan como pretextos para elaborar sistemas alegóricos/morales, y paradojas sociales-políticas-religiosas.

Sin embargo, ¿qué plantean en realidad films como: *El Golem*, *Drácula*, *Frankenstein*, *La mujer pantera*, *El jorobado de Notre Dame*, *El hombre elefante*, o el más reciente *Alien*? Tengamos en cuenta, que hay pocos monstruos realmente originales, por lo general se trata de la metamorfosis o fusión con otros seres, y que los nuevos monstruos creados por el cine, la literatura y la pintura moderna, en cuanto "otros cuerpos", decididamente más dionisiacos que apolíneos (o sea más asociados al caos que al orden), no son tan nuevos. En cualquier manual de teratología (ciencia, tratado sobre monstruos), encontraremos referencias directas a *La Biblia*, a *Gilgamesh* (primera epopeya del mundo, de origen babilónico), a *La Odisea* de Homero y a la mitología clásica (minotauros, sirenas, cíclopes, arpías, faunos, esfinges, centauros, etc.), incluso podemos afirmar, que el primer monstruo con cierto estatus estético-literario es el diablo, Lucifer: el ángel más apolíneo, más hermoso devenido por su soberbia y rebeldía en el paradigma de la "belleza de lo feo", asociado al mal, como uno de los signos más fuertes de la modernidad. Así lo demuestran los poemas que componen *Las flores del mal*, de Baudelaire, considerado el primer poeta moderno. Al respecto, en el díptico de Umberto Eco, recientemente publicado: *Historia de la Be-*

lleza e Historia de la Fealdad, se plantea una diferencia esencial, mientras que lo bello aspira a ser sublime y universal, lo monstruoso, está relacionado al presente, y a la reacción violenta ante lo otro, lo diferente. Esos "otros cuerpos" que ofenden y deben ser corregidos o marginados. Pero, como afirma Silvia Schwarzböck, en una nota reciente: "Lo feo ha dejado de ser, hace ya tiempo, una categoría estética aplicable al arte. Desde el romanticismo, que redime lo socialmente feo convirtiéndolo en artísticamente bello, pasando por todas las vanguardias y todos los movimientos artísticos del siglo XX que reeducaron el gusto, no existe más la fealdad artística"². La otra cuestión más que interesante, es que los monstruos a lo largo de la historia de la pintura (Goya, Picasso, Bacon, Berni) o del cine (*Freaks*, 1932, de Tod Brownig, *También los enanos nacen pequeños*, 1970, de Werner Herzog, o *El gran pez*, 2003, de Tim Burton) plantean la problemática del "relativismo de la mirada": ¿lo monstruoso, lo feo, estaría focalizado en el que mira, o en la existencia de ese "otro objeto", de ese "otro cuerpo", que a la vez nos fascina y nos repugna? La cuestión también ameritaría otra pregunta: ¿existe lo monstruoso en sí, o es que cada período histórico, cada cultura, han mirado de maneras diferentes? O sea han construido, han hecho algo distinto con lo que vieron, en relación a los monstruos. En este sentido, el monstruo estaría íntimamente relacionado con la mirada. A propósito, recordemos que la palabra monstruo deriva posiblemente del vocablo latino *monstrum*: "signo", "portento", "prodigio". También de *monstro*: "mostrar", "indicar". O de *monere*: verbo que significa "avisar", de ahí que antiguamente, los monstruos eran considerados como señales enviadas por los dioses. Seres intermediarios, pero que a diferencia de los ángeles, en la tradición judeocristiana, eran asexuados. Para los paganos (toda aquella cultura que no fuera judía ni cristiana) los monstruos eran sexuales y por lo general llevaban adelantadas acciones "obscenas" con su cuerpo. Además eran seres carnales, con apetitos desmesurados, y partes corporales

Los otros cuerpos (Monstruos en el Cine)

*Nada se asemeja tanto a la mediocridad como la perfección.*¹

Jean Paulhan

excesivas e inarmónicas. Habitantes de la noche, lo oscuro y el caos. A diferencia de los ángeles, que eran y todavía son considerados por la superficial corriente *new age*, "inteligencias luminosas", "espíritus bellos y armoniosos". Según Nietzsche esta diferencia poderosa determina dos mundos, dos miradas: la estética apolínea, cuyo modelo (el propuesto por el capitalismo actual) tiene que ver con la apariencia de la plenitud de la belleza ligada al ensueño. La otra, la de "los otros cuerpos" está determinada por la estética dionisiaca, la del caos y el desorden corporal. Son seres marginados que habitan el silencio, sobre el que resuenan sus propios gritos de soledad. Su existencia connota, lo irracional, la temeridad y el error. Los monstruos son a la vez sujetos y objetos, protagonistas y espectadores. En este "juego de miradas" tienen que sobrevivir a cualquier precio. En este sentido el monstruo sería una mirada al sesgo sobre lo bello. Es más, el monstruo cuyo cuerpo es la imagen de la metamorfosis, permitiría soportar a "los seres de la luz", ya que su belleza "irradia tanta luz", que no se los podría ver de frente. En la dialéctica corporal que encarnan los monstruos, la luz sería la escena y el monstruo el objeto de esa escena. Estos significados revelan el alto grado de semiotividad del cuerpo de los monstruos, es más, su función esencial y paradójica que es la de señalar y mostrar, aunque la sociedad trate de esconderlos y marginarlos. Cuando estos seres, en realidad nacieron para "ser mostrados" y exhibidos. De ahí la gran cantidad de monstruos, gárgolas que conviven en los santuarios y catedrales, o quedaron tallados en las sillas de los coros y en los márgenes de los antiguos misales, conocidos como *la fauna monstruosa de las catedrales*. Todas estas consideraciones, se pueden rastrear en la memorable novela de Víctor Hugo *Nuestra señora de París* (más conocida por el *Jorobado de Notre Dame*), escrita en 1831, y centrada en la historia trágica entre la bella gitana Esmeralda y la bestia, el monstruo Quasimodo, un jorobado campanero sordo. La acción transcurre en el París del siglo XV, donde uno de los elementos colaterales, pero importantísimo es la referencia a la aparición de la imprenta, con todo el cambio paradigmático que implicó en la historia de la humanidad. Cambio que tiene su correlato en la figura del monstruo: Quasimodo (el más humano de la trama) deja de representar el mal, él es la encarnación de la bondad, la valentía y la belleza interior. Ahora es el "apolíneo" archidiácono Claude Frollo, el maligno; el villano y cruel asesino. El cine no se ha cansado de trasladar esta conmovedora historia de amor: recordemos sólo su primera versión (muda) de 1923, de Wallace Worsley, protagonizada por Lon Chaney, o la de William Dieterle de 1939, con las actuaciones inolvidables de Charles Laughton y Maureen

O'Hara; hasta llegar a la versión animada e infantil del estudio Disney de 1996. Recordemos, que el tema de la bella y la bestia es ya un clásico dentro de la literatura y el cine, basta ver el film de Jean Cocteau, de 1946, una de las obras más hipnóticas de la historia del cine; o la más próxima *Fur* (piel), *Retrato de una obsesión* (2006), como se la conoció en la Argentina, de Steven Shainberg. Donde la bella actriz Nicole Kidman da vida a una leyenda de la fotografía, la genial Diana Arbus: experta en retratar enanos, obesos, enfermos mentales, marginados o minorías como los "fenómenos" de circo. Una gran artista que logró hacer de lo "monstruoso" una metáfora de la condición humana. En efecto, el monstruo es un cuerpo que expresa diversidad. Y como consecuencia de ello se crea un conflicto, y genera un sistema de niveles ascendentes o descendentes. En este sentido la problemática del monstruo no termina: estos aparecen y vuelven a aparecer permanentemente, y en cada nueva metamorfosis nos muestran, al mostrarse lo mejor y lo peor de cada sociedad y de cada época. En este sentido, el monstruo no sólo es producto de la imaginación, sino un signo que nos marca los distintos momentos críticos en el proceso social y político de las culturas.

Para Santiago Lucendo, "*Drácula y Frankenstein*", demuestran que lo monstruoso no caduca. Desde *El gabinete del doctor Caligari*, pasando por los cómics de terror de E.C. en los cincuenta y hasta las novelas de Stephen King. David Skal (*Monster Show*) insiste en la estrecha relación entre los monstruos de la ficción y la realidad contemporánea, especialmente en Norteamérica. *Monster Show* hace hincapié en algunos momentos críticos del siglo XX y establece un paralelismo entre los horrores de la guerra y la pantalla, pero también se refiere a otro tipo de crisis y eventos como el terror generado en los ochenta por el sida y que coincidió con una presencia cada vez mayor de sangre en las pantallas. *Drácula* al igual que *Frankenstein*, nunca se ha dejado de reescribir (y filmar), las versiones y ensayos centuplican en volumen a los originales y se extienden en un rizoma ingobernable. Lejos de lo que se suele afirmar el poder cautivador de estos monstruos no reside en su vinculación a un supuesto "inconsciente colectivo" o a "la noche de los tiempos", sino a su fuerza como imágenes que plantean conflictos contemporáneos. *Si quiero ver Freaks, lo único que tengo que hacer es mirar por la ventana*".³

La perturbadora alteridad

En los films *Cabeza borradora* (1976), donde se nos muestra un bebé con cabeza de feto y tronco sin extremidades; o en la famosa *El hombre elefante* (1980), basado en el caso real de Joseph Merrick -convertido en un monstruo por el

que se paga para mirarlo- de David Lynch, quedan plasmados con crueldad, en realidad, el terror de los "cuerpos normales" a verse en las miradas de esos "otros cuerpos" y sentirse ellos "diferentes". También en la filmografía de David Cronenberg: *Videodrome* (1982), *La mosca* (1986), *El almuerzo desnudo* (1991), la representación del cuerpo "anormal" de los monstruos, es un espacio de metamorfosis y deterioro profundamente vulnerable. Un espejo ambivalente en el que nos da miedo reconocer la debilidad y tranquilidad de nuestra "normal" y "ordenada" existencia. Lo interesante en Cronenberg, es que sus monstruos no vienen del exterior; sino que están dentro de nuestros propios cuerpos.

En las pinturas de Francis Bacon, encontramos un procedimiento muy parecido: la cabeza de un hombre se metamorfosea en la de un animal. Una sombra viscosa se escapa de un cuerpo humano adquiriendo una existencia monstruosa e independiente. Quizás, estas deformaciones corporales que pintó Bacon, no sean otra "cosa" que el "espíritu animal y monstruoso del hombre". Sus figuras pertenecen al cuerpo de adentro. Incluso el control sobre el propio cuerpo sería una ilusión narcisista. Los cuerpos de Bacon basan su existencia en la inestabilidad. Como los monstruos y minotauros del genial Picasso, que son al mismo tiempo figuras cuyas -indiscutiblemente humanas- y que, sin embargo, lo son de manera "tan otra" por haberse vuelto monstruosas. El mismo Picasso manifestó: "Yo llamo monstruo a toda belleza original e inextinguible". Esta concepción también es la de Fellini, aunque más ligada al mundo de la infancia, del circo y del espectáculo. Recordemos las gigantes, los enanos, el hermafrodita, las "protohembras", los monstruos marinos y toda una galería de seres extraordinarios, que transitan normalmente por sus films: *La dolce vita* (1960), *Satiricón* (1969), *Los payasos* (1970), *Roma* (1972) y *Casanova* (1976), por sólo citar algunos.

"Lo monstruoso hace que salga a la luz lo que se quiere ocultar o negar. Además, problematiza las categorías culturales, en tanto que muestra lo que la sociedad reprime... Lo monstruoso representa el Otro depredador que hay en cada ser humano, al tiempo que moviliza una imaginación negativa que amenaza la estabilidad social en aspectos básicos tales como el concepto de patria, clase social, de raza, de religión, de sexo o de género...

Aceptar la diferencia podría obligar a modificar la universalidad de la ley moral y el concepto de orden podría llegar a verse seriamente amenazado... Por el contrario, se trata de subrayar y acentuar las diferencias... Seres que la sociedad necesita y llega a fabricar, para demostrar la justeza del orden sobre el que se asienta".⁴

A fines de la Edad Media, Hieronymus Bosch (el Bosco) pintó el *Jardín de las delicias*. En el panel que corresponde al infierno, los monstruos allí representados se relacionan con el caos y con el pecado. De ahí "esos cuerpos" inverosímiles, imposibles y aberrantes, no tolerados por la razón: hombres-ratas, niños-árboles, peces con alas, enanos y monjas que se transforman en cerdos, insectos gigantes, etc. La intención es clara, los monstruos advierten a los pecadores lo que les espera después de la muerte. En el siglo XX, las vanguardias y muy especialmente el surrealismo, retoma "esas terribles delicias", pero ahora aso-

ciadas a nuestro inconsciente, a nuestros sueños y deseos más profundos. No es casual, la influencia que el Bosco tuvo en pintores y cineastas como Dalí y Buñuel. El infierno deja de estar en el exterior para estar en nuestras mentes. Nuestro cuerpo es uno y lo otro, expresa la dialéctica de las formas y de su representación humana. "Es un principio de autocomprensión del propio cuerpo y de su correspondencia con todo lo viviente"⁵. El cuerpo interactúa con otros cuerpos, espacios, tiempos, lenguajes y objetos. Existimos como unidad en las diferencias. Nuestro cuerpo es "uno y otro".

De todas formas, creo, que el film *Freaks* (1932) de Tod Browning, sigue siendo la más impactante y profunda reflexión crítica que ha dado el cine sobre la problemática de los monstruos. *Freaks* (*¡niños, eso es lo que son!*) no es más que la encarnación de la humillación, así como la situación de orfandad ante el mundo. También el emblema del miedo del ser humano hacia lo desconocido. Ahora bien, y para ir finalizando, la monstruosidad, por lo general estuvo asociada a la demonización, pero a medida que Satanás desdramatiza sus rasgos corporales, crece en cambio la demonización del otro, del diferente, del extranjero, del que piensa y habla distinto. Al que se le asignan rasgos y características monstruosas. No olvidemos que ya los griegos llamaban *bárbaros* ("gente que balbucea") a todo aquel que no hablara griego. Y los romanos representaban a los enemigos con barbas y pelo desaliñados, sucios y con narices deformadas. Luego "los anticristos", sobretodo sus rostros eran presentados ante los cristianos con obscena fealdad (maldad). Obviamente, los judíos y musulmanes siempre han sido monstruosas-

LOS MONSTRUOS SON UNA MEZCLA DE CURIOSIDAD Y COMPASIÓN, DE ATRACCIÓN POR LO INSÓLITO, RARO, Y DE IDENTIFICACIÓN CON LOS MARGINALES.

mente horribles. Lo mismo ha ocurrido (y en cierta forma sigue ocurriendo) durante la Edad Media con los leprosos o apestados, considerados enemigos de la sociedad, por ser portadores de enfermedades incurables y malignas. Sin embargo, los monstruos son una mezcla de curiosidad y compasión, de atracción por lo insólito, raro, y de identificación con los marginales. Proponen por lo tanto un enigma anatómico a la curiosidad del público. De ahí que este apogeo (hasta 1940, aproximadamente) de fenómenos, maravillas o errores de la naturaleza, anuncia al mismo tiempo su decadencia. La declinación del teatro de la monstruosidad corporal es contemporánea a la aparición del cine. Benjamin las llamó "formas modernas de la industria de la distracción". Desde la feria como un laboratorio (*El gabinete del Dr. Caligari*, de Wiene) de deformidades a la industria masiva del cine. Al decir de Jean Courtine, antes de Barnum (el primer capitalista moderno del espectáculo) el monstruo no es más que una rareza que libera un beneficio marginal, "una pequeña economía de la curiosidad", después de él se transforma en un producto con valor agregado considerable, comercializable en un mercado masivo. También hay que remarcar que la ciencia ha terminado de apoderarse de la problemática de los mons-



truos, que se venía debatiendo desde el origen del hombre, para darle en la actualidad el estatuto y la dignidad racional que le faltaba. Descalificando la imaginación de otros tiempos. Desde otra perspectiva Foucault enmarca al monstruo humano dentro del ámbito de la anomalía. El marco de referencia, ya no va a ser los expuestos anteriormente, sino la ley. Para Foucault la noción de monstruo es esencialmente jurídica: "porque lo que define al monstruo es el hecho de que en su existencia misma y su forma, no sólo es violación de las leyes de la sociedad, sino también de las leyes de la naturaleza... El campo de aparición del monstruo, es un dominio al que puede calificarse de *jurídico biológico*"⁶. En este sentido el monstruo es el límite de la ley, y al mismo tiempo, la excepción, que sólo se encuentra en casos extremos.

Para Foucault, digamos que *el monstruo es lo que combina lo imposible y lo prohibido. El gran modelo de todas las pequeñas diferencias*. Como vemos el concepto de monstruoso al igual que el de belleza, depende de las diferentes culturas y de las distintas épocas, donde lo monstruoso de hoy suele ser signo de cambios futuros. Lo que mañana será aprobado como arte y bello, podría parecer hoy monstruoso y feo. Porque como indica el epígrafe inicial de este artículo, nada es tan conservador, y *nada se asemeja tanto a la mediocridad como la perfección*.

Notas

1. "Esta frase es de tercera mano", ya que está tomada de Omar Calábrese, *L'età Neobarroca*, que a su vez la tomó de Robert Blanché, *Les Catégories*.
2. "Lo monstruoso no caduca", *El País Babelia*, (7.6.08).
3. "Actualidad de lo feo", *Revista* N° 247, (21.06.08).
4. Cortés, José Miguel, *Orden y caos*, Anagrama, 1997, Barcelona.
5. Jiménez, José, *Cuerpo y tiempo*, Ensayos/Destino, 1993, Barcelona.
6. Foucault, Michel, *Los anormales*, Fondo de Cultura Económica, 2000, México.

MASAJISTA TERAPEUTICO
Recibido en Cuba
Problemas posturales,
musculares, circulación.
Sr. Lester Tel. 4931-4747

Clases de Piano
Iniciación musical
Profesor IUNA
Tel: 4954-7443/4831-5140

Dra. IRUPE PAU
Gimnasia Consciente
Tel. 4782-4899

REHABILITACIÓN ACUÁTICA
Problemas posturales, osteoarticulares,
musculares.
Inhibiciones emocionales para nadar
Prof. Hugo Gallardo
4375-4992 - hugoelprofe@gmail.com

PILATES
CAMA - PISO
Prof. Mariana Saita
Horarios a convenir
Tel. 4502-4535

Nuevos cursos de gimnasia
consciente con orientación
expresiva por
Aline Dibarbouré
Tel: 4782-4899

CLINICA PSICOANALITICA
Adultos y adolescentes.
Discapacidades: orientación a familias
Lic. Marcela Giandinoto. 4958-2411

DORIS HUTIN
REFLEXOLOGÍA HOLÍSTICA
4861-7488

www.nuncamas.org

LIC. BEGOÑA
ROMERO NOYA

Psicóloga
Psicoanalista
MP 35191

Zona: Palermo
Cel: 15-6969-0847

MARIO BUCHBINDER
MÓNICA GROISMAN
CRISTINA PAUSA
CRISTINA PINAL
Instituto de la Máscara
 buma@webar.com

Cuerpo, escena, máscara en la clínica contemporánea

La existencia vivida en el cuerpo tiene estructura de escena. No puede ser sin máscaras. El psicoanálisis genera condiciones para alojar lo dicho y el silencio, las patologías y los avatares de la vida, el arte y la cultura. La escena es el modo de organización de la fantasía y la realidad. El trabajo con la escena permite dar figura y sostén al movimiento entre la escena inconsciente y la consciente. El cuerpo, la escena, la máscara, a la vez que inmersos, conforman la cultura, así no es extraño que la existencia, la creación, los conflictos y la patología tengan esas marcas.¹

Semblanzas clínicas

Acá estoy... susurra y pasa frente a mí sonriente. Deja caer su cartera en una silla sentándose pesada en la otra. Me ubico frente a ella, suelta el relato de sus luchas. Este cáncer que la obligó a otra vida. Habla profuso, detallado, buscando contención y control en mi escucha. *Yo voy a poder, de esto voy a salir* y su mirada espera confirmación. Siento que se desafía y me desafía en su lucha por la salud.

EL GRUPO ES UN LUGAR PARA PODER CONFUNDIRNOS/ DESCONFUNDIRNOS, ASOCIAR EL IMAGINARIO DE UNO CON EL DE LOS OTROS, HACER DE LA DRAMATIZACIÓN DEL MOMENTO UNA ESCENA PARA LA CONFUSIÓN Y UNA PARA LA DISCRIMINACIÓN.

Ema consultó, recién operada de un tumor de mama muy agresivo. Vivía con su marido y sus dos hijos adolescentes en un clima familiar violento. Se divorcia y se muda sola. Deja su parte del negocio a los hijos. Va cambiando de vida. Siente furia contra el ex marido y culpa por sus hijos.

Es una paciente que espera cuerpo de la palabra y el encuentro es el sostén. Los tratamientos dejaron cambios en la vida cotidiana y en su imagen. *¿Esta soy yo? A veces no me reconozco* mientras juega un personaje que intenta definir. Trabajamos la imagen con fotos y ropa que trajo para agrupar y resignificar con nuevas narrativas. Sobre la silueta humana representó fantasías terribles, sensaciones orgánicas, momentos inefables, construyendo su propio Mapa Fantasmático Corporal.

Ema no encuentra cómo reemplazar su trabajo, herencia paterna. Está en el espacio vacío del *mientras tanto*, en un diálogo mascullado bajito con la muerte. Al otro lado la presión de los problemas del humor, la salud, el desorden de la hija. Largo período de ocuparse y preocuparse por su salud y la de los hijos. Angustiante paradoja de conservar la vida para acompañarlos y sentir que eso, puede matarla.

Hasta aquí el relato clínico, momento en que comienza a tratarse en el grupo, entrecruzándose azarosamente con el caso de su hija.

Irina, en análisis con otra integrante del grupo, llega con problemáticas corpora-

les, molestias intestinales que reconoce no sólo orgánicas: *me trago todo lo que me dicen*, inflamaciones que irritan y deprimen. Una operación estética *salió mal, donde pasa el bisturí quedan marcas para siempre*. Pide terapia corporal, comenzamos con recursos bioenergéticos. Asocia alrededor de su familia y su cuerpo; cumplir los ideales paternos. *A tu edad tenés que definirte*. Oscila entre el enojo y el autorreproche. Permanece en incómoda dependencia de mensualidades y regalos, se siente *invadida*. Se queja con tono inflamado: insegura, sin proyecto ni vocación.

La situación analítica repite la desesperanza: *nadie puede conmigo, soy un desastre*. Su malestar es malestar con el mundo: la relación con su cuerpo instala la imagen de las mujeres en línea materna, gordas, *sin cintura*, condenadas a la enfermedad.

Mi contratransferencia revela simpatía y cuidado, irritación y desánimo: *¿basta mi "cuerpo terapéutico" para tanta demanda? La estrategia buscó hacer límite entre su cuerpo y el cuerpo familiar, también en el goce de ser la adolescente problema, exigida en su maduración en un ambiente poco continente.*

Dimos escucha y palabra a temores y enojos. Surge un profundo sentimiento de abandono. Escenas de la mudanza permitieron comprender la vivencia de presiones y apuros: *papá en un lugar, mamá en otro, y yo mudando la casa familiar*. Hubo intensos momentos de silencio y relajación, respiración y percepción corporal. Los nombró *aquietamientos*.

Las graficaciones espaciales usando los objetos del consultorio, con y sin movimiento de Irina, posibilitan visualizar la dinámica familiar. Lo corporal permitió desplegar las imágenes de estos padres, a la vez magníficos y violentos. *¿Qué difícil separarse de ellos!*

Escena in-esperada

En el grupo de investigación, estudio y supervisión "Cuerpo y psicoanálisis", hubo una casualidad: dos integrantes atendían a madre e hija, Ema e Irina. La fantasía grupal le dio forma de derivación al azar y trabajamos con él.

Mario introduce el próximo texto: *Tótem y Tabú*. Habla del juego como remedo de la escena primitiva; la posibilidad de reírse como poseyendo el destino, los dioses, las fuerzas ocultas. El trabajo corporal tiene algo de esto: jugar a la ceremonia religiosa sin serlo.

Cristina comenta su intención de trabajar el caso de Ema y a la vez su cansancio con este material, como dato contratransferencial. Tanta relación tiene con el texto elegido lo funcional de la fusión en esta familia. Al separarse Ema, quedaron los varones presionando sobre Irina. Y Cristina cuenta que Ema llegó a la última sesión cansada de preocuparse por su hija: *si viene, si va; qué come, qué no*. Y agrega, enfáticamente como desde Ema: *¡¡¡porque esta chica tiene la panza hinchada y come mandarinas!!!*

En ese momento Mónica adelantándose y con una voz diferente exclama: *¿sabés lo que tenés que hacer vos? ¡Vos te tenés que cuidar! Entendés Cristina, te tenés que cui-*

dar, deberías comer mejor, ¿por qué pediste esa comida si sabés que te va a hacer mal, hijita? (escenificando a Ema).

Cristina rápidamente entra en el juego y con mal humor dice: *¡Vos! ¡Vos no entendés nada!* (representando a Irina).

Todo el grupo ríe por la dramatización espontánea de las compañeras.

Este rico momento fue posible porque el grupo habilita el trabajo en el borde del como si. No fue un *acting*, fue una escena. Hubo condensación: cada terapeuta era ella misma en su rol, era Ema y era Irina. Desplegaron el lugar de la escena arcaica de cada una, permitiendo revisar los lugares de simbiosis y entrar en la simbolización, para lo cual hay que poder atravesar los lugares de lo imaginario. Jugar con la propia locura (Kristeva) con la comodidad necesaria (que da el grupo en la Institución) para salir de eso y jugar con eso.

El grupo es un lugar para poder confundirnos/desconfundirnos, asociar el imaginario de uno con el de los otros, hacer de la dramatización del momento una escena para la confusión y una para la discriminación. *Modelo de Intercambio* como una visión institucional junto con el trabajo individual con el paciente. Decimos que es un modelo de cura. La construcción de subjetividad no es aislada sino compartida, *forma un cuerpo de múltiples zonas*.

Se desteje la trama de identificaciones: las genéticas, las líneas identificatorias entre las dos terapeutas, con sus pacientes, discriminando y diferenciando, aprovechando la oportunidad de trabajar el "azar". Es una clínica matizada con la máscara, la voz, la escena, los objetos, que privilegia el encuentro con lo espontáneo, lo inesperado y lo reconoce como lugar de *poiesis*.

Clínica, cuerpo, texto y vincularidad

La clínica de la contemporaneidad está atravesada por un magma de significaciones y el analista no siempre es consciente de ese atravesamiento. En el dispositivo que implementamos, *Grupo de Cuerpo y Psicoanálisis*, se trata de percibir cómo se entrelazan las situaciones clínicas con los textos teóricos que revisamos. Hacemos una "lectura corporal" de Freud en relación a las múltiples referencias que hace al cuerpo y a las escenas. Una clínica en creación, como posibilidad de la escucha, implica ubicarse en un lugar de vacío, saber lo inefable del encuentro con el otro y a partir de ahí puede surgir una escritura como en la página en blanco. Una escritura conjunta, una poética compartida versus los lugares de encierro de enfermedad y muerte que muchas veces tenemos en la clínica.

Aparecen en el grupo las dos situaciones clínicas traídas por sus terapeutas. Cuando Mónica dice *nos divertimos* es por el hallazgo de las múltiples versiones y significaciones frente a un lugar de clausura. Por otro lado el espacio del grupo como lugar de reflexión, aireado por la lectura de los textos, puede construir otras espacialidades y lugares de sentido para entender la clínica.

Cuando en la relación con Ema, Cristina

habla del vacío y lo inefable, ¿cuánto de éste vacío es lugar de muerte y cuánto es lugar de vida y de creación? Nos sorprendió que dos terapeutas de un mismo grupo atendieran a madre e hija, lo que facilitó que algo de la simbiosis Ema-Irina se representara entre las terapeutas. Destruir esos lugares de simbiosis, de muerte, como un destino imposible de modificar. Desligar esos mandatos en la elaboración de las producciones individuales de los terapeutas, de las pacientes, ensamblado con los textos y las referencias.

Podríamos tomar los textos dogmáticamente pero tratamos de *recrearlos*. Si los recreamos, los actualizamos, los relacionamos con la contemporaneidad, hay posibilidad de que el texto que traen los pacientes sea también transformado. Texto, no desde la visión logocéntrica de la escucha del otro. Es la *escucha*, no sólo de la palabra, también la percepción de los climas, las energías, las sonrisas, los gestos, la corporalidad. Pensamos las situaciones clínicas dentro del grupo como situaciones de *espacialidad*. Mónica abre la posibilidad para que Irina grafique en el espacio su subjetividad. Las cañas, las corbatas en el piso, es un modo de *re-presentación*. Si Irina hace presente ese lugar de simbiosis con la madre al mismo tiempo trata de establecer en la sesión y en la escucha de Mónica, otras espacialidades. También hay otra espacialidad en la escena grupal cuando Mónica resonando con Irina enfrenta a Cristina terapeuta de la madre, por momentos cansada, identificada con esa pesadez de muerte de su paciente. Esa re-petición en la *escena del grupo* genera condiciones para la simbolización. Si el trabajo con las cañas es construcción imaginaria, genera andarivel, da matriz para que algo de lo simbólico pueda advenir, para que podamos reírnos por fuera de las pulsiones de muerte y construir *otra teoría* sobre la clínica, teoría *in situ*, jugar entre lo universal y lo particular. Creemos que la *palabra encarnada*, la palabra en la situación de la clínica es también una palabra de la poética, de la creación. Se juntan esas dos espacialidades, la de la palabra y la de la escena donde puede ocurrir el *desenmascaramiento*. En este caso clínico es el desenmascaramiento de la simbiosis, de lo que es ser mujer, de lo que es la enfermedad, de lo que es la vida delante de la muerte. El desenmascaramiento también genera condiciones para la vitalidad, la creación, la posibilidad de la cura ya que "La cura se da en una poética. Cada analista de manera consciente o inconsciente tiene una o varias. Hacer consciente la poética implica 'afinar la caja de herramientas', el instrumental disponible y encontrar sentidos."²

Notas

1. El Centro Psicoanalítico del Cuerpo, de la Escena y de la Máscara (CEPSYCEM), surge como un espacio de elaboración teórica del Instituto de la Máscara, desde el psicoanálisis en relación a la clínica, el cuerpo, el arte y la cultura. Se articulan en él reflexiones que son base de la identidad y especificidad institucional. A su vez, formula su producción: un espacio de reflexión y conceptualización donde tienen especial importancia los pasajes entre la teoría y la clínica. Entendemos lo psíquico como acto más de significación. Como dispositivo teórico-clínico, permite encarar las problemáticas de la cultura como las de la vida y las patologías individuales.

2. Buchbinder, Mario, *Poética de la cura*, editorial Letra Viva-Instituto de la Máscara, Buenos Aires, 2001.

EDUARDO SARTELLI
Historiador
capitanajab2004@yahoo.com.ar

El Cuerpo

El cuerpo y la sangre de Cristo, según la mitología católica, se hallan presentes en la hostia, al momento de la culminación de la misa. De ese acto de teofagia brotaría una comunión particular, el hecho de tener en nuestros cuerpos, algo del Cuerpo, de ese resumen de cuerpos que resulta ser Dios. Dios, que es uno y tres, nos permite la digestión de su cuerpo humano, Cristo. Ninguna metáfora mejor para el lugar del trabajo en la sociedad capitalista.

El capital, en efecto, es nuestro dios real. Dios, el dios católico, es el capital en su expresión metafísica, ideológica y alienada. Poder por encima de los poderes, proceso que se autodetermina, el capital aparece como una potencia extraña, ajena, externa. Al mismo tiempo, el capital, como Dios, está en todas partes, o lo que es lo mismo, lo es todo. Lo que quiere decir que nos comemos a un Dios que es nosotros mismos. Nos autodigerimos, sólo que no como acción consciente y soberana, sino como derivación de un mandato. Si Dios no es más que la contracara del ser humano alienado, el capital no es otra cosa que la contracara del proletariado. Es decir, cuando vamos al supermercado, no hacemos otra cosa que comprar nuestro propio cuerpo para comérselo. El capital está en todos lados, el capital soy yo, sólo que no puedo ejercer mi voluntad sobre mi creación sino que ella me domina a mí. Todo es Dios, todo es Capital. El ser humano se desdobra entre los sacerdotes del Capital y los súbditos del Capital. Su cuerpo es nuestro cuerpo, igualmente escindido, como cuerpo burgués y cuerpo proletario. La historia del cuerpo humano en la sociedad capitalista es, entonces, la historia de esa división.

Cuerpo bello

“Lo que existe para mí por mediación del dinero, lo que yo puedo pagar (es decir, lo que el dinero puede comprar), eso soy yo mismo, el poseedor del dinero. Mi propio poder es tan grande como el poder del dinero. Las propiedades del dinero son las mías propias (las del poseedor) y mis propias facultades. Lo que yo soy y puedo hacer no está determinado, pues, de ninguna manera por mi individualidad. Soy feo, pero puedo comprarme la más hermosa de las mujeres. En consecuencia, no soy feo puesto que el efecto de la fealdad, su fuerza repelente, queda anulada por el dinero. Como individuo soy parálitico, pero el dinero me procura veinticuatro piernas. En consecuencia, dejo de ser parálitico. Soy detestable, deshonesto, sin escrúpulos y estúpido pero el dinero es honrado y lo mismo lo es quien lo posee. Además, el

dinero me ahorra la molestia de ser deshonesto; por tanto, se supone que soy honesto. Soy estúpido, pero como el dinero es el espíritu real de todas las cosas su poseedor no puede ser estúpido. Además, puede comprar a los que tienen talento y ¿no es acaso el que tiene poder sobre los inteligentes más inteligente que ellos? Yo que puedo tener, mediante el poder del dinero, todo lo que ansía el corazón humano ¿no poseo todas las facultades humanas? ¿No transforma mi dinero, pues, todas mis incapacidades en sus opuestos?”

Karl Marx,
Manuscritos económico-filosóficos

El poder se embellece a sí mismo. En principio, porque define todas las cosas: si las ideas dominantes de una época son las ideas de la clase dominante, la belleza no escapa a tal omnipresencia conceptual. Pero además hay una especie de selección natural que hace que los ricos sean más lindos. La “bella pobre” del tango se transforma en Margot, una margarita sembrada en campo obrero pero florecida en terreno burgués. En el ámbito del deporte, están de moda las “botineras”, como en su momento las “boxeadoras” y las “polistas”, que, extrañamente, andaban en tríos. En otros ámbitos, el financiero, por ejemplo, un individuo peor que poco agraciado puede, sin embargo, quedarse con la más bella del mundo. Con un automóvil de gran “prestación”, caro y para pocos, hasta un narigón se ve fiato, como ilustra una publicidad por estos días.

Hay, no obstante, otras razones por las cuales el mundo burgués es, promedio, más estético que el mundo obrero. Una de las más importantes es la posibilidad de mejorar con dinero lo que natura no dio. Desde el gimnasio hasta las cirugías más absurdas (estiramientos, recortes, engrosados, tensados), el dinero compra un cuerpo mejor y más atlético: un ministro enriquecido misteriosamente logró un mejor soporte para sus pantalones; una conductora televisiva tiene menos años que su propia hija; un empresario cambió, literalmente, de cara. La razón más importante es otra: la posibilidad de una vida mejor. Se duerme más, se trabaja menos. Se duerme con más comodidad, se trabaja en dar órdenes a los que trabajan. Se tiene más tiempo libre. Tiempo libre que es más libre que el de un obrero no sólo en cantidad, sino, mejor aún, en calidad. Se come. Se come siempre. Se come mejor, también: en compañía, servido, lo que se quiere, como se quiere. La comida tiene “arte”, como se dice en canal Gourmet: a orillas de un río uruguayo o en medio de la nieve patagónica, según le toque a Francis Malmann, paseando por Grecia, con Narda Lepes o por Ita-

lia, con Donato, aprendiendo química con un catalán narigón o a media lengua, con Christophe. Hay más exquisitos todavía. Se escucha música y no cumbia; se hace danza en lugar de bailanta; se viste con elegancia trapos que no son para cualquiera. Un zapato de Ricky Sarkany, que no es “top-top” necesariamente, basta para dar de comer a una familia entera. Se puede tener hijos sin alterar una vida de soltero, porque el cuerpo del burgués se desdobra en padre y madre, por un lado, y sirvienta, por el otro. Que hasta vendrá con nombre “fashion”, porque ellos tienen “nanny”. Objetos, sobre todo, un burgués tiene objetos: iPhone, iPod, Notebook, GPS, cámara digital... El cuerpo del burgués, es el cuerpo del placer capitalista. El cuerpo del burgués es infinito. ¿Por qué elegir un invierno, si puedes tener todos los inviernos?, dice la publicidad oficial de la provincia de Córdoba. El cuerpo del burgués es eterno.

Feo cuerpo

“En la manufactura y en la industria manual, el obrero se sirve de la herramienta: en la fábrica, sirve a la máquina. Allí, los movimientos del instrumento de trabajo parten de él; aquí, es él quien tiene que seguir sus movimientos. En la manufactura, los obreros son otros tantos miembros de un mecanismo vivo. En la fábrica, existe por encima de ellos un mecanismo muerto, al que se les incorpora como apéndices vivos (...)

El trabajo mecánico afecta enormemente al sistema nervioso, ahoga el juego variado de los músculos y confisca toda la libre actividad física y espiritual del obrero. Hasta las medidas que tienden a facilitar el trabajo se convierten en medio de tortura, pues la máquina no libra al obrero del trabajo, sino que priva a éste de su contenido. Nota común a toda producción capitalista, considerada no sólo como proceso de trabajo, sino también como proceso de explotación de capital, es que, lejos de ser el obrero quien maneja las condiciones de trabajo, son éstas las que le manejan a él; pero esta inversión no cobra realidad técnicamente tangible hasta la era de la maquinaria.”

Karl Marx, *El capital*

Ya Ramazzini había descubierto que la medicina para pobres, es decir, el vano intento de componer lo que la explotación descompone, requiere agregar una pregunta a la tradicional encuesta hipocrática: Ud. ¿de qué trabaja? Con esa inquietud fundó la medicina laboral. Ramazzini, médico de artesanos, descubrió que el cuerpo del obrero es el cuer-

po del capital. O mejor dicho, es el cuerpo sufrante del capital.

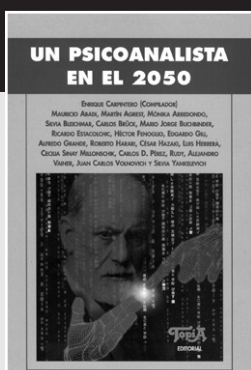
El capital forja los cuerpos obreros a su medida. A la medida de sus necesidades. Los recluta expropiando sus condiciones de existencia no capitalistas. Los concentra donde hacen falta. Los moviliza todos los días. Los desplaza de una ocupación a otra, de un territorio a otro. Los localiza aquí y los relocaliza allá. Los normaliza, reloj mediante. Los automatiza, los mecaniza. Los ordena en series, los numera y los califica. Los estandariza y les pone precio: una mano vale tanto, una pierna, tanto otro.

Se puede identificar al trabajador por las marcas del trabajo: los albañiles tienen manos anchas y gordas, hinchadas; tienen las espaldas destruidas también. Una costurera tendrá escoliosis múltiple, será como un signo de interrogación, una pregunta sobre lo inútil. Los mecánicos tienen las manos negras; los oficinistas, la vista destruida, mucho dolor de cuello y mucha celulitis, igual que los obreros de la computación. Las obreras de los frigoríficos no menstruarán; igual que los obreros de la rama, pulmones destruidos serán los suyos. Los docentes estarán locos. Saturnismo, mucho saturnismo para los que fabriquen baterías. Corazones cansados para todos. Una persistente sensación de asfixia, el temor metido en los huesos: la profesora a la que sus alumnos le incendian la cabeza, sus defensora: expulsarlos no, yo no pedí eso... Años de trabajo que se van a los caños, una vida tirada a los perros por un guacho mal educado. Si no se lo expulsa después de eso, en nombre de la miseria del “progresismo” educativo, entonces, ¿cuándo? ¿Cuál es el límite? Ni siquiera el cuerpo del docente. Esa mujer lleva la muerte en el alma. Se llama humillación. El cuerpo obrero es un cuerpo humillado. Humilde, sumiso, adopta la forma del mecanismo que le corresponde en la maquinaria social. Mutilado, un cuerpo obrero es un cuerpo mutilado. Dura poco, envejece rápido, muere antes. Un cuerpo obrero es un cuerpo sin extensiones. Un cuerpo mínimo. Un cuerpo feo.

Un solo cuerpo

La escisión entre la humanidad y su dios es la metáfora por su propia escisión, por su rotura interna. Por la polarización de las libertades en un polo y las necesidades en el otro. Esa escisión es física, material. Reproduce la Santísima Trinidad: dos cuerpos de una misma vida social. El padre, el capital, el hijo crucificado, capital variable, el espíritu santo del buen burgués. Y son uno: el trabajo humano. El único dios verdadero: la humanidad creándose a sí misma. El reencontrarse de las partes con el todo, condición elemental de la expulsión del mal, eso es la revolución social: la reconstrucción del cuerpo mutilado de la humanidad.

UN PSICOANALISTA EN EL 2050



Diecinueve relatos publicados en Topía revista, donde los autores juegan a imaginar el futuro de un psicoanalista en una época que, para la mayoría de nosotros, resulta lejana.

Distribuye Catálogos - Informes y ventas: Tel. 4802-5434 / 4326-4611
editorial@topia.com.ar / www.topia.com.ar

CARLOS CARUSO
Psiquiatra y Psicoanalista
carlos@tangosbycaruso.com

EL CUERPO MALTRATADO Y MAL TRATADO

(Trastornos psicósomáticos a comienzos del siglo XXI)

El cuerpo maltratado

Nuestro cuerpo no funciona igual en medio de una tempestad de nieve en la Antártida que deslizándose suavemente entre de un cardumen de coloridos peces por las profundidades del Mar Caribe. Tampoco lo hace igual a nivel del mar que a 4.000 metros de altura. Para poder subsistir debemos adaptarnos, producir cambios importantes y eventualmente tomar recaudos, entrenarnos, adaptarnos gradualmente, aclimatarnos. Nuestra mente y nuestros sentimientos tampoco son los mismos enfrentados a esos distintos acontecimientos. Esto lo sabe cualquier persona medianamente informada.

Lo que no es tan común de tener en cuenta es que el cuerpo y la mente tampoco funcionan igual en medio de un sistema sociocultural y económico que formando parte de otro. Es bueno recordar que las circunstancias históricas son contingentes (son así, pero pueden ser de otra manera), de ese modo evitaremos caer en la gran falacia de creer que patologías absolutamente evitables son "naturales".

Ya en 1987, el Dr. Giovanni Berlinguer (ex diputado y senador italiano, diputado al Parlamento Europeo, miembro del comité internacional de bioética de la UNESCO), expuso su tesis de la "transición" de las enfermedades: de la prevalencia de las enfermedades de origen natural o fisiológico hemos pasado a un sistema de enfermedades de origen social o antropogénico.

Pero, ¿cómo enferma el "capitalismo globalizado"? A través de los cambios sociales y culturales que no elegimos y nos son impuestos y que demandan esfuerzos de adaptación y provocan incertidumbre, un estado de alerta que puede ser intenso o leve, pero es constante. Se ha comprobado que una sobrecarga psicoemocional (estrés), de baja intensidad pero sostenida durante largo tiempo es tan deletérea como una muy intensa por poco tiempo.

La sobrecarga psicoemocional a través de los sistemas nervioso autónomo, endocrino e inmunitario, provoca variadas manifestaciones corporales que comienzan siendo funcionales y reversibles pero, si persisten en el tiempo más allá de cierto límite, se transforman en orgánicas e irreversibles.

En la niñez, los trastornos psicósomáticos se generan en un momento temprano del desarrollo de la personalidad, donde ni el sistema nervioso ni el psiquismo ni el lenguaje han madurado lo suficiente para poder procesar en forma eficiente los estímulos ambientales de sobrecarga psicoemocional y son sobrepasados por ellos.

En los adultos, la cantidad, velocidad y negatividad de los cambios de los últimos 15 años, que transformaron a la vida humana en una peligrosa experiencia de desarraigo, tiene tal magnitud o es de tal carácter que aún a través del lenguaje no hay palabras para expresar lo que se siente y se vive: pérdida tras pérdida.

El denominador común de todas estas experiencias es el estado de indefensión y la dificultad de comunicarse y compartir. A veces porque no hay palabras, pero otras porque no hay espacio social para hablar y ser escuchado. Es inútil

hablar. La que habla es la televisión y no se le puede responder.

¿Cuáles son esos cambios? Por razones de espacio usaré pocos ejemplos.

Lawrence Summers, actual presidente de la Universidad de Harvard, obtuvo el premio al catedrático más joven. En 1999 fue Secretario del Tesoro de EEUU. Trabajó en la reforma de la arquitectura financiera internacional del FMI.

En 1992, (a los 38 años) Summers era vicepresidente del Banco Mundial (BM) y firmó un memorando en el que sugería: "¿No debería el Banco Mundial alentar una mayor transferencia de industrias sucias al Tercer Mundo? [...] Los costos de esta contaminación están ligados al aumento o retroceso de la mortalidad. Desde este enfoque, una cierta cantidad de contaminación perniciosa debería ser realizada en países con costos más bajos, con menores salarios, por lo que las indemnizaciones a pagar por los daños serán también más bajas que en los países desarrollados... [...] Las sustancias cancerígenas tardan muchos años en producir sus efectos, por lo que éstos serán mucho menos llamativos en los países con una expectativa de vida baja, es decir, en los países pobres donde la gente se muere antes de que el cáncer tenga tiempo de aparecer". ¡Así como lo leen! ¡El capitalismo enferma y mata planificadamente!

EN LA FORMACIÓN DE GRADO Y POSTGRADO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD JAMÁS SE MEDITA O REFLEXIONA SOBRE EL SISTEMA SOCIOCULTURAL CAPITALISTA: EL SISTEMA ES ALGO INAMOVIBLE, DADO PARA SIEMPRE, ES "PARTE DE LA NATURALEZA" Y NADA TIENE QUE VER CON LAS ENFERMEDADES.

Se sabe que algo hace daño, pero no se trata de evitar un daño, sino de que los costos sean menores. Y si la mortalidad es alta, no se trata de disminuirla sino de aprovecharla para no tener que pagar indemnizaciones. El ser humano es una mercancía más de la cual hay que obtener el mayor beneficio posible.

Este tipo preside una de las universidades más prestigiosas de EE. UU. Es el responsable de la educación superior de miles de jóvenes. Toma y ha tomado decisiones que influyeron e influyen sobre la vida y la muerte de millones de personas ¿Qué actitud hacia los seres humanos y la naturaleza puede transmitirles a los jóvenes? ¡Una verdadera fábrica de monstruos! **Que nuestro destino esté en manos de tipos así ¿no es "inquietante", no es una sobrecarga psicoemocional enfermante?**

Pero sigamos. Hace más de 20 años el BM otorgó créditos para "forestar" en Uruguay. ¡Qué bueno! ¡Ayuda a los países subdesarrollados! Esta forestación, hecha sólo con eucaliptos, destruyó la biodiversidad de la flora autóctona, de-

sequilibró el nicho ecológico de fauna y flora y alteró el suelo por la avidéz de agua de los eucaliptos.

¡Oh casualidad!, el mismo BM, dando más ayuda aún a los países subdesarrollados, otorgó el crédito para que se construyan las plantas de pasta de celulosa frente a Gualeguaychú, que van a contaminar con dioxina el río Uruguay, cumpliendo con la recomendación de Summers cuando era vicepresidente del mismo BM. **Eso muestra claramente que hay países subdesarrollados por que hay países subdesarrollantes.**

También en el río Paraná tenemos nuestra propia planta de pasta de celulosa contaminante: Papel Prensa pertenece a los diarios Clarín, La Nación y ¡el Estado Argentino! (eso sí, sin intervención del BM).

¿Qué es la dioxina? Es una sustancia incolora e inodora, con una estructura compuesta por oxígeno, carbono y cloro. En la naturaleza se encuentra como producto de la actividad volcánica y los incendios forestales. En la actividad industrial humana como **producto del blanqueo de la pulpa de celulosa y papel** y en las emanaciones de gases de escape. Se acumula en el tejido graso de los animales. La excreción de la mitad de la dioxina ingerida demanda 7 años. Todos los estudios realizados revelaron que **la dioxina es cancerígena.**

Los EE. UU. utilizaron dioxina en la guerra de Vietnam, desde 1961 a 1971, como componente del "Agente Naranja", un defoliante que rociaban desde aviones sobre la selva para evitar que los guerrilleros puedan ocultarse bajo la vegetación.

Lanzaron un promedio de 60 millones de litros. ¡El capitalismo no es ecológico! Los vuelos se suspendieron por protestas en EE. UU. de los veteranos de guerra, representantes, senadores y científicos. Los soldados norteamericanos fueron indemnizados (por hijos deformes y cáncer) con una cifra de 180 millones de dólares.

Los vietnamitas no tuvieron tanta suerte: a 30 años del fin de la guerra, hay más de 3 millones de personas afectadas, adultos y niños, con cloracné, deformidades, miembros atrofiados, retraso mental, sordera, ceguera y con cáncer de pulmón y de próstata.

La demanda que presentaron ante un tribunal de EE. UU. fue rechazada.

Algo similar ocurrió con las tropas norteamericanas en la "Guerra del Golfo" y luego con las fuerzas de la OTAN en Kosovo, con los proyectiles de uranio empobrecido.

¡Si el capitalismo ni cuida a sus propios soldados que lo defienden y difunden, qué esperar de lo que puedan hacer con los que consideran sus "enemigos"!

Pero la guerra no sólo es destrucción y muerte. Para el capitalismo la guerra es un gran negocio. Recordemos que, antes de la invasión de Irak, EE. UU. intercambiaba con otros países apoyo político a su rechazada invasión por "contratos de reconstrucción". Vendían por anticipado contratos de arreglo por lo que iban a romper. ¡Previsores!

Pero sin necesidad de tratar con otros países, en los propios EE. UU., el tío del

actual presidente, William H. T. Bush, cobró, en enero de 2005, dividendos por **medio millón de dólares.** Integra el directorio de una empresa que abastece de blindados y otros equipos a las tropas norteamericanas. Cuando lo consultaron por el asunto dijo: "Preferiría que no hubiera negocios que hacer en Irak, pero lamentablemente vivimos en un mundo agitado." No comentó nada acerca de cómo su sobrino se encarga de agitar al mundo.

El cuerpo mal tratado

En todas las épocas, los médicos hicieron lo que sabían y podían, pero también lo que la sociedad esperaba de ellos y lo que esa misma sociedad les permitía hacer.

En la formación de grado y postgrado de los profesionales de la salud jamás se medita o reflexiona sobre el sistema sociocultural capitalista: el sistema es algo inamovible, dado para siempre, es "parte de la naturaleza" y nada tiene que ver con las enfermedades. Se los entrena para actuar sobre las consecuencias sin pensar jamás en las causas. Cuando, inevitablemente, se evidencia que la causa es socioeconómica (como en la desnutrición, por ejemplo), se menciona que ése ya no es un asunto que esté en manos de los médicos solucionar. Así que, lo mejor es dedicarse con entusiasmo a buscar soluciones dentro del propio sistema y a la manera de éste, es decir: investigar en laboratorios privados, patentar los fármacos para cobrar regalías y obtener pingües ganancias vendiéndoselos a "los giles".

Se entiende perfectamente porqué el concepto y la palabra **prevención** desaparecieron del vocabulario cotidiano, las planificaciones en salud y los "trabajos de investigación". Si se evita que las personas se enfermen o se promueven condiciones de vida para que permanezcan sanas, ¿cuántos millones de dólares dejarían de percibir los mercaderes de la enfermedad? Es evidente que **"el negocio" es la enfermedad, no la salud. Y la enfermedad de los seres humanos es una mercancía más con la cual se tiene el derecho de lucrar legítimamente.**

¡No se preocupen! Si se envenenan con dioxina y desarrollan cáncer, los internarán y facturarán por "hombre-día-cama", estudios clínicos, medicamentos, intervenciones quirúrgicas y se quedarán con la diferencia entre lo que le cobran al Estado o las Obras Sociales y lo que les pagan a los profesionales que los atienden a Uds. y ellos emplean.

En el capitalismo todo se compra y todo se vende. ¡**Todo!**

EL OJO MOCHO
Revista de crítica política y cultural

CÉSAR HAZAKI
Psicoanalista
cesar.hazaki@topia.com.ar

CORDÓN UMBILICAL TELEFÓNICO

Teléfonos para principiantes:

La tecnología no detiene su avance, cada día nuevos productos nos sorprenden y exceden. Los mismos reestructuran permanentemente la relación entre la comunicación y el ocio. Como parte de la cultura de época las nuevas generaciones se adecuan muy rápido al uso de los mismos y muchos de estos aparatos y servicios se ofrecen exclusivamente para el público juvenil.

La estrategia de *marketing* de las telefónicas es, para cuando concluya el año 2010, haber incorporado al mercado treinta y un millones de nuevos usuarios jóvenes durante el período 2005-10. Dentro de esta lógica es necesario abrir permanentemente nuevos mercados. La última novedad es el teléfono celular para los menores de cinco años, su venta es impulsada bajo el lema de la inseguridad de los tiempos que corren.

Se trata de un aparato que permite al niño conectarse con sus abuelos, ante cualquier malestar o peligro, para ello debe pulsar un solo botón grande que tiene una imagen identificable. Los aparatos han sido desarrollados por una alianza entre grandes empresas de juguetes y las telefónicas. Pese a los reparos de diversos sectores sociales, el negocio ya está en marcha sin ningún tipo de límite.

Adolescentes y celulares:

Cada vez más se acciona a favor de protegerse ante la oleada de inseguridad y ésta produce negocios específicos: Custodias, alarmas, cámaras de video, estrategias antisequestro, autos blindados y personas con "ataque de pánico" son sólo una muestra diversa de la cultura del miedo. La familia que cree a pie juntillas el tema es dominada por el miedo, está convencida de que la ciudad es un espacio lleno de asechanzas. La ciudad es el paisaje del miedo, lo que establece una forma desconfiada de vivir y actuar.

Así el teléfono celular pasa a formar parte del dispositivo por el cual los jóvenes son mantenidos bajo el control familiar, con la justificación de que el mismo permite reforzar el cuidado y la protección ante un mundo tan peligroso. Es decir que entre los múltiples usos de los teléfonos se encuentra la posibilidad de "rastreo del joven". Las familias proveen los aparatos a los jóvenes para así "saber dónde están". Lo que permite que estén siempre vigilados.

La adaptación social así propuesta es tener la mayor cantidad de variables de control para defenderse, prevenir el asalto o el secuestro. Detrás del decla-

mado cuidado el anhelo de control familiar va mucho más allá.

¿Dónde estás?

Tomaremos ahora la característica que asume el primer contacto o primeras frases de esta comunicación telefónica. Primero: como la llamada indica desde qué número se realiza, quien la recibe sabe antes de atender con quién se está comunicando, por ello nombra a la persona y rápidamente pregunta: ¿Dónde estás?

Es decir la información que requiere, en primera instancia, es localizar el espacio que habita la persona que llama. ¿Dónde estás? es, entonces, la pregunta que inicia la conversación en el mundo adolescente.

Es lícito preguntarse por ese supuesto mundo seguro que comienza con una pregunta semejante: ¿Cuál es la significación psíquica que esa pregunta expresa?

Convengamos que no parece una respuesta formal como el pretérito: Hola. Nos parece que esta frase, por su expansión y rápida aceptación, habilita a tratar de rastrear otros posibles sentidos.

En principio es la pregunta que toda familia asentada en el control de los jóvenes quiere que éstos le respondan con urgencia. Es decir primero quiere resolver la inquietud o premura de los padres. Por ello esta localización geográfica viene del mundo familiar e ilusiona a los adultos con tener al joven bajo el paraguas del control. Se justifica dicho cuidado como una de las formas de defensa de la temida sensación de inseguridad.

Cuando los jóvenes la aceptan y la propagan están bajo ese requisito parental lo sepan o no. Por eso no hay diálogo telefónico posible con un conocido si éste primero no da, imperiosamente requeridas, las coordenadas geográficas de dónde se encuentra.

Un poco del pasado:

El infante humano nace en estado de indefensión absoluto y es por ello muy larga su dependencia. En este largo proceso en busca de la autonomía, el bebé se va desprendiendo por etapas de los mayores. La mayor autonomía requiere del progresivo desarrollo motor y de la confianza parental, que se van conformando en la convicción que los adultos desean y estimulan la independencia de acuerdo a la evolución del niño.

El exceso de independencia exigido por los padres es probable que conduzca a la vivencia de expulsión en el niño. Por

el contrario, la sobreprotección parental es el padrino inexorable del miedo y lleva a la inhibición de la experiencia, dado que sólo refuerza la convicción de que el mundo es muy hostil.

Es este un movimiento oscilatorio entre: a) las actitudes retentivas donde el hijo nunca está preparado para producir cambios, es decir, siempre se lo ve como pequeño y

b) en las que siempre se pide del niño más de lo que puede realizar, se lo ve como más grande de lo que en realidad es.

La actitud filial debe, una y otra vez, escapar de estos dos estereotipos para así lograr que el mundo psicológico del niño esté seguro del vínculo con sus padres. Este valorado núcleo de identificaciones y certezas permiten un desarrollo confiable y confiado en los vínculos sociales que van permitiendo diferenciar al niño de su entorno más próximo. Esta salida se construye desde el primer momento del infante humano y termina de consolidarse en la adolescencia. En la transformación, tanto psíquica como biológica, la elaboración de duelos específicos hace que los jóvenes puedan ir dejando atrás la infancia e ir enfrentando el mundo con las nuevas herramientas de la independencia.

Ahora bien entre estos jóvenes que por la necesidad de control de la familia y la moda usan el teléfono celular, el aparato se transforma en un moderno cordón umbilical satelital por el que vuelven, sin saberlo, al momento en que necesitan a la madre relativamente cerca, su presencia es todavía reclamada, para poder jugar solos en la otra habitación. Para ejemplificar el niño está en su habitación jugando y cada tanto tiempo pregunta: -¿Mamá?

Madre: -¿Qué?

Niño: -Nada.

Al rato:

Niño: -¿Ma me alcanzás agua?

La madre solicita le acerca el agua y se va.

Poco tiempo después el niño reclama galletitas, etc., etc. Repetición de la escena. La conclusión necesaria es que esta instancia debe ser elaborada para permitir cada vez mayor autonomía. Debe el niño renunciar a la presencia constante de la madre para poder consolidar una relación interna que la haga ganar confianza. La madre debe renunciar a ser el portavoz de la presencia omnipotente de una familia que todo el tiempo puede proveer y proteger a su hijo. La ganancia en independencia, en autonomía, será así lograda.

Este tiempo evolutivo comienza alrededor de los dos años, aquí el niño no puede dejar de verla a la madre; recién

a los tres años el niño puede jugar solo, cierra la puerta de su habitación para establecer un entorno definido por él para desarrollar su juego.

Soportarse - pensarse - autonomía

Dice Susana Toporosi: "tiene que suceder que el chico empiece a soportar pensarse a sí mismo sin que los padres sepan dónde está. Para eso, los padres tienen que poder soportar no saber por un rato dónde está su hijo, poder confiar entonces en que él va a autocuidarse por ratos cada vez más largos. El celular obstruye ese proceso. No permite que el chico haga la experiencia de estar a solas en el mundo extrafamiliar como experiencia gradual, hasta lograr la independencia".

Cuando el adolescente toma masivamente ese modelo bajo la insistente y ya popular pregunta ¿Dónde estás? al atender el teléfono, en lugar de ir hacia la autonomía va hacia la dependencia.

LA ESTRATEGIA DE MARKETING DE LAS TELEFÓNICAS ES, PARA CUANDO CONCLUYA EL AÑO 2010, HABER INCORPORADO AL MERCADO TREINTA Y UN MILLONES DE NUEVOS USUARIOS JÓVENES DURANTE EL PERÍODO 2005/2010.

Dado que no hay corte posible con la familia que ha tendido sus redes a favor de la dependencia con la compra del celular y esto los conduce al miedo y no hacia la confianza que puede lograrse por las nuevas experiencias y vínculos. ¿Con los celulares y su uso por el afán de control para combatir la inseguridad no estarán estas familias rompiendo este nuevo espacio íntimo y privado y con ello colocando semillas de miedo en el cuerpo de los jóvenes? Es decir que en busca de su propia tranquilidad, la familia opera a favor del *statu quo* y el poder. Cortando el circuito de la autonomía a favor del supuesto cuidado, se ilusionan con escapar de la inseguridad convirtiendo al joven en parte de una masa unida a infinitos cordones umbilicales. Nos encontramos así ante una tecnología que expande el mundo de la conectividad pero no hace falta mucha imaginación para que, con el justificativo de la defensa ante el peligro, pergeñe un dispositivo para incluir un aparato de control dentro del cuerpo de niños y adolescentes.

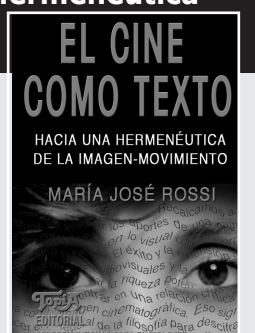
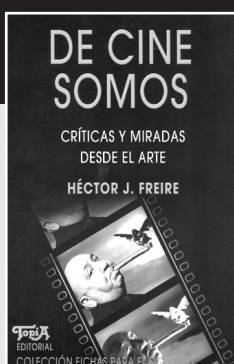
De cine somos. críticas y miradas desde el arte Héctor J. Freire

En este libro encontramos la crítica de films y del cine en general a partir de conexiones con la literatura, la pintura, el psicoanálisis, la historia, la filosofía y la política.

Distribuye Catálogos - Informes y ventas:
Tel. 4802-5434 / 4326-4611 - editorial@topia.com.ar / www.topia.com.ar

El cine como texto. Hacia una hermenéutica de la imagen-movimiento María J. Rossi

Un texto donde la hermenéutica y la semiótica disputan su lugar para dar cuenta de cómo la psicología y el psicoanálisis transforman al cine y como el cine transforma la cultura.



RICARDO IACUB
Psicólogo
riacub@fibertel.com.ar

¿A quién le gustan los viejos?

Ella le dijo: "No me mires". Él preguntó por qué sin apartar la vista del cielo raso.

—Porque no te va a gustar —dijo ella.

Entonces él la miró, y la vio desnuda hasta la cintura, tal como la había imaginado. Tenía los hombros arrugados, los senos caídos y el costillar forrado de un pellejo pálido y frío como el de una rana. Ella se tapó el pecho con la blusa que acababa de quitarse y apagó la luz. Entonces él se incorporó y empezó a desvestirse en la oscuridad, tirando sobre ella cada pieza que se quitaba, y ella se la devolvía muerta de risa.

Gabriel García Márquez,
El amor en los tiempos del cólera.

El erotismo en la vejez es una temática poco abordada desde el punto de vista cultural, histórico y político. En un contexto donde diversos grupos sociales han ido conformando una lectura alternativa acerca de la construcción de su diferencia, la forma de hablar de la vejez mantiene un estilo medicalizado o asociado a la salud. Esta reducción en sus abordajes, limita sus perspectivas e impide que se la problematice en términos políticos, es decir, que pueda convertirse en una variable de recambio e innovación cultural.

El objetivo de este artículo es presentar uno de los límites centrales al deseo de los viejos y sobre los viejos, que se instala en la barrera del pudor, el disgusto y la vergüenza frente a sus cuerpos, mucho más evidente que cualquier otra limitación de orden biológico o psicológico, a través de la cual se la intenta explicar, y aun más, recuperar.

Sexualidad o erotismo y estética

El erotismo, para Featherstone (1998), es esa infinita variedad de formas basadas en una constante invención, elaboración, domesticación y regulación del impulso sexual o, como sugiere Bauman (1999), "es el procesamiento cultural del sexo". Son las narrativas de cada época las que promueven esquemas ideales, desde los cuales una erótica se enriquece de nuevos libretos sociales para conformar su estética o su disgusto.

La construcción del disgusto

Entendemos este límite como el rechazo o negación erótica de la imagen de la vejez en el propio sujeto o en el otro, lo cual puede ser pensado como producto de una limitación cultural de una estética de la erótica en la vejez. A diferencia de otras culturas, como la china o de ciertos grupos africanos, donde la imagen de la vejez podía ser bella, o en el pueblo judío donde la edad no cobra un valor central; en la cultura griega y romana, la referencia a la edad, se convierte en un elemento central para determinar la deseabilidad de un sujeto, a quien se llamará "la joven o el joven". En la Antigüedad Griega (Foucault, 1984), la actividad y los placeres sexuales no habían sido establecidos como reglas fijas, sino como criterios relativos a una estética de la existencia. Aunque, en lo que concierne a la vejez, sin hallar

una prohibición cierta, ni considerarlo poco habitual, se las calificaba de antiestéticas o de vergonzantes¹, lo cual configura un tipo especial de limitación. Donde la idea de ya no ser deseables era una referencia más habitual que la de cualquier otro obstáculo erótico.

El momento oportuno o *kairós* del erotismo era la juventud y el inoportuno era la vejez. La no oportunidad se presentaba en lo antiestético, que se componía a partir de la asociación entre la fealdad, la enfermedad y la muerte, elementos que contradecían la idea del *eros* "término que alude al dios del amor, concebido como una fuerza fundamental del mundo que no sólo aseguraba la reproducción de las especies, sino también la cohesión interna del cosmos" (Iacub, 2006).

Santos (1996) señala la contraposición recurrente entre la juventud y la vejez, en este caso como "los dulces dones de Afrodita", frente al dolor, fealdad y pérdida de amor y honra de la vejez.

Horacio marcaba con particular vehemencia la repugnancia del cuerpo de una vieja: "¿Preguntar tú, podrida por tus años sin cuento, qué es lo que enflaquece mi virilidad; tú, que tienes renegrida la dentadura y a quien una vejez añeja ha surcado la frente de arrugas; tú, cuyo asqueroso trasero se abre entre las nalgas enjutas, como si fuera el de una vaca enfermiza? [...]" (Épodos, 8). Otra referencia habitual del rechazo erótico por el cuerpo de los viejos, era asimilarlos al de los animales, lo cual representaba la imagen de lo distinto y rechazable. Un Priapeo decía lo siguiente: "Una vieja corneja, una carroña, un cadáver ambulante, hecha un asco por el paso de los años" (Nº 57).

La crítica hacia el hombre mayor era menos frecuente aunque estaba presente. Tibulo presenta un relato sobre los viejos que se sometían a las "cadenas de Venus": "Y, con voz temblorosa, se preparaba para piropear y con sus manos pretendía disimular sus canas, no se avergonzó de plantarse delante de la puerta de la joven que quería, ni de parar en medio del foro a su esclava. A él los niños, a él los jóvenes en estrecho círculo lo rodean y le escupen todos en los flexibles pliegues de su ropa" (Elegías, Libro I).

Así, si los jóvenes constituían la propia representación del deseo sensual, lo eran en igual forma del amor, por lo que los viejos estaban excluidos del lugar de objetos y sujetos del deseo (salvo por su dinero, en las Sátiras).

Otros relatos

Las historias posteriores que transitan la cultura occidental irán modificando el orden de las limitaciones o habilitando espacios de goces (como en la Revolución Francesa) pero fundamentalmente adaptarán el discurso a las variantes de cada época.

En el siglo XIX, con una lectura medicalizada y burguesa del deseo sexual, que llevó a ver más la enfermedad que los goces, retoma este tema desde la vertiente de los viejos como objetos del deseo perverso, en la medida que se

consideró que aquellos jóvenes que podían desearlos eran gerontófilos (Krafft-Ebing Von, 1999). La razón que alegaba para dar cuenta de esta curiosa perversión era que "a nadie le podía gustar un viejo decrepito", es decir se vuelve a retomar un elemento estético que definirá el campo de la exclusión, ahora desde el discurso psiquiátrico.

En la actualidad se presenta un rechazo, algo menos explícito que en la antigüedad, pero que sigue reapareciendo en la limitación de exponer o gozar con ciertos cuerpos, al tiempo que una fuerte demanda de "estilizarlos". La mujer aparece como la más limitada en este sentido. Susan Sontag (1972) lo señalaba así: "El punto es que una mujer bien vestida, maquillada, teñida, no es atractiva. La desaprobación puede tomar la forma de la aversión. El envejecimiento es un proceso que consiste en volverse obscena sexualmente por los senos fofos, el cuello arrugado, las manos manchadas, el cabello afinado, el torso sin cintura y las piernas con várices...". Se libra una guerra contra el cuerpo que envejece, la cual toma la forma de una mayor necesidad de manejo y uso de terapias diversas frente a los signos del envejecimiento, convirtiéndolo en un rígido objeto de disciplina y en un fetiche del deseo sexual.

¿Es posible la estética de la erótica en la vejez?

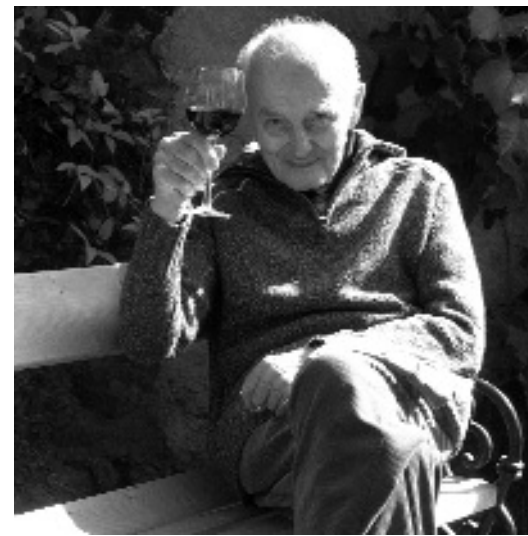
Ciertas transformaciones culturales parecieran avistarse tímidamente. La importancia del número de personas mayores sumado a cambios culturales de una sociedad uni-age (donde se pierden los patrones sociales generales definidos por edad) y con una ética más hedonista, ponen en cuestión el sentido de la represión del deseo y la aceptación, casi fatal, de la pérdida de belleza y deseo por la edad.

EL EROTISMO EN LA VEJEZ ES UNA TEMÁTICA POCO ABORDADA DESDE EL PUNTO DE VISTA CULTURAL, HISTÓRICO Y POLÍTICO.

Existen algunos modelos alternativos que parecieran dar espacio a una mirada que integre la belleza en la vejez. Una de estas formas, quizás en el sentido más convencional y al mismo tiempo más curioso, son los *transetarios* (Iacub, 2003), es decir, los que cambian las formas exteriores propias de la edad (generalmente con cirugías estéticas, prácticas corporales diversas, etc.) y de esta manera sostienen el fetiche del deseo, lo cual les permite pensarse como objetos de un deseo erótico.

Otro modelo surge en los grupos de mayores que admiten la posibilidad de seguir siendo deseables, sin tanta disciplina corporal, aunque limitándose a sus propios marcos en los que se reconstruyen deseos posibles, encuentros y hasta las reconocidas elecciones de reinas de belleza.

Existen una serie de narrativas literarias



y filmicas que comenzaron a ahondar en esta temática, con diversos niveles de resolución. La película *Elsa y Fred* muestra la belleza de un deseo que busca una *Dolce Vita* (referencia cinematográfica incluida en la propia película) teniendo en cuenta la edad y la cercanía de la muerte; mientras que en *El amor en los tiempos del cólera* se sostiene el deseo en la vejez, justificado en los recuerdos juveniles de una pasión interrumpida. Experiencias realizadas en la Universidad de Yale muestran la efectividad de las bellas imágenes de la vejez produciendo deseo en los mayores, o los efectos impotenzadores de las imágenes críticas o burlonas.

Es por ello que las "bellas imágenes" de la erótica en la vejez son vehículos esenciales para conducir el deseo. No tomar en cuenta esta dimensión puede correr el riesgo de aplanar una dimensión central en el erotismo humano, perdiendo de vista uno de los principales motivos de represión erótica de los envejecientes en nuestra cultura.

Referencias bibliográficas:

- Bauman, Zigmunt: "On Postmodern Uses of Sex", Featherstone Mike (comp.): *Love and Eroticism*, Sage Publications London -Thousand Oaks- New Delhi, Oxford, 1999.
- Catulo: *Poemas*; Tibulo: *Elegías*, Editorial Gredos, Biblioteca Clásica Gredos, Barcelona, 1992.
- Featherstone and Hepworth: "Ageing and Old Age: Reflections on the Postmodern Life Course", Featherstone Mike (comp.): *Love and Eroticism*, Sage Publications London-Thousand Oaks-New Delhi, Oxford, 1998.
- Foucault, M.: *Historia de la Sexualidad I-II-III*, Fondo de Cultura Económica, México, 1986.
- Horacio: *Épodos y Odas*, Alianza Editorial, Madrid, 1985.
- Iacub, R.: *Erótica y Vejez. Perspectivas de Occidente*, Paidós, Buenos Aires, 2006.
- Iacub, R.: "Los transetarios", **Página 12**, Bs. As., 2003.
- Iacub, R.: *Tesis de Doctorado en Psicología*, sin editar, 2006.
- Krafft-Ebing Von, R.: *Psychopathia sexualis*, Editions Payot, París, 1999.
- Santos, A.: "El Dos, El Tres y El Círculo. La Forma y El Contenido. La Obra y La Naturaleza", **Cuadernos de Filología Clásica España**: Estudios griegos e indoeuropeos, Nº 6, 1996.
- Sontag, S.: "The double standard of aging", **Saturday Review**, The Society, September, 1972.

Nota

1. La misma lectura de la temática transitan tanto en la antigüedad Griega como Romana.

CHRISTOPHE DEJOURS

PSICOSOMÁTICA

Christophe Dejours es un psiquiatra y psicoanalista, profesor del Conservatorio Nacional de Artes y Oficios y director del Laboratorio de Psicología del Trabajo en Francia. Está especializado en temas laborales y posee una vasta producción bibliográfica en su país de origen siendo traducidas al castellano algunas de sus obras, entre ellas, El factor humano (Lumen, 1998), Investigaciones psicoanalíticas sobre el cuerpo (Siglo XXI, 1992) y Trabajo y desgaste mental (Homanitas, 1990). Hace dos años publicamos La banalización de la injusticia social (Topía, 2006). Su perspectiva implica analizar el sufrimiento en el trabajo en el mundo actual. Sufrimiento negado habitualmente.

Este texto, enviado especialmente para Topía, implica ahondar en la definición de un concepto del que mucho se habla y poco se profundiza: la psicosomática. Dejours desarrolla en profundidad en este artículo las diferentes concepciones de la psicosomática con el rigor al que nos tiene acostumbrado.

Utilizado por vez primera por un psiquiatra alemán, J. C. Heinroth (1818), a comienzos del siglo XIX, el término psicosomática es reciente respecto de las inquietudes sobre las relaciones entre el alma y el cuerpo, de las que se encuentran teorías a todo lo largo de la historia de la filosofía y de la medicina desde la Antigüedad.

No se trata aquí de hacer una presentación de la sustancia misma de la psicosomática o de su historia (véase por ejemplo Kamienecki, 1994) sino de considerar únicamente la manera en que el cuerpo es conceptualizado por las principales corrientes teóricas que atraviesan el campo de la psicosomática.

Psicosomática designa hoy - un campo de investigación referido a los procesos psicológicos que acompañan las enfermedades del cuerpo.

- un tipo de prácticas, que fundamentan parcialmente, y aún exclusivamente, el tratamiento de las enfermedades del cuerpo en una acción psicológica.

El cuerpo en los enfoques experimentales

Todas las teorías se basan en la idea de que los acontecimientos psico-afectivos pueden tener incidencia sobre las enfermedades del cuerpo, sosteniendo incluso las más radicales de entre ellas que ciertas enfermedades son de origen principalmente psíquico (*psicogénesis* de las enfermedades somáticas). Lo que cuestionan ciertos autores, que de-

fienden un punto de vista (Dantzer, 1991) según el cual serían, por el contrario, los acontecimientos somáticos los que sobredeterminarían los estados mentales, no solamente los cambios de humor sino, de manera más amplia, todas las afecciones del alma, incluyendo a los trastornos psicopatológicos (*organogénesis* de las dolencias mentales). Los argumentos recogidos son sólidos y se les podrá agregar el hecho, conocido desde hace tiempo en medicina, de que los desórdenes endocrino-metabólicos van casi siempre acompañados por cambios psíquicos y de la conducta. Dentro de una perspectiva que se sitúa en una continuidad teórica con la organogénesis de los estados mentales se encuentran las extremadamente numerosas investigaciones referidas a la noción de **estrés**. Introducida por Hans Selye (1956), esta noción ha tenido un importante desarrollo en biología, donde sin duda más rigurosamente se la emplea, en particular en las investigaciones sobre la adaptación del organismo a situaciones extremas (alta presión hidráulica para los anfibios buceadores, muy baja temperatura para los pingüinos, situación de ingravidez prolongada para los astronautas, etc.). Lo que en ese caso está implicado es el medio ambiente físico, químico y biológico, como presión que se ejerce sobre el organismo y sus regulaciones fisiológicas. Y cuando de lo que se trata es de "situación estresante", como se dice en el lenguaje corriente, habría que prescindir de todo psicologismo, es decir evitar la glosa respecto de las dimensiones psíquicas de la presión, que dependerían más que nada de una gnosis, y escuchar en ella lo que, en la situación, viene a oponerse a las conductas instintuales (como en las neurosis experimentales de Pavlov) o a obstaculizar las regulaciones fisiológicas. En cuanto a las perturbaciones psicoafectivas que surgen en esas "situaciones estresantes", serían una consecuencia de los desórdenes neuro-endócrino-metabólicos, una de las posibles manifestaciones sintomáticas de las modificaciones biológicas. En los experimentos con ratones en jaula, sometidos a descargas eléctricas, son ciertamente las reacciones orgánicas ante el dolor las que desatan las perturbaciones de la conducta y las úlceras de la mucosa gástrica, y no el estado afectivo del animal.

Algunos especialistas en psicosomática buscan establecer puentes teóricos con

los pasos experimentales, en particular con aquellos que se interesan más específicamente en las modificaciones que afectan al funcionamiento del sistema nervioso central, privilegiando sea los enfoques neuroquímicos centrados sobre el estudio de los neuromediadores (endorfinas, aminas biógenas, etc.), sea los enfoques funcionales, centrados sobre el estudio de los procesos de jerarquización, integración, sinergia, entre las estructuras cerebrales.

Es lo que sucede por ejemplo con los trabajos de Sifneos y Nemiah. Sifneos (1973), partiendo de la investigación clínica de los trastornos del pensamiento en los enfermos que sufren de afecciones somáticas, le otorga en fin de cuentas un lugar central a la dificultad, encontrada entre muchos de ellos, para expresar, verbalizar e incluso percibir las emociones que en ellos se producen: la **alexitimia**. Junto con Nemiah (1970), propone vincular esa perturbación central con un disfuncionamiento que se ubicaría a nivel del control por parte de la corteza cerebral del sistema límbico, del que se sabe, por otro lado, que está electivamente implicado en la memoria y en las emociones (Mac Lean, 1974; Karli, 1982).

SOMETER AL PSICOANÁLISIS A LA PRUEBA DE LA CLÍNICA PSICOSOMÁTICA SUPONE VOLVER A PARTIR DE LO QUE CONSTITUYE EL CENTRO DE LA TEORÍA PSICOANALÍTICA, A SABER: LA TEORÍA DE LA SEXUALIDAD.

Algunos neurofisiólogos, como Damasio (1994-2004) proponen teorías del funcionamiento cerebral que le otorgan a las emociones y a los afectos, incluso al inconsciente, una función específica en la formación de la actividad cognitiva.

Otros autores buscan enmarcar el impacto de los trastornos psíquicos en el funcionamiento cerebral, más precisamente sobre el eje hipotálamo-hipofisario-inmunitario. La **psico-neuro-inmunología** sería capaz de dar cuenta del efecto de los estados mentales sobre la aparición de las enfermedades, sobre la alteración de los recursos defensivos del organismo contra los agentes infecciosos, e incluso sobre los trastornos



que llevan a una descarga de células inmunocompetentes contra el self (enfermedades autoinmunes).

En la clínica médica hay también un lugar para la psicosomática. Más que sobre las mediaciones biológicas de la acción psicológica, se insiste aquí sobre la relación médico-paciente. Tomando nota de la potencia del efecto placebo en las reacciones de los enfermos a las prescripciones medicamentosas, considera a la prestación médica misma como una suerte de medicamento o como el equivalente de pleno derecho de una prescripción. Pensada por el psicoanalista Balint (1957) en Gran Bretaña, la **psicosomática médica** es sobre todo empírica y teoriza poco acerca de los principios de su práctica.

De tal manera no hay un concepto específico del cuerpo distinto del de los biólogos. En cuanto a los enfoques experimentales mencionados, teorizan al cuerpo como lugar de procesos psicquímicos que están en la base de todas las regulaciones y reacciones de adaptación, agotamiento o desadaptación y de la vida misma, siendo concebida esta última como el conjunto de las conductas orientadas hacia la autoconservación.

Los enfoques psicoanalíticos

Es en fin de cuentas en el interior del **psicoanálisis** que la psicosomática es reivindicada como una disciplina original, práctica y teórica a la vez.

Entre medicina y psicoanálisis, sin em-



36 páginas

A sólo \$5

en los kioscos

El Aromo

Periódico cultural piquetero

N° 43, julio-agosto de 2008



Incluye los suplementos
Observatorio
Marxista de
Estadística
Laboratorio
de Análisis
Político

Entrevista exclusiva a Richard

Lewontin:

Ciencia, religión y política

Debate: ¿A favor o en

contra del campo?

Eduardo Sartelli, Gabriela Martínez, Dougnac, Javier González, Fraga y Enrique Martínez

Campo

Entre Menem y el Rodrigazo

La izquierda y la crisis

Federación Agraria: los chacareros de Videla

Superexplotación del trabajo rural

Clase Obrera

Chaco: Miseria de la etnografía

Los culpables del trabajo infantil

Arte

Berni y la caridad burguesa

Alex de la Iglesia: nueva narrativa y posmodernismo

Filosofía

Engels, Freud, Kant y la historicidad en la ciencia

Los '70: Frondizi y Plan Conintes



bargo, debe reconocérsele un lugar aparte a **Groddeck**. Aunque haya estado vinculado con Freud y luego con Ferenczi, Groddeck siempre tuvo una práctica de médico somático y casi no empleaba el término de psicósomática en sus propios escritos. Su práctica se fundaba sobre la intuición de poderes específicos del cuerpo y se esforzaba por poner en evidencia una suerte de intencionalidad contenida en el cuerpo todo, capaz de aprovechar todas las configuraciones sintomáticas, para manifestar los movimientos afectivos en los que se encuentra implicado el sujeto. Esos poderes del cuerpo están en relación con los ardidés -a menudo el sentido del humor-, empleados para desbaratar, saltar, subvertir la consciencia moral. A ese poder le da el nombre de Ello (*das Es*, 1923). El Ello es básicamente una fuerza inconsciente, es también por naturaleza ante todo sexual y erótico. Pero sobre todo moviliza al cuerpo, tanto para hacer surgir en él enfermedades como para hacerlas sanar. El Ello es una suerte de "daimon" y a veces puede hacerse demiurgo o dramaturgo. El Ello no manifiesta únicamente una fuerza oscura y burlesca operando a partir del cuerpo, también expresa, simboliza directamente sus intenciones en el teatro mismo del cuerpo. De tal manera el Ello no es solamente una potencia que genera enfermedades, es sobre todo una fuerza de vida, es vitalidad. El cuerpo, en la concepción "groddeckiana", es una fuerza que se materializa esencialmente en los signos mismos que releva la patología médica. ¿De dónde proceden esos poderes extraordinarios del cuerpo? Groddeck no es verdaderamente un teórico. Tematiza sus ideas bajo la forma del aforismo. A esa pregunta no da

respuesta, se limita a descubrir las artimañas del cuerpo, a aprender su lengua y a enseñárselas tanto a los médicos como a los enfermos. Pero esos poderes del cuerpo no son en fin de cuentas otra cosa que los poderes de la naturaleza.

ANTES QUE BUSCAR COMPRENDER EL ORIGEN DE LAS ENFERMEDADES SOMÁTICAS, LA PSICOSOMÁTICA, TOMANDO APOYO SOBRE LA TEORÍA DEL CUERPO, DEBERÍA INTERESARSE SOBRE TODO POR ELUCIDAR LOS RESORTES PSICOSEXUALES DE LA SALUD.

Viniendo en este caso directamente del psicoanálisis, **Reich** (1933) propone de una manera indudablemente más trágica, un desciframiento de los poderes expresivos del cuerpo. Con la diferencia, sin embargo, de que sería esencialmente en el campo de la musculatura voluntaria que habría que ir a buscarlos. La psicomotricidad, la géstica, la mímica, el *habitus*, las estereotipias motrices, los tics, las rigideces musculares (el "caparazón caracterial")... todo eso expresa las soluciones y los callejones sin salida de los conflictos entre la energía vital y los mecanismos de defensa contra la angustia que suscitan las prohibiciones impuestas por la moral y la sociedad. Prohibiciones que se oponen a la libre circulación de los afectos y de la sexualidad. El cuerpo en Reich es el lugar en el que se experimentan los afectos, pero también donde se expresan los callejones sin salida de los con-

flictos entre el sujeto y la sociedad. De manera que el cuerpo es finalmente la sede de lo más íntimo y de lo más libre, y al mismo tiempo el lugar ofrecido constantemente a la impronta e incluso al dominio de la sociedad. El cuerpo es en suma como una suerte de intermediario entre el sujeto y la sociedad.

De hecho la psicósomática está colocada desde sus comienzos bajo los auspicios de las preguntas planteadas inicialmente por Ferenczi respecto de las "patoneurosis" (1917), es decir respecto de las repercusiones psíquicas de las enfermedades somáticas. Sin embargo, cuando considera un origen psíquico para síntomas somáticos, Ferenczi sólo tiene presente a la conversión histérica. Ese es el punto de partida de una discusión que va a tener un papel estructurante para toda la teoría psicósomática hasta el final del siglo XX. En la conversión histérica, el trastorno afecta solamente la función (parálisis, anestesia, déficit o hiperestesia sensorial, etc.), pero no hay lesión tisular concomitante. La conversión se ubica entre la simulación (voluntaria y consciente, al servicio de un objetivo instrumental o estratégico: "darse de baja", evitar la conscripción, conseguir una suspensión de tareas, etc.), la hipocondría y la enfermedad somática lesional. La conversión es el resultado de un proceso inconsciente y traduce un compromiso entre un deseo sexual y su prohibición. El retorno de lo reprimido toma al cuerpo por teatro, pero es sólo teatro y el cuerpo orgánico queda intacto. (La enfermedad somática *stricto sensu*, en sí misma, no correspondería a un retorno de lo reprimido, como se verá más adelante). Cerca de la conversión histérica, se le hace un lugar particular a los trastornos funcionales, es decir a la alteración de ciertas funciones viscerales, sin lesión y, por consiguiente, reversibles *ad integrum*, como la constipación, la anorexia, la taquicardia, la tetania, etc. A esos trastornos funcionales, Ferenczi les había dado el nombre de "neurosis de órgano" (1926).

Félix Deutsch abre la discusión acerca de conversión y síntoma somático lesional, a los que opone entre sí, discusión que será proseguida por **Alexander** (1952). Este último estudia las enfermedades somáticas y procede a inventariar los "factores emocionales" en diferentes patologías (trastornos gastrointestinales, trastornos respiratorios, trastornos cardiovasculares, enfermedades de la piel, trastornos endocrino-metabólicos, trastornos osteo-músculo-articulares). La idea de clasificar las enfermedades somáticas en función de los desequilibrios entre actividad simpática y actividad parasimpática concordaba con el análisis de los conflictos entre actividad y pasividad, y entre deseo de libertad y deseo de dependencia. Dunbar (1955) buscaba por su lado esquemas dinámicos específicos, inclu-

so perfiles de personalidad específicamente asociados a ciertas patologías. Pero propuso también comprender a la enfermedad somática como una última defensa contra el peligro de descompensación **psicótica**, lo que representa una verdadera novedad en el campo psicósomático, en la medida en que hasta entonces la influencia del psiquismo sobre las enfermedades del cuerpo siempre era considerada en referencia al conflicto **neurótico**.

Más adelante, la **École de Paris** va a operar una ruptura teórica radical. Partiendo de nuevo de la diferencia entre conversión histérica y síntoma somático lesional, estos autores examinan con mayor rigor la noción de "complacencia somática" evocada por Freud respecto de lesiones cutáneas sobrevenidas en Dora (Marty y col., 1968) y proponen una teoría según la cual la enfermedad somática sobrevendría cuando los conflictos psíquicos ya no pueden ser "tratados" mentalmente por el paciente, es decir cuando las defensas llamadas "mentalizadas" son puestas fuera de juego (represión, proyección, sublimación, aislamiento, negación, elaboración). Bajo una forma más sistematizada, esas observaciones llevan a describir formas de organización mental en las que las defensas "mentales" son en general poco eficaces e incluso francamente deficitarias (neurosis de conducta, neurosis de carácter mal mentalizada, etc.) de lo que da testimonio la pobreza de los retornos de lo reprimido (sueños, fantasías, actos fallidos, lapsus, recuerdos encubridores, síntomas mentales) en los pacientes víctimas de enfermedades somáticas.

A pesar de diferencias teóricas importantes entre la primera ola germano-americana y la segunda ola francesa, el concepto del cuerpo sigue siendo, entre esas corrientes, más o menos similar. La enfermedad somática aparece en los unos como el lugar de expresión de un conflicto psíquico insoluble y en los otros como el testigo de un conflicto que no consigue constituirse como tal. Para los unos es una de las vías posibles de expresión del conflicto (la enfermedad expresa un conflicto actividad-pasividad), para los otros ratifica la deficiencia (pensamiento operatorio) de los procesos de pensamiento necesarios para formar un conflicto y encontrarle salidas mentales (la enfermedad somática reemplaza al pensamiento). Pero en todos los casos, el cuerpo es considerado como un efector de lo que está en juego a nivel psicoafectivo. Todo el esfuerzo de investigación se concentra sobre el "funcionamiento psíquico" y si es evocado el cuerpo en tanto tal, es únicamente en tanto cuerpo fisiológico. Es notable por otra parte que el lugar acordado a la sexualidad resulte marginado (junto con la histeria que ha sido radicalmente excluida del campo psicósomático).

LA BANALIZACIÓN DE LA INJUSTICIA SOCIAL

Christophe Dejours



La banalización de la injusticia social *Christophe Dejours*

El autor utiliza el concepto de "banalidad del mal" de Hannah Arendt para explicar la indiferencia de importantes sectores de la población a la injusticia social. Esto no es nuevo en la historia "Lo nuevo es que un sistema que produce sufrimiento, injusticia y desigualdades cada vez más graves pueda lograr que se admita eso que produce y que se tenga por bueno y justo. Lo nuevo es la banalización de las conductas injustas que constituyen su trama."



Distribuye Catálogos - Informes y ventas: Tel. 4802-5434 / 4326-4611
editorial@topia.com.ar / www.topia.com.ar

En Didier Anzieu (1987) se encuentra una concepción que articula con rigor la sexualidad infantil con la genealogía del cuerpo, centrada sobre el concepto de "yo-piel". Es porque hay en ella una teoría completa del cuerpo que esta obra merece ser evocada aquí. Pero la obra de Anzieu se ha concentrado sobre todo sobre el estudio clínico y teórico de los estados límite y no hay en ella una exploración exhaustiva del campo psicosomático. Sin embargo, Anzieu indica una vía que lo lleva a declarar su interés respecto de los trabajos de un original especialista en psicosomática, el cual, aunque vinculado por un tiempo a la *École* psicosomática de París, hizo luego rancho aparte: Sami Ali. La teoría de este último acerca de la formación de la imagen del cuerpo a partir de la proyección y de la formación del espacio imaginario (1974), introduce la idea de un cuerpo distinto del cuerpo biológico. Pero la articulación entre la proyección como principio de formación de la imagen del cuerpo y el concepto de significante formal que representa ese papel en la teoría del yo-piel queda por hacer.

EL TÉRMINO PSICOSOMÁTICA ES RECIENTE RESPECTO DE LAS INQUIETUDES SOBRE LAS RELACIONES ENTRE EL ALMA Y EL CUERPO, DE LAS QUE SE ENCUENTRAN TEORÍAS A TODO LO LARGO DE LA HISTORIA DE LA FILOSOFÍA Y DE LA MEDICINA DESDE LA ANTIGÜEDAD.

Otra pista de investigación acerca del estatus del cuerpo en psicosomática es abierta por la fenomenología psicoanalítica, en particular con Médard Boss (1954). El principio organizador de la teoría del cuerpo está inspirado en Heidegger. El cuerpo se distingue aquí del cuerpo fisiológico en tanto es un cuerpo vivido. Cuerpo de una experiencia que es recapitulada en un *Dasein* que el clínico capta a través de la palabra del paciente, pero también a través de sus modos de reacción, su idiosincrasia, tanto como a través de sus sueños, que permiten acceder al mundo vivido (*Lebenswelt*) en el cual se desenvuelve. Ahora bien, ese mundo vivido implica modalidades del sentir y de la expresividad que comprometen más específicamente a ciertas funciones viscerales. No estamos muy lejos aquí de las configuraciones dinámicas específicas de Dunbar, pero el esfuerzo de análisis no se refiere tanto a la elucidación de los conflictos específicos cuanto a su "estar en el mundo" (*Indersweltsein*) en cuyo seno se actualizan sus conflictos. En suma, en el enfoque fenomenológico, el cuerpo vivido se materializa o adquiere



re su forma en el mundo y se descifra a partir del mundo. A diferencia de la teoría de Anzieu, para quien el lugar tópico del cuerpo es el yo en tanto envoltorio y en tanto piel, el lugar del cuerpo está antes que nada en el mundo, y en las modalidades de revelación del mundo al sujeto que lo habita. El cuerpo aquí es primeramente una manera de habitar el mundo, antes que un límite conferido al yo.

Cuerpo, sexualidad y psicosomática

Podría esperarse que la psicosomática, más que cualquier otra disciplina, produjera una teoría explícita del cuerpo. No es el caso, pero hay que reconocer que si las concepciones fundadas sobre el psicoanálisis carecen de tal teoría, es sin duda porque la metapsicología Freudiana misma no la propone en forma explícita. Someter al psicoanálisis a la prueba de la clínica psicosomática supone volver a partir de lo que constituye el centro de la teoría psicoanalítica, a saber: la teoría de la sexualidad. La sexualidad en el sentido de Freud es una sexualidad infantil, es decir una sexualidad de la que se pueden captar fácilmente las manifestaciones en el niño, mucho antes de que los órganos de la reproducción hayan alcanzado la madurez, es decir mucho antes de la pubertad. Entre el cuerpo en el que se experimentan la excitación y la sensualidad y el cuerpo biológico impúber del niño se revela de entrada una discontinuidad. ¿De dónde proviene pues la sexualidad, si no es de los órganos genitales ni de las glándulas endocrinas? Solo puede venir del exterior, y pasa

por el adulto (ver Laplanche, 1987). Lo que viene por la vía del cuerpo biológico, es decir por un ensamblaje instintual innato, es la comunicación niño-adulto, sostenida por el apego (Bowlby, 1969); comunicación que vehiculiza mensajes en el orden de la autoconservación, que se expresa en conductas aún antes que el lenguaje propiamente dicho, que pasa por el cuerpo: movimientos de *grasping*, de aferrarse en busca del contacto con la piel de la madre por ejemplo, o de hurgar en busca del pezón. A lo cual el adulto responde con otras conductas organizadas como "retrieval", es decir, como conductas de asistencia: abrazar, acariciar, abrigar, alimentar, acunar, lavar, etc. Solamente el adulto, en esa comunicación, no puede limitarse a lo que depende estrictamente del orden instrumental, es decir de lo higieno-dietético. Reacciona también ante el cuerpo a cuerpo con el niño con afectos y fantasmas que tienen relación con la sexualidad: excitación, deseo, cólera, pasión, etc. Así, los mensajes dirigidos por el adulto al niño resultan "comprometidos", es decir contaminados por su inconsciente sexual. Frente a lo que así le llega de parte del adulto, el niño es arrastrado a un esfuerzo para entender lo que el adulto quiere de él. Ese esfuerzo adoptaría la forma principal de la traducción. Si el adulto, por estar dotado de un inconsciente sexual, actúa *nonen volens* como un seductor, el niño por su lado se convierte en un hermeneuta. Pero la traducción del niño, con los medios de los que dispone, siempre deja un resto no traducido. Ahora bien, eso mismo que queda no traducido, insiste y retorna bajo la forma de una excitación proveniente esta vez del interior, y no desde el otro, adulto. Ese resto no

ADQUIERA LOS LIBROS DE TOPIA EN



Av. Santa Fe
2376 Bs. As.
Tel: 5254-2376

Av. Santa Fe
2582 Bs. As.
Tel: 5219-2582



gandhi GAI FRNA

Av. Corrientes
1743 Bs. As.
Capital
Federal
Tel: 4374-7574



Av. Corrientes
1436 Bs. As.
(54-11)
4372-7845
Av. Corrientes
1311 Bs. As.
(54-11)
4373-6106



LOSADA

Av. Corrientes 1551
4375-5001 - 4373-4006
www.editoriallosada.com
covadonga@editoriallosada.com



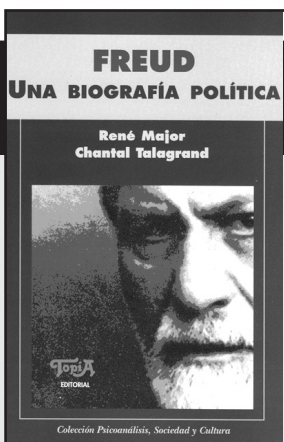
Sarmiento 3099 - Tel: 4866-1657
(1196) C.A. de Bs. As.
tercerafundacion_libros@hotmail.com



Av. Corrientes 1888 C.A.B.A.



Av. Santa Fe 2928 C.A.B.A.



FREUD. Una biografía política René Major - Chantal Talagrand

Hemos querido subrayar la importancia política del psicoanálisis como política de liberación, no de las pulsiones y de los instintos, como demasiado se tendió a decir en radical contradicción con la obra freudiana, sino política de liberación de las trabas que aprisionan así mismo, al otro, al mundo.



Distribuye Catálogos - Informes y ventas: Tel. 4802-5434 / 4326-4611
editorial@topia.com.ar / www.topia.com.ar



traducido y excitante constituye el núcleo inicial del inconsciente sexual del niño. En suma, ese resto que inevitablemente se forma a la sombra de la traducción es lo reprimido originario. La teoría de la seducción generalizada es pues también una teoría traductiva de la constitución del inconsciente. El inconsciente sexual del niño es entonces un retoño del inconsciente sexual del adulto, pero el contenido de ese inconsciente infantil es una producción completamente propia del niño, una producción de la actividad de pensar del niño, y no una transmisión directa ni transgeneracional.

ES EN EL INTERIOR DEL PSICOANÁLISIS QUE LA PSICOSOMÁTICA ES REIVINDICADA COMO UNA DISCIPLINA ORIGINAL, PRÁCTICA Y TEÓRICA A LA VEZ.

Se nota que en esa concepción del origen de la sexualidad en el niño, lo sexual propiamente dicho no tiene estrictamente ningún sustrato vinculado a la función de reproducción. La sexualidad infantil es enteramente del orden fantasmático y no de orden biológico. El cuerpo, sin embargo, está implicado en la génesis de la sexualidad, como hemos visto, por aquello de que la comunicación de base entre el niño y el adulto pasa por un cuerpo a cuerpo. Pero el cuerpo está implicado de otra forma, a saber, que el mensaje del adulto, en esta ocasión, está "implantado" en el cuerpo del niño. Al punto que en fin de cuentas lo que el niño intenta traducir no sería solamente el mensaje, comprometido por lo sexual, sino sobre todo el efecto de ese mensaje sobre su cuerpo. El efecto excitante de ese mensaje. Y esa excitación que ratifica la implantación del mensaje sería el origen de la pulsión de la que se destacará que es definida por Freud (1915) como "la exigencia de trabajo impuesta al psiquismo por el hecho de sus relaciones con el cuerpo", exigencia de trabajo que asumiría así la forma principal de la traducción.

La implantación prosigue durante los primeros meses de la vida sobre un cuerpo que se transforma rápidamente a consecuencia de los procesos de maduración y de desarrollo biológicos. De a poco, las funciones biológicas, a medida que maduran, sirven de posta para los juegos del cuerpo entre el niño y el adulto (zonas erógenas) y, por ese intermedio, a la implantación y luego a la subversión de la función por parte de la pulsión. Así se forma poco a poco un segundo cuerpo -al que se designa con

el nombre de cuerpo erótico- a partir del primer cuerpo biológico.

Ese segundo cuerpo sería el cuerpo en tanto está habitado, es decir, en tanto es aquello por lo cual la vida se experimenta en uno mismo bajo el modo del afecto. Es también el cuerpo comprometido en el vínculo con el otro, el cuerpo implicado en el "obrar expresivo" de la seducción así como de la indiferencia o de la hostilidad, y de todo el repertorio de la mímica, de la gesticación, de la psicomotricidad... hasta, e incluso, en el cuerpo a cuerpo erótico.

Todo ese proceso de "la subversión libidinal del orden fisiológico en provecho del orden erótico" está atado a la comunicación entre el niño y el adulto. Pero esa comunicación puede a veces ser interrumpida por el adulto, cuando en esos juegos y en esos esfuerzos de traducción y de expresión dirigidos al adulto, el niño desata en este último reacciones de aversión, de asco e incluso de odio contra el cuerpo del niño. Esas reacciones, que en el adulto son movilizadas por su inconsciente, a veces llevan a este último a comportamientos violentos. La sobrecarga de excitación que la violencia provoca en el niño coloca a este último en estado traumático, es decir que interrumpe su pensamiento, tacha la traducción e impide al mismo tiempo la subversión libidinal de ciertos registros de funcionamiento del cuerpo. Serían éstos, de alguna manera, accidentes de la traducción que se inscribirían en la geografía del cuerpo erógeno, bajo la forma de zonas frías o de agnesia en el registro pulsional; que se manifestarían luego en amputaciones en el poder de jugar sexualmente con su cuerpo en el comercio erótico (Dejours 2001).

La clínica psicósomática sugiere que los impulsos evolutivos de las enfermedades somáticas (crisis y descompensaciones) sobrevendrían electivamente cuando esos registros funcionales proscritos de la subversión libidinal fueran convocados por el encuentro con el otro.

Semejante concepción del cuerpo no implica en absoluto alguna causalidad psicósomática. La mayoría de las enfermedades somáticas están probablemente vinculadas a determinismos genéticos, microbianos o físico-químicos. En cambio, la evolución de las enfermedades (que en su mayor parte son crónicas), sería sensible al conflicto psicosexual, en particular las crisis evolutivas. En caso de descompensación somática (por ejemplo en un estado de mal asmático, en un coma acidocetósico en un diabético o aun en una crisis de gran mal en un epiléptico) la excitación, al desencadenar la crisis, se aventuraría por la vía abierta por la descom-

pensación. La descompensación funcionaría entonces como una cuenca de atracción en el cual se precipitaría la excitación, lo cual arruinaría el trabajo del pensamiento, el trabajo de traducción o más generalmente el trabajo de elaboración.

Convendría entonces dar vuelta la hipótesis psicósomática: los trastornos del pensamiento no estarían en el origen de la enfermedad somática. Por el contrario, las enfermedades somáticas tendrían tendencia a expoliarle al pensamiento lo que, de ordinario, lo mueve; a saber, esa excitación, proveniente del cuerpo erótico, que podría convertirse, en circunstancias más favorables, en exigencia de trabajo para el psiquismo.

Se haría así posible comprender una de las dificultades mayores planteadas por la clínica psicósomática, tanto para la medicina docta como para el sentido común, a saber que el estado psicoafectivo puede tener influencia sobre la eficacia de un tratamiento, su rapidez de acción, incluso sobre la curación: el hecho de que el proceso patológico responsable de la dimensión crónica de una enfermedad sea de origen biológico sería compatible con el hecho de que las crisis, en lo que a ellas respecta, fueran sensibles a los acontecimientos psíquicos. Es por eso que el abordaje psicoanalítico o psicoterapéutico de los pacientes que padecen enfermedades somáticas, al retomar el camino que lleva al cuerpo erótico, podría tener incidencia sobre la posibilidad de conjurar las crisis y, más allá, sobre la estabilización, incluso la curación de enfermedades cuyo origen fuera sin embargo indudablemente orgánico.

De hecho, el vuelco de la problemática etiológica debiera ser completado por un vuelco de la interrogación psicósomática. Antes que buscar comprender el origen de las enfermedades somáticas, la psicósomática, tomando apoyo sobre la teoría del cuerpo, debería interesarse sobre todo por elucidar los resortes psicosexuales de la salud.

Traducción: Miguel Carlos Enrique Tronquoy

Bibliografía

- ALEXANDER F. (1952): « Psychosomatic Medicine », W.W. Norton and Company, Inc, New York. Trad Fr: « La médecine psychosomatique », Payot, 2004.
 ANZIEU D. (1987): "Les signifiants formels et le moi-peau" (pp 1-22). In "Les enveloppes psychiques" (ouvrage collectif). Dunod. Paris.
 BALINT M. (1957): The Doctor, his Patient and Illness. Trad. fr. Le médecin, son malade et la maladie. Payot 1996.
 BOSS M (1954): «Einführung in die psychosomatische Medizin» Hans huber (Bern-Stuttgart) Trad. fr.: «Introduction à la psychosomatique», PUF, 1959.
 BOWLBY J. (1969): «Attachment

and Loss », vol I: «Attachment». Trad française: «L'attachement», Tome I: «Attachement et perte», Paris, PUF, 1978.

BOWLBY, J. (1973): Anxiety and Anger, Trad Française: «la séparation: angoisse ou colère», PUF, 1978.

DAMASIO A.R., (1994): «Descartes'Error», A Grasset/Putman Books. Trad Fr «L'erreur de Descartes», Ed. Odile Jacob, 1995.

DAMASIO A.R., (2004): «La neurobiologie du sentiment» 43^{ème} Congrès de l'IPA, 2004, New Orleans, USA.

DANTZER. R. (1991): L'illusion psychosomatique. *Journal International de Médecine* 192 : 44-46.

DEJOURS, C. (2001): «Le corps, d'abord». Payot, Paris, 215 pages.

DUNBAR. H.F.(1955): Mind and Body: Psychosomatic Medicine. Random House, New York.

FERENCZI S.(1917): Œuvres complètes, Tome 2, p 268-277, Payot, 1970.

FERENCZI S.(1926): Œuvres complètes, Tome 3, p 373-378, Payot, 1974.

FREUD. S. (1915): Triebe und Triebchicksale, Gesammelte Werke. Fischer Verlag. Trad Française: Les Pulsions et leurs destins, in "Métapsychologie". Gallimard, 1952, p 25-66.

GRODDECK (1923): «Das buch vom Es». Trad. fr. «Au fond de l'homme, cela», Gallimard, 1963.

HEINROTH J.H. (1818): Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens oder der Seelenstörungen und ihre Behandlung. Vom rationellen Standpunkt aus entworfen. Leipzig. Ed. Vogel

KAMIENIECKI H. (1994): «Histoire de la psychosomatique», PUF (Que Sais-Je?).

LAPLANCHE J. (1987): "Fondements: vers la théorie de la séduction généralisée" In "Nouveaux fondements pour la psychanalyse". pp 89-148, PUF, Paris.

MAC LEAN P.D. (1974): «Influence of Limbic Cortex on Hypothalamus. New Anatomic and Microelectrode Finding», in Recent Studies of Hypothalamic Function, Int. Symp. Calgary. Karger (Bâle), p 216-231.

MARTY P., FAIN M., de M'UZAN M., DAVID C. (1968): «Le cas Dora et le point de vue psychosomatique», *Revue Française de Psychanalyse*, 32 : 679.

NEMIAH J.; SIFNEOS P. E.(1970): Affect and Fantasy in Patients with Psychosomatic Disorders. In «Modern Trends in Psychosomatic Medicine» Vol.2 (London) Butterworth

REICH W. (1933): «Charakteranalyse». Trad Fr: «L'analyse caractérielle», Payot, 1971.

SAMI ALI M. (1974): «L'espace imaginaire», Gallimard.

SELYE H. (1956): «The stress of life». Trad Fr « Le stress de la vie», Gallimard, 1975.

SIFNEOS P. E. (1973): The Prevalence of Alexithymic Characteristics in Psychosomatic Patients. *Psychoth.-Psychosom.* 22 : 255-262.

COLCHONES SIMMONS

www.simmonspublico.com.ar



**VENTA DIRECTA DE FABRICA
BOEDO 958 Tel.: 4932-8808 / 4860**

El psicoanalista trabaja en equipo

ALEJANDRO VAINER
Psicoanalista
alejandro.vainer@topia.com.ar

EL PSICOANALISTA EN EQUIPO. Un obstáculo contratransferencial

A los psicoanalistas no nos enseñan a trabajar en equipo. Todo lo contrario. A lo largo de nuestra capacitación se nos promueve para trabajar con un solo paciente en eso que llamamos "individual". Los institutos de formación y nuestros libros de cabecera apuntan hacia la misma dirección. Los análisis de los analistas (también individuales), las supervisiones y los seminarios configuran un modelo de analista "individual". Sea de la orientación que fuera: freudiano, kleiniano, lacaniano. Cualquiera sea el "iano", siempre será "individual". Repasemos rápidamente la bibliografía: desde los escritos técnicos de Freud hasta cualquiera de los libros sobre práctica y/o técnica de diferentes perspectivas toman como modelo de psicoanálisis el tratamiento con un solo miembro del equipo: el analista. Hay una razón fundamental para esto: el psicoanálisis nació con el trabajo con las neurosis de transferencia que no necesitaban otro "equipo" que el propio analista. Pero la historia empezó a ser diferente cuando los analistas entraron en el campo de las psicosis. Allí se tenía que trabajar en equipo. Frieda Fromm Reichmann empezó a trabajar desde la década del 20 del siglo pasado con pacientes internados en instituciones psiquiátricas. Propuso un modelo de "hospital psicoanalítico" y un tratamiento, la "psicoterapia intensiva" para trabajar con dichos pacientes. En el mismo el psicoanalista se incluía en el equipo terapéutico junto con un "médico administrador" (que se ocupaba de las decisiones organizativas de cuestiones de la internación, recordemos que no había psicofármacos para entonces). Fromm Reichmann planteaba ciertos problemas de la formación "individualista" de los psicoanalistas para trabajar en equipo. Había reticencias varias: a debatir con médicos y otros miembros del personal acerca de "su" paciente; a tener encuentros por fuera de la sesión con sus analizados, a interrumpir sesiones por situaciones en la sala de internación, a modificar el dispositivo de acuerdo a la situación -ir a atenderlo a su cama tanto como variar el tiempo de las sesiones-. Ella misma utilizaba "psicoanálisis, terapéutica psicoanalítica y psicoterapia intensiva" como sinónimos para su enfoque psicoanalítico en el tratamiento del psicótico en 1947.¹ Sin embargo, tal como sucedió durante muchos años, no se llamó "psicoanálisis" al tratamiento con estos pacientes en dichas condiciones. En nuestro país fue Enrique Pichon Rivière quien instaló el trabajo psicoanalítico con pacientes psicóticos. Esto lo llevó a trabajar en equipo y extender los dispositivos, lo cual fue fundamental para sus teorizaciones. Hacer participar a la familia de los pacientes, formar equipos para abordarlos y ver lo fructífero que era trabajar con grupos terapéuticos. Todos estos dispositivos desde un esquema psicoanalítico, pero nuevamente, sin llamar psicoanálisis a dichos abordajes. ¿Por qué, a pesar que estos autores fueron psicoanalistas no se llamó psicoanálisis a estas intervenciones? Porque el psicoanálisis transmitido dogmática-

mente en las instituciones era aquel dispositivo en el que había un consultorio con un diván, un sillón, una alta frecuencia semanal, un analista y un paciente. **El psicoanálisis era un encuadre y una técnica.** Todo "desvío" ya implicaba anteponer la "psicoterapia" al psicoanálisis, como para demostrar la aleación del oro del psicoanálisis con el cobre de la psicoterapia. Por eso, estos dispositivos psicoanalíticos de trabajo en el seno de un equipo, pertinentes a las complejidades clínicas, eran lo que más se podía hacer con dichos pacientes. Eran "modificaciones" necesarias. Pero el psicoanálisis era el dispositivo individual que se seguía enseñando. Esto llevó a que quienes abordaban pacientes psicóticos en su consultorio individualmente sí pudieran nominarlo como "psicoanálisis": H. Rosenfeld, W. Bion, H. Searles y otros. El recostar al paciente psicótico en el diván y que no hubiera interferencias de ninguna institución ni otro profesional permitía tocar el cielo de hacer psicoanálisis con psicóticos. Sólo por seguir estrictamente la supuesta técnica psicoanalítica, hecha a la medida de los neuróticos, un analista y un paciente tendido en el "diván de Procusto".

EL PSICOANÁLISIS NO ES UN ENCUADRE Y UNA TÉCNICA, SINO LA POSIBILIDAD DE CONSTITUIR DIFERENTES DISPOSITIVOS PSICOANALÍTICOS PERTINENTES A CADA SITUACIÓN CLÍNICA Y A CADA PACIENTE.

La situación se complejizó a mediados del siglo pasado con la instauración del campo de la Salud Mental en el mundo y en nuestro país (1957). Los dispositivos en equipo se multiplicaron. **El trabajo en equipos pluri o interdisciplinarios son la puesta en concreto del campo de Salud Mental en las situaciones clínicas.** A pesar que muchos psicoanalistas promovieron y participaron de esta reforma, siempre se devaluó (y se devalúa) su inclusión en equipos de trabajo. Así los abordajes que allí se hacían y se hacen no merecen el nombre de "psicoanálisis": los trabajos de psicoanalistas en Salas de Internación, Hospitales de Día, Centros de Salud, Consultorios Externos, Interconsultas, etc., son "psicoterapias psicoanalíticas", o bien una serie de "entrevistas". Pero nunca psicoanálisis. Si hay "otros" en nuestros procesos terapéuticos con "nuestros" pacientes automáticamente se reduce el porcentaje de psicoanálisis en el tratamiento. Evidentemente todo esto es fruto de una idealización que no permite avanzar en la construcción de dispositivos pertinentes para el abordaje de la complejidad. ¿Qué sucede cuando se rompe esa burbuja narcisista y aparece desde una necesaria interconsulta con un psiquiatra a tener que formar parte de un equipo en una institución? Se dice que "hacen obstáculo". **Pero el obstáculo es la propia contratransferencia del psi-**

coanalista. Aquí tomo el concepto de contratransferencia en sentido extenso, como aquello que precede a la situación analítica e incluye la personalidad del analista, su análisis personal, su formación, sus perspectivas teóricas y hasta su ideología.² Si un analista fantasea con formar la idílica pareja con su paciente en el paraíso del consultorio privado a partir de su proceso de formación talla este tipo de contratransferencia. Esta no le permite considerarse como parte de un equipo que trabaja con un paciente, una familia o un grupo. Sentirá que siempre que hay otros trabajando "molestan" a la situación psicoanalítica. Luego hasta se racionaliza esta molestia al hablar de los límites del trabajo institucional, de las intromisiones del psiquiatra. Pero de lo que no se habla es de esta contratransferencia, cuya resolución puede darse en distintos espacios, especialmente en supervisores de los grupos de trabajo.

Al trabajar en equipos producen transformaciones en el dispositivo psicoanalítico. Para ello es necesario considerar que el psicoanálisis no es un encuadre y una técnica, sino la posibilidad de constituir diferentes dispositivos psicoanalíticos pertinentes a cada situación clínica y a cada paciente. Esta perspectiva es lo que denominamos **Nuevos dispositivos psicoanalíticos.**³ En los trabajos en equipo la transferencia no es sólo con un analista, sino que se multiplica. Algunos de quienes han teorizado los fenómenos grupales e institucionales desde el psicoanálisis brindan valiosas herramientas para poder pensar estas situaciones. Los fenómenos del inconciente, las transferencias y las resistencias no solamente se dan en el espacio con un analista.⁴ Esto implica una exigencia de trabajo que va desde contactos, reuniones y supervisiones para poder trabajar con esta complejidad. Es necesario señalar que este problema de compartir el trabajo clínico no es patrimonio de los psicoanalistas, sino de todos los profesionales del campo de la Salud Mental. Por eso mismo se multiplican investigaciones que abordan un tema que hasta hoy tiene distintos nombres para denominarlo: tratamientos mixtos, compartidos, combinados y colaborativos.

Más que señalar los obstáculos es necesaria la teorización de dichas prácticas.


Para ello es imprescindible considerar las dificultades para trabajar en equipo como un obstáculo contratransferencial a superar para poder trabajar con nuevos dispositivos psicoanalíticos a la altura de las situaciones clínicas con las que nos desafía el tiempo actual. Y así continuar por las huellas de quienes nos precedieron para avanzar en nuestro camino. Tal como nos enseñaba Fernando Ulloa: se trata de "teorizar prácticas, más que practicar teorías".

Notas

1. Fromm Reichmann, Frieda (1947), "Problemas de un tratamiento terapéutico en un hospital psicoanalítico", en *Psicoterapia intensiva en la esquizofrenia y en los maniaco-depresivos.*, Ed. Lumen · Hormé. Buenos Aires, 1994.

2. La concepción de contratransferencia tiene toda una historia desde lo postulado por Freud, el redescubrimiento de la misma en los 50 del siglo pasado por parte de H. Racker y P. Heimann, hasta esta idea sostenida por M. Neyraut en *La transferencia*, Ed. Corregidor, Bs. As., 1976 y E. Carpintero en *Registros de lo Negativo*, Ed. Topía, Bs. As., 1999. Para la historia del concepto no sólo se pueden consultar diccionarios de psicoanálisis y libros de técnica sino también el texto de Juan Carlos Volnovich "Contratransferencia a lo largo de la historia. La contratransferencia del analista neutral, del analista comprometido, del analista desencantado, del analista implicado", en www.topia.com.ar/articulos/39cl-volnovich.htm

3. Esta nominación corresponde a los desarrollos de Enrique Carpintero para los trabajos en el equipo de atención en situaciones de crisis del Plan Piloto Boca Barracas. La formuló en diferentes artículos de la Revista *Topía* para ser desarrollada en el libro *Registros de lo Negativo* (1999). Con dicho nombre realizamos dos Jornadas sobre Nuevos Dispositivos Psicoanalíticos en 1995 y 1996. Finalmente se convirtió en el subtítulo de nuestro Suplemento *Topía en la Clínica*.

4. Los abordajes grupales e institucionales psicoanalíticos permiten considerar situaciones analíticas con equipos de trabajo al incluir la dimensión grupal de los fenómenos inconcientes y transferenciales. En esta línea no habría que dejar de considerar los aportes de Enrique Pichon Rivière, Fernando Ulloa y René Kaes, entre tantos otros. 

**LETRA
VIVA**
LIBRERIA-EDITORIAL
**PSICOANALISIS
ENSAYO
FILOSOFIA**

Av. Coronel Díaz 1837 (1425)
Ciudad de Buenos Aires
Tel/Fax 4825-9034

Participe del

Foro Topía
de Salud Mental y
Cultura

Página principal del foro
www.egrupos.net/grupo/forotopia

Suscribirse en
www.egrupos.net/grupo/forotopia/alta

El psicoanalista trabaja en equipo

El psicoanalista no siempre trabaja clínicamente solo con un paciente. Muchas veces lo hace en conjunto con un psiquiatra, e incluso forma parte de un equipo con otros profesionales. En dichos contextos cambia la situación clínica, y queremos interrogar qué sucede con sus variables, como el trabajo con la transferencia, el inconsciente y las resistencias. Para ello convocamos a dos psicoanalistas para trabajar un tema que siempre queda de lado.

1- ¿En qué situaciones clínicas trabaja con otro profesional desde su consultorio? ¿Cómo piensa clínicamente dicho trabajo y las modificaciones del dispositivo clínico, si las hubiera para Ud.? Puede dar un ejemplo clínico.

2- Cuando interviene como psicoanalista en un equipo en una institución, ¿Cómo piensa clínicamente dicha tarea? Puede ejemplificar con alguna situación clínica.

**DIEGO GONZÁLEZ
CASTANÓN**
Psiquiatra y Psicoanalista
Fundación Itineris
diegogo@fibertel.com.ar

1- La mayoría de las veces en las que, como psicoanalista, tuve que conectarme con otros profesionales de la salud, no se cumplieron las condiciones mínimas de intercambio. Por ejemplo, no respondieron a mis llamados, respondieron mis pedidos de interconsulta a través del paciente, pretendieron hablar conmigo en el breve lapso entre la salida y la entrada de los pacientes a su consultorio (luego de escuchar versiones monofónicas de Beethoven, Mozart y del tema principal de "El Golpe" una cantidad de veces francamente traumática). El reconocimiento del otro, en este caso yo, como otro entre médicos, sigue una regla general: la angustia merece mucha menos consideración que una vesícula; toda opinión de un "psi", de cualquier especie, puede ser minimizada, desatendida y abiertamente despreciada por quien se posiciona como único actor autorizado.

LA MAYORÍA DE LOS PROFESIONALES NO SABEN TRABAJAR EL "INTER", CREO QUE ESA ES UNA HABILIDAD QUE SE DESARROLLA, QUE SE APRENDE (SI SE LA ENSEÑA, CLARO).

Me contento con tener contactos esporádicos y cordiales, pues me di cuenta de que están condenados a investir la creencia de que poseen un conocimiento total y acabado sobre las causas de los padecimientos de (¿) nuestros (?) pacientes y de cómo aliviarlos. Encarnan estos supuestos sin fisuras, duritos y omnipotentes aún al borde del abismo. Esto los lleva a tener intervenciones de efectos seductores sobre los pacientes, que se expresan como resistencias que no provienen del yo ni del inconsciente, sino del Ellos (como los de *El Eternauta*). Cuando vuelven a mi consultorio, esa intervención omnipotente de mis colegas (que a veces es muy efectiva) me fuerza a presentarles y a fundamentar mi concepción sobre la complejidad de sus padecimientos, la diferencia entre *causa* y *motivo* y lo incierto de cada intervención singular para garantizar su alivio, mientras rescato el valor de los aportes del colega.

He trabajado en conjunto con un psicoanalista que conducía un tratamiento, oficiando yo de médico psiquiatra. Obviamente, trato de no actuar lo que sufrí pasivamente, por lo que sólo cumplo ese rol con quienes pueda mantener un contacto fluido y respetuoso de trabajo.

Las condiciones materiales del intercambio entre humanos se han ido restringiendo (del encuentro en el café a los mensajes de texto), manteniendo la ilusión proporcional de estar cada vez más en contacto. La habitualidad de prestarle atención al otro, es un hábito que tiende a perderse en la aceleración sin sentido de la gran ciudad o por la inercia de las prácticas institucionales.

Hace 20 años padecí, como psiquiatra, el menosprecio de psicoanalistas que pretendían dominar el campo terapéutico sin ninguna interferencia de nadie. Yo, que no había elegido la cirugía, hallaba colegas experimentados que no querían que les contaminara el campo, queriendo mantener una asepsia de quirófano (de consultorio) en la que no podían entrar bacterias/pastillas. Esto dejó de sucederme por cuatro motivos: los psicofármacos tienen cada vez menos efectos colaterales; la búsqueda de la pureza técnica ha perdido la batalla frente a la perspectiva interdisciplinaria; la eficacia, subjetiva y no sólo sintomática, de los tratamientos combinados está bien documentada en todo el mundo y, no menos importante, me mantengo a una distancia prudencial de los saberes "psi" totalizantes, y de sus respectivos gremios y congresos.

La mayoría de los profesionales no saben trabajar el "inter", creo que esa es una habilidad que se desarrolla, que se aprende (si se la enseña, claro). Como condición interna, sólo acepto ver a los pacientes de mis colegas cuando la derivación es consistente con la apertura de un campo de trabajo conjunto para los tres implicados. Si alguien me dice algo como "dale algo porque ya no sé qué hacer en las sesiones", muy probablemente postergue la entrevista hasta que ese terapeuta vuelva a saber lo que hace y qué es lo que pide de mí. Trabajo con mi colega, sin anunciárselo, la elucidación del campo transferencial-contratransferencial, para que no me transfieran al paciente. Si no distingo el aporte de la intervención farmacológica o si el colega derivador tiene más dudas y fantasías que intención terapéutica, considero que el campo "entre nosotros" no puede constituirse. Si pese a eso lo intentamos, este déficit constitutivo tiende a "compensarse" con supuestos social o profesionalmente validados, *actings* de cualquiera de los participantes, burocratización y ritualización de prácticas que, si no son lúcidas y reflexivas, son instrumentos con alto potencial dañino.

Cuando salgo de vacaciones, tengo que transmitirle al colega que queda de referente, las coordenadas de algunos pacientes y el curso de sus tratamientos. Esto me obliga a transformar en comunicable y concreto algo de lo incomunicable y difuso que es un tratamiento: un registro de hacia dónde estamos yendo con el paciente, por lo general grave o agudo (el saber médico y el lingüístico envuelven al campo psi, no hay escape de las envolturas, lo que no equivale a

confundirlas con el caramelo). No me inquieta la incertidumbre del trabajo, pero me alerto si en el momento de pasar la posta, no tengo para decir nada más que generalidades y soy inconsistente.

Como psiquiatra que sigue siendo psicoanalista, trabajar con un buen terapeuta es muy gratificante. Puede intervenir puntualmente para facilitar el proceso terapéutico y retirarme satisfecho luego de un breve tiempo de intervención u ocupar un lugar secundario durante mucho tiempo, siendo testigo del buen trabajo de un colega. La verdad es que un poco de principio de placer viene bien para matizar la sublimación.

A menudo, le sirvo al terapeuta de prueba de realidad de los cambios de su paciente. Ver a alguien cada tres meses permite percibir el cambio más fácilmente que cuando se hace un seguimiento semana tras semana. Nuevamente, creo que es la función del otro la que se pone en juego. Es raro que un paciente reproduzca los prejuicios instituidos sobre la autoridad del médico por encima de cualquier otro profesional. Sin embargo, me mantengo atento para no favorecer una idealización de mi intervención que sirva de resistencia para el proceso terapéutico: no me ofrezco para alojar un vínculo abierto al flujo imaginario, a las significaciones inconscientes, y eso basta.

Los acompañantes terapéuticos, que ofician de otro para mí, como terapeuta, y para el paciente, prolongan los ejes de intervención mucho más allá de las fronteras del consultorio, permitiéndome contrabandear la catalización de subjetividad a lo cotidiano, en pacientes que, obviamente, no lo pueden hacer por sí mismos ni incorporan dentro de sí al proceso terapéutico. El acompañamiento, cuando es terapéutico, no es una medida custodial ni estigmática, y varía en intensidad y en propósitos en la medida que los procesos de subjetivación del paciente se autonomizan. Coordinar las intervenciones, intercambiar miradas sobre un paciente al que el acompañante ve en su medio real, no artificial como el consultorio, (tensión fecunda) y habilitarlo como un interlocutor válido son las adaptaciones requeridas.

Quiero señalar que los otros que con más frecuencia participan en un tratamiento son las familias. Un terapeuta puede elegir los profesionales con quienes trabaja, pero no elige el contexto familiar de sus pacientes. El campo de análisis de un paciente debe ser siempre, por lo menos, familiar, más allá de que no siempre se intervenga en ese campo. Las diferentes eventualidades que enumeré en los párrafos precedentes se ponen en juego en forma análoga con las familias. La instauración, el reconocimiento y la valoración mutua entre los otros es un proceso que no puede darse por sentado ni dejarse librado

al azar, a la buena voluntad o a la inercia de lo instituido.

2- Yo llamo equipos a dispositivos grupales profesionales heterogéneos, no a un conglomerado de profesionales uniformes. Hay miles de "equipos" que no tienen tareas en común definidas, más que la sempiterna reunión de equipo, sin que eso sea un error, ya que la institución espera que se comporten así. Yo preferiría que se denominaran de otro modo como los elencos o la guía telefónica, que no se llaman equipo de teatro ni equipo-de-personas-a-las-que-se-puede-llamar-por-teléfono, pero, habida cuenta que los equipos deportivos se llaman así antes que el entrenamiento los haga funcionar como algo más que la suma de individualidades de los jugadores, supongo que deberé conformarme.

En un equipo cuya integración está pre-fijada con respecto a la clínica, sus componentes suelen definirse *a priori* por campos disciplinarios y no por los marcos teóricos que tenga cada uno. Las problemáticas que abordan son tratadas como objetos de límites netos, como las patologías (equipo de trastornos de la alimentación), los grupos generacionales (equipo de niñez y adolescencia) o los grupos sociales (equipo de familia, equipo de menores en situación de calle). El psicoanálisis, en estos equipos, es un "extra" en dos sentidos: un agregado del valor y un actor secundario. En este tipo de conformaciones, se reparten las tareas en forma equitativa o jerárquica y se definen las metas de acuerdo con algún modelo valorado (por los integrantes del equipo, por una autoridad común o por un empleador). El psicoanalista, como tal, puede ser sistemáticamente disruptivo y molesto (dando demasiadas vueltas y buscándole el pelo al huevo) o un aporte enriquecedor, que permite lidiar con las situaciones clínicas que se resisten a encajar en saberes y prácticas pre-estructuradas.

Cuando la clínica motiva la articulación y la participación de diversos profesionales, el equipo se centra en un paciente o en la singularidad de un campo de intervención. El psicoanálisis, como herramienta para abordar, modificar y producir complejidades, es mucho más afín a estas situaciones. Este tipo de equipos comparten las tareas, gerencian sus ganas o su reconocimiento de la necesidad común de trabajar en conjunto en función de un caso puntual. Manteniendo la metáfora deportiva, se parecen a los equipos playeros, que no pre-existen al deseo de jugar y que se constituyen con un "hay equipo". Cada caso motiva a la formación de un nuevo equipo; aunque sus integrantes estén acostumbrados a trabajar en conjunto, compartan muchos casos, pertenezcan a la misma institución y deban reportar sus resultados siguiendo procedimientos formalizados, el equipo es una res-

puesta a la clínica, no una propuesta (o una oferta). En estos equipos, el psicoanálisis aporta su capacidad de transversalizar contenidos, construir respuestas frente a lo imprevisible e incluso de saber esperar a la emergencia del sujeto.

Creo que el psicoanálisis fue creado y nutrido con múltiples fuentes, pero con pretensión de autosuficiente, una afirmación narcisística para hacerse lugar entre las ciencias fundadas en evidencias. La humanidad no ha dejado de confiar ciegamente en las fuentes de certidumbre absoluta que encuentra disponibles, tal como hizo durante seis mil años de historia. Pero los profesionales no podemos desconocer la conmoción paradigmática del último siglo de ciencia y de humanidad. El psicoanálisis no se ha convertido en el *non plus ultra* del pensamiento, un oro que muy pocos pueden poseer y que no acepta ninguna aleación que rebaje su valor.

Creo que un psicoanálisis que no se abre materialmente a los otros, ya se practique desde el consultorio o desde una institución, no cumple plenamente su razón de ser. Sin lazo, sin alianza, el psicoanálisis es una actividad religiosa, adocrinante o autoerótica. Si se satisface y justifica durante años de encuentro dentro del consultorio, podrá ser mejor que una psicoterapia pero, ahora me toca a mí decirlo, no es psicoanálisis.

MARCELO SILBERKASTEN
Psicoanalista
msilberkasten@yahoo.com.ar

1- Soy en la mayoría de mi tiempo analista con y de niños y adolescentes.

Muchos de los sujetos que transitan por mi consultorio son derivados por pediatras. Esto conlleva una demanda bastante particular y realmente muy interesante, muchos padres vienen diciendo que nunca concurren a un psicoanalista ni lo harían en un futuro, están fuera del ambiente y del microcosmos intelectual y psicoanalítico de Buenos Aires. Nadie podría decir que su demanda forma parte de una pose, una moda, o de una imposición social. No piensan en el psicoanálisis como un dispositivo para resolver problemas.

Es el pediatra el que considera que hay algo más allá de lo biológico en juego, algo que leyó o vio en el posicionamiento materno y paterno frente al niño y por ello sugiere la consulta psi. La mayoría de las veces trabajan la derivación, no lo hacen como si tendrían que indicar rayos X.

Es entonces el pediatra el que hace una suerte de "entrevistas preliminares", los padres ya vienen muchas veces con la idea que algo del entrecruzamiento libidinal, subjetivo está en juego, no son una tabula rasa.

Luego de la consulta tiendo a hablar con el pediatra en cuestión por varias razones: por cortesía, creo que corresponde; porque si me derivan pacientes suyos me interesa también estar en buenos términos por beneficio económico, de alguna manera dependo económicamente de estas derivaciones (sí, ¡¡¡el psicoanálisis es una actividad económica!!!); por el interés epistemológico que nos une a ambos y porque clínicamente sería una locura no estar en contacto. (El orden de presentación de los motivos no es por orden de importancia).

Algunos de mis pequeños pacientitos tienen alguna enfermedad orgánica más o menos crónica por lo que son pacientitos bastante asiduos del pediatra y

en consecuencia ciertos avatares de su enfermedad están atravesados por sus posicionamientos subjetivos (y viceversa los posicionamientos subjetivos atravesados por el real de la enfermedad en el cuerpo), cuestión ésta que el pediatra en cuestión está totalmente avispado: es una especialidad médica en la que se debe ser muy obtuso para no ver determinados fenómenos (se puede serlo pero no es la mayoría). El pediatra tiene a los padres adelante y éstos hablan sobre el cuerpo del niño, le queda bastante claro que es un cuerpo hablado por el Otro. Y no es teoría, es simple observación práctica. Para que quede claro, dentro del ambiente psicoanalítico hay una tendencia bastante marcada a hablar peyorativamente de la medicina y de los médicos, por ejemplo del "discurso médico hegemónico". Me parece una pavada por la generalización como todas las generalizaciones, pero en el caso de la pediatría raya la estupidez, es muy frecuente que el pediatra se alarme porque un niño está demasiado adaptado a situaciones complicadas, o que no se angustie frente a situaciones difíciles. Y por ello sugieren la consulta con un analista. Bastante lejos entonces, de un discurso aplacador, obturador, adaptacionista, poco sensible a las subjetividades.

CREO QUE HAY UN MÁS ALLÁ DEL PRINCIPIO DEL PLACER Y NO ES ÚNICAMENTE LA PULSIÓN DE MUERTE: EL CEREBRO DESDE EL PUNTO DE VISTA NEUROLÓGICO TIENE TODOS SUS BEMOLES.

En definitiva, el principal trabajo nuestro con los médicos se inicia **antes** y no después de la consulta con el psicoanalista. En los aspectos de formación que tienen los colegas médicos. Pero que en mi caso tiene una contrapartida, que es no tenerle fobia a estudiar y aprender cuestiones médicas, no veo por qué habría que forcluir un campo discursivo simplemente porque no es el propio. Como bien dice Alicia Stolkiner, ser indisciplinado con las disciplinas. Y yo empezaría por casa.

Pretendemos que los médicos puedan ser receptivos a los aspectos subjetivos. ¿Pero nosotros somos receptivos, estudiamos lo que el cuerpo habla en el plano biológico? ¿No es desubjetivante desatenderse de lo biológico?

Trabajo también con las escuelas, y eso sí que es más complicado ya que muchas veces ni yo las elijo ni ellos me elijen a mí para tener que trabajar en conjunto. Y muchas veces voy personalmente a las escuelas, tengo que hablar y escuchar a directivos, maestros y psicopedagogos, eso realmente es útil para poder escuchar donde está inserto el niño y qué decires y qué miradas hay en un colegio sobre un niño. El niño no sólo es hablado por sus padres sino por su marco social, básicamente, y el más importante sin lugar a dudas es el escolar. La mayoría de las veces son muy pertinentes y las señales de alarma que provienen del colegio disparan consultas que los padres por sí mismos no harían por múltiples razones. A propósito: cuando un colegio está preocupado por que piensa que un niño es ADD, en general tienen razón, el niño está en problemas, no es simplemente inquieto. Nuevamente, los docentes en su mayoría no son un gremio alienado en el ideal de la buena conducta y saben per-

fectamente diferenciar travesuras y avatares infantiles de problemáticas neuróticas. De ahí a diagnosticar ADD hay un abismo, pero repito, no son en su mayoría, bestias adaptacionistas con una pedagogía "shreberiana". Si bien es cierto que en varias oportunidades recibí niños derivados con un diagnóstico de ADD, con el cual no estuve de acuerdo, sí estuve de acuerdo con la pertinencia de la preocupación escolar; no mandan por un niño simplemente travesado.

Trabajo con psicopedagogos muchas problemáticas de adquisición de conocimiento, temas en que lo subjetivo y lo cognitivo tienen un necesario entrecruzamiento. Muchos de mis pacientitos terminan trabajando con psicopedagogos porque la problemática claramente es específica en esa área, y lo hago cada día más. Creo que hay un más allá del principio del placer y no es únicamente la pulsión de muerte: el cerebro desde el punto de vista neurológico tiene todos sus bemoles.

2- Trabajo en el área de interconsulta en el Hospital de Niños, por lo que mi labor se da desde el servicio de salud mental pero es cotidianamente junto a los médicos.

Relataré un dispositivo en el que intervengo: el consultorio de mielomeningocele o espina bífida. La patología es de un defecto congénito en el cierre del tubo neural por lo que es necesario intervenciones quirúrgicas varias desde recién nacido. Muchos de estos chicos no pueden caminar o lo hacen con aparatos, bastones o muletas. Muchos no tienen control de esfínteres, usan pañales y se deben sondear a través de la uretra para poder orinar correctamente cuidando su vejiga y sus riñones. Son sujetos que la sociedad denomina como discapacitados motores.

El dispositivo está bueno: los pacientitos y sus papás vienen un día al hospital, se ubican en un consultorio, y los distintos profesionales van pasando por el consultorio donde está instalada la familia: así circulan urólogos, traumatólogos, gastroenterólogos, neurocirujanos, kinesiólogos, psicopedagogos y... nosotros. Esto le permite a los padres no tener que venir quinientas veces para pedir turno, ni quinientas veces para cada consulta. Realmente está pensado para mayor confort de los pacientes y su familia. Pero hete aquí que los papás no demandan nada en su mayoría a los psi. Los neños y adolescentes menos.

Pero nos enteramos que los padres sondean a sus hijos hasta la adolescencia y más allá también, por lo que están manipulando sus genitales hasta edades avanzadas, les ponen pañales y se los sacan los padres, le limpian la cola y no el propietario físico de la cola en cuestión.

No se les ocurre siquiera que estos procedimientos lo haga el niño o el adolescente.

El colecho y la cohabitación son frecuentes por el temor que le pase algo al niño si ellos están lejos.

Los objetos de la casa están a alturas que un sujeto en silla de ruedas no puede alcanzar, hay escalones y puertas imposibles de ser atravesados sin otra persona que lo ayude, cuando esta realidad sería en muchos casos pasible de ser modificada.

En suma se naturalizan cosas que no son naturales. Y nosotros intervenimos muy indicativamente, ya que no hay demanda, y no volveremos a ver a esa familia hasta dentro de unos 8 meses. ¡Y funciona!

¿A qué me refiero que actúo indicativamente? A que si los padres le tocan los genitales para sondearlo, les sugerimos bastante taxativamente que no lo hagan, que lo haga el niño; que si le cambian ellos los pañales, les sugerimos bastante taxativamente que no lo hagan, que lo haga el niño, que si hay colecho, que no lo hagan. Les explicamos el motivo de nuestra indicación, por ejemplo, lo que implicaría una sobreexcitación de la zona, cómo puede contribuir a tener problemas con su sexualidad, su sociabilidad, etc. Los padres están en una posición donde los referentes culturales acerca de lo que se debe hacer o no, caducan. No hay referencia alguna a colectivo social alguno y en consecuencia hacen lo que pueden. Y las sugerencias no sólo son tomadas a bien, sino que realizan un esfuerzo importante para cambiar los hábitos.

O sea, reubicamos a la familia dentro de algunas coordenadas culturales en lo que hace al pudor y las líneas imaginarias de la represión. La abstinencia de intervención sería a nuestro entender lisa y llanamente un abandono a sujetos atravesados por lo traumático.

Pero para poder opinar y establecer esas intervenciones, fue necesario realizar un conocimiento bastante minucioso de la patología, ya que, una vez más, no veo por qué si decimos que debemos tomar el cuerpo social como referencia ineludible, no tengamos que tomar también el cuerpo orgánico con sus vicisitudes como referencia.

Creo que elegí un ejemplo que se encuentra en los límites de la práctica analítica a propósito, ya que soy conciente que se presta a debate, ya que se da bastante lejos de la práctica clínica habitual, pero creo poder haber justificado que está bastante cerca del marco conceptual.

A mi gusto es psicoanálisis puro el que hago, pero si alguien piensa que no lo es, puedo aceptarlo sin problemas y lo seguiría haciendo igual. Sólo cambiaría algo si clínicamente es necesario, no si lo fuera teóricamente.

Viene a colación lo que decía Winnicott: "Somos psicoanalistas y practicamos el psicoanálisis. Sino practicamos alguna otra cosa que estimamos más apropiada a la ocasión. ¿Y por qué no?".

Gimnasia Consciente Seminario y Talleres de Investigación

PARA PERSONAS CON O SIN EXPERIENCIA
EN TRABAJO CORPORAL

Coordinación: Alicia Lipovetzky / Gabriela Waisman
Tel. 4863-2254 - 4775-0141

SUSANA RAGATKE
Psiquiatra y Psicoanalista
susana.ragatke@topia.com.ar

Las aventuras del Barón de Münchhausen, escrita en 1785 por Rudolf Raspe, teniendo como protagonista al militar alemán que sirvió como oficial de caballería en las campañas rusas contra los turcos otomanos, de quien se refería que contaba historias exageradas sobre sus aventuras y hazañas. Procuración: poder que alguien da a otra persona para que en su nombre haga o ejecute algo.

La criatura humana desde su desamparo inicial hasta el logro de la autonomía hace un muy prolongado recorrido en dependencia de sus figuras paternas, especialmente de la madre. Esta asimetría otorga poder al adulto y obediencia al hijo.

En condiciones saludables la madre trata a su hijo con cuidados acordes al buen registro de las necesidades del pequeño. Sólo le impone la necesario "violencia primaria", según Piera Aulagnier, sin excesos. Y en ese contacto corporal, con su tensión tónico-emocional, gestos, miradas, palabras, sonidos se va constituyendo el yo que es corporal, en lo inconciente y en lo conciente. Así como la diferenciación adentro-afuera; lo propio y lo ajeno. Cuando esto ocurre, progresivamente la madre tiene menos poder y el hijo menor dependencia. No siempre ocurre así. Dentro de la nosografía psiquiátrica hay un cuadro de maltrato infantil de mucha gravedad y alto riesgo, que a su vez no es de fácil reconocimiento. En éste se aúnan el poder de la madre, la sumisión del hijo y un tercer personaje que es el médico si resulta manipulado por dicha madre.

En 1976, el pediatra inglés Meadow acuña la denominación Síndrome de Münchhausen por procuración, para describir la enfermedad del niño, ingeniosamente fabricada o inducida activamente por un adulto, usualmente la madre, quien promueve en el médico la práctica de intervenciones agresivas y riesgosas sobre el cuerpo del menor. El poder sobre el menor queda traspasado de la madre al médico. Sabemos que el médico es históricamente una figura con poder y autoridad. Una verdadera alianza entre poderosos, siniestramente justificada "por el bien del niño". Afortunadamente, no siempre es así, puesto si surge la presunción diagnóstica de este cuadro se puede cambiar el curso de los acontecimientos y diagnosticar donde está la verdadera enfermedad.

Datos orientadores para quien tiene participación en la asistencia del niño:

- enfermedades inexplicables, con síntomas que cesan en ausencia de la madre.
- discordancia entre síntomas relatados por los padres, el estado físico del niño y los exámenes complementarios.
- exhaustivo registro escrito llevado por la misma madre, de todos los síntomas y tratamientos efectuados, que presenta como prueba de su gran preocupación.
- alto ausentismo escolar.
- antecedente de muerte súbita en uno ó más hermanitos, inexplicables.
- innumerables consultas por insistencia de los padres, y en diferentes servicios.
- escasa preocupación por el sufrimiento y alto interés por la enfermedad, en el adulto consultante y perpetrador.
- ante hallazgos negativos, insistencia sobre "nuevos" síntomas.

Cuerpos apropiados: El Síndrome de Münchhausen por procuración

"...el poder produce, produce realidad, produce ámbito de objetos y rituales de verdad. El individuo y el conocimiento que de él se puede obtener corresponde a esta producción"
 Michel Foucault

-insistencia en intolerancia o alergia a alimentos y medicaciones que genera un alerta permanente.

-por su corta edad el infante no puede dar indicios claros de aliviarse en ausencia de este adulto. Un niño mayor, o adolescente puede llegar a verbalizarlo, si no ha llegado a un grado mayor de alienación en el vínculo.

María de 4 años y su primo Juan de 7 años fueron descubiertos en una divertida escena de juegos sexuales por Bety, que es la madre de María, quien desde entonces no cesa de reclamar a sucesivos pediatras que María necesita exámenes ginecológicos y análisis de orina y materia fecal. Ella considera que la niña quedó lastimada e infectada. María, tiene 8 años, un buen desarrollo físico e intelectual, pero no así su socialización. Su madre no le permite reunirse con pares si no es bajo su control permanente. Se pudo rastrear en la historia de Bety, que se crió en convivencia con el abuelo materno que era muy autoritario con ella y que había abusado de otra nieta, hecho que fue encubierto por el resto de la familia. El padre de María está presente, pero no hace nada para acotar las actitudes de su esposa, respecto a la hija.

EN CASI TODAS LAS FORMAS DE VIOLENCIA Y MALTRATO, QUIEN LO PERPETRA TIENE ANTECEDENTES DE HABERLO SUFRIDO PASIVAMENTE EN ETAPAS PREVIAS DE SU VIDA.

Con una madre severamente perturbada que se expresa con este modo de "trato" hacia su hijo, no habiendo quien acote su poder sobre el cuerpo del hijo, se dan las mayores posibilidades de que este siniestro plan siga su curso. Si hay un padre u otro adulto que ponga en duda la certeza materna puede no cristalizarse este cuadro, y tomar caminos de una genuina preocupación por la salud del hijo.

Y finalmente, el médico u otro agente de salud o educación en contacto con el niño, en conocimiento de la existencia de esta forma de maltrato infantil, es quien puede orientar el buen diagnóstico.

Como en casi todas las formas de violencia y maltrato, quien lo perpetra tiene antecedentes de haberlo sufrido pasivamente en etapas previas de su vida. ¿Qué hacer frente a este tipo de cuadros? Ante todo no producir daño (*primum non nocere*). Se impone hacer un diagnóstico situacional, evaluando el nivel de riesgo que corre el infante y con quién se cuenta además de la madre. No descartar la mejor instrumentación de los recursos de que disponemos, para lograr un vínculo de confianza con la madre, sin poner en práctica todo lo que ella propone. Y de última recurrir a intervención de asistencia social y legal en pos de la protección del menor. Sabemos que la judicialización es una alternativa extrema cuando el equipo de salud no puede asegurar la integridad física y emocional del niño y el cumplimiento del abordaje terapéutico adecuado.

Estas problemáticas pueden transitar tanto por consultorios de atención am-

bulatoria, guardias y salas de internación pediátricas.

¿Qué dispositivo psicoanalítico puede ser útil?

La intervención interdisciplinaria con el médico o equipo médico que en la atención de estos casos se vea desbordado y no pueda contener la relación con esta madre.

El abordaje vincular de la relación madre-hijo es casi imposible puesto que exagera la inducción materna a proponer la manipulación de su hijo como única alternativa y de no sentirse comprendida huirá con su hijo en la búsqueda de otros médicos.

En cambio, si se tiene en cuenta que esta conducta violenta actuada sobre el hijo se corresponde con experiencias de haber sido víctima de violencia anteriormente, se puede intentar un dispositivo de atención que apunte a conocer la historia de esta persona, y desde ahí poder transitar un abordaje terapéutico. De resultar posible esta etapa, luego se podrá incluir el tratamiento del vínculo con el hijo maltratado.

Aquí hay un niño en riesgo, una madre en riesgo y seguramente una familia en riesgo. La pulsión de muerte desligada puede descargarse en actos agresivos hacia los hijos pero no se descarta la autoagresión o psicotización. El niño nace y se cría bajo el imperio de un duelo anticipado, hay más expectativa de muerte que de vida.

Resulta interesante el concepto de transmisión generacional o transgeneracional para reconocer en la historia de la madre o de los padres del niño víctima, las huellas psíquicas no simbolizadas de vínculos de sometedor-sometido que subyacen a este tipo de conducta, en forma de experiencias traumáticas de alta gravedad.

Erik Binet la denomina una forma de "disparentalidad transgeneracional". Se trata de lo traumático de las distintas formas de violencia, no simbolizado, que ha circulado a través de los elementos verbales y no verbales del discurso familiar y a través de dos o más generaciones. En el abordaje el primer paso es

poner límite a la violencia actuada sobre el hijo e iniciar un trabajo de simbolización sobre los traumatismos psíquicos sufridos. En cada caso habrá que encontrar el encuadre más operativo, puede ser individual, de pareja, de familia, con la generación de los abuelos en el mejor de los casos.

Me parece importante encuadrar estas problemáticas en una comprensión amplia del cuadro familiar y del entorno sociocultural correspondiente. Hay alto riesgo de penalizar, sin reconocer las condiciones de desamparo e injusticia sufridas por quienes generaron estas conductas. Las madres del Síndrome de Münchhausen no desean desprenderse de su hijo, no lo pueden diferenciar, lo vivencian como una parte de ellas mismas. "Nadie puede saber de esta criatura más que yo misma", dirían.

Este cuadro descrito inicialmente en niños pequeños, se da también en niños de mayor edad hasta en la segunda década. Se trata de adolescentes alienados en el vínculo con el perpetrador y con un desarrollo propio detenido en una posición infantil.

Un párrafo aparte merece el lugar del médico en la actualidad, quien más allá de estar advertido sobre este tipo de patología, trabaja en condiciones inadecuadas para poder abordarlas adecuadamente. Las consultas deben ser lo más breves posibles y a su vez se tiene que cuidar de no ser querellado por "mala praxis", tanto en instituciones hospitalarias como en prepagos y obras sociales. Se dan condiciones propicias para seguir las demandas del adulto perpetrador del Síndrome de Münchhausen, sometiéndolo al niño a estudios y tratamientos innecesarios para no ser acusado de omisiones, repitiendo en ese caso el vínculo violento parental en la relación médico-paciente. Así puede quedar omitida la comprensión completa del cuadro clínico y familiar de su paciente infantil.

Bibliografía

- Binet, Erik, "Le Syndrome de Münchhausen par procuration: Une nouvelle forme de dysparentalité transgénérationnelle", Devenir, 2001-2, Vol. 13.
- Carpintero, Enrique, *Registros de lo negativo. El cuerpo como lugar del inconciente, el paciente límite y los nuevos dispositivos psicoanalíticos*, Topía Editorial, 1999.
- Fridman, Elena y col., "Trastorno facticio por poder" en *Medicina Infantil*, Vol. VI N° 2, 6/99.
- Gomel, Silvia, *Transmisión generacional, familia y subjetividad*, Lugar Editorial, 1997.

**REVISTA
 GENERACIÓN ABIERTA
 LETRAS-ARTE-EDUCACIÓN
 Dir. Luis R. Calvo
 generacionabierta@hotmail.com**

**HETEROGENESIS
 REVISTA DE ARTES
 VISUALES
 (SUECIA)**

LA FIESTA INTELIGENTE

Platos exquisitos | narraciones orales.

El chef recomienda:

Comidas francesas, judías, españolas, diet, afrodisiacas, rusas, tailandesas.
 Relatos humorísticos, amorosos, cróticos, de suspense, ciencia ficción.
 Llevamos todo a tu casa, reuniones desde 10 personas.

Ines Grimland
 www.inesgrimland.com.ar

Roberto Seldes
 roberto@seldes.com.ar

Diana Varchelker
 Chef

Teléfonos: 4802-3149 ó 15-56677027

GUILLERMO B. SEMENIUK
Médico
catedra@lanari.fmed.uba.ar

ÉTICA DEL FINAL DE LA VIDA

El mundo sólo será feliz cuando todos los hombres tengan alma de artistas, es decir, cuando todos sientan el placer de su labor.

A. Rodin, *Mi testamento*

La ÉTICA que deriva del Griego *Ethos*: raíz o fuente de todos los actos particulares o costumbres es una ciencia práctica, normativa de los principios de la moralidad de los actos humanos, ciencia filosófica no teórica, sí práctica o empírica y valorativa y en alguna medida relacionada con la teología. La ética es el estudio de la moralidad. Una reflexión y análisis cuidadoso y sistemático de las decisiones y comportamientos morales.

La ética ha formado parte integral de la medicina al menos desde el tiempo de Hipócrates, médico griego del siglo V antes de la era cristiana, considerado el fundador de la ética médica. De Hipócrates surgió el concepto de medicina como profesión, cuando los médicos hicieron una promesa pública para afirmar que los intereses del paciente estarían sobre sus propios intereses. En los últimos años, la ética médica ha sido muy influenciada por los avances en derechos humanos. En un mundo pluralista y multicultural, con diversas tradiciones morales, los principales acuerdos internacionales en materia de derechos humanos pueden proporcionar una base para la ética médica.

La ética médica está también relacionada estrechamente con el derecho. En la mayoría de los países existen leyes que especifican cómo el médico debe abordar los problemas éticos en la atención de pacientes y en la investigación clínica.

La compasión, la competencia y la autonomía no son exclusividad de la medicina. Sin embargo, se espera que los médicos las ejemplifiquen más que otras personas. La compasión, definida como el entendimiento y la preocupación por la aflicción de otra persona, es esencial en la práctica de la medicina. A fin de tratar los problemas del paciente, el médico debe identificar los síntomas que tiene el paciente y sus causas y debe ayudarlo a lograr su alivio. Los pacientes responden mejor al tratamiento si perciben que el médico aprecia sus preocupaciones y los trata a ellos en lugar de su enfermedad.

Se espera y se necesita del médico un grado elevado de competencia. La falta de competencia puede tener como resultado la muerte o una grave enfermedad. Los médicos tienen formación para asegurar la competencia, pero si se considera el rápido avance en los conocimientos médicos, es un continuo desafío mantenerla. No sólo deben mantener los conocimientos científicos y técnicos, sino los conocimientos y actitudes éticas, ya que los nuevos problemas éticos se plantean con los cambios en la práctica médica y su entorno social y político. La autonomía, o autodeterminación, es el valor central de la medicina que más ha cambiado en los últimos años.

El médico tradicionalmente ha gozado de un amplio margen de autonomía para decidir cómo tratar a sus pacientes, lo cual limitaba la autonomía de los mismos ya que en general no opinaban ni decidían sobre los tratamientos que recibirían. La ética médica se diferencia de la ética general aplicable a todos porque se profesa públicamente en un juramento como la Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial o un código. Los juramentos y códigos varían según el país e incluso dentro de

un país, pero tienen características comunes, incluidas promesas en las que el médico considerará el interés del paciente por sobre el suyo, no discriminará los pacientes por la raza, religión u otros derechos humanos, protegerá la confidencialidad de la información y prestará atención de emergencia a toda persona que la necesite, una de las últimas versiones es un texto conocido como la Declaración de Helsinki que es revisado periódicamente.

“Quién decide lo que es ético” varía según la sociedad e incluso dentro de la misma.

Hasta hace poco tiempo, por lo general, el médico se consideraba responsable sólo ante sí mismo, ante sus colegas en la profesión médica y, por creencias religiosas, ante Dios. Actualmente, tiene responsabilidades adicionales: ante sus pacientes, terceros, como los hospitales y organizaciones de salud administrada, las autoridades médicas reguladoras y de otorgamiento de licencias y, a menudo, los tribunales de justicia. Estas responsabilidades diferentes pueden entrar en conflicto entre ellas.

El consecuencialismo basa la toma de decisiones éticas en un análisis de las consecuencias o resultados probables de opciones y acciones. La acción correcta es la que produce los mejores resultados, por supuesto que puede existir desacuerdo sobre lo que se considera un buen resultado. Una de las formas más conocidas del consecuencialismo, específicamente el utilitarismo, usa la “utilidad” como medida y la define como “el mayor bien para la mayor cantidad”. Otras medidas de resultado utilizadas en la toma de decisiones en salud incluyen la rentabilidad y la calidad de vida, que se miden en “años de vida de calidad” y “años de vida de discapacidad”. Por lo general, los defensores del consecuencialismo no utilizan demasiado los principios pues son difíciles de identificar, priorizar y aplicar y en todo caso, no consideran lo que en su opinión interesa realmente en la toma de decisiones morales: los resultados. El hecho de dejar de lado los principios permite que el consecuencialismo esté expuesto a ser catalogado como que “el fin justifica los medios”, por ejemplo que los derechos humanos individuales puedan ser sacrificados para lograr un objetivo social.

El principalismo, como su nombre lo indica, utiliza principios éticos como base para tomar decisiones morales. Aplica estos principios a casos o situaciones particulares para determinar qué es lo correcto, tomando en cuenta las reglas y las consecuencias. El principalismo ha influido mucho en debates éticos recientes, en especial en Estados Unidos. Se han identificado cuatro principios en particular como los más importantes para la toma de decisión en la práctica médica: el respeto por la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia. Los principios sí tienen un papel importante en la toma de decisiones racionales. Sin embargo, la elección de es-

tos cuatro principios, en especial la prioridad que tiene el respeto por la autonomía sobre los otros, es una reflexión de la cultura liberal occidental y no es necesariamente universal. Por otra parte, estos cuatro principios entran en conflicto en situaciones particulares. La ética clínica es una cuestión de razonamiento práctico en pacientes determinados, casos específicos y situaciones únicas. En ella no existen juicios absolutos. Las decisiones son inciertas y por ello se ha incorporado que la ética de la responsabilidad que trata las consecuencias y circunstancias importantes en la vida moral, y que no pueden ser dejadas de lado en la búsqueda de una decisión correcta y prudente. Es lo que Aristóteles denominaba “*phronesis*” o sabiduría práctica. La ética de la responsabilidad presta atención a las consecuencias, pero también a los principios y convicciones ya que una ética que no ponga su atención en las consecuencias no es responsable y no hay responsabilidad sin convicciones.

La Deontología, “tratado de lo debido” es un término introducido por Bentham en su *Deontology of the Science of Morality*, y hace referencia a la rama de la Ética, parte de la filosofía que trata de la moral y las obligaciones del hombre, cuyo objeto de estudio son los fundamentos del deber y las normas morales. La deontología se nutre del marco jurídico y del marco moral.

La Deontología es un conjunto de reglas que enmarcan la conducta profesional, con orientación a un objetivo humanístico con sentido noble, culto y espiritual, es una parte concreta y práctica de la Ética y determina los deberes a cumplir en circunstancias específicas dentro de una profesión. En Medicina, tiene como fundamento la moral individual del médico. La ética o filosofía moral tiene diversas formas, como la Metaética, que es el origen del concepto; la Ética normativa (regla de oro): regula buenas y malas conductas y la Ética aplicada (eutanasia, aborto, clonación, etc.). Una rama denominada teleología define el obrar éticamente haciendo el bien para la mayoría, determinando qué es correcto y qué no lo es en función del resultado a alcanzar.

La Bioética es una disciplina que emerge como un paradigma alternativo al modelo biomédico hegemónico, cuando en los años 60 comienzan a ser relacionadas cuestiones de avances biotecnológicos, con la aparición de problemas morales y dilemas éticos en escenarios científicos y clínicos, que no siempre detentan una dimensión de dolor psíquico.

La **bioética práctica**, que evalúa actuaciones, no intenciones, de modo que la intención no sirve para determinar si una acción es, desde el punto de vista ético e incluso legal, correcta o no. Lo que beneficia o perjudica al enfermo no es la intención de la persona que realiza el acto, sino el resultado del mismo. No sería correcto permitir que un acto contrario a la ética deje de serlo si va acom-

pañado de una buena intención.

Uno de los problemas que enfrentamos son los obstáculos epistemológicos, tales como la utilización de distintos lenguajes y códigos de las diferentes disciplinas, junto a los obstáculos que se interponen para lograr consenso en cuanto a evidencia y validación de los temas tratados.

La Bioética, según el modelo de los Principios de Beauchamp y Childress, introduce un sistema de fundamentación moral, como propuesta explicativa que va de lo general a lo particular, realizando los componentes ‘morales’ de la conducta humana y orientando a la resolución de conflictos éticos mediante una serie de pasos: teorías éticas, principios bioéticos, reglas morales y casos paradigmáticos, según una jerarquía que intenta contribuir a la deliberación interdisciplinaria.

Hay problemas éticos con las indicaciones médicas que deben ser razonadas y coherentes, y contemplar las preferencias del paciente: razonadas y emocionales, y tienen que ser entre otras cosas con el concepto de calidad de vida que es diferente para cada persona y en el contexto en que ocurren los eventos (social, económico, legal, familiar, religioso, etc.).

Los médicos debiéramos tener en cuenta dos clases de directivas, la igualdad y equidad generales y el respeto de los deseos individuales.

El espíritu médico se nutre en tres fundamentos: la técnica científica, la sensibilidad profesional y una actitud filosófica que sabe que cura algunas veces, alivia frecuentemente y debe consolar siempre.

Los representantes del ámbito médico expresan que la medicina involucra a todos los integrantes del equipo de salud (profesional “psi”, médicos, enfermeros, trabajadores sociales, etc.) que asisten al que “sufre”, que es una entidad bio-psico-socio-espiritual.

Dado lo complejo del tema del final de la vida, destacamos la importancia de la atención de la salud psíquica, que en el marco del “dolor total”, se denomina “sufrimiento o dolor psíquico”.

Uno de los factores que pueden constituirse en **obstáculo para el consenso**, es llegar a aceptar como “evidencia” algunas opiniones todavía **no validadas**.

Con respecto a la desaparición física del enfermo, en ciertos casos no hay **duelo anticipado** de las familias, pero sí hay **otros duelos**: familiares que por ejemplo pierden su fortaleza física, alteran su espiritualidad, se desestructuran psíquicamente, modifican roles o conmueven sus creencias, ya que como diría Ricoeur, no nos desembarazamos nunca de los muertos.

El Derecho aborda la problemática desde diversas nociones, todas ellas con eje en el sujeto y su posibilidad de autodeterminarse. En ese marco, como disciplina **no explicativa** de los fenómenos, sino como disciplina **normativa**, en tanto elabora prescripciones generales y obligatorias, formula preguntas a todas aquellas disciplinas que brindan valor explicativo a los fenómenos.

Ello impone sostener una caracterización de la **persona** (como sujeto sobre la cual opera el derecho), y de su **voluntad**, categorías ya definidas bajo el paradigma de la dogmática jurídica. Asimismo, la **capacidad**, en tanto aptitud jurídica, es otro concepto central para comprender el estructuramiento del sistema de órdenes y permisos, diferente del concepto bioético de competencia.

El **orden público**, junto a las nociones de **actos voluntarios** (con discernimiento, intención y libertad) y **actos jurídicos**, son elaboraciones del derecho cuyo conocimiento resulta indispensable para poder abordar la problemática de la decisión.

Muchas preguntas aparecen en el intercambio interdisciplinario.

¿Es una obligación para el paciente el hecho de "no tener que morir"?

¿Es cierto que cada uno es "dueño de su propio cuerpo"?

¿La autonomía reconoce un límite?

¿Cómo se ejerce la autonomía?

¿Puede ser una persona definida fuera de la comunidad?

Si la cultura es la que regula las relaciones humanas, ¿cómo es que lo hace?

¿Hasta dónde la cultura avanza sobre los derechos?

¿Es obligación para el médico seguir aportando el sostén vital a un paciente terminal?

¿Todo progreso médico beneficia?

¿Cómo se traduce una adecuada beneficencia médica?

¿Cuáles son los saberes relevantes que el tema del fin de la vida exige de los profesionales?

¿Quiénes deciden?

¿Cuál debería ser el rol del Estado en la toma de decisiones?

¿Qué quiere decir Vida digna y Muerte digna?

¿Se podrá mejorar la capacidad de escucha de los médicos?

Para responder y cumplimentar algunos de los interrogantes formulados, se recomiendan diversos pasos en el cuidado de pacientes terminales:

Poder notarial o testamento, hablar con un familiar a cargo en un lugar de encuentro tranquilo. Establecer diferencia entre opinión sustituta y decisión sobre el bien del paciente. Buscar consenso de la situación clínica y sobre la supervivencia *versus* confort y dignidad. Describir qué se hará y qué no y obtener un consentimiento en caso necesario. Tratar que sea una buena muerte o muerte menos mala, con control de dolor y otros síntomas, aproximar a seres queridos, tratar que sea aceptada (ser realista) e intentar que la información médica sea la necesaria, suficiente y que pueda ser elaborada por el paciente. Evitar el mantenimiento de la vida una **obstinación irrazonable**, antes llamada ensañamiento terapéutico, y brindar a todos cuidados paliativos.

Proveyendo todos los medios para aliviar el sufrimiento físico y/o psíquico, inclusive utilizando sedación paliativa en casos refractarios (delirio, disnea, dolor).

La eutanasia es poner fin a la vida en forma intencional por otra persona a pedido del interesado llenando los requisitos de ser, mayor de edad, legalmente competente y conciente, que reclama en forma voluntaria, repetida y sin presión externa la muerte por su condición médica de sufrimiento por enfermedad incurable.

No debiera considerarse la eutanasia como acto individual, sino como consentimiento inter y multi personal donde el paciente es el actor más importante y donde el médico puede negarse por acto de conciencia.

La ayuda para el suicidio significa proporcionar en forma intencional y con conocimiento a una persona de los medios o procedimientos necesarios para suicidarse incluido el asesoramiento sobre los medicamentos, la prescripción de los mismos, etc. La pregunta aquí es si se considera la asistencia al suicidio como parte de la actividad médica.

La sedación terminal es la administración deliberada de fármacos para producir disminución profunda y previsiblemente irreversible de la conciencia en un paciente con probable muerte próxima, con conocimiento explícito, implícito o delegado del mismo y debiera llamarse sedación paliativa en la agonía.

EN UN MUNDO PLURALISTA Y MULTICULTURAL, CON DIVERSAS TRADICIONES MORALES, LOS PRINCIPALES ACUERDOS INTERNACIONALES EN MATERIA DE DERECHOS HUMANOS PUEDEN PROPORCIONAR UNA BASE PARA LA ÉTICA MÉDICA.

Esta es una acción con 2 ó más efectos posibles, que incluyendo al menos uno bueno es moralmente permisible si cumple las siguientes condiciones: no debe ser inmoral en sí misma. La intención es lograr el buen efecto y no debe conseguir el bueno a partir del malo y debe ser proporcional a la gravedad y las consecuencias positivas deben ser mayores que las negativas.

Las directivas avanzadas y órdenes de no resucitar, incluyen deseos y directivas para las decisiones médicas y cuidados generales al fin de la vida, y pueden incluir una orden de no resucitar, que deben ser evaluadas cuidadosamente, pues las circunstancias no son las mismas que cuando se originaron. Abstención y retiro de un tratamiento se consideran iguales.

Si existe un poder notarial o testamento, será la guía para el proceso subsiguiente, caso contrario, se determinará quién tomará las decisiones. Cuidar si algún miembro de la familia está ausente en informarlo y tratar de centrar la toma de decisiones en quien conoce mejor al paciente.

Establecer una relación con cada una de las personas presentes. ¿Cuál es la relación de cada uno con el paciente? ¿Cómo responde cada persona a la condición actual del paciente?

Establecer la diferencia entre opinión sustituta y decisiones por el bien del paciente.

Tratar de alcanzar un consenso acerca de la situación clínica del paciente, sobre todo en cuanto al pronóstico.

Preguntar si el paciente ha dejado directivas de procedimientos o valores morales. Si es así, reforzar el principio de opinión sustituta luego de haber establecido las preferencias del paciente.

Si no ha dejado directivas específicas, tratar de hacer una lista de valores éticos y morales, al menos en lo referente a la supervivencia *versus* confort y dignidad.

Ser un participante activo. Compartir la interpretación del significado de las palabras y conductas del paciente. Usar tales decisiones y recomendaciones para avalar las impresiones familiares o brindar una observación profesional que ayude a la familia a tomar sus decisiones. Si la recomendación del médico difiere de la familia, ésta debe recibir información y esclarecimiento de las diferencias.

Luego del análisis y negociación, se plantea o formula el valor establecido que más se aproxime a lo expresado por el paciente o que surja de sus valores conocidos.

Debatir sobre los procedimientos y directivas específicas en forma apropiada. Dependiendo de la opinión sustituta de

la familia, describir qué se hará y qué no se hará. En especial, si no se ha elegido una asistencia intensiva, asegurar a la familia que la atención del paciente le dará todo el confort y dignidad posibles. Obtener la confirmación de todo lo comprendido y acordado.

Haz lo que quieras que te hagan o, no hagas lo que no quieras que te hagan podría ser una sencilla regla a seguir.

La ética médica es la articulación entre filosofía moral, que regulada la relación de beneficencia médico-paciente, con la demanda actual del respeto de la autonomía bajo la forma de un consentimiento informado.

La ética de las virtudes se centra menos en la toma de decisiones y más en el carácter de los que la toman como se refleja su conducta.

Una virtud es un tipo de excelencia moral, otros incluyen la honestidad, la prudencia, la dedicación además de la compasión. Lo más probable es que el médico que posea estas virtudes tome buenas decisiones.

Para hacer un análisis detallado de una conducta apropiada debemos preguntarnos si el problema examinado es ético ya que muchas veces es nada más que clínico por lo que se deben consultar fuentes autorizadas, como códigos de ética basados en situaciones médicas, considerar soluciones alternativas, en vista de principios, valores y posibles consecuencias, conversar sobre soluciones propuestas con otras personas involucradas y tomar una decisión y aplicarla con sensibilidad, evaluarla y estar preparado a actuar de otra manera en el futuro.

Hay problemas éticos cotidianos, hay problemas éticos más complejos. Muchos de los problemas actualmente se refieren a la anticoncepción, la reproducción asistida, el consejo genético prenatal, los problemas de la investigación y los problemas relacionados con el término de la vida.

Morir es lo último que hacemos. Vale la pena hacerlo bien.

CENTRO LA PUERTA
salud, arte y pensamiento

AREA SALUD
Director General: Héctor Fenoglio

HOSPITAL DE DIA
Admite pacientes de profesionales ajenos a LA PUERTA
Trabaja en Módulos Diarios
Flexibilidad en la frecuencia

EQUIPO DE ATENCION de Crisis y Psicosis
Equipo interdisciplinario
Asistencia ambulatoria
Control farmacológico
Atención e internación domiciliaria
Acompañamiento terapéutico

CLUB DE SALUD
Encuentros, recreación, pertenencia, salidas, reinserción laboral, deportes.
Para pacientes y no pacientes.

CONSULTORIOS EXTERNOS
Psicología y Psiquiatría
Adultos y niños. Familia y pareja.

Sánchez de Bustamante 549
Buenos Aires / 4864-7949
contacto@centrolapuerta.com.ar

Asociación Madres de Plaza de Mayo

7^{mo} Congreso Internacional SALUD MENTAL Y DERECHOS HUMANOS

10 al 13 de diciembre de 2008

DISPOSITIVOS SUSTITUTIVOS AL MANICOMIO:
sus límites y alcances.

LOS MANICOMIOS:
el arrasamiento de la subjetividad.

SALUD COLECTIVA, SALUD MENTAL Y DERECHOS HUMANOS:
superación de la cultura manicomial.

HISTORIA Y SOCIEDAD:
las violencias en nombre del "orden y la salud".

INTERTEXTOS
V Encuentro de Lucha Antimanicomial
III Encuentro Detenidos en Movimiento

Universidad Popular Madres de Plaza de Mayo

Informes e inscripción: Hipólito Yrigoyen 1432. (1089) Buenos Aires, Argentina
Tel.:(5411) 4382-1055 e-mail: congreso@madres.org // www.madres.org

MARIO WORONOWSKI

Equipo de Capacitación-Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA) Htal. "José Esteves"
 marski@tutopia.com

Para aquellos trabajadores del campo de la Salud Mental que inscribimos nuestras prácticas dentro de la opción clínico-política de trabajar por la autonomía del sujeto - tanto individual como colectivo-, la idea de rehabilitación tiene mala prensa. En efecto, es un término que desde su filiación médica designa todo aquello que deberá hacerse en dirección a "volver a habilitar" funciones parcial o totalmente "inhabilitadas". Remite por lo tanto necesariamente a parámetros de normalidad. Desde allí promueve operaciones de evaluación de déficit y de logros según criterios de adaptación promedio al medio físico y social. Surgen así tecnologías del aprendizaje o reaprendizaje de "habilidades sociales" que, desde su misma definición, se deslizan muy fácilmente hacia pedagogías o terapias de la normalización. Con los matices que correspondan a cada práctica en particular, lo cierto es que, bajo el signo de los tiempos, el aplastamiento de la diferencia va ganando terreno. Y ese, el modo de "tratar" lo diferente, es tal vez el desafío mayor que entraña el misterio del padecimiento subjetivo. No sólo para quienes hicimos profesión de trabajar con él. Sin embargo no renunciamos al nombre. La reflexión teórica es también lucha política por la imposición de sentidos, y no queremos abandonar a las políticas de la normalización el campo de prácticas que el nombre "rehabilitación" designa. Congelar el término "rehabilitación" tras un "sentido único" normalizante, puede encubrir la pereza de reflexionar críticamente sobre las complejidades del campo en que trabajamos. La asistencia de pacientes con padecimiento mental severo, externadas o en proceso de externación, plantea problemas que no se eliminan evitando nombrarlos, para luego recortar un territorio "otro" -presuntamente diverso y hasta autónomo- en el que cierta clínica se distinguiría por su apelación a la singularidad. Aquí se ha elegido disputar el sentido de la tarea que se designa como rehabilitación, pensando en el diseño de estrategias singulares de intervención que, combinando componentes de **apuntalamiento** y **subjetivación**, nos orienten en la ineludible tensión entre el riesgo de **asistir sustituyendo** (la posible emergencia de un sujeto) y el de **escuchar desatendiendo** (las condiciones materiales de vida donde un sujeto se hace posible).

Quietudes e Inquietudes

El PREA cuenta con un dispositivo que denominamos "talleres de rehabilitación" que ha probado ser eficaz para crear condiciones propicias a la externación, en los tiempos previos a que este acontecimiento se produzca. Pero una vez fuera del hospital, la persistencia de conductas que fácilmente se asimilan al "hospitalismo" nos interroga. En el Programa suele saberse qué hacer cuando se trata de afrontar situaciones de crisis. Pero las posiciones de pasividad y de inercia, la quietud, provocan un malestar que - bajo el signo de la impotencia- señala hacia un punto ciego en nuestra práctica. Nos propusimos abordar estas cuestiones como un problema específico: investigar la cuestión de la rehabilitación

Problemas teóricos. Cuestiones prácticas. (El trabajo de rehabilitación en la externación asistida)

en la externación, diseñar, ahondar, ampliar y/o diversificar estrategias de rehabilitación, ponerlas en práctica y sacar conclusiones.

A través del relato de algunas situaciones clínicas y de aquello que pudimos pensar acerca de ellas, intentaremos dar cuenta de parte del camino recorrido hasta aquí.

Algunos afluentes:*La valija viajera*

Esta experiencia, previa al inicio de esta indagación, comienza con una intervención clínica con una de las mujeres del programa en el marco de un trabajo terapéutico individual. Se abordan allí ciertas dificultades para poder avanzar en el sostén de proyectos e intereses propios.

Liliana es alguien que habitualmente comparte y da a conocer con vivacidad algunos de sus intereses. Uno de ellos es la literatura y la ha llevado, entre otras cosas, a trabajar en la biblioteca del Centro de Día. Pero desde hace algún tiempo se siente "opaca", rutinaria en su actividad. Con su terapeuta, exploran nuevas posibilidades. Apoyándose en su avidez por la literatura, pero renovando los proyectos, se planifica la posibilidad de impulsar una biblioteca móvil. Así se arma una *valija viajera* que portará libros por las casas de las usuarias. Se los dejará por un tiempo para que puedan ser leídos, compartidos, comentados.

En la primera casa a la que se llega se generan algunos movimientos: una de las mujeres comienza a leerle a otra a la que no le gusta leer, pero le entusiasma que le lean. El día que está pautado retirar la valija, las dueñas de casa invitan a otras convivientes ocasionales. Se comparten gaseosas, impresiones, recuerdos y opiniones literarias.

En otra visita, Brenda, que dice que no ha leído, comienza a recordar cuentos escuchados en su infancia. Recuerda cuentos y cuenta recuerdos. Entre ellos entretiene sus delirios, que parecen cuentos. Brenda cuenta y cuenta: uno de nosotros dice que le hace acordar a *Las mil y una noches*. Brenda y otras, lo leyeron. Alguien vuelve a comentar que no lee, pero que se complace en escuchar.

Algunas ideas sobre las psicosis. La experiencia del "388". "La Colifata"

Algunos de nosotros venimos leyendo con interés acerca de la experiencia de tratamiento ambulatorio de pacientes que padecen psicosis en el servicio conocido como "388" en Quebec, Canadá. En algunos espacios del Programa hemos compartido textos, centrados sobre todo en la cuestión del lazo social, en cómo comprender algo más acerca de qué es lo que en él se encuentra dañado, y cómo trabajar en dirección a la reparación de aquello que condena al que padece la soledad de la locura. También tenemos presentes las ideas con que Alfredo Olivera busca dar cuenta de la experiencia de radio "La Colifata".

Lluvia de ideas, propuestas, preguntas. Nos escuchamos diciendo: "Podríamos armar tardes de cine, o de tejido, trabajar sobre el eje del tiempo libre y el jue-

go, o armar algo ligado a la música...".

¿No estaremos invadiendo, violentando las vidas de estas mujeres, impulsados por un ideal nuestro de cómo esas vidas deberían ser? ¿Cuántas vidas transcurren de modo no muy diferente, sin que nadie se sienta autorizado a intentar modificarlas? ¿Es legítimo intervenir en su vida cotidiana, intentando producir cambios ahí? ¿Rehabilitar es conducir a otro a ser como creemos que debería ser? ¿Ayudarlo a ser feliz?

Y eso... ¿qué será?

Parecían esperarnos. Nos invitan a sentarnos en la mesa del comedor y se establece una charla en relación a los libros prestados y los solicitados a Liliana.

Bárbara admite no haber leído ninguno de los dos libros que tenía: "estuve deprimida". Dice que estarían por contratarla como actriz de teatro: "quizá más de televisión", pero que todavía no le confirmaron. Luego le pide a Liliana *Cuentos para leer sin rimmel*. Eran los que le leía su tía, cuando era chica.

Mirta le pregunta a Liliana si le llevó libros de canciones. A Mirta le gusta cantar, y durante la visita canta de vez en cuando, o más bien irrumpe con alguna canción. Sus compañeras nos piden por favor que no le llevemos nada, porque "no aguantamos más oír la cantar". Mirta parece divertida al escuchar esto y canta de todas maneras.

Delia tampoco leyó. Según dice "está en una meseta", como ha estado en otras ocasiones. Afirma que habitualmente lee mucho: "no tengo ganas de leer, ya me pasó antes... quizá sea porque estoy esperando que salga mi libro, que no sale". Delia se mantiene todo el encuentro sentada, argumentando dificultades físicas para moverse. Desde allí distribuye órdenes a sus compañeras, sobre todo a Mirta.

Elsa se mantiene distante. Aunque varias veces la invitamos a participar, dice que tiene que cocinar, y realiza tareas domésticas sin incluirse en la conversación.

Cuando los temas parecen agotarse, Mirta hace un comentario sobre lo importante que es hacer gimnasia. Uno de nosotros le pregunta si ella **hace** gimnasia y Mirta describe como todos los días se levanta, hace ejercicios, se viste frente al espejo. Juega un poco con esto, hace monigotadas frente a un espejo imaginario. Preguntamos: ¿a alguna de ustedes le gustaba jugar frente a un espejo? ¿Y jugar a disfrazarse? Y claro: se ponían la ropa "de grandes", usaban ropa de sus mamás. Parecen muy divertidas. También Liliana cuenta sus historias. Nosotros contamos algunas.

De pronto, como de la nada, Bárbara arranca con una frase extemporánea: algo como "¡Levántate, hombre!", con la que interpela a Liliana. Liliana le contesta, sostiene el diálogo. Se trata de una mujer (B) que discute con su marido (L) porque no se levanta de la cama. Le reprocha que no hace nada. Todo parece responder a un guión. Luego sabremos que Bárbara interpretaba un fragmento de O' Neill: *Antes del desayuno*. Y que Liliana, que no lo conocía, respondía improvisando. Cuando la escena termina, todos aplaudimos.

Elsa se acerca a la mesa, y sin sentarse empieza a contar de su infancia en el campo. Jugaba a saltar charcos. Le pre-

guntamos si jugaba con alguien, y dice que hasta los 12 años no tenía compañeros con quienes jugar, apenas un primo mayor, del que parece no tener un buen recuerdo. Cuenta que a los 12 se viene a la ciudad, empieza la escuela y comienza a jugar con otros chicos. Jugaba a saltar la soga, a la payana.

Delia cuenta que jugaba mucho con los varones y que era "la novia del ladrón jefe y sirvienta de los ladrones". También que la encerraban en el hueco de un árbol. Se ríe. Recordamos otros juegos, de jóvenes y de adultos: cartas, damas, dados, lotería. Liliana cuenta que está intentando armar una "Juegoteca" en el Centro de Día. Parece interesar. También queda pendiente la posibilidad de jugar representando obras.

No sabemos si otorgarle alguna importancia al hecho de que se jugara con la desidia, con el desgano, con no salir de la cama.

Algunas tesis provisionales, o conclusiones de un comienzo

1- Los soportes que el PREA ofrece a las personas externadas (tratamiento farmacológico y/o psicoterapéutico, acompañamiento comunitario, soporte habitacional, entre otros), se proponen acompañar procesos personales de creciente autonomía y autovalimiento. Entendemos por autonomía el trabajo de un sujeto por ampliar los horizontes de un posible proyecto personal, y por autovalimiento la disponibilidad de recursos materiales y simbólicos necesarios para sostenerlo en su existencia.

2- La asistencia en la externación de personas que padecen psicosis y han sufrido además los efectos propios de la reclusión manicomial, autoriza intervenciones activas que promuevan efectos de rehabilitación. Se parte de la premisa de que la falta de deseo, la pérdida de lazo social, forman parte de un padecimiento y de una mutilación existencial, y no de la libre elección de una forma de vida entre otras posibles.

3- Promover un trabajo de rehabilitación es introducir un movimiento; es "disponer" las cosas para que suceda algo que -con toda probabilidad- no sucedería en el devenir espontáneo de la vida de estas personas.

4- La intervención debe incluir alguna propuesta que la legitime. En nuestro caso, primero *la valija viajera* y luego la idea de pensar propuestas para el tiempo libre, cumplieron y cumplen esa función. Entendemos necesario este recurso de intermediación, puesto que nadie nos ha convocado allí para ser escuchado en una demanda que, en principio, no le concierne. Pero, partiendo de allí, se deben crear condiciones para la escucha. Lo expresamos así: "**disponer un campo propicio para que algo pueda suceder, sin esperar que algo en particular suceda**".

5- Elegimos definir el trabajo de rehabilitación como "**habilitación de espacios de experiencia, en los que un sujeto sea convocado a hacerse cargo de la singularidad de su propio recorrido**".

Para profundizar en la temática puede leerse el artículo "El grupo comunitario de familias" del mismo autor publicado en www.tutopia.com.ar



ANGEL BARRACO

Miembro del Consejo General de Salud Mental-C.A.B.A. Co-coordinador del Movimiento Social de Desmanicomialización y Transformación Institucional (Regional Bs. As.).
barracoangel@fibertel.com.ar

En los últimos años, la revista *Topía* reflejó mediante diversos artículos, los avances y retrocesos registrados, respecto del necesario proceso de transformación de un modelo de atención, que en Salud Mental continúa vigente en la Ciudad de Buenos Aires.¹ Para ello, resulta determinante establecer políticas de salud mental, enmarcadas por los lineamientos establecidos por tres herramientas legales sancionadas oportunamente: la Constitución de la Ciudad Autónoma (1996), la Ley Básica de Salud (1999) y específicamente, la **Ley de Salud Mental N° 448** (2000). La sanción democrática de estas leyes, fue el resultado de intensos debates que formaron parte de un proceso inédito de participación plural en cuanto a la construcción de legalidad social, y que finalmente confluyeron en un claro objetivo: transformar un modelo de atención, decididamente retrógrado en cuanto a su concepción, transgresor de los derechos humanos para los casos de padecimientos graves y severos por un lado y, por otro, incapaz de brindar respuestas integrales a una incesante y progresiva demanda, producto de nuevas y diversas expresiones de padecimiento psíquico.

Lo que está en juego no es sólo la transformación que debe dar cuenta del destino que sufren hoy más de **2.000 pacientes** que se encuentran "recluidos" en los hospitales Borda, Moyano, Tobar García y Alvear (con un promedio de diez años de internación para los dos primeros hospitales), sino también la atención adecuada y eficaz, de alrededor de **1.500.000 de prestaciones anuales**, que en el conjunto de los 70 efectores públicos estatales de jurisdicción de la Ciudad, se realizan sin la adecuada infraestructura, y sin las dotaciones de trabajadores y profesionales que se requieren, para formalizar una atención digna.

Este intento de transformación, que tiene como fundamento y guía de acción a la Ley de Salud Mental N°448, parte justamente desde el momento de su sanción en julio del año 2000. A partir de ahí, su implementación atravesó por diversidad de obstaculizaciones y boicots. Vale recordar entre ellos: la "demora" de cuatro años para la **reglamentación** de la ley; la presentación de asociaciones gremiales médicas y psiquiátricas ante la Justicia local, solicitando la **"inconstitucionalidad"** de la ley (destimada por el Tribunal Supremo); las **impugnaciones** sistemáticas de los concursos para cargos de conducción en los que se presentaban profesionales psicólogos; la total **desidia e inacción** de los sucesivos gobiernos de la Ciudad, durante los últimos ocho años.

Desde la ley, se instituyó el **Consejo General de Salud Mental (CoGeSam)** como instancia consultiva y de asesoramiento (de carácter honorario y no vinculante) de la autoridad del área. Con una pluralidad de representaciones, el mismo elaboró diversidad de **propuestas**, que se elevaron oportunamente a cada gestión de gobierno y que lamentablemente no fueron consideradas para su instrumentación.

Hacia fines del año pasado, con el advenimiento de la actual gestión de gobierno, encabezada por el **Ing. Mauricio**

Salud Mental en la Ciudad de Buenos Aires: el decidido avance de la reacción

Macri en la Jefatura de Gobierno y el **Dr. Jorge Lemus**, a cargo del Ministerio de Salud, el CoGeSam emitió un documento, titulado: **"La Salud Mental: entre la crisis y la inacción"**, y en cuyo contenido se ponía para conocimiento de las nuevas autoridades, no sólo el estado de situación crítico del modelo de atención, sino que fundamentalmente, se ratificaban un conjunto de propuestas, que progresivamente debían ejecutarse en cumplimiento de la Ley 448 y sus objetivos transformadores. No obstante los precisos lineamientos de este documento, el ministro Dr. Lemus, ya en sus primeras declaraciones públicas a los medios de comunicación, daba cuenta de una cierta "confusión" conceptual de la Salud Mental, al considerarla como una "especialidad médica". Este posicionamiento de la máxima autoridad de Salud, no resultó una "ingenuidad" o "equivoco", sino que adelantaba el marco ideológico-político-científico, desde el cual se generarían las diversas acciones que a posteriori sobrevendrían. Tan así fue, que la primera decisión que se tomó, implicó sin ningún tipo de reparo o consulta, la **desjerarquización** del área de Salud Mental, al bajarla de nivel en la estructura de gobierno. Se pasó de una "Dirección General de Salud Mental", a una simple "Dirección Adjunta de Salud Mental", adscribiendo a la misma bajo la órbita de una "Dirección de Redes y Programas". Este acto que a simple vista puede considerarse como algo meramente burocrático, significó dar por tierra (después de mucho bregar para conseguirlo tal como lo establece la ley), que la autoridad de aplicación posea la atribución y capacidad de "bajar" políticas concretas a todos los efectores y dispositivos del sistema, además de poder intervenir en la elaboración y elevación del presupuesto del área.

Este verdadero retroceso, reubicó a la Salud Mental del **sistema público estatal** (como hace dos décadas atrás), subordinándola a una instancia de menor cuantía, como resulta ser estratégicamente, el manejo de redes y programas. Esta acción, evidentemente apuntó a despojar a Salud Mental, de su necesaria **especificidad**, única forma de no quedar subsumida bajo un exclusivo criterio médico. Pese a interponerse reclamos desde el CoGeSam, por dicha acción inconsulta y transgresora de la ley de salud mental vigente, no hubo respuesta alguna de parte de los funcionarios.

Con posterioridad, y en el marco de la inauguración del período de Sesiones Ordinarias de la Legislatura de la Ciudad de Bs. As., el 1° de marzo último, el Jefe de Gobierno, Ing. Macri, en su discurso, hizo una llamativa e inesperada mención sobre el tema específico, al expresar: "En Salud Mental vamos a proponer una fuerte reforma, **alineada con lo que indica la Ley 448** de la Ciudad, que trabaje sobre la prevención integral, la rehabilitación y la reinserción social de los pacientes". Pese a los retrocesos apuntados, resultaba ciertamente promisorio, que la máxima autoridad de gobierno, tomase como referencia de futuras acciones reformistas, a la incumplida Ley de Salud Mental.

Ya en el mes de abril, este "adelanto"

discursivo del Jefe de Gobierno, se precipitó de forma sorpresiva y hermética, a partir de una presentación que se realizó en la Academia Nacional de Medicina, ante un auditorio conformado sólo por miembros de la aludida Academia, y por representantes de la Asociación Médica Argentina, la Asociación de Médicos Municipales, la Federación Médica Gremial (Femeca) y la OPS. Dicha presentación titulada como **"Plan de Reforma del Modelo de Atención de Salud Mental"**, se concretó mediante un "power point", sin establecer fundamentos teóricos, técnicos y científicos, ni tampoco una autoría intelectual. Este acto resultó una verdadera afrenta, considerando la forma utilizada, los actores convocados (evidente discriminación hacia otras disciplinas de salud mental), y la falta de información sobre lo anunciado.

EL AVANCE AUTORITARIO Y MERCANTILISTA DE LA GESTIÓN DE GOBIERNO MACRISTA, AVASALLANDO LEYES Y CONSENSOS DEMOCRÁTICOS, NO PUEDE SER POSIBLE, SINO SE CUENTA CON LA COMPLICIDAD (POR ACCIÓN U OMISIÓN) DE SECTORES CORPORATIVOS GREMIALES Y PROFESIONALES DE LA SALUD.

Posteriormente se agregó, mediante declaraciones públicas de los funcionarios, un dato impactante por sus connotaciones. El desarrollo de dicho "Plan", implicaba el **cierre de los hospitales Borda y Moyano**.

Independientemente de las reacciones que dichos anuncios generaron en los diversos sectores sociales, profesionales y gremiales (algunas de repudio y otras de beneplácito), quedaba ratificado en el marco de dicha acción, la forma netamente autoritaria y transgresora que por sobre la legalidad vigente, se operó desde el gobierno. Este anunciado "Plan", de acuerdo a la normativa vigente (artículos 6° y 7° de la Ley 448), **no contó con la participación, opinión y evaluación del Consejo General de Salud Mental**, en su carácter de instancia asesora de la autoridad de aplicación.

Mientras avanzaba el tiempo, las autoridades decían y se desdecían, respecto del destino que los terrenos y construcciones de los hospitales Borda y Moyano irían a tener. Pero detrás de este "repentino" interés despertado por la Salud Mental de la Ciudad, en realidad se enmascaraban **otros objetivos** que poco tenían que ver con las transformaciones que deben ser llevadas a cabo en el área. Poco después, empieza a tener difusión un **convenio** firmado por el actual Gobierno y la Sociedad Central de Arquitectos, por el cual: "se le encomienda a dicha sociedad, para la organización y realización de un concurso nacional e internacional de ideas para el **"Parque Cívico"** en el espacio hasta ahora ocupado por los Hospitales Borda, Moyano, y el Hogar Rawson, en el barrio de Barracas en el sur de la ciudad". Así se comprende, el destino "pensado"

para estas 37 hectáreas (que no pueden disponerse libremente, por ser parte de una donación), incluyéndolas en el proyecto de trasladar a dichos predios, las principales áreas del Gobierno de la Ciudad.

Esto tiene como corolario, la necesidad de borrar a los **hospitales neuropsiquiátricos** de dicha zona, por cuanto la zona sur y en especial el barrio de Barracas, son la mejor (y tal vez única) opción para el desarrollo de un fabuloso negocio urbanístico. Este proyecto tiene continuidad geográfica con otro negocio ya consumado, el de Puerto Madero y se suma al futuro "Polo Tecnológico" de Parque de los Patricios. Por ello, también se generó una ardua disputa con el Gobierno Nacional, por la mentada "traza" de las nuevas líneas o extensiones de los subterráneos. En definitiva, la "desaparición" de dichos asilos, implica una necesidad para la revalorización de las tierras aledañas, valorización que a su vez, va a ser retroalimentada por el traslado a la zona, de la sede del gobierno local.

Como respuesta a estos anuncios, el 19 de junio pasado y en el marco de un plenario general, el **Consejo General de Salud Mental** elaboró y presentó un **documento** dirigido a las autoridades, en el cual se abordan dos planos bien diferenciados: por un lado se hace una crítica enmarcada a la metodología utilizada y los contenidos referidos al "nuevo" Plan de Salud Mental. Por otro, y en una clara actitud constructiva, se puntualizó un conjunto de propuestas concretas que resultan imprescindibles para el proceso de transformación, siendo solidarias con los lineamientos establecidos por la legislación. Este documento resultó **avalado** por toda la diversidad representativa del Consejo, incluidas asociaciones profesionales médicas-psiquiátricas, habitualmente opositoras a los contenidos de la ley 448. Cabe consignar que el documento fue firmado también por la actual Directora Adjunta de Salud Mental, la Dra. Lucía Quiroga, funcionaria del actual gobierno.

Este exhorto a las autoridades, implícito en el documento aludido, apuntando a una revisión de las medidas anunciadas, tuvo a las 48 horas una respuesta contundente. La aparición en los principales medios gráficos, de la publicidad con el llamado a **licitación** para **"Proyecto y precio para la construcción de nuevos recursos físicos para la atención de la salud mental"**. Contemplando este proyecto: **7 Centros de Internación de Adultos (50 camas cada uno); 1 Centro de Evaluación y Derivación y 4 Hospitales de Día**. Todo por la módica suma de **157 millones de pesos**.

Esta era la clara ratificación y consolidación, del camino trazado por el actual gobierno, para una política que **contrae la ley y los criterios establecidos para la transformación del actual modelo de atención**. Así mismo, implicó el total desprecio y desconsideración a las representaciones que participan democráticamente en el seno del Consejo General de Salud Mental. En este otro nuevo gesto, solapado y de clara raigambre **autoritaria**, reniega de la opinión de legítimos actores de la Salud Mental: trabajadores, profesionales, pacientes, usuarios, familiares y la comunidad, que son parte imprescindible de toda transformación.

Pero el mayor daño que importa respecto de estas decisiones del actual gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, es que replicará ineludiblemente en el modelo de atención que se intenta plasmar y

sus consecuencias para el conjunto de la población que requiera ser asistida.

Para sintetizar, respecto de este nuevo "Plan de Salud Mental" que se intenta instrumentar desde el gobierno del Ing. Macri, destacar algunas consideraciones y perspectivas:

1-Este **no es un Plan de Salud Mental** y mucho menos interesa al gobierno, la salud mental en su conjunto. Es un avance sobre algunos efectores (Borda, Moyano y otros), que bajo el manto de una seudotransformación se requiere disponer de ellos, para proyectar un fabuloso **negocio inmobiliario urbano**. Debe quedar claro que una cosa es transformar los manicomios, y otra es aprovechar este argumento, para instrumentar negocios multimillonarios.

2-Es el avance autoritario e impune, en pos de generar un "**vaciamiento**" de los bienes públicos estatales, traspasando recursos de la Ciudad al subsector privado. Por ejemplo, la falta de provisión de insumos hospitalarios en general que ya está siendo denunciada, y en particular en Salud Mental, el desfinanciamiento de los efectores existentes y la no creación de los dispositivos que son imprescindibles para llevar adelante la transformación establecida por la Constitución de la Ciudad (**desinstitucionalización progresiva**), preanuncian también una delegación de la atención, orientada hacia el sector de atención privada. Esto ya está ocurriendo en el área de Desarrollo Social.

3-Observar que este decidido **avance autoritario y mercantilista** de la gestión de gobierno macrista, avasallando leyes y consensos democráticos, no puede ser posible, sino se cuenta con la complicidad (por acción u omisión) de sectores corporativos gremiales y profesionales de la salud, que sospechosamente hoy se encuentran en el mayor de los silencios, ante medidas como los son el cierre de los hospitales Borda, Moyano y otros.

4-El cierre de dichos hospitales, haciendo una perversa utilización del repudio que las instituciones manicomiales convocan, encubren otros intereses que nada tienen que ver con la transformación de las instituciones y la puesta en marcha de lo nunca instrumentado, esto es el conjunto de dispositivos sustitutivos a la lógica manicomial (*camas de internación en hospitales generales-guardias interdisciplinarias de SM-recursos humanos para los hospitales de día ya existentes (12)-casas de medio camino-residencias protegidas-hostales-emprendimientos sociales y otros*). Pregunto: ¿Qué destino tendrán los más de 1500 pacientes que no están comprendidos en el proyecto licitado?

5-Construir nuevos Centros de Internación con dispositivos de control como circuitos cerrados de televisión y vidrios blindados, son también **lógicas manicomiales**. A su vez, centralizar la atención en un Centro de Evaluación y Derivación, se contradice con un criterio de Atención Primaria de la salud, que debe privilegiar el trabajo en Red, y que la entrada al sistema, pueda darse en los efectores más próximos al lugar de residencia de la persona que se asiste. También debe evaluarse que con esa centralización, se apuntala un criterio claramente **segregacionista y discriminatorio**, puesto que se pierde la posibilidad de establecer en el sistema de atención, la visión de que los padecimientos mentales, deben ser atendidos en cualquier efector del sistema, al igual que se lo tramita con un padecimiento orgánico.

6-Concomitantemente, lo que está en

juego con este proyecto de reforma inconsulto e ilegal, es sobre qué **paradigma de Salud Mental** deben enmarcarse las transformaciones. Junto a las acciones emprendidas, las declaraciones de los funcionarios y tal como se desprende de los fundamentos implícitos en los pliegos de las licitaciones, queda expuesto un **no respeto por lo interdisciplinario, lo comunitario y la participación**, instancias que son fundamento de una concepción democrática y pluralista de la Salud Mental. La forma autoritaria de imponer este proyecto, parte de una asociación de criterios y actores. Por un lado el de una visión unívoca, que considera a la Salud Mental, como una especialidad más de la Medicina (sustentada por el actual ministro de Salud, Dr. Jorge Lemus), y que resulta funcional, a sectores corporativos que apuntalan el establecimiento de una **hegemonía médica y una psiquiatrización de la Salud Mental**, siendo en parte fuertemente incentivados por la industria farmacéutica. También debe considerarse cuales son los motivos que operan para que el gobierno de la Ciudad, no ejerza sus atribuciones legales para la **habilitación y control** de los establecimientos y servicios de salud y salud mental, y la evaluación de la calidad de las prestaciones del **subsector privado**. Existen en la Ciudad, sólo 70 efectores del sector público estatal, mientras que el privado, que está conformado por más de 1.600 instituciones, no se les practica ningún tipo de control.

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires, plasmó en su Constitución y en un conjunto de leyes, una **jerarquización y especificidad de la Salud Mental** que fue producto de intenso debate y participación. Estos aspectos (participación y debate) fueron en parte, como consecuencia de un marco histórico social transitado, como fueron las avasallantes y brutales consecuencias que dejaron las **políticas neoliberales** implementadas durante la década de los '80 y '90, bajo sutiles formas de autoritarismo y corrupción.

Con estas leyes, se lograron algunos avances, pero **la transformación de fondo sigue aún pendiente**. Esa es la lucha, lograr que se cumpla la legislación, como en el caso de la Ley 448 de Salud Mental, y poder avanzar en el establecimiento de un **sistema de atención digno**, tanto para las personas que demandan atención, como para los trabajadores y profesionales que intervienen en las diferentes instancias.

Hoy el problema no reside en el incumplimiento de las leyes que están vigentes, como ha ocurrido por la inacción de los gobiernos anteriores. Hoy la situación se torna mucho más grave, teniendo en cuenta las decisiones y acciones emprendidas por el actual gobierno de la Ciudad de Bs. As., que encabezado por el Ing. Macri, **transgreden la ley**, con una **metodología y práctica autoritaria**, que pareciera no tener freno ni oposición.

Por ello, cabe preguntarse: ¿acaso no estaremos asistiendo a un verdadero resurgimiento de las políticas neoliberales, siendo la Ciudad, su nuevo coto de caza...? Ante este interrogante, surge un desafío: el de generar la conciencia necesaria, para producir **colectivamente** las acciones que eviten, lo que se vislumbra como una nueva destrucción del sistema público estatal de salud y salud mental.

Nota

1. Pueden consultarse los distintos textos y documentos en www.topia.com.ar

HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS "DR. RICARDO GUTIERREZ"

3^{as} JORNADAS DE LA UNIDAD DE SALUD MENTAL
"LA CLINICA DESDE EL HOSPITAL DE NIÑOS: ENTRE
LA CREATIVIDAD Y LO POSIBLE"

BUENOS AIRES. 28 Y 29 DE NOVIEMBRE DE 2008
LLAMADO A PRESENTACIÓN DE TRABAJOS

Resúmenes: se recibirán hasta el 31 de Agosto de 2008
por correo electrónico.

Organiza: Unidad de Salud Mental, Hospital de Niños
"Dr. Ricardo Gutiérrez"

Sánchez de Bustamante 1399

Para mayor información contactarse a:
jornadagutierrezsaludmental@gmail.com
Teléfono: 4966-1666

I Jornadas Internacionales de investigación y debate político
"Proletarios del mundo, uníos"

La crisis y la revolución en el mundo actual.
Análisis y perspectivas

Buenos Aires, del 30/10 al 1/11 de 2008
Facultad de Filosofía y Letras, UBA

Se entregarán certificados oficiales

[http://www.ceics.org.ar/jornadas/
jornadas@razonyrevolucion.org](http://www.ceics.org.ar/jornadas/jornadas@razonyrevolucion.org)

Subjetividad y Cultura

Nº 26, OCTUBRE 2007

Karl Marx, Sigmund Freud, Joshua Schlomo, ¿Correspondencia Marx-Freud?

Enrique Guinsberg, Permanencias y cambios en la publicidad de nuestro tiempo.

Y OTROS

[www.plazayvaldes.com/syc1/
e_guinsberg@yahoo.com.mx](http://www.plazayvaldes.com/syc1/e_guinsberg@yahoo.com.mx)
pmatrajt@yahoo.com.mx

TOPIA REVISTA

NUEVAMENTE
EN URUGUAY

Distribución y Venta
F. LEVY LIBROS

099 - 661154

flevy@adinet.com.uy

Révue

la revista
de lo corporal

Publicación bimestral en venta en los
principales quioscos de capital e interior y
en instituciones especializadas

Un espacio de encuentro
para diferentes miradas sobre

salud
& arte
educación



Redacción y publicidad 4981-2900
L. Marechal 830 - 11° A (1405) Cap. Fed.

Revistas y Libros recibidos

Revistas

Puentes. Comisión Provincial por la Memoria.
Año 8, N° 23, abril 2008
Presidentes: Adolfo Pérez Esquivel y Hugo O. Castañón
puentescpm@epeedy.com.ar
www.comisionporlamemoria.org

Balletin Dance. La revista de la danza
Año 15, N° 166, junio 2008
Editora Agustina Llumá
info@balletindance.com.ar
www.balletindance.com.ar

Ecrits. Revista D'Informació Debat. 2ª época
N° 24, Hivern 2008, Barcelona
escrits@cedesc.com
www.cedesc.com

La Yema del Cráneo y el Ojo
Año 9, N° 16, 2ª época
Director: Roberto Goijman
http://layemadelcraneo.blogspot.com

Conjetural. Revista de psicoanálisis
N° 47, setiembre de 2007
Dirección Jorge Jinkis y Luis Guzmán
conjetural@fibertel.com.ar

Punto de Vista. Revista de Cultura
N° 89, diciembre de 2007
N° 90, abril de 2008
Último número de la publicación
Directora Beatriz Sarlo

Anuario CEICS 2007. Centro de Estudios e Investigaciones en Ciencias Sociales.
Año 1, N° 1
Director: Eduardo Sartelli
marnakabat@yahoo.com.ar
www.ceics.org.ar

La Biblioteca. Revista Fundada por Paul Groussac. Publicación de la Biblioteca Nacional de la República Argentina. N° 6, primavera 2007. Lectura y Tecnología.
Director de la Biblioteca Nacional: Horacio González
revistalabiblioteca@yahoo.com.ar
www.bibnal.edu.ar

Estudios Interdisciplinarios de América Latina y el Caribe (EIAL). Revista de la Escuela de Historia de la Universidad de Tel Aviv, Ramat Aviv, Volumen 19, N° 1, enero-junio 2008.
Editor: Raanan Rein
e-mail: raanan@post.tau.ac.il
www.tau.ac.il/eial/

Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría. Volumen XVIII, N° 76, noviembre-diciembre de 2007: Instituciones en Psicogeriatría. N° 77, enero-febrero 2008: Actualizaciones en adicciones. N° 78, marzo-abril 2008: Conciencia y Cerebro.
Director: Juan Carlos Stagnaro
e-mail: editorial@polemos.com.ar
Web: www.editorialpolemos.com.ar

Libros

Pedagogía de la esperanza
Un reencuentro con la pedagogía del oprimido
Paulo Freire
Siglo Veintiuno Editores, 271 páginas

Pedagogía del oprimido
Paulo Freire
Siglo Veintiuno Editores, 228 páginas

Vigías de la noche
María Pugliese
Poesía
Ediciones Último Reino, 88 páginas

De un Otro al otro
El seminario
Jacques Lacan
Editorial Paidós, 393 páginas

El oficio de Sociólogo
Presupuestos epistemológicos
Pierre Bourdieu
Jean-Claude Chamboredon
Jean-Claude Passeron
Siglo Veintiuno Editores, 421 páginas

Ciudadanía y Desarrollo Humano
Cuadernos de Gobernabilidad Democrática
Fernando Calderón Coordinador
Siglo Veintiuno Editores, 342 páginas

El Partenaire-Síntoma
Los cursos Psicoanalíticos de Jacques-Alain Miller
Editorial Paidós, 500 páginas

La selva académica.
Los silenciados laberintos de los intelectuales en la Universidad.
Roberto A. Follari
Ediciones Homo Sapiens, 109 páginas

Belleza en la Barricada
Antología poética 1971-2007
Vicente Zito Lema
Ediciones RyR, 220 páginas

Sobre algunos poemas de este libro Julio Cortázar escribe: "El autor de estos poemas escribe como el viento cuando envuelve en sus manos todas las espigas del trigo, todos los gritos de una tierra quemada por la infamia. Ese hombre es una voz llena de voces, una sangre que jamás llegará a secarse, que corre en las palabras; que viene desde tantas noches abominables de alaridos, de tantos golpes en las puertas de aquellos que habrían de hundirse en la insoprottable nada de los desaparecidos".

El Sentido de la Vida
Terry Eagleton
Editorial Paidós,
229 páginas

El autor es un prestigioso intelectual inglés que repasa la pregunta por el sentido de la vida desde Shakespeare, Schopenhauer hasta Marx, Sartre y Beckett. Eagleton pone de manifiesto hasta qué punto esta pregunta se ha vuelto especialmente problemática en la actualidad. Es que en lugar de confesar que la desorientación impregna nuestras vidas, nos refugiamos en actividades disparatadas: desde el deporte como religión atea pasando por el sexo hasta las religiones New Age.

Cantos y exploraciones
Caminos de Teatro-Danza
Susana Zimmermann
Bolletín Dance
Ediciones, 238 páginas

Este libro es una autobiografía de la bailarina, pedagoga y coreógrafa Susana Zimmermann, que recorre el rico horizonte del género del Teatro-Danza en la Argentina. La autora, un referente fundamental en la historia de la danza de nuestro país, repasa su trayectoria desde las raíces expresionistas hasta el desarrollo de su método personalísimo donde confluyen ricas corrientes del arte del movimiento. El texto rescata medio siglo de historia, desarrollo y evolución de la danza contemporánea.

Cómo Leer a Lacan
Slavoj Zizek
Editorial Paidós,
138 páginas



El autor nos acerca los textos de Lacan a través de una actualización de sus conceptos en manifestaciones políticas, literarias y culturales. Así, las nociones propias del psicoanalista francés se iluminan en las relaciones que Zizek trata. Estas van desde la película Casablanca y el fundamentalismo islámico hasta el belicismo norteamericano.

Cavernas y Palacios
En busca de la conciencia en el cerebro
Diego Golombek
Siglo Veintiuno
Editores, 214 páginas



En este libro se trata de conocer la conciencia. Tanto sus zonas en la que podemos comprender de qué se trata como en aquellas que el cerebro se resiste a mostrarnos. Luego de un paseo histórico por las ideas del cerebro y la conciencia el autor entra de lleno en el sistema nervioso para llegar a los caprichos de la memoria a través de las puertas de la percepción. En nuestra edición de Topía en Internet se podrá encontrar una extensa entrevista que le realizamos.

Mi cuerpo y sus imágenes
J.-D. Nasio
Editorial Paidós,
176 páginas



Pocos conceptos resultan tan centrales en el psicoanálisis como el cuerpo y las imágenes que nos forjamos de él. En la medida que sentimos pero también que vemos nuestro cuerpo, la cuestión de la imagen presenta cierta complejidad. Para profundizar en esta perspectiva el autor analiza el pensamiento de Françoise Dolto y Jacques Lacan.

El judío del Saber
Jean-Claude Miller
Editorial Manantial,
159 páginas



Durante mucho tiempo se pensó que existía una relación privilegiada entre el nombre judío y el saber. La forma moderna de esta creencia apareció en el mundo de lengua alemana en el siglo XIX y persistió hasta mediados del siglo XX. Durante este período nace la figura

del judío del saber, que despierta la admiración y luego el odio, hasta estrellarse contra lo real del exterminio. Lo que surgió gracias al judío del saber, lo que surge y surgirá es, todavía y siempre, el encuentro, incansablemente reiniciado y fallido, del nombre judío y Europa.

Fin del Dogma
Paterno
Michel Tort
Editorial Paidós,
547 páginas



Es un lugar común hablar sobre la falla de la función paterna en la actualidad. El Padre es una construcción histórica, solidaria de las formas tradicionales del dominio masculino, que asegura a los padres el monopolio de la función simbólica. Esta figura patriarcal es la que está en crisis desde principios de la modernidad. Pero el fin de un Padre, el del patriarcado, no es el fin del mundo. Sin embargo implica un cambio de perspectiva que Michel Tort lleva adelante a partir de un examen crítico de las construcciones realizadas por Freud y Lacan.

La Agonía de la cultura burguesa
Christopher Caudwell
Ediciones RyR,
429 páginas



Caudwell fue un marxista inglés que murió antes de que cumpliera treinta años luchando en la guerra Civil Española. La importancia de su obra sigue teniendo una gran actualidad. En ella nos podemos dar cuenta que el capitalismo nos limita en las relaciones afectivas, desde el amor de pareja hasta la amistad. Sus escritos recorren temas como: la utopía, el heroísmo, la moral, la psicología, la ilusión, la estética, la religión, la filosofía y la historia burguesa.

El sentido Práctico
Pierre Bourdieu
Siglo Veintiuno
Editores, 453 páginas



Este libro se propone como una reflexión necesaria y a la vez polémica sobre las leyes que regulan el conocimiento teórico y sobre el rol de los intelectuales. Resultado de una investigación de varios años se fundamenta que los intelectuales forman parte de la realidad social de la misma manera que los objetos que describen. Por ello sostiene que una investigación en ciencias sociales que pretenda ser rigurosa debe comenzar por el único estudio que ha sido cuidadosamente evitado: la sociología de los intelectuales.

Para vos que no querés ser profesional...
pero sí querés agasajar a tu familia y amigos...

Clases de Cocina a domicilio

Teóricas y prácticas

Comunicate al 15-5012-6419

Gabriel Hazaki
Chef



El 30 de mayo falleció Fernando Ulloa. Para quienes hacemos **Topía** implica la pérdida de, no sólo un miembro del Consejo Asesor de nuestra revista, sino de un maestro.

Fernando era médico y psicoanalista. Se había formado en la Asociación Psicoanalítica Argentina y fue uno de los discípulos más importantes de Enrique Pichon Rivière. A su lado participó en 1958, como coordinador de grupos, en la "Experiencia Rosario". A partir de entonces trabajó como psicoanalista en abordajes grupales e institucionales, con las "numerosidades sociales", tal como las definió *a posteriori*. Se convirtió en uno de los más importantes continuadores de Enrique Pichon Rivière con desarrollos propios dentro del psicoanálisis y lo institucional. Veamos algunos mojones de su trayectoria.

A mediados de la década del 60 fundó el CEPI (Centro Experimental de Psicología Institucional) en la carrera de Psicología de la UBA. Luego de "la noche

de los bastones largos" el equipo prosiguió su trabajo fuera de la universidad. Al tiempo el equipo se disolvió, pero a lo largo de su trayectoria Ulloa trabajó con distintos grupos de intervención institucional en diferentes ámbitos del campo público, especialmente en Salud y en Educación.

A principios de los 70, Fernando Ulloa era director del Centro Racker de la APA, que se ocupaba de la extensión del psicoanálisis a la sociedad. Entre sus actividades organizaba la capacitación de residentes de Salud Mental de Buenos Aires, a pedido de Mauricio Goldenberg, que era Director de Salud Mental de la ciudad. En 1971, se produjo la cesantía de un residente por motivos políticos. En ese momento el país estaba bajo la dictadura de Levingston. Entonces Ulloa decidió personalmente seguir brindando formación para ese residente. La APA no apoyó esa decisión. Esto llevó a la circulación de diferentes "documentos" entre la Comisión

Directiva y Ulloa, que dieron lugar a la conformación del grupo *Documento*. Este grupo criticaba tanto la organización verticalista como las políticas de la institución. El grupo renunció a la APA en noviembre de ese mismo año. En 1972 Ulloa se convirtió en Presidente de la Federación Argentina de Psiquiatras (regional Capital). En ese momento el grupo *Documento* promovió la conformación del Centro de Docencia e Investigación (CDI) dentro de la Coordinadora de Trabajadores de Salud Mental, un dispositivo innovador para la capacitación de los Trabajadores de Salud Mental. Desde entonces comenzó su trabajo en Derechos Humanos, debido a consultas para realizar peritajes a personas en prisión o torturadas. Su compromiso social y político hizo que tuviera que exiliarse un tiempo en Bahía (Brasil) durante la última dictadura militar. Al regresar trabajó con el Movimiento Solidario de Salud Mental y con Abuelas de Plaza de Mayo.

A lo largo de toda su vida Ulloa realizó las más variadas tareas docentes. Desde los inicios de la carrera de Psicología en la UBA hasta la creación de dispositivos originales como la "Asamblea Clínica" en la cátedra de Clínica de Adultos en la carrera de Psicología de la UBA durante la década del 70. Su actividad docente nunca se detuvo. Tampoco su producción teórica, que se encuentra a lo largo de muchos trabajos y entrevistas. Se pueden mencionar algunos como "Psicología de las instituciones: una aproximación psicoanalítica" (1969, publicado en la Revista de la APA), "Extrapolación del encuadre analítico en el nivel institucional: su utilización ideológica y su ideologización", incluido en *Cuestionamos* (1971). Su obra fundamental es su libro *Novela Clínica Psicoanalítica*

ca. Historial de una práctica (1995). Allí condensó su recorrido como psicoanalista trabajando en la clínica y con "numerosidades sociales" y sus conceptualizaciones, como el Síndrome de Violencia Institucional, la cultura de la mortificación, la encerrona trágica y los parámetros del encuadre clínico.

La impronta de Fernando Ulloa ha marcado a quienes hacemos la revista **Topía**. No es una casualidad que en el primero y en el último número de nuestra revista aparezca un reportaje a Fernando. En ese primer número publicado en 1991 se refería al nombre de la revista: *Topía se acerca bastante a un concepto que utilizo en mi práctica institucional como psicoanalista. En cierta forma, es una redefinición "moderna" de la Utopía. Porque la utopía redefinida así, modernamente, no es un no lugar, sino que es lo contrario de la renegación. La renegación es negar una realidad social en la que se está inmerso, o negar las características de esta realidad social, y negar que se niega. Esto tiene un ejemplo exaltado y paradigmático en toda la época de la represión integral donde precisamente, lo que se buscaba era que la gente negara las situaciones siniestras que estaban aconteciendo... Esta definición moderna de utopía, no solamente tiene la fuerza clásica de la utopía, de proponerse una instancia distinta, sino que es en función de una cosa muy tópica: negarse a aceptar aquellas cosas que niegan la realidad.*

Fernando Ulloa nos abrió los senderos para un psicoanálisis por fuera de las instituciones y comprometido con las transformaciones sociales. Extrañaremos su calidez, su lucidez y su entrega. El dolor de su pérdida nos impulsa aún más a continuar nuestro camino. Ese es el genuino homenaje a los maestros.

Armando Bauleo

El 19 de abril falleció Armando Bauleo en la ciudad de Buenos Aires.

Bauleo fue un psicoanalista que transitó varios caminos. Luego de recibirse de médico, se formó como psiquiatra en la primera Residencia de psiquiatría que hacia fines de los 50 comenzó en el actual Hospital "Borda". Fue parte de la segunda generación de discípulos de Enrique Pichon Rivière, incluyéndose en la Escuela de Psiquiatría Social y luego en la Escuela de Psicología Social. A partir de esa marca se convirtió en un psicoanalista grupal de cuerpo y alma. El trabajo con grupos fue su gran pasión a lo largo de su vida. Realizó su capacitación en la Asociación Psicoanalítica Argentina. Sus posiciones políticas de izquierda lo llevaron a acompañar a José Bleger en los encuentros con

los psiquiatras reflexólogos del Partido Comunista para discutir la cuestión del psicoanálisis y marxismo.

Bauleo fue -junto con Hernán Kesselman- parte de los miembros fundadores de *Plataforma* Internacional en el Congreso de Psicoanálisis de Roma, en 1969. Al volver promovieron la constitución de *Plataforma* en la Argentina. A fines de 1971, junto con el grupo *Documento* renunciaron a la APA por motivos ideológicos y abrieron el camino a la posibilidad de ser psicoanalista por fuera de la APA. Entonces Bauleo ya había publicado su primer libro *Ideología, grupo y familia* (1970) y colaboró activamente en los dos tomos de *Cuestionamos*. En el primero con su texto "Marxismo y Psicoanálisis", mientras que en el segundo no sólo explicaba la disolución

de *Plataforma*, sino que también, junto con Mimi Langer, fue autor de la denuncia de la existencia de un psicoanalista que formaba parte de los equipos de tortura en Brasil. A la vez enviaron dicha denuncia a diversos organismos internacionales. Fue el inicio de lo que hoy se conoce como "el caso Lobo". En esos tiempos también Bauleo se desempeñaba como psicoanalista de grupos en diversas instituciones. Su compilación *Los síntomas de la salud. Psiquiatría social y psicohigiene* (1974) muestra su perspectiva en dicha época.

Pero ese mismo año fue uno de los primeros que tuvo que exiliarse, junto a Marie Langer, debido a las amenazas de la Triple A. Primero fue a México, luego a España y finalmente se instaló en Italia. Allí fue director científico del *Istitu-*

to di Psicologia Sociale Analitica de Venecia, consultor y Supervisor de Salud Mental. También trabó relación con Franco Basaglia. Desde entonces fue publicando textos sobre grupos entre los que se cuentan libros tales como *Contrainstitución y grupo* (1977); *Notas de psiquiatría y psicología social* (1988), *Clínica grupal y clínica institucional* (1990, en coautoría con Marta de Brasi), y *Psicoanálisis y grupalidad* (1997). Vivía en los últimos años entre Italia y la Argentina, colaborando en diferentes intentos de transformación en el campo de la Salud Mental.

Una gran tristeza para quienes hacemos una revista que sigue los caminos de un psicoanálisis comprometido socialmente y no institucionalizado.

TOPIA EN INTERNET
Para recibir información sobre las actividades de Topía suscríbese al Boletín en

www.topia.com.ar

1er. CONGRESO NACIONAL DE PSICOSOCIOLOGÍA INSTITUCIONAL La intervención, la investigación y la formación

Panelistas invitados:

María José Acevedo, Ana de Anquin, Ana María Araujo, Sergio Carabajal, Ana Correa, Ana María Corti, Carlos H. Díaz, Lilia M. Fernández, Graciela L. Fernández, Juan José Invernizzi Di Sistianni, Lucía Goray, Alfredo Grande, Gregorio Kaminsky, Ernestina Leone, Jean-François Marchat, Jean-Luc Prades, Virginia Schejter, Merna Souto, Cristian Varela, Juan Carlos Wolnowich.



Universidad Nacional de San Luis, Avda. 14 de Agosto 1400, Ejido de los Andes 550
14. 15 y 16 de Agosto del 2009
Descripción: Fundación Universitaria Nacional de San Luis. Tel: (02662) 427713
Fonduer: cfove@funduener.com.ar, cfove@funden.com.ar

Des-Haciendo Buenos Aires

Ante el agravamiento del estado de crisis en que se encuentran los hospitales públicos por falta de **insumos** (medicamentos, aparatos viejos y rotos que no se reponen, reactivos para laboratorio, etc.), falta de **recursos humanos** (no se efectivizan nombramientos que fueron concursados hace varios años y no se abren nuevos concursos para reemplazar a quienes se jubilan), **salarios** bajos (una enfermera gana \$ 1.200 mensuales), **problemas edilicios e intentos de privatización** de sectores claves como facturación y toda el área administrativa, y ante la falta de respuesta a nuestros reclamos por parte del gobierno de Macri, Michetti y Lemus que no nos reciben en ninguna instancia, a pesar de nuestros reiterados intentos de ser escuchados, las Asociaciones de Profesionales de los hospitales Gutiérrez, Fernández y Alvarez, junto a trabajadores de la salud de varios hospitales y centros de salud -Agrupación 4 de Mayo de Talleres Protegidos, Frente de Recuperación Gremial en la Asociación de médicos Municipales, Agrupación D. Marull de la Maternidad Sardá, Autoconvocados Hospital Ramos Mejía y Autoconvocados Hospital Ricardo Gutiérrez-, realizamos una **conferencia de prensa** para difundir el estado de crisis y la necesidad de una respuesta inmediata que ponga fin a esta problemática.

La Asociación de Profesionales del Gutiérrez presentó también un informe a la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires y a la Asesoría Tutelar de Menores para solicitar que intervengan ante tan preocupante situación. A continuación ofrecemos un resumen del informe sobre el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.

Resumen del informe presentado a la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires y a la Asesoría tutelar de menores

En el presente informe resumimos las necesidades más urgentes que requieren una rápida respuesta. En cuanto a las situaciones de urgencia detallamos:

1-Enfermería: La dotación actual de enfermería es de 392. Con un promedio de edad de 48 años. Se requieren 150 enfermeras en forma inmediata y la dotación total debería ser de 785.

2-Terapia intensiva: Según la Resolución ministerial 1331/1 del Ministerio de Salud de la Nación, el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez debería tener entre 30 y 60 camas de UTI. Pero dicha Unidad de cuidados intensivos (UCI) cuenta con 16 camas y 8 camas más, instaladas en la Unidad de cuidados

postquirúrgicos. Para el total de camas, debería haber un mínimo de 21 médicos de guardia y sólo hay 14 médicos. También debería haber 1 enfermero/a cada 1 a 2 camas, o sea 8 enfermeros por turno sólo en UTI. En esa sala se cuenta con 5 a 6 enfermeros por turno en los días hábiles y durante los fines de semana y feriados es frecuente hallar turnos de 2 a 4 enfermeros. Toda esta situación, informada a las autoridades hospitalarias en numerosas oportunidades, pone en mayor riesgo la vida de niños que ya ingresan en estado crítico. La UCI del HNRG es prácticamente la única terapia pediátrica pública del GCBA.

3-Quirófanos: Funcionando muy por debajo de sus posibilidades (35% o me-

nos) por obras que no se finalizan. Por ello las cirugías se atrasan.

4-Anestesiastas: El número actual es insuficiente. No hay anestesiastas de fin de semana.

5-Insumos: Desde principio de año se trabaja con stock crítico. El flujo y la disponibilidad de insumos son intermitentes. El banco de drogas para pacientes con enfermedad fibroquística se clausuró.

6-Cargos: Hay más de 30 cargos de profesionales concursados que no se han efectivizado.

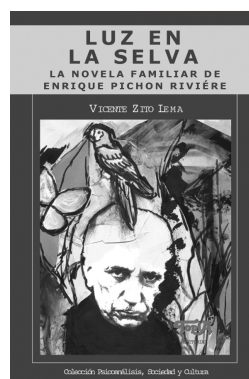
7-Infraestructura: Urge la finalización de los quirófanos, la construcción de una nueva guardia, la compra de un resonador y el recambio de las instalaciones eléctricas que están sobrecargadas.

8-Salarios: Se ha profundizado el retraso salarial. El aumento salarial en cuotas pactado en paritarias para el año 2008 significará un aumento promedio

anualizado del 11 % para el escalafón general y del 14% para los profesionales. El salario de bolsillo de ingreso a la carrera profesional es de \$ 1.973/30 horas semanales. Esto provoca que muchos trabajadores renuncien a sus cargos o no se presenten a los concursos para buscar oportunidades en el sector privado (anestesiastas, terapeutas, enfermeras/os, etc.). Proponemos un ingreso a la carrera profesional de \$ 4.000.

9-Area administrativa: Insuficiente número de administrativos y mal remunerados (\$ 1.100 neto). **Area Recursos Humanos:** actualmente cuenta con 14 personas, pero 2 se hayan con licencia médica y próximamente 5 serán dadas de baja por jubilación. Se hace imposible atender con este personal a un hospital con una dotación de 2.000 personas.

Asociación de Profesionales Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez



LUZ EN LA SELVA LA NOVELA FAMILIAR DE ENRIQUE PICHON RIVIÈRE de VICENTE ZITO LEMA

Esta novela es un original biografía que nos acerca por primera vez a un Pichon Rivière desde adentro. Además incluye una serie de notas luego de cada capítulo con textos, diálogos inéditos con Pichon y relatos de quienes lo conocieron.

Distribuye Catálogos Informes y ventas: Tel. 4802-5434 / 4326-4611editorial@topia.com.ar www.topia.com.ar

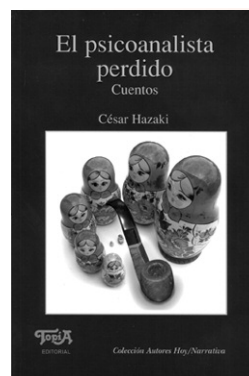
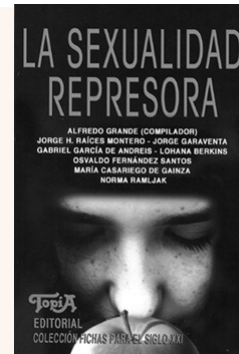
LA SEXUALIDAD REPRESORA Alfredo Grande Compilador



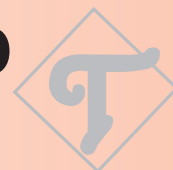
Jorge H. Raíces Montero, Jorge Garaventa, Gabriel García de Andreis, Lohana Berkins, Osvaldo Fernández Santos, María Casariego de Gainza, Norma Ramljak

Los autores transitan diferentes territorios de la sexualidad represora: la censura, el sida, la publicidad, el travestismo, el síndrome de alienación parental y el trabajo social.

Distribuye Catálogos Informes y ventas: Tel. 4802-5434 / 4326-4611editorial@topia.com.ar www.topia.com.ar



EL PSICOANALISTA PERDIDO Cuentos César Hazaki



En el humor y la creatividad que se despliega en este libro pueden observarse los dos oficios de su autor: el de psicoanalista y escritor.

Distribuye Catálogos Informes y ventas: Tel. 4802-5434 / 4326-4611editorial@topia.com.ar www.topia.com.ar

"Las Huellas de la Memoria y los Nuevos Dispositivos Psicoanalíticos"

Docentes: Enrique Carpintero y Alejandro Vainer

Durante las jornadas se trabajará la historia del Psicoanálisis y la Salud Mental en nuestro país, con el objetivo de poder ver continuidades y rupturas con nuestro presente. El abordaje de nuestra historia permitirá la construcción de herramientas clínicas y teóricas que retomen nuestra historia y a la vez puedan dar cuenta de la actualidad de nuestra cultura.

Días: Sábados 23 y 30 de agosto de 2008.

Horarios: 1° módulo: 10 a 12:30 hs.

2° módulo: 14 a 16:30 hs.

Lugar: "Palabras Andantes" Librería (San Jerónimo 2342 - Santa Fe).

Arancel: Asistentes en general: \$60.

Asistentes a otras actividades anteriormente organizadas por el "Movimiento Psicoanálisis 3": \$40.

Informes e Inscripción:

E-mail: movpsi3@yahoo.com.ar

Teléfonos: (0342) 154215362 - (0342)

154302909 - (0342) 154445932

Librería "Palabras Andantes"

San Jerónimo 2342 (Santa Fe).

MOVIMIENTO PSICOANÁLISIS 3

e-mail: movpsi3@yahoo.com.ar

SE ENTREGARÁN CERTIFICADOS DE ASISTENCIA

Próxima

TOPIA Revista

NOVIEMBRE
2008

con
TOPIA
EN LA CLINICA