



clepios

70

CLÍNICA DE
LAS PSICOSIS

REVISTA DE PROFESIONALES EN
FORMACIÓN EN SALUD MENTAL

JULIO / SEPTIEMBRE 2016
Nº 2 - VOLUMEN XXII

ISSN 1666-2776

Coordinadores: Lic. Paula Dombrovsky / Dr. Nicolás Alonso / Lic. Mariano Nespral

Comité de redacción: Lic. Martín Belingheri / Lic. Lucila Carbón / Lic. Giannina Castiglioni / Dr. Pablo Díaz / Lic. Gabriela Greggio / Renata Gómez Passalacqua / Dra. Mariana Pedró Siegert / Lic. Rafael Pozo Gowland / Lic. Antonella Rossetti / Lic. Cecilia Scarnichia / Lic. Malena Kiss Rouan / Dr. Franco Magrini

Comité asesor: Lic. Martín Agrest / Lic. Michelle Elgier / Lic. María Juliana Espert / Dr. Javier Fabrissin / Dra. Valeria Fernández / Dr. Federico Kaski Fullone / Lic. Luciana Grande / Dr. Martín Nemirovsky / Lic. Laura Ormando / Dr. Javier Rodríguez / Lic. Cecilia Taboada / Lic. Bárbara Schönfeld / Lic. Maia Nahmod / Lic. Yesica Embiil

Diseño editorial: Estudio Thisign

Colaboradores de este número: Dr. Fernando Hunter

Sitio web: Dr. Guilad Gonen / DG Cecilia Álvaro

Colaboradores fotográficos de este número: Cecilia Alfaro / Juan Alric /

Evangelina Copello / Malena Kiss / Maia Nahmod / Gerardo Roberto. Foto de tapa: Juan Arlic

Reg. Nacional de la Prop. Intelectual No 1603324 - ISSN No 1666-2776 - Hecho el depósito que marca la ley. Clepios, Vol. XXII - Nro. 2 - Julio / Septiembre 2016. Todos los derechos reservados. © Copyright by POLEMOS S.A. "Clepios, revista de profesionales en formación en salud mental" es una publicación de Polemos, Sociedad Anónima. Informes y correspondencia: Clepios, Moreno 1785 5º piso (1093) Buenos Aires. Tel/Fax 4.383-5291. clepios@gmail.com / www.clepios.com.ar

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

Impreso en: **Cosmos Print SRL** Edmundo Fernández 155, Avellaneda

Comité de lectura

Lic. Roxana Amendolaro
Dr. Nicolás Braguinsky
Dr. Norberto Conti
Dr. Norma Derito
Lic. Patricia Dolan
Dr. Daniel Ferioli Sevagopian
Lic. Élica Fernández
Dr. Pablo Gagliesi
Dr. Emiliano Galende
Dr. Miguel Ángel García Coto
Dr. Norberto Garrote
Dr. Aníbal Goldchluk

Dr. Gustavo Finvarb
Lic. Haydée Heinrich
Dra. Gabriela Jufe
Lic. Eduardo Keegan
Dr. David Laznik
Dr. Santiago Levín
Lic. Marita Manzotti
Dr. Miguel Márquez
Dr. Daniel Matusevich
Lic. Daniel Millas
Dr. Alberto Monchablon Espinoza
Lic. Eduardo Müller
Dra. Mónica Oliver

Dr. David Pattin
Lic. María Bernarda Pérez
Lic. Fernando Ramírez
Lic. Miguel Santarelli
Dr. Juan Carlos Stagnaro
Lic. Alicia Stolkiner
Dr. Esteban Toro Martínez
Dr. Fabián Triskier
Lic. Alejandro Vainer
Lic. Adriana Valmayor
Dr. Ernesto Wahlberg
Lic. Débora Yanco
Lic. Patricia Zunino

#70

Clínica de las psicosis

T₁ / 52

**El devenir del diagnóstico:
un acercamiento al sujeto
hebefrénico**

LUCIANO IVÁN ROSE
RODRIGO VIDETTA

T₂ / 58

**El delirio como
formación secundaria**

CAROLINA CIPOLLA
MARÍA DEL MILAGRO HERNANDEZ
PAULA MACCARONE
AGOSTINA PAULA ODDINO

T₃ / 64

**General Conesa
(o los caminos del
deseo en las psicosis)**

WALTER AGUSTÍN GÓMEZ

[] / 70

**SALA DE ENSAYOS
El internauta**

TOMÁS PAL

& / 75

**CADÁVER EXQUISITO
Las Psicosis**

MARTÍN BRUNI
VICENTE F. DONNOLI
CRISTIAN J. GARAY
GRACIELA CAMPANELLA
MARÍA BERNARDA PÉREZ

? / 82

**REPORTAJE
Nassir Ghaemi**

Por FERNANDO HUNTER
y REVISTA CLEPIOS

+ / 90

**RELATOS CLÍNICOS
Cuerpos
Afectados**

SILVINA SOLEDAD FIORI

+ / 94

**RELATOS CLÍNICOS
Comentario al texto
"Cuerpos afectados"**

LEONARDO LEIBSON

5 / 96

**LOS 5...
Libros de amor
de locura y de muerte**

PATRICIO FOGLIA

Editorial

Para este nuevo número de Clepios hemos elegido un tema que nos hunde en las raíces de la clínica: Las Psicosis.

Elegimos el plural para resaltar el carácter múltiple y diverso de presentaciones clínicas, conceptualizaciones teóricas, posibles abordajes, con la intención de abrir la problemática de la cuestión diagnóstica hacia una concepción de campo que permita hacer foco en lo singular pero reconociendo atravesamientos de distintas dimensiones.

En tanto experiencia ajena y compleja la locura interpela nuestros marcos de comprensión y abordaje, obligando a generar nuevas lecturas, perspectivas, herramientas, técnicas y modos de abordaje.

El pensarse como profesional, con la singular experiencia de desarrollar nuestra formación en el marco del hospital público, nos convoca a pensar en la universalidad que el sistema público propone vinculada a la diversidad de casos que ese marco ofrece. Esta vinculación trae aparejado distintas expectativas sobre las múltiples e infinitas formas de presentaciones de las psicosis y la crudeza con que se presentan en el sistema de salud pública del que formamos parte, al que concurren gracias a su apertura y cobertura, en primera y última instancia, más de la mitad de los ciudadanos en casos que desbordan los marcos habituales de asistencia.

Si bien la formación grado brinda algunas herramientas, diferentes según las carreras que hayamos atravesado, en cualquier caso resulta insuficiente y no logra abarcar lo que se produce en la dimensión del encuentro.

Lo académico nos prepara, pero es la experiencia de la práctica, formación y supervisión, entre otros espacios, lo que podrá o no producir alguna transformación de aquello que portamos. Es el encuentro con este grupo de pacientes que suele manifestarse de infinitas formas, algunas más o menos próximas a lo que el imaginario propone, pero que muchas veces nos remiten a los recovecos más complejos de la clínica, poniendo en evidencia el delta existente entre la formación de grado y la práctica asistencial. Creemos como equipo en escribir sobre estos encuentros como otro de los modos de trabajar sobre nuestra formación, acompañados de quienes ya escribieron sobre ellos pero articulando con nuestras singulares impresiones y vivencias de la práctica. Todo ello nos orientó en la lectura de los **Trabajos** de profesionales en formación que se publican en este número. En "El devenir del diagnóstico" trabajan sobre el proceso de construcción diagnóstico y los efectos que devienen de este tránsito vinculados a dimensiones temporales, categoriales y valorativas tanto para profesionales como para pacientes y comunidad. "General Conesa" sobre las implicancias del diagnóstico de psicosis y una orientación que se construye en cada tratamiento. En "El delirio como formación secundaria" los autores profundizan sobre el conocimiento de la formación del delirio y su importancia para los cuadros de psicosis.

Para poder trabajar, reflexionar y encontrar herramientas para abordar nuestra labor como nóveles profesionales recurrimos a algunos de los referentes que sustentan marcos de trabajo reco-

nocidos. Se trata de portadores de conocimientos, experiencia y desempeño que generosamente nos acompañan desde su trayectoria para permitirnos construir algún tipo de conceptualización y de abordaje terapéutico. Contamos con algunos de ellos en la sección **Cadáver Exquisito**: El Lic. en Trabajo Social Martín Bruni, la Lic. en Psicología Graciela Campanella, el Prof. en Salud Mental Vicente Donnoli, el Dr. en Psicología Cristian Garay y la Lic. Bernarda Pérez. Como disparadores para esta sección proponemos a cada uno de los referentes, conceptualizar al campo de las psicosis desde su propio campo disciplinario, pensar a su vez su abordaje y las dificultades que, desde su experiencia con profesionales en formación, creen que estos encuentran en sus inicios de la práctica con estas problemáticas.

El **Reportaje** fue un gran desafío para este comité editorial el poder realizar una entrevista internacional con el reconocido Prof. Nassir Ghaemi. Gracias a un colega que ofició de corresponsal entrevistador en el marco de su rotación libre hemos conseguido una vasta y rica entrevista. Es un lujo que podamos leer a Gahemi hablando de psicofarmacología, clínica psiquiátrica, el aporte de Jaspers a la salud mental, el modelo biopsicosocial con sus alternativas y más.

La sección **Relato Clínico** abre al desarrollo reflexivo que responde a la interrogación sobre la posición en la práctica clínica de una residente psicóloga de un hospital general. Acompaña su relato sumando una nueva lectura el Dr. Leonardo Leibson, Psiquiatra, psicoanalista y supervisor clínico de diversas residencias de Salud Mental.

Dando cuenta de nuestros debates internos y nuestro proceso de trabajo sobre el número, no podemos dejar de considerar los atravesamientos institucionales, políticos y disciplinares que operan en los imaginarios y las decisiones que inciden en el abordaje y tratamiento en los hospitales en que trabajamos. La institución hospitalaria responde de maneras paradójicas a veces y la articulación intersectorial resulta esquizofrénica en cuanto a su fragmentación. Sobre un caso que permite ubicar estas coordenadas institucionales y políticas que se manifiestan en las lecturas teórico clínicas y metodológicas que intentamos sobre nuestros pacientes, nos comparte su experiencia el autor de **Sala de Ensayos** con su escrito: "El Internauta".

Por último, la sección **Los 5...**, apela a recuperar la magia que soplan los médicos... Un acercamiento a la literatura para abrir nuevos relatos a la imaginación para volver a la práctica con otras perspectivas.

Para cerrar esta presentación con un hecho fundamental en su importancia como parte de este proceso grupal que implica el número, queremos enunciar que durante este tiempo nos atravesó la triste noticia de la partida de un compañero de la revista: **Martín Belingheri**, psicólogo residente de 1er año de la Colonia Montes de Oca. Martín se había sumado al equipo de la revista sumando desde el inicio sus aportes para la construcción del presente número. Su motivación por participar en Clepios se evidenciaba por su interés por discutir y pensar con otros. Sin duda en estas reuniones que contamos con su participación, pudimos dar cuenta de ello. Martín falleció el 18 de mayo. Dedicamos este número a su memoria. Gracias por estar y ser parte.

COMITÉ DE REDACCIÓN INTERDISCIPLINARIO REVISTA CLEPIOS



LUCIANO IVÁN ROSÉ
Médico residente en salud mental
(segundo año). Hospital General de Agudos
Dr. Teodoro Álvarez. Período 2014 - 2018.
luciano.ivan.rose@gmail.com

RODRIGO VIDETTA
Médico residente en salud mental
(segundo año). Hospital General de Agudos
Dr. Teodoro Álvarez. Período 2014 - 2018.
rvidetta@gmail.com

— Foto: Malena Kiss

El devenir del diagnóstico: un acercamiento al sujeto hebefrénico



RESUMEN :: En el presente trabajo se abordan los conceptos inherentes al proceso diagnóstico, utilizando como punto de partida el trabajo clínico con pacientes hebefrénicos.

PALABRAS CLAVE :: Diagnóstico. Hebefrenia. Psicosis.

THE BECOMING OF DIAGNOSIS: AN APPROACH TO THE HEBEPHRENIC SUBJECT

ABSTRACT :: The following article explores the concepts involved in the diagnostic process while addressing the work with hebephrenic patients.

KEY WORDS :: Diagnosis. Hebephrenia. Psychosis.



INTRODUCCIÓN

Sonreí a la luz lunar ante la plácida idea de que la mente es impotente frente a la realidad que la supera, la anula, la burla... No existe una posibilidad irrealizable... Toda trama es posible...

GOMBROWICZ, 2015, PÁG 179

En el centro de la cuestión clínica encontramos el tema del diagnóstico. El presente trabajo se propone abordar el mismo adentrándose desde una perspectiva epistemológica hasta llegar a sus usos cotidianos en la práctica clínica, tomando como punto de referencia un diagnóstico en particular: la Hebefrenia. Luego de casi un año de rotación en una sala de internación en la que dicho diagnóstico se ubica entre los más prevalentes, nos hemos visto enfrentados con la difícil tarea de tratar con estos pacientes en varias oportunidades.

Encontramos que las diferentes conceptualizaciones de la hebefrenia nos resultaron fundamentales para abordar el tratamiento y soportar el intenso vínculo terapéutico, exaltado por el hecho del trato casi cotidiano con los pacientes.

EL ACTO DIAGNÓSTICO

El acto diagnóstico puede ser encarado desde distintas escuelas teóricas, vale decir, utilizando diferentes teorías de la mente. Esto condicionará la terminología utilizada así como la conducta terapéutica y el modo de vincularse con el paciente. Creemos que existe una dimensión del diagnóstico que excede, desborda a la escuela teórica de la que se valga el profesional en salud mental; esto es, el modo en que se conceptualiza al acto diagnóstico. A riesgo de ser simplistas, podríamos distinguir dos formas de concebir el diagnóstico. La primera, como una clasificación taxonómica en la que se incluye a un paciente en virtud de signos y síntomas presentes. La segunda, sin dejar de incluir las categorías nosológicas, incorpora el conocimiento de la personalidad individual del paciente como un elemento esencial del proceso. Es la diferencia que existe entre los conceptos de síndrome y figura clínica.

Diagnosticar, dice Saurí, es "evaluar las posibilidades ofrecidas por lo comprobado empíricamente para ser ubicado dentro del campo categorial". (Saurí, 1994, p.15) Además

de consistir en la observación, es esquematizar mediante una representación mediadora y catalogante. Este esquema nosográfico no es más ni menos que un producto de la imaginación, un constructo teórico empleado como herramienta clínica. El autor agrega que no existe la pretendida certeza objetiva. De esta manera, siempre, incluso cuando reconocemos que tal o cual manifestación se corresponde con un determinado signo, estamos haciendo una interpretación de lo que percibimos con nuestros sentidos.

Saurí (1994) considera que la tarea diagnóstica es un desarrollo que se sustenta en dos pilares. El primero implica a la interpretación, con sus virtudes, prejuicios y males como una nota constitutiva del procedimiento. El otro, pone a la relación diagnosticador-diagnosticado en el centro de la cuestión. De esta situación se desprende que la tarea diagnóstica deviene y se unifica con la terapéutica. En psiquiatría, el diagnóstico no puede establecerse con certeza a partir de la presencia y/o ausencia de signos y síntomas. De hecho, no es inusual que un mismo paciente pase por varios diagnósticos a lo largo de su evolución en el tiempo (Al respecto, resaltamos la importancia del método clínico evolutivo. De acuerdo con este método, acuñado por E. Kraepelin, si bien en los inicios de la enfermedad los síntomas cardinales se encuentran presentes, aunque sea en su germen, es en los estadios finales de la patología que éstos se encuentran en su máxima expresión).

Consideramos que parte fundamental del proceso diagnóstico-terapéutico consiste en conocer en profundidad la identidad y la personalidad del paciente. En palabras de Oliver Sacks "El yo esencial del paciente es muy importante en los campos superiores de la neurología y en psicología; está implicada aquí esencialmente la personalidad del enfermo, y no pueden desmembrarse el estudio de la enfermedad y de la identidad". (Sacks, 1987, p.10)

En nuestra experiencia, luego de rotar durante un año en una sala de internación psiquiátrica desempeñándonos como equipo tratante, encontramos que las categorías diagnósticas, a pesar de sus limitaciones, nos han resultado una herramienta fundamental para poder adentrarnos en el mundo de la persona que tenemos como paciente. De esta forma, el diagnóstico no se presenta como límite sino como puerta de entrada para así poder conocer al paciente, a la vez que como una herramienta importante con la cual poder soportar la clínica. Es la lectura de manuales clásicos, en los que predomina el acto descriptivo, lo que nos permite reconocer las características particulares del sujeto que tenemos en frente. En palabras de Saurí "La acción de conocer comprueba en las repeticiones la producción de diferencia, no reedición de lo mismo. Esto hace de la tarea diagnóstica un trayecto por lugares siempre diferentes; tipificarlos permite más adelante realizar su quehacer con mayor seguridad". (Saurí, 1994, p.34)

EL DEVENIR DEL DIAGNÓSTICO

De acuerdo con Goldar, el diagnóstico de esquizofrenia se puede establecer de la misma manera tanto con la existencia o no de delirios. La práctica muestra que el diagnóstico depende más de una impresión que de una intelección. Hay un factor que se registra, en todos los casos, como un sentimiento que podemos llamar vivencia de Rumke.

Dicha vivencia a la que hace referencia Goldar consiste en la dificultad del clínico para indicar exactamente por qué llega al diagnóstico de esquizofrenia. Entendemos que esta situación se vincula directamente con la postura planteada por Minkowski frente al problema diagnóstico. Este autor remarca que es importante estudiar, más que los síntomas, la forma de ser del paciente frente a su mundo circundante y ante la presencia de estos síntomas.

De esta concepción clínica se desprende entonces que para poder enfrentar la tarea diagnóstica es necesario penetrar en el mundo del paciente, sumergirse en su existencia, lo cual lleva inevitablemente a ligar el proceso diagnóstico con el trabajo terapéutico.

LA DIMENSIÓN TEMPORAL DEL DIAGNÓSTICO: EL PRONÓSTICO

La tarea diagnóstica integra la dimensión futura, se ocupa, siempre con reservas, de lo posible. Manejar una hipótesis diagnóstica nos permite encarar el tratamiento con una idea de qué es posible esperar del paciente. Sin darle un estatuto absoluto al pronóstico y valiéndonos del principio Spinozista de que "nadie sabe lo que un cuerpo puede" el diagnóstico nos permite encarar el tratamiento individual, familiar y comunitario de una forma integral.

Diagnosticar implica pronosticar porque anticipa lo por verse; "mirar de modo diagnóstico pondera posibilidades y adelanta eventualidades". (Saurí, 1994, p.55) Pero si arribar a un diagnóstico de certeza es difícil, alcanzar un pronóstico indudablemente también lo será. A la dificultad propia de identificar el cuadro nosológico se le agrega "la ilusión generada por la perspectiva, de la cual nunca se está totalmente libre". (Saurí, 1994, p.55)

Es nuestra opinión que el diagnóstico/pronóstico lejos de estigmatizar, contribuye a construir un vínculo más saludable del paciente con su familia y su entorno. Se constituye así en una herramienta de gran valor a la hora de buscar la reinserción del paciente en el seno de su familia y la comunidad.

HEBEFRENIA COMO PROTOTIPO DE ESQUIZOFRENIA

Destacamos el acento puesto en las lecturas clínicas, en qué es lo que se destaca para así definir los distintos cuadros. Por un lado, tenemos las escuelas con el foco puesto en un síndrome "deficitario" en relación a la abundancia de síntomas negativos. Por otro, quienes resaltan los síntomas de primer rango de Schneider y la semiología delirante y alucinatoria. La discusión es diametralmente opuesta ya que, como resalta Donnoli, "Las hebefrenias conservaron la cualidad de subtipo para el que ningún elemento semiológico de orden positivo tiene utilidad en el momento diagnóstico." (Donnoli, 2015, p.145)

Nos centraremos en lo que algunos autores destacan como los rasgos esenciales del cuadro: excentricidad, apragmatismo y autismo.

Encontramos en la psiquiatría de tinte existencial representada por Binswanger la descripción más abundante del concepto de excentricidad y una herramienta de valor al utilizarla en pos de un acercamiento a la persona excéntrica. Una de las conclusiones a las que llega es que la enfermedad mental necesita ser entendida tanto como enfermedad como fenómeno biográfico.

A partir de que no considera a las bases esenciales de la personalidad (temperamento, temple y afectividad) decisivas en la personalidad excéntrica, el autor lleva al campo de la psicopatología conceptos de la filosofía de Heidegger. Describe a la excentricidad como una de las tres formas frustradas de existencia (además de la exaltación y el manierismo), anteponiendo estas "estructuras existenciales" anormales, o formas de "estar-en-el-mundo" a las patologías primarias de las enfermedades mentales. Con esto, las diferencias en la estructura existencial subyacen a los signos, síntomas y aspectos psicosociales.

La excentricidad se relaciona con el tipo raro, el del tornillo zafado, un material duro, rígido, perturbado, trastornado.

Todas estas expresiones de un ser obstruido, de un no-adelantar más allá del cual se encuentra. Además resuena la dificultad en el trato, lo inarmónico, el ser-incoherente. "Así es como el trato permanece en la superficie de las cosas y las personas; no va en ellas hasta el fondo". (Binswanger, 1956, p.58) Y es aquí donde el autor realiza un giro clínico importante:

Las peculiaridades (negativas) del trato, mentadas por tales expresiones, son transformadas en propiedades negativas de la persona con la cual se tiene trato. El trato no temático con la persona en cuestión se trueca en un juicio sobre esta persona. En este juicio la persona recibe el predicado excéntrico, predicado que condena basándose en el disgusto o descontento acerca del fracaso (del trato).

Con ello el camino está sin duda libre para realizar una descripción, una clasificación y un diagnóstico psicopatológicos; sin embargo, se obstruye así el acceso a la comprensión de la excentricidad como posibilidad del ser humano (p.58).

Goldar, Outes y Rojas (1994) consideran a la extravagancia como la figura central de la hebefrenia, incluyendo aquí lo excéntrico además de lo bizarro, estrafalario y amanerado. Características que se pueden notar en la forma de hablar, escribir, caminar e incluso fumar y que también en lo afectivo encuentran su expresión. Las ocurrencias pueriles son ejemplos de la extravagancia hebefrénica aunque, como señala el autor, lo esencial es apartarse de lo usual. Dichas ocurrencias traducen el modo de ser autista, entendiéndolo a éste como el alejarse de las normas comunitarias. Asimismo, son expresiones de una falla más profunda que Minkowski definió con el nombre de "demencia pragmática". Aquí lo a-pragmático se relaciona con lo inapropiado, lo inadecuado a un determinado contexto. A gran escala lo que se pierde es la construcción de valores preventivos; tanto no se captan los contextos como no se inhiben acciones inadecuadas. Como consecuencia tenemos la alienación, la ruptura del seguir siendo materia comunitaria.

VIÑETAS

N.

N tiene 22 años y lo primero que me pregunta cuando lo veo en la sala es cuándo podría irse a su casa. Ha estado 12 días en guardia externa donde fue llevado por su familia luego de

un episodio de excitación psicomotriz. Es su debut en el campo de los tratamientos de salud mental.

Desde hace casi 10 años N se sentía indefinidamente mal, resalta el sentimiento de soledad y una idea que no puede precisar en relación a su muerte. No se lo menciona a su familia. Previo a esto, recuerda haber tenido una difícil adaptación al jardín y repite primer grado. Abandona la primaria por problemas de concentración y desinterés. Pasa la mayor parte de los días en su casa, en lo que podría juzgarse una vida llana sin demasiadas pretensiones. Pasa de la cama a la computadora y viceversa. Intenta trabajar en dos ocasiones incentivado por el padre quien lo lleva como ayudante de albañil. En las dos sufre episodios con síntomas autorreferenciales, vivencias delirantes donde interpreta que sus compañeros se burlan de él. De forma peligrosa, reacciona ante ellos. Pierde los trabajos y con escasos antecedentes de consumo, comienza a tomar alcohol de una forma abrupta llegando a los 10 litros de cerveza por día. No puede decir mucho al respecto. Tomaba en el trabajo y en su casa. Comenzó a quemarse los brazos con cigarrillos que también comenzó a fumar sin antecedentes. No puede decir demasiado al respecto.

A medida que el tratamiento avanza, ha llegado a decir que pensó en matarse de diferentes formas, no lo sostiene en la actualidad ni tiene muy en claro por qué lo pensó en aquel momento. No agrega mucho más al respecto. A veces cuenta todo esto con una sonrisa que no se borra en toda la entrevista, una sonrisa que sostiene tanto para los temas que pensamos podrían entristecerlo como los que no generarían demasiada repercusión.

Su perseverancia para con algunos temas agota al personal que lo asiste. Insiste en que él no tiene ningún problema salvo el del alcohol. Por momentos repite comentarios de su familia acerca de que podría padecer una enfermedad mental, de que algo funciona mal y habría que solucionarlo. La gestualidad en su cara no se modifica.

N dice que quiere estar en su casa y tomar alcohol.

Enumeramos los episodios de riesgo a los que se expuso tanto él como su familia. N quiere estar en su casa y tomar alcohol. Nos sorprende su respuesta, su única e insistente respuesta/pregunta/pedido: "Aunque yo quiero ir a mi casa" se vuelve su frase de cabecera. Chocamos contra un paredón de pocas palabras concretas. Estar en su casa se opone diametralmente a nuestra indicación de internación. Ante la negativa del alta, N tiene reacciones que nos hacen acordar a un chico; se levanta y se va de la reunión, echa a su familia de la sala, no quiere a nadie cerca, no quiere hablar, no quiere tomar la medicación. Se nota su inquietud en estos momentos; se ve en su andar por los pasillos, los puños apretados a punto de estallar y los golpes con su mano o cabeza a muebles. Ha llegado a quemarse nuevamente los brazos estando

dentro de la sala. Comenta sentir alivio al hacerlo, lo mismo que cuando consume alcohol.

En general, en un tiempo que oscila entre minutos y algunas horas, se encuentra tranquilo y vuelve a pedir estar en su casa. Una vez allá, pide tomar alcohol. Un día luego de un permiso de salida accidentado, solicitó que no le diéramos más permisos, que lo traslademos a otro hospital, a una unidad cerrada ya que no podía contener sus ganas de consumir y los problemas que esto acarrea para su familia. Este pedido duró tan sólo unos días para luego volver con el anterior.

F.

F tiene 37 años. La primera vez que lo veo, mientras se acomoda en su cama en la sala de internación, me señala una pequeña pieza del marco de la puerta y me pregunta risueñamente: ¿esto es un gozne? A los pocos minutos me grita y me insulta. Lo estamos encerrando contra su voluntad, experimentamos con su mente como si fuera una rata de laboratorio, soy un cipayo de las compañías farmacéuticas. Nuevamente recobra el buen ánimo y comenzamos a hablar de fútbol, me comenta que es hincha del Eintracht Frankfurt y que está contento de que Argentina haya perdido la final de mundial con Alemania.

Su cuadro de presentación está fuertemente dominado por ideas paranoides persecutorias pobremente sistematizadas. A raíz de las mismas, comienza a encerrarse en su habitación de hotel por miedo a que vecinos entren y le roben o desordenen sus pertenencias. Para evitar salir de su habitación, comienza a orinar y defecar en bolsas que esparce por todo su dormitorio.

F se presenta como una persona refinada, proveniente de la alta sociedad y con contactos en el mundo de la academia y la política. Su madre, también esquizofrénica, es una reconocida artista plástica. Su padre, con quien tenía una estrecha relación, fallece en el año 2010 en un confuso episodio, nunca aclarado por la justicia. A partir de ese momento, F pierde el soporte económico y familiar. Su estilo de vida acomodado pasa, en poco tiempo, a una situación de marcada precariedad. Abandona repetidas veces el tratamiento psiquiátrico, lo cual propicia descompensaciones de su cuadro de base que requieren, en los últimos tres años, tres internaciones en el hospital Alvear. F se queja de múltiples dolencias hipocondríacas y efectos adversos a la medicación que no podemos comprobar. Me comenta que su objetivo es abandonar la medicación y encontrar un psiquiatra que acepte tratarlo bajo esos términos. Este tema domina gran parte de las entrevistas. A su vez, a medida que recibe medicación antipsicótica en altas dosis, la conducta y el discurso del paciente comien-

zan a organizarse. Sus ideas delirantes disminuyen tanto en contenido como en repercusión afectiva y conductual.

F vive para estudiar y recibirse de dos carreras universitarias, las cuales cursa en simultáneo. Desde hace más de diez años que estudia Historia y Ciencias de la Computación en la Universidad de Buenos Aires. Reitera persistentemente, tanto a su psicóloga como a mí, la necesidad imperiosa de que le demos el alta para retomar sus estudios y poder llevar a cabo negocios con antiguos socios de su padre. Este reclamo, a medida que la sintomatología positiva remite, es negociado con el paciente por permisos de salida del día adaptados a los horarios de las materias que cursa en ambas facultades. Hacia fin de año F nos cuenta que, por primera vez en diez años, aprobó un examen de la carrera. Argumenta que dicho logro es reflejo de que ya se encuentra bien y exige por lo tanto que se le retire la medicación de depósito que recibe en forma quincenal.

El pedido de suspender la medicación se repitió de forma constante desde el inicio del tratamiento. En los últimos encuentros, ya externado, F se pone firme con su demanda. Llega en una ocasión a amenazar con agredir físicamente a un médico de planta si no accede a su reclamo. Luego del incidente, bromea al respecto y se despide con un abrazo llamando "mi enemigo" al médico en cuestión. F comienza a concurrir a las entrevistas pero se rehúsa a dirigirme la palabra. Solicita cambio de profesional y cuando se le explica que ninguno de los médicos del servicio va a acceder a retirarle el tratamiento medicamentoso, deja de concurrir a las entrevistas.

Luego de tres meses de negarse al diálogo, me comenta que las alucinaciones auditivas son más frecuentes e intensas desde hace un tiempo. Refiere que la persistencia y el empeoramiento de las "voces" es reflejo de que la medicación no sirve y vuelve a insistir en su pedido de que se le retire el fármaco. Acto seguido, sonrío y pregunta entre risas: "¿Qué significa ser un troglodita?".

ESQUIZOFRENIA Y PERSONALIDAD

Eugene Minkowski (1960) introdujo el concepto de la pérdida del contacto vital con la realidad, constituyendo al mismo como la base psicopatológica de la esquizofrenia. En esa línea de pensamiento, el autor hace referencia también al concepto de racionalismo mórbido. La forma de razonar de los pacientes, que rige su vida, conlleva un trastorno en la

forma del pensamiento. Hay una incapacidad para asociar las dimensiones temporal y espacial; todo transcurre en un mismo plano, en el cual las acciones y los pensamientos se repiten alcanzando en ocasiones el grado de estereotipia.

En ambas viñetas clínicas es posible observar que los actos de los pacientes son regidos por un profundo apragmatismo. Las mismas acciones e incluso las mismas frases pueden repetirse millares de veces. Esta repetición constituye en sí misma un rasgo excéntrico de los pacientes hebefrénicos.

En una lectura superficial, ambos casos podrían interpretarse como correspondientes a cuadros psicopatológicos diferentes. La "fachada" de ambos pacientes es indudablemente distinta. Mientras uno permanece más silencioso, con un discurso y una conducta estereotipada y predominio de sintomatología negativa, el otro muestra una gran proliferación de síntomas positivos y un vínculo interpersonal más histriónico. Al respecto, Vicente Donnoli (2015) destaca que:

La cognición, motilidad, vida emocional y la imagen de la corporalidad que nos muestran a un sujeto tal cual es...no son un producto directo de la genética sino que dependen, en gran parte, del intercambio y relaciones con el ambiente en el cual madura el sujeto. Así es como la distancia emocional, la excentricidad, la rigidez y la inadecuación forman un núcleo personal que se acompaña, se disfraza con una máscara histérica, obsesiva, etc. cuya construcción depende del ambiente en el que la matriz esquizoide se desempeñó (pág 109).

El autor destaca que el trato cotidiano con enfermos hebefrénicos nos enfrenta de forma ilustrativa a la relación entre enfermedad y personalidad. Los elementos clínicos que nos ofrecen la posibilidad del diagnóstico clásico de hebefrenia parecen tener mucho más de rasgo de carácter o estilo personal extravagante y excéntrico que de elemento fácilmente disecable de funciones psíquicas individuales, como el pensamiento, la voluntad, la afectividad, la percepción, etc.. (p.149).

EL DEVENIR DE LA ESCRITURA

Existe una vía de circulación entre teoría y práctica que es importante mantener permeable, en la cual ambas se retroalimentan para aumentar el caudal del conocimiento. Aunque importantes ambos puntos de partida, no son de igual magnitud. La práctica clínica es la base de nuestro trabajo y la que nos lleva a elaborar diferentes teorías para intentar comprender a quién tenemos al lado. Es desde allí que toda conceptualización psicopatológica cobra relevancia y aquí la pluralidad de enfoques, tanto dentro de la psiquiatría como la aportada por otros campos, nos resultan piezas claves.

El acto diagnóstico no es un límite aunque sí conlleva uno. Nos oponemos al lugar común del diagnóstico como etiqueta. Creemos que aquello impide críticas más interesantes como el límite de la herramienta y el uso que se le da. Allí donde le exigimos más de lo que puede darnos la juzgamos en extremos; tanto igual da rotularla de inútil como de todopoderosa. Creemos que el diagnóstico en psiquiatría es una puerta de entrada al acercamiento con el paciente.

Al reflexionar sobre nuestra experiencia revalorizamos las lecturas que teníamos sobre el tema. Cuando la práctica guía la cuestión, la teoría se vuelve un medio de soporte fundamental. Una temática que de forma protagónica atraviesa los primeros años de la práctica clínica nos llevó a pensar y leer para luego sí poder escribir al respecto.

Escribir, creo, es siempre devenir algo. Pero por esa misma razón uno tampoco escribe por escribir. Creo que uno escribe para que algo de la vida pase en uno. Sea lo que sea, hay cosas que...uno escribe para la vida ...uno deviene algo; escribir es devenir.

GILLES DELEUZE. El abecedario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BENITEZ, I.: La evolución del concepto de hebefrenia. Revista ALCMEON Vol. 2, nº 2: 182- 205, mayo 1992.
BINSWANGER, L. (1972): Tres formas de la existencia frustrada. Buenos Aires: Amorrortu editores.
BLEULER, E. (2011): Dementia praecox o el grupo de las esquizofrenias. Buenos Aires: Polemos.
DELEUZE, G. (fecha de acceso: 2015, 23 de noviembre) El abecedario (en red). Fecha original del trabajo:

1988-1989. Disponible en: <http://doclecticos.blogspot.com.ar/2009/05/el-abecedario-de-gilles-deleuze-1988.html>
DONNOLI, V.F. MORONI, M.V. BRUSÉS, J.L (2015): Esquizofrenia Única. Buenos Aires: Salerno.
GHAEMI, S.N. (2008): Psiquiatría. Conceptos. Santiago de Chile: Mediterráneo.
GOLDAR, J.C. ROJAS, D. OUTES, M. (1994): Introducción al diagnóstico de las psicosis. Buenos Aires. Salerno.
Gombrowicz, W. (2015): Cosmos. España: Cuenco del Plata.

HECKER, E.(1996): La hebefrenia. Buenos Aires: Polemos.
LEONHARD, K. (1995): Clasificación de las Psicosis Endógenas y su Etiología Diferenciada. Buenos Aires: Polemos.
MINKOWSKI, E. (1960): La esquizofrenia. Psicopatología de los esquizoides y los esquizofrénicos. Buenos Aires: Paidós.
SACKS, O. (2015): El hombre que confundió a su mujer con un sombrero. Barcelona: Anagrama.
SAURÍ, J.J. (1994): Qué es diagnosticar en psiquiatría. Buenos Aire: Bonum.



CAROLINA CIPOLLA
Médica. Residente de Psiquiatría de primer año. Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich. Período 2015-2016.
carocipolla154@hotmail.com

MARÍA DEL MILAGRO HERNANDEZ
Médica. Residente de Psiquiatría de cuarto año. Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich. Período 2015-2016.
miliher@hotmail.com

PAULA MACCARONE
Médica. Residente de Psiquiatría de primer año. Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich. Período 2015-2016.
paumaccarone@gmail.com

AGOSTINA PAULA ODDINO
Médica Psiquiatra. Jefa de Residentes de Psiquiatría. Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich. Período 2015-2016.
agostinaoddino@hotmail.com

— Foto: Juan Alric

El delirio como formación secundaria

RESUMEN :: En el presente trabajo se realiza un recorrido histórico-clínico acerca del estado predelirante como fenómeno principal de la psicosis, siendo la elaboración delirante un fenómeno secundario a una alteración previa, en sí, elemental de la psicosis. Luego de abordar los textos de los clásicos semiólogos concluiremos con un desarrollo teórico en relación al concepto de delirio que se vincula al concepto de Automatismo Mental de Clérambault, ambos mecanismos previos a la génesis del estado predelirante.

PALABRAS CLAVE :: Delirio, Estado predelirante, Neurobiología, Fenomenología, Historia de la Psiquiatría.

DELUSION FORMATION AS SECONDARY PHENOMENA

ABSTRACT :: In this review it is performed a historical tour about the predelusional state as a principal phenomena of psychosis, considering the delusion formation as a secondary phenomena to this primary and essential disturbance. After the review of the essential classical psychiatrists' contributions, we conclude with theory about the delusional concept related to the Clérambault's mental automatism, both of them previous mechanisms to the predelusional state.

KEY WORDS :: Delusion, Predelusional state, Neurobiology, Phenomenology, History of Psychiatry.

INTRODUCCIÓN

El Delirio constituye una de las manifestaciones más apasionantes de la mente humana. La Psiquiatría ha desarrollado múltiples teorías en torno al mismo llegando, en muchos casos, a organizarse clasificaciones en base a las construcciones delirantes de los pacientes. En las diversas nosografías las ideaciones delirantes fueron conceptualizadas de diversos modos, principalmente como fenómeno primordial, génesis de la psicosis, o como construcción secundaria a otro tipo de alteración. Creemos que esta distinción entre el delirio como síntoma primario de la psicosis o como fenómeno secundario, no sólo tiene implicancias clínicas sino que conlleva a orientar muchas de las investigaciones actuales en busca de los correlatos cerebrales del mismo. Esto sería en detrimento de las agudas observaciones de los semiólogos clásicos que postulan que el delirio es una construcción secundaria a una alteración que recibe diversos nombres pero que aún no se encuentra del todo delimitada.

¿El Delirio define a la Psicosis? Existe actualmente consenso en que no, a pesar de la paradójica eliminación del DSM V de la esquizofrenia simple, forma más frecuente de claro predominio de sintomatología negativa. Entendemos que la complejidad del campo en el que trabajamos determina cierta imprecisión y discrepancia en conceptos que, a su vez, tienen no sólo fuerte raigambre psicopatológica sino también histórica. Asimismo consideramos que dichas definiciones, dada el tipo de práctica que ejercemos, no se agotan en discusiones teóricas sino que tienen fuertes implicancias en la práctica clínica y en los modelos de investigación. Por ello comenzaremos realizando una revisión histórica del concepto de Delirio en la Psicopatología siguiendo como eje la búsqueda de un mecanismo generador del mismo para llegar, desde las descripciones clínicas de los grandes semiólogos clásicos, a las modernas teorías neurobiológicas. Aclaremos que centraremos la revisión del delirio y del estado predelirante en el concepto de esquizofrenia paranoide por ser tan variados los cuadros en los que las ideaciones delirantes pueden hacerse presentes.

Hasta el siglo XIX los delirios fueron simplemente considerados como “signos” de la locura y los alienistas prestaron poca atención a su contenido. Hacia 1850 se comenzó a mostrar interés en la “forma”, particularmente en el trabajo de Baillager y Falret. Pronto los temas o contenidos pasaron a tomar relevancia dando origen a clasificaciones complejas. El movimiento psicodinámico transformó ese interés en arte dotándole de un amplio desarrollo que llevó a los psiquiatras a buscar mensajes ocultos y símbolos en las ideaciones delirantes.

Que los Psiquiatras Clásicos ya habían afirmado que el delirio no constituye el fenómeno primario de la esquizofrenia, que-

da claro. Al respecto desarrollaron teorías Gaëtan Gatian de Clérambault (1872-1934) con el concepto de “Automatismo Mental”, Karl Jaspers (1883-1969) con la “Vivencia Delirante Primaria”, Henry Ey (1900-1977) quien habla de una “desorganización de las relaciones entre el Yo y el Mundo”, Conrad (1905-1961) con el concepto de “Trema”, entre otros, revelando que existiría un estado previo al delirio fundamental para entender la psicosis esquizofrénica.

Entonces, *si el Delirio no es el núcleo de la psicosis, es una formación secundaria, ¿a qué es secundaria?* El delirio remite, en su arqueología, a un pasado: el estado predelirante. En la clínica los delirios no son sino la culminación de una serie de acontecimientos anteriores. Entendemos como “estado predelirante” a los acontecimientos psicopatológicos que preceden inmediatamente al momento de la cristalización del delirio. Se incluyen aquí un repertorio de alteraciones de la cognición, afectividad, conciencia y motricidad, solas o en combinación.

¿Cómo fueron definidos estos estados predelirantes? En conceptualizaciones acerca de este estado predelirante aportaron diversos autores de la Psiquiatría alemana. Wilhelm Griesinger (1861) habla de sentimientos, de humor enfermizo, disconfort, opresión y ansiedad causados por una afección cerebral. Wetzel (1922) describe el humor delirante como una experiencia de fin de mundo, Mauz (1931) habla de una vivencia de transformación del yo o aniquilación subjetiva, Störing (1944) y MacCurdy (1925) lo describen en términos de perplejidad. También ha hecho importantes aportes, Karl Jaspers (1955) quien describe la vivencia delirante primaria de la siguiente forma:

Aparecen en los enfermos sensaciones primarias, sentimientos vivaces, disposiciones de ánimo, cogniciones... En el temple delirante, sin embargo, hay siempre un algo, aunque enteramente oscuro, germen de un valor y una significación objetivas. Este temple delirante general, sin determinados contenidos, tiene que ser por completo insostenible... Surge en el enfermo un sentimiento de inseguridad que le impulsa instintivamente a buscar un punto sólido en que afirmarse y aferrarse. Este complemento, fortalecimiento y consuelo lo encuentra solo en una idea. (p.113)

Kurt Schneider afirma que “No cualquier tema se vuelve objeto de la preocupación sino que los miedos más primitivos son lo que torturan con preferencia” (Schneider, 1952, p.79). Klaus Conrad (1958) describe el *Humor Delirante* donde es la fisonomía de la situación lo que ha adquirido un rasgo nuevo y extraño. Desde la Psiquiatría francesa, Ségla entiende que en el cerebro normal los delirios preexisten pero están inhibidos por el funcionamiento mental adecuado. Para Blondel el comienzo del delirio estaría vinculado con un incremento

en la cenestesia, una vivencia delirante hipocondríaca. Henri Ey (1900-1977) describe el fenómeno de la siguiente manera:

El tema desarrollado no es sino un reflejo, en la superficie de la conciencia, de la ósmosis de valores subjetivos y objetivos, de la desorganización de las relaciones entre el Yo y el Mundo, que el movimiento evolutivo de la psicosis engendra en el interior del ser. El fruto de ese trabajo es el delirio. (Citado de Berrios, 1996, p. 109)

Por su parte, Hughlings Jackson (1835-1911) propone un modelo de generación de síntomas construido sobre cuatro pilares conceptuales: la evolución (y su contrario: disolución), la localización de las funciones mentales superiores en el córtex, la doctrina de la concomitancia, y la asunción de que las funciones mentales y cerebrales estaban organizadas jerárquicamente. Jackson había sugerido este modelo para ictus y epilepsia, condiciones en las cuales tanto los síntomas negativos (causados por la abolición de una función) como los positivos (causados por la liberación adaptativa de las funciones inhibidas) eran fácilmente demostrables. Según afirma Jackson:

Ilusiones, delirios, conducta extravagante y estados emocionales anormales en una persona loca significan evolución y no disolución; significan evolución acercándose hacia lo que permanece intacto en centros superiores. En lo que ha sido respetado por la enfermedad que compromete la disolución...el delirio, obviamente un delirio elaborado, por absurdo que sea, significa actividad del sistema nervioso sano disponible, significa evolución yendo hacia lo que permanece intacto de los más altos centros cerebrales. (Citado de Berrios, 1996, p. 87)

Resultan innegables los aportes que realiza Juan Carlos Goldar (1942-actualidad) acerca de la psicosis. Para este autor *“Los brotes esquizofrénicos son, entonces, formas de reacción de Hoche”* (Goldar, 1994, p. 60). Con esto el autor quiere decir que las manifestaciones que llamamos “brotes” no sólo pueden producirse por un único “morbus”, en este caso, esquizofrénico, sino que son dispositivos preformados. *“Efectivamente, estados agudos maníacos, melancólicos, acinéticos, hipercinéticos, confusionales, delirantes, alucinatorios, impulsivos, etc, surgen con las mismas características en pacientes esquizofrénicos y en pacientes con enfermedades no esquizofrénicas del cerebro”* (Goldar, 1994, p. 61). Estas son (incluido el delirio), síndromes secundarios, fenómenos accesorios, inespecíficos. Y agrega, *“Delirios y alucinaciones suelen aparecer en pacientes esquizofrénicos, pero delirios y alucinaciones no son hechos necesarios para diagnósticos esquizofrenia”* (Goldar, 1994, p. 62). En este punto Goldar refuta la teoría de Jaspers según la cual la vivencia delirante

primaria sería, como indica su nombre, primaria. *“Por el hecho de creer que, los síndromes delirantes transitorios que aparecen como satélites del síndrome esquizofrénico, pertenecen a este síndrome, se ha llegado a exagerar la importancia de los delirios en el diagnóstico de la esquizofrenia”* (Goldar, 1994, p. 126)

El estado predelirante precede al delirio pero, ¿es el estado predelirante el fenómeno primario de la psicosis esquizofrénica? Tanto Jaspers, Henry Ey como Conrad entienden este fenómeno como primario. Según las teorías neurobiológicas actuales habría alteraciones que preceden a la aparición de una vivencia o sensación anómala. Los modelos que entienden al delirio como una alteración de la cognición aceptan que el estado predelirante es una cognición intrínseca que contiene el núcleo de una pregunta que el enfermo debe responder creando así el delirio. Lo que importa aquí es el acto de percibir el mundo y el yo como *extraños*. Una vez que se produce eso se dispara un proceso que culmina en un acto verbal declarativo *post hoc*. En esta línea teoriza Maher (1988) que propone que los delirios son intentos de dar explicación a experiencias anómalas. Arthur (1964); Winters y Neale (1983); Butler y Braff (1991) consideran los delirios como interpretaciones racionales de experiencias anómalas. La creencia delirante es un intento de explicación. La explicación, una vez elaborada, alivia y reduce la tensión. Otros autores entienden al estado predelirante como un trastorno del afecto. Hagen (1861), Specht (1901), Bleuler (1906), Lange (1942) y Schneider (1970) destacan el componente afectivo del estado predelirante. Conrad (1958) describe 5 estadios en la psicosis: *trema* (estado prepsicótico), *apofanía* y *anastrophé* (desarrollo del delirio), *apocalipsis* (presencia de catatonía y otros síndromes), *consolidación* y *estado residual de defecto*. El *Trema*, estadio predelirante, se caracteriza por el Humor Delirante donde es la fisonomía de la situación lo que ha adquirido un rasgo nuevo y extraño. Jaspers describe sentimientos vivaces, disposiciones de ánimo en la vivencia delirante primaria. Oepen (1988) sugiere la relación entre afecto y delirio basada en la “lateralidad cognitiva” en el hecho de que los mensajes afectivos (hemisferio derecho) estén complementados por el hemisferio izquierdo. En condiciones normales, existe una automática e inconsciente «catalogación» de las interacciones sociales fundamentalmente de tipo emocional donde participa el marcador somático descrito por Damasio. Cuando aparecen cambios externos o internos que carecen de precedente mnésico, puede surgir el paranoidismo, la prevención y la suspicacia. En el caso de cambios internos aparecería una percepción distorsionada de la realidad –la experiencia anómala– frente a la cual el sujeto afectiviza todo lo que le circunda en grado extremo y, al no encontrar referentes pasados de la situación actual, dispara programas emocionales extremos aberrantes. El siguiente paso sería la racionalización pragmática de esta

emoción extrema, que culmina en la cristalización del delirio. Los avances de las Neurociencias permitieron determinar que en el aprendizaje afectivo participan la amígdala, la corteza prefrontal, el hipocampo y el área tegmental ventral así como el estriado. Alteraciones a este nivel pueden provocar, por ejemplo, miedo en un contexto inadecuado que consecuentemente puede llevar a un aprendizaje desadaptativo que en la esquizofrenia estaría funcionando mal, impidiendo el proceso de extinción del aprendizaje a pesar de que el medio no concuerde con el afecto percibido. De esta manera futuros eventos que muestren las mismas "pistas" desencadenarán rápidos y fuertes predictores de estímulos aversivos con las consecuentes reacciones de comportamiento evitativo. Asimismo, el estado predelirante puede interpretarse como un trastorno de la conciencia: Mauz (1931) habla de "*transformación del yo*" o "*aniquilación psicológica*" con "*conciencia de cambio subjetivo*" como culminación del proceso esquizofrénico; Llopis sugería que las psicosis, a menudo, producen sensaciones somáticas como ansiedad o euforia y que estos cambios afectivos son sensaciones primarias percibidas al inicio como "*experiencias de cómo si*". Henry Ey (1950) mantuvo que la psicosis (y por ende el estado predelirante) eran el reflejo de trastornos sutiles de la conciencia. Basándose en el modelo del ya mencionado Jackson, propuso que todos los trastornos mentales derivaban de cambios diacrónicos o sincrónicos de la estructura de la conciencia. Habría para este autor una "*reorganización de los límites de la realidad*" y este sería un campo abonado para la cristalización de los delirios. Los autores mencionados están de acuerdo en que los trastornos de la conciencia son esenciales para el desarrollo del estado predelirante pero difieren en la definición de lo que es "conciencia" y en el modo en que ésta se vería alterada. Desde las Teorías de la Cognición Social (Frith, 1995), se describe un estilo atribucional distorsionado, caracterizado por una tendencia a hacer atribuciones externas personales en mayor medida que a hacer atribuciones externas situacionales, y una tendencia a exagerar, distorsionar o centrarse de forma selectiva en los aspectos hostiles o amenazantes de los demás. Las Teorías Probabilísticas sugieren déficit en la capacidad para evaluar la evidencia requiriendo menos información antes de alcanzar un juicio, con un alto nivel de confianza. Asimismo se encontró una inapropiada combinación entre expectativas y experiencias que provocaría que la atención se dirija a eventos irrelevantes. Esto generaría nuevos y aberrantes aprendizajes. Con la reconsolidación de este proceso se vería un cambio de un costoso procesamiento de tipo prefrontal a un hábito de tipo estriatal. Por su parte, siguiendo la Hipótesis del Marcador Somático (Damasio, 1994), se postula la existencia de programas emocionales extremos aberrantes en la génesis del delirio. El siguiente paso sería la racionalización pragmática de esta emoción extrema, que culmina en la cristalización del delirio. Por último, resulta importante destacar la Teoría de Saliencia Aberrante (Kapur, 2003). Constituye un amplio reto

para cualquier organismo elegir y responder a los estímulos de manera eficiente y eficaz. Esta selección de estímulos implica procesos de filtración (atención), de orientación sensorial y comportamiento. Así se priorizan los estímulos de acuerdo a su «prominencia» o relevancia mediante su comparación con su contexto y con factores internos como las metas, las creencias y la historia en pos de la búsqueda de recompensa y evitación de castigo. Este sistema es el encargado de catalogar y jerarquizar la realidad mediante la acción dopaminérgica. Ante una hiperactividad dopaminérgica se genera una "Saliencia Aberrante" principalmente a nivel mesolímbico subcortical, originando estados emocionales rígidos anclados a estímulos irrelevantes e idiosincráticos, es decir, una asignación aberrante de relevancia, que se manifiestan bajo la forma de síntomas psicóticos.

Así, las teorías neurobiológicas dan cuenta de una alteración que precede no sólo al delirio sino también al estado predelirante y buscan conocer los mecanismos generadores de ambos fenómenos. Entonces, como Lange (1942) afirma, "*No está clara la relación existente entre el humor delirante y los delirios. Podría resultar que ambos acontecimientos surgieran de una tercer anomalía y, por tanto, no podría establecerse una relación de causa a efecto entre los dos*" (Citado de Berrios, 1996, p. 130)

De Clérambault a Berrios: Haciendo una revisión tanto de los autores clásicos como de las nuevas teorías neurobiológicas, creemos que existen similitudes o puntos en común en las teorías desarrolladas por Clérambault acerca del Automatismo Mental (A. M.) y la Metateoría propuesta por Berrios, en tanto ambos autores proponen un proceso primario para la psicosis distinto del estado predelirante.

Gaëtan Gatian de Clérambault (1872-1934), padre de la clínica de la mirada, enfatizó su trabajo en la búsqueda de los mecanismos generadores de la psicosis. "*El delirio propiamente dicho no es más que una reacción obligatoria de un intelecto razonante, a menudo intacto, a los fenómenos surgidos de su subconsciente, es decir, al Automatismo Mental*" (Clérambault, 1942, p. 91) Éste constituye un elemento neutro (anidéico, atemático y neutro afectivamente), no sensorial y tiene un rol inicial en las psicosis. Estamos hablando del Petit Automatismo Mental. Esto quiere decir que, no sólo previo al delirio sino también al estado predelirante, se presenta el A. M. Éste tiene características intrusivas y habla de la existencia de un desdoblamiento del Yo, que se acompaña de un sentimiento de extrañeza que podría equipararse a la "vivencia delirante primaria" de Jaspers y al "trema" de Conrad, en el que una parte parásita del Yo sin significación se separa del mismo. Así, el delirio y las alucinaciones son siempre secundarios. *Se puede decir que en*

el momento en que el delirio aparece, ya la Psicosis es antigua. El Delirio no es más que una Superestructura” (Clérambault, 1942, p. 97) “El núcleo es de orden histológico (Automatismo Mental) mientras que la ideación (Delirio) es de orden psicológico” (Clérambault, 1942, p. 110)

Por otra parte, cuando el Automatismo Mental se instaura por completo, se evidencian las alteraciones del lenguaje y pensamiento, los automatismos motores y sensitivos, y las voces. Así, el delirio y las alucinaciones son siempre secundarios. Vemos cómo, a diferencia de las teorías clásicas, Clérambault encuentra insuficiente que las vivencias o experiencias pre-delirantes expliquen por sí mismas la génesis del delirio. Antes de continuar con este autor queremos realizar un paralelismo con Berrios (1940-Actualidad) quien define como mecanismo primario del delirio, previo también al estado pre-delirante, a una señal neurobiológica que parte de un locus cerebral y que penetra en la conciencia generando una experiencia anómala que denomina Magma Primordial. El estado pre-delirante se encuentra contenido en el Magma Primordial. Entonces, para Clérambault lo primario es el Automatismo Mental, para Berrios una señal neurobiológica aberrante, y para ambos el estado pre-delirante es de aparición secundaria. Para el primer autor el A. M., para el segundo un material experiencial precognitivo rudimentario que no ha sido procesado ni conceptualizado. A partir de estos dos fenómenos se originaría el delirio.

Para Berrios los delirios son “*actos de habla vacíos*” en tanto están “desprovistos”, “vaciados” de toda información en relación al módulo cerebral donde han sido formados y porque no pueden estar integrados o “inscriptos” en la pragmática del discurso. Asimismo plantea que el lenguaje delusivo queda desprovisto de contenido comunicativo (falla el uso del lenguaje). En este caso, el tratar de establecer correlaciones entre los delirios formados con determinadas neuroimágenes será de poca ayuda. Para Berrios el estado pre-delirante ofrece la única ventana al proceso de formación delusiva.

Clérambault afirma:

A tal punto el Automatismo es el Fenómeno Primordial, que basándose en él pueden edificarse los más variados Delirios Secundarios. En las circunstancias de un idéntico Síndrome de Automatismo, un enfermo desarrollará un delirio de desconfianza por interpretación; otro hará un delirio megalomaniaco por imaginación, los habrá que harán delirios místicos, o eróticos, o una miscelánea de ellos (Clérambault, 1942, p. 96)

Al respecto, Berrios propone que los delirios no son “creencias” sino “*actos lingüísticos vacíos*” mimetizados en aquellas.

Su llamado contenido, al igual que el de las alucinaciones, sería sumamente parco en elementos informativos acerca del yo o del mundo de la persona que los emite. Aquél sería aleatorio y estaría más en relación a un retazo semántico, atrapado al azar, en el momento de la cristalización del delirio. Esto se hace evidente por la redundancia de ciertos temas -que cambian históricamente- y que son fragmentos semánticos que por su pregnancia personal o social tienen una alta frecuencia y posibilidad para ser atrapados (Berrios, 1996, p. 195)

Según Berrios el estado pre-delirante constituye una forma de *magma primordial* o *matriz patológica (primordial soup)* a partir de la cual, y dependiendo de ciertas reglas de codificación, se forman los delirios. Este modelo de Berrios propone que los síntomas son “indicadores” de un cambio estructural subyacente, de manera que a partir de un *locus* cerebral parten señales neurobiológicas perturbadas que penetran en la conciencia originando una experiencia “amorfa” que denomina “magma primordial”. Este material experiencial precognitivo está en un estado rudimentario ya que no fue procesado, se encuentra no conceptualizado. Cada aporte de magma primordial activa una serie de procesos de reconocimiento y construcción que pueden devenir en un concepto y, ulteriormente, en un acto de habla o conducta (síntoma). El estado pre-delirante está anclado en este magma primordial y es conceptualizado posteriormente como delirio (síntoma) en base a las características de la señal cerebral y la información del enfermo respecto de sus experiencias, memorias, inteligencia y marco cultural.

Berrios propone que el estado pre-delirante es una experiencia homogénea y que, al inicio, es la expresión de una alteración en un módulo cerebral específico. Esto también significa que el estudio de los delirios cristalizados no tiene valor per se, en relación a captar el proceso de formación delusiva en conexión con la localización cerebral. El estado pre-delirante es, de facto, la expresión del mecanismo de generación delusiva. Una vez que el delirio se ha formado, es relegado de este proceso y almacenado lejos junto a otros engramas relativos a experiencias o memorias del pasado.

Podemos inferir entonces que tanto Clérambault como Berrios coinciden en que una vez que se presenta el delirio no es posible hallar el origen neurobiológico, ya que, cuando el mismo se presenta la alteración que le dio origen no será posible de evidenciar mediante imágenes u otros métodos diagnósticos. Se hace necesario el estudio del proceso inicial más que el del delirio.

Conclusiones: Podemos aseverar que el delirio es una construcción secundaria, es decir, que no es primario, que no es el

núcleo de la psicosis. El delirio estaría vinculado con un proceso previo: el "estado predelirante". Diversos autores como Henry Ey, Jaspers y Conrad, entre otros, han considerado dicho estado como la formación primaria, origen de la formación delirante. En base a esta teoría, durante varias décadas, los investigadores se han orientado a buscar el correlato neurobiológico del delirio. Pero ¿cuál es la génesis del estado predelirante? Tomando el correlato de Clérabault quien afirma que el Automatismo Mental ocupa un rol inicial en la psicosis, por lo tanto previo a lo que otros autores delimitan como estado predelirante, podríamos inferir que las actuales

teorías neurobiológicas como la Cognición Social, las Teorías Probabilísticas, Teoría de Saliencia Aberrante y la Metateoría propuesta por Berrios describen también una alteración que precede al estado predelirante.

Creemos que la Metateoría de Berrios hace referencia a una señal neurobiológica aberrante que podría corresponderse con el llamado petit Automatismo Mental de Clérabault. Hacen falta más estudios que estudien y vinculen estas teorías a fin de profundizar el conocimiento acerca del proceso primario en la ideación delirante.

BIBLIOGRAFÍA

- Alvarez, J. (2008). *La invención de las enfermedades mentales*. Madrid: Gredos.
- Alvarez, J. (1996) Límites de la concepción fenomenológica del delirio. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 16(58), 257-276.
- Bentall, R. (2015) Perspectivas y problemas para un enfoque fenomenológico en los delirios. *Revista oficial de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA)*, 13(2), 113-115.
- Berrios, G., Fuentenebro, F. (1996) *Delirio. Historia. Clínica. Metateoría*. Madrid: Trotta.
- Bleuler, E. (2011) *Dementia Praecox o el grupo de las esquizofrenias*. Buenos Aires: Polemos.
- Broyd, S., Demanuele, C., Debener, S., Helps, S., James, C., Sonuga-Barke, E. (2009) Default-mode brain dysfunction in mental disorders: A systematic review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 33, 279–296.
- Burns J. (2004) An evolutionary theory of schizophrenia: cortical connectivity, metarepresentation and the social brain. *Behavioral and Brain Sciences*, 27, 831-885.
- Clérabault, G. (2009) *Automatismo mental. Paranoia*. Buenos Aires: Polemos.
- Conrad, K. (1963) *La esquizofrenia incipiente*. Madrid: Alhambra.
- Corlett, P., Taylor, J., Wang, X., Fletcher, P., Krystal, J. (2010) Toward a Neurobiology of Delusions. *Prog Neurobiol.*, 92(3), 345–369.
- Díez, A. (2001) La psicogénesis del delirio en la obra y en la época de E. Kretschmer. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 21(80), 73-97.
- Ey, H.; Bernard, P.; Brisset, Ch. (1995) *Tratado de Psiquiatría*. 8ª Edición. Barcelona: Toray-Masson.
- Frith, Ch. (1995) *La Esquizofrenia. Un enfoque neuropsicológico cognitivo*. Barcelona: Ariel.
- Fuentenebro F, Díez-Alegria C, Nieto M y Valiente C. (2004) *Conceptos actuales sobre el delirio*. En *Tratado De Psiquiatría Vol. I*. Vallejo J y Leal C. (eds.). Barcelona: Ars Medica,
- Goldar, Rojas, Outes. (1994) *Introducción al diagnóstico de las psicosis*. Buenos Aires: Salerno.
- Jaspers, K. (1993) *Psicopatología general*. 2ª Edición, Méjico: Fondo de cultura económica.
- Kapur, S (2003) Psychosis as a state of aberrant salience: a framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia. *Am J Psychiatry.*,160(1), 13-23.
- Kapur, S., Mizrahi, R., Li, M. (2005) From dopamine to salience to psychosis—linking biology, pharmacology and phenomenology of psychosis. *Schizophrenia Re*, 79(1), 59-68.
- Kasanin, J. (1975) *Lenguaje y pensamiento en la esquizofrenia*. Buenos Aires: Paidós.
- Kimhy, D., Goetz, R., Yale, S., Corcoran, C., Malaspina, D. (2005) Delusions in Individuals with Schizophrenia: Factor Structure, Clinical Correlates, and Putative Neurobiology. *Psychopathology.*, 38(6), 15-19.
- Lahera Forteza, G. (2008) Cognición social y delirio. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 18(101), 197-209.
- Lahera G, Freund N, Sáiz-Ruiz J. (2012) Salience and dysregulation of the a. dopaminergic system. *Rev Psiquiatr Salud Ment.*, (3), 64-67.
- Lieberman, J., Stroup, T., Perkins, D. (2008). *Tratado de esquizofrenia*. Barcelona: Ars Médica.
- Mishara, L., Fusar-Poli, P.(2013) The Phenomenology and Neurobiology of Delusion Formation During Psychosis Onset: Jaspers, Truman Symptoms, and Aberrant Salience. *Schizophrenia Bulletin*, 39(2), 278–286.
- Mizrahi, R., Addington, J., Remington, G., Kapur, S. (2008). Attribution style as a factor in psychosis and symptom resolution. *G Schizophr Res.*,104(1-3), 220-227.
- Olivos, P. (2009) Delusional mind. Psychopathology of delusion. *Rev. Chil. Neuro-Psiquiat*, 47(1), 67-85.
- Rodríguez Sosa J, Touriño González R. (2010). Cognición social en la esquizofrenia: Una revisión del concepto. *Archivos de psiquiatría*, (73), 9.
- Roiser, J., Howes, O., Chaddock, Ch., Joyce, E., McGuire, Ph. (2013) Neural and Behavioral Correlates of Aberrant Salience in Individuals at Risk for Psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 39(6), 1328–1336.
- Roiser, J., Stephan, K., Ouden, H., Barnes, T., Friston, K., Joyce, E. (2009) Do patients with schizophrenia exhibit aberrant salience?. *Psychological Medicine*, (39), 199–209.
- Ruiz-Ruiz, García Ferrer et al. (2006). La relevancia de la cognición social en la esquizofrenia. *Apuntes de Psicología*, (24), 137- 55.
- Sass, L., Byrom, G. (2015). Perspectivas fenomenológicas y neurocognitivas De los delirios: un panorama crítico. *World Psychiatry*, (14),164-173
- Schneider, K. (2010) *Sobre el delirio*. Buenos Aires: Salerno.



WALTER AGUSTÍN GÓMEZ
 Psicólogo R3 Hospital Esteves de Temperley.
 Período 2015-2016.
walteragustin@hotmail.com

— Foto: Gerardo Roberto

General Conesa (o los caminos del deseo en las psicosis)

RESUMEN :: El siguiente trabajo retoma un caso tomado de mi práctica en una sala de internación del hospital Esteves para realizar algunas conceptualizaciones sobre las psicosis no orientadas por lo que “falta”. A su vez, esta perspectiva nos permitirá interrogarnos por modalidades alternativas de intervención en estos casos y su vinculación con el deseo.

PALABRAS CLAVE :: Deseo en las psicosis - Estabilizaciones en las psicosis

“GENERAL CONESA” (OR THE DESIRE’S PATH ON THE PSYCHOSIS)

ABSTRACT :: The next paper takes up a case taken from my practice in a hospitalization room in the Hospital Esteves to perform some conceptualizations about psychosis not oriented by “lack”. In turn, this approach will allow us to ask about alternative methods in these cases and its relationship with desire.

KEY WORDS :: Psychosis Desire - Stabilization in psychosis

“... Y ninguno que pase por delante adivinará que precisamente aquí, en lo deficiente, en lo reprochable, anida el flechazo de la exaltación amorosa del amador...”

WALTER BENJAMIN. Calle de mano única

INTRODUCCIÓN: TEMPERLEY

“Lo que pasa es que en las psicosis falta...” Seguramente, varios de los que leen estas líneas se habrán encontrado en alguna clase, supervisión o comentario al pasar con una expresión así. Este trabajo, aunque no refuta esas conceptualizaciones, tiene otra perspectiva, orientado por una pregunta precisa que recorre el espíritu de este escrito: ¿Cómo pensar y trabajar con las psicosis desde un enfoque no deficitario? ¿Hay alguna manera de pensar las psicosis que no sea desde lo que le falta, lo que no hay, lo que no puede? A su vez, ¿permite esta conceptualización una modalidad de tratamiento no ceñida a la perspectiva de acotar, limitar, orientar el goce? Trataré de articular estas preguntas con un caso clínico tomado de mi práctica en la sala de admisión del hospital Esteves. Les propongo acompañarme en este viaje. Primera parada...

SOBRE EL SUJETO: CHASCOMÚS

Que no hay sujeto. Que no hay transferencia. Que no hay amor. Todos modos de pensar la psicosis como deficitaria, a la que le falta algo.

El sujeto psicótico es el que manda a pasear la impostura paterna (LACAN 1958a). No se trata de que en las psicosis hay ausencia del sujeto del inconsciente, sino de que hay una función de lo inconsciente distinta de lo reprimido (LACAN 1958a). Entremos en la subjetividad del delirio de Schreber dice Lacan en la Cuestión Preliminar (LACAN 1958a). Entremos en la subjetividad del delirio de Gisela ahora.

Gisela tiene 42 años. Vive en Temperley. Trabaja como médica en el servicio penitenciario. Es especialista en emergen-

tología y otorrinolaringología. Esta es su segunda internación. Lo primero que me dice es: *“La policía está haciendo cosas que no son correctas, ellos están paranoides porque pensaban que yo sabía cosas del narcotráfico, me seguían, me daba cuenta porque soy muy perspicaz, me daba cuenta por el lenguaje corporal”*. Agrega: *“Además yo puedo saber cosas que otros no, tengo paranormalidades, es algo que me surge espontáneamente”*. Le pregunto cómo es eso. Me dice: *“Es como un olfato, un percibir cosas, es un olfato espiritual...”*. “¿Olfato espiritual?”, le pregunto. “Paranormalidades” me dice.

Sobre el motivo de internación refiere: *“Tenía todo arreglado para irme a México de vacaciones, y me agarró la policía porque no quieren que me vaya, ellos están metidos en el narcotráfico. Y les grité a los policías porque no dejan moverme, se meten en mi casa, están esperando para entrar... están paranoides, saben que soy perceptiva y tienen miedo que los denuncie, pero yo solamente los denunciaba verbalmente”*. Me vuelve a hablar de sus telepáticas: *“Yo puedo hablar telepáticamente con un chico que estaba secuestrado, lo secuestraron los narcotraficantes, él mató a un chico que me iba a matar a mí, por eso yo lo ayudé telepáticamente. Para hablar tengo que subir a quinta dimensión”*. Le digo: *“Ah, ¿tenés que subir a quinta dimensión para hablar?”*

Tomaré la diferenciación lacaniana entre campo del lenguaje y función de la palabra para pensar las diferencias entre neurosis y psicosis.

En el campo del lenguaje del lado de las neurosis tenemos la cadena significante: significante que se encadena a otro significante (metáfora, metonimia) produciendo efecto de significación. Hay función dialéctica (LACAN 1953).

¿Cómo funciona el campo del lenguaje en las psicosis? Hay significación que remite a sí misma, a la significación en cuanto tal. Hay cadena rota (LACAN 1958a). “Paranormalidades” diría Gisela.

Ahora bien, ¿aporta esta diferenciación algo que no haya estado ya en la psiquiatría? ¿Hay algo de esta diferenciación que no se haya dicho con el concepto psiquiátrico de fenómeno elemental? ¿Nos sirve de algo diagnosticar en este nivel? Encontré un fenómeno elemental en el caso; ¡muy bien! ¿Y ahora...?

SOBRE LA TRANSFERENCIA: LEZAMA

Recordemos que Freud advierte sobre las dificultades que implica el tratamiento de casos de psicosis en torno a la falta

de disposición a la transferencia (FREUD 1914). Ahora bien, es necesario introducir una paradoja: el caso Schreber es trabajado por Freud desde la transferencia con Flechsig: el "ocasionamiento de la enfermedad" es el avance de la libido homosexual y su rechazo (FREUD 1911). Es en esta línea en la que se ubica Lacan: "Es, en suma, una transferencia, que ciertamente no debe tomarse del todo en el sentido en que ordinariamente la entendemos..." (LACAN 1955-56). Es decir: hay transferencia, aunque no al modo de la neurosis. No es que no haya, no es que sea deficitaria con respecto a la neurosis, sino que es diferente. Habrá entonces una diferencia en el manejo de la transferencia.

Ya hablamos de las diferencias neurosis-psicosis en el nivel del campo del lenguaje. Ahora nos referiremos a las diferencias en el nivel de la función de la palabra o del habla: hablar es, antes que nada, es hablar al Otro (LACAN 1955-56). ¿Para qué habla el neurótico? El neurótico habla para demandar el objeto a al Otro (LACAN 1967): se demanda aquello que completaría al sujeto: el neurótico habla para demandar. Ahora bien, Lacan refiere que el psicótico tiene el objeto a en el bolsillo (LACAN 1967): el psicótico no se sostiene del Otro por el objeto a. ¿Para qué habla entonces el psicótico? La palabra del psicótico toma el valor de testimonio (LACAN 1955-56): el psicótico presenta un relato de lo que le sucede, lo que el Otro le hace: un testimonio que al principio resulta inaccesible porque no demanda nada: hay posición de certeza; es un discurso que no toma al analista. ¿Qué función del analista equivalente con la posición de testimonio? La función de secretario del alienado (LACAN 1955-56): aquel que registra el testimonio, tomando el relato al pie de la letra. Ahora bien, haciendo un recorrido histórico de esta función, podemos decir que es Falret el que lo introduce (DE BATTISTA 2015): allí el alienista recomendaba no colocarse en esa posición ya que implicaba una posición pasiva: ubicarse como secretario del alienado implicaba ser un simple anotador de sus acciones, cuando en realidad se trataría de intervenir de manera activa aislando los signos de la enfermedad mental de su fondo moral (FALRET 1864).

Gisela comienza a contarme algo más de su historia. Empieza por contarme de su familia. Sobre su madre me dice: "No la quiero ver, tengo un rechazo casi olfativo, ella me está rechazando desde que estoy en la panza, siempre fue así... tuve una infancia difícil, fue un poco mi abuelo el que me ayudó, él me contenía en lo emotivo y mi papá, que en realidad es mi padrastro, pero es mi papá, me sostuvo desde lo emocional". Le pregunto cómo es eso. Me dice que a los 16 años su madre le dijo que su padre no era su padre biológico, pero que esa noticia le produjo paz, "porque el amor de mi papá no era sanguíneo, era más real... mi papá tuvo un acv

cuando tenía 22 años, y ya no me pudo defender más de mi mamá... es como si estuviera muerto". Gisela comenzó a estudiar medicina a los 18 años, momento en que se muda a La Plata y va a vivir con su abuelo a esa ciudad.

Su abuelo fallece pocos meses antes de su primera internación, hace cuatro años. Sobre la primera internación me cuenta que estaba en un congreso de otorrinolaringología sobre implantes cloqueares en San Marín de los Andes. Se hospedaba en un hotel de esa ciudad. En ese momento, estaba "conociendo" a un compañero de trabajo, Wenceslao. Dice "Yo estaba hospedada en un petit hotel, que es de Lewis, el multimillonario inglés. Wenceslao estaba ahí pero in fraganti, cada vez que nos íbamos a encontrar nos separaban, se preparaban como para que nos encontráramos y en una fiesta apareció el plato de él, y él no estaba: querían hacernos encontrar pero no podían porque el presidente del hotel no sabía que él estaba, querían hacer de celestino y les salió mal". Le pregunto cómo se daba cuenta de eso, y me dice: "Sabía que él estaba ahí porque me lo hacían entender, decían "acá falta alguien"... él estaba escondido... en el Lago Escondido... era como un chiste... me desquició eso, quisieron hacer de celestinos y eso salió mal."

Gisela me cuenta más de sus "paranormalidades". Me explica: "Todos están en la tercera dimensión, yo estoy en quinta... cuarta dimensión es de transición". Comenzó con estas luego de su primera internación. Trato de vincular "quinta" con alguna dificultad que tiene en "tercera". Efectivamente, me dice que luego de su primera internación se volvió "algo asceta, no me siento cómoda con hombres porque falta lealtad del lado masculino, me falta el hombre, hoy hay mucha inmadurez. Hoy soy más célibe". Pienso que "quinta" es un intento de lazo al Otro, pero Gisela me dice, especificando sobre "quinta": "A quinta llegas después de pasar muchas adversidades: uno va aprendiendo el desapego: que las cosas que pasan no te movilizan emocionalmente". Le pregunto por el desapego. Me dice: "La última parte del desapego en quinta, es de las personas..."

Gisela se empieza a dirigir a mí de un modo particularizado. Por ejemplo, a sus comunicaciones telepáticas en quinta comienza a llamarlas "comunicaciones telefónicas". Le pregunto y me dice "Le digo así porque si digo telepatía van a pensar que soy esquizofrénica". Le digo que está bien que las llame así. En las entrevistas que tenemos en conjunto con mi compañero psiquiatra, cada vez que Gisela dice "eso lo sé por una comunicación telefónica", me mira con complicidad. Yo le contesto con un gesto de "sí" con la cabeza de manera cómplice también. Me convertí en su secretario. Pero Gisela aún se dirige hacia el desapego de las personas. Y me preocupa. ¿Alcanza con ser el secretario?

¿LIMITAR EL GOCE? UNA PREGUNTA EN CASTELLI

Es conocido aquel texto de Soler en el que indica tres modalidades de intervención en los casos de psicosis: un silencio abstinente (en el que podríamos ubicar la versión del secretario del alienado), una orientación del goce y, a la vez, una limitación del goce a partir de ciertos significantes ideales del paciente (SOLER 1987). Se trataría de una vertiente un tanto paradójica ya que apuntar a una limitación del goce implicaría la existencia de un padre garante de esa regulación, lo que supuestamente falta en las psicosis (DE BATTISTA 2015). ¿O se trataría del psicoanalista como prescriptor de ideales? En este nivel, parecería que la función del psicoanalista no se diferenciaría de las respuestas típicas que se han dado a la locura: la limitación, ya sea mediante la nave de locos, los muros o el chaleco químico. Variantes a niveles tácticos (muros, chalecos, significantes ideales) que no cambiarían la posición política: limitar (LACAN 1958b).

De todos modos, es una vía que intento con Gisela. Vía que resulta infructuosa y que no fue sin consecuencias. En una de las entrevistas Gisela me cuenta de su madre y de lo que le cuesta escapar de “sus garras”. Dice: *“Desde que falleció mi abuelo, no tengo nadie que me defienda de mi mamá. Ella es umbanda, kai umbanda, usa el oscurantismo, ella tiene relaciones homosexuales con su vecina, eso lo vi y lo escuché”*. Trato de señalarle (motivado por una supuesta limitación del goce) que con las paranormalidades, ella queda internada y a disposición de su madre. Gisela me dice: *“¿Cómo puedes decirme eso? No tiene nada que ver”*. La noto indignada. Me hace notar que me equivoqué. En ese momento, no tengo nada más para decirle.

¿Qué operación podemos hacer que sea específicamente psicoanalítica? ¿Existe algún modo de que en todo caso la limitación del goce se dé, por decirlo de alguna manera, por añadidura?

¿INTRODUCIENDO a? UNA PREGUNTA EN DOLORES

Ya con la conceptualización del objeto a, Lacan da otra versión de la función del analista en cuanto a la maniobra de la transferencia en las psicosis. Refiere que la maniobra consiste en la incorporación por parte del analista de ese objeto extraño, del objeto a (LACAN 1962-63). Leo esta cita a partir de la siguiente referencia: *“Estas soluciones tienen*

una relación estrecha con lo que al Otro le falta, con la posibilidad de construir un Otro al que le falte algo que ellos puedan colmar. En cierto sentido es inverso a lo que Freud propone para el neurótico, quien busca más bien en el analista a alguien que complete su narcisismo perdido y por lo tanto prefiere la cura por el amor a la cura analítica: es a él a quien le falta, y le demanda al Otro el objeto que lo colme. El psicótico más bien parece apuntar a descompletar al Otro, encontrarlo deseante y preocupado, construir esa falta para luego poder alojarse en ella. En cierto sentido, intenta generar una falta en el Otro que le concierne para instituirse así como amante, que pueda luego pasar a ser amado. Pero el paso fundamental parece ser que a partir de esa falta instalada en transferencia pueda volverse deseante” (DE BATTISTA 2015).

Al momento de atender a Gisela, no conocía estas referencias. Pero es la misma Gisela la que me guía por este camino. La entrevista siguiente a mi paso en falso, noto a Gisela más reticente. Estamos los dos sentados en el consultorio un par de minutos, y no nos decimos nada. Hasta que se da el siguiente diálogo, iniciado por Gisela:

-“¿Querés saber cómo es quinta?”

-“Eh, sí...”

-“Bueno, ahí va... escucha lo que te voy a decir, me voy a comunicar telepáticamente con vos”. (Gisela me mira muy fijo por unos segundos, y luego cierra los ojos. Hace mímica como haciendo fuerza, con los ojos aún cerrados).

-(En ese momento yo pienso: si escucho algo: ¿qué hago...?)

-¿Y, qué te dije?

-No se Gisela... no escuché nada...

-Ah, sí, lo sospechaba...no estás preparado para quinta todavía... pero no importa, de a poco lo vas a poder ir haciendo... te pregunté tu apellido...

No se trata de que en las psicosis no hay deseo, sino más bien que el deseo no es regulado, simbolizado por la ley del padre. Lacan destaca que, a pesar de esta no regulación inicial, el psicótico intenta instaurar un deseo en el Otro (LACAN 1957-58). Hoy leo, en ese momento, el intento de Gisela de instituir un deseo en el Otro: desde una madre “kai umbanda” hacia un psicólogo “de tercera”: *“... creemos que es el establecimiento de este significante de una falta en el Otro lo que resulta fundamental para la transferencia analítica en las psicosis. Pareciera tratarse de un significante de falta que surge en la relación transferencial, indica un deseo y comanda luego una configuración que permite al deseo sostenerse, operándose una suerte de transferencia de deseo. Se produciría de esta manera una modificación de la relación a ese Otro primordial no barrado, cuyo deseo no ha sido simbolizado, y que puede actualizarse en transferencia, para dar paso a otro deseante*

que no por eso resulta enigmático, sino que aporta una experiencia de deseo y que puede dar lugar a nuevas maneras de vincularse con los demás” (DE BATTISTA 2015).

Tal vez esta introducción de la falta en el Otro permitirá la orientación por el deseo de la paciente, produciendo, por añadidura, la limitación del goce.

UN LLANTO EN GENERAL MADARIAGA (MÁS UNA APARICIÓN)

Los intentos por ubicar algún referente (sea o no familiar) de Gisela los iniciamos pocos días después de la internación. Ella me decía que no quería que se enterara su madre de la internación; yo le hago caso y no la llamo. De a poco los contactos con los que contábamos en la historia clínica van cayendo: uno de los policías que la trajo al hospital es conocido suyo, pero me dice que no la puede ayudar porque *“hay una denuncia de por medio, y yo no puedo tomar parte... si no fuera así, ayudaría. Lo que sí, acá tenemos las valijas que ella tenía cuando se peleó con mis compañeros en la calle”*. Por otro lado, llamo a una amiga que había sido la persona con la que salió en la internación anterior. Me dice *“Yo no la voy a ayudar más, yo la saqué en la internación anterior y a los meses me acusó que la quería matar... está enferma, y no quiere hacer el tratamiento, no tiene que salir de ahí”*. Yo voy compartiendo estas novedades con Gisela. Le digo que trate de recordar algún número, algún otro contacto. Se mostraba muy preocupada por sus valijas, así que llamo a la comisaría para pedir que las traigan al hospital. El comisario me dice *“Nos comunicamos con la madre, y se las dimos a ella”*. Cuando le cuento esto a Gisela, comienza a llorar de manera desconsolada, como pocas veces vi llorar a alguien. *“Ahora no voy a poder salir nunca de acá”* me dice. Yo simplemente estoy. El llanto duró varios minutos. Lo que sigue puede parecer misterioso, *“paranormal”*, pero lo recuerdo así. Cuando Gisela se calma un poco, le digo:

-“Necesitamos encontrar un contacto Gisela...”

-“Tengo un primo, es delegado en Don Bosco creo, pero no tengo el número...”

-“Lo puedo buscar...”

-“¿Sabes quién es Don Bosco?” Gisela sonríe con suspicacia.

-“Sí... yo fui a un colegio Don Bosco...”

-(Gisela me mira y yo ahí leo *“¡Ves, lo paranormal existe, hombre de poca fe!... anda y llama”*).

-Le hago caso y voy a buscar el teléfono de la delegación municipal de Don Bosco. Lo encuentro en una página perdida

en internet. Mi fe no se incrementaba: tenía que ser el teléfono correcto, que su primo (Rubén su nombre) fuera el delegado, y que el delegado estuviera en la delegación (esto último sería verdaderamente un milagro). Llamo.

-“Hola”.

-“Hola, sí, quería hablar con Rubén”.

-Sí, ahí te paso. ¿De parte...?

Milagro cumplido: se veía una luz al final del camino.

SOBRE EL AMOR: VIENDO AMANECER EN VALERIA DEL MAR

¿No es para Schreber el amor a su mujer una solución? Está ahí, en el Esquema “I”. Retomo la pregunta de De Battista: *“O quizás, en el caso de la psicosis, ¿no se trataría de un deseo que hace condescender el goce en el amor?”* (DE BATTISTA 2015).

Gisela comienza, en algunas entrevistas, a enseñarme cómo hacer para entrar en *“quinta”*. Sus enseñanzas son infructuosas. Poco a poco, Gisela deja de hablar de *“quinta”* para empezar a hablar de cosas de *“tercera”*: sus ganas de retomar las guardias hospitalarias, hacer trabajos de florería en su casa. Gisela, finalmente, luego de tres semanas de internación, comienza con las salidas terapéuticas, acompañadas por su primo Rubén. Las mismas se desarrollan de manera satisfactoria. Le pregunto, en los regresos de la salida, por las comunicaciones en quinta dimensión. Me dice que eso lo habla solamente conmigo, que es algo *“subterráneo: ahora no quiero entrar en quinta, quiero hacer mi vida en la tierra. Ahora no estoy conectada y me siento en paz, igual no puedo estar en quinta por la medicación, pero tampoco voy a dejar la medicación para estar en quinta, ahora quiero estar con los pies en la tierra, después de unos meses, veré”*. En otra entrevista luego de la vuelta de la salida terapéutica, Gisela me dice: *“Ahora estoy muy acá, no quiero pasarme de la línea”*. Le pregunto qué sería eso. Me dice: *“Salirse de la línea, la alienación, cuando perdés contacto con la realidad, yo la perdí varias veces”*. Le pregunto si estar en tercera tiene algunos beneficios. Me dice: *“No es tan diferente a quinta... ahora estoy hablando por facebook, con un chico que conocí en el trabajo. Le conté que estuve internada. Pero no sé...”*. Noto en Gisela cierta suspicacia al contarme de este hombre. Le pregunto:

-“¿Y este chico?”

-“No sé qué quieres que te diga...” (se ríe). Pero luego se pone muy seria. Me dice: *“Soy una médica que toma medicación”*

psiquiátrica, que estuvo internada... ¿Qué le voy a dar?
¡Problemas!

-“Sí, casi seguro. Pero por ahí eso es lo que le atrae de vos”.

De tener que recurrir a quinta dimensión para contactar a un Otro (y en el horizonte, el desapego), a tener que esperar a que su amigo se conecte en facebook. Esa fue nuestra última entrevista. Gisela enuncia que puede darle problemas, “una médica que toma medicación”; Gisela enuncia que puede darle su falta. Es lo que trato de devolverle. Como ya lo dijo el Maestro:

*I can give you my loneliness, my darkness, the
hunger of my heart; I am trying to bribe you
with uncertainty, with danger, with defeat.*

JORGE LUIS BORGES. Two English poems

¿No enuncia Gisela la fórmula del amor...?

“RECALCULANDO”. A MODO DE EPILOGO: GENERAL CONESA

Dice Lacan: “...¿cómo hacen los así llamados usuarios de las carreteras cuando no hay una carretera principal, cuando es

preciso pasar por carreteras secundarias para ir de un punto a otro? Siguen los indicadores colocados a orillas de la carretera. Es decir que cuando el significante no funciona, eso se pone a hablar a orillas de la carretera principal. Cuando no está la carretera, aparecen carteles con palabras escritas. Acaso sea la función de las alucinaciones auditivas verbales de nuestros alucinados: son los carteles a orillas de sus caminos” (LACAN 1955-56).

En una de las entrevistas, Gisela me dice: “Está todo cambiado, la policía delinque, antes yo pensaba que la policía estaba del lado de la justicia...” Le pregunto qué le pasó cuando se dio cuenta de esto. Piensa unos segundos y me dice, como sintiendo en el cuerpo cada palabra que enuncia: “Es como ir por una ruta con una buena senda, doble mano y luces, y de repente no tenés luz ni nada pintado... ¿Qué haces?... En el '99 queríamos amanecer un día en un lugar original, fuimos a Valeria del Mar pero me equivoqué de ruta, se cortó la luz y no veía nada, entramos a un pueblo, General Conesa, y ahí me dieron instrucciones, llegué a Valeria del Mar, y amanecí en Valeria del Mar...”. Le digo que este lugar puede ser General Conesa.

Parafraseando: queda para el futuro decidir si este escrito contiene más delirio del que yo quisiera, o este escrito, más verdad de lo que parece creíble.

Llegamos a nuestra última estación... por ahora, ya que tenemos muchos más caminos por recorrer, aún...

BIBLIOGRAFÍA

- 1-BENJAMIN, W. (1928). Calle de mano única. El Cuenco de Plata, Buenos Aires, 2014.
- 2-BORGES, J. L. (1934). Two English Poems, En *Obra poética*, Emecé, Buenos Aires, 2002.
- 3-DE BATTISTA, J. (2015). EL deseo en las psicosis. Letra Viva, Buenos Aires, 2015.
- 4-FALRET, J. (1864). Des maladies mentales et des asiles d'aliénés: leçons cliniques et considerations generales. JB Bailliére.
- 5-FREUD, S. (1911). Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia («Dementia Paranoides») descrito autobiográficamente. En *Obras Completas Vol XII*, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 2008.
- 6-FREUD, S. (1914). Introducción al Narcisismo. En *Obras Completas Vol XIV*, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 2008.
- 7- LACAN, J. (1953). Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis. En *Escritos I*, Siglo XXI Editores, Buenos Aires, 2010.
- 8 -LACAN, J. (1955-56). El seminario. Libro 3: “Las psicosis”, Paidós, Buenos Aires, 2006.
- 9-LACAN (1957-58). El seminario. Libro 4: “Las

relación de Objeto”, Paidós, Buenos Aires, 2006.

- 10-LACAN, J. (1958a). De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis. En *Escritos II*, Siglo XXI Editores, Buenos Aires, 2011.
- 11-LACAN, J. (1958b). La dirección de la cura y los principios de su poder. En *Escritos II*, Siglo XXI Editores, Buenos Aires, 2011.
- 12-LACAN, J. (1962-63). El seminario. Libro 10: “La Angustia”, Paidós, Buenos Aires, 2006.
- 13- LACAN, J. (1967). Breve discurso a los psiquiatras. Inédito.
- 14-SOLER, C. (1987). Estudios sobre las psicosis. Ediciones Manantial, Buenos Aires, 1992.

NOTAS

- 1- ¿No es parte de la definición del goce ser siempre en exceso? Exceso de goce sería entonces un oxímoron.
- 2- De la internación anterior, en la historia clínica consta un certificado de un centro de Salud de San Martín de los Andes, en el que se lee “Descompensación psicótica”. De allí es trasladada

a esta institución.

- 3- Este relato tiene varias versiones. En otra ocasión, Gisela me cuenta que Wenceslao estaba secuestrado allí. Lo que se mantiene invariante es “...era como un chiste... estaba escondido en el Lago Escondido...”
- 4- Una expresión muy acertada que escuché de Leonardo Leibson refiere que no se trata en las psicosis de que no opera el padre, sino de que opera forluido.
- 5- Se refiere a casos de psicosis.
- 6- Finalmente, me comuniqué con su madre. Me dijo que no se quería acercar al hospital, que no quería saber nada con Gisela. Le pido que al menos acerque las llaves de la casa de Gisela (ella vivía sola, y no tenía las llaves de su casa en su poder ya que estaban en la valija). Nunca apareció.
- 7- Puedo darte mi soledad, mi oscuridad, el/hambre de mi corazón; Estoy tratando de sobornarte/con incertidumbre, con peligros, con derrotas.
- 8- También este escrito implica un “recalcular” mis conceptualizaciones en torno a las psicosis y el tratamiento de las mismas. Este trabajo es mi “General Conesa”



El internauta

LIC. TOMÁS PAL

Residente de psicología clínica de tercer año período 2015-2016.
Hospital Parmenio Teódulo Piñero.

tomas_pal@hotmail.com

— Foto: Cecilia Alfaro



RESUMEN :: En el presente trabajo se intentará problematizar la segregación dentro del campo de la salud mental, tomando como material el tratamiento de un caso de psicosis en el hospital público. A su vez, se procurará reflexionar acerca de los dilemas éticos con los cuales se encuentra el residente de salud mental en la práctica cotidiana y sus posibilidades de acción.

PALABRAS CLAVE :: segregación - psicosis - internación.

THE INMATE

ABSTRACT :: The present paper attempts to introduce the problem of segregation in the field of mental health. The material has been taken from a case of psychosis in a public hospital. At the same time, it will seek to reflect on ethical dilemmas about the resident's everyday practice and his potential of action.

KEY WORDS :: segregation - psychosis - hospitalization.

Siendo las 20:30 horas de alguna noche de invierno del año 2013, el inexperto e inmaculado nuevo residente se dirige hacia la guardia externa de su hospital, tras recibir la noticia de que un paciente *del* servicio intentó quitarse la vida el día de ayer. Viste un ambo azul zafiro planchado minuciosamente para la ocasión. ¹ Al llegar, la sensación es inminente: tendría que haber elegido otro color. Algo más belicoso no habría sido desafortunado.

Una vez dentro del edificio, al cual en adelante habrá de referirse como “*la trinchera*”, se inmiscuye junto a su ya experimentada compañera en la sala de cuidados intensivos. Vagabundea por los pasillos una densidad no matematizable. Allí está P. Intubado, lastimado, abismado, agrisado, confortablemente adormecido... silencioso. Cuatro días más tarde sería trasladado a la sala de internación de psicopatología.¹¹ Motivo de internación: poca adherencia a la vida.

ALGUNAS CONSIDERACIONES ACERCA DE PILLAR CONTRA EL VIENTO

P tiene 52 años y ha transitado aproximadamente diecisiete internaciones a lo largo de los últimos treinta años. Presentó consumo problemático de sustancias a sus 17¹¹, acompañado por conductas delictivas, frecuentando un instituto de menores tiempo más tarde. El comienzo de sus descompensaciones está detallado en la historia clínica hacia sus 20 años, momento en el cual tuvo un accidente de tránsito con traumatismo de cráneo y pérdida de conciencia.

Arribó a nuestro servicio en el año 1997, recibiendo el diagnóstico de esquizofrenia paranoide.

Reconocido viandante del anchuroso campo de la *cerebrofarmacología* y en conformidad con el *protocolo internacional*,¹⁴ ha recibido los siguientes fármacos en diversas dosis: haloperidol, haloperidol decanoato, risperidona, olanzapina, clozapina, biperideno, divalproato de sodio, citalopram, clonazepam, lorazepam, entre otros.

Si bien su cuadro psiquiátrico ha variado con el transcurso del tiempo, P ha presentado con una frecuencia cada vez mayor: ideación delirante polimorfa, megalómana y paranoide de perjuicio. Alteraciones en la sensopercepción. Marcada hipertimia displacentera. Ideación autolesiva, ideas de muerte e intentos de suicidio. Además, años atrás sufrió la amputación de una parte de su mano. P tuvo un accidente en su hogar; la herida fue descuidada, semanas más tarde se infectó y “*hubo que cortar*” -así lo refiere él. Dicha pérdida hartas veces se ha nucleado en su producción delirante, suscitándole un alto riesgo de hacerse daño. Por otro lado, y en estrecha relación con el cuadro descrito anteriormente, ha intentado sobrellevar un progresivo decrecimiento en la continencia familiar.

Ahora bien, preguntándome qué sucedería de realizarse una mixtura entre las conversaciones de pasillos, los criterios del DSM y el psicoanálisis en su versión más aberrante, llegué a confeccionar un nuevo diagnóstico, el cual considero cobra todo su valor en la coyuntura de la discusión que nos convoca. Llamémosle TPG: *Tras-*



torno de pobreza generalizada. Entre sus criterios podríamos incluir: a) desaseo continuo en un período de tiempo mayor a 6 meses, b) bajos recursos económicos, c) insuficientes recursos simbólicos (o “tela”). El orden establecido no es más que la contrapartida de lo casual: sin dinero para comprar la máquina, no hay tela. Fragmento extraído de un libro que jamás escribí, llamado “Correspondencias imaginarias con interlocutores difíciles de roer”. Capítulo VII. “David Kupfer”. Continuemos. En los últimos años, P cursó cuatro internaciones en nuestro servicio, sumando entre ellas un total de 438 días. Nada mal. Tomaré como punto de partida la tercera de ellas, momento en el cual comencé a hacerme cargo de su tratamiento psicoterapéutico, semanas previas al inicio de mi rotación por la sala de internación.

En dicho período, el paciente le demandaba enfáticamente al discurso médico una nueva mano humana. Comencé a verlo diariamente. Debido al polimorfismo de su delirio en vías de expansión, procuré que conversásemos en los pasillos o el parque de la sala, poco tiempo, muchas veces al día. A menudo me decía una y otra vez: “Doctor, quiero ser rey”.^v

LA EXPEDICIÓN

Ya en ese entonces era posible percibir el pronunciado malestar debido a la impotencia que suscitaba el continuo fracaso —es un error denominarlo así— de las estrategias adoptadas durante los últimos años. Tras analizar nuevamente el mosaico de remotísimas posibilidades, acordamos propiciar la adherencia al tratamiento farmacológico de P, quien hacía tiempo tenía a disposición una generosa cornucopia de fármacos. Instituyentismo mediante, se nos ocurrió la traviesa idea de sugerirle a P una propuesta jamás planteada hasta ese entonces: que concurriese diariamente a tomar su medicación al centro de salud, el cual quedaba, exagerando, a unos 85 metros de su casa *en línea recta*.

Nos comunicarnos con los profesionales del mismo, quienes aceptaron de buena gana nuestra propuesta. Reunimos un equipo de salida conformado por un residente médico (el doctor H), un psiquiatra perteneciente al equipo de post alta y la jefa de unidad de psicopatología. Allí nos aguardaba un médico conocido, quién nos presentó a las enfermeras a cargo, las cuales llevarían adelante la tarea, en apariencia sencilla, de darle diariamente la medicación a P. Ellas dijeron: “Claro que lo conocemos a P. Era muy malo”, y nosotros respondimos tímidamente: “tiene una sonrisa aterciopelada”. Extática travesía, transcurría sin sobresaltos. Percibía en mis colegas cierta dificultad al andar ya que había llovido todo el fin de semana. Barro, barro y más barro. Resbalones cirqueños, botas sucias, piernas erguidas, flamantes flamencos de la salud mental. Una estampita en mi memoria.

Momentos más tarde nos dirigimos hacia la casa de P, cuya madre, la señora X, nos aguardaba estáticamente en la entrada. Pautamos los últimos detalles del nuevo plan. Ella se encargaría de darle su medicación en el horario de la noche; motivo por el cual debería asistir al hospital quincenalmente para retirar la medicación y llevarla al centro de salud. A su vez, intentamos ser cristalínamente ^{vi} claros en cuanto al riesgo de que P se autoadministrase la medicación: *poca adherencia a la vida*.

Minutos luego nos encaminamos hacia la iglesia con miras a conseguir algún grupo de apoyo al cual P pudiera comenzar a asistir. Sin éxito. Hacia las 13 horas dimos por finalizada nuestra expedición y regresamos al hospital con los rostros laureados.

LA ORTOPEDIA ANTI DELIRIO

El ante último día del quinto mes del año 2014 recibimos una noticia impostada de éxito. Casi aproximadamente mil días después de haber iniciado los trámites y pedidos correspondientes, la ortopedia de P estaba lista. Ello suscitó un ronroneo de falsas suposiciones. Entre ellas, que P quizás finalmente interrumpiría su querrela, dejando de solicitar que “*le pusieran una nueva mano*”, ya fuera un implante o en su defecto, una de carne humana.

Considero que es fundamental poder diferenciar la direccionalidad de los pedidos de P. Al psicotiquear, solicitaba una mano nueva, manifestando la posibilidad de que le creciera alguna vez. Lo cual permite visualizar sin duda alguna la ausencia de la categoría de lo imposible en su ideación delirante. Luego de su compensación, comenzó a preguntarnos acerca de la posibilidad de que le arreglasen la misma; ya fuera con una prótesis o vía una nueva cirugía. La diferencia es absoluta.

Días más tarde, P volvía a reclamar una nueva mano humana y reverberaba en los pasillos que “*no había respondido a la ortopedia según lo esperado*”.

Habría sido ciertamente más atinado concluir que esa no era la ortopedia que todos esperábamos.

Debido a la finalización de su rotación por la sala de internación, el doctor H le derivó al doctor J a P, quien para ese entonces comenzaba con sumo entusiasmo y furor su último año de residencia. Se había formado un nuevo equipo de trabajo.

Al fin y al cabo la ideación delirante cesó. Dos semanas después, P recibió el alta, su madre retiró la medicación correspondiente a los próximos quince días y pusimos en marcha el plan acordado.

AGENTES DE SALUD AL TELÉFONO

Cualquiera de los 57 días que transcurrieron entre internación e internación:

“Buenos días señora X, ¿se encuentra P? Le habla su psicólogo, Tomás Pal... ¿Salió?, ¿en la bici?! Por favor dígame que pase por el hospital en cuanto pueda... ¿sabe si está yendo al centro de salud los mediodías a tomar su medicación...? ¿Nunca?! Señora X, es sumamente importante que P tome su medicación. ¿Ha vuelto a decir cosas raras? No se preocupe, vuelvo a llamarla mañana. Buenas tardes”.

P comenzó a venir esporádicamente al hospital, algunas veces a comer, otras tan solo de visita. Afirmaba estar tomando la medicación correspondiente a la dosis nocturna, más no había ido nunca al centro de salud. ^{vii} Junto al doctor J le explicamos que era importante atenerse al plan (a ambos) y, tras hablar nuevamente con la señora X evaluamos si la dosis de medicación que estaba tomando sería suficiente —¿para? No obstante lo cual, P no había vuelto a desplegar ideación delirante ni mostraba riesgo de lastimarse a sí mismo. Volvimos a citarlo a la brevedad y aguardamos.

Las cosas transcurrieron sin mayores sobresaltos hasta que la primera semana de agosto P se presentó en el servicio. Había vuelto a presentar ideación delirante. Llevamos a cabo una reunión en la cual también decidió participar el doctor H. Durante el decurso de la misma evaluamos estrategias a adoptar, anticipando aquello que P pudiera llegar a decirnos.

Momentos luego lo invitamos a un consultorio para conversar. A continuación nos dijo sin más: “Doctores, tengo una antena en la mano y me pueden leer los pensamientos desde ahí”. Su mirada era de ojos vidriosos, azulada. Había pensado en cortarse.

Tras finalizar la evaluación psiquiátrica le comunicamos que creíamos conveniente se quedara unos días con nosotros para estar más tranquilo. Aceptó. Luego llevamos adelante el llamado número 58. La señora X afirmaba enfáticamente que P había tomado diariamente su medicación nocturna. Creerle era riesgoso, pues suponía replicar el sempiterno retorno a la *regla de oro* de la cerebrofarmacología: *“Si el paciente empeora, argüir que no ha estado tomando su medicación”*. No seamos ingenuos, era una posibilidad.

Ya no importaba; P volvía a la pizarra y eso podía significar un problema.

TRANSITAR LA MUERTE SIMBÓLICA

Advertido del pedregoso escenario hacia el cual nos dirigíamos, le solicité al doctor J que continuase tratando a P durante la internación, pues de lo contrario las cosas serían harto complicadas. Ello suponía un pedido excepcional, pues tan solo los residentes rotantes por sala atendían pacientes internados. Sin medidas ni condiciones, el doctor J aceptó mi propuesta antes de la primera bocanada de aire.

Bastaron acaso algunos días para que en la máquina pase de sala *-quot capita tot sensus-* comenzara a re instalarse el plan respecto a qué hacer con P. Se remarcaba el siguiente dato de color: en los últimos dos años, P había transcurrido al menos uno de ellos internado en nuestro servicio, una sala de internación de agudos. Inadmisibles.

Más aún, debido a que P “continuaba loco” y persistía el alto riesgo de lastimarse a sí mismo, rápidamente se concluyó que debían tomarse cartas en el asunto. Asimismo, se argumentó que tan solo iba desde su casa al hospital y se la pasaba tomando mate: *“eso no es vida”*. Le elevo pues la pregunta al lector, sentado, espero, incómodamente en su silla: ¿quién sabe qué es vivir?

Minutos más tarde la discusión había finalizado y la próxima estación era *“Turdera”*.

Ahora bien, el supuesto nombre de esta institución es incorrecto y francamente engañoso. “Turdera” es precisamente la localidad en la cual está situada, cuya basta dimensión hizo que su búsqueda en el mapa resultase harto problemática. El nombre correcto es *“Clínica privada de reposo nuestra señora de Betharran”*; soñado lugar para incluir una nueva rotación en el programa: exclusión social.

Momentos luego me reuní con el doctor J para informarle acerca de las noticias. Sumamente irritados decidimos llamar al doctor H. Pautamos una nueva reunión para el día siguiente.

El contexto era más que propicio para supervisar el caso, motivo por el cual decidí realizar un recorte del mismo, el cual presenté en el espacio de supervisión correspondiente al dispositivo de rotación por sala de internación. Tomé la decisión metodológica de establecer un material de corte psiquiátrico-institucional, *anti* psicoanalítico, cuyo objetivo era visibilizar problemas y evitar el deslizamiento del análisis en cuestión hacia focos más tibios.

El fracaso fue rotundo y la supervisora, entre otras cosas, me dijo: *“Tomás, tenés que aceptar tu propia castración”*. ¿Hace falta dejar por escrito el enorme hastío que sentí? Absolutamente. Hasta el día de hoy elijo pensar que no constituyó más que la elección de una pésima metáfora.

Algunas semanas después, P ya había dejado de delirar y no presentaba riesgo o intenciones de hacerse daño. Aún así, en los pases del lunes la trabajadora social tomaba la palabra informando al resto que había comenzado a gestionar la derivación de P a una institución de puertas cerradas. Nos encontrábamos

ante un falso trilema: hacernos a un lado, avalar la decisión -¿no será lo mismo?- o tomar cartas en el asunto. De cualquier modo debíamos mantener la cautela.

Fue así que el doctor J, de estilo cítrico, definible por sus quirúrgicas y rapiñas argumentaciones, comenzó a asistir a las reuniones para tomar la palabra. La situación podía tan solo empeorar. Debido a la notable mejoría de P, objetamos planteando la posibilidad de que comenzara a tomarse permisos diarios de salida con miras al alta y la vuelta a su hogar junto a su madre: ¡no ha lugar!

Nuestra propuesta fue instantáneamente desestimada, bajo el contra argumento de que resultaba hartamente contradictorio otorgarle permisos de salida mientras se gestionaba su derivación, cuyo criterio era ni más ni menos que el riesgo para sí. Tan solo un compañero se manifestó en contra de las medidas adoptadas. Luego de una transfinita y silenciosa vacilación generalizada, la tibieza del ambiente empañó el esmerilado de las grandes ventanas del salón. Ante la falta de nuevos pronunciamientos, se decidió avanzar y citar a la señora X para informarle acerca del estado actual de la situación.

Transcurrida una serie de largas y acaloradas discusiones junto a mis compañeros de equipo, optamos por participar de la entrevista entre la señora X y la trabajadora social, ya que si bien el desacuerdo era radical, no queríamos dejar de estar presentes. Por otro lado, decidimos no informarle a P acerca de la derivación hasta que la misma no fuese segura, cuya decisión fue ciertamente muy difícil. Por fortuna, la señora X no se mostró ni remotamente convencida y respondió que lo pensaría.

Habíamos ganado algo de tiempo y lo aprovecharíamos planeando un ateneo conjunto.

A la brevedad, logramos persuadir a nuestros colegas de planta para que P se retirara diariamente a su hogar, lo cual suponía un éxito relativo y no implicaba de ningún modo la cancelación del pedido para su derivación. Dicho y hecho, nos embebimos en paciencia y comenzamos a evolucionar diariamente que P se encontraba listo para retirarse de alta: *dócil*, sin productividad psicótica ni riesgo de hacerse daño.

DERRIBANDO PAREDES

Hacia principios de noviembre no había noticias respecto a su derivación y tras largas insistencias terminamos logrando nuestro cometido. P se retiraría de alta. Fue así que establecimos la obligatoriedad de que asistiera diariamente al servicio a tomar su generosísimo plan de medicación. Antes, debía aprenderse lo de memoria y rendir examen oral.

Logró el puntaje máximo.

Hacia finales del año 2014 finalmente recibió el alta de internación y lo acompañé a la habitación a recoger sus pertenencias. Al salir al pasillo me dijo: *“Doctor, ¿habrá alguna posibilidad de que alguna vez me pongan una mano nueva?”*. Sin dudarlo siquiera un instante, contesté: *“P, me la re jugué por vos, no digas más estas cosas donde todos te escuchan”, “¡y soy psicólogo!”*.^{viii}

Se rió y nos despedimos.

Mientras tanto, la clínica privada de reposo se encontraba en las postrimerías de su funcionamiento *meganómalo*. Poco tiempo luego, le secretaria ejecutiva del Órgano de Revisión dictaminó su cierre, según consta en el informe del año 2014, debido a *“graves irregularidades en internaciones involuntarias injustificadas y prácticas de tratamiento y atención que violaban los derechos de personas con padecimientos psicosociales”*.

P comenzó a venir diariamente al hospital para tomar su medi-

cación. En enero acudí al servicio la señora X, quien nos manifestó su preocupación porque P había subido mucho de peso: buena adherencia a los lípidos.^{IX}

La semana siguiente decidimos hacerle estudios de rutina, los cuales arrojaron resultados dentro de parámetros normales.

Las cosas marchaban con normalidad hasta que hacia el comienzo del otoño comenzó a manifestarnos que se encontraba excesivamente somnoliento, afirmando que muchas veces dormía ininterrumpida cantidad de horas. Estaba inconfortablemente adormecido y se lo adjudicaba a la medicación. Escuchamos su pedido y le dijimos que prontamente le daríamos una respuesta.

Durante el transcurso de las próximas dos o tres semanas se ausentó más que esporádicamente, ante lo cual la señora X constataba telefónicamente que P “se encontraba bien”, presentándose en el servicio tiempo luego. Me contó que había dejado toda la medicación y ahora se sentía mejor. No desplegaba ideación delirante, negaba presentar alteraciones en la senso-percepción o intenciones de lastimarse.

Me comuniqué con los doctores J y H, quienes volvieron a titularle lentamente tan solo la clozapina. Pautamos que volviera todos los días y conversamos acerca de la dosis que creíamos conveniente que recibiera de aquí en adelante. Estuvo de acuerdo.

Los médicos decidieron que la dosis correcta de medicación era de 200 mg/día de clozapina y 30 mg/día de citalopram. Además, recibiría la totalidad de la medicación por la noche, lo cual suponía grandes ventajas para P, quien para ese entonces se encontraba preocupado por conseguir trabajo nuevamente: la evolución artificial de la enfermedad. Había presentado múltiples intentos de subsidio.

Aquí la pregunta es obligada: ¿qué significa medicar bien?

Comenzamos a dedicarle nuestro tiempo a su deseo de conseguir nuevamente un trabajo. No ha vuelto a desplegar ideación delirante, alteraciones en la senso-percepción o intenciones de hacerse daño. Comencé a llamarlo el *cisne negro* de la salud mental.^X

En junio, el doctor J, tras terminar su residencia y abdicar a la jefatura, le derivó formalmente el paciente al doctor H, quien comenzaba cuarto año y podía brindarle un seguimiento continuo.

Algunas semanas atrás se presentó en el servicio un día martes. Lo vi junto a su nueva bici y sorprendido le pregunté: “P, ¿le pusiste motor?, ¿cómo hiciste?”. Con esa inconfundible sonrisa aterciopelada que lo caracteriza, me respondió: “Doctor... *lectura y maña*”.

A continuación me dijo que tenía algo para contarme. Apoyados contra la pared de algún pasillo, me relató por primera vez los detalles en torno a los cuales había terminado perdiendo su miembro. Lo noté angustiado. Fue entonces que por primera vez le ofrecí pasar a un consultorio.

Me dijo que no.

CONSIDERACIONES FINALES

Finalizada la trama de un recorte más que parcial del problema que nos convoca, se desprenden casi obligadamente una serie de elementos ante los cuales vale la pena hacer reparo.

Es evidente que la gravedad del caso y la falta de recursos terapéuticos pueden confundirnos en cuanto a las medidas y estrategias a adoptar. Ahora bien, es preciso no olvidar que la nueva Ley Nacional de Salud Mental debe constituirse sin duda alguna como el marco supra institucional que guíe nuestra práctica coti-

diana, aún cuando la impotencia nos despiste, la tibieza avance sobre las ventanas y la confrontación parezca ser la única salida posible: debemos impersonalizar nuestros desacuerdos. Si bien es una evidencia de hecho que en muchos casos tanto el saber como el poder recaen o encarnan sobre determinadas personas, es infinitamente más potente visibilizar lógicas y no criticar personas.

Dicho esto, ¿qué hacemos cuando nuestros pacientes no responden como patrones de sucesión uniformes? Debieramos poder establecer la mayor distancia posible entre enunciados ontológicos (cuyo devenir se configure en tanto que norma inmanente del ser: “es muy loco, seguirá muy loco”) y nuestras declaraciones personales respecto a la dosis de impotencia (mal llamada castración *propia*) que muchas veces trae aparejada la práctica. Entre los cuerpos teóricos que conforman nuestros criterios para accionar y nuestros rasgos de carácter, tantas veces confundidos con las normas institucionales y las leyes que rigen la práctica.

En suma, es menester preguntarse: ¿cuál será la vía a adoptar cuando nuestros pacientes no resulten plenamente absorbibles por la pretensión totalizante de los ideales médicos y psicológicos? El planteo es necesariamente ético y aquí se bifurcan las aguas. Podemos alegar que algo —dentro— del paciente se *resiste* a la medicación o asumir humildemente nuestras limitaciones y continuar *insistiendo* en la potencia del vínculo.

El caso aquí expuesto fue elegido bajo la renuncia a toda cuota de originalidad. Más bien fue presentado con miras a interrumpir una silenciosa y consecuentemente sistemática serie de casos del cual este no ha sido el primero y sin duda alguna no será el último.

Estemos atentos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Fassin, D. (1997). “La patetización del mundo. Ensayo de antropología política del sufrimiento”. En: *V III Congreso de Antropología en Colombia*, Universidad Nacional de Colombia, pág. 18, Santa Fe de Bogotá.
Informe de la secretaría ejecutiva del Órgano de Revisión de la Ley 26.657. 2014. Ley Nacional N°26.657 de Salud Mental.
Reglamentación de la Ley Nacional N°26.657 de Salud Mental.
Wikinski, S., Jufe, G. 2013. Tratamiento farmacológico en Psiquiatría. *Editorial Poltemos*

NOTAS

- I Sobreingesta medicamentosa. Se calcularon entre 30 y 40 comprimidos. La medicación correspondiente a toda una semana.
II A no desatender el asunto: hay un problema allí.
III Sin ánimo de encasillamiento.
IV ¿A que nos referimos con “protocolo internacional”? Aquí Jufe nos vuelve a marcar el camino: “Para simplificar la toma de decisiones, varias guías de tratamiento de la esquizofrenia establecen que un paciente que no respondió a 2 tratamientos con antipsicóticos atípicos durante por lo menos 4 a 6 semanas puede ser considerado como esquizofrénico resistente y ser candidato al tratamiento con clozapina. Uno de esos algoritmos es el Schizophrenia Algorithm of the International Pharmacological Algorithm Project (IPAP, 2011) que dice (...). Otra guía es a de Texas Medical Algorithm Project (Tami, 2008)...” Wikinski, S. – Jufe, G. Tratamiento farmacológico en Psiquiatría 2° ed. 2013 pág. 188.
V Pacientedeldoctor. Pacientedeladocora. Pacientedeldoctor. Pacientedeladocora... ad infinitum.
VI 70 comprimidos de clozapina, 14 de haloperidol, 14 de citalopram y 28 de lorazepam.
VII Imposible obviar la pregunta: ¿por qué no fue jamás? Considero que el error que cometimos en cuanto a la consideración del plan fue pasar por alto el valor que tiene para P nuestro hospital y su equipo tratante.
VIII Siempre psicólogo. La mayoría de las veces psicoanalista, tan solo de a ratos psicoanalista.
IX Aquí el imperativo medicamentoso debe adecuarse a cada paciente: compensar a veces, engordar frecuentemente, desvitalizar siempre.
X Resta considerar la función de la contingencia en la compensación y estabilización de pacientes que psicoticlean. En el caso en cuestión, cabría considerar la importancia del grupo de pacientes compañeros con los cuales P transitó su última internación.

Las Psicosis

MARTÍN BRUNI
VICENTE F. DONNOLI
CRISTIAN J. GARAY
GRACIELA CAMPANELLA
MARÍA BERNARDA PÉREZ

— Foto: Evangelina Copello



1 ¿CÓMO CONCEPTUALIZA LA PSICOSIS? 2 ¿CÓMO PIENSA EL ABORDAJE DE LA PSICOSIS? 3
A PARTIR DE SU EXPERIENCIA CON PROFESIONALES EN FORMACIÓN, ¿CUÁLES SON LAS PRINCIPALES
DIFICULTADES QUE OBSERVA/ENCUENTRA?

01

Martín Bruni

Licenciado en Trabajo Social. Ex residente de RISAM Hospital Colonia Nacional Dr. Manuel Montes de Oca. Supervisor de RISAM Hospital Colonia Nacional Dr. Manuel Montes de Oca. Profesional del servicio de guardia en Hospital de Agudos Dr. C. Argerich. Profesional de servicio de atención a la demanda espontánea en CE.NA.RE.SO. Docente en Universidad de Buenos Aires, en la materia: La intervención de Trabajo social en los dispositivos de urgencia.

El uso de los conceptos en la praxis diaria de los profesionales de la salud se pueden analizar desde dos planos: un pensar epistémico y un pensar disciplinar, los cuales se presentan con criterio de validez justificatoria para poder aprehender la dinámica de las situaciones problemáticas; tal uso no es ingenuo y sin un sentido ético-político.

Es decir, cuando realizamos el acto de nominar estamos mirando al sujeto y su entorno desde una posición social determinada (que posee un sustrato ideológico) y desde allí establecemos las tácticas operativas que irán en la línea de lo que se entiende por el paciente y su entorno social. Es decir, no hay conceptos neutrales y ahistóricos, sin una exégesis epocal en su formulación.

La palabra psicosis se presenta como un concepto genérico que aloja multiplicidad de expresiones en base a desregulaciones referidas al mundo subjetivo del paciente. Estas se presentan como realidades concretas impuestas que operan coactivamente en el sujeto por fuera del sentido socialmente esperado. Lo entiendo como un fenómeno psíquico de orden estructural que opera en la interpretación metafórica del mundo social, la cual interfiere en el plano de la socialidad y del autocuidado, arrojando al sujeto a una situación de posible vulneración social. A nivel social la psicosis opera de modo disímil según la clase social a la que pertenezca el sujeto y a las coordenadas histórico político administrativas en dónde recibe su atención, dependiendo de la concepción del padecimiento en salud mental y discapacidad mental como a los tipos y niveles de accesibilidad a los diversos sistemas de protección social en los que pueda participar.

Ser loco y pobre siempre será una combinación poco feliz para el sistema capitalista, aunque es parte de su esencia la extracción de ese plus de ganancia frente al despojo de lo humano convirtiéndolo en moneda de cambio para su objetivo principal: la acumulación y el disciplinamiento social. En este sentido valdría preguntarse ¿Qué sentido tiene para el capital la atención (rehabilitadora) de los psicóticos? Si pensamos que toda rehabilitación es parte de una estrategia de ampliación en derechos sociales, es porque sencillamente se ha convertido en una forma de ir a contrapelo del discurso capitalista, que tiende a mutilar el acceso a una calidad de vida digna para el conjunto de la sociedad.

En este sentido, una intervención contra hegemónica sería comprender a la(s) psicosis como un concepto relacional. Dicho fenómeno no se da en abstracto, es imprescindible

poner en tensión la construcción y el alcance de ciertas perspectivas teóricas que dejan por fuera la condición de género, clase social, trabajo, etnia, políticas públicas, representaciones sociales, religiosidad en la formulación de lo que se entiende por "la psicosis". Lo cual refuerza un modo de sobrevalorar "la estructura" por sobre las condiciones sociales que habita el sujeto, que también constituyen subjetividad y son partes estructurantes en la vida cotidiana. Es decir, se produce un pasaje del modo del pensar (momento epistémico) al modo de trabajar (discurso disciplinar/institucional).

Observo continuamente en las evoluciones clínicas las nominaciones "familia no continente", "escasa red social" y "paciente social" como cuadros individuales, estáticos y deterministas que describen la causal casi principal de las descompensaciones de los pacientes al reingreso de un servicio (entiéndase guardia o internación). Estos hechos requieren de relecturas diagnósticas que contengan un discurso diferente que evite caer en la responsabilización y negación del grupo de apoyo como un actor fundante en el proceso de tratamiento; ante ello me pregunto ¿qué respuesta "social" se le ofrece a la "estructura psicótica"? ¿Un par de medias? ¿El teléfono de un juzgado? O en el mejor de los casos ¿Una pensión para pobres locos o locos pobres?

En los espacios de supervisión y acompañamiento a residentes de Trabajo Social en Salud Mental, surge continuamente la problematización en torno a los espacios de trabajo y sus múltiples condicionantes que cercenan el despliegue de las competencias profesionales para el establecimiento de estrategias integrales. Cabría preguntarse si la respuesta "psi" al padecimiento mental no deja por fuera la contemplación de la dimensión social en la constitución de la subjetividad como una cuestión accesorio y de recursos materiales. Es decir, se produce un efecto institucional (históricamente asignado) de sordera funcional que promueve cierta desvalorización de una especificidad en torno al campo social, que posibilitaría y potenciaría leer los hechos en/con otras coordenadas.

Negar lo social y concebirlo como la suerte que corra el paciente, interpela dialécticamente a los modos del pensar y su cristalización en los formatos de atención (servicios) sosteniendo prácticas disciplinadoras que crean un tipo de paciente, establecen un encuadre a la demanda (interna o externa al efector) y participan en el guión de su carrera como paciente. Es decir, se construye un paciente reproducido por el hospital (esperado o expulsado) y atendido por quienes se adjudicaron

dicha trampa. El desafío será romper con esquemas de pensamientos neopositivistas y establecer nuevas líneas de fuga. La interdisciplina es justamente eso, problematizar los "objetos" de conocimiento para pasar a un plano de abordaje integral. Es hablar de y en el caos, identificar el sentido de la función de éste, con la finalidad de ubicar a la psicosis no en un primer plano sino en un contexto de producción y reproducción social. Luego de lo expuesto me pregunto, cuando intervenimos clínicamente con "la(s) psicosis", ¿con qué tipo de sujeto social y para qué tipo de accesibilidad trabajamos? No es lo mismo posicionarse desde una lógica del mercado que desde una lógica de la salud pública y ello se traduce en los marcos epistémicos e interpretativos, el modo de atención y el tipo de profesional que uno elige habitar.

02

Vicente F. Donnoli

Profesor Regular Adjunto del Departamento de Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad de Bs. As. Docente titular a cargo de Psicología II del Curso de Médicos Especialistas en Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la UBA.

Concepto de Las Psicosis

En mi opinión, el vocabulario técnico de la psiquiatría aún adolece de una cierta falta de precisión en la definición de algunos sectores clínicos importantes, como por ejemplo: establecer el alcance de "lo delirante", delimitar el terreno de las alucinosis, describir el alcance de las catatonías, etc. Algo similar ocurre en lo que se refiere a la clasificación nosográfica de los cuadros y su ejemplo es la conceptualización de las psicosis. No contamos con modelos de conceptualización de las psicosis que sean mejores o peores que el otro, sino con modelos de mayor o menor utilidad para el paciente en tanto caso singular (no la muestra estadística de casos).¹

Antes de seguir, no quiero dejar de lado un criterio, que aunque es muy criticado le veo gran utilidad y es el que tiene en cuenta el valor de la subjetividad en el concepto de la patología psicótica. Muchas escuelas psicopatológicas, en especial la fenomenología y el psicoanálisis han teorizado sobre el tema. Lo cierto es que la realidad clínica pone en el tapete del diagnóstico de psicosis, no sólo las vivencias del paciente, sino que suma las del entrevistador; puestas en evidencia por el *clima* que se genera durante la entrevista. De ahí, la importancia que tienen la perplejidad y confusión que conmueven al psiquiatra en el caso agudo hasta la captación de la desorganización mental y de la conducta del paciente cuyo cuadro tiene un mayor tiempo de evolución. Teniendo en cuenta esto, el "sentimiento precoz" del cuadro psicótico por parte del entrevistador ocupa un lugar entre las herramientas clínicas no desdeñable a la hora del diagnóstico y su "precocidad" se refiere a que se manifiesta antes que los típicos síntomas delirantes - alucinatorios y de alteración grave de la identidad. La adquisición de dicho sentimiento precoz, previo a la manifestación sintomática, es exclu-

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Fassin, D. (1997). "La patetización del mundo. Ensayo de antropología política del sufrimiento". En: *V III Congreso de Antropología en Colombia*, Universidad Nacional de Colombia, pág. 18, Santa Fe de Bogotá, Colombia.
- Lewkowicz, I. (2004). "Cap. 4: Exclusión, explotación, expulsión", en: *Pensar sin estado*
- La subjetividad en la era de la fluidez*. Argentina. Editorial Paidós
- Testa, M. (1993). "El hospital visto desde la cama del paciente". En: *Revista Salud, problema y debate*, Año V N° 9, pág. 124, CABA, Argentina.
- Najmanovich, D. (2005). "Interdisciplina. Artes y riesgo del Arte Dialógico". En: *Biblioteca virtual de la comunidad de pensamiento complejo*, pág. 18, CABA, Argentina.
- Vegetti, Hugo (1985). *La locura en la Argentina*. Buenos Aires. Ed. Paidós.
- Foucault, Michel (2007). *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires. Ed. Fondo de Cultura Económica.
- Goffman, Erving (1992). *Internados: ensayos sobre la situación de los enfermos mentales*. Buenos Aires. Ed. Amorrortu.
- Guerra, Yolanda (2015). Cap. 1 La fuerza histórico-antropológica y crítico analítica de los fundamentos. En: *Trabajo Social: Fundamentos y Contemporaneidad*. Argentina. Ed. ICEP.
- Colegio de Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires. Buenos Aires.

sivo producto de la repetida experiencia de entrevistar este tipo de pacientes.

Según mi opinión, *psicosis* es un concepto clínico, es decir que surge de la plena práctica y no de las especulaciones teóricas y que, en términos generales, amerita el ejercicio de establecer una contraposición con las neurosis y los trastornos de personalidad. Debido a su importancia y complejidad, me atrevo a una muy breve aclaración desde la historia de su concepto. De ella debemos reconocer una serie de variaciones que tienen como consecuencia la mencionada falta de precisión. Estas variaciones son producto del desarrollo de los conocimientos: tanto los términos Neurosis como Psicosis están entrelazados en su historia (a pesar de la distancia temporal que los separa) que debido a sus transformaciones se dificulta el estudio del uno sin el otro. Recordemos que Cullen (1769), difusor de las "neurosis o enfermedades nerviosas", incluía dentro de ellas a las Vesánias (lo que hoy denominamos psicosis) como alteración del juicio, junto con los comas (apoplejía y parálisis), adinamias, los espasmos musculares, el asma, el trismus, los cólicos, etc. Las vesánias aparecían como alteraciones del juicio sin fiebre e incluían la manía y la melancolía. Pinel, inspirado en Cullen, mantiene la inclusión de la alienación mental o vesania en las neurosis junto con la epilepsia y el asma. La hipótesis etiopatogénica predominante era la de una alteración de funciones elementales del sistema nervioso: la motilidad y la sensibilidad.

En 1803 Reil, creador de la palabra "psiquiatría", le agrega un complemento que es significativo para su futuro, la llama "psiquiatría del alma". Con Moreau de Tours en Francia, alrededor de 1840, se comienzan a incorporar en el diagnóstico datos "psicológicos" o "subjetivos". Siguiendo esta línea, es en

Austria en 1845 el médico, poeta y político Von Feuchtersleben, quien designa un conjunto de “enfermedades del alma” o “psicosis” sin tener en cuenta su naturaleza, intensidad y el tipo de síntomas mentales presentes. Más tarde la introducción de la noción “psicológica” de *consciencia* y de *introspección* legitiman el valor semiológico de la forma y de los contenidos de la consciencia.

“Neurosis” sigue un criterio etiológico, el origen neurológico y “Psicosis” se refiere al plano sintomatológico, es decir a las manifestaciones psíquicas (no neurales). Von Feuchtersleben tiene consciencia de tal situación por eso llega a decir que toda psicosis es al mismo tiempo neurosis. En otras palabras, las psicosis tienen una alteración neural en su base, en cambio no toda neurosis es psicosis ya que hay afecciones nerviosas/neurológicas que no presentan sintomatología psíquica. Sólo deseaba mencionar el origen de la palabra psicosis porque el mismo influye sobre el concepto actual a pesar de los artificios del lenguaje que ya no utilizan el sustantivo psicosis sino el adjetivo de trastorno psicótico.

La siguiente pregunta sobre el abordaje, quizás complete mi opinión sobre la múltiple conceptualización actual de las psicosis.

Acerca del abordaje de las psicosis

La imbricación entre neurosis y psicosis en sus orígenes, arriba mencionada, deviene en la diversidad actual acerca del origen y abordaje de las psicosis.

1) Si consideramos que se trata de un *trastorno cuantitativo* el cual subraya que es la intensidad de un síntoma la que limita la calidad de vida del paciente, y que responde a un mecanismo o rasgo de personalidad alterado por su exageración y potenciación pero que puede ser concebido como normal (celos, filantropía, soberbia, etc.), como neurótico (una conversión, obsesión o fobia) y, más aún, como un trastorno en la interpretación de la realidad, los delirios comprensibles (de la paranoia) y algún tipo de seudopercepciones (especialmente las relacionadas con la luz de la consciencia y/o la vida emocional). En este caso el abordaje es prioritariamente psicofarmacológico, es decir una actuación directa sobre esa intensidad.

2) Si consideramos que se trata de un *trastorno cualitativo* de

la experiencia o cambio de forma y contenido de la consciencia que lo aleja de lo normal, se fortalece la idea de estudiar un único y complejo mecanismo patológico “neuropsíquico” específico para las psicosis y que no se encuentra presente en la normalidad ni en las neurosis, dejando de lado la duración aguda o crónica del cuadro. En este caso el abordaje es más complejo: psicofarmacológico, entrevistas de psicoterapia individuales y familiares.

3) Por fin, si consideramos que se trata de diferentes trastornos que se expresan dentro de un *espectro o dimensión* de pacientes en los que operan diferentes mecanismos tanto exógenos como endógenos (en el sentido de agentes tóxicos, traumáticos, familiares, etc. o de mecanismos espontáneos sin estímulo externo) en la etiología de los síntomas. El abordaje, en estos casos, implica la actuación de un equipo interdisciplinario de médicos psiquiatras, psicólogos, médicos clínicos, etc.

En cuanto a la pregunta sobre la formación profesional en el terreno de las psicosis

De lo dicho anteriormente, en ese punto quisiera resaltar el valor que adquiere la subjetividad del profesional. Hay un viejo aforismo que afirma que se es psiquiatra de la misma manera que se es persona. Enfrentarse a las psicosis requiere, por lo tanto, ciertas características personales y un adecuado autococonocimiento. Lo que más aporta en el aprendizaje de las psicosis es la experiencia de haber estado frente a pacientes psicóticos no como meros espectadores y recolectores de síntomas cuyo puntaje se vuelca en escalas. Me refiero a entrevistas individuales periódicas y supervisadas por colegas de mayor experiencia. El sentimiento precoz de las psicosis se adquiere pausadamente. La idea a inculcar en los principiantes es la de hacer psiquiatría “desde dentro” del paciente, estudiando y convivenciando, como decía el gran Karl Jaspers. Lo prioritario, entonces, es hacer psiquiatría basada en la experiencia antes de la que está basada en la “evidencia”.

1- Recordemos que la Nosografía es una clasificación metódica de los trastornos. Para que una clasificación alcance el status de nosografía tiene que tener un método. El método le da coherencia de conjunto y si carece del mismo, se trata de una clasificación de trastornos (por ejemplo el manual DSM) y no de enfermos.

03

Cristian J. Garay

Doctor, Licenciado y Profesor en Psicología (UBA). Terapeuta Cognitivo. Subsecretario de Investigaciones (Facultad de Psicología. UBA). Profesor Adjunto de Clínica Psicológica y Psicoterapias, Cátedra 2 (Facultad de Psicología. UBA). Ex Residente y Ex Jefe de Residentes del Hospital Argerich.

¿Cómo conceptualiza las psicosis?

Los modelos cognitivo-conductuales conceptualizan a las psicosis desde una perspectiva biopsicosocial, como trastornos mentales severos que resultan del entrecruzamiento de una multiplicidad de factores de diversa naturaleza: predisponen-

tes, precipitantes y mantenedores. Aquellas formas crónicas se muestran altamente limitantes y devastadoras para la vida de las personas afectadas y su entorno familiar. La dificultad para discriminar entre pensamientos y realidad, procesos internos y estímulos externos, la profunda alteración de los

procesos cognitivos implicados en la construcción de la realidad, la identidad y la relación con los otros se muestra en la sintomatología característica (alucinaciones, delirios, desorganización del comportamiento) que acarrea un enorme sufrimiento y una gran limitación a la vida de los pacientes afectados por estas enfermedades.

Los modelos cognitivo-conductuales constituyen un conjunto de teorías de las cuales se desprenden una serie de intervenciones psicológicas sometidas a los más rigurosos estudios empíricos y recomendadas por las principales guías clínicas más influyentes en el campo de la salud mental (vg., NICE, 2014): las Terapias Cognitivo-Conductuales (TCC). Como lo indica su denominación, estos modelos destacan el rol de los factores cognitivos y conductuales en la vulnerabilidad de los pacientes, el inicio y el mantenimiento de los síntomas psicóticos y la sintomatología asociada a los mismos (síntomas depresivos, ansiosos y problemas diversos).

¿Cómo piensa su abordaje?

Las TCC se orientan hacia la modificación de los factores mencionados proponiéndose objetivos concretos y modestos mediante un conjunto muy amplio de técnicas. Como primer objetivo, alcanzar la “conciencia de enfermedad”. La psicoeducación en formatos individuales, familiares y grupales, es la intervención psicológica principal y más estudiada para lograr este objetivo (Huxley, Rendall & Sederer, 2000). En relación íntima con este primer objetivo, se encuentra el segundo, no menos importante: lograr la “adherencia al tratamiento”. Y por tratamiento en este tipo de patologías se suele entender el tratamiento combinado e integral de diversos tipos de intervenciones: psicofarmacológicas, psicológicas, ocupacionales, sociales, etc. Siguiendo el principio terapéutico siguiente: ante patologías severas, las intervenciones requeridas deben ser complejas, el trabajo en equipos interdisciplinarios adecuadamente coordinados, con acuerdo en objetivos y fluida comunicación, resulta especialmente importante.

Los diferentes modelos cognitivo-conductuales de los trastornos psicóticos conciben a las ideas delirantes como otras creencias disfuncionales: interpretaciones sesgadas de estímulos reales o alucinados (Beck, Rector, Stolar & Grant, 2009). Trasladando el aforismo central de la terapia cognitiva a la experiencia psicótica, se podría decir que *los pacientes no sufren por experimentar alucinaciones sino por la interpretación que realizan de ellas*. Así, un paciente puede experimentar la alucinación auditiva siguiente: una voz dice “cuidate”; y de acuerdo a la identidad y el poder que le atribuya así como el control que perciba tener sobre la misma, dependerán sus emociones y conductas. El paciente que atribuye a la frase “cuidate” una entidad protectora experimentará emociones e implementará conductas radicalmente diferentes a aquél que considere que quien pronuncia dicha frase es una presencia

amenazante. El terror y las conductas evitativas o de seguridad que se implementarán en este segundo caso determinarán la necesidad de una intervención cognitiva sobre las interpretaciones delirantes, no la veracidad de las mismas. El terapeuta no se guiará por el realismo o su carencia para definir las cogniciones que serán el blanco de sus intervenciones sino por el sufrimiento o limitaciones con los cuales dichas cogniciones se asocian.

El trabajo sobre las ideas delirantes se realiza luego de haber realizado la psicoeducación y consiste en el cuestionamiento de las mismas siguiendo los principios técnicos de la terapia cognitiva (Beck et al., 2009): empirismo colaborativo, diálogo socrático y cuestionamiento guiado. A diferencia del abordaje de los pacientes con trastornos depresivos o ansiosos, se presta mayor atención al establecimiento de una buena relación terapéutica (acuerdo en objetivos, tareas y naturaleza del vínculo). Un aspecto crucial es que no se cuestionan las alucinaciones sino las interpretaciones de las mismas o de aspectos de la realidad del paciente que generen malestar, sin abordar aquellos elementos de las creencias delirantes que no generen sufrimiento, limitaciones o riesgo para la vida del paciente o su entorno (Keegan & Garay, 2008).

Una vez logrados los objetivos mencionados, se busca afianzar los logros terapéuticos, generalizar las herramientas adquiridas y prevenir las recaídas (Sudak & Prado, 2016).

¿Cuáles cree que son las principales dificultades que encuentran los profesionales en formación en clínica de las psicosis?

Una de las dificultades mayores en la implementación de las TCC en pacientes afectados por psicosis es la falta de acuerdo entre profesionales en cuanto a objetivos y estrategias a implementar entre los diferentes recursos disponibles, especialmente en el ámbito institucional, donde frecuentemente este tipo de pacientes reciben atención. Es particularmente problemático lograr hablar del diagnóstico, la palabra “esquizofrenia” parece tener una carga social muy problemática que dificulta su libre circulación y genera dificultades durante la implementación de estrategias psicoeducativas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Beck, A. T., Rector, N., Stolar, N., & Grant, P. (2009). Schizophrenia: Cognitive Theory, Research and Therapy. New York: Guilford; 2009 (Trad. Esp.: Paidós, 2010).
- Huxley, N., Rendall, M., & Sederer, L. (2000). Psychosocial Treatments in Schizophrenia: A Review of the Past 20 Years. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 188(4), 187-201.
- Keegan, E. & Garay, C. J. (2007). Terapia cognitivo-conductual de la esquizofrenia. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, 18(76), 423-427.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2014). Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. Disponible en: nice.org.uk/guidance/cg178
- Sudak, D. & Prado, D. (2016). Esquizofrenia. En C. J. Garay (Ed). *Terapia cognitivo-conductual y psicofarmacología. Una guía para combinar tratamientos en salud mental* (pp. 43-54). Buenos Aires: Akadia.nos Aires: Akadia.

04

Graciela Campanella

Psicóloga. Titular de guardia y profesional de planta del Hospital General de agudos Dr. T Álvarez. Psicoanalista Miembro de la EOL. Docente UBA. Ex concurrente de Psicología Clínica del Hospital Álvarez. campanella@intramed.net

Partir de la psicosis nos presentifica de manera extraordinaria conceptos fundamentales que elaboramos en la clínica de orientación lacaniana. Nos permite avanzar en psicoanálisis. Es desde esta orientación que la abordo. Esto implica que la conceptualización fue de la mano de diferentes momentos en los desarrollos de dicha clínica por, también fundamentalmente, de mi encuentro con la clínica, por: mi entrada al hospital marcó mi interés por ese campo.

Al principio de mi formación, a fines de los 80's, en el ámbito hospitalario comenzaba la fuerte presencia del psicoanálisis lacaniano y la transmisión de conceptos que iban a dar claridad a la clínica psicoanalítica de la psicosis desde el punto de vista de la *estructura* de la palabra y el *lenguaje*. En resumen, del andamiaje de la estructura se define la psicosis y de los modos de retorno en lo real del goce, las formas clínicas.

Para ese entonces el encuentro en el hospital con referentes, que iluminaron con su transmisión mi interés en este campo, permitió que se encarnen, si puedo decirlo así, frases aprendidas un poco académicamente en la facultad.

Para los psiquiatras de la época -muchos interesados en el retorno a Freud y las enseñanzas de Lacan-, Lacan aportaba claridad estableciendo un puente conceptual en las formas clínicas diversas que nominaron desde la Psiquiatría Clásica a las enfermedades categorizadas en la Nosología, reduciendo al mecanismo de la *Forclusión Significante* la organicidad del lenguaje como factor primero de la psicosis.

El Seminario III (Lacan, 1955) y Cuestión Preliminar... (Lacan, 1966), textos nodales, ordenaron el andamiaje del saber psiquiátrico en una lógica impecable, que gira alrededor de la ruptura de la cadena significativa y el retorno en lo real de lo forcluido en lo simbólico. Es el automatismo mental lo que sirve a Lacan para explicar la relación de extimidad que el Sujeto mantiene con el significante, el carácter intrusivo del lenguaje en el ser hablante, precisando la relación que este mantiene con sus producciones. Es en este plus donde el psicoanálisis juega su apuesta. Es decir, no nos alcanzan los signos, los fenómenos patológicos, para orientar nuestra clínica, sino que precisamos la relación que el ser hablante mantiene con los fenómenos que le conciernen. La psicosis nos enseña que poco importa que el sujeto comprenda los fenómenos que lo habitan, la cuestión decisiva es que, aun cuando no los comprenda o no pueda entenderlos definitivamente, le conciernen. Nuestra clínica orienta a pensar que neurosis, psicosis y perversión son modos de respuesta del parlêtre al encuentro con un real traumático, invenciones para suplir el agujero de lo real. Esta perspectiva la encontramos en la última enseñanza

de Lacan, donde ya no es el paradigma Neurosis-Nombre del Padre, y la psicosis pensada como resultado de un fracaso en la metáfora paterna, sino que el paradigma es el síntoma psicótico, la normalidad es La Psicosis. La pregunta ahora es: ¿Cómo puede ser que no experimentemos que el lenguaje nos parasita? El acento está puesto en el significante sólo y en su resonancia libidinal. No es la perspectiva de lo simbólico como cadena articulada S1-S2, sino más bien solo, desordenando, traumatizando. A la altura de Cuestión Preliminar (Lacan, 1966), tenemos la psicosis pensada desde la neurosis, desde la ruptura del S1 por S2, ahora la cuestión es: ¿Qué hace que el S1 sólo se encadene al S2, en la dimensión del sentido?

Es sobre todo la clínica del desencadenamiento, la oportunidad de ubicar la incidencia del significante solo que no conlleva ningún sentido. Su referencia es el goce del cuerpo, enigmático, desarreglado, que se manifiesta intrusivamente. El desencadenamiento es la ocasión de asistir a lo que es el trauma del lenguaje, la ausencia de defensa frente a lo real. Podemos dejar situado lo que esto enseña a la intervención analítica. Una práctica de la interpretación ya no operando con el sentido sino más bien un decir que produzca resonancias en el cuerpo. No apunta a una dimensión de desciframiento sino a producir un efecto de resonancia libidinal. Será el modelo esquizofrénico lo que ilumina la intervención analítica, aquella que va contra el sentido y opera sabiendo que el S2 es del orden de la estafa. Vemos cómo el modelo de la psicosis enseña a la intervención analítica aquella que opera el corte entre S1/S2.

La psicosis también enseña que es posible estabilizar el campo del sentido sin la costosa construcción delirante, siendo posible un tratamiento más allá de la elaboración de sentido. No se trata de iluminar la temática del delirio sino justamente de cernir aquellos fenómenos incidentales que permitan fijar significativo y goce. Muchas veces el trabajo por la vía del delirio, del S2, no logra dicha fijación ni conlleva una estabilización.

Tenemos todo el campo de la esquizofrenia donde las interpretaciones delirantes no abrochan el goce del sujeto. Allí el sujeto es arrojado a una maquinaria infernal que, lejos de producir un punto de capitón, anudando y fijando el goce, lo arroja a una deriva interpretativa fallida que no fija ni detiene.

Hay pequeñas invenciones que van en la vía de una reducción, ya sea por el auto tratamiento que hace el sujeto como así también como orientación en el tratamiento de la psicosis, e implican reducir el desborde pulsional para traerlo a proporciones vivibles mediante la fabricación de un síntoma. Un tratamiento del S1 de manera que se pueda cortar, parar y no

seguir traduciendo. En el horizonte, una orientación precisa: ¿Cómo parar la maquinaria infernal del sentido? Obtener una pausa, producir un vaciamiento, “Un pensar en nada” (Laurent, 2010).

Entonces a partir de lo que fuimos desplegando, la principal dificultad con que se encuentra el practicante es aquella que en palabras de Lacan (1956) nos advirtió y nos machacó “cuídense de comprender”. O creer que es posible compartir el sentido. La experiencia de la psicosis manda de paseo esta

pretensión, la certeza no concierne al sentido, sino a la presencia del goce enigmático, que por más incomprensible que parezca le está dirigido.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Lacan, J. (1984). *Las Psicosis*. Seminario III. Buenos Aires: Paidós
Lacan, J. (2002). De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis. En *Escritos técnicos II*. Madrid: Siglo Veintiuno Editores
Laurent, E. (2010). *Interpretar la Psicosis*. En Cuadernos Instituto Clínico de Buenos Aires N°13. Buenos Aires: Publicado por ICDeBA

05

María Bernarda Pérez

■ Lic. Psicología. Psicoanalista. Profesional de planta y coordinadora de Hospital de Día del Centro Arturo Ameghino. Supervisora en Hospitales.

Si tomamos la división entre Neurosis y Psicosis como dos estructuras diferentes, debemos pensar la Psicosis no como una estructura deficitaria sino justamente como diferente. Lo que implica pensar también una clínica diferente, esto es: no Psicoanálisis de la Psicosis sino pensar *Un* tratamiento posible. Lacan en el Seminario III, sobre Las Psicosis, (Lacan, 1984) subraya la genialidad de Freud al tratar la psicosis como un texto. Pensemos entonces la relación del sujeto al significante que se estructura a partir de la forclusión de un significante (forclusión como plantea Freud en *El Hombre de los Lobos*). El problema que tenemos con los psicóticos -continúa Lacan- es que hablan, pero ¿de qué hablan? y ¿a quién le hablan? Apuesta entonces a dar una lógica a ese decir enigmático y dar cuenta de la verdad en juego en ese texto. Para ello consideremos un señalamiento de M.J. Ambertin (1999), en relación a ese tratamiento posible en la psicosis: “Era posible avanzar sólo inventando la ruta, soportando la angustia de carecer de vías determinadas, abocados a la aventura y también a la desventura de marchar por un derrotero imprevisible”. Se apuesta entonces a un tratamiento posible por vía de la palabra, lo que no excluye en caso de ser necesario recurrir a medicación, no “como chaleco químico” sino como recurso para atenuar el padecimiento. Se tratará de intentar leer y descifrar ese decir. ¿No es posible acompañar a un sujeto en su locura, sino en el despliegue de las conjeturas que su locura produce? (Jinkis, 1993)

Un abordaje posible puede ser el recurso de Hospital de Día. Una colega brasilera me decía que la palabra hospital le hacía pensar en hospitalismo. Nosotros la tomamos como hospitalidad, es decir, ofrecer un lugar para alojar el padecimiento y, por qué no, la locura en su despliegue. Me parece interesante pensar que “en nombre del bien”, esto es en contra de la “des-

manicomialización” se expulsa de las instituciones públicas. Como si no fuera posible tener prácticas manicomiales en otros ámbitos. Un trabajo necesario a realizar en las entrevistas de admisión a Hospital de Día con los pacientes que son traídos o mandados a tratar, es que algo de su singular interés surja para comenzar el tratamiento. Si bien participamos muchos en el tratamiento (¿Interdisciplina?) sólo uno lo conduce. Y si bien la oferta es para todos, la lectura es singular, caso por caso. En este sentido, las actividades no son obligatorias, aunque si es condición el espacio de tratamiento individual y el control de medicación, si esta fuera necesaria. Pensando en las dificultades de la formación, creo que los Hospitales de Día del Gobierno de la ciudad son como “lo que no cesa de no inscribirse”. Al no tener estructuras administrativas, no tenemos dotación: perdemos los recursos que formamos. Muchos Hospitales de Día de los efectores públicos de la Ciudad de Buenos Aires dependían del Estado nacional (Borda, Moyano, Tobar). El Ameghino, que también era Nacional, al pasar de dependencia perdió su estructura. Cuando se armó una nueva, este dispositivo quedó excluido de la estructura. No logramos que se incluya Hospital de Día ni como una sección del Servicio de Adultos.

Una dificultad entonces es que en muchos casos hay equipos que se sostienen por concurrencias, rotantes, cursistas...es decir figuras que están por fuera de la estructura hospitalaria. A pesar de todo esto seguimos trabajando las preguntas que, en el caso de Las Psicosis, son nuestras.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ambertin, M. J. (1999). Prólogo. En Fernández, E. y Otros. *Las Psicosis y sus Exilios*. Buenos Aires: Letra Viva
Jinkis, J. (1993). *Lo que el Psicoanálisis nos enseña*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
Lacan, J. (1984). *Las Psicosis*. Seminario III. Buenos Aires: Paidós

Nassir Ghaemi



Nassir Ghaemi es médico psiquiatra. En Tufts Medical Center, Boston Massachusetts, se desempeña como profesor y dirige el Programa de Trastornos del Humor. A su vez es Profesor Clínico de Harvard Medical School y enseña en la Cambridge Health Alliance. Su trabajo clínico y de investigación se centró en depresión y enfermedad maniaco-depresiva. Sobre este campo publicó más de 200 artículos científicos, más de 50 capítulos de libros científicos y escribió o editó más de una docena de libros.

Reportaje realizado por: Fernando Hunter y Revista Clepios.
Agradecemos a quienes colaboraron con la realización de la entrevista.

Clepios: ¿Qué rol debería tener, según su opinión, la denominada medicina basada en la evidencia (MBE), en la toma de decisiones diaria del psiquiatra clínico? ¿Qué alternativas existen a este enfoque?

Nassir Ghaemi: Bueno, depende de lo que entendemos por MBE. Si se refiere a lo que su líder principal, David Sackett, quería decir originalmente, significa que cuando en la práctica surgen preguntas clínicas uno busca la mejor evidencia disponible para tomar decisiones. Esto tampoco quiere decir que sólo se tomen decisiones basadas en enormes ensayos doble ciego aleatorizados controlados contra placebo. Entonces la idea básica es que en lugar de que las personas tomen la mayor parte de sus decisiones en base a su juicio clínico y sus propias experiencias personales, al menos traten de implementar la evidencia disponible, los estudios disponibles, y dentro de estos los de mejor calidad, que tengan mayor peso. Así que sí, creo que esa es la mejor manera de ejercer la práctica clínica. La única alternativa a esto es emplear lo que las personas han estado haciendo por siglos, que es básicamente sus opiniones. Ésto no quiere decir que estaban equivocados, sino que no saben cuándo aciertan y cuándo se equivocan.

C: ¿En qué medida considera adecuado que los psiquiatras de países como Argentina basen su práctica clínica cotidiana en estudios desarrollados principalmente en Estados Unidos y Europa, siendo que las características de las poblaciones pueden ser muy diferentes?

NG: Pues depende sobre qué sean los estudios. Si estás estudiando algo que es culturalmente variable entonces estoy de acuerdo en que es limitado. Por ejemplo, los estudios sobre trastornos de la alimentación serán limitados en algún sentido. Por otro lado, si se trata de estudios sobre las condiciones que ya se conocen como casi completamente genéticas y biológicas en su etiología, como la esquizofrenia y la enfermedad maniaco-depresiva (EMD), se ha demostrado, en base a estudios internacionales, que hay muy poca variación entre esas condiciones y probablemente no importe.

C: Usted ha criticado el modelo biopsicosocial ¿Por qué no es suficiente para explicar las enfermedades mentales? ¿Qué otros modelos existen?

NG: Bueno, la respuesta - la amplia respuesta- a esa pregunta son doscientas páginas de mi libro. Así que no puedo responder eso brevemente, excepto decir que traté de hacerlo en doscientas páginas, y la razón por la que necesitas doscientas páginas es debido a que hay tantas suposiciones que la gente ha aceptado sobre el modelo biopsicosocial, que si te digo qué pensar, automáticamente vas a rechazarlo. Así que debes leer las doscientas páginas para llegar



al lugar donde por lo menos seas capaz de considerarlo. Pero la verdadera razón de por qué no es el mejor modelo, es porque es simplemente falso, ha sido demostrado falso. Hay un montón de condiciones que no son biopsicosociales, son puramente biológicas, puramente psicológicas o puramente sociales. Tal vez correspondan a dos, pero no siempre las tres. Por lo tanto, indudablemente, no es un modelo general para la medicina y la psiquiatría. Los modelos alternativos... de nuevo en el libro ... hay que leerlo para entender el sentido básico. Sólo puedo darte las conclusiones sin ser capaz de convencerte, dado que las razones llevarían mucha más lectura y discusión. Pero la mayoría de la gente asume que la única alternativa al modelo biopsicosocial es un modelo biomédico reduccionista, se trata de un simple pensamiento poco elaborado. Siempre ha habido otras alternativas. Una alternativa, por ejemplo, es lo que llamo un modelo médico humanista. Esto viene de la tradición de William Osler, por ejemplo, y he escrito mucho acerca de él en el libro. Este es un modelo en el que a veces se es biológicamente reduccionista, pero no de una manera que es deshumanizante, se es humanista. Mira, yo creo que el modelo biopsicosocial es deshumanizante de muchas maneras. La gente supone que es humanista, y yo creo que eso es parte de la búsqueda de cómo usarlo, pero eso es una historia más grande. Otro modelo podría ser el que llamo modelo existencial biológico. Karl Jaspers es alguien que lleva a cabo una forma de pensar que es muy humanista, muy existencialista, muy orientada al individuo, pero también biológica. De nuevo, la razón por la que la gente quiere usar la palabra biopsicosocial es porque quieren humanismo y estoy totalmente de acuerdo con eso, pero la forma en que el modelo biopsicosocial está configurado en realidad no logra ese objetivo, puedes ser muy psicológico y también ser deshumanizante. Otro término que podría utilizarse es el de humanismo científico, y todo esto es mi intento para tratar de demostrar que se puede obtener resultados humanísticos pero siendo científico e incluso reduccionista y biológico, no son opuestos. Probablemente la tradición en la medicina a la que uno puede acudir, que es muy larga, siglos de edad y que ofrece una alternativa, es la tradición médica humanista que William Osler utilizaba para enseñar.

C: ¿Qué pilares considera fundamentales en la formación de un profesional de la salud mental? ¿Qué libros recomendaría para la formación y que libros de ficción?

NG: Pienso que una discusión más extensa para esta idea sería referir a la gente a leer. Hay un buen capítulo en... creo que es el Oxford Textbook of Psychiatry de Paul McHugh, el ex-director de John Hopkins. Se llama The Education of Psychiatry on 21st Century, creo que ese es el nombre del capítulo. Él fue el director de John Hopkins por 40 años y le puso mucha dedicación a cómo debe educarse un psiquiatra. Otro texto clásico es de Aubrey Lewis, quien fuera líder de la psiquiatría británica trabajando como director en el Maudsley Hospital. Tiene unos textos clásicos de la década del '40 creo, llamados The Education of Psychiatrist, los cuales amo leer, es un gran escrito, vale la pena volver atrás a esos, a pensar sobre diferentes abordajes. La mayoría de la gente piensa que la formación de los psiquiatras es en psicoterapias y en psicofarmacología, al menos en tratamiento, o se podría decir aspectos psicológicos,

sociales y biológicos en términos de causas, patogénesis y así sucesivamente. Yo pienso que esa es una división razonable. Mi opinión personal es que los aspectos psicológicos fueron demasiado restringidos a Freud y a las ideas psicoanalíticas en la mayoría de las áreas. No es que haya algo malo en eso, pienso que eso es muy importante y debe ser enseñado, pero pienso que debería ser enseñado más ampliamente, sin dejar de lado otros enfoques. Lo que fue más dejado de lado fue la tradición existencialista. Se remonta a Karl Jaspers, Vince Wagner, Victor Frankl, estas son las personas que los clínicos y los psiquiatras deberían leer más. Pienso que no necesitamos saber todos los detalles sobre las enseñanzas de Klein vs Karen Horney, o en qué difería exactamente Jung con Adler. No creo que todos esos detalles sean tan importantes, deberíamos usar todo ese tiempo en cambio para leer a Jaspers o Frankl. Pienso que eso generaría mejores psiquiatras. El mismo Freud por supuesto, que es un genio y hay que leerlo detenidamente. Pero los post-freudianos, todos estos diferentes escritores psicoanalíticos, pienso que son mucho menos interesantes. Pero aún así hay otros pensadores en psicología como Harry Stack Sullivan (psiquiatra estadounidense) que tuvo un abordaje interpersonal a la enfermedad psiquiátrica. Tenía muchas variaciones interesantes esencialmente en el pensamiento psicoanalítico pero lo tomo más en una dirección social. Erik Erikson (psicoanalista estadounidense de origen alemán), por supuesto, también lo abordó en una dirección social. Hay algunos pensadores de ese estilo que creo que deberíamos leer más. Entonces estoy de acuerdo en que los aspectos psicológicos y sociales deberían enseñarse más pero de una manera más amplia que la del psicoanálisis, debemos adentrarnos en el existencialismo y otros psiquiatras sociales también. La Salud Pública pienso que es muy importante. Enseñar Salud Pública, en términos de los aspectos sociales de la psiquiatría. Creo que la mayoría de los psiquiatras orientados psicossocialmente sólo se comprometen de la boca para afuera con los aspectos sociales, no se lo toman en serio. Por psicossocial ellos quieren decir psicológico, el aspecto social significa nada para ellos. La Salud Pública es realmente sobre los aspectos sociales de la enfermedad y eso es aplicable, no sólo para la enfermedad mental, sino para todas las enfermedades. Desafortunadamente, de hecho, hay mucho más trabajo en los aspectos sociales de las enfermedades médicas por fuera de la psiquiatría que el que hay dentro de la psiquiatría. Definitivamente los psiquiatras no se toman en serio los aspectos sociales de las enfermedades. La salud pública es realmente importante. Entonces, si pudiera, diría que todos deberían obtener, no sólo un título médico, sino también un título en Salud Pública nacional. Esa pienso que sería la educación ideal para todos los médicos de hecho. Porque empezás a prestarle atención a los aspectos sociales además de los aspectos sociales de la enfermedad, y empezás a pensar no en enfermedad, sino en salud, no en cómo tratar la enfermedad, sino como prevenirla y cómo optimizar la salud, y esa es una forma totalmente diferente de pensar. En psiquiatría eso sería muy importante, si pensáramos de esa manera no estaríamos diagnosticando a todas las personas deprimidas con Trastorno Depresivo Mayor y dándoles un antidepresivos, estaríamos hablando de cómo optimizar el ánimo de la población

general, así habría menos depresión en ella. Entonces la Salud Pública es importante. Esos son los aspectos psicosociales y por supuesto los aspectos biológicos y farmacológicos deben enseñarse. Aunque diría que, al menos en los Estados Unidos paradójicamente, se le presta mucha más atención en la formación psiquiátrica al entrenamiento en psicoterapias que en psicofarmacología. La habitual concepción errónea es que la psicoterapia es difícil de aprender, psicofarmacología es fácil, entonces realmente no se necesita enseñar psicofarmacología “salí ahí afuera, diagnóstica con los criterios DSM y dales pastillas para eso” que tiene sentido si utilizas la perspectiva del DSM. Porque todo lo que tenés que hacer es, a quien esté deprimido darle el diagnóstico de TDM y medicarlo con antidepresivos, a quien esté ansioso darle un diagnóstico de trastorno de ansiedad y darle un ansiolítico. Cualquiera puede hacer eso, no requiere ninguna pericia... pero sí hace daño, no es científico y no es válido, tanto en términos de psicofarmacología como de diagnóstico. Entonces pienso que hay que poner mucho más esfuerzo en enseñar psicofarmacología y también en enseñar diagnóstico por fuera del marco del DSM. Mucho del entrenamiento en psicoterapias debería ser reemplazado para enseñar psicofarmacología y diagnóstico, diagnóstico científico. Entonces esa es la forma en que yo lo abordaría. Las divisiones básicas que tenemos y cómo el énfasis debe ser puesto en un aspecto a expensas de otro.

C: ¿Hay algún libro que recomiendes para psicofarmacología?

NG: Desearía que hubiera... Por eso es que estoy planeando escribir uno. No hay... Voy a ser honesto al respecto, obviamente el libro más ampliamente leído es el de Stevens Stahl. El cual... voy a tratar de ser gentil en mis críticas (risas). No creo que sea una buena forma de enseñar psicofarmacología. Creo que es completamente acritico del sistema del DSM, y es completamente especulativo, es biológicamente especulativo, y se supone que es clínicamente científico. Entonces la distinción acá es... puedo decirte a vos: “acá hay una droga que aumenta la serotonina, entonces debe ayudar a la gente con depresión, entonces dásele a las personas con TDM”. Ese es esencialmente el enfoque del libro. A la gente le gusta esto porque es muy simple, y uno piensa que está siendo científico porque usó la palabra serotonina. Pero de hecho, el enfoque realmente científico sería el siguiente: “Toma pacientes con determinado diagnóstico, ponlos en un ensayo clínico randomizado, dales la droga y muéstrame que es mejor que el placebo. Si no lo es, no la uses. No me importa si aumenta los niveles de serotonina o no lo hace”. Esa sería una aproximación de investigación clínica, que ese libro realmente no utiliza. Es importante saber los mecanismos biológicos de estas cosas, pero no es la historia completa, no es ni siquiera el aspecto más importante de la psicofarmacología. Lo más importante es cuán buena es la investigación clínica que muestra que la medicación es más efectiva que el placebo y cuál es más segura. Ese es el enfoque de la MBE. Diría que no hay un buen libro de psicofarmacología que enseñe eso en un sentido general. Hay libros especializados que pueden enseñar sobre psicofarmacología clínica para enfermedades afectivas o esquizofrenia, temas específicos, pero no un hay un buen libro general.

C: ¿Qué piensa del libro de Nemeroff sobre psicofarmacología?

NG: Pienso que todos los libros editados son limitados en su uso. La ventaja de estos libros es que ofrecen una visión simplificada, alguien ha tratado de hacer que todo tenga sentido para vos. Cuando tenés libros editados, tenés miles y miles de personas que te cuentan sobre su campo específico, y no es usualmente muy instructivo. Entonces puede ser útil si querés un conocimiento detallado de ciertos temas, pero usualmente no es muy útil en una forma práctica.

C: ¿Cuál fue el aporte de Karl Jaspers y la fenomenología a la psicopatología?

NG: Jaspers hizo muchas contribuciones, pero una de las fundamentales es que introduce el concepto de empatía en la psiquiatría. Él enfatiza la importancia de la experiencia subjetiva del paciente para el diagnóstico, así como para el tratamiento; y esto es el método fenomenológico, es acerca de prestar atención a la experiencia subjetiva del paciente. Esto es por lo que es más famoso, pero más allá de eso, lo que yo pienso que es también muy importante, es que tiene una filosofía general sobre la ciencia y la psiquiatría, además del talento para entender a los seres humanos, un enfoque humanista. La filosofía general que promueve, es que la ciencia es sobre métodos, que a su vez tienen puntos fuertes y débiles. Así que todo método que uses podría enseñarte algo nuevo, pero es limitado y no es definitivo. En psiquiatría usamos diferentes métodos, Jaspers enfatiza los dos fundamentales (no sólo para la psiquiatría, para otras disciplinas también): *verstehen* (método comprensivo) y *erklaren* (método de explicación causal). En este punto es que retoma los debates acerca de la biología y lo psicosocial. Hay ciertas cosas que pueden entenderse desde un punto de vista biológico de explicación causal (*erklaren*) de una manera empírica, pero hay otras que no. De la misma manera, hay otras cosas que se pueden explicar mejor mediante el *verstehen*, desde una perspectiva psicológica, y otras que no. Los problemas que tenemos en nuestro campo se dan usualmente porque la gente quiere tomar uno u otro enfoque y aplicarlo a todo. Jaspers fue uno de los pocos, tal vez el primero, que claramente describió por qué eso no funciona. Al mismo tiempo, no se trata de usar cualquier enfoque que quieras, y es ese el ecléctico error biopsicosocial. Un enfoque es mejor que el otro para ciertas condiciones, y hay que elegir el correcto, aunque sepas que es limitado. Por ejemplo, si estás tratando con esquizofrenia o EMD, es racional usar el método biológico; en cambio si se trata de trastornos de la conducta alimentaria, divorcio o trauma, es mejor el método psicológico. Cabe aclarar que siempre se puede volver a la ciencia esencialmente, como el último árbitro: ¿qué enfoque se debería tomar? ¿qué dicen las investigaciones? ¿qué muestra la evidencia? Esto se relaciona con el concepto de MBE y vuelve al hecho de que la ciencia es el fundamento y el enfoque más importante en estos asuntos. Ciencia no significa biológico, ciencia significa saber cuándo usar el método biológico y cuándo no, cuándo usar el psicológico. Estas son todas ideas de Jaspers, pero la gente no las apreció. Apreciaron algo de lo que dijo, pero otras cosas no, porque realmente fue muy amplio y tuvo grandes ideas, y aún no es completamente valorado. En

resumen, pienso que es realmente muy importante, la filosofía es importante en general porque ayuda a pensar con claridad y a usar la lógica. Dentro de los filósofos, Jaspers fue el más prometedor filósofo al cual le importó la psiquiatría, así que obviamente los psiquiatras deberían prestarle atención y ver qué tenía para decir, especialmente acerca de la psiquiatría. Claro que tiene sus propias contradicciones y no tiene todas las respuestas, pero en mi opinión tiene un enfoque muy acertado y general de la psiquiatría.

C: ¿Cómo funcionan, en la práctica clínica psiquiátrica, los conceptos de categoría y dimensión, en general y específicamente en los trastornos psicóticos?

NG: Siempre pensé que la distinción entre categorías y dimensiones debería ser vista como una distinción empírica. Mucha gente desde un punto de vista a priori dice “deberíamos usar categorías” o “deberíamos usar dimensiones”. No, no deberíamos hacer nada, deberíamos hacer solamente lo que las investigaciones muestran que deberíamos hacer. Así que, si hacen investigación sobre personalidad, por ejemplo, las mismas demuestran que hay rasgos de personalidad que son dimensionales que están muy bien determinados. Es por esto que deberíamos tener un enfoque dimensional en lo que respecta a personalidad, en lugar del DSM categorial de trastornos de la personalidad, y no porque a mí me gustan más los enfoques dimensionales que los otros. De la misma manera, en el caso de los trastornos psicóticos primarios como esquizofrenia y EMD (especialmente en el caso de la esquizofrenia) puede que haya algunos enfoques dimensionales en la investigación, pero se pueden diferenciar claramente estas dos categorías (EMD y esquizofrenia). Es por esto que deberíamos tomar un enfoque categorial, es lo que la evidencia avala, no se trata de si prefiero uno o el otro. Hay que aclarar que incluso cuando se usan categorías, siempre hay un espectro para todo lo biológico, no es cuestión de opinión; en la naturaleza cuando algo sucede, no pasa siempre de la misma manera, Darwin lo demostró. Existen variaciones de la norma, por lo que siempre hay un espectro, no importa de qué categoría se trate: categoría humanos, hay un pequeño espectro, lo mismo con las categorías monos u otras especies, así como con la altura y el peso, hay un espectro. En la categoría esquizofrenia, también hay un espectro, hay esquizofrénicos que tienen distintas características, pero esto no quita que categorialmente es muy distinto de la categoría EMD, que a su vez tiene su propio espectro. Depende del nivel de análisis que se esté haciendo, a veces cuando se está analizando el panorama más amplio de todas las psicosis se hace un análisis categorial que tiene sentido y que por lo menos tiene dos raíces amplias (esquizofrenia y EMD), pero si se limitaran a una de las dos, se vería cierta dimensionalidad dentro de cada grupo, especialmente en la EMD. En otros trastornos, cuando se toma una mirada más amplia, como personalidad, se trata de dimensiones, pero si achicas el enfoque, se pueden encontrar categorías también, como alteraciones del temperamento como ciclotimia o hipertimia, e incluso algunos trastornos típicos de la personalidad como borderline. En conclusión, creo que no hay una respuesta a priori para la disputa categorías vs. dimensiones. Es una pregunta empírica. No es cuestión de gustos, es cuestión de ciencia.

C: ¿Qué opina de la validez del diagnóstico del trastorno esquizoafectivo y su utilidad en la práctica clínica? En Argentina algunos psiquiatras los consideran casos de hebefrenia ¿Qué opinión le merece?

Creo que han habido muchos estudios sobre la validez diagnóstica del trastorno esquizoafectivo que han probado que no es válido como diagnóstico. No se diferencia como diagnóstico separado si uno se basa en las cuatro características clásicas para establecer un diagnóstico (síntomas, curso de la enfermedad, genética y biología). Dicho esto, es evidente que es una caracterización clínica que la gente ve, podemos decir que es una descripción clínica, pero esto no lo hace un diagnóstico válido. Se puede describir de otras formas, se la puede llamar hebefrenia, psicosis cicloide o como se prefiera, pero es sólo una descripción clínica, no es un diagnóstico separado. Hay pacientes que tienen estas características y es por eso que se utiliza el término, es un atajo para nombrarlos. Desafortunadamente, se trata de naturaleza humana forzada por el sistema del DSM; cada vez que alguien usa un nombre, la gente piensa que hay algo en el mundo externo que se corresponde con ese nombre, y eso no es así.

C: es arbitrario

No es que sea arbitrario, es de corto alcance. Pensémoslo metafóricamente: la mayoría de las bicicletas tienen dos ruedas, supongamos que encontramos una que tenga dos ruedas y media, que ocasionalmente la gente usa, ¿cómo la llamaríamos? Propongo bicicleta de dos ruedas y media. Cuando alguien las ve dice “wow estas bicicletas de dos ruedas y media son completamente distintas a las comunes, un diagnóstico completamente diferente”. Realmente no es así, tiene dos ruedas y por alguna razón tiene media rueda más, por lo que le dimos un nombre particular ¿esto significa que es una cosa completamente diferente? No, es la misma cosa pero tiene una variación.

C: ¿Qué opinión le merece que se denominen psicosis endógenas a aquellas que atañen a la psiquiatría?

No es del todo incorrecto, pero no es lo suficientemente correcto como para que sea útil. Yo creo que es una forma antigua de pensar, que probablemente no sea provechosa porque es confusa para la gente. Por ejemplo, con respecto a la depresión quisieron decir “esto es endógeno” o “esto es exógeno”, o en relación a la EMD quisieron decir que es endógena y que la depresión neurótica era exógena; pero después dijeron “bueno, se pudo demostrar que hay estresores psicosociales para la EMD y que hay carga genética relevante para la neurosis”, con lo cual no sirve decir que son endógenas para diferenciar una de la otra, no son distinciones significativas. En consecuencia, decidieron ponerlas todas juntas y llamarlas trastorno depresivo mayor. Eso fue lo que pasó, que tampoco es una buena solución. El error de querer diferenciar lo endógeno de lo exógeno sirvió para un error incluso más grande. Así que no, no creo que sea útil. Hay otras formas de pensar mucho más útiles como usar validadores diagnósticos y usar el curso del trastorno como herramientas diagnósticas.

C: ¿Considera vigente la división de la psicosis en los dos grandes astros kraepelinianos: la demencia precoz y la enfermedad maniaco- depresiva (EMD)?

Sí, creo que Kraepelin tenía razón. Creo que tenía más claras las cosas que todos en su momento. Dementia praecox es un concepto más válido que el de esquizofrenia. En 10 años Bleuler lo distorsionó, y después el concepto de esquizofrenia fue sobredimensionado por 15 años. También está el punto de vista fenomenológico, Schneider era el discípulo de Jaspers y según mi opinión se equivocaron. Luego está la EMD que fue ignorada y después reemplazada por el concepto de bipolar, que es una expresión menor de la misma, y que está, según nuestros hallazgos, completamente equivocado. Con lo cual creo que las amplias definiciones de Kraepelin son más válidas. De hecho, eran muy amplias. Una definición amplia de la EMD es relativamente estrecha en comparación con el concepto de demencia precoz. Mirando en retrospectiva, creo que son las formas más válidas de definirlos, comparado con todas las otras variaciones.

C: En su opinión, ¿es más apropiada la más restringida noción de demencia precoz o la más amplia concepción de la esquizofrenia de Bleuler?

NG: Una vez más, no es una cuestión de opinión. Está estudiado científicamente, los conceptos de Bleuler no diferencian entre la esquizofrenia, si quieres usar esa frase, y otras condiciones psicóticas. Tampoco lo hacen los criterios de Schneider. Así que en realidad se ha refutado esta definición ampliada de la esquizofrenia.

C: Asimismo, ¿considera útil la moderna división del trastorno bipolar en subtipos (I, II y espectro) frente a la más amplia comprensión evolutiva de la EMD?

NG: Creo que todas son útiles. Últimamente me he inclinado por el concepto más antiguo de la EMD, que me parece más útil que el trastorno bipolar y su espectro. Principalmente porque la gente está discutiendo mucho acerca del concepto de bipolar y todos tienen una opinión al respecto. Se incorporan distintos subtipos como si fueran trastornos completamente distintos. Creo que esto confunde a la gente, y en lugar de intentar reducir a todos al respecto, puede ser más fácil volver al concepto de EMD que incluye todo lo demás. Es más radical, pero puede ser más efectivo. El concepto del espectro bipolar no es tan radical, aunque todos se alteren por ello y actúen como si lo fuera. Se le opone resistencia (a llamarla EMD) porque están todavía luchando con el concepto de bipolar, tratando de mejorarlo, a pesar de que puede ser tan inválido que no pueda ser mejorado.

C: ¿Cree que el Research Domain Criteria (Rdoc) puede realizar un aporte útil a la comprensión y tratamiento de los trastornos psicóticos?

NG: Lo dudo. Creo que es un desperdicio de tiempo y dinero. Pienso que es producto de la ideología de cierto grupo de personas que tiene poder y dinero por ser los líderes del Instituto Nacional de Salud Mental (E.E.U.U. NIMH: National Institute of Mental Health), y lo han forzado hacia el interior de la profe-

sión. Eso está en contra de la ética científica: el hecho de que los líderes gubernamentales fueren a los científicos a llevar adelante sus investigaciones en un determinado modo. Si va a ser de ayuda o no es una cosa, y lo dudo. Pero cómo se llevó a cabo el proceso me parece inaceptable.

El motivo por el cual dudo de su utilidad es porque ya se ha intentado hace cien años por Wernicke y Meynert. Es el proceso de “empecemos por el cerebro, veamos cómo llegamos a los síntomas clínicos, y podremos descifrarlo todo”. Ya lo intentaron hacer, y a veces se logran avances de esa manera: el abordaje localizacionista de la neurología por ejemplo. Pero no funcionó en la psiquiatría. Tal vez logren algo que aún no se pudo con el abordaje de Wernicke y Meynert, aunque no creo que sea innovador. Uno de los mayores problemas con el proyecto RDoCs es que ignoran la historia de la psiquiatría, y no se dan cuenta de que esto ya se intentó.

C: Ante un episodio psicótico agudo ¿Por qué debe considerarse a los trastornos afectivos jerárquicamente por encima de los psicóticos? ¿En qué elementos debe sustentarse un profesional para lograr esta distinción?

Hay 2 formas de pensarlo. Una forma sería que frente a un cuadro que presenta más síntomas que otro, el cuadro que presenta más síntomas debiera ser descartado antes de llegar al diagnóstico del otro. Un ejemplo sería la sífilis, que implica múltiples síntomas. Deberías descartar su presencia antes de diagnosticar una neumonía u otra enfermedad que implica menos síntomas o involucra menos órganos. Otro ejemplo es el SIDA o el lupus. Se trata de un principio general de la medicina, es lógico y razonable. En este sentido, los trastornos afectivos presentan más síntomas que los psicóticos, y por eso debería considerárselos jerárquicamente por encima de ellos.

La otra forma de pensarlo es mediante la etiología: algo causa otra cosa. Si uno sabe que padecer de determinada infección causa una serie de síntomas, y que tratando tal infección uno logra librarse de estos síntomas, va a tener que descartar esa etiología antes de considerar otras etiologías que (de nuevo) produzcan menos síntomas.

Obviamente no sabemos la etiología de los trastornos afectivos ni de la mayoría de los trastornos mentales, y es principalmente por este motivo por el cual hay personas que se resisten a la jerarquía diagnóstica. Sin embargo, no es necesario contar con la etiología para poder aplicar el concepto de jerarquía. Incluso aunque no se conozca la etiología, sabemos que una enfermedad puede producir otros síntomas. Tal es el caso de los trastornos afectivos: pueden producir psicosis, y por lo tanto deben ser descartados frente a la presencia de síntomas psicóticos. La razón por la que esto no funciona al revés es porque, por lo menos la esquizofrenia, no produce trastornos afectivos. La esquizofrenia no produce manía, por definición esto es así, por lo menos si se aplican ciertos tipos de nosología.

C: Sin embargo en la práctica clínica no es esto lo que observamos...

NG: En otras ramas de la medicina se aplica el concepto de jerarquía sistemáticamente, basados en la investigación científica y en nosologías con las que nosotros (en psiquiatría) no

contamos, pero también en buenas investigaciones clínicas. Nosotros simplemente no hacemos eso. Nunca lo hemos hecho. Kraepelin lo hacía, era parte de su abordaje.

C: En pleno siglo XXI, era de una globalización masiva de la información ¿cuál considera que es la noción de la población general sobre la psicosis? Y ¿qué rol nos compete a los profesionales de la Salud Mental?

NG: No sé exactamente en relación a la psicosis, pero diría que en la población general, con cada nueva generación, se está mejorando la actitud hacia las patologías psiquiátricas en general. En relación al estigma, hoy las personas de 20 años sufren menos que las de 40, las que a su vez sufren menos que las de 60. Eso es genial. No sé si se debe a las tecnologías crecientes. Pero marcha en paralelo con la tolerancia creciente por lo menos en el mundo occidental. El ejemplo más importante tiene que ver con la orientación sexual, antes de eso tuvo que ver con la raza y el género. Así que mientras la tolerancia en estos temas aumenta, también aumenta la tolerancia en general y esto se está extendiendo al mundo de las patologías mentales en una forma muy positiva.

Creo que es importante que los profesionales participen de la transmisión de información relativa a las patologías psiquiátricas a la población general. Y también pienso que las nuevas generaciones van a ser más efectivas que las generaciones previas en esto, incluso dentro del terreno de las profesiones de salud mental, dado que aún existe un elevado nivel de estigmatización hacia ciertas enfermedades mentales. Por ejemplo, la EMD está mucho más estigmatizada por los profesionales de la salud mental por encima de los 40 años de edad que la depresión o el TDA.

C: ¿Qué opinión le merece las denominaciones actuales de los psicofármacos en los 4 grandes grupos (ansiolíticos, antidepresivos, antipsicótico y estabilizadores del ánimo)?

NG: He publicado un trabajo hace uno o dos años donde planteó que esos términos para el agrupamiento no ayudan y son falsos. Así que creo que ni siquiera debiéramos estar hablando en esos términos. Pienso que debiéramos referirnos a los mecanismos biológicos como forma neutra de agruparlos. No necesariamente porque sea la mejor manera de agruparlos pero por lo menos no se arrogan efectos clínicos basados en el nombre del grupo. Los efectos clínicos deben ser demostrados en estudios randomizados. Así, en vez de antidepresivos, debiéramos hablar de agonistas monoaminérgicos; en vez de antipsicóticos, debiéramos hablar de antagonistas dopaminérgicos; en vez de ansiolíticos, debiéramos hablar de agentes gabaérgicos; y en vez de estabilizadores del ánimo... bueno, en realidad no hay un buen término para ellos! por ahora el término más parecido que yo utilizo es el de modificadores de los segundos mensajeros.

Pienso que depende de para qué quieras usar los términos. En realidad yo lo pondría de otra manera. Esto no lo he escrito aún, pero es la forma en la que ha evolucionado mi manera de pensarlo. Creo que hay dos tipos básicos de medicación: las drogas para los síntomas, y las drogas que modifican el curso de la enfermedad. Algunas drogas mejoran los síntomas pero no hacen nada con la enfermedad que los causa. Otras de

hecho mejoran la enfermedad de fondo, aunque no mejoren los síntomas en forma directa. Obviamente estas últimas son las más importantes, pero sigue habiendo lugar para el tratamiento sintomático en la medicina. Si uno lo piensa de esta manera, va a querer hacer hincapié en el tratamiento que modifique el curso de la enfermedad más que en el tratamiento sintomático. Llevado a un ejemplo clínico, para una neumonía la droga modificadora del curso de la enfermedad es la penicilina, y una droga para los síntomas es la aspirina que podría usarse para bajar la fiebre. Uno no haría hincapié en la aspirina para el tratamiento. Tampoco es que no la usaría: es solo una cuestión de énfasis. Cuando uno comienza a tomar la penicilina no obtiene efectos directos sobre los síntomas inicialmente, y debe tomarse durante varios días. Por eso uno tiene que saber y entender que debe olvidarse de los síntomas, y tomar la medicación por cierta cantidad de tiempo hasta que esta pueda ayudarnos. Eso es lo que hacemos en medicina.

Entonces, en psiquiatría debiéramos preguntarnos cuáles drogas son para los síntomas y cuales modifican el curso de la enfermedad. Pienso que la respuesta, utilizando los términos "antidepresivos" o "agonistas monoaminérgicos", es que desafortunadamente se trata de medicación sintomática para la depresión y la ansiedad, con la excepción aparente del trastorno obsesivo-compulsivo, en el que la inhibición de la recaptación de serotonina parece ser modificadora de la enfermedad. Los "ansiolíticos" o "agentes gabaérgicos" son básicamente medicación sintomática. Los "antipsicóticos" o "antagonistas dopaminérgicos", por desgracia son medicación sintomática y no afectan el proceso de la enfermedad esquizofrenia. Todo el mundo esperaba que eso sucediera, basados en la hipótesis dopaminérgica de la enfermedad que hoy ha sido desaprobada. Esta hipótesis no explica la etiología ni la patogenia de la esquizofrenia, o lo hace parcialmente. Es mucho más complicado que eso, y estas drogas no están logrando llegar al meollo. Son muy buenas para el control sintomático y debieran usarse para ello, pero siendo conscientes de que no estamos afectando a la enfermedad subyacente: una enfermedad crónica que no mejora por sí misma. Por último tenemos a los "estabilizadores del humor". Estos son los únicos que modifican el curso de la enfermedad, a excepción del caso del TOC, como ya mencioné, y con los que contamos para una sola enfermedad: EMD. No así para el trastorno límite de personalidad ni la esquizofrenia donde a veces también son usados. E incluso en la EMD el medicamento que más evidencia tiene de modificar el curso de la enfermedad es el litio, por lejos ya que el ácido valpróico no reduce el suicidio ni la mortalidad, así como tampoco lo logran la carbamazepina, o la lamotrigina. Y eso es parte de la enfermedad. O sea que la única medicación con la que contamos que reduzca la mortalidad, lo cual es deseable desde la medicina es el litio. Con todo, la vasta mayoría de las medicaciones son sintomáticas. No por eso no debieran usarse, solo que no debieran usarse tan extensivamente. Y hay unas pocas que son modificadoras: ellas son las que debieran ser más ampliamente utilizadas de lo que probablemente son en la actualidad, especialmente en el caso del litio.

C: ¿Qué sabe de la psiquiatría en otros continentes? ¿En estados islámicos como Irán o en países europeos como España, donde trabajó?

NG: Mi experiencia en oriente medio es similar a la que he tenido en Latinoamérica, en el sentido de que son reflejo de la cultura: ambas culturas son muy humanísticas. Por ejemplo, la poesía es muy valorada, y los psiquiatras al igual que la gente en general tienden a gustar de la poesía, recitarla, tener poetas favoritos. Y aplican eso a sus prácticas, de formas que uno no ve en Estados Unidos o Europa occidental. Puede que te encuentres con un psiquiatra estadounidense o inglés que sea fan de Shakespeare y lo cite de vez en cuando, pero es bastante raro. Por contraste, cualquier persona en Irán puede citar a Hafez o Sa'adi, que son poetas famosos del medioevo.

Por otro lado son muy biologicistas. Por el estigma relacionado a las enfermedades mentales, la gente no recibe tratamiento a menos que sufran de las enfermedades más graves como esquizofrenia. Por este motivo, como sólo tratan los cuadros más graves, mayormente se limitan a darles antipsicóticos y no realizan abordajes psicoterapéuticos con estos pacientes. Y en este sentido se da una paradoja dado que son psiquiatras muy humanísticos pero muy biologicistas al mismo tiempo.

Hay gente, más psicoterapeutas que psiquiatras, entrenados en psicología clínica que practican abordajes psicoterapéuticos, que pueden ser freudianos y tienen otra forma de pensar y trabajar. Pero los psiquiatras tienden a ser muy biologicistas en Oriente Medio. Con el costado humanístico que los hace muy interesantes. Y esto es lo que observé también en latinoamérica, por lo menos el lado humanístico.

En España estuve a fines de los 80's como estudiante de medicina, y era un momento de transición: antes de que llegara allá, la psiquiatría española era muy psicoterapéutica, muy psicopatológica, no farmacológica. Era considerado bastante radical dar inhibidores de la recaptación de serotonina. Por supuesto eso es rutina hoy por hoy. España ha seguido el rumbo del mundo occidental, estando muy extendida la psicofarmacología ahora. Así que no creo que haya mucha diferencia con el resto de Europa.

C: Usted habla de pensadores y psiquiatría, ¿quiénes son los pensadores de la psiquiatría del siglo 21?

NG: He escrito algo acerca de mis pensadores favoritos del siglo 20. El siglo 21 es bastante joven, pero creo que pensadores importantes de fines del siglo 20 son Paul McHugh, quien era Director de John Hopkins y escribió "Las perspectivas de la psiquiatría" que es uno de los libros conceptuales clásicos de la psiquiatría. Otro es Leston Havens, quien fue mi profesor en Harvard. Él escribió «Aproximaciones a la mente», que es también otro gran libro conceptual para leer, más histórico, más amplio.

Creo que Aubrey Lewis, el psiquiatra británico, de mediados del siglo 20, es importante; escribió acerca de psiquiatría con un enfoque social. Sigo pensando en el siglo 20: creo que Víctor Frankl es esencial para la psiquiatría existencial. Por supuesto, habría que leer a Freud y a Jung.

C: Ha estado trabajando en este campo los últimos 20 años y se ha convertido en un gran experto en el área. ¿Cuál es su apreciación del trabajo que ha realizado en todos estos años? ¿En qué le gustaría trabajar actualmente?

NG: Creo que en cuanto a la investigación, destacaría el trabajo

que he realizado acerca de enfermedad bipolar. Básicamente, demostré que los antidepresivos no son efectivos y que deberíamos tener una definición más amplia del modelo de enfermedad bipolar, al menos un modelo de espectro o incluso algo aún más amplio. Otras personas comparten esta misma visión. Lo único que he hecho fue añadir algo de evidencia a favor y explicarlo más. Creo que es útil, pero es conocimiento "negativo negativo", es decir, lo que no se debería hacer, no usar antidepresivos.

C: Primum non nocere, es una buena intervención. También ha trabajado mucho sobre el conocimiento y la filosofía.

NG: Creo que he ampliado las ideas de Jaspers, especialmente sus conceptos de filosofía de la ciencia y de la naturaleza de la ciencia y he intentado revivir las tradiciones existencialistas y de juntar ideas no necesariamente relacionadas. Desarrollé una crítica al eclecticismo biopsicosocial y una alternativa que es un modelo científico humanístico derivado de Jaspers.

C: Volviendo a la investigación, Usted ha contribuido con el acercamiento de los profesionales en formación a la estadística y la epidemiología, una intervención muy valiosa.

NG: He intentado enseñar cómo hacer investigación de una manera más científica. No es algo nuevo, es lo que se hace fuera del campo de la psiquiatría. Me gustaría mencionar mi trabajo reciente sobre los aspectos positivos de la enfermedad maniaco-depresiva. Y cómo eso se ubica en relación a los liderazgos políticos, militares y empresariales. Creo que esta es una de mis contribuciones más importantes, en un nivel social más amplio, especialmente en lo que respecta al asunto del estigma.

C: ¿Qué opina sobre su trabajo actual?

NG: Podría decirse que me encuentro en la mitad de mi vida y de mi carrera. Me hubiera gustado lograr más cosas. Creo que el no haber logrado ciertas cosas en el campo de la investigación clínica tiene que ver con el sistema del DSM, que se presentó como un obstáculo "anti-científico" a cualquier avance en nuestro campo.

Soy muy crítico de nuestra profesión en la actualidad. Creo que necesitamos un cambio radical del sistema DSM para poder progresar en investigación básica y clínica. La investigación es un trabajo para gente joven, ya que cuando se es joven, se es más creativo, se tienen nuevas ideas, no se está tan ligado a las viejas ideas. Además, obviamente, se tiene más energía. No creo que pueda seguir haciendo investigación clínica de la misma forma en que la estuve haciendo los últimos veinte años. Me dedicaré principalmente a la crítica al DSM y me enfocaré en escribir acerca de los aspectos positivos de la enfermedad maniaco-depresiva. Seguiré haciendo investigación, pero no haré el trabajo de investigación yo mismo. La gente mayor debería estar presente a modo de guía, como consejeros. Y los jóvenes serán quienes tengan que hacerlo y desarrollar conclusiones.

C: Muchas gracias



TRABAJO QUE OBTUVO MENCIÓN
EN LAS JORNADAS METROPOLITANAS
DE RESIDENTES (2015)

Cuerpos Afectados

SILVINA SOLEDAD FIORI
Lic. en Psicología. Residente de segundo
año de Salud Mental Psicología Clínica.
Hospital General de Agudos Dr. Teodoro
Álvarez. Período (2014-2018).
silvina.fiori@gmail.com
— Foto: Maia Nahmod



RESUMEN :: El propósito de este trabajo será problematizar el lugar del analista en un caso de psicosis que tiene como protagonista principal fenómenos de fragmentación corporal. Se trata de una paciente atendida en el dispositivo de consultorios externos de un hospital general a partir de una derivación realizada por el servicio de dermatología por presentar el Síndrome de Ekbom o delirio de parasitosis. Tomando como marco teórico el psicoanálisis de orientación lacaniana, se tratará de reflexionar sobre la función del cuerpo del analista cuando se presenta en un sujeto una dimensión del cuerpo que pone en jaque su entramado delirante.

PALABRAS CLAVE :: cuerpo - analista - delirio de parasitosis
AFFECTED BODIES

ABSTRACT :: The aim of this work will be to question the analyst's place in a case of psychosis which has corporal fragmentation phenomena as leading symptom. It's about a patient that is attended in the ambulatory care unit of a general hospital due to a referral made by the dermatology service because she presented the Ekbom's Syndrome or delusional parasitosis. Based on lacanian-orientated psychoanalysis as theoretical framework, the function of the analyst's body is discussed, when an aspect of the body puts in check a patient's delirious production.

KEY WORDS :: body - analyst - delusional parasitosis

*Toda palabra es física, afecta
inmediatamente al cuerpo (...)*

DELEUZE, 1969

En el año 1953 Lacan inicia su enseñanza afirmando que el psicoanálisis tiene un médium: la palabra del paciente. Veinte años más tarde, sin anular el valor de aquella primera formulación, afirma en el seminario 19 que en las entrevistas preliminares se trata de una confrontación de cuerpos, siendo el discurso analítico producto del analista en cuerpo que instala el objeto en el lugar del semblante (Lacan, 1973). Es decir, se destaca en este caso la dimensión del cuerpo y no tanto la de la palabra, pero, ¿cómo pensar la una sin la otra? En ese mismo seminario Lacan también plantea que entre el cuerpo y el discurso están los afectos, y que en un análisis los analistas se encuentran afectados.

En este escrito se reflexionará sobre el lugar del cuerpo del analista en el caso de una paciente que presenta una dimensión del cuerpo que resquebraja su entramado delirante. A tal fin se incluirán referencias que permitan pensar la noción de cuerpo en psicoanálisis y comentarios respecto de algunas particularidades del decir de esa paciente.

LA EXTRANJERA

Era un martes de noviembre como cualquier otro. Me encontraba en el office de residencia esperando al jefe de residentes médicos para acompañarlo junto con otro médico a una interconsulta en el servicio de dermatología. Las interconsultas solían producirse ante casos que presentaban lo que se conoce como "síndrome de Ekbom o delirio de parasitosis", es decir, pacientes que realizan lesiones en su piel para quitarse "bichos" que sienten en ella.

Ese martes de noviembre dejó de ser como cualquier otro cuando conocí a Eva. En principio me impresionó que estuviese pelada. No recuerdo demasiados detalles de aquella primera entrevista. Decía sentir una tensión en su cabeza, que realizaba trabajos de inteligencia para la CÍA y que se comunicaba telepáticamente con un jefe.

El médico le ofreció realizar un tratamiento en el servicio de salud mental por el malestar que le generaba aquella tensión. Eva aceptó. Durante las semanas siguientes con-



currió al servicio y la veíamos entre los tres. Al mes comencé a verla sola. Me volví a presentar nuevamente y establecí una diferencia con las entrevistas anteriores (principalmente porque se recortaban preguntas concernientes a la toma de la medicación y efectos adversos). Quería inaugurar el espacio señalando alguna especificidad del dispositivo analítico. Decidí entonces enunciar la regla fundamental.

Eva tiene 55 años. Tiene tres hijos que fueron criados por una de sus hermanas. Es extranjera, lo cual es fácilmente reconocible por su acento y el modo en que pronuncia varias letras. Tiene un tono de voz aterciopelado. Suele hablar en tercera persona indefinida (por ejemplo, “uno se siente cansada”) y generalmente conjuga los verbos en tercera persona del plural. No es agente de su discurso, es hablada por una pluralidad de Otros. Son contadas las ocasiones en que utiliza el pronombre “yo”. Su decir es impropio.

Relata que en el mes de noviembre del año pasado una gata de su hotel que se encontraba muy tensionada le contagió “piojitos”. Estos piojitos formaron “bolsitas de liendres” sobre su pelo que tras “reventar” arrojaban un líquido que produjo zonas de alopecia en su cuero cabelludo. Intentó combatir las con diversos productos y reventándose ella misma aquellas bolsitas. Como estos tratamientos no resultaron exitosos, decidió pelarse y colocar su pelo dentro de una bolsa. Acto seguido, se dirigió a la terraza de su hotel y roció con lisoform el contenido de dicha bolsa. El resultado tampoco fue el esperado porque la terraza se vio invadida por ese mismo séquito de piojitos, pero al menos ya no los tenía en su cabeza.

La decisión de cortarse el pelo persiguió el objetivo de poder higienizarse mejor. A esto se sumó una necesidad de aliviar cierto malestar que aparecía cuando esas bolsitas de liendres reventaban. Cuando ello acontecía, iba acompañado de una sensación de tensión adentro de su cabeza y era, según sus palabras, la legítima muerte en vida. “Muerte en vida”, efecto parasitario del significante que en la psicosis se hace patente produciendo una desvitalización sobre lo viviente.

Desde hace casi 25 años, Eva realiza trabajos de inteligencia que tienen como finalidad la reorganización del país a través de la constitución nacional. Actualmente prima el uso de la telepatía, pero hasta hace algunos años ella realizaba “presencias” en ciertos lugares. Por ejemplo, suele contar que viajaba en los trenes para garantizar el cumplimiento de la ley: “chicos, hay una ley que prohíbe fumar en lugares públicos. Por favor, apaguen los cigarrillos”. Con sólo pronunciar esta frase aquellos chicos no sólo obedecían, sino que se mostraban agradecidos con ella. La misma lógica aparece en otras escenas que suele recortar respecto de su concurrencia a piquetes o paros. Su trabajo consiste en proteger a las autoridades (con esto se refiere al “personal policial”) y eliminar a la parte revolucionaria sin violencia, integrarlos a la sociedad poniéndolos frente a la ley.

Este tinte pacificador que impregna su delirio vendría al lugar de responder a una demanda familiar donde ella es convocada a subsanar los problemas de los otros y desde un lugar conciliador. Para ello apela a una ley jurídica (la constitución nacional) frente al fracaso de la ley simbólica del nombre del padre. No obstante, dicho artilugio resulta insuficiente para atemperar el goce que se encarna en su cuerpo.

CONSTRUYENDO PARAPETOS

No me resulta fácil precisar lo que Eva experimenta como tensión. Podría decir que remite a una sensación corporal que irrumpe en su cabeza ante variadas situaciones. Cuando habla sobre ella, la expresión de su rostro suele reflejar pesadumbres. Como durante los primeros meses del tratamiento se trató de uno de los temas principales de conversación, realicé un trabajo de recorte de posibles desencadenantes, con la finalidad de introducir un no-todo respecto de su delirio y de bordear la invasión de ese exceso de cantidad. Eso era seguro. Un exceso de goce que quebraba su armazón delirante. Había algo que se resistía a ser reorganizado. En efecto, se podría pensar el tratamiento de la psicosis como un modo peculiar de conversación, una conversación sobre el goce, que le posibilite al sujeto nombrar aquello que excede a la significación (Palomera, 2008). En el caso de Eva, ese plus de cantidad lleva el nombre de tensión. La aparición de la tensión quedaba discursivamente en relación de contigüidad con situaciones que le produjeron “crisis nerviosas”. Comenta que cuando le sucedió lo de los piojitos tuvo una “crisis de nervios”, un “desequilibrio total”. Esto volvió a repetirse cuando tuvo una internación en una sala de salud mental en el año 1994 y, al poco tiempo de iniciar el tratamiento conmigo, cuando le roban un millón de pesos de una cuenta bancaria que estaba a su nombre, pero que no era de ella (sí, así son las entrevistas con Eva).

En Eva lo simbólico no toma cuerpo (Lacan, 1980). Y como no toma cuerpo, en su discurso priman la vertiente metonímica y un enjambre de significantes desarticulados. Piezas sueltas en lo simbólico y un cuerpo desregulado. Esta ausencia de metáfora se manifiesta hasta en el detalle más nimio de su historia.

Algo comienza a regularse cuando, respecto del episodio del robo de dinero, introduzco la siguiente construcción: “*uno está tenso cuando está preocupado por algo*”. Era necesaria alguna intervención que funcionase como punto de capitón y le diese cuerpo a su decir. La arborescencia y proliferación de sentidos era enloquecedora. Me cuenta una noticia que la había dejado tensa ese día: la agresión a un médico cuando ingresó en la ambulancia a una villa y la vinculación de este hecho con la problemática del narcotráfico.

Desde aquel entonces comenzamos a balizar situaciones que la preocupan y que tienen que ver con todo lo que atente contra la reorganización del país y desastres climáticos. Por ejemplo, en una sesión se siente nerviosa por haber absorbido la desesperación de los habitantes de Córdoba que habían sufrido una inundación. Se comunica telepáticamente con su jefe quien le dice “vos podés” y logra cambiar el pronóstico meteorológico, también telepáticamente. En relación a su trabajo en la vía pública, el contacto con la gente también queda ligado al trabajo de reorganización. Ha tenido como clientes a asesores de funcionarios, así como también al chofer de la presidenta, narcotraficantes, barrabravas, etc. Con ellos se trenza en fuertes discusiones políticas.

También tratamos de pensar en estrategias que le permitan aliviar dicha tensión. Lo que le resulta más efectivo es tomarse una pastilla de “tranquinal”. Asimismo introduzco una medida posible delimitando que la tensión es vivida por ella con una menor intensidad que una crisis y que no necesariamente la una lleva a la otra.

Como efecto de las intervenciones mencionadas, Eva comienza a decir que hablar conmigo la “relaja”. Es decir, se recorta el par *tensión-relajación*.

FUERA DE CUERPO

El cuerpo es el protagonista principal en todas las entrevistas de Eva y es el punto de enganche con el tratamiento. Suele hablar sobre infecciones urinarias que padece hace más de 10 años, cuadros de bronquitis, mareos, gripes, conjuntivitis, posibles convulsiones y está muy atenta a los efectos de la medicación. Sufrió numerosas “parálisis del corazón y preinfartos” que obstaculizaron el cumplimiento de su rutina laboral. En Eva hay órganos, no un cuerpo donde ubicarlos. O bien podría decirse, se trata de un cuerpo develado, sin el velo de lo bello, invadido por agentes hostiles o cortado en pedazos (Leibson, 2013).

Desde el marco teórico psicoanalítico, el cuerpo se distingue del organismo biológico. No se nace con un cuerpo, sino que se construye. Lo esencial del planteo freudiano es que el yo no es innato, sino que se requiere de una operación para que se constituya en tanto unidad (Freud, 1914) y, además, el yo es también la proyección de una superficie corporal (Freud, 1923). Para Lacan (1960) se tratará de una construcción imaginaria producto de una identificación al semejante, sostenida por lo simbólico. El yo será entonces una imagen que soporta una ilusión de totalidad y, por tanto, una superficie corporal cerrada.

Cataclismo y disolución son algunos de los términos que Lacan emplea respecto de las psicosis para nombrar los efectos que se producen en lo imaginario ante la falla de lo simbólico. Tanto la psiquiatría como el psicoanálisis se han ocupado de los fenómenos de fragmentación corporal propios de la esquizofrenia. En ella no rige la unidad libidinal del cuerpo y es aquí donde hago entrar en escena al cuerpo del analista en tanto tal.

Mientras manteníamos una entrevista con Eva en los jardines del hospital, una hormiga me pica el brazo y en consecuencia se produce en mi piel un pequeñísimo agujero, del cual no me anoticio hasta que Eva, con la sensibilidad que tiene para percibir eso, lo señala y exige que la entrevista se interrumpa. En ese momento la palabra quedó en un segundo plano, ya que para ella era mucho más importante que me ocupe de darle un tratamiento médico a ese pedacito minúsculo de cuerpo que contingentemente había desaparecido en las garras de la hormiga. Eso que denunciaba cierta fractura de la imagen especular debía ser sustraído de la escena. Para mí era insignificante, para ella debía ser sustraído y tratado. Le hago caso y concurro a la guardia (es decir, al office de residencia) donde un médico me receta una pomada. Al volver a los jardines, la entrevista continúa y al finalizar reitera que se relaja al hablar conmigo.

Me interesa destacar que, de la infinidad de comentarios que un sujeto puede realizar respecto de su analista, ella no deja pasar cualquier signo que revele la afectación de mi cuerpo en lo real y la consecuente necesidad de un tratamiento médico. Al respecto Tomasa San Miguel (2015) sostiene: “La función del analista - “encuerpo”- supone el cuerpo como aquello donde el decir hace eco (...) ligada al concepto de encuentro y la afectación del cuerpo que de allí se desprende”. La autora (2007) agrega

que el analista encuerpo interviene desde su contingencia y que el término “encuerpo” no remite tanto a lo especular sino al anudamiento imaginario y real, articulación imagen y objeto. Cuerpo como continuidad imaginaria y real.

Leibson (2013) plantea, por su parte, que en la psicosis el cuerpo se pierde y se reconstruye en los modos en que el goce encuentra un espacio de ficción que lo vuelva no tan insostenible. Vincula aquel espacio ficcional con la transferencia, la cual se instala con la suposición de que “(...) en la historia de ese cuerpo hay un saber que requiere del soporte ficticio para poder decirse. El cuerpo y la presencia del analista son parte de ese soporte, siempre y cuando el analista no se crea demasiado dueño de su cuerpo (...)” (p. 149).

Hace poco Eva me pregunta cuánto tiempo le llevará reponerse. Indago sobre el término “reponerse” y lo liga a su tensión en la cabeza. Esta pregunta por el tiempo vino acompañada de una reflexión que hasta entonces no había referido: “Tengo 60 años, sigo trabajando en la calle, yo no crié a mis hijos, no tuve nunca un hogar”. Parecería que su trama delirante ya no tiene ese carácter omniabarcativo que presentaba al principio.

CONCLUSIÓN

“El cuerpo del analista tiene cabeza. A veces sirve, a veces no (la cabeza). A veces con pelo; a veces, no. A veces teñido, a veces no (el cabello). A veces con implantes capilares algunos varones, y de siliconas algunas mujeres (éstos, no en la cabeza). El cuerpo tiene cara (...) En fin, el cuerpo de los analistas (...) a sabiendas o no, siempre funciona como herramienta” (Rodríguez, 2005). Si se podría pensar al tratamiento de la psicosis como una conversación sobre el goce y si el goce es inseparable del cuerpo, cobraría valor la interrogación sobre el cuerpo del analista. Cuerpo-herramienta que, en tanto tal, supone un analista que se encuentra afectado, pero por sobre todo, que se deja afectar. Por lo tanto, ¿es la palabra el único médium del psicoanálisis?.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- DELEUZE, G. (1969). “Decimotercera serie del esquizofrénico y de la niña”. En *Lógica del sentido*, Barcelona: Editorial Paidós, 2005.
- FREUD, S. (1914). “Introducción del narcisismo”. En *Obras Completas*, Vol. XIV. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1998.
- FREUD, S. (1923). “El yo y el ello”. En *Obras Completas*, Vol. XIX. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 2006.
- LACAN, J. (1953). “Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis”. En *Escritos 1*. México: Siglo XXI Editores, 2008.
- LACAN, J. (1960). “Observación sobre el informe de Daniel Lagache: Psicoanálisis y estructura de la personalidad”, en *Escritos 2*. México: Siglo XXI Editores, 2008.
- LACAN, J. (1973). “Los cuerpos atrapados por el discurso”. En *El Seminario de Jacques Lacan, Libro 19, O peor*. Buenos Aires: Editorial Paidós, 2012.
- LACAN, J. (1980). “Radiofonía”. En *Otros Escritos* (pp. 17.). Buenos Aires: Editorial Paidós, 2012.
- LEIBSON, L. (2013). “El cuerpo en las psicosis, malentendido”. En *Maldecir la psicosis. Transferencia, cuerpo, significante*. Buenos Aires: Letra viva.
- PALOMARO, V. (2008). La conversación con el psicótico. Tres preguntas a Vicente Palomera. Disponible en: <http://www.scb-icf.net/nodus/contingut/article.php?art=271&pub=4&rev=37&idarea=6>
- RODRIGUEZ, S. (2005). El cuerpo del analista. Disponible en: <http://www.imagoagenda.com/articulo.asp?idarticulo=528>
- SAN MIGUEL, T. (2005). Comentario del relato clínico “Pequeñas anécdotas sobre las instituciones (o de cómo formamos nuestros cuerpos en la guardia)”. Disponible en: <http://www.editorialpolemos.com.ar/docs/clepios/clepios66.pdf>
- SAN MIGUEL, T. (2007). Amor y transferencia. Disponible en: <http://www.academica.com/000-073/565.pdf>

Comentario al texto “Cuerpos afectados”

LEONARDO LEIBSON

Médico. Especialista en Psiquiatría Miembro de APSA (Asociación de Psiquiatras Argentinos). Psicoanalista. Concurrente del Servicio de Psicopatología del Htal. Israelita: 1981-1984. Miembro del Centro Oro, cumpliendo funciones de Docencia (en la Escuela de Posgrado) y Asistencia (jefe del Departamento de Pacientes Graves), 1983-2005. Docente y Supervisor clínico de Servicios de Psicopatología de los Hospitales Borda, Moyano, Alvear, Piñero, etc., desde 1988. Profesor Adjunto Regular de la II Cátedra de Psicopatología, Fac. de Psicología (UBA), 2005 hasta la actualidad. Miembro de Ensayo y Crítica del Psicoanálisis, desde 2006. Coautor del libro *“Deliberar la Psicosis”*.

Simplemente, hay cosas que ocurren. No se sabe por qué ni de dónde surgen, pero ocurren.

Como, por ejemplo, que un buen día una residente psicóloga se encuentre con una paciente y eso le cambia ese día y varios de los días que seguirán. Al punto de llevarla a escribir su experiencia y tratar de dar cuenta de ella.

Las cosas suceden, muchas veces a expensas de lo que se espera que debería ocurrir. Si partimos de eso, de lo que ocurre, vemos que la alteración que se origina da lugar a... otras cosas que suceden.

En este caso ocurre que en algún momento del encuentro de la residente con la paciente, casi al modo de algunos cuentos de hadas, una se convierte en analista y la otra en analizante. Podría parecer una exageración decirlo así. O un error. Se supone que la segunda es una psicótica, lo cual, según los cánones, la reduciría a ser alguien sin palabra ni cuerpo. En esas condiciones, casi no sería un alguien. ¿Cómo podría convertirse en analizante?

Tampoco cuadra demasiado lo de “analista” para alguien que se encuentra en un ámbito hospitalario, médico, rodeada de médicos, atravesada por ese discurso aún a pesar suyo, atribulada, seguramente, por una serie de preguntas sin respuesta. ¿Podría alguien en esa situación volverse analista?

Esa psicóloga residente, cuando se encuentra finalmente a solas con la paciente -sin la presencia intimidante de los portadores del decir médico-, tiene la ocurrencia de proponerle a esa paciente cuyo dominio del castellano es dudoso, que habla en tercera persona del plural mayormente y que, además, dice ser empleada de la CIA trabajando por el orden mundial, nada más ni nada menos que la regla fundamental. Una ocurrencia de una osadía rayana en la intrepidez. ¿A una paciente así? ¿En un hospital público?

Sí. A una paciente así. En un hospital público. Y, agrego, con varios de los bellos textos que nos rodean en contra de cualquier oportunidad de hacer semejante cosa.

Entonces allí, en medio del delirio en el que los piojos y la CIA se entremezclan -en algo que podría ser una excelente metáfora de nuestros tiempos empiojadamente paranoicos, pero que no lo es... aunque, ¿no lo es?- allí sucede que esa paciente, en su extraña lengua de entrelenguas, habla, dice, y toma a la residente por lo que ella se ofrece: una analista.

Esto hace que esa sucesión de dichos vaya tomando cuerpo. Pero, ¿llamamos cuerpo a...eso? Una especie de desecho repleto de lesiones y magulladuras, atosigado de dolores y padecimientos, descentrado y, sobre todo, extremadamente sensible. Y, sí. ¿A qué otra cosa podríamos llamar cuerpo sino a eso, justamente? Al menos, una de las formas en que los cuerpos se presentan en este mundo. No todos padecen la fortuna de creerse poseedores de un cuerpo único, absoluto y esféricamente cerrado. No todos pueden sufrir de ese modo, como cuando esos cuerpos tan prolijos y propios se resquebrajan, se impotentizan, duelen, o, peor aún, se anestesian hasta el dolor más sordo. Algunos, como Eva, padecen (o sea, gozan) de otros modos. Que, como recordó Lacan, son modos de la normalidad.

Este cuerpo, el de Eva -y esa es la diferencia que introduce el hecho de que allí se proponga una analista-, va *entrando en una conversación*.

Dicho sea de paso, no me parece que sea una conversación *acerca* del cuerpo, ni tampoco *acerca* del goce. Porque conversar no *acerca* nada, más bien *aleja*. Esta es una conversación en la que un cuerpo, que no había antes, se produce. Despejándose de un goce que, recién allí, se intenta localizar como perdido, como en *pérdida*. Un goce que se des-hace al ritmo del decir.

La conversación bello término- analítica es una conversación *con* el cuerpo. Hay modos de incluir-se esos cuerpos, modos transferenciales. La riqueza de nuestra praxis se nutre de esos modos. Modos del hacer del goce, a partir de lo que se dice, del *hecho* de que hay un decir. Que se diga cuerpo, eso es *un hecho*, eso ocurre.

Volvamos a Eva y su analista: su conversación, analítica, va encontrando resguardos y precipicios. Bordea hipótesis *acerca* de lo que pone *tensa* a la paciente, las reafirma y las descarta, permite que se despliegue un relato, un cuento ficticio, delirante, absurdo, que por eso mismo deja margen a que algo de la verdad (que no es cuento) se escurra por las rendijas del decir. Y Eva, cada tanto, se relaja.

(La paciente es llamada Eva. Supongo que será un nombre ficticio. A pesar de eso, o justamente por eso, redobra la metáfora de nuestros tiempos. Estos tiempos siempre primeros cuando de relatar una experiencia se trata.)

Ella, Eva, muestra su cuerpo en todas las dimensiones que la escucha de la analista habilita, gracias a que esta última, a pesar de tantas cosas los bellos textos, el hospital, los médicos, etc.- supone un saber en esos delirios en los que casi todos sólo verían una patología grave e insalvable. Pero ella no ve, escucha. Así es como ocurren las cosas. Y como así ocurren, la analista, aún a pesar de todo eso, supone que hay un sujeto para ese saber albergado por la locura. Instalación de la transferencia, más allá del principio de cordura. No hay transferencias cuerdas ni prolijas, no podría haberlas. (Véase, como ilustración, el poema Sala de Psicopatología de Alejandra Pizarnik).

El texto me anima a plantear mis ocurrencias. El delirio hace cuerpo y el cuerpo es un delirio. *Entre* ese delirio y ese cuerpo hay un sujeto -o, si prefieren, un ser hablante, un *parlaser*- que sigue respirando gracias a que ese delirio y ese cuerpo se soportan uno al otro, dejando entre ambos una hendidura por la cual circula la falta que mantiene vivo al sujeto. Al costo, sin duda, de un monto de sufrimientos y laceraciones que no dejan de recordarnos que los caminos del goce, muchas veces, parecen inescrutables.

Para construir ese circuito abierto entre delirio y cuerpo, desde muchos años atrás, Eva no tuvo necesidad de ningún analista. Ese intento de curación (Freud) se produce por un efecto de la estructura. *Es* la estructura. Porque lo que retorna es tan parte de la estructura como lo que queda forcluido. Como la banda de Moebius, no hay estructuras de dos caras porque ambas son una. Pero para darse cuenta de eso, hay que hacer un

recorrido. Ese recorrido, en nuestra praxis, se llama análisis. Y se hace a través de palabras. Y es lo que justifica que haya analistas en los hospitales.

Lo que demuestra que se trata de palabras -o sea, de cuerpos- es que, en el extremo de la transferencia, la analizante se convierte en *médica* de la analista y la conmina a hacerse asistir por la picadura de un insecto que deja en su cuerpo una mínima efracción. ¿Será que la paciente no puede soportar ver a su analista en falta? No parece, porque, lejos de salir corriendo, se detiene en esa ínfima solución de continuidad, la examina con ojo científico, diagnostica una lesión e indica la necesidad del tratamiento. Sólo una vez realizado éste, se retoma la conversación. Ambas, versadas cada una en lo suyo, hacen algo conjuntamente. Con palabras, conversando. O sea, haciendo y deshaciendo cuerpos.

Ese episodio es realmente excepcional. Muestra de manera innegable que no hay analista sin cuerpo. La cuestión es cuál es ese cuerpo. O cuáles.

Es también excepcional cómo la analista se deja tomar en el juego transferencial, poniendo el cuerpo hasta donde hay que ponerlo: llevándolo, fuera del alcance de la mirada de Eva, a una guardia donde la examinan y medican. Resta el cuerpo de la escena y lo vuelve a poner allí mediante un relato. Eso relaja mucho más que la pastilla de tranquilizante: verdadero signo hecho comprimido. Pero es signo, no *significante*. En cambio, el cuerpo hecho palabra de la analista es *significante* porque sustrae una significación que podría aplastar al *parlaser* en cuestión.

Ocurre, entonces, que esta conversación en la que el cuerpo se incluye dejándolo afuera, relaja la tensión que le estalla a Eva en el cuerpo rítmicamente.

(Otro paréntesis: ¿Eso es el goce? ¿Lo que estalla? ¿El goce es lo que Eva siente, con su sensibilidad tan particular?)

Llamamos goce a eso, pero cuando lo llamamos ya no está ahí. Ocurre. Pero no está ahí.)

A la relajación, en algún momento, sucede la pregunta de Eva por lo que tardaría en reponerse. Acompañada por una reflexión, inaudita hasta ahí, acerca de lo que, a su edad, la deja en deuda. ¿No se trata allí de un efecto analítico que nos autoriza a decir que lo que se enunció como regla fundamental efectivamente lo fue y recién en ese momento podemos afirmarlo? Y eso, nuevamente, justifica que ocurran (y no solo concurren) analistas en los hospitales

Las cosas ocurren. Otra cosa es lo que decimos acerca de lo que ocurre. No siempre coinciden. Generalmente no coinciden. Ni siquiera es imprescindible que coincidan. Lo poético del psicoanálisis, que no pasa por ninguna estética, es justamente que de esa no coincidencia pueden surgir otras cosas que ocurren. O sea, que producen nuevos decires. Y nuevos cuerpos.

Libros de amor de locura y de muerte

PATRICIO FOGLIA
Poeta y empleado municipal

Desde chico me gustaron siempre las recetas, esos papeles de vocabulario exótico y caligrafía hermética, extraños y sugestivos como un conjuro. Aún hoy, lo que más me gusta es su poder, esa elástica capacidad de intercambio, que les permite convertirse en un blíster, lleno de pastillas, o en una excusa perfecta, la justificación para evadirse, por un rato, del mundo y sus obligaciones. Me gustaría recuperar ahora un poco de esa magia que, con firmas y sellos (y tal vez sin saberlo), soplan los médicos sobre la ciudad, renovando su aire rutinario. Ojalá estas sugerencias sean también para ustedes como un conjuro, una fórmula imposible contra la vida cotidiana.

1 EL VIENTO QUE ARRASA

Selva Almada

Un místico y su hija recorren las rutas del Interior del país en trip evangelizador, hasta que el auto no da para más y se queda, en una ruta perdida en el medio del Chaco. En esa geografía improbable, cinematográfica, onírica, realista, Almada construye nada menos que un relato perfecto.

2 YO SOY AQUEL

Oswaldo Bossi

Yo soy aquel es el relato de un niño dulce y melancólico: una noche de tormenta, a la intemperie, y también una nouvelle escrita en blanco y negro, como un viejo televisor que nos transmite la llegada del hombre a la luna o una vieja serie televisiva o esa extraña lluvia que arrecia cuando se pierde la conexión: Todos los libros de Bossi son, de una manera u otra, cuentos de amor de locura y de muerte.

3 BAJO ESTE SOL TREMENDO

Carlos Busqued

Documentales sobre pulpos y elefantes, una anciana sodomizada, guita en juego y la fuerza indómita de un chico down: El calor es asfixiante bajo el rayo del sol y estamos en el Infierno: ¿o acá, en cualquier lugar, a la vuelta de la esquina? *Bajo este sol tremendo* es una novela-graffiti. Ahora mismo, en una pared, podemos leer su pregunta y sentirnos extraños, interpelados por un enorme signo de interrogación.

4 KRYPTONITA

Leonardo Oyola

En la guardia de un hospital público del Conurbano profundo, pasan y pasan los pibes chorros, los policías y las pastillas. Pero lo que nadie espera es que caiga la banda de Nafta Super, con su líder malherido. Antes de convertirse en película y serie (La mujer maravilla, una travesti; el guasón, Capussotto; una enfermera, justa heroína), *Kryptonita* fue -todavía es- una novela insomne y de culto.

5 SANTA RITA

Cristian Godoy

Los cuentos de Godoy son precisos, como pequeñas máquinas narrativas pero también, orgánicos y sensibles: como si buscasen restañar algo que fue dañado. A veces, como en un rito taiwanés, Godoy reúne los retazos de jarrón roto para devolverlo a su sitio legítimo, su espacio en la estantería de nuestra conciencia. A veces, todo lo contrario: Dios escucha nuestra plegaria y destruye un edificio repleto de burócratas. Realismo, mágico y justicialista.