

VERTEX
REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA
108



IDENTIDADES

*Arfuch / Cohen Agrest / Job / Levín / Matusevich
Moguillansky / Moneta / Pardo / Pisa*

Revista de Experiencias Clínicas y Neurociencias / Dossier / El Rescate y la Memoria / Confrontaciones / Señales

Volumen XXIV – N° 108 Marzo – Abril 2013 - ISSN 0327-6139

Director:
Juan Carlos Stagnaro
 Director Asociado para Europa:
Dominique Wintrebert

Comité Científico

ARGENTINA: F. Alvarez, M. Cetkovich Bakmas, R. H. Etchegoyen, O. Gershanik, A. Goldchluk, A. Monchablon Espinoza, J. Nazar, E. Olivera, J. Pellegrini, D. J. Rapela, L. Ricón, S. L. Rojtenberg, D. Rabinovich, E. Rodríguez Echandía, L. Salvarezza, C. Solomonoff, M. Suárez Richards, I. Vegh, H. Vezzetti, P. Zöpke **AUSTRIA:** P. Berner. **BÉLGICA:** J. Mendlewicz. **BRASIL:** J. Forbes, J. Mari. **CANADÁ:** B. Dubrovsky. **CHILE:** A. Heerlein, F. Lolas Stepke. **EE.UU.:** R. Alarcón, O. Kernberg, R. A. Muñoz **ESPAÑA:** V. Barembli, H. Pelegrina Cetrán. **FRANCIA:** J. Bergeret, F. Caroli, H. Lôo, P. Noël, J. Postel, S. Resnik, T. Tremine, E. Zarifian. **ITALIA:** F. Rotelli, **PERÚ:** M. Hernández. **SUECIA:** L. Jacobsson. **URUGUAY:** H. Casarotti, A. Lista, E. Probst.

Comité Editorial

Martín Agrest, Patricio Alba, Norberto Aldo Conti, Juan Costa, Pablo Gabay, Claudio González, Gabriela Silvia Jufe, Eduardo Leiderman, Santiago Levin, Daniel Matusевич, Alexis Mussa, Martín Nemirovsky, Federico Rebok, Esteban Toro Martínez, Hugo Pisa, Fabián Triskier, Daniel Vigo, Ernesto Wahlberg, Silvia Wikinski.

Corresponsales

CAPITAL FEDERAL Y PCIA. DE BUENOS AIRES: S. B. Carpintero (Hosp. C.T. García); N. Conti (Hosp. J.T. Borda); V. Dubrovsky (Hosp. T. Alvear); R. Epstein (AP de BA); J. Faccioli (Hosp. Italiano); A. Giménez (A.P.A.); N. Koldobsky (La Plata); A. Mantero (Hosp. Francés); E. Mata (Bahía Blanca); D. Millas (Hosp. T. Alvarez); L. Millas (Hosp. Rivadavia); G. Onofrio (Asoc. Esc. Arg. de Psicot. para Grad.); J. M. Paz (Hosp. Zubizarreta); M. Podruzny (Mar del Plata); M. Outes (Hosp. B. Moyano); S. Sarubi (Hosp. P. de Elizalde); N. Stepansky (Hosp. R. Gutiérrez); E. Diamanti (Hosp. Español); J. Zirulnik (Hosp. J. Fernández). **CÓRDOBA:** C. Curtó, J. L. Fitó, A. Sassatelli. **CHUBUT:** J. L. Tuñón. **ENTRE RÍOS:** J. H. Garcilaso. **JUJUY:** C. Rey Campero; M. Sánchez. **LA PAMPA:** C. Lisofsky. **MENDOZA:** B. Gutiérrez; J. J. Herrera; F. Linares; O. Voloschin. **NEUQUÉN:** E. Stein. **RÍO NEGRO:** D. Jerez. **SALTA:** J. M. Moltrasio. **SAN JUAN:** M. T. Aciar. **SAN LUIS:** J. Portela. **SANTA FE:** M. T. Colovini; J. C. Liotta. **SANTIAGO DEL ESTERO:** R. Costilla. **TUCUMÁN:** A. Fiorio.

Corresponsales en el Exterior

ALEMANIA Y AUSTRIA: A. Woitzuck. **AMÉRICA CENTRAL:** D. Herrera Salinas. **CHILE:** A. San Martín. **CUBA:** L. Artilos Visbal. **ESCOCIA:** I. McIntosh. **ESPAÑA:** A. Berenstein; M. A. Díaz. **EE.UU.:** G. de Erausquin; R. Hidalgo; P. Pizarro; D. Mirsky; C. Toppelberg (Boston); A. Yaryura Tobías (Nueva York). **FRANCIA:** D. Kamienny. **INGLATERRA:** C. Bronstein. **ITALIA:** M. Soboleosky. **ISRAEL:** L. Mauas. **MÉXICO:** M. Krassoievitch; S. Villaseñor Bayardo. **PARAGUAY:** J. A. Arias. **SUECIA:** U. Penayo. **SUIZA:** N. Feldman. **URUGUAY:** M. Viñar. **VENEZUELA:** J. Villasmil.

Objetivo de VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría

El objetivo de la revista VERTEX es difundir los conocimientos actuales en el área de Salud Mental y promover el intercambio y la reflexión acerca de la manera en que dichos conocimientos modifican el corpus teórico en que se basa la práctica clínica de los profesionales de dicho conjunto disciplinario.

Reg. Nacional de la Prop. Intelectual: Nro. 207187 - ISSN 0327-6139

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XXIV Nro. 108 MARZO - ABRIL 2013

Todos los derechos reservados. © Copyright by VERTEX

* **Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, es una publicación de Polemos, Sociedad Anónima.**

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 de exclusiva responsabilidad de sus autores.

Informes y correspondencia:

VERTEX, Moreno 1785, piso 5
 (1093), Buenos Aires, Argentina
 Tel./Fax: 54(11)4383-5291 - 54(11)4382-4181
 E-mail: editorial@polemos.com.ar
 www.editorialpolemos.com.ar

En Europa: Correspondencia Informes y Suscripciones

Dominique Wintrebert, 63, Bv. de Picpus,
 (75012) París, Francia. Tel.: (33-1) 43.43.82.22
 Fax.: (33-1) 43.43.24.64
 E.mail: wintreb@easynet.fr

Diseño

Marisa G. Henry
 marisaghenry@gmail.com

Impreso en:

Sol Print SRL,
 Araoz de Lamadrid 1920, Avellaneda

SUMARIO

VERTEX
*Revista Argentina de
Psiquiatría*

Aparición
Bimestral

Indizada en el
acopio bibliográfico
*"Literatura
Latinoamericana en
Ciencias de la
Salud" (LILACS) y
MEDLINE.*

Para consultar
listado completo
de números anteriores:
www.editorialpolemos.com.ar

Ilustración de tapa

Artista: *Leticia A. Lapeña*
Obra: *"El vestido y la niña"*
Óleo sobre tela

60 x 50 cm

Año 2006

REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

- **El juego patológico, las conductas ilegales y la potencialidad preventiva del servicio de ayuda telefónica en Argentina**
Patricia E. Abait, Jorge O. Folino pág. 85

DOSSIER

- **Palabras que no se lleva el viento. Identidad y diagnóstico en psiquiatría**
Santiago A. Levín pág. 92
- **¿Autonomía o compasión? Valores en juego en el tratamiento de pacientes con Alzheimer**
Diana Cohen Agrest pág. 95
- **Deterioro cognitivo: la identidad de los olvidados**
Hugo Pisa, Daniel Matusevich pág. 99
- **Apuntes sobre el acontecer adolescente actual y su relación con las Tribus Urbanas**
Liliana Verónica Moneta pág. 104
- **El concepto de identidad en relación con la maternidad en el discurso de adolescentes que cursan un embarazo desde una perspectiva lingüística y psicoanalítica**
María Laura Pardo pág. 114
- **Identidad y narración: devenires autobiográficos**
Leonor Arfuch pág. 119
- **El concepto de identidad personal**
Alfredo J. Job pág. 127
- **El papel de la familia en la identidad adolescente**
Rodolfo Moguillansky pág. 132

EL RESCATE Y LA MEMORIA

- **Nerio Rojas: Psiquiatría, política y cultura. Un trabajo sobre Medicina Legal con menores**
Gustavo Pablo Rossi pág. 139
- **La anormalidad psíquica en la delincuencia de menores**
Nerio Rojas pág. 148

CONFRONTACIONES

- **El nuevo DSM-V o Kraepelin antes de su madurez: El oxímoron del "Trastorno esquizoactivo"**
Salvador M. Guinjoan pág. 151

ENTREVISTA

- **"Alentamos a que nuestros pacientes puedan ejercer su derecho de ciudadanía". Entrevista a los miembros de la Asociación de Profesionales del Hospital "J. T. Borda"**
Juan Carlos Stagnaro pág. 155

EDITORIAL

E

El día viernes 26 de abril de 2013 quedará marcado en la historia de la Salud Pública argentina como el antecedente más ignominioso del que se tenga recuerdo bajo un periodo de gobierno democrático e imperando el Estado de Derecho.

En tempranas horas de la mañana se presentó en el Hospital "J. T. Borda" de la ciudad de Buenos Aires, un grupo de demolición apoyado por dos centenares de efectivos de la Policía Metropolitana, dependiente del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires pertrechados con equipamiento antimotines y, dirigidos por altas autoridades del mismo, comenzaron a levantar un vallado en torno al Taller Protegido intrahospitalario, único recurso de la institución para realizar trabajos de rehabilitación con los pacientes internados en ese nosocomio (ver la sección Confrontaciones de este número).

En razón de existir una medida judicial de no innovar en relación a ese edificio, el personal del hospital, cuyas autoridades no fueron previamente advertidas de la maniobra que se pretendía efectuar, se acercaron a los intrusos para sentar su formal protesta e impedir el avasallamiento inconsulto de la propiedad sanitaria. Como los hechos se desarrollaban en el interior de los jardines de la institución, otras personas, pacientes y familiares se aproximaron al lugar. Fueron alertados medios de prensa y legisladores de la Ciudad, que se hicieron presentes inmediatamente. Todo intento de detener el propósito de los invasores fue inútil. Se produjeron airadas discusiones y empujones explicables debido a lo inconsulto, ilegal y autoritario de la ingerencia en el predio del hospital cuando, repentinamente, los efectivos policiales cargaron sobre los presentes, golpeando, esparciendo gas mostaza y disparando los fusiles cargados con balas de goma a corta distancia. Sufrieron heridas producidas por esos proyectiles, pacientes, personal de enfermería que acudió a auxiliarlos, otros trabajadores del hospital y periodistas.

Solamente se tiene recuerdo de la invasión de fuerzas de seguridad y militares en una institución hospitalaria durante la dictadura militar del general Videla y sus secuaces. En aquellas ocasiones el Hospital Psiquiátrico de "Colonia Santa María", en la provincia de Córdoba; y los hospitales "Gervasio Posadas" de la localidad de Haedo, y "Gregorio Aráoz Alfaro", de la de Lanús, ambos en el conurbano bonaerense, sufrieron sendos ataques y fueron secuestrados, tomados prisioneros, golpeados y torturados, personal de salud y pacientes.

El repudio de la sociedad argentina y, en primer lugar, el de los trabajadores profesionales y no profesionales de la Salud Mental al acto de barbarie ocurrido en el hospital "J. T. Borda" fue unánime. La Asociación de Trabajadores del Estado (ATE) y la Asociación de Profesionales del hospital convocaron a una marcha a la que asistieron más de 30.000 personas, que expresó ante la sede del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires la condena a lo ocurrido y exigió el castigo a sus responsables. La Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA), asociaciones psiquiátricas provinciales, la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL), la Asociación de periodistas argentinos, la Asociación Argentina de Salud Mental, asociaciones psicoanalíticas y otras muchas instituciones y personalidades se expresaron en el mismo sentido contra este atropello cometido por las autoridades del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, con el pretexto de construir un Centro Cívico en los terrenos atacados que, a estar de múltiples denuncias, encubre un millonario negocio inmobiliario.

Cuando más necesitamos mejorar los únicos recursos existentes para prestar asistencia psiquiátrica a nuestros conciudadanos más necesitados, la respuesta es la piqueta de la demolición, apoyada con balas de goma para los que protestan: un hecho inadmisibles que no puede quedar impune ■

Juan Carlos Stagnaro

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

Los artículos que se envíen a la revista deben ajustarse a las normas de publicación que se especifican en el sitio www.editorialpolemos.com.ar

MÉTODO DE ARBITRAJE

Los trabajos enviados a la revista son evaluados de manera independiente por un mínimo de dos árbitros, a los que por otro lado se les da a conocer el nombre del autor. Cuando ambos arbitrajes son coincidentes y documentan la calidad e interés del trabajo para la revista, el trabajo es aceptado. Cuando hay discrepancias entre ambos árbitros, se solicita la opinión de un tercero. Si la opinión de los árbitros los exige, se pueden solicitar modificaciones al manuscrito enviado, en cuyo caso la aceptación definitiva del trabajo está supeditada a la realización de los cambios solicitados. Cuando las discrepancias entre los árbitros resultan irreconciliables, el Director de VERTEX toma la decisión final acerca de la publicación o rechazo del manuscrito.

TEMAS DE LOS DOSSIERS DEL AÑO 2013

Vertex 107 / Enero - Febrero
ESCENARIOS EXTRAHOSPITALARIOS
EN SALUD MENTAL
INFANTOJUVENIL: UN PANORAMA
DE EXPERIENCIAS EN EL ÁREA
METROPOLITANA

Vertex 108 / Marzo - Abril
IDENTIDADES



revista de
experiencias
clínicas y neurociencias



El juego patológico, las conductas ilegales y la potencialidad preventiva del servicio de ayuda telefónica en Argentina

Patricia E. Abait

Especialista en Psiquiatría y Psicología Médica; Magíster en Psiquiatría Forense; Ex Coordinadora del Programa de Prevención del Juego Patológico del Instituto de Juegos de Apuestas de la Ciudad de Buenos Aires

Jorge O. Folino

*Profesor Titular de Psiquiatría; Director de la Maestría en Salud Mental Aplicada a lo Forense, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata
E-mail: jorgefolino@fibertel.com.ar*

Resumen

Introducción: La evolución del Juego Patológico tiene hitos relevantes como la edad de comienzo de las apuestas, el tiempo transcurrido a las complicaciones y la magnitud que estas alcanzan a desarrollar. Estos antecedentes orientan a explorar la potencialidad preventiva de la ayuda telefónica para jugadores, pues este servicio puede constituirse en el comienzo de oportunas intervenciones. **Objetivos:** Describir y comparar los hitos evolutivos y las complicaciones del juego de apuestas informadas por dos poblaciones de jugadores de Argentina que acceden a servicios distintos: jugadores participantes de un grupo de autoayuda y jugadores usuarios de servicio de ayuda telefónica. **Método:** Se obtuvo información de 268 apostadores mediante una encuesta estructurada que incluyó el Cuestionario Breve de Juego Patológico: 174 sujetos participantes de grupos de autoayuda -Jugadores Anónimos- y 94 sujetos que acudieron consecutivamente a un servicio argentino de ayuda telefónica. **Resultados:** 76% de los Jugadores Anónimos y 33 % de los usuarios del servicio telefónico informaron haber cometido alguna conducta ilegal (Odds Ratio = 6.4; 95% IC 3.6; 11.6). Los primeros alcanzaron mayor gravedad en el trastorno, más perjuicios causados por el juego y más conductas disfuncionales. El comienzo del juego de apuestas ocurrió, en promedio, a los 35 años para los usuarios del servicio telefónico y a los 28 años para los Jugadores Anónimos. El tiempo promedio transcurrido a la percepción de los problemas económicos fue 5 años para los usuarios del servicio telefónico y 7 años para los Jugadores Anónimos. Los hallazgos orientan a sostener que el servicio de ayuda telefónica promueve la búsqueda de ayuda en una población que aún no alcanzó el peor período del trastorno.

Palabras claves: Juego patológico - Grupo de autoayuda - Usuario de línea telefónica de ayuda - Conducta ilegal.

PATHOLOGICAL GAMBLING, ILLEGAL BEHAVIOR AND THE PREVENTIVE POTENTIALITY OF A HELPLINE IN ARGENTINA

Summary

Introduction: The evolution of Pathological Gambling has some important landmarks such as the age of onset, time elapse between onset and the perception of gambling consequences and their severity. These events encourage the exploration of the preventive potential of a helpline service for gamblers, thus the contact with this service might be the beginning of opportune intervention. **Objectives:** To describe and to compare the course and complications due to gambling reported by two Argentineans gambler population with access to different services: a sample of participants of a self-help group; and a sample of helpline clients. **Method:** A total of 268 gamblers were surveyed using a structured interview that included the Brief Questionnaire of Pathological Gambling. The sample was composed by 174 subjects attending self-help groups (Anonymous Gamblers); and 94 consecutive callers to a gambling helpline in Argentina. **Results:** 76% of Anonymous Gamblers and 33% of helpline clients reported having committed some illegal behaviour (Odds Ratio = 6.4; 95% IC 3.6; 11.6). The disorder and the negative consequences were more severe in the Anonymous Gamblers group. Mean age of onset of gambling for helpline clients was 35 years and for Anonymous Gamblers 28. The mean time elapsed to perceiving economic problems was 5 years for helpline clients and 7 for Anonymous Gamblers. The findings support that helpline services promote the seek for help in those gamblers that have not yet reached the summit of the disorder.

Key words: Pathological gambling - Self-help group - Helpline clients - Offense.

Introducción

En la bibliografía científica está difundido que las personas que padecen el trastorno denominado Juego Patológico pueden cometer actos delictivos para obtener dinero o intentar evadir el pago de sus deudas (1, 2, 4, 7, 8, 13, 17, 19, 22).

Estudios argentinos informan que el 77% de una muestra de 62 miembros de un grupo de autoayuda de Jugadores Anónimos -JA- reconoció haber cometido por lo menos una conducta ilegal debida al juego de apuestas; que el 8% reconoció haber estado detenido y que el 4.9 % haber estado en prisión debido a actos ilegales relacionados con el juego de apuestas (1, 2). Como ejemplos de los hallazgos en otros países, cabe mencionar la detección de altas prevalencias del juego de apuestas problemático en la población forense (25), que alcanzan a ser en Australia, 18 veces mayor que la de la población general (15). Asimismo, que mujeres estadounidenses abusadoras de sustancias tuvieron tres veces más probabilidades de ser jugadoras patológicas que las mujeres sin abuso, habiéndose controlado por factores sociodemográficos (10).

Por otra parte, también está ampliamente reconocido que los jugadores patológicos pueden sufrir perjuicios en los ámbitos social, laboral y familiar con el consiguiente deterioro de la calidad de vida y riesgo de conductas autolesivas (6, 14, 20, 21). Asimismo, se sostiene que la situación problemática, aún con fluctuaciones (5, 24), tiende a agravarse con el tiempo, especialmente, si el comienzo ha sido temprano (20, 16). Finalmente, también se identificaron características diferenciales entre jugadores que acudían a servicios de ayuda telefónica y que orientaban a estrategias de prevención y tratamiento específicas por grupo etario (23).

Para implementar eficaces medidas preventivas, el reconocimiento de que pueden ocurrir tales complicaciones debería ser complementado con información que permita focalizar la intervención. Sería muy importante contar, por ejemplo, con estimaciones locales de la asociación entre el juego patológico y las conductas ilegales en diversos tipos de jugadores o en diversos momentos evolutivos del trastorno y, por supuesto, con la caracterización de esa evolución.

Teniendo en cuenta todo ello, el presente estudio tiene el propósito de contribuir con el conocimiento de la asociación entre Juego Patológico y delito en Argentina, explorar aspectos de la evolución del trastorno e indagar si el Servicio de Ayuda Telefónica permite una intervención lo suficientemente temprana como para impedir el avance hacia las peores consecuencias del trastorno.

Para ello, el objetivo se operacionalizó sometiendo a prueba la hipótesis nula de no diferencia en los hitos evolutivos y en las complicaciones del juego de apuestas informados por una muestra de JA y una muestra de jugadores usuarios de un servicio de ayuda telefónica en Argentina -JU-.

Material y métodos

La población total estudiada estuvo constituida por 268 jugadores de apuestas, distribuida de la siguiente

manera: 94 (35%) fueron jugadores usuarios consecutivos de línea telefónica de ayuda al jugador del Instituto de Juegos y Apuestas de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina -IJACBA- durante un período de seis meses (noviembre de 2006 a abril de 2007). Una completa descripción de este grupo y del proceso puede ser obtenida en Abait y Folino (3); 174 (65%) constituyeron la muestra de JA y fueron encuestados en 2005 por uno de los autores. Previa descripción de este tipo de jugadores puede encontrarse en Abait y Folino (1).

La selección de JA no pudo realizarse aleatoriamente debido al secreto de identidad que mantiene la organización, pero se obtuvo el consentimiento para encuestar a todos los miembros de uno de los grupos de JA y a los concurrentes al Primer Encuentro Nacional de Jugadores Anónimos. Para ese momento, la muestra conformaba el 24 % de los JA censados por la Oficina Regional de Grupos de Autoayuda de Jugadores Anónimos.

Ambas encuestas compartían una parte estructurada con los mismos ítems y el uso del Cuestionario Breve de Juego Patológico -CBJP- (11), que es un cuestionario derivado del South Oaks Gambling Screen -SOGS- (18). Ambos son instrumentos que han sido utilizados para identificar jugadores patológicos en diversos ámbitos, tales como consultorios externos, estudios de abusadores de drogas y alcohol y población general; pueden ser aplicados presencialmente con la versión en papel o por teléfono. El CBJP está formado por los cuatro ítems del SOGS que han demostrado mayor validez discriminante; permite clasificar al sujeto en la categoría de "Probable jugador patológico" de manera confiable y válida con la obtención de un puntaje de 2 (1, 2, 11, 12).

Resultados

La edad se distribuyó normalmente, con una media de 48 años de edad para los JU y de 47 años para los JA, sin que la diferencia resultara significativa ($t = 0.77$; $p = 0.4$).

Entre los JA hubo una proporción de varones significativamente más grande que entre los JU (69% vs. 48%; OR = 3.38; IC 95% 1.37; 4.13).

Ambos grupos tuvieron un nivel educativo relativamente alto y sin diferencias significativas (Chi-cuadrado de Pearson = 3.9 (5) $p = 0.6$). Cabe destacar que el 77 % de ambos grupos agregados tuvo estudios superiores a escuela primaria.

El 76 % de los JA y el 33% de los JU informaron haber cometido algún tipo de comportamiento ilegal (OR = 6.4; 95% IC 3.6; 11.6). Los JA reconocieron, en promedio, haber cometido 1.6 (DE 1) tipos de delitos, mientras que los JU, 0.5 (DE 0.9) (U de Mann-Whitney 3920; $p < 0.001$).

La asociación significativa con el grupo de los JA se verificó para cada uno de los tipos de comportamientos ilegales referidos (Tabla 1). Los JA también tuvieron más probabilidades de haber estado detenidos en comisaría o en prisión, si bien esta tendencia no alcanzó significación estadística (Tabla 1).

Para dimensionar la gravedad del trastorno y las consecuencias desfavorables del hábito de juego de apuestas, además del CBJP, se utilizó una escala de

Tabla 1. Variables criminológicas y grupos de jugadores.

Variable	Jugadores Anónimos		Jugadores Usuarios		OR	IC 95%
	n	% de grupo	n	% de grupo		
Abuso de confianza	107	62	24	26	4.7	2.6; 8.5
Fraude	43	25	9	10	3.1	1.4; 7.2
Robo	85	49	9	10	9	4.1; 20.6
Otros comportamientos ilegales	44	25	5	5	6	2.2; 18
Detenido en comisaría por delito por juego	8	5	2	2	2.5	0.5; 17.2
Prisión por delito por juego	4	3	1	1	2.5	0.3; 60

tipo Lickert de 5 puntos para preguntar a los encuestados acerca de su apreciación del grado de perjuicio sufrido y de los tipos de perjuicios sufridos (Tabla 2). En comparación con el grupo JU, el grupo JA tuvo significativamente mayor puntaje en el CBJP y refirió

mayor grado de perjuicio. El grupo JA también refirió haber padecido mayor perjuicio en cada una de las áreas exploradas, alcanzando diferencias significativas en el área laboral, social, conyugal y emocional (Tabla 3).

Tabla 2. Indicadores de gravedad y grupos de jugadores.

Variable	Jugadores Anónimos	Jugadores Usuarios	U de Mann-Whitney	p
Media de CBJP (DE)	3.3 (0.6)	2.4 (1.3)	5073	<0.000
Grado de perjuicio (DE)	4.3 (0.9)	3.9 (1)	6393	0.005

Nota: Significación asintótica bilateral; CBJP: Cuestionario Breve de Juego Patológico.

Tabla 3. Áreas de perjuicio por el juego y grupos de jugadores.

Área de perjuicio	Jugadores Anónimos		Jugadores Usuarios		OR	IC 95%
	n	% de grupo	n	% de grupo		
Perjuicio económico	151	87	76	81	1.6	0.8; 3.2
Perjuicio laboral	92	53	33	35	2.1	1.2; 3.6
Perjuicio social	88	51	34	36	1.8	1.1; 3.1
Perjuicio conyugal	124	71	51	54	2.1	1.2; 3.7
Perjuicio emocional	135	78	57	61	2.3	1.3; 4
Perjuicio legal	39	22	13	14	1.8	0.9; 3.8

Otros indicadores de complicaciones a lo largo de la evolución del Juego Patológico se relacionan con las conductas auto y hetero-agresivas. Los JA tuvieron significativamente mayor probabilidad de aceptar haber cometido esos tipos de conductas en las cuatro pregun-

tas específicamente formuladas (Tabla 4). Cabe destacar que cada pregunta también invocaba la apreciación del sujeto respecto a la atribución de esas conductas disfuncionales al juego de apuestas.

Tabla 4. Grupos y otras condiciones de riesgo.

Indicador	Respuestas positivas en Jugadores Anónimos		Respuestas positivas en Jugadores Usuarios		Medida de Asociación	
	n	% de grupo	n	% de grupo	OR	IC 95%
¿Estuvo en riesgo su vida por el juego de apuestas?	97	58	23	25	4.1	2.3; 7.5
¿Se autoagredió por las consecuencias del juego de apuestas?	91	58	14	15	7.5	3.7; 15.1
¿Estuvo agresivo físicamente por el juego de apuestas?	73	45	4	4	17.6	5.9; 59.4
¿Estuvo agresivo verbalmente por el juego de apuestas?	87	53	14	15	6.3	3.2; 12.7

Mientras que los dos grupos, como fuera expuesto antes, no diferían significativamente en sus edades al momento de la encuesta, diferían significativamente en lo relacionado con la época de la vida en la que comenzaron a jugar, poniendo de manifiesto una evolución

más prolongada entre los JA (Tabla 5). Por otra parte, el tiempo de evolución a la percepción de los problemas económicos debidos al juego fue significativamente menor en el grupo de JU (Tabla 5).

Tabla 5. Grupos y momentos evolutivos.

Indicador temporal	Jugadores anónimos	Jugadores usuarios	U de Mann-Whitney	p
Media de edad en años al inicio en el juego (DE)	28 (14)	35 (15)	5426	<0.0001
Media de edad en años al inicio de problemas económicos (DE)	35 (13)	40 (13)	5491	0.003
Media de tiempo en años desde inicio de juego a inicio de problemas económicos (DE)	7 (10)	5 (10)	5258	01002

Nota: Significación asintótica bilateral.

Por último, se exploró la apreciación de la calidad de vida en ambos grupos para dos tiempos diferentes con una escala de tipo Lickert de 7 puntos (1: excelente, 7: muy mala). En los miembros de JA, se obtuvo que la calidad de vida antes de la membresía del grupo era, en promedio, de 6 (DE 1.5) -mala- y, posteriormente, de 3 (DE 1.4) -buena-, mostrando un efecto positivo significativo de la membresía ($t = 18.06$ (171); $p < 0.001$).

En los usuarios de la línea TE, se obtuvo que la calidad de vida antes de haberse involucrado en el juego era de 3 (DE 1) -buena-, mientras que en el momento del llamado, era 5 (DE 1-5) -regular-, mostrando un deterioro significativo ($t = -12.956$ (89); $p < 0.001$).

Interesantemente, la apreciación de la calidad de

vida de los JA antes de ingresar al grupo de autoayuda, era peor que los usuarios de la línea telefónica en el momento del llamado, lo que orienta a conjeturar que el usuario estaría llamando antes de un momento evolutivo de mayor gravedad que, a la postre, sería el momento en que los jugadores acuden grupo de autoayuda.

Se formularon diversos modelos de regresión logística teniendo como variable dependiente la condición de ser JA y controlando por el tiempo entre el comienzo del juego y el comienzo de los problemas económicos y otras variables. Se pudo verificar consistentemente la significativa asociación con conductas ilegales y con otras conductas riesgosas (Tabla 6).

Tabla 6. Modelo de regresión logística. Variable dependiente "Ser miembro de Jugadores anónimos".

Variables independientes	B	Sig.	Exp(B)	95,0% C.I. Exp(B)	
				Inferior	Superior
Robo	2.025	0.000	7.57	2.80	20.48
Otros actos ilegales	1.719	0.008	5.58	1.56	19.99
Autoagresión	1.037	0.019	2.82	1.19	6.69
Agresión física	2.355	0.000	10.54	3.11	35.66
CBJP	0.770	0.000	2.16	1.44	3.23

Nota: CBJP: Cuestionario Breve de Juego Patológico; R cuadrado de Cox y Snell = 0.45.

Discusión

El presente estudio aporta información relacionada con diversos aspectos de los jugadores patológicos argentinos. Por una parte, cabe destacar que permite verificar algunas características de los JA informadas previamente a partir de una muestra más pequeña. La serie de casos de JA del presente estudio casi triplica a la que se contaba en previo estudio local (2) y aporta, entonces, evidencias relevantes respecto al perfil de los JA: son personas ubicadas en los finales de la década de los 40 años, tienen avanzada escolaridad, se iniciaron en el juego de apuestas entre el segundo lustro de la década de los 20 años, ubican el inicio de sus problemas económicos debido al juego luego de transcurridos 7 u 8 años y la mayoría ha llegado a cometer alguna conducta ilegal debido al juego.

Por otra parte, el estudio aporta la comparación de los miembros de JA con otra población de jugadores, los usuarios de una línea telefónica de ayuda. Los resultados permiten sostener que estos últimos presentaban un trastorno más leve y sufrieron consecuencias perjudicia-

les por el hábito de apostar más leves que los miembros de JA. Las diferencias significativas se encuentran tanto en la apreciación personal del perjuicio ocasionado por el juego en diferentes áreas como en la referencia de consecuencias más concretas, como son el cometer de actos ilegales y conductas auto y hetero-agresivas.

Los parámetros temporales ponen de manifiesto que los JU habían tenido, hasta la encuesta, una evolución más breve. Mientras las edades a la encuesta no diferían, los JU, en promedio, se habían iniciado en el juego más tardíamente. Resulta interesante que estos informaron haber percibido el perjuicio económico más tempranamente en la evolución que los JA. Esa información merece amplia discusión. Una posibilidad de interpretación es que esta población podría haber tenido una mayor sensibilidad para la detección de los problemas y tal percepción podría haber motivado una más pronta búsqueda de ayuda. La mayor sensibilidad y la predisposición autocrítica podrían ser otras de las características propias de la presentación más leve, ya configurada con los resultados del CBJP, o más esperable en el sexo femenino, que

estuvo sobre-representado entre los usuarios de la línea telefónica de ayuda.

Otra posibilidad es que, dado que los JA comenzaron a jugar más tempranamente que los Jugadores Usuarios, hubo un período de evolución que transcurrió en época con escasa disponibilidad de servicios institucionalizados, como es la línea telefónica de ayuda. De esa manera, el trastorno habría avanzado, sin la potencial interposición de servicios específicos, hacia la mayor gravedad y hacia mayores perjuicios generales. A partir de que el estado hizo propia la política de ofrecer colaboración a quienes se introducen en los riesgos del juego problemático, el alerta y los servicios habrían estado más tempranamente disponibles para el sujeto, abriendo la posibilidad de interrumpir o atenuar la evolución del trastorno hacia los estadios tardíos más severos.

Las hipótesis de una subpoblación con mayores recursos de autocritica y más dispuesta a acudir en ayuda

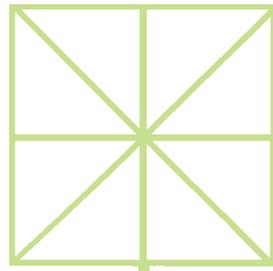
abre una heurística interesante para futuros estudios. De todas maneras, los hallazgos del presente estudio orientan a sostener que la disponibilidad de una línea de ayuda telefónica es promotora de búsqueda de ayuda en una población que aún no ha llegado al período más desfavorable de la evolución del trastorno. Esta potencialidad, a la postre, resulta una manera indirecta de interrumpir la cadena causal de algunas conductas delictivas, constituyéndose en una vía valiosa de prevención delictiva y de protección a la calidad de vida de los jugadores y sus familias.

Finalmente, cabe reconocer la limitación de generalización determinada porque la selección de JA no pudo realizarse aleatoriamente debido al secreto de identidad que mantiene la organización. En cambio, la muestra de JU no presenta riesgo de sesgo habida cuenta de la inclusión consecutiva de todos los sujetos que acudieron al servicio durante el período de colección de datos ■

Referencias bibliográficas

1. Abait PE, Folino JO. Características de jugadores patológicos argentinos. *Vertex* 2007 Sep-Oct; 18 (75): 325-34.
2. Abait PE, Folino JO. El juego patológico y los comportamientos ilegales. *Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis* 2008; 6 (1): 50-62.
3. Abait PE, Folino JO. Jugadores en búsqueda de ayuda. *Vertex* 2008 Nov-Dec; 19 (82): 325-33.
4. Abbott M, McKenna B, Giles L. Gambling and problem gambling among recently sentenced male prisoners in four New Zealand prisons. *J Gambl Stud* 2005; 21 (4): 537-58.
5. Abbott MW, Williams MM, Volberg RA. A prospective study of problem and regular nonproblem gamblers living in the community. *Subst Use Misuse* 2004; 39 (6): 855-84.
6. Battersby M, Tolchard B, Scurrah M, Thomas L. Suicide idea-

- tion and behaviour in people with pathological gambling attending a treatment service. *Int J Ment Health Addict* 2006; 4 (3): 233-46.
7. Blaszczynski A, Silove D. Pathological gambling: Forensic issues. *Aust N Z J Psychiatry* 1996; Jun (3): 358-69.
 8. Brown RIF. Pathological gambling and associated patterns of crime: Comparisons with alcohol and other drug addictions. *J Gambl Stud* 1987; 3 (2): 98-114.
 9. Burge AN, Pietrzak RH, Molina CA, Petry NM. Age of gambling initiation and severity of gambling and health problems among older adult problem gamblers. *Psychiatr Serv* 2004; 55 (12): 1437-9.
 10. Cunningham-Williams RM, Abdallah AB, Callahan C, Cottler L. Problem gambling and violence among community-recruited female substance abusers. *Psychol Addict Behav* 2007; 21 (2): 239-43.
 11. Fernández-Montalvo J, Echeburúa Odriozola E, Báez Gallo C. El Cuestionario Breve de Juego Patológico (CBJP): un nuevo instrumento de screening. *Análisis y Modificación de Conducta* 1995; 21 (76): 211-23.
 12. Folino JO, Abait PE. Pathological gambling and illegal behaviour in Argentina. In: 8th Annual Conference of the International Association of Forensic Mental Health Services: The Interface Between Forensic and Mental Health Services. Viena, Austria: IAFMHS; 2008. p. 71.
 13. González Ibáñez A, Mercadé PV, Aymamí Sanromá MN, Cordero CP. Clinical and behavioral evaluation of pathological gambling in Barcelona, Spain. *J Gambl Stud* 1992; 8 (3): 299-310.
 14. Grant JE, Kim SW. Quality of life in kleptomania and pathological gambling. *Compr Psychiatry* 2005; 46 (1): 34-7.
 15. Lahn J. Gambling among offenders: results from an Australian survey. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2005; 49 (3): 343-55.
 16. Ledgerwood DM, Petry NM. What do we know about relapse in pathological gambling? *Clin Psychol Rev* 2006; 26 (2): 216-28.
 17. Ledgerwood DM, Weinstock J, Morasco BJ, Petry NM. Clinical features and treatment prognosis of pathological gamblers with and without recent gambling-related illegal behavior. *J Am Acad Psychiatry Law* 2007; 35 (3): 294-301.
 18. Lesieur HR, Blume SB. The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. *Am J Psychiatry* 1987; 144 (9): 1184-8.
 19. Lesieur HR, Rosenthal RJ. Pathological gambling: a review of the literature (prepared for the American Psychiatric Association task force on DSM-IV committee on disorders of impulse control not elsewhere classified). *J Gambl Stud* 1991; 7 (1): 5-39.
 20. Maccallum F, Blaszczynski A. Pathological gambling and suicidality: an analysis of severity and lethality. *Suicide Life Threat Behav* 2003; 33 (1): 88-98.
 21. Newman SC, Thompson AH. A population-based study of the association between pathological gambling and attempted suicide. *Suicide Life Threat Behav* 2003; 33 (1): 80-7.
 22. Potenza MN, Steinberg MA, McLaughlin SD, Rounsaville BJ, O'Malley SS. Illegal behaviors in problem gambling: analysis of data from a gambling helpline. *J Am Acad Psychiatry Law* 2000; 28 (4): 389-403.
 23. Potenza MN, Steinberg MA, Wu R, Rounsaville BJ, O'Malley SS. Characteristics of older adult problem gamblers calling a gambling helpline. *J Gambl Stud* 2006; 22: 241-54.
 24. Sartor CE, Scherrer JF, Shah KR, et al. Course of pathological gambling symptoms and reliability of the lifetime gambling history measure. *Psychiatry Res* 2007; 152 (1): 55-61.
 25. Williams RJ, Royston J, Hagen BF. Gambling and problem gambling within forensic populations: A review of the literature. *Crim Justice Behav* 2005; 32: 665-89.



dossier



IDENTIDADES

Coordinación

Silvia Wikinski
Hugo Pisa
Daniel Matusevich

El concepto "identidad" forma parte, cada vez más, del lenguaje cotidiano: identidad de género, identidad de clase, identidad como nación, la identidad sustraída a los niños nacidos en cautiverio durante la última dictadura en nuestro país, etc. Es un término que ha devenido polisémico, transformándose en objeto de estudio de las más diversas disciplinas: lógica, matemáticas, sociología, psicología y antropología.

*Su origen etimológico es el vocablo latino **ídem**, que significa "lo mismo, lo que se repite siempre igual". Podemos hacer referencia a dos aspectos de la identidad: su unicidad (ser algo y, por lo tanto, ser distinto de otro) y su inmutabilidad (permanecer igual a lo largo del tiempo).*

Ambos aspectos aportan interesantes elementos de reflexión en el campo de la Salud Mental. Por ejemplo, podemos preguntarnos en qué medida los cambios del individuo a lo largo del tiempo dejan indemne (o por el contrario alteran) su identidad personal.

La perspectiva que más énfasis puso en el aspecto de unicidad de la identidad es la esencialista, que define la naturaleza de una entidad (cosa, persona o grupo), más allá de factores accidentales o de las circunstancias por la que atraviesa. Una perspectiva alternativa, aunque como veremos no excluyente, es la que propone la construcción de la identidad a partir de la experiencia intersubjetiva. En palabras del antropólogo Todorov: "Los otros no solo están desde el inicio alrededor de nosotros; (...) los interiorizamos, y sus imágenes comienzan a formar parte de nosotros. (...) La pluralidad interior de cada ser es el correlato de la pluralidad de las personas que nos rodean, la multiplicidad de roles que cada una de ellas asume; esa es una característica distintiva de la especie humana". Por último, "El sí mismo (la identidad) es el producto de los otros que, a su vez, este produce" (5).

Sin embargo, asistimos a una época en la cual la

alteridad está en riesgo. Al diferente hay que convertirlo (o eliminarlo). A debe ser igual a B. No puede haber diferencia. La(s) identidad(es) se diluye(ron) en este contexto. Cabe preguntarse aquí hasta qué punto este borramiento de las diferencias se expresa en algunas nosologías psiquiátricas actualmente en discusión. Por ejemplo, podemos mencionar el uso que se le da al término "espectro", que propone ubicar bajo la misma denominación a múltiples entidades cuya semejanza está aún en debate.

Dentro de las ciencias sociales se diferencian dos posturas: 1) la que sostiene que toda persona por pertenecer a cualquier cultura, debe ser considerada un "individuo"; 2) la que defiende la existencia de dos formas de identidad: la moderna occidental, individualizada; y la no moderna, no individual, colectiva o relacional. Sin embargo, hay quienes agregan que se podría agregar una tercera, en la que la identidad personal toma aspectos de las dos anteriores; postura que, sin duda, puede resultarnos de utilidad en psiquiatría, por ser una disciplina que trabaja en tensión entre los aspectos individuales y relacionales (3).

En este sentido, la Profesora de Prehistoria Almueda Humberto opina que tanto la identidad individualizada como la relacional constituyen dos bloques o conjuntos cerrados de rasgos. Estos se ponen en juego en una misma persona. El porcentaje de uno o del otro va a depender del grado de control y de la capacidad para explicar racionalmente los fenómenos del mundo. Si no los controla, sigue una pauta de identidad relacional; en caso contrario, ante más control/capacidad de explicar, mayor será la identidad individual. Dicho de otro modo, tanto la propia experiencia de vivir como la cultura ejercen presión y fuerzan vacilaciones o cambios. Es decir, nos hacen pasar de un bloque a otro (3).

En esta trama compleja que nos atraviesa como sujetos, nos desempeñamos además como profesionales. Una

búsqueda bibliográfica en la base de datos de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos (Pubmed) que cruzó los descriptores “identidad personal” y “psiquiatría” delimitó un recorte posible que reunía la mayor cantidad de citas de los últimos años y relacionaba ambos términos con el concepto de recuperación. Al mismo se refirieron Agrest y Druetta en un trabajo publicado en esta revista (1). ¿Por qué recuperación e identidad? Como los autores del trabajo señalaban, la identidad se ve conmovida (o deteriorada, en términos **goffmanianos**) al ser atravesada por una enfermedad mental. Recuperarse, entonces, exige incorporar en la propia identidad una vivencia disruptiva. Tránsito que remite a la dimensión temporal de la identidad, que interpela su inmutabilidad y que, por otro lado, exige recuperar la palabra, y hacer oír la propia voz.

He aquí algunas de nuestras motivaciones para incluir en la revista *Vertex* un dossier sobre la identidad, o mejor, haciendo justicia a sus múltiples aspectos y a la multidisciplinariedad de su estudio, las identidades.

Para su diseño elegimos un recorte con la intención de reivindicar la dimensión clínica del concepto, un recorte que se acerque a nuestra experiencia y resulte útil en el trabajo diario. Apelamos a la colaboración de distinguidos profesionales que, desde distintas perspectivas teóricas y disciplinares, ya sea a partir de trabajos de campo o de reflexiones teóricas, nos hablen de las diversas formas en que la identidad se construye, se cristaliza o se modifica.

Santiago Levín propone una reflexión acerca de cuáles son los efectos del diagnóstico sobre la identidad de aquellos que lo reciben. “**Soy bipolar**” o “**Soy TOC**”, dos afirmaciones comunes que solemos escuchar. ¿En qué medida nuestra palabra cristaliza identidades?, ¿ello debería prevenirnos de sugerir o proporcionar diagnósticos?

Dos trabajos, el de Diana Cohen-Agrest y el de Daniel Matusевич y Hugo Pisa, analizan los efectos de la demencia sobre la identidad de la persona. El primero pone el acento en el compromiso de la autonomía del sujeto. ¿Cómo tomar las directivas anticipadas?, ¿cuál es la validez de las mismas si al momento de dar dichas directivas no conocemos nada de aquello en lo que se va a transformar nuestra vida?, ¿es la misma persona, en un sentido ético, la que dio las directivas que aquella a quien deben aplicarse? El segundo, plantea las modificaciones que se van produciendo en las identidades de las personas a medida que las mismas

se van perdiendo en los laberintos del Alzheimer. Los autores bucean en las relaciones que se establecen entre el estigma y los diferentes modelos de deterioro cognitivo para finalmente proponer una polémica opción de repensar la clínica de los olvidos.

En un plano de corte sociológico/antropológico se sitúan los aportes de Liliana Moneta, Laura Pardo y Leonor Arfuch. Moneta nos presenta un trabajo de campo realizado con adolescentes que participan de tribus urbanas. ¿Cuáles son los elementos identitarios, señalados por los mismos adolescentes? La investigadora da la palabra a los sujetos, y a partir de ella reflexiona acerca de la identidad en este grupo étnico nucleado a partir de rasgos que, como ellos mismos señalan, son “tribales”. En una línea emparentada con el trabajo de Liliana Moneta, Laura Pardo rescata la palabra y las historias de vida de adolescentes embarazadas que son atendidas en el Hospital Larcade de la Provincia de Buenos Aires. Empleando el análisis crítico del discurso, analiza los determinantes de la construcción de la identidad como madre en estas jóvenes. Leonor Arfuch, por otro lado, explora la relación entre narración autobiográfica y construcción identitaria a partir de una concepción no esencialista de la identidad. Emplea como recurso original el concepto de “espacio biográfico”, acuñado por ella, para analizar de qué modo en la cultura contemporánea lo privado y lo íntimo adquieren preeminencia y contribuyen en la construcción de identidades. El análisis de la obra de dos artistas plásticos sirve a la autora como soporte “clínico”.

Alfredo Job, repasa la conceptualización filosófica del concepto de identidad personal desde la Grecia Clásica hasta el siglo XX. Es un trabajo que puede constituir un singular punto de partida para el estudio sobre el tema.

Para finalizar, Rodolfo Moguillansky desarrolla cuál es el rol de la familia en la constitución de la identidad de los adolescentes. Es particularmente interesante la referencia del autor a los movimientos identificados/des-identificados que debe realizar el adolescente para constituirse como sujeto.

Como dijimos arriba, lo que proponemos es un recorte posible. Muchos otros serían interesantes y/o útiles. Con lo expuesto esperamos despertar el interés de los colegas sobre un tema sobre el que en general se habla y se escucha mucho, pero que se encuentra fuera de la “agenda oficial” de la especialidad ■

1. Agrest M, Druetta I. The concept of recovery: the importance of users' perspective and their participation. *Vertex* 2011 Jan-Feb; 22 (95): 56-64.
2. Benjamin W. Experiencia y pobreza (1936). Obras escogidas. Libro II, VI. Madrid: Abada; 2007.
3. Humberto A. La fantasía de la individualidad. Sobre la cons-

- trucción sociohistórica del sujeto moderno. Katz; 2012. p. 100-101.
4. Pellerano R. Capas, o el modo de atravesar experiencias -Walter Benjamin-. *Revista de Filosofía y Psicología* 2008; 18 (3): 5-19.
5. Todorov T. La vida en común. Ensayo de Antropología General. Buenos Aires: Taurus; 2008. p. 176-177.

Palabras que no se lleva el viento. Identidad y diagnóstico en psiquiatría

Santiago A. Levín

Médico; Especialista en psiquiatría.

Capítulo de Historia y Epistemología de la Psiquiatría, APSA.

Docente del Departamento de Salud Mental, Facultad de Medicina, UBA.

E-mail: santiagolevin@gmail.com

“Los científicos dicen que estamos hechos de átomos, pero a mí un pajarito me contó que estamos hechos de historias”

Eduardo Galeano

Introducción política

Existen psiquiatras biorreduccionistas, ya lo sabemos. Para ellos, el trabajo del psiquiatra consiste en diagnosticar rápidamente en base a criterios supuestamente objetivos y establecer enseguida un esquema de tratamiento farmacológico, con ocasional agregado de una terapia preferentemente breve y focalizada en el síntoma.

No es nuestro caso.

Ha llegado el momento de dejar de pedir disculpas por la cantidad de *Lores Voldemort* que trabajan de psiquiatras desde una práctica empobrecida, reduccionista, al servicio de la sociedad de consumo y del negocio de la medicina comercial.

Muchos no trabajamos de esa manera. El número detrás de “muchos” es lo suficientemente grande y crecientemente, como para no considerarnos una excepción sino una tendencia.

No todos los médicos son mis colegas, decía Florencio Escardó.

Somos muchos los que sostenemos una perspectiva médica antropológica, holística, integradora, y desde allí una psiquiatría basada en principios humanísticos, que intenta dar cuenta de la persona total del ser humano que consulta y al que llamamos paciente. Una psiquiatría que se interesa por lo biológico, lo psicológico y lo social¹ (9). Lo histórico, lo político. *Hombre soy, y nada de lo humano me es ajeno...*

El psiquiatra, adulto al fin y al cabo, elige. Y este es el nombre del juego: cada psiquiatra se hace cargo de lo que elige. Ya gastamos (históricamente) todo nuestro derecho a la ingenuidad. Y estas elecciones, teóricas, políticas, estéticas, éticas, tendrán su efecto en el paciente. En la persona total del paciente. Y desde luego, en la persona total del psiquiatra.

Resumen

El interés central de este escrito es analizar el rol de la palabra pronunciada por el personal de salud y su relación con la construcción de identidad en el paciente-receptor de esa palabra. ¿Cómo se construye la identidad? ¿Qué rol tiene, en ese proceso, la palabra pronunciada por un otro significativo? ¿Qué ocurre con las palabras que designan diagnósticos médicos? Se indaga, también, en forma preliminar, el vínculo que cada una de las dos grandes corrientes en medicina occidental (biomedicina y medicina antropológica) tiene con la palabra, a la vez elemento identitario y herramienta terapéutica.

Palabras claves: Identidad - Palabra - Diagnóstico médico.

WORDS THAT WON'T FADE OFF IN THE WIND: IDENTITY AND DIAGNOSIS IN PSYCHIATRY

Summary

The main focus of this paper is to analyze the role of the word pronounced by members of the health staff as it is constitutive of identity in the patient receiving the word. How is identity constructed? How does the word spoken by a significant Other impinge on this process? In particular, what about the influence of words denoting medical diagnoses? Regarding such queries we also look, on a preliminary basis, at each of the two main currents in Western medicine (biomedicine and medical anthropology), to find out if and how it addresses the relation between the word as an element of identity and the same word as a therapeutic tool.

Key words: Identity - Word - Medical diagnosis.

¹ Una vez más recomendamos la lectura del artículo “Biomedicina o medicina antropológica”, de Juan Carlos Stagnaro, publicado en esta misma revista hace más de una década (9).

Ahora volvamos al asunto principal: la palabra. Lo anterior, a la manera de breve manifiesto, viene al caso como introducción política a nuestro tema: identidad y diagnóstico, palabras e identidad. O, parafraseando a Foucault, las palabras y las identidades.

Supongamos una buena y una mala praxis con la palabra. No nos referimos a todos los usos de la palabra, sino a la palabra pronunciada por el personal de salud investido de un supuesto saber.

El punto crucial de diferencia entre una buena y una mala praxis con la palabra es precisamente la convicción (en la buena práctica) o su ausencia (en la mala) acerca del efecto que las palabras van a tener en quien las recibe. La peor de las prácticas surge del desconocimiento de este efecto, que ya podemos llamar efecto *identitario*.

La palabra del profesional produce efectos, como el arado en la tierra. Qué decimos, cómo lo decimos y, sobre todo, desde qué lugar hablamos. Qué cree de sí mismo el que habla desde el lugar de médico.

Y acá es donde entra aquello de que cada psiquiatra se hace cargo de lo que elige.

Pero vayamos por partes.

Se dice de mí...

En más de una ocasión escuché a Silvia Bleichmar decir que la identidad se descubre jugando al fútbol en la esquina. Sus palabras habrían sido más o menos las siguientes: “¿Usted quiere saber qué es la identidad? Vaya a la esquina y pida que lo dejen jugar a la pelota. Luego de un rato los compañeros comenzarán a dirigirse a usted de alguna forma. Si le dicen ‘gordo, pasala alguna vez’, usted es el gordo. Si le gritan ‘rusito, esa la tenías que correr vos’, usted es el rusito. ¿Entiende?” (2).

Es decir que uno es, en gran medida, aquello que se dice que uno es, aquello que se dice de uno. No lo que dice cualquiera, sino lo que nos dice el otro significativo, el otro investido.

Una niñita ingresa, por mudanza de barrio, a la sala de cinco de su nuevo jardín de infantes. La maestra le pide que se presente ante sus nuevos compañeros. La niña dice: “Mi nombre es Fulanita, soy celíaca y mi mamá se murió”. La historia es real. La madre de la niña se había quitado la vida de un disparo de revolver en la cabeza unos meses antes, y la niña había pasado a vivir con su padre y su nueva pareja.

¿Cómo se llega a “soy celíaca” en la mente de una nena de cinco años de edad? ¿Cómo se llega a “y mi mamá se murió” como parte de la carta de presentación ante sus nuevos compañeritos? Evidentemente la construcción de la identidad es un proceso complejo, pero una cosa es segura: la identidad se construye en íntima interacción con el otro, mirando al otro, oyéndolo, vistiéndose (por así decir) con las ropas que el otro significativo nos ofrece.

Desde el psicoanálisis la identidad tiene un estatuto tópico: se posiciona del lado del yo, y es del orden de la defensa “en razón de que los enunciados que articulan la identidad yoica se caracterizan por la exclusión, no solo de los elemen-

tos de diferenciación con respecto al exterior, sino con respecto al externo/interno del inconciente. Toda afirmación -‘soy mujer’, ‘soy hombre’, ‘soy argentino’, ‘soy generoso’-, opera al modo de un centramiento que deja inevitablemente, del lado de afuera, los elementos que intenta excluir (...)” (4).

En otro escrito Silvia Bleichmar define la identidad como el conjunto de enunciados que articulan el ser del sujeto (3). Desde esta definición empieza a quedar más claro cómo es posible operar dañinamente sobre ese núcleo central de la vida psíquica.

La identidad se va constituyendo en las distintas etapas de la vida (la infancia, la adolescencia, la adultez). En la infancia: oferta identificatoria del otro significativo (junto a la metabolización propia del sujeto, y a las vicisitudes de la vida); en la adolescencia: asunción de una identidad (y de una práctica) sexual, junto a la “deconstrucción de las propuestas originarias y a la reformulación de ideales que luego encontrarán destino en la juventud temprana y en la adultez definitiva” (3).

¿Qué sucede luego de la adolescencia? El proceso de la construcción de la identidad continúa. Reconocemos como puntos críticos la infancia y la adolescencia, pero no definitivos. Como suele decir Luis Hornstein (6), la identificación es un expediente abierto durante toda la vida (y no un trámite cerrado al final de la adolescencia, agregaría yo). Esta afirmación, que puede parecer banal a simple vista, tiene una importancia capital porque permite explicar el cambio psíquico, no solo el logrado mediante una psicoterapia sino el cambio psíquico en general². El sujeto asimila una propiedad, un atributo del objeto y se transforma en base a ese modelo (8). El conjunto de enunciados que articulan el ser del sujeto (la identidad) se modifica.

Volvamos a nuestra niña de cinco años. Ser celíaca y ser huérfana constituían dos enunciados centrales en su constitución como sujeto, en ese momento de su ciclo vital. Dos enunciados por la negativa, dicho sea de paso (patología intestinal, falta de madre), lo cual no carece de consecuencias. El énfasis está en la palabra centrales, ya que ni una condición ni la otra son (eran) posibles de soslayar; ahora bien, colocarlas como pancarta del *yo soy* constituye toda una operación psíquica que se sustancia siempre (y más aún en una niña pequeña) en el interjuego vincular con los otros significativos. En palabras simples: para que este modo de presentación ocurra, para que ese *bit* de identidad se configure, alguien tiene que haberle dicho a esta niña algo así como “vos sos celíaca...”, o “pobrecita Fulanita: sin mamá y con dolores de pancita...”. Nótese que el efecto identitario *adverso* (si se permite la expresión) también puede provenir del amor.

Definimos identidad, apoyándonos sobre todo en la teoría psicoanalítica. Encontramos, en este derrotero, el camino que siguen las palabras del otro significativo para transformarse en identidad.

Ubicamos al médico y a todo el personal de salud como un otro significativo, investido, cuyas palabras abrirán camino, dejarán un surco, señalarán un sentido.

² Esta concepción solo es posible en el contexto de un modelo abierto de psiquismo.

Lo anterior tiene al menos dos corolarios: a) no se puede ejercer la psiquiatría sin hacer una reflexión ética y tomar decisiones en relación a esta asimetría entre médico y paciente; b) el ejercicio actual de la psiquiatría³ exige reubicar a la palabra en el trascendente lugar que le toca en nuestra cultura humana⁴, volviendo a comprender (como nuestros predecesores) que la palabra sigue siendo nuestra herramienta terapéutica más potente.

Una golondrina no hace verano... ¿o sí?

Pero (salvo excepciones muy puntuales, extremas y traumáticas) el efecto identitario no se produce de inmediato y para siempre. Es decir, no alcanza una palabra para determinar un trayecto identificatorio.

"La identificación no es instantánea como una fotografía", dice Luis Hornstein (7). Y agrega, "no hay identificación sino trayecto identificatorio, que dura lo que dura la vida".

Una palabra puede cambiar un destino, es cierto. Pero no es lo habitual, ocurre en pocas ocasiones, en momentos de alta vulnerabilidad a la palabra identitaria (primera infancia), de gran fragilidad *yoica* (catástrofes, derrumbes psicóticos, angustias extremas), de ruptura traumática de los lazos sociales (catástrofes sociales).

Fuera de esto, la palabra con efecto identitario va depositándose de a poco en base a la repetición. Lo dice el doctor, lo dice la licenciada, lo dijo la radio, la tele, Internet.

¿Existe otro modo de ir constituyendo la identidad? Probablemente no. El trayecto identificatorio tiene lugar en todo sujeto inmerso en la cultura humana. El psiquiatra ocupará un lugar más en el proceso, y su misión consistirá en no dañar desde la palabra. Un *primum non nocere* aplicado al efecto identitario de la palabra pronunciada por el profesional-mirado-con-respeto. Otra forma de decirlo: el respeto con que se nos mira nos obliga a otro respeto recíproco.

"Me lo dicen desde chico, que soy asmático, que me tengo que cuidar de todo porque me agarra un ataque y chau, te podés morir" ¿Cuándo fue el último ataque? "Hace treinta años, doctor, cuando tenía siete". Este hombre de treinta y siete años, que sin dudas superó definitivamente sus crisis de broncoespasmo infantil, construyó su identidad de asmático y sigue viviendo como tal. "Asmático": ¿adjetivo o sustantivo?

"Soy anorgásmica. Lo leí en la revista del domingo. Algunas mujeres no llegamos al orgasmo porque tenemos muchas represiones. El orgasmo es un mito. Lo dijo un sexólogo por la tele" ¿Con qué frecuencia tiene sexo? "Ehh... Bueno, hace años que no pasa nada con mi marido... ni con nadie". ¿Se masturba? "¿Yo? ¡No, por favor...!". Esta señora no es anorgásmica: simplemente renunció al placer genital. Sin sexo con otro y sin masturbación, no se comprende cómo puede definirse de ese modo. ¿El orgasmo es un mito, o el mito es más bien que todos y todas desean tener orgasmos?

"Siempre quise tocar un instrumento, pero tengo un tосcano en el oído. En mi familia todos somos más sordos que

una tapia" ¿Ha tomado clases de música? "¿No, no! ¿Para qué, si le digo que no podemos afinar?". El mayor escollo en la aproximación a la música es precisamente la certeza identitaria de que se trata de una experiencia vedada. Los otros pueden; yo, no.

En nuestro país ha habido muchos músicos educadores de importante trayectoria. Conozco personalmente el caso del maestro Pablo Sosa, pastor metodista, músico polifacético, docente de dirección coral del Conservatorio Nacional de Música. Dirigió durante años uno de los mejores coros de Buenos Aires, integrado por coreutas afinados que no habían aprendido a leer una partitura. "Todos pueden cantar" es una de sus frases de cabecera.

Bien. Si todos (o casi todos, digamos) pueden cantar, ¿a qué nivel social se produce la mala praxis con la palabra que determina la existencia de tantos individuos que juran no servir para la música?

Lejos de responder a la pregunta, la intención última de este texto es la de promover la reflexión acerca de las múltiples implicancias de la palabra en el otro, los impensados vericuetos que la palabra sigue hasta posarse, transformada, en el mosaico identificatorio y agregarle un color, una textura.

Con un sentido del humor vecino a la ironía, un querido paciente me pregunta por su diagnóstico con estas palabras: "¿Y yo qué soy, doctor? ¿Bipolar, tripolar, oso polar?".

Afortunadamente, el poder de la palabra en boca del médico (y del psicólogo, y del educador) es limitado. A no creer que podemos cambiar el destino, para bien o para mal, con una palabra certera. Para que se produzca el efecto identitario, no alcanza con una palabra una sola vez.

Sin embargo, nuestra colaboración puede ser decisiva, precisamente por la valoración social del discurso que representamos. El discurso médico-psicológico pertenece, en nuestra cultura, a lo que Foucault llamaba "política general de verdad", que en cada sociedad determina el efecto de verdad de un determinado discurso que no es en sí mismo ni verdadero ni falso (5).

El médico representa un discurso valorado, por lo tanto el peso de su palabra es mayor. Ergo, es insoslayable la reflexión sobre el poder generador de identidad de la palabra médica.

Rescato, a modo de ejemplo, el concepto de *pronósticos destructores* del psiquiatra francés Henri Baruk (1), que se refiere al uso irresponsable de la (in)capacidad de adivinación del futuro por parte del profesional. ¿Qué poder de construcción de futuro tienen expresiones como "deberá tomar este medicamento toda su vida", o "su hijo es esquizofrénico, y la esquizofrenia no se cura"?

¿Existen otros modos de decir? ¿Es posible decir verdad (verdades relativas, desde luego) sin construir destinos prefijados? ¿Es posible manejar diagnósticos (imprescindibles en la tarea clínica) de un modo que no genere identificación con la enfermedad, o con la palabra que la designa? ¿Nuestros pacientes son enfermos o están enfermos?

³ En este texto me estoy refiriendo en particular a la psiquiatría, pero lo dicho se aplica punto por punto al resto de la medicina, a la psicología, a la enfermería, y a la tarea docente.

⁴ No hay forma de sintetizar lo que no tiene desperdicio, lo que no admite poda. Por eso recomiendo ver completa la conferencia que dio en 2012 la lingüista argentina Ivonne Bordelois, titulada precisamente "El poder de la palabra": http://youtu.be/7L3zv5lpZ_0

El poeta habla

Robert Schumann compuso las *Escenas infantiles* (*Kinderszenen, Op. 15*) en 1838. Se trata de un conjunto de trece obras breves para piano. Su mayor dificultad no es técnica (dicen los entendidos) sino poética: relativamente fáciles de tocar; complejas de decir. Complejas porque requieren de un mínimo recorrido madurativo del instrumentista.

El último de los números es una increíble pieza breve llamada *El poeta habla* (*Der Dichter spricht*). Tan abierta es su escritura que no existen dos interpretaciones iguales.

En un punto de la breve pieza, el autor coloca una indicación tal vez única en la literatura clásica instrumental⁵: indica tocar "*parlando*", y justamente es el pasaje más libre, más personal.

¿Cómo se puede hablar con un instrumento, especialmente uno tan poco hablante como el piano? Sí, sí, la música es un lenguaje, pero no una lengua. Se puede transmitir, pero ¿hablar?

Y sí, basta con escuchar la obra hasta el final para estar de acuerdo con Schumann. Sí. El poeta habla. Y hasta habla sin palabras, solo con sonidos, con una melodía dicha lentamente, nota por nota.

La obra, una exploración poética del alma infantil, con sus ansias y sus temores, termina de este modo, hablando.

El poeta habla. El piano habla. El músico habla.

El psiquiatra habla

Pongamos atención en lo que dice el psiquiatra. El psiquiatra habla.

Y sus palabras van a ser escuchadas muy especialmente, como dijimos ya varias veces, porque el psiquiatra representa un discurso que guarda todavía una cuota importante de prestigio. Su palabra calará hondo.

Comprender ha sido una de las obsesiones de la cultura occidental moderna. La universidad nos forma más para comprender que para comunicarnos. Más para saber que para experimentar. El diálogo del psiquiatra con el paciente transcurre entonces más por el andarivel del interrogatorio que por el del diálogo.

Pero comunicación no es lo mismo que comprensión. No son conceptos antitéticos, sino que implican actitudes muy diferentes. El que intenta ante todo y sobre todo comprender, implementará un enfoque clasificatorio, comparando lo que observa con lo que tiene almacenado bajo la forma de teoría. Quien antepone la comprensión elige, tal vez sin saberlo, un enfoque positivista al presu-

poner una alta correspondencia entre lo que se observa y lo que se sabe sobre lo que se observa. Encuentra lo que busca, o no encuentra nada. Hay o no hay.

El que intenta, como primera medida, comunicarse, colocará su universo simbólico paralelo al del otro, y lo más próximo posible. Dejando que se produzca un intercambio de materia entre un universo y otro, intercambio que varía en cada encuentro porque cada encuentro tiene siempre, y esto es lo sorprendente, algo imprevisible. Luego de dejarse modificar en ese intercambio, es decir, luego de que se produce el fenómeno de la comunicación, allí sí puede comenzar el siguiente capítulo, el de la comprensión.

La diferencia entre una postura y la otra no es menor.

Comenzamos el artículo denunciando el biorreduccionismo de cierta psiquiatría, oponiéndolo a una postura médica antropológica.

Todavía hay colegas que se fastidian leyendo este tipo de temática (biomedicina *versus* medicina antropológica) porque creen que se trata de un problema menor que solo atañe a un pequeño grupo de intelectuales interesados en la epistemología. Nada menos cierto.

Lo que está en juego detrás de esta polémica es la clínica misma. Lo que se juega entre una y otra postura es qué concepción del ser humano tiene la psiquiatría (y la medicina en general), y por lo tanto cuáles son los modos adecuados de comunicarse, de intervenir, de participar en el proceso de diagnóstico y en el proyecto terapéutico.

Y cuáles son las consecuencias. En el caso que nos ocupa, las consecuencias del mal uso de la palabra.

El paradigma de la comprensión se corresponde, por afinidad ideológica, con la psiquiatría que hemos llamado biorreduccionista, para la cual palabra tiene una sola vertiente, la digital: sirve para enviar y recibir paquetes de significado objetivo.

El de la comunicación, por otro lado, se conecta con toda naturalidad con el modelo de psiquiatría antropológica.

No queremos un psiquiatra que dispare palabras como balas, sino uno que las talle cuidadosamente, como haría un artesano, según el destinatario que las va a recibir.

No tengo ninguna duda de que necesitamos seguir leyendo y escribiendo sobre identidad, diagnósticos, palabras. Pero no solo eso. Es probable que también necesitemos volver a la literatura, a la música, a la poesía, para redescubrir la potencia de la palabra, nuestro principal instrumento terapéutico.

Después de todo, los psiquiatras somos (o deberíamos ser, o deberíamos volver a ser) especialistas en comunicación humana⁶ ■

Referencias bibliográficas

1. Baruk H. Las terapéuticas psiquiátricas. Buenos Aires: Editorial Paidós; 1961. p. 91.
2. Bleichmar S. Comunicación personal.
3. Bleichmar S. La subjetividad en riesgo. Buenos Aires: Topía Editorial; 2009. p. 58-60.
4. Bleichmar S. Paradojas de la sexualidad masculina. Buenos Aires: Editorial Paidós, 2006. p. 98.
5. Foucault M. Un diálogo sobre el poder. Buenos Aires: Alianza Editorial; 2008. p. 139-156.
6. Hornstein L. Comunicación personal.
7. Hornstein L. Las depresiones: afectos y humores del vivir. Buenos Aires: Editorial Paidós; 2006. p. 97.
8. Laplanche J, Pontalis. Diccionario de psicoanálisis. Barcelona: Editorial Labor; 1993. p. 184.
9. Stagnaro JC. Biomedicina o medicina antropológica. Vertex 2002; 13: 19-26.

⁵ La indicación "*parlando*" puede encontrarse con cierta frecuencia en las partituras para voz, es decir, en la música para ser cantada, que tiene una letra que debe ser dicha.

⁶ El pensamiento pertenece a Lía Ricón (comunicación personal).

¿Autonomía o compasión? Valores en juego en el tratamiento de pacientes con Alzheimer

Diana Cohen Agrest

Doctora en Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires (UBA).
Magister en Bioética, Centre for Human Bioethics, Monash University, Australia.
E-mail: cohendiana@gmail.com

Resumen

La práctica de directivas anticipadas aplicadas a la toma de decisiones en la asistencia a personas que sufren enfermedades neurodegenerativas como el mal de Alzheimer, enfrenta a los profesionales con un dilema ético que pareciera tener en un polo a la autonomía de que gozó el sujeto al momento de impartir las directivas y en el otro, a la compasión que despierta la persona a la hora de ponerlas en práctica. En este trabajo se toman los conceptos de R. Dworkin de *intereses de experiencia* -los vivenciados y disfrutados por el sujeto mientras los está realizando- y de *intereses críticos* -aquellos relacionados con el plan personal de vida y que, de no ser tenidos en cuenta la persona piensa que su vida perdería sentido- para aportar al pensamiento en torno a este tópico. ¿En qué medida el sujeto que proporciona directivas anticipadas conoce su futuro? ¿Es suficiente con un conocimiento estadístico del devenir de determinados padecimientos para tomar anticipadamente decisiones acerca de la propia existencia? Cuando una enfermedad como la de Alzheimer irrumpe en la vida de una persona, ¿se fractura la identidad personal y por lo tanto pierde fuerza lo decidido antes de esta irrupción o por el contrario hay un *continuum* que debe guiar el proceder de quienes la asisten?

Palabras claves: decisiones anticipadas; Alzheimer; identidad; ética

AUTONOMY OR COMPASSION? VALUES TO BE TAKEN INTO ACCOUNT IN THE TREATMENT OF PATIENTS SUFFERING ALZHEIMER DISEASE

Summary

Advance directives applied to decision making in assisting people with neurodegenerative disorders like Alzheimer disease faces professionals with an ethical dilemma that seems to have a pole on the autonomy enjoyed by the subject when gave such directions and in the other the compassion that awakens the individual at the time of their implementation. In this paper we take the concepts of R. Dworkin of *experiential interests* (i.e. things that people do just because they like the experience of doing them) and *critical interests* (interests, which if not satisfied, people would think they were worse off in some way or that their life had been wasted) to discuss about autonomy of persons with dementia. To what extent the subject that provides advance directives knows about his or her future experience? Is it enough to have a statistical knowledge about the evolution of certain conditions to make early decisions about our own very existence? When a disease like Alzheimer bursts into the life of a person, is personal identity disrupted in such a way that decisions taken before lose strength or is there a continuum that should guide the actions of those who attend?

Key words: advance directives, Alzheimer disease, identity; ethics

El dilema y los valores en juego

Margo tenía 54 años cuando se le diagnosticó que era víctima del mal de Alzheimer. Fue cálidamente retratada por un joven residente de medicina, Andrew Firlik, quien la visitaba regularmente en su casa donde Margo vivía cuidada por una enfermera. Más allá del deterioro mental provocado por la enfermedad, que la había convertido en una persona incompetente que requería de atención auxiliar para poder permanecer en su propio hogar, Margo no sufría de problemas físicos significativos, no padecía de dolores ni necesitaba de procedimientos médicos extraordinarios (3). Firlik llegó a describir a Margo como *“una de las personas más felices que he conocido”*. Cuenta que pese a encontrarse ya en un estadio avanzado de la enfermedad, Margo parecía llevar una vida buena: a su llegada decía reconocerlo (aunque nunca lo llamaba por su nombre), alegrándose cada vez que lo veía. El joven casi siempre la encontraba leyendo una novela de misterio de la cual Margo no se cansaba de repetir que era su preferida (aunque con el tiempo Firlik llegaría a darse cuenta de que esta peculiar “lectora” pasaba al azar de una página a otra). Margo adoraba los emparedados de manteca de maní. Y ni siquiera su veta artística quedaba rezagada, pues regularmente concurría a una clase de pintura para enfermos de Alzheimer, donde todos -incluso ella- pintaban la misma figura día tras día: círculos concéntricos que, para un espectador atento, no eran sino una metáfora gráfica de su propia existencia en el presente, girando una y otra vez en torno de los escasos recuerdos y vivencias que, progresivamente, la irían abandonando.

En uno de esos encuentros, Firlik se sintió sobresaltado por un pensamiento que, pese a su índole meramente conjetural, era terrible por los interrogantes que inauguraba: ¿qué sucedería si unos años atrás, antes de su demencia pero conectora ya del deterioro que la esperaba, Margo se hubiese ocupado de dejar directivas anticipadas, solicitando en ellas que una vez que se enfermara, en caso de necesitar antibióticos o algún tipo de sostén vital, no se los suministraran? A continuación, Firlik supuso que Margo, tal como ella lo había previsto, sufría de neumonía, y que se le debía recetar antibióticos con urgencia. El inexperto residente, consternado, se preguntó: Si ese pensamiento eventualmente se tornara real ¿qué debería hacer?, ¿habría de pasar por alto su petición, con tal de que continuara viviendo?, ¿o habría de respetarla, a sabiendas de que adoptando esta conducta por omisión se correría el riesgo de que Margo muriera? (3).

Si nos apropiamos de estos interrogantes del joven residente, inmediatamente nos deslizaremos en nuestra deliberación hacia otros puntos relevantes: ¿Frente a quién nos encontramos?, ¿frente a la misma Margo que se volvió demente?, ¿o frente a una nueva Margo diferente de quien una vez fue?

Este no es un asunto trivial, ya que afecta el núcleo de la identidad personal, la cual se asocia a una concepción narrativa de la personalidad sustentada en una biografía individual.

Por empezar, en nuestra respuesta se juegan diferentes valores, en principio incompatibles, que fundarían sen-

das posturas básicas. La primera de ellas es la defendida por Ronald Dworkin, quien declara (2): *“Podemos pensar acerca de esta persona, al considerar sus derechos e intereses, de dos formas diferentes: como un demente, enfatizando su situación actual y sus capacidades, o como una persona que se ha convertido en demente, y fijarnos en el transcurso de toda su vida”*.

Amparándose en el valor del respeto a la autonomía inherente a toda persona, uno de cuyos derechos correlativos es el de la determinación sobre el cuerpo propio, R. Dworkin se declara partidario de respetar la petición de Margo formulada en las directivas anticipadas.

Intereses de experiencia e intereses críticos

R. Dworkin formula su defensa de las directivas anticipadas en el marco de un modelo que distingue entre dos tipos de intereses: los intereses de experiencia, por una parte, y los intereses críticos, por otra.

Los mencionados en primer lugar, los “intereses de experiencia”, se asocian a los placeres primarios y al gozo que resulta de vivir ciertas experiencias por el simple placer de vivirlas. Estos intereses incluyen actividades tales como mirar un partido de fútbol o escuchar música, emprender una caminata o comer tal o cual comida. Margo, pese a sus capacidades cognitivas severamente disminuidas, gozaba de sus emparedados, de su único libro y de sus clases de pintura. El valor de estas experiencias reside, precisamente, en que las encontramos placenteras o excitantes. Sin embargo, ninguna de ellas hace de nuestra vida, considerada en su totalidad, una vida mejor.

Estimados por Dworkin como superiores a los mencionados, denomina “intereses críticos” o, como Dworkin mismo también los llama, “evaluativos”, a los deseos, planes y proyectos que se aspira a realizar en vista al carácter íntegro de la existencia, y cuyo cumplimiento hace que una vida sea, efectivamente, mejor. Estos intereses se conectan con las creencias que poseemos en general acerca de la vida y de la muerte, así como con el valor intrínseco de la vida humana. En particular, ellos se dirigen a alcanzar ciertos logros que nos ayudan a cumplir con el plan de vida proyectado, no por el mero placer momentáneo que dichos logros acarrearían, sino por nuestro mejoramiento en cuanto personas que aspiramos a construir una narrativa coherente de vida.

Comentando el paradigma *dworkiano*, Michael Newton declara (5): *“En este modelo, la autonomía obtiene su fuerza moral a partir de la manera en la que nos permite expresar nuestro propio carácter, motivación y creencias. Es esta habilidad de llevar adelante vidas que son auténticamente nuestras lo que Dworkin trata de proteger otorgando más importancia a los intereses críticos que a los de experiencia”*.

El adulto competente, inconsciente o conscientemente, elige qué tipo de intereses -de experiencia o críticos- y en qué proporción, llenan o guían su vida. No obstante, los dos tipos de intereses conviven en nosotros, y cada persona determina por sí misma cuáles son sus intereses de experiencia y cuales son los críticos. Y en esa medida, se considera que sus intereses son elegidos autónomamente.

No obstante, formulado en estos términos, se podría dudar del carácter soberano que R. Dworkin parece atribuirle a la autonomía, inquietud que vuelve legítimo el interrogarnos: ¿En dónde reside el valor de la autonomía?, ¿por qué ha de ser respetada? La respuesta inmediata de R. Dworkin consiste en declarar que en la autonomía se expresa el derecho del adulto competente a tomar decisiones definitivas respecto de su propia vida. Si ese es el caso, ¿hay diferentes criterios de autonomía?, ¿cuáles son sus alcances y cuáles son sus límites?

Autonomía: criterio de evidencia y criterio de integridad

Asociándolos a la distinción entre intereses de experiencia e intereses críticos respectivamente, R. Dworkin distingue la autonomía fundada en el criterio de evidencia de la autonomía fundada en el criterio de integridad. El criterio fundado en la evidencia afirma que deberíamos respetar las decisiones que toman las personas para sí mismas -aún cuando consideremos que estas decisiones son imprudentes-, porque generalmente cada persona conoce lo más satisfactorio para sus intereses mejor que ninguna otra. Sin embargo, no es un criterio concluyente, pues a menudo las personas toman decisiones que van en contra de sus propios intereses, o ejercen prácticas autodestructivas -por ejemplo, un fumador o bebedor empedernido-.

En cambio, el criterio fundado en la integridad sostiene que el valor de la autonomía deriva de la capacidad que protege para expresar el carácter personal de toda vida, aludiendo a los compromisos, convicciones e intereses fundamentalmente críticos, pero también de experiencia. Dicho valor permite orientar nuestras vidas según nuestras creencias más personales y de acuerdo con una concepción total de nuestras vidas, con el fin de que nuestras decisiones colaboren con el propósito general, preservando cierta coherencia entre sí. Esta concepción implica, como es de esperar, que deben respetarse las decisiones autónomas, aun cuando no parezcan ser las más apropiadas para los mejores intereses de una persona.

R. Dworkin advierte, en consecuencia, que debemos reconocer el derecho general a la autonomía, absteniéndonos de interferir en la vida de otras personas. No obstante, pareciera que el criterio fundado en la integridad no puede ser extendido al caso de los individuos con capacidades severamente disminuidas, porque dichos individuos perdieron completamente la capacidad de raciocinio y no se puede confiar en que estén pensando en sus mejores intereses al tomar una decisión.

Dimensiones biográficas

Mientras que los intereses de experiencia se asocian a una dimensión sincrónica, en cambio, los intereses críticos se asocian a una dimensión diacrónica de la existencia. Si atendemos a las dimensiones vitales mencionadas, la sincrónica y la diacrónica, se descubren dos puntos de vista contrapuestos, pues en uno deberían prevalecer los derechos e intereses presentes, y en otro los defendidos

en el transcurso de una vida. En otros términos, adoptada una visión sincrónica, deberíamos comportarnos en concordancia con su condición actual, la de un individuo demente. En contraste, si deliberamos partiendo de una visión diacrónica, deberíamos tomar en consideración el hecho de que la persona se ha convertido en un individuo demente, privilegiando el transcurso de su vida como una totalidad.

Siguiendo la distinción dada, ante una Margo enferma, con sus capacidades completa e irreversiblemente disminuidas, debemos interrogarnos acerca de qué clase de deseos o intereses deben ser respetados, los contemporáneos o los precedentes. El problema se suscita toda vez que estimamos que Margo no siempre fue demente y, mientras fue capaz, ejerció su derecho a la autonomía. Dada esta diferencia existencial, ¿debemos tener en cuenta sus deseos o intereses contemporáneos, o más bien los precedentes? Una vez más, la respuesta depende del fundamento de la autonomía que defendamos.

Según el criterio de la evidencia, deberían prevalecer sus deseos o intereses contemporáneos. Según el criterio de integridad, se debería privilegiar sus deseos o intereses precedentes.

Respeto a la autonomía precedente y derecho a la dignidad

Dworkin defiende la continuidad personal entre la persona competente y el paciente demente y, consecuentemente, privilegia la autonomía precedente por sobre cualquier otro derecho actual.

Un continuador de la tesis dworkiana sostiene que "(...) el negar la autonomía precedente puede provocar daños significativos. Estos pueden dividirse en tres categorías: daños a otros individuos más allá del paciente, daños al paciente demente que posee cierta auto-conciencia (awareness), y daños al paciente que no posee ningún tipo de auto-conciencia" (5). Parecería ser que los pacientes que no poseen ningún tipo de auto-conciencia no pueden ser dañados, excepto por malestares físicos. Sin embargo, puede alegarse que la autonomía de una persona puede violarse aún si esta persona no experimenta dicha violación (4).

Al afirmarse un *continuum* vital y existencial, el derecho que tiene una persona a que se la trate con dignidad es el derecho a que otros reconozcan sus intereses críticos. Así pues, aun cuando se confronten a sentimientos tales como la compasión, dichos sentimientos, para ser valederos, deberán referirse a la persona total que el paciente fue, privilegiando los intereses críticos que rigieron su proyecto de vida antes de su enfermedad. En este marco conceptual, el respeto a la dignidad pareciera ser un valor no desplazable.

Las directivas anticipadas en tela de juicio

No obstante, en un marco teórico dispar, aun cuando se reconozca la relevancia de los intereses críticos, se suele objetar el valor mismo de las directivas anticipadas. En términos generales, se alega que la exigencia de que las personas tomen decisiones de acuerdo con una narrativa

coherente es un *desideratum* que no se ajusta a la realidad. En particular, se objeta que la existencia de insuficiencias cognitivas invalidan o, cuanto menos, relativizan, el valor de las directivas. En efecto, una de las objeciones a las directivas anticipadas alega que estas carecen de la fuerza moral propia de las elecciones actuales desde el momento que son ejecutadas como hipótesis futuras cuyo valor es meramente conjetural. “*Algunas de las insuficiencias de las directivas anticipadas (...) se basan en (...) el hecho de que las directivas anticipadas son ejecutadas como hipótesis futuras, lo que las priva de la completa fuerza moral que poseen las directivas contemporáneas*” (4).

En segundo lugar, se argumenta que para poder decidir acerca de su futuro, la persona competente debería tener la información relevante de las características de la enfermedad, de su condición progresiva, etc. Rebecca Dresser sostiene que, en el caso de Margo y otros similares “*(...) querríamos idear procedimientos para asegurarnos de que las personas que dejen dichas directivas sean competentes, que sus acciones sean voluntarias, y sus decisiones informadas. En otros contextos médicos, creemos que la comprensión adecuada de una persona de la información relevante para tomar decisiones relativas al tratamiento es un prerrequisito para el ejercicio de la verdadera autodeterminación. Deberíamos tomar el mismo punto de vista sobre la planificación anticipada de Margo*” (1).

En tercer lugar, un supuesto básico indiscutible es que las personas deben exhibir una comprensión razonable de las decisiones que están tomando y, en la mayoría de los casos de directivas anticipadas, esto no suele darse. “*Más aun, la rígida adhesión al planeamiento anticipado que Dworkin asegura que existe, no deja lugar a los cambios que nos llevarían a desviarnos de nuestras decisiones anteriores. Todos nosotros estamos familiarizados con decisiones que debemos luego reconocer como no correspondientes con nuestras situaciones subsiguientes. Tal como concede Dworkin, la gente puede estar equivocada acerca de sus intereses de experiencia futuros como individuos incompetentes*” (1). Incluso puede pensarse que un accidente o enfermedad con riesgo de vida puede hacer cambiar de opinión a la persona competente y revertir su escala de valores.

En cuarto lugar, se alega que se ignora si pueden aparecer novedosas alternativas terapéuticas, en cuyo caso “*cambios no previstos, como nuevos tratamientos médicos, pueden alterar sustancialmente los intereses de la persona*” (4).

En quinto lugar, estas insuficiencias cognitivas generan la idea de que no cumplir con una directiva anticipada proveniente de la autonomía precedente, no constituiría una trasgresión tan relevante al principio de autonomía como lo sería rechazar una elección actual. Por cierto, la decisión anticipada de no recibir tratamiento provocaría menos reacciones de apoyo por parte de las personas cercanas al paciente que las que generaría una elección contemporánea, pues de hecho el ejercicio de la autonomía precedente no es tan obligatorio como lo sería el ejercicio de la autonomía contemporánea (4).

En sexto lugar, se suele alegar que el acatamiento total a las directivas anticipadas implica cierta forma de discriminación porque no deja margen para los cambios en las decisiones que sí respetamos en las personas competentes. “*Una política de adherencia absoluta para directivas*

anticipadas significa que negamos a personas como Margo la libertad que nosotros disfrutamos como gente competente de cambiar nuestras decisiones que entran en conflicto con nuestros intereses de experiencia subsiguientes” (4).

Por último, y en defensa del valor de la beneficencia, que un tercero cumpla las directivas anticipadas cuando la persona afectada parece llevar en el presente una vida satisfactoria, no colabora con que la vida del paciente sea mejor.

Por cierto, el valor de la beneficencia parece esencial cuando se trata de tomar decisiones en el caso de pacientes que no han dejado directivas anticipadas. Razones emparentadas con la beneficencia, distantes de las evaluaciones cognitivas, conducen a objeciones de diferente orden, esta vez dirigidas al valor mismo del modelo *dworkiano* fundado en intereses.

El modelo de intereses en tela de juicio

Ante la ausencia de directivas anticipadas y amparados en una defensa de la obligación de beneficencia y del paternalismo moral, se suelen proponer objeciones al modelo *dworkiano* fundado en los intereses. En particular, se alega que el modelo de intereses presenta un serio problema: en ausencia de directivas anticipadas, de acuerdo con Dworkin, deberían preferirse los intereses críticos por sobre los de experiencia. Pero de adoptar esta postura, Margo, quien es ahora feliz (disfruta de placeres y satisfacciones y no sufre dolor), podría entonces no ser atendida médicamente, si la omisión de tratamiento fuera la respuesta coherente con los intereses críticos que ella parecía sostener cuando gozaba de un uso pleno de sus facultades. Esta preferencia, arguyen los críticos de Dworkin, da lugar a objeciones atendibles, en especial la que sostiene que la compasión invalida la fuerza de la autonomía precedente, en palabras de S. Kadish, “*(...) dicha fuerza moral tal como la posee la autonomía precedente es moralmente desplazada por consideraciones de compasión humana*” (4).

Si negamos un tratamiento de sostén vital al paciente como Margo, el daño presente es palpable ya que terminamos con una vida de experiencias limitadas pero felices. Se alega, en particular, que la fuerza del tradicional respeto hacia la vida -fundado en este caso, en una vida sin sufrimientos que satisfice cierta calidad mínima que la vuelve digna de ser vivida- no es un imperativo gratuito, sino que se funda en nuestras intuiciones más básicas. Asimismo, el sentimiento de compasión se asocia a la protección del otro, imperativo moral que debería persistir más allá de las disfunciones cognitivas presentes en la persona merecedora de nuestra consideración moral.

Conclusiones

El tratamiento de pacientes con enfermedades mentales degenerativas plantea un abanico de valores difícilmente compatibles, de los cuales examinamos la autonomía y la compasión. Dichos valores en juego, en un principio, giraron en torno del interrogante ¿debemos considerar la identidad total?, ¿o considerar al enfer-

mo como una persona cuya identidad se fracturó en un antes y un después? Asociada a la identidad personal, la primera de estas alternativas depositaba la carga de la prueba en el derecho a que se respete la autonomía de la persona más allá de los cambios vitales que transformaron radicalmente su vida. La segunda, por el contrario, se fundaba en valores tales como la compasión y la protección del otro. Dilemáticamente, la elección de un valor implicaba desplazar el conjunto de los demás.

Y por cierto, formulada en estos términos, la disyuntiva es difícilmente superable. No obstante, es posible todavía tomar en cuenta un factor de peso que, aunque mencionado reiteradamente, resulta inestimable en el momento de evaluar nuestra conducta en el escenario descripto: cuando se ha de decidir en torno de la propia situación personal futura, se adolece necesariamente de incertidumbre epistémica. En particular, tal como se anticipó, nadie sabe a ciencia cierta en qué condiciones vamos a vivir un determinado segmento vital. Aun cuando tengamos en claro a qué valores otorgamos precedencia, aun cuando no dudemos de que nos negamos a vivir en ciertas condiciones, no podemos saber si, cuándo, y de qué manera experimentaremos dichos momentos.

Si nos apropiamos de la conjetura del joven residente, Margo dejó directivas anticipadas donde pedía no ser tratada. Pero la enfermedad de Margo es un proceso que, si bien puede ser estadísticamente descripto, está sometido a la particularidad de los casos: la propia Margo pudo

no haber imaginado su situación presente. Brindarle un tratamiento para que Margo continúe con vida no equivale a pasar por alto definitivamente la petición de Margo. Pues omitir una acción en el presente puede significar postergar la acción para un futuro. Un futuro en que la enfermedad, una vez avanzada, indique que llegó el momento de respetar la decisión original de Margo.

En lo que concierne a las miles, millones de Margos que padecerán de Alzheimer, la historia es aleccionadora: se trata de alentar a que junto con la incorporación de esta incipiente práctica de las directivas anticipadas, se promueva el conocimiento y la consecuente reflexión personal, crítica, de los diferentes momentos de una enfermedad, de manera tal que las directivas expresen -escalonadamente- los estadios del proceso degenerativo y la condición probable a ellos asociada.

Si la narrativa de vida se funda en una biografía que se va construyendo a lo largo de la historia vital, autonomía y compasión, al fin de cuentas, no tienen por qué ser definitivamente irreconciliables.

Nota: Este trabajo fue previamente publicado en *Lenguaje, significado y psicología*, Zuraya Monroy Nasr / Adrián Medina Liberty, (coord.), México, Facultad de Psicología- UNAM, 2007. ISBN 970-32-4272-3, 236 págs., págs. 55-64 ■

Referencias bibliográficas

1. Dresser R. Dworkin on dementia. Elegant theory, questionable policy. *Hastings Cent Rep* 1995 Nov-Dec; 25 (6): 32-8.
2. Dworkin R. El dominio de la vida. Barcelona: Ariel; 1998.
3. Firlík AD. A piece of my mind. Margo's logo. *JAMA* 1991 Jan 9; 265 (2): 201.
4. Kadish SH. Letting patients die: legal and moral reflections. *Calif Law Rev* 1992 Jul; 80 (4): 857-88.
5. Newton MJ. Precedent autonomy: life-sustaining intervention and a demented patient. *Camb Q Healthc Ethics* 1999 Spring; 8 (2): 189-99.

Deterioro cognitivo: la identidad de los olvidados

Hugo Pisa

Médico Psiquiatra, Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA).

Daniel Matusevich

Médico Psiquiatra, Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA).

*Una canción
Como el que un día
leyendo el diario
se sorprende
en la sección Extraviados
y quién soy
y dónde estoy se pregunta.
Como el que ve esa foto
de su rostro
allí
y reconoce su rostro
pero no se identifica
y quién soy
y dónde estoy se pregunta.
Como el que lee
sus datos de identidad
allí
debajo de la foto
de su rostro
y se identifica
pero no se reconoce
y quién soy
y dónde estoy se pregunta.
Como el que intenta
hacer memoria
y toca su cuerpo y se dice
soy este, estoy aquí
y comienza a buscarse
y no se encuentra
como ese
como ese
y quién soy
y dónde estoy se pregunta.*

Leónidas Lamborghini, El rruiseñor.
(Editores Argentinos hnos)

Resumen

El trabajo propone un recorrido sobre lo que sucede con la identidad de una persona a medida que progresa un deterioro cognitivo. Se articularán aspectos socio-históricos y culturales a los neuro-psiquiátricos con el objetivo de aportar elementos que permitan comprender los nuevos modos de estar. Por último, se planteará una propuesta denominada “desafíos cognitivos asociados a la edad”.

Palabras claves: Identidad - Demencia - Deterioro cognitivo - Desafíos cognitivos asociados a la edad.

COGNITIVE IMPAIRMENT: THE IDENTITY OF THE FORGOTTEN

Summary

The aim of this paper is describe what goes on with the identity of a person as his cognitive impairment progresses. Sociohistorical, cultural and neuropsychiatric aspects will be articulated for the purpose of contributing to understanding new ways of being with cognitive impairment. A propose called “age associated cognitive challenges” will be present.

Key words: Identity - Dementia - Cognitive impairment - Age associated cognitive challenges.

Introducción

Nos proponemos realizar un recorrido que indague qué sucede con la identidad de una persona a medida que se desarrolla en ella un proceso de deterioro cognitivo (con sus múltiples aristas). ¿Por qué consideramos importante esta cuestión? En primer lugar, los trastornos cognitivos son un problema creciente. Entre 1990 y el 2020 la población mayor de 60 años se incrementará en un 200% en los países en vía desarrollo, en comparación con el 68% que se producirá en los desarrollados. En particular, la demencia se duplicará cada 20 años hasta alcanzar el número de 81.1 millones de personas afectadas en el 2040. La mayoría de las personas dementes residen en países en vías de desarrollo. En el 2001 la proporción era del 60% y se estima que para el 2040 alcanzará el 71% (30). Este cambio demográfico dado por el envejecimiento progresivo de la población, sumado a que la edad constituye uno de los principales factores de riesgo de demencia, repercutirá en la organización social y en la vida familiar. Podemos afirmar que enfrentamos un desafío capaz de constituir un nuevo orden social que plantea una amenaza sin precedentes a la calidad de vida de nuestra sociedad. Lo advierten los autores de *Una vida extra: "Acabamos de recibir un regalo fabuloso. De quince a veinte años más (de vida), que debemos a los recientes progresos de la medicina y de la ciencia. Mejor aún: podemos consumir este suplemento de existencia en plena forma, como una segunda adolescencia, entre los 60 y los 75 años. Es una buena noticia para el individuo, pero una catástrofe para la colectividad: la bomba longevidad puede provocar una crisis social y económica sin precedentes"* (3).

En segundo lugar debemos considerar el prejuicio que acompaña a los diferentes modelos de envejecimiento y que iguala vejez con enfermedad. En el caso que nos ocupa, cuando el olvidar deja de formar parte del envejecimiento y pasa a ser síntoma de un proceso de deterioro cognitivo. Hacemos referencia entonces, a una novedosa modalidad de *viejismo* aplicada a aquellos que comienzan a no poder recordar; de esta forma se desarrolla una conducta social compleja y abarcativa, con dimensiones históricas, culturales, sociales, psicológicas e ideológicas, que son utilizadas para desvalorizar y discriminar a la personas en función de su edad (35).

En tercer lugar, hay que analizar dónde se ubica al anciano en el momento histórico actual. Teniendo en cuenta que nuestro tiempo (hipermoderno) se caracteriza por realizar ofrendas frente al altar de lo efímero. Es un tiempo en el cual lo absoluto se debilitó y los valores culturales que moldearon nuestra sociedad se transformaron. El anciano, por ejemplo, que antes era identificado con la autoridad, con la sabiduría, hoy se encuentra desprestigiado. La transmisión oral ha cedido su lugar a la transmisión virtual, destituyendo de su pedestal a aquel que era el reservorio de las historias y de los relatos. Existe en la actualidad una conciencia sobre lo trágico que puede ser para una persona tener un trastorno de la memoria: que evolucione a demencia. Entonces cuesta aceptar el paso del tiempo. Se tiene vergüenza de la vejez. "(...) Hoy ya no se tiene la edad de las arterias, se

tiene la edad de la jubilación. Nuestra sociedad solo desea ver lo que le conviene. Es natural que infunda miedo la cuarta edad, la verdadera vejez, y que tendamos a esconderla" (3). En este contexto, ¿quién desea envejecer dignamente en una cultura así, o sufrir alguna de las opciones indignas, como la vida asistida, la incontinencia y la demencia senil?, se pregunta Gazzaniga (8). Parecería que vejez y olvido constituyen la peor combinación, frente a la cual no existe escapatoria.

En cuarto lugar, por la relación que existe entre lo anterior y la pérdida de la memoria. Stephen Post (29) recogió el guante y planteó una aguda crítica a los tiempos actuales, sosteniendo que vivimos en una cultura *hipercognitiva*. Plantea que si el valor máximo está dado por la hipercognición, nada causa más temor que la enfermedad de Alzheimer. Esta viola el espíritu de la época, en la que predomina el auto-control, la independencia, la productividad económica y la capacidad cognitiva como elementos que configuran la imagen del hombre de la postmodernidad tardía. En este contexto la persona con demencia deja de satisfacer las expectativas sociales y, en consecuencia, es estigmatizada. En palabras de Goffman, a partir de este atributo: el deterioro cognitivo, el individuo que lo posee es reducido, desde una persona completa y normal, a una cuestionada, disminuida (10).

Por último, el estigma es un obstáculo poderoso, casi infranqueable a la hora de imaginar políticas sociales o de salud para acompañar a las personas con deterioro cognitivo. ¿Desde qué lugar diseñaremos las estrategias si estamos absolutamente imbuidos por los vientos de época *viejistas*?

Articularemos una serie de aspectos que consideramos fundamentales para comprender el lugar del trastorno cognitivo y su relación con el ser en el momento actual: historia, identidad, deterioro cognitivo, cultura hipercognitiva y estigma, configuran un entramado complejo que trataremos de ir develando con el objeto de aportar elementos que iluminen los nuevos modos de estar en el mundo, para evitar condenar a aquellos que olvidan al más absoluto de los olvidos. En ese sentido plantearemos en la última sección una propuesta de trabajo que denominamos desafíos cognitivos asociados a la edad.

De la demencia al deterioro cognitivo

"¿Cómo se han distinguido la salud y la enfermedad en distintas épocas y en el marco de distintos paradigmas culturales? Hay cuadros clínicos que surgen en un período temporal definido y que, a pesar de manifestar datos biológicos objetivos, despiertan la sospecha de ser, también, un artefacto cultural. La peste, la sífilis, la tuberculosis, la histeria, el cáncer, el SIDA, la depresión, los trastornos de la memoria y las demencias: todos provocaron y siguen provocando incontables investigaciones científicas, pero se los puede entender, a la vez, como expresión de los 'grandes estados anímicos' de una sociedad" (27). Esta aguda reflexión de Olbrich y Bongers hace las veces de prólogo para intentar articular en pie de igualdad a los hechos históricos, biológicos, psicológicos, culturales y sociales que inevitablemente

interactúan e influyen unos con otros en la construcción de diversas enfermedades. Teniendo en cuenta esto, focalizaremos nuestro análisis en la demencia de tipo Alzheimer. Martínez Lage y Martínez Lage Álvarez distinguen tres periodos cronológicos en la historia conceptual de la enfermedad (17, 18).

Etapa Clásica: (1907-1920) En la cual el genio y el ingenio de Alzheimer, Perusini y Bonfiglio ubicaron a la enfermedad dentro de un marco científico. Fueron tiempos en los cuales el hecho biológico marcó la pauta y poco había para agregar. En sus trabajos de 1906 y 1907 describe a Auguste D., una mujer de 51 años de Frankfurt, que exhibía un deterioro cognitivo progresivo, alucinaciones, delirios e incompetencia psicosocial (21). En la octava edición de su Tratado de Psiquiatría, Emil Kraepelin reorganiza completamente el capítulo dedicado a la demencia senil y es ahí donde se menciona por primera vez a la Enfermedad de Alzheimer. Los investigadores históricos han sugerido diversas hipótesis acerca del motivo que llevo a Kraepelin a elegir el nombre de Alzheimer por sobre el de los colegas italianos que realizaron sus observaciones al mismo tiempo; algunos sostienen que fue por la rivalidad con Pick; otros manifiestan que lo que predominó fue el deseo de revelar superioridad sobre las escuelas psicoanalíticas mostrando un hallazgo orgánico inequívoco; por último, una mayoría se inclina por el vínculo de colaboración cercana que existía entre los dos científicos (12).

Etapa intermedia: (1920-1950) En la cual no se registraron cambios sustanciales en el conocimiento de la enfermedad. Sin embargo existieron algunos aportes que fueron soslayados por la bibliografía oficial de la enfermedad: en el año 1936 David Rothschild escribió en los Archivos de Neurología que los factores personales desempeñaban cierto papel en la génesis de las psicosis seniles, promoviendo un modelo, que él llamó psicodinámico, en la comprensión de la enfermedad. Por primera vez se registra la irrupción del hecho psicológico que, tenuemente, comienza a relacionarse con el hecho biológico. El motivo por el cual la contribución de Rothschild pasó (y aún pasa) inadvertida, deberíamos buscarla, tal vez, en el poder del modelo biológico que ha monopolizado casi todo el campo de investigación en detrimento de otras concepciones u otras miradas sobre la enfermedad. En los últimos diez años se han comenzado a escuchar otras voces (Post, Whitehouse, Kitwood, George, Ballenger) que relatan otras historias. Este trabajo intenta reflejar y continuar esos pensamientos.

Etapa moderna: (1960-actualidad) (19) En la cual se registra un interés explosivo y un progreso incesante a la luz de increíbles avances tecnológicos y sorprendentes cambios en los paradigmas de la Medicina y las Ciencias Sociales. Los trabajos de Roth, Blessed y Tomlinson fueron los que abrieron caminos y marcaron la pauta. En 1976, a partir del editorial publicado por Katzman en el cual denomina al Mal de Alzheimer "*A major Killer*", esta enfermedad se transforma en un foco de máxima atención. En el mismo año se crea en Estados Unidos el Instituto del Envejecimiento (*National Institute of Aging*). Este, desde sus bases fundacionales, se opuso a las con-

ductas viejistas que definían ampliamente a la sociedad americana de esos tiempos. Es obligatorio mencionar a las campañas que se llevaron adelante para eliminar a la palabra senilidad del vocabulario médico y por tratar de modificar la percepción social de la vejez y sus múltiples matices, hechos que alcanzan su máxima expresión con la declaración de Fox en el ya lejano 1989, "*El envejecimiento no es ninguna enfermedad*". Arguyó que las manifestaciones del envejecimiento eran diferentes a la de las enfermedades crónicas frecuentes en los viejos. Ubicó al Alzheimer por fuera del patrón de envejecimiento normal (7). Unos años antes, John Mitchell acuña su famosa frase que lo acerca a la posteridad del tema que nos convoca: "*El nombre del juego es Alzheimer, no senilidad*". En este análisis debemos tener en cuenta que todos los protagonistas de esta historia son hijos de la época que les toco vivir, condicionados y limitados por el horizonte epistemológico de su tiempo, caracterizado por las pautas culturales, la dimensión ética, los avances tecnológicos y la matriz disciplinar.

Cerca de 1978 las organizaciones comunitarias comenzaron su larga marcha, que continúa en la actualidad, a través de múltiples grupos de personas que se asocian y se estructuran con el objeto de enfrentar las consecuencias de padecer alguna de estas enfermedades en una sociedad hipercognitiva. Patrick Fox propone en su trabajo clave acerca de la creación de la Asociación de Alzheimer en América dos momentos centrales en lo que él llama la "*emergencia de una cultura pública*" en torno a la enfermedad: 1985, año en el que la princesa Yasmin Aga Kahn, hija de Rita Hayworth, diagnosticada con la enfermedad, comienza su lucha para ser escuchada por los congresistas americanos. Y 1995, año en el que Ronald Reagan "sale del closet" y la opinión pública se entera de que el ex presidente padecía el Mal de Alzheimer.

Hasta aquí algunos pincelazos de la historia escrita, con el objeto de ir calibrando como se interconectan la demencia y la vejez en la construcción y deconstrucción de una identidad posible; en nuestro recorrido queremos señalar en la agenda un contenido que desarrollaremos en trabajos anteriores (20) y sobre el cual profundizaremos en este: la cuestión del deterioro cognitivo y los olvidos. Este tema es central en nuestra formulación y lo retomaremos más adelante, aquí solamente plantearemos algunas hipótesis de trabajo.

Desde que el mundo es mundo las personas necesitan olvidar para poder construir una vida, una existencia. Los viejos, en función del proceso de envejecimiento cognitivo, son quienes más olvidan; la literatura y la narrativa nos aportan abundantes elementos para poder comprender y situar este verbo en el entramado existencial.

Pero, ¿qué pasa con los olvidos en tiempos hipercognitivos? Planteamos que los olvidos toman por asalto al espíritu de nuestra época debido a que desafían a la independencia, al individualismo, a la productividad económica y a la hiperactividad. Es entonces que aparece la exclusión como forma de negar aquello que no tiene solución y que interpela de manera angustiosa. La exclusión representada por las instituciones totales, por

la pérdida de la identidad o por las trampas de la biomedicina, que prioriza la clasificación a la comprensión.

A partir del año 2001, año en el que Petersen publicó su trabajo seminal, la fenomenología del olvido da paso a la semiología del deterioro cognitivo. De esta forma, el Deterioro Cognitivo Leve (DCL) se convirtió en la vía regia de acceso a la Enfermedad de Alzheimer (EA). Incluso, algunos médicos del grupo de la clínica Mayo hablan ya del Pre Deterioro Cognitivo Leve, quizás como una manera de legalizar la existencia del deterioro cognitivo leve propiamente dicho.

Entonces la EA y el DCL se instalan cómodamente en la cultura occidental como significantes que estigmatizan y aterrorizan al mismo tiempo más allá de las dificultades insuperables (al menos hasta ahora), para poder generar consensos acerca del significado de estos nombres entre los diferentes grupos de profesionales. Las personas reciben el nombre de EA o de DCL cuando el médico realiza el diagnóstico clínico, no a través de algún tipo de test biológico. Igual que en los tiempos de Alois Alzheimer. A su vez, la única variable que parece correlacionarse con el aumento de casos de EA es la edad.

En la actualidad, el conocimiento sobre las demencias, así como el miedo que éstas producen, tal vez sea lo que promueva por un lado, una nueva conceptualización sobre la vejez y el envejecimiento; y por otro, sea lo que contribuya a mantener la dicotomía entre lo que es lo normal y lo patológico al envejecer. Veamos lo que ocurre con el "olvido". Sin duda un "síntoma" complejo que une a lo que podríamos llamar la normalidad y la patología. El paciente consulta por olvidos, el profesional lo estudia por ese motivo. A los dos los une el miedo a la enfermedad (volveremos sobre esto más adelante). En este sentido, nuestro objetivo es profundizar el tema desde otras miradas. Nos preguntamos: ¿nos detuvimos a pensar, aunque sea un instante, por qué y para qué luchamos tanto en contra del olvido? Proponemos correrlos de la enfermedad y repasar algunos aspectos de la memoria y el olvido en general, para luego volver a ese punto. Esther Díaz (4) cita el relato Funes el memorioso de Jorge Luis Borges y escribe: *"Un catálogo de todas las imágenes que nos suscita el mundo es insensato, pero revela cierta balbuceante grandeza. El personaje de este cuento habita en un universo sin conceptos universales".* Agrega: *"... particulariza todos y cada uno de los instantes. Es incapaz de ideas generales. Esto tiene un precio alto: el aislamiento".*

Con cierta animosidad futurista nos planteamos si en el fondo, con la medicación, no estaremos pretendiendo algo por el estilo: personas que recuerden toda su vida, incluyendo todos los detalles. Según Díaz, el olvido es una capacidad humana al servicio de la vitalidad. Es decir, si recordamos todo el tiempo todo, ese exceso de memoria nos inmovilizaría. El olvido trabaja para que en nuestra memoria quede solo lo asimilado, de esta manera nos posibilita que la vida continúe. Necesitamos al olvido para vivir, para encontrarnos con lo nuevo.

Envejecemos. En ese momento, de la misma manera que aparecen las arrugas y el pelo canoso, hacen su aparición otro tipo de olvidos. Estos son molestos. Obstaculizan, en algunos casos, el normal desenvolvimiento

de la persona. Fechas importantes y nombres de conocidos son los olvidos que más se destacan. ¿No son vitales también? Creemos que en un punto sí: muestran que esa persona ha vivido mucho y como con los otros cambios, también deberá convivir con estas arrugas cognitivas.

Lo que sigue es la enfermedad de la memoria y el olvido: la demencia de tipo Alzheimer. Aquí el olvido es absoluto. Esto, dice Esther Díaz, es un obstáculo para seguir viviendo. Si el olvido y la memoria son hegemónicos, asfixian el presente. ¿Es absoluto el olvido?; ¿guarda vitalidad como en los otros casos?; ¿qué papel juega la medicación?

Tal vez el desafío que nos toca como profesionales frente al olvido de la enfermedad, sea darle desde nuestro lugar un sentido, del mismo modo que en las otras instancias y circunstancias de la vida. Porque en definitiva, como dice Mario Benedetti, el olvido está lleno de memoria (2).

Estigma y deterioro cognitivo

El Diccionario de la Real Academia Española define así al estigma: 1. Marca o señal en el cuerpo; 2. Desdoro, afrenta, mala fama; 3. Huella impresa sobrenaturalmente en el cuerpo de algunos santos extáticos, como símbolo de la participación de sus almas en la Pasión de Cristo; 4. Marca impuesta con hierro candente, bien como pena infamante, bien como signo de esclavitud; 5. Cuerpo glanduloso, colocado en la parte superior del pistilo y que recibe el polen en el acto de la fecundación de las plantas; 6. Lesión orgánica o trastorno funcional que indica enfermedad constitucional y hereditaria; 7. Cada uno de los pequeños orificios que tiene el tegumento de los insectos, arácnidos y miriápodos, por los que penetra el aire en su aparato respiratorio, que es traqueal.

Podemos decir, hasta aquí, dos cosas: en primer lugar, que el estigma es complejo y multifacético; en segundo, que las categorías estigmatizadas, varían según el contexto cultural e histórico. Ante esta situación, procuraremos elaborar un concepto que resulte de ayuda para la tarea que nos proponemos.

Estigma, de Erving Goffman (1963) (10), es un texto de referencia obligada para aquel que quiera estudiar el tema. Este autor fue el pionero en el estudio sociológico del estigma; lo define como un atributo profundamente desacreditador dentro de una interacción social particular. El origen de la palabra, dice, proviene de los griegos. Ellos crearon el término estigma, para referirse a signos corporales, destinados a mostrar algo inusual y malo, sobre el estado moral del portador. Los signos eran grabados o marcados a fuego en el cuerpo, e informaban que el portador era un esclavo, un malhechor o un traidor; una persona mancillada, ritualmente impura, a la cual había que evitar, especialmente en los lugares públicos.

La definición de Goffman distingue entre tres tipos de estigmas negativos, relacionados con *"abominación del cuerpo, imperfección de carácter individual y miembros de un grupo social menospreciado"*. Lo que los une es una identidad deteriorada. Sin embargo, el problema real no es la "abominación", la "mancilla" o la "membrecía". El

estigma, según este autor, no tiene que ver con los atributos sino con las relaciones. *“Un atributo ni es digno de crédito, ni no lo es, como una cosa en sí misma”*. Agrega, *“un estigma se forma a partir de un tipo especial de relación entre el atributo y el estereotipo”*.

Las personas estigmatizadas aprenden a manejar esta situación, cultivando categorías de “el otro simpatizante”, en cuya presencia pueden estar seguros de ser aceptados. Goffman los llama “*los propios*” y “*los sabios*”. Los “*propios*” son aquellos que comparten el estigma, entre quienes el estigma en sí puede significar una ventaja. En este grupo, la persona es libre de hablar abiertamente y, por lo tanto, puede desarrollar su propia “historia”. Por otro lado se encuentran “*los sabios*”, son las personas que llamó “*normales*”. Éstos pueden ser amigos, familiares, o los profesionales que se encuentran implicados con el grupo estigmatizado.

El deterioro cognitivo se convirtió en atributo estigmatizante al tomar a la memoria y a la actividad como dos de los bienes más preciados de esta época, al punto que desde la publicidad de un reconocido inhibidor de la acetilcolinesterasa nos sugieren: *“Preserve la memoria y el legado de su paciente”*. En el contexto de un estereotipo hipercognitivo, memoria y legado son significantes equivalentes que nos conducen a la arriesgada conclusión de que aquel que pierde su memoria nada podrá legar a las generaciones por venir. Esta línea asociativa claramente culpabiliza a la víctima ya que el viejo deberá lidiar no solo con sus olvidos, sino también con la responsabilidad de que su testamento a los que lo seguirán será inevitablemente incompleto.

Aquellos con deterioro cognitivo no presentan “una marca” que los haga evidentes. Siguiendo a nuestro autor en estos casos la cuestión radica en cómo es manejada la información: decir o no decir, permitir o no permitir, mentir o no mentir; en cada caso, a quién, cómo, cuándo y dónde. No es igual envejecer con olvidos (senilidad según Whitehouse) que dementizarse, el pasaje de un modelo a otro implicó un cambio tanto médico como sociológico, gradualmente la declinación de la memoria y el déficit en otras capacidades cognitivas como el lenguaje, el juicio y las actividades de la vida diaria fueron identificadas como síntomas de una enfermedad más y no como los acompañantes esperados y esperables del proceso de envejecimiento.

¿Cómo sería ese manejo en el caso de alguien con alteraciones cognitivas?, en ese caso, ¿cuál sería el rol de los “normales”? Lo que aparece, en general, es el ocultamiento de la enfermedad por parte del enfermo y/o del enfermo por parte de los familiares, con el consecuente aislamiento lo que, a su vez, profundiza el estigma e incrementa el sufrimiento. Otras estrategias frecuentes de ver son: la negación del problema, la normalización del mismo y la evitación de aquellas situaciones pasibles de poner en evidencia el estado de la persona. La pregunta que surge entonces es cómo cuidar sin estigmatizar, cómo acompañar la reestructuración de la identidad del que olvida otorgando libertad, cómo medicar sin medicalizar, cómo institucionalizar sin aislar.

Las relaciones de pareja, de amistad, materno-filia-

les, generan expectativas, crean vínculos que consolidan certidumbres y nos permiten construir sentimientos de continuidad, de protección y de seguridad (26). Desde esta perspectiva, nos identificamos a través de la mirada de los otros, de los grupos a los que pertenecemos. Esto no excluye a los que presentan un deterioro cognitivo: se identifican y sienten su identidad a partir de los grupos con los que se relacionan o a los cuales pertenecen, sobre todo su entorno familiar y social. Cuando el resultado del deterioro cognitivo implica aislamiento la persona va cambiando su identidad y su percepción de sí misma, los olvidos toman el control del sujeto.

Llegados a este punto, ¿qué pasa con la identidad?

Identidad y deterioro cognitivo: sociología, neurociencias y literatura

En este apartado les ofrecemos tres lecturas diferentes de la cuestión; en primer lugar terminamos de definir el mundo que nos propone Goffman en su teoría del estigma; luego, desde la moderna neurociencia, una mirada a cargo de Gazzaniga; para finalizar, un par de viñetas literarias a cargo de dos autores totalmente disímiles pero que confluyen en su interés por dar sentido a los olvidos, Franzen y Molloy.

Goffman explica la identidad de la persona como una construcción social que emerge de la interacción y necesita de sutiles estrategias para mantenerse (10). La identidad deteriorada a la que alude en *Estigma* se construye a partir del diagnóstico de deterioro cognitivo. La nueva reemplaza a la antigua. Es así que, tomando a la categoría médica como punto de partida, se explica y se resignifica lo que a la persona le sucede, lo que hace o lo que hará.

El ser en el mundo de la persona tiene y tendrá, a partir de ahora, un sentido y un origen: la enfermedad. Deja de ser identificada por su vida y pasa a ser considerada a partir del ser enfermo. Esto tiene una consecuencia: la deshumanización. A partir del diagnóstico, la persona actúa e incluso piensa a través de aquellos que cumplen la función de cuidarla. Son ellos los encargados de interpretar las acciones de la nueva identidad. Esta actitud se refuerza, a su vez, desde el discurso y la escucha profesional.

Trataremos de profundizar lo expuesto y buscar la raíz a partir de la cual se desprenden las conductas estigmatizantes que transforman la identidad de aquel que olvida. Dice Gazzaniga en *El cerebro ético*: *“(…) como sabe cualquiera que tenga algún ser querido aquejado de demencia senil -o de su manifestación más severa, el Alzheimer-, es doloroso presenciar la pérdida de las facultades mentales. (...) La persona que conocimos no solo se vuelve olvidadiza sino que parece perdida en otra época o en otro mundo, incapaz de llevar a cabo las actividades cotidianas necesarias. (...) Lo más doloroso es que el paciente que sufre este deterioro parece perder progresivamente la capacidad de reconocer a los demás y, en las fases más avanzadas de la enfermedad, también la conciencia de estar perdiendo otras capacidades”* (8).

Este autor encuentra que el miedo que produce el deterioro se correlaciona con el miedo que produce el

envejecimiento. Este es el miedo que encuentra un refugio ideal en el estigma. Lo impredecible de las conductas y comportamientos que vienen de la mano de la pérdida de las funciones cerebrales generan una necesidad de cuidado continuo. Estos son los atributos, en palabras de Goffman, que vuelven diferentes a las personas enfermas. Y diferencia es sinónimo de exclusión.

Que nos dicen las neurociencias: ¿Existe un momento en el que la persona pierde conciencia de su propia identidad? Michael Gazzaniga es terminante, dicho momento no existe. Y tal vez ese conocimiento no se logre nunca. Del mismo modo afirma que en la actualidad se sabe que el cerebro es el que sustenta, gestiona y genera el sentido de la identidad y de la personalidad, la percepción del otro y la esencia humana. ¿Qué sucede, entonces, con un cerebro enfermo?

Pasemos entonces a los aportes provenientes de la literatura. La escritora Silvia Molloy relata la historia de ML en su libro *Desarticulaciones* (23). El mal de Alzheimer avanza sobre ML., desalojando de su mente los recuerdos que configuraban una historia personal, un "yo". Reflexiona sobre los modos en que la mente elige empezar a olvidar, dejando intactas algunas habilidades para perder otras. La narradora visita casi diariamente a ML., con quien compartió una estrecha amistad y ahora padece mal de Alzheimer. A partir de esos encuentros y los fragmentos de memoria de ML. va construyendo un relato conmovedor sobre la desarticulación de una mente que progresivamente va borrando todo de una manera peculiar. Este libro constituye un intento, a través de la escritura, de "hacer durar una relación que continúa pese a la ruina de ML, que subsiste aunque apenas queden palabras". "¿Cómo dice yo el que no recuerda...?", se pregunta la narradora frente a esa mujer que le muestra la casa como si la visitara por primera vez o que es incapaz de decir que ha sufrido un mareo, pero puede traducir al inglés perfectamente un mensaje donde se dice que ella ha sufrido un mareo.

Nos preguntamos aquí, si esto no es una manera o un intento de preservar la identidad del otro, que no es lo que era, pero que sigue siendo a partir de ese otro que articula desde afuera, dotando de sentido a esos recuerdos que configuran a esa persona en ese momento, durante ese encuentro.

De manera similar, Jonathan Franzen, escribe sobre cómo desaparece la identidad de su padre a medida que progresa su enfermedad de Alzheimer, "(...) *Para cuando el corazón de mi padre se detuvo, hacía años que yo le lloraba. Y sin embargo, cuando pienso en su historia, me pregunto si las diversas clases de muerte pueden estar en realidad tan separadas, y si la memoria y la conciencia poseen tanta importancia, al fin y al cabo para la sede de la identidad. No paró de buscar significados en los dos años que siguieron a la pérdida de su supuesto 'yo', y no cesó de encontrarlos*" (6). Hace referencia a lo que él llama "episodios lúcidos". Estos son momentos en los cuales el enfermo abandona el "confinamiento mental". Aparecen actitudes o comentarios que demuestran que está mucho más conectado con su situación de lo que se pueda llegar a imaginar (20).

Cultura Hiper cognitiva. Mundo hiper cognitivo

Lo expuesto por Franzen y Molloy debe servirnos como punto de partida para pensar qué ocurre con la identidad de la persona mientras el cuerpo permanece y las facultades mentales se van apagando. Post plantea sin miramientos que pocas experiencias humanas requieran más coraje que vivir con la conciencia del diagnóstico y de la declinación progresiva e irreversible. Radden avanza aún más sobre esta idea, plantea que a medida que progresa la enfermedad, la personalidad se eclipsa. Entra en un cono de miedo: al mismo tiempo que se compromete la identidad se compromete la sensación de continuidad temporal entre pasado, presente y futuro (31).

En el año 1995 se publicó *The Moral Challenge of Alzheimer Disease* (28) (texto que, inexplicablemente, aún no fue traducido al castellano). Este libro plantea que los desafíos morales de la demencia son esencialmente dos: superar el estigma y pensar en profundidad los aspectos éticos de la enfermedad. Pone el acento en los aspectos progresivos de la misma y las decisiones que deben ser tomadas.

La coexistencia de los avances en el campo de las neurociencias y en el campo de la ética es compleja y muchas veces contradictoria. Ya dijimos que la transición entre olvido, deterioro y demencia no está exenta de polémicas y paradojas, no existe una sola forma de analizar la cuestión por lo que el paciente y su familia inevitablemente deberán posicionarse frente a un escenario incierto y cambiante.

Diagnostico precoz, precocísimo diríamos, a partir de imágenes y marcadores, diagnosticar aquello que no se puede tratar, decisiones llevadas adelante con los cuidadores, dejando de lado a aquel que está olvidando, drogas que según algunos retrasan la evolución de la enfermedad; y que según otros, casi, no producen ningún efecto y así podríamos seguir delineando una interfase donde es casi imposible manejarse con certezas. La pregunta que surge, de forma natural, es si el médico está preparado para operar en esta coyuntura, si esta éticamente capacitado para hacerlo.

La intervención biomédica convencional constituida casi exclusivamente por imágenes cerebrales y drogas, de ninguna manera está a la altura de las circunstancias. Por el contrario creemos que ese tipo de estrategias son totalmente funcionales a la política de la estigmatización, ya que contribuyen a mantener fijos una serie de roles que como vemos están en constante movimiento y cambio. Las llamadas por nosotros intervenciones biomédicas convencionales se producen en una cultura y en una sociedad hiper cognitiva.

En el año 2000 Sthephen Post acuñó el término hiper cognitivo (29) haciendo referencia a que los procesos de deterioro cognitivo están definitivamente condicionados por la cultura en la que se producen; en los tiempos actuales la cultura occidental privilegia a los procesos racionales e intelectuales por sobre los aspectos estéticos y relacionales. Es entonces que aquellos aquejados de algunas de las variantes posibles de olvidos quedan relegados de manera casi instantánea a los estratos más bajos

del entramado social debido a que se hallan totalmente imposibilitados de responder a la exigencia social con sus imperativos de actividad y comunicación perpetua. La demencia, teniendo en cuenta lo que vimos antes, vista como una enfermedad neuropsiquiátrica, colocaría al enfermo en el lugar de “no persona”, debido a que carece de las capacidades cognitivas necesarias para habitar el mundo. Algunos expertos en ética llegaron a plantear que los severamente deteriorados mantienen el *status* de seres humanos pero no son personas, debido a que carecen del *estatus* moral de aquellos cognitivamente intactos. La sociedad hipercognitiva desvaloriza los aspectos emocionales, relacionales, estéticos y espirituales del ser humano. Privilegia la racionalidad y la productividad por sobre cualquier otra característica.

Nuestro autor plantea incisivamente que “a los setenta años todos estamos un poquito dementes”. Una mirada opuesta sería la neuropsiquiátrica, necesita del diagnóstico para poder separar a los sanos de aquellos con EA.

Es necesaria una sociedad totalmente convencida de que el envejecimiento normal está libre de olvidos y, si es posible, libre de vejez (el mejor piropo para un viejo es decirle “*qué joven se te ve*”) para garantizar la discontinuidad entre el envejecimiento normal y el Alzheimer.

Veamos que tiene para decir al respecto Oliver Sacks: “...el empirismo no tiene en cuenta al alma, no tiene en cuenta lo que constituye y determina el yo personal. Quizás haya aquí una enseñanza filosófica además de una enseñanza clínica: en las demencias o en otras catástrofes similares, por muy grande que sea la lesión orgánica persiste la posibilidad sin merma de reintegración por el arte, por la comunión, por la posibilidad de estimular el espíritu humano, y este puede mantenerse en lo que parece, en principio, un estado de devastación neurológica sin esperanza”.

El Alcalde de Barcelona y el Marinero Perdido

Vamos a relatar dos historias que ponen en tensión algunas de las ideas que hemos compartido en nuestro recorrido. Para la primera hemos tomado como fuente un artículo escrito por Juan José Millas, aparecido en la revista dominical del diario El País de España. El artículo en cuestión trata sobre el Alzheimer, pero le pone nombre y apellido ya que cuenta la historia del ex Alcalde de Barcelona, Pasqual Maragall (22).

El mismo se caracterizaba por ser hiperactivo, emprendedor y de grandes ideas; durante su mandato se celebraron los Juegos Olímpicos de 1992 en su ciudad y se redactó el Estatuto de Autonomía de Cataluña. En el transcurso de una rueda de prensa celebrada en el mes de octubre del 2007 anunció públicamente que padecía el Mal de Alzheimer, en esa conferencia acuñó una frase que se hizo famosa: “*Hicimos los Juegos Olímpicos y refrendamos el estatuto. Ahora iremos por el Alzheimer*”. La fundación que lleva su nombre desarrolla intensamente tareas relacionadas con los diversos aspectos de la enfermedad.

Que nos dice el propio Maragall con respecto a su estado: “*una cosa he descubierto y es que la actividad es buena. Crear nuevos proyectos, moverse. Cuando tú estás*

diagnosticado de algo, ¿qué hace la gente? Etiquetarte, clasificararte. Este es un demente, este es un tipo sin memoria, etc. (...). Esa manía clasificatoria hace que se pierda una de las cosas claves del pensamiento: la interacción”. Por último se pregunta: “*¿Son todos los enfermos de Alzheimer iguales?*”.

Esta historia, que es la historia de la lucha de una persona por mantener su identidad a través de su jornada por la enfermedad, es el intento de seguir siendo a pesar de los olvidos y a pesar de los médicos, “*...invente los trucos anti-Alzheimer, uso el teléfono de antes de enfermarme, siempre pongo las cosas en el mismo lugar... si a una persona con problemas de memoria y de identidad la sacas de su entorno y la metes en un almacén de enfermos, la estas acabando de matar... yo tengo sensaciones de inmaterialidad, pero si le pregunto a mi médico no sabe nada de eso, ni le interesa*”.

Dado que la identidad es propia, personal e intransferible, no existe una única fórmula que ayude a todos nuestros pacientes, como le escribía el mismísimo Luria a Sacks: “*...no hay recetas. Haga lo que su ingenio y su corazón le sugieran. Hay pocas esperanzas, puede que ninguna, de que se produzca una recuperación de la memoria. Pero un hombre no es solo memoria. Tiene también sentimientos, voluntad, sensibilidad, o moral... son cosas de las que la neuropsicología no puede hablar*”.

La segunda historia Oliver Sacks en una pregunta que se formula el mismísimo Oliver Sacks en el comienzo de su relato “El Marinero Perdido”: “*¿Qué tipo de vida, qué clase de mundo, qué clase de yo se puede conservar en el individuo que ha perdido la mayor parte de la memoria y, con ella, su pasado y sus anclajes en el tiempo?*” (33). Para responder este interrogante no nos habla de la enfermedad sino que nos relata la historia de una persona que presenta una importante alteración en su memoria. El mismo ingresa en una residencia de ancianos de Nueva York donde trabajaba Sacks en el año 1975 con una nota que decía “*desvalido, demente, confuso y desorientado*” (33). Era un hombre de buen aspecto, alegre, cordial y afable.

Durante la entrevista fue preciso al describir el pueblecito de Connecticut donde había nacido. Relató su época en la Marina a partir del año 1943. Sin embargo sus recuerdos se quedaban ahí. Cuando se le preguntó por el año, dijo que se encontraban en 1945 y que tenía 19 años. Las pruebas que se le realizaron concluyeron que el paciente presentaba una pérdida del recuerdo reciente, a corto plazo, hasta el punto de que cualquier cosa que se le dijera o se le mostrara la olvidaría a los pocos segundos. Al parecer no es que dejó de registrar los datos en la memoria, el problema era que se le borraban al cabo de un minuto. Su vida era una sucesión de recuerdos inconexos. A los profesionales de la institución rápidamente les surge la duda acerca de si “*¿había profundidades en aquel hombre desmemoriado, profundidades con una continuidad de pensamiento y de sentimiento o había quedado reducido a una mera sucesión de impresiones y acontecimientos desconectados?*”. Nuestro autor lo pone de manera más descarnada aún: “*...se trataba de una baja espiritual... un ‘alma perdida’... ¿era posible realmente que la enfermedad lo hubiese ‘desalmado?’*”.

La respuesta a este cuestionamiento no tardó en ser encontrada, fueron las monjas del lugar las que pudieron descubrir la clave del asunto, ellas mismas le recomendaron al doctor Sacks que fuera a ver a nuestro paciente a la capilla y que juzgara por sí mismo. Transcribimos textualmente la cita: “*Lo hice y quede conmovido, profundamente conmovido e impresionado porque vi entonces una intensidad y una firmeza de atención y de concentración que no había visto nunca en él y de la que no lo había creído capaz. Lo observé un rato arrodillado, le vi comulgar y no pude dudar del carácter pleno y total de aquella comunión, la sincronización perfecta de su espíritu con el espíritu de la misa*”.

Adonde las neurociencias no llegan la filosofía nos puede acompañar con sus aportes e iluminaciones; la atención convencional se podía fijar brevemente frente a los estímulos puramente mentales, mientras que la si hablamos de una atención emotiva y espiritual (contemplar la naturaleza o una obra de arte, asistir a misa, escuchar música), el paciente podía permanecer un rato conectado demostrando una “*paz y una introspección*” que raras veces había mostrado en su estancia en la residencia.

Trampa jugando a la canasta

Antes de llegar al final de nuestro recorrido nos gustaría proponer un modelo de cómo utilizar los ejemplos provenientes de la literatura en la comprensión de la cuestión de la identidad y los olvidos en un contexto de deterioro cognitivo. En primer lugar analizaremos brevemente un fragmento de un cuento y luego proporcionaremos al lector interesado una breve selección de textos.

Transcribimos una parte del prólogo del libro *Ficciones Verdaderas*, de Tomas Eloy Martínez. Creemos que grafica en detalle la idea sostenida por nosotros: “*Un antiguo saber común supone, con cierta simpleza, que la literatura es el lugar de la imaginación y que el periodismo o la historia son los lugares de la verdad. Los conceptos de representación, de verosimilitud, y lo que Roland Barthes llamaba la ilusión referencial, mezclan los tantos y sitúan la verdad en cualquier parte o en ninguna. La escritura literaria tiende a crear verdades que coexisten con otros objetos reales, pero que no son la realidad sino, en el mejor de los casos, una representación que tiene la misma fuerza de la realidad y engendra una ilusión igualmente verdadera*”. Para terminar: “*Si bien toda ficción es una reelaboración de algo real, en el caso de las ficciones verdaderas el gesto de apropiación de la realidad es más evidente y su interdependencia con el imaginario de la comunidad dentro de la cual el texto se produce y con el momento en el cual se produce es, también, mucho más clara. Esa actitud puede no ser deliberada, pero sin duda es inequívoca*” (5). Creemos que en estos dos párrafos radican algunas de las claves de porque algunas de las “*historias inventadas*” que hablan acerca de la memoria, el olvido, los duelos, la familia, etc., etc., sean propuestas tan potentes a la hora de tratar de comprender las diferentes formas en las cuales se puede manifestar el sufrimiento humano.

“*Trampa jugando a la canasta*” (37) es un relato del excelente escritor irlandés William Trevor, en el cual una persona viaja a Venecia para cumplir con la promesa que le hizo a su esposa, actualmente “*perdida en el mundo*

sin recuerdos del Alzheimer”. Transcribimos algunos breves párrafos del relato: “*... fingía que Julia podía jugar a las cartas, y en cierto modo podía... pase lo que pase -había dicho Julia, consciente entonces de lo que se avecinaba-, nunca dejemos de jugar a las cartas... incluso cuando ella fue perdiendo la memoria, un poco más día a día, despojada de sus hijos, su casa, sus macizos de flores, sus pertenencias, su ropa las partidas entre ellos en la sala de estar comunitaria eran una realidad que su mal aun le permitía... a ella se le iluminaba el rostro cuando su mano incluía un joker o un dos, la complacía ser capaz de hacer lo que hacía su visitante, pese a que no era del todo capaz, pese a que de vez en cuando no sabía quién era el*”.

En estos fragmentos podemos encontrar elementos que pueden ser de ayuda para el clínico en la compleja tarea que debe desarrollar, en muchas ocasiones mucho más relacionada con el estar (acompañar) que con el hacer (biomedicina); algunas de las claves son el respeto y el empoderamiento de la realidad del otro, la adaptación de aquel en mejor estado cognitivo, enfocarse en las fortalezas, minimizar las debilidades y priorizar la conexión como valor principal.

Hemos seleccionado algunos otros autores (ya mencionamos con anterioridad a Franzen y a Molloy), entre muchos, en donde los olvidos, la memoria y la demencia marcan la pauta de nuestra propuesta; los reseñaremos muy brevemente en este apartado:

Duma Key, Stephen King: Elizabeth Eastalke es quizás la demente más interesante de todas aquellas que protagonizan una novela (13).

Llega un Hombre y Dice, Nicole Krauss: una de las reflexiones más profundas de los últimos tiempos en torno a los recuerdos y la construcción de la identidad (16).

Arrugas, Paco Roca: premio nacional del *comic* en España, cuenta la historia de Emilio, quien sufre de Alzheimer y es institucionalizado por su familia (32).

El Arte, Juanjo Sáez: otra historieta, en el capítulo “*El Arte de Navegar*” el autor cuenta la historia de su abuela que “*...poco a poco, de una forma casi imperceptible empezó a alejarse de nosotros...y llegó un día que nos dimos cuenta que éramos unos naufragos*” (34).

Ahora Tocad Música de Baile, Andres Barba: para la familia de Inés Fonseca asumir el Alzheimer es enfrentarse al vacío que plantea la enfermedad. Es una de las mejores historias de la enfermedad contada en clave familiar (1).

Identidad y deterioro cognitivo: entre la industria y la imaginación moral

Para finalizar, retomaremos algunos de los trabajos publicados por Whitehouse y George en un libro editado en el año 2009, *Treating Dementia: do we have a pill for it?* (9, 11, 24, 38).

En el primer capítulo los autores realizan un exhaustivo recorrido por la historia del deterioro cognitivo leve y por el de la demencia, proponiendo enriquecer los modelos terapéuticos a través de lo que ellos dieron en llamar imaginación moral.

La propuesta de la imaginación moral invita a correr los cantos de sirenas de la biomedicina con su

búsqueda de la “bala mágica” para curar el Alzheimer; las promesas de un futuro brillante en donde serán sintetizadas nuevas drogas que puedan actuar de manera efectiva sobre la enfermedad por ahora son solo eso, promesas, y es mucho más lo que ofrecen que lo que terminan dando. La comprensión de la demencia y los deterioros cognitivos en general en términos moleculares y mecánicos (como un hecho puramente biológico) determinó que los recursos estén destinados de manera desproporcionada a llevar adelante una guerra biológica contra la enfermedad; por otro lado, este hecho determina que la inversión en estrategias de cuidado y la profundización en la comprensión de otros aspectos de la enfermedad haya quedado muy rezagada.

La imaginación moral nos alerta contra los excesos de la biomedicina; dos anécdotas relatadas por Peter Whitehouse son esclarecedoras al respecto. En una de ellas comenta que en los comienzos de su carrera estaba muy mal visto que las personas con desarrollo universitario colaboraran con la industria, ni hablar de aquellos que dejaban la universidad para trabajar en las compañías farmacéuticas. En la actualidad los líderes de opinión compiten por ver quién pertenece a mayor cantidad de consejos asesores de empresas farmacéuticas e incluso la ambición máxima en muchos casos es llegar a fundar una compañía.

La otra referencia que hace es una ironía sobre los inhibidores de la acetilcolinesterasa. Dichos inhibidores mejoraron notablemente la calidad de vida de los profesionales que los utilizan: permitieron que viajen alrededor del mundo, que organicen y participen de excelentes conferencias, que coman deliciosas comidas y que mejoren de manera sensible sus ingresos económicos. Sin embargo, los efectos de estas drogas en las personas con problemas de memoria, sus familias y la sociedad son poco claros y escasamente evidentes.

La imaginación moral se recuesta sobre la medicina antropológica y nos alerta acerca de los excesos de la biomedicina. Creemos que los relatos personales de investigadores, como Whitehouse en este caso, son de gran valor ya que nos aportan argumentos de primera mano en relación a un mundo y a un contexto complejo acerca del cual no es sencillo obtener información. El desencanto que experimenta el autor con el modelo médico de las demencias debe servirnos de advertencia. A su vez, debemos analizarlo detenidamente para evitar sacar conclusiones apresuradas y evitar caer en reduccionismos. Consideramos, como Edgar Morín (25), que debemos ser responsables y responder por los efectos presentes y futuros de nuestros actos en momentos en que se acepta la idea utilitarista de que todo lo que es factible desde un punto de vista técnico puede convertirse en algo admisible.

Qué ocurre entonces con la identidad de aquellos que sufren de olvidos cuando la misma se encuentra jaquea-

da entre los propios olvidos, las presiones de la industria y la biomedicina. ¿Existe la posibilidad de encontrar un lugar de desarrollo seguro; de cambio, con alguna oportunidad de no ser capturado por el estigma? Arthur Kleinman (14, 15) relata en sus cursos la implicancia que el diagnóstico de lepra tuvo en el sur de Asia: quien lo recibía pasaba a ser inmediatamente un paria. Es posible que los olvidados (tomando el título del gran libro de David Shenk (36)) se transformen en los nuevos parias de occidente.

Es el mismo Shenk quien plantea la posibilidad de encontrar el sentido a través de las pérdidas, las pérdidas que traen los olvidos, comprendiéndolas como una búsqueda y un desafío, a pesar del dolor que sin duda van a conllevar.

Y es en este sentido, que tomando en cuenta los olvidos, los deterioros cognitivos, el estigma, los diagnósticos, la biomedicina y la industria, proponemos la posibilidad de pensar algunos cambios de nombres, continuando con lo que plantearon en su artículo Whitehouse y George.

Consideramos apropiado meditar acerca de una categoría que nuestros autores dieron en llamar “Desafíos cognitivos asociados a la edad”, que englobaría a todos los tipos de olvidos posibles. Esta propuesta recién está comenzando a gestarse por lo que simplemente plantearemos aquí algunos de los fundamentos epistemológicos de por qué nos parece acertado comenzar a analizarla:

Permite reconsiderar la cuestión del estigma.

Permite reconsiderar la cuestión de la biomedicalización.

Permite reconsiderar la cuestión del nihilismo terapéutico.

Permite reconsiderar el tema de sobrediagnóstico de los procesos demenciales (sobre todo en sus comienzos), y el tema de los diagnósticos en general.

Permite reconsiderar el lugar de la familia y los cuidadores frente a los diferentes escenarios.

Permite reconsiderar y no perder de vista la identidad de los que olvidan.

Permite reconsiderar el destino de los fondos de investigación.

Permite reconsiderar el lugar de los profesionales.

Permite reconsiderar el lugar de la industria.

Permite reconsiderar el lugar de la institucionalización.

Permite reconsiderar el tema del pronóstico y evolución de la enfermedad.

Permite reconsiderar el lugar de los talleres de la memoria.

Permite, en fin, reconsiderar...

Nota

Los autores declaran tener muchos conflictos de intereses, pero ninguno con la industria farmacéutica ■

Referencias bibliográficas

1. Barba A. Ahora tocad música de baile. Buenos Aires: Anagrama; 2004.
2. Benedetti M. El olvido está lleno de memoria. Buenos Aires: Seix Barral; 1995.
3. De Rosnay J, Servan-Schreiber JL, Closets F, Simonnet D. Una vida extra, la longevidad: un privilegio individual, una bomba colectiva. Barcelona: Anagrama; 2006.
4. Díaz E. Entre la tecnociencia y el deseo. La construcción de una epistemología ampliada. Buenos Aires: Biblos; 2007. p. 61-2.
5. Eloy Martínez T. Ficciones Verdaderas. Buenos Aires: Alfaguara; 2011.
6. Franzen J. El cerebro de mi padre. En: Franzen J. Como estar solo. Buenos Aires: Planeta; 2004.
7. Fox P. The role of the concept of Alzheimer Disease in the development of the Alzheimer's Association in the United States. In: Whitehouse P, Maurer K, Ballenger J. Concepts of Alzheimer Disease, biological, clinical and cultural perspectives. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2000.
8. Gazzaniga MS. El cerebro ético. Barcelona: Paidós; 2006.
9. George D, Whitehouse P. The classification of Alzheimer's Disease and Mild Cognitive Impairment: enriching therapeutic models through moral imagination. In: Ballenger J, Whitehouse P, Lyketsos C, Rabins P, Karlawish J. Treating dementia: do we have a pill for it? Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2009.
10. Goffman E. Estigma. La identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu; 1990.
11. Gilstad J, Finucane T. Science and marketing. The promotion of dondepezil in the primary research literature. In: Ballenger J, Whitehouse P, Lyketsos C, Rabins P, Karlawish J. Treating dementia: do we have a pill for it? Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2009.
12. Holstein M. Aging, culture and the framing of Alzheimer Disease. In: Whitehouse P, Maurer K, Ballenger J. Concepts of Alzheimer Disease, biological, clinical and cultural perspectives. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2000.
13. King S. Duma Key. Barcelona: Plaza y Janes; 2008.
14. Kleinman A. Rethinking Psychiatry. From cultural category to personal experience. New York: The Free Press; 1988.
15. Kleinman A. The illness narratives. New York: Basic Books; 1988.
16. Krauss N. Llega un hombre y dice. Barcelona: Salamandra; 2008.
17. Lopez-Ibor Aliño J. Historia y cultura de la Enfermedad de Alzheimer. En: Martínez Lage J, Khachaturian Z. Alzheimer XXI: ciencia y sociedad. Barcelona: Masson; 2001.
18. Martínez Lage J, Martínez Lage Álvarez P, Martínez Lage Álvarez M. Alois Alzheimer, los enfermos Auguste D. y Johann F. y la noción de Enfermedad de Alzheimer dentro de la neurociencia germana. En: Martínez Lage J, Khachaturian Z. Alzheimer XXI: ciencia y sociedad. Barcelona: Masson; 2001.
19. Martínez Lage J, Martínez Lage Álvarez P, Martínez Lage Álvarez M. El fenómeno médico, social y cultural de la enfermedad de Alzheimer en la segunda mitad del siglo XX. En: Martínez Lage J, Khachaturian Z. Alzheimer XXI: ciencia y sociedad. Barcelona: Masson; 2001.
20. Matusevich D. Una hipótesis acerca de la construcción social de la demencia. *Vertex* 2009; 20 (87): 379-84.
21. Maurer K, Volk S, Gerbaldo H, Auguste D.: The history of Alois Alzheimer's first case. In: Whitehouse P, Maurer K, Ballenger J. Concepts of Alzheimer Disease, biological, clinical and cultural perspectives. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2000.
22. Millás JJ. Vidas al límite. Revista del diario El País. Domingo 31 de Octubre de 2009: p 51. Disponible en: www.pasqualmaragall.cat/media/0000001000/0000001203.pdf
23. Molloy S. Desarticulaciones. Buenos Aires: Eterna Cadencia; 2010.
24. Moreira T. Truth and hope in drug development and evaluation in Alzheimer's Disease. In: Ballenger J, Whitehouse P, Lyketsos C, Rabins P, Karlawish J. Treating dementia: do we have a pill for it? Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2009.
25. Morín E. ¿Hacia dónde se dirigen los valores? Coloquios del siglo XXI. México: FCE; 2006.
26. Muchnik E, Seidmann S. Aislamiento y soledad. Buenos Aires: Eudeba; 1998.
27. Olbrich T, Bongers W, compiladores. Literatura, cultura, enfermedad. Buenos Aires: Paidós; 2006.
28. Post S. The moral challenge of Alzheimer Disease. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2000.
29. Post S. The concept of Alzheimer Disease in a hypercognitive society. In: Whitehouse P, Maurer K, Ballenger J. Concepts of Alzheimer Disease, biological, clinical and cultural perspectives. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2000.
30. Prince M, Livingston G, Katona C. Asistencia psiquiátrica de los ancianos en los países pobres: un enfoque basado en los sistemas sanitarios. *World Psychiatry* 2007; 5: 5-13.
31. Radden J, Fordyce J. Into the darkness: losing identity with dementia. In: Hughes J, Louw S, Sabat S. Dementia. Meaning, meaning and the person. New York: Oxford University Press; 2006.
32. Roca P. Arrugas. Barcelona: Astiberri; 2008.
33. Sack O. El hombre que confundió a su mujer con un sombrero. Barcelona: Anagrama; 2002.
34. Sáez J. El Arte. Buenos Aires: Editorial Común; 2011.
35. Salvarezza L. Psicogeriatría. Teoría y Clínica. Buenos Aires: Paidós; 2002.
36. Shenk D. The forgetting. Alzheimer's: portrait of an epidemic. New York: Doubleday; 2001.
37. Trevor W. Trampa jugando a la canasta. En: Trevor W. Una relación perfecta. Barcelona: Salamandra; 2012.
38. Whitehouse P. Can we fix it with a pill? Qualities of life and the aging brain. In: Ballenger J, Whitehouse P, Lyketsos C, Rabins P, Karlawish J. Treating dementia: do we have a pill for it? Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2009.

Apuntes sobre el acontecer adolescente actual y su relación con las Tribus Urbanas

Liliana Verónica Moneta

*Psiquiatra Infanto Juvenil UBA; Sexóloga Clínica y Educadora Sexual.
Presidente del Capítulo de Psiquiatría Infanto Juvenil de APSA.
Presidente y Fundadora del Capítulo de Salud Mental Infanto Juvenil de la AASM.
Secretaria de Actas de la AASM.
Directora del Curso de Especialistas en Psiquiatría y Psicología Pediátrica del Colegio de Médicos, Distrito II.
Admisora en Salud Mental Infanto Juvenil de la Obra Social Luis Pasteur.
E-mail: lvmoneta@ciudad.com.ar*

Introducción

Este escrito intenta dar cuenta acerca del fenómeno de las Tribus Urbanas, tan en boga en la actualidad, al ceñirse al parámetro que nos brinda lo mediático en su intento de fundar un estatuto de credibilidad.

Sin embargo, “lo actual” comporta una trayectoria histórica imposible de soslayar que ancla sus raíces en una sucesión de hechos provenientes de la modernidad.

Resultará substancial efectuar algunas puntuaciones sobre determinados conceptos básicos, que ayudarán a su mejor comprensión. Y sobre todo pensar, que la temática propuesta resulta de por sí compleja, al abreviar en diferentes disciplinas que poseen al respecto un punto

de vista determinado, no siempre coincidente.

Asimismo, es indispensable el conocimiento del sujeto adolescente, y lo que significa serlo en un tiempo y espacio determinados. Un contexto imposible de obviar en cuanto conforma su subjetividad y la atraviesa.

El tiempo, es el de la posmodernidad, que al decir de Gilles de Lipovetzky tiene como característica principal “la fragmentación del sujeto”, y al apuntar de Lyotard, se traduce como la “época de la caída de los grandes relatos que sustentaban el futuro”. Entonces, podemos hablar de la posmodernidad porque fue precedida por una modernidad (siglos XVII y XVIII). Resultado de ello, la concepción de un posmodernismo se funda por contraposición

Resumen

El siguiente artículo enfoca el tema de las Tribus Urbanas como fenómeno cultural, y al enfatizar en este último tópico se tomarán consideraciones que abarcan a lo comunicacional, lo antropológico, lo sociológico y lo psicológico, ya que es imposible describir dicho fenómeno si no se tienen en consideración estas variables, que forman un entramado. Se intentará dar cuenta del por qué de su surgimiento, su clímax y su eventual ocaso con paroxismos. Y, fundamentalmente no olvidar que en esta constelación, se destaca el sujeto adolescente como protagonista, cuya subjetivación es surcada por estas vicisitudes que a veces comportan visos dramáticos.

En un último apartado se efectuará una aproximación a tres Tribus de las menos trascendidas en la Argentina, a través de la palabra de sus protagonistas, como para conocer cuál es la dinámica de estos “colectivos juveniles”.

Palabras claves: Tribus Urbanas - Posmodernidad - Adolescencia - Cultura - Subcultura - Contracultura - Subjetivación versus De-subjetivación - Fenómenos Transicionales.

NOTES ON CURRENT ADOLESCENT EVENTS AND THEIR RELATIONSHIP WITH THE URBAN TRIBES

Summary

The following article focuses the issue of Urban Tribes as a cultural phenomenon, and emphasize the latter topic will be taken consideration communication, anthropological, sociological and psychological, because it is impossible to describe this phenomenon if not take into account these variables, which form a network. I will try to explain of why of its appearance, its climax and its eventual demise with paroxysms. And basically not forget that in this constellation, the adolescent subject stands out as an actor, whose subjectivity is divided by these vicissitudes that sometimes behave dramatic overtones.

In a final section I made an approach to three tribes of less transcended in Argentina, through the words of their protagonists, to know what is the dynamics of these “youth groups”.

Key words: Urban Tribes - Postmodernism - Adolescence - Culture - Subculture - Counterculture - Subjective versus De-subjectivity - Transitional Phenomena.

a las características inherentes al modernismo, portando ramificaciones relevantes al atravesar los distintos órdenes científicos, las manifestaciones estéticas, los valores éticos, la política, la economía, la educación y la vida diaria. Se puede invocar que las características inherentes a la posmodernidad, fundamentan su lógica en un aflojamiento de las creencias y prácticas, que hasta ese momento instituyeron nuestro cotidiano. Y así, llegar a vislumbrar la ausencia de una lógica coherente, por lo menos a simple vista, que impactando al adolescente, objeto del presente estudio, se traduciría en una imposibilidad de proyectarse a un futuro, no logrando aprehenderlo (3, 7, 8, 12).

Asistimos a la *de-subjetivación* y *cosificación* del sujeto adolescente, cuando el mismo es procesado y tratado de ser vendido por los medios masivos de comunicación. Se los ofrece desde una doble vertiente, transformándolos simultáneamente en sujetos-objetos de consumo. Sujetos de consumo, en el momento en que estos mismos medios diseñan un “decálogo” o “modelo” a seguir de un miembro de tal o cual Tribu, ofreciéndoselo como una única verdad a un adolescente ávido de identificaciones. Objeto-adolescente cuando diariamente, y a veces hasta el paroxismo, la televisión y revistas los ofertan como si se trataran de una mercancía a vender (3, 4, 9, 10, 12, 13, 14, 19, 23).

En relación al otro factor, el espacial, consideraré el lugar geográfico en donde reside la autora de este artículo, que también corresponde al de los adolescentes que respondieron al cuestionario, admitiendo así su pertenencia a alguna de las Tribus. Argentina, un país que históricamente se constituyó asentándose en una raigambre de colectividades, las otras Tribus primigenias, que según el mito vinieron a hacerse la América y, al hacérsela la deshicieron. Difuminando las identificaciones autóctonas y constituyendo un “*patchwork* identificatorio”, donde del mismo se desalojó a aquel otro diferente, que era el mismísimo poseedor de esta tierra. Y sin saberlo se generaría la fractura, que ostentando su máximo exponente en la actualidad, se sintomatiza en estos colectivos juveniles.

Delimitación del concepto de Tribu Urbana

Para definir el concepto de Tribu Urbana, apelaré a las definiciones de lo que se conoce como: cultura, subcultura y contracultura.

Cultura, es el conjunto de todas las formas y expresiones de una sociedad determinada. Y como tal incluye: a) actividades; b) costumbres; c) prácticas; d) códigos; e) sexo; f) normas y reglas; g) modos de ser; h) vestimenta; i) religión; j) rituales; k) normas de comportamiento; y l) sistemas de creencias (4, 5, 20).

El término subcultura fue tomado por el sociólogo y psicólogo estadounidense David Riesman, quien en 1950 diferenciaba entre “una mayoría que, pasivamente aceptaba estilos y significados que eran provistos por el mercado, y una sub-cultura, que buscaba de forma activa un estilo propio de las minorías, y lo interpretaba acorde a valores subversivos”. Desde la sociología, antropología y semiótica cultural,

el término define a “un grupo de personas con un conjunto distintivo” (10, 14, 20, 25).

Las subculturas, se pueden organizar basándose en: a) la edad; b) la etnia; o c) el género de sus miembros. Las cualidades que determinan su florecimiento pueden ser: a) estéticas; b) políticas; o c) de identidad sexual (4, 12, 19, 21).

Se demarcan capitalmente por su “*oposición sistemática a los valores de la cultura dominante*” en la que se hallan inmersas y, son frecuentemente asociadas a jóvenes que poseen preferencias comunes en relación con el uso del tiempo libre; en el significado que le adjudican a ciertos símbolos adquiridos; en el uso de los medios de comunicación masivos; y el lenguaje. De ello derivará que el “*interraccionismo simbólico*” resulta un elemento fundamental en una subcultura, que remite al simbolismo asociado a la ropa, la música y otras usanzas entre sus miembros. Si lo que caracteriza a una subcultura es su oposición sistemática a la cultura dominante, podría ser descrita entonces como una *contra-cultura* (5, 14, 20, 25).

Ahora bien, siendo el objeto de estudio las Tribus Urbanas, resulta imprescindible conocer en detalle a los sujetos que las componen, y es precisamente en este punto en donde asistimos al pasaje del “Objeto Tribu” al “Sujeto Adolescente”. Sabemos que, la adolescencia es un fenómeno multideterminado bio-psico-socio-cultural y antropológicamente. Se trata de un período crucial en la construcción de la identidad, a partir del desarrollo tanto biológico, como psíquico del individuo. En él se producen fundamentalmente el despertar sexual, el cambio en las relaciones con sus pares, y el viraje en el vínculo con los padres (15, 16, 17).

“*El sujeto adolescente tramita su pasado, para proyectar su futuro y construirse un presente*” (1, 2).

En la época actual, los adolescentes se encuentran atravesados por las nuevas tecnologías, que no son solo consumidas sino con frecuencia generadas por ellos. La imposición por parte del mercado de lo inmediato virtual, y la juventud como estado idealizado, inciden en su constitución subjetiva. “Ser eternamente jóvenes”, parecería erigirse en el *slogan* implícito que delimita el mercado, la sociedad de consumo y el capitalismo. En este camino-contexto de edificación de su subjetividad, los adolescentes buscan figuras adultas referentes de las cuales diferenciarse, considerándose necesario para este proceso que cuenten con modelos con quienes rivalizar. Y es, al transitarlo, donde se topan con padres que pretenden ser pares, por lo que se ven obligados a buscar con quienes confrontar, y esta confrontación podría llegar a reemplazarse con su pertenencia a una Tribu. En ella, la identificación es con el par perteneciente a la misma Tribu, y la confrontación se produce con el otro que pertenece a una Tribu diferente (3, 6, 12).

Bien, ¿cuál sería el lugar de las Tribus Urbanas dentro del desarrollo adolescente?

Por un lado, la Tribu aloja al adolescente. En ella encuentra pares con los cuales identificarse, y un grupo del cual se siente parte remedando así la función familiar. Se encuentran incluidos en un contexto que presenta una serie de características con las cuales se identi-

can, apropiándose las. Por otro lado, las diferencias entre las Tribus vienen a suplir aquel referente con el cual diferenciarse reemplazando a esos padres emparejados; y a partir de ello subjetivarse (11, 15, 18, 19, 21).

Disculpas mediante por haber acotado lo escrito previamente, por falta de espacio, pero cuestión ineludible aclarar de que hablamos cuando hacemos mención a las Tribus Urbanas. Entraré en detalles acerca de la "clasificación nosográfica" (alusión ciertamente que denota un dejo de ironía) de las Tribus que son consideradas las más usualmente halladas en la Argentina. He de realizar la siguiente salvedad, el material que se vierte a continuación fue aportado por varios de mis pacientes que se mostraron ávidos de colaborar, como así también amigos de ellos que quisieron ayudar. Agradezco infinitamente a ellos, a los hijos de amigos, a mis hijos y a sus amigos, quienes al comentarles el proyecto en el cual estaba trabajando (a publicarse a la brevedad en un libro de mi autoría), se ofrecieron desinteresadamente a prestarme auxilio, por cuestiones inherentes a una cierta trascendencia.

Distribuí entre los mismos un cuestionario con varios ítems, que permiten acercarse al conocimiento de las principales características de las más nutridas y populares Tribus Urbanas en la Argentina. Las preguntas que conformaban el interrogatorio fueron reformuladas acorde a pautas culturales propias, derivadas de un cuestionario que se puede rastrear en el libro de Tropea, Perez y Oriol Costa, con variaciones propias. En ellas se indagaba conocimientos de los miembros de cada Tribu acerca de: 1) origen de la misma; 2) si es primaria o derivada de otra; 3) en consecuencia a qué surgen; 4) ideología de base; 5) vestimenta y música que los identifica; 6) presencia o ausencia de tendencias violentas, y contra quienes se dirigen; 7) evolución de la Tribu con el correr del tiempo, cuáles serían las *sub-tribus*.

Una última aclaración en relación al material transcrito a continuación. He respetado la esencia de lo respondido, eligiendo uno de ellos por cada Tribu, erigido en el más representativo al evidenciar por sobre todo la ideología que convoca a cada uno de sus miembros.

Fueron convalidadas once Tribus Urbanas como las mayoritarias en la Argentina (aunque debo reconocer que son muchas más). Entre ellas encontramos a: 1) *Otakus*; 2) *Floggers*; 3) *Cumbieros, Villeros o Rochos*; 4) *Rolingas*; 5) *Emos*; 6) *Hippies o Neo-hippies*; 7) *Góticos* (y su diferenciación con los *Darks*); 8) *Punks*; 9) *Skinheads*; 10) *Ravers*; y 11) *Skaters*.

Entre las respuestas vertidas por integrantes de estas once Tribus, he elegido por razones de espacio las tres menos difundidas e inventariadas por los medios masivos de comunicación, pero no por ello menos importantes.

Otakus

(Cortesía de Facu, 14 años)

1. Su procedencia es japonesa. Datan aproximadamente del año 1982, pero el surgimiento del *animé* es muy anterior.

2. "No derivan de otra tribu. La palabra *Otaku* en sí, significa 'obsesionado a', pero en el caso de la T.U. es usado para el *animé*, pero no derivamos de nada" (SIC).

3. "El *Otaku* surge en relación a la obsesión o fanatismo al 'animé' o 'manga' en general, (): palabra japonesa que se usa para designar a la historieta en general. Se traduce literalmente, como 'garabatos'. A esta persona se la llama *otaku*, pero en Japón (su origen) es más bien una palabra que significaría 'nerd'".

4. "Bueno; los *otakus* solo somos llamados así por nuestro gran gusto al *animé* y la *manga*. Pero sí, tenemos un deseo de igualdad entre las tribus. Muchos somos molestados por ser *otakus*, o por hacer eso del 'cosplay'".

5. "En la actualidad nos hemos incrementado mucho. Se dice que en el futuro 'los *otakus* gobernarán', pero eso es más tomado a chiste por la mayoría. En la Argentina es donde menos se encuentran, a diferencia de otros países latinos, como México. Los *otakus* tanto de Argentina, como de cualquier país, se juntan en convenciones o exposiciones de *animé*, o también en lugares donde se los puede identificar por el tipo de vestimenta que usan".

6. "La vestimenta puede ser normal, pero muchas veces hacemos 'cosplay', que es el imitar la vestimenta o la apariencia de un personaje que nos guste del *animé*. Para estos 'cosplays' se necesita mucha ropa extravagante, que a menudo nosotros mismos fabricamos. Esta vestimenta se usa para ir a las convenciones, o para identificarse de un *otaku* a otro, pero también se usa para shows y cosas de ese estilo. Para nosotros es un orgullo hacerlo".

7. "La música puede ser cualquiera. En general tenemos un variado gusto musical, pero a casi todos nos atrae la música japonesa: el 'j-pop' y el 'j-rock'¹, son los más conocidos, que se escuchan en las series *animé* como 'openings' o 'endings'. También nos gusta el metal o el rock, aunque tenemos todo tipo de elección".

8. "No creo que tengamos ninguna tendencia violenta, aunque algunas de las series *animé* que veamos sean bastante violentas, como el género llamado 'gore', de características sangrientas. Si algunos tuvieron tendencias violentas fue contra otros, por ejemplo los muy llamados 'negros villeros'. Algunos tienen muy baja autoestima y llegan a atacarse a ellos mismos a tal extremo, que son llamados 'emotakus'".

9. "La tribu ha aumentado mucho con el correr de los años, y considerada entre las más conocidas, inclusive en la Argentina. Además han aparecido series *animés* monumentales que nos atraen mucho, como por ejemplo: 'Bleach', 'Death Note', 'Dragon Ball' y 'Naruto'".

Skaters

(Gentileza de Danny Lord, Skater Profesional, 28 años).

1. "... El skate nació en Hunttinton Beach California, porque unos surfers no tenían buenas olas, y decidieron para no dejar de practicar, ponerle una madera a unos patines clavados. Comenzaron a tirarse de las colinas que hay en los Valles de San Francisco donde las calles son en bajada. También se metían en piletas de natación, fue ahí donde nacieron

¹ 'j-pop': Japanese Pop y, 'j-rock': japanese rock.

los 'Bowls Tazones' y como asemejaba a una ola, empezaron a armar las primeras medias tuberías, más conocidas como 'Half Pipes'. Después el skate se empezó a practicar en las calles, pero resultaba muy peligroso y mal visto. Esto último llevó a prohibirlo en USA".

2. "... No sé si es una tribu, pero los primeros skaters fueron surfers...".

3. "La ideología principal es que el skate no tiene ni edad, ni sexo, que se puede patinar por siempre, y que todos somos iguales, tanto Pro, como Amateurs, Principiantes, Iniciantes. En fin todos...".

4. "Nos juntamos actualmente en las pistas que hay en todo el país, pero sino en la Plaza Houssay, frente a la Facultad de Medicina".

5. "Rap y Hip Hop la mayoría. Reggae, Punk Rock y el Hardcore un poco también, y algún que otro tema así. No sé, en realidad de todo un poco. Joy Division, Morrisey, The Smith, Placebo".

6. "Vestimenta que antes era Punky. Todo achupinado, o rappero con pantalones gigantes. Ahora se usa más un estilo europeo; camisas más pisteras, zapatillas panchas, pantalones no chupines pero más al cuerpo, colores no llamativos, marrones, azules o grises, y sino las remeras tres cuartos, y gafas Ray Ban ochentosas".

7. "No presentamos tendencias violentas".

8. "El skate evolucionó; cada vez más chicos patinan. Hoy en día se está dando a conocer cada vez más. Existen Skate Parks y ello contribuye a su crecimiento. El skate no es una tribu, pero hay otro deporte que es semejante al skate, el Longboard que deriva del mismo".

Ravers

(Cortesía de Mauro, 19 años)

1. "La palabra 'RAVE' deriva del inglés, y significa 'delirar'. Sus siglas significan 'Radical Audio Visual Experience'. Es un evento de música y cultura al aire libre, o en lugares abandonados. Duran como mínimo 24 horas. Generalmente de viernes a domingos. A los que concurren a esos eventos se los llaman RAVERS".

2. "No nos consideramos una Tribu pero si nos quieren llamar así; ¡jallá ustedes!".

3. "La palabra RAVE fue usada por primera vez por los caribeños que residían en Londres durante los sesentas para describir las fiestas. En los ochentas fue usada para describir una cultura que creció a partir del movimiento Acid House, que comenzó en Chicago y prosperó en el Reino Unido promovida por el DJ Génesis P. Orridge".

4. "En los RAVES predominan los valores de la 'Cultura del Trance'. Adherimos al slogan PURA (Paz, Unidad, Respeto y Amor), parecidos a los del movimiento Hippie, con la diferencia que los sonidos son más estridentes".

5. "En la actualidad somos muchos, y eso se puede ver anualmente en los dos mega eventos más conocidos en la Argentina: Creamfields y Octoberfest".

6. "La vestimenta, va con la onda de cada uno. Sin embargo vamos a esos mega eventos lookeados con chupines de colores, remeras básicas (para los varones con escote en 'V', y las chicas musculosas) y zapas 'converse'".

7- "En los RAVES predomina la música electrónica.

También Reggae. Los DJ's mezclan sus temas favoritos, haciéndoles sus arreglos. Se pretende que el 'sound system', logre 'unir' a todos los asistentes en una sola frecuencia y así, experimentar sensaciones similares cada uno por separado. Nos consideramos 'todos conocidos o amigos'. Se trata que el público se olvide de la sociedad, para formar una 'conjunto de amistad'".

8- "No somos violentos. Eso depende de cada uno; y si los hay es por el consumo excesivo de droga, y como pegan. Nos han asociado con las drogas 'duras': estimulantes y alucinógenos (anfetaminas, éxtasis, ketamina, popper, LSD) que se usarían como para lograr la resistencia física necesaria para seguir despiertos y bailando durante tantas horas".

Conclusiones

Desde el discurso social, se homologa el "ser" al hecho de la "pertenencia". Se "es": Emo, Flogger, Otaku, Punk, Skater, entre otras cosas (3, 12, 19, 21, 23).

Las Tribus Urbanas, están formadas por un acople de pautas delimitadas sub-culturales sobre las cuales el joven reafirma su imagen. Proceso que abarca un nivel específico de compromiso personal. Funcionan como una micro-mitología, que los ayuda en la edificación de su identidad, proveyéndolos de un entramado determinado por conductas o comportamientos instituidos, que le garantizan surgir del anonimato mediante su ruptura. Se puede aseverar que datan desde el mismo comienzo de la existencia social del ser humano, sin embargo hasta la actualidad no se habían patentizado con semejante prodigalidad (17, 16, 19).

Asistimos al nacimiento (en múltiples oportunidades paridas *in vitro* desde los medios masivos de comunicación) de una nueva Tribu a diario.

Apelo al concepto de multicausalidad, que se puede entrelazar al origen del Fenómeno Tribal. En una primera instancia, encontramos un pujante componente social, ligado íntimamente al momento histórico que atravesamos. La sociedad posmoderna es esencialmente urbana, metamorfosea sus apariencias, en ocasiones discordantes, ora violentas. Paradójicamente homogeniza a la vez que segrega, en un omnipresente donde las sociedades ostentan más que nunca desigualdades en sus oportunidades, y paralelamente idénticos reclamos. Contradicción que se observa en el seno mismo de las Tribus Urbanas. Siendo iguales en cuanto al acogimiento de determinada simbología y apariencia, e imprimiendo la divergencia a partir de sus nombres, prácticas, atuendos y estilos musicales (3, 4, 12, 13, 16, 20).

Dentro de un contexto de globalización y masificación, donde se intenta generar consumidores homogéneos, la irrupción de estos colectivos juveniles, surgiría en respuesta a una necesidad gregaria de los jóvenes, agrupándose según intereses comunes, conquistando un espacio (su propio espacio) en el mundo. Esta función social proveería un espacio al adolescente en donde "ser" y "tener" se erigen en atributos identificatorios, que hacen a la identidad de los mismos, trocándose la Tribu en un fenómeno transicional, mediante el cual los jóvenes adquieren un ser temporario e ilusorio, remediando a

un "falso *self*" que vela la función de un yo que aún no se ha afianzado en forma adulta, y por ende, no integrada (6, 12, 13, 20, 22, 24).

Podría decirse que, en una sociedad tendiente al aislamiento y el desmembramiento, la pertenencia de los adolescentes a las Tribus Urbanas, responde a: a) tratar de responder (mediante los bailes, fiestas, etc.) a la apatía vivenciada en los adultos para con ellos; b) a la búsqueda

de establecimiento de lazos, contacto y comunicación; c) intentar contrarrestar la dispersión, la pérdida de integración entre los sujetos que es promovida desde lo social; d) buscar darle un significado, una cierta intensidad a su experiencia personal; y por último, e) permitirles recrear formas de socialización, de reunión y de conocimiento de sí mismo (13, 14, 15, 16) ■

Referencias bibliográficas

1. Aulagnier P. Construir-se un pasado. *Journal de la Psychanalyse de l'enfant* 1989; XIII (7).
2. Aulagnier P. El aprendiz de historiador y el maestro-brujero. Del discurso identificante al discurso delirante. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 2003
3. Bauman Z. Tiempos líquidos. Vivir en una época de incertidumbre. Barcelona: Tusquets; 2007.
4. Bordieu P. Campo de poder, campo intelectual. Buenos Aires: Montessor; 2002.
5. Delgado L, Lozano D. Tribus Urbanas. Madrid: La esfera de los libros; 2004.
6. Doltó F. La causa de los adolescentes. Barcelona: Seix Barral; 1990.
7. Fantin JC. Epistemología de la época actual y saber psiquiátrico. Las características de la modernidad tardía: post e hiper. *Vertex* 2009 Sep-Oct; 20 (87): 342-6.
8. Freud S. El malestar en la cultura (1930). Vol. XXI. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 2004.
9. Freud S. Psicología de las masas y análisis del yo (1921). Vol. XVIII. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 2004.
10. Lévi-Strauss C. La vía de las máscaras. México: Siglo XXI; 2000.
11. Lévi-Strauss C. Seminario sobre La Identidad. Barcelona: Ediciones Petrel; 1981.
12. Lipovetzky G. La era del vacío. Barcelona: Anagrama; 1986.
13. Maffesoli M. El instante eterno. El retorno de lo trágico en las sociedades posmodernas. Buenos Aires: Paidós; 2005.
14. Maffesoli M. El tiempo de las tribus. El declive del individualismo en las sociedades de masas. Barcelona: Icaria; 1990.
15. Mannoni O, Deluz A, Gibello B, Hébrard J. La crisis de la adolescencia. Barcelona: Gedisa; 1984.
16. Moneta LV. Tribus Urbanas. Una aproximación sociológica, antropológica, comunicacional y psicológica. En: Tribulaciones y vicisitudes en la adolescencia. Buenos Aires: Asociación Argentina de Salud Mental (AASM); 2006.
17. Quiroga S. Adolescencia: del goce orgánico al hallazgo de objeto. Buenos Aires: EUDEBA; 1998.
18. Rodulfo R. El niño y el significante. Un estudio sobre las funciones del jugar en la constitución temprana. Buenos Aires: Paidós; 1989.
19. Tropea F, Tornero Pérez JM, Oriol-Costa P. Tribus urbanas. El ansia de identidad juvenil. El culto a la imagen y la autoafirmación a través de la violencia. España: Paidós; 1996.
20. Volnovich, JC. Las nuevas figuras de las tribus. *Revista Imago Segunda Época* 2008; (28): 3-4.
21. Wikipedia. La Enciclopedia Libre. www.wikipedia.org
22. Winnicott DW. El proceso de maduración en el niño. Estudios para una teoría del desarrollo normal. España: Laia; 1975.
23. Winnicott DW. Escritos de pediatría y psicoanálisis. España: Paidós; 1999.
24. Winnicott DW. Realidad y Juego. España: Gedisa; 1982.
25. Zack O. Los decires del amor. Buenos Aires: Grama; 2012.

El concepto de identidad en relación con la maternidad en el discurso de adolescentes que cursan un embarazo desde una perspectiva lingüística y psicoanalítica

María Laura Pardo

Doctora en Letras por la Universidad de Buenos Aires (UBA).

Directora del Departamento de Lingüística del Centro de Investigaciones en Antropología Filosófica y Cultural (CIAFIC), CONICET.

Investigadora independiente del CONICET.

Profesora de Análisis de los lenguajes de los medios masivos de comunicación, Facultad de Filosofía y Letras, UBA.

Miembro del Language Research Centre, Swansea University, UK.

E-mail: pardo.linguistica@gmail.com

Resumen

Mi objetivo en este trabajo es discutir brevemente la noción de identidad y cómo puede unificarse el concepto psicoanalítico con el discursivo, con el fin de llevar a cabo una investigación multidisciplinar sobre este tema. Dicho trabajo parte de historias de vida recogidas en el Hospital Larcade, desde el 2008 hasta el 2011, de adolescentes que cursan un embarazo. Mediante el análisis lingüístico de las garantías argumentacionales, siguiendo el modelo de Toulmin (17), tal como ha sido redefinido por Pardo (14) y Molina (12), pretendo dar cuenta de las bases discursivas y psicológicas de lo que conformará luego una identidad para estas jóvenes sobre la maternidad. Ellas viven en situación de pobreza extrema en el conurbano bonaerense y conviven con una gran dosis de violencia familiar que vincula sus identidades como madres a la imagen (o identidades del otro) que tienen sobre sus propias madres, padres, parejas en dichos contextos de violencia.

También se confrontan estos datos con casos de violencia intrafamiliar que aparecen en los medios y cómo son tratados discursivamente en estos. Se da cuenta así de las contradicciones que impone la identidad cultural de un grupo (los espectadores o lectores de medios, que son una gran parte de la sociedad) frente a la propia experiencia de la violencia de estas mujeres-madres. Esta investigación tiene como marco teórico el Análisis Crítico del Discurso y la metodología es cualitativa.

Palabras claves: Identidad - Maternidad - Discurso - Pobreza - Medios.

THE CONCEPT OF IDENTITY IN RELATION TO MOTHERHOOD IN THE DISCOURSE OF TEENAGERS WHO ATTEND A PREGNANCY FROM A LINGUISTIC AND PSYCHOANALYTICAL PERSPECTIVE.

Summary

My aim in this paper is to briefly discuss the notion of identity and how can unify the Psychoanalytical concept with the discursive, in order to carry out multidisciplinary research on this topic. This work is based on life stories collected in the Hospital Larcade, from 2008 to 2011, from teenagers who attend a pregnancy. Through the linguistic analysis of the guarantees, following the model of Toulmin (17), as it has been redefined by Pardo (14) and Molina (12), I intend to give an account of the discursive and psychological bases of what will then form an identity for these young women on maternity. They live in extreme poverty in the Buenos Aires suburbs and are combined with a large dose of family violence that links their identities as mothers to the image (or identities of the other) who have over their own mothers, parents, couples in these contexts of violence.

These data are also confronted with domestic violence cases that appear in the media and how they are dealt with discursively at these. Thus realizes the contradictions imposed the cultural identity of a group (the viewers or readers of means, which are a large part of society) against the experience of violence of these mothers. This research has as theoretical framework the Critical Discourse Analysis and the methodology is qualitative.

Key words: Identity - Motherhood - Discourse - Poverty - Media.

Introducción

En este caso, pretendo bucear en la construcción de la/s identidad/es discursiva/s de adolescentes que cursan un embarazo en situación de marginalidad a partir de un caso particular que tuvo lugar hace casi un año: el caso de Adriana Cruz, una mujer que mató a su hijo en el jacuzzi de su casa para vengarse de su marido, según sus propios dichos. A pesar de que el hecho de por sí es por demás movilizador, el énfasis que recaía sobre esta noticia estaba puesto en lo perturbador que resulta socialmente tener que admitir que una mujer-madre puede cometer este acto. Quedaba así de manifiesto que el amor hacia los hijos es una cuestión cultural y no un mandato natural. Esta revelación es muy difícil de aceptar socialmente porque en nuestras creencias la madre es todo. Esto, a su vez, demostraba que las garantías sociales sobre la maternidad forman un canon identitario sobre lo que es ser madre que funciona tanto en el plano individual, como grupal.

Mi objetivo en este trabajo es discutir brevemente la noción de identidad y cómo puede unificarse el concepto psicoanalítico con el discursivo con el fin de un trabajo multidisciplinar. Dicho trabajo busca, a partir de historias de vida recogidas en el Hospital Larcade desde el 2008 hasta el 2011, en este caso de adolescentes que cursan un embarazo, y mediante el estudio de las garantías argumentacionales, siguiendo el modelo de Toulmin (17) tal como ha sido redefinido por Pardo (14) y Molina (12), dar cuenta de las bases discursivas y psíquicas de lo que conformará luego una identidad tanto individual como grupal de estas jóvenes que viven en situación de pobreza sobre la maternidad, la madre, el padre y la violencia intrafamiliar¹.

Esta investigación tiene como marco teórico el Análisis Crítico del Discurso. Esta disciplina lingüística tiene como objeto de estudio al discurso entendiéndolo como un conjunto de prácticas textuales, discursivas y sociales que se modifican continuamente en una relación dialéctica. La perspectiva crítica implica una preocupación por problemas de índole social, en este caso vinculados a sectores marginales o empobrecidos.

En este artículo se parte de una Introducción, donde se comentan los objetivos y el marco teórico. Luego sigue un breve comentario sobre el concepto de identidad en el área del discurso como en la del psicoanálisis. Después, de modo sucinto, se explican las nociones de garantías argumentacionales y foco, para pasar al aparatado siguiente en el que se analizan las historias de vida de algunas de las adolescentes en relación con sus madres, padres, parejas y con la violencia intrafamiliar. A continuación, se analiza el rol de los medios cuando

deben informar sobre una noticia que se contraponen a la identidad grupal que ya se constituye en una garantía general y mayoritaria en nuestra sociedad sobre la maternidad. Esto permite comparar esta identidad, a la que podemos denominar canónica, con la experiencia de vida de estas adolescentes madres que viven no solo en situación de pobreza, sino también de violencia y observar la construcción de diferentes identidades según sea el contexto.

Breve comentario sobre el concepto de identidad en los estudios del discurso y la psiquiatría

El concepto de identidad es de por sí complejo, pero, además, ha sido usado de maneras tan diversas en diferentes ciencias y teorías que cada vez que se lo usa debe ser definido y aclarado.

Algunos autores sostienen que la identidad es un nodo fijo, que permanece las más de las veces invariable y que es el corazón del sujeto en tanto tal, lo que le permite reconocerse como un "yo", siempre el mismo, a lo largo del tiempo y del espacio.

Otros (6) suman, al concepto de identidad, nociones como la de "imagen" (*face*, (5, 1)). El sujeto se muestra según sea el contexto situacional y social. Podríamos decir que son máscaras que se utilizan frente a los otros, de modo consciente o inconsciente que reflejan el proceso mediante el cual se construyen "las identidades".

Según Brubacker y Cooper, ambos puntos de vista darían cuenta de lo que ellos denominan la versión fuerte y débil de esta noción (2). El primer ejemplo, que subraya la invariabilidad de la identidad y su permanencia sería la versión fuerte. En cambio, el último sería la versión débil en tanto hace hincapié en lo cambiante, sensible al contexto, no permanente de la identidad (o de la pluralidad de identidades que un sujeto puede tener). Esta versión débil responde a un enfoque posmoderno de la investigación, que pone énfasis en explicar los procesos de producción del poder a la luz del cambio cultural. Estas supuestas dos versiones parecerían enraizarse en la posición de Hume sobre la identidad, en la que observa por un lado un Yo invariable y, por otro, nunca idéntico así mismo, lo que uniría en un solo concepto ambas vertientes² (9).

En los estudios europeos parecería prevalecer la versión débil, dado que especialmente allí, la posmodernidad ha acarreado las denominadas guerras étnicas que, a su vez, atienden a la profunda diversidad cultural entre Europa del Este y el resto de esta.

En América Latina, la posmodernidad también ha traído indagaciones sobre identidad, discurso y cultura, pero lo ha hecho buscando una comprensión del pasado

¹ Este artículo está basado en una investigación multidisciplinar realizada con el equipo de adolescencia del Hospital Larcade en el que participaron médicas, obstetras, trabajadoras sociales, sociólogas, psicopedagogas y lingüistas. Especialmente quiero agradecer a la Dra. Matilde Salis por todo su apoyo, a la Lic. Ana Cravero por su continua ayuda y a la Lic. Lucía de la Vega quien junto conmigo realizó el asesoramiento lingüístico a este equipo.

² Sin duda, esto se debe a su carácter empirista, por el cual todo conocimiento sobre uno o sobre el contexto se debe a la experiencia sensible. Por esto, si bien uno solo puede reconocer su "yo", en tanto sujeto que percibe (ve, escucha, ama, odia), por otro existe la imaginación que hace aparecer lo continuo y lo semejante como siempre lo mismo creando la ilusión de un yo idéntico en el tiempo y en el espacio.

histórico, de la conservación de la memoria y a partir de allí de la búsqueda de una identidad cultural (¿nacional?) diferente (15).

También en nuestros países, la construcción de la identidad personal, como en el caso que nos ocupa, está ligada a contextos particulares como el de la pobreza estructural y nueva, la primera de ella ausente en gran parte de Europa y América del Norte.

Dentro del psicoanálisis el concepto de identidad refiere, en primer lugar, a la versión dura de este término, y es también una noción controvertida. Tal como sostienen Grinberg y Grinberg, la expresión “yo soy yo” es la que generalmente se utiliza para referirse “al sentimiento de identidad y traduce una experiencia de auto-conocimiento” (7).

Estos mismos autores afirman que el primero en introducir el término “identidad”, en esta ciencia, fue Víctor Tausk. Él indaga en la forma en que el niño descubre los objetos y su *self*, “afirmando que el hombre, en su lucha por la supervivencia, debe constantemente encontrarse y experimentarse a sí mismo”, lo que iría conformando su identidad (16).

Por otra parte, y contrariamente a lo que suele pensarse, Freud utiliza el término identidad solamente una vez en toda su obra, y de modo incidental y, además, con una connotación psicosocial. Para él, “la identidad refiere a algo medular del interior del individuo, que tiene correlación con un aspecto esencial de la coherencia interna de un grupo” (7). Cuando Hall cita a Freud, lo hace por el concepto de identificación (8).

Erickson retoma el hecho de que la identidad implica “una relación entre un individuo y su grupo con la connotación de una persistente mismidad y un persistente compartir cierto carácter esencial con otros” (7). Sin embargo, para Erickson la identidad refiere a un proceso, a un trabajo del yo, a un logro que el yo persigue, ya que este debe seleccionar las identificaciones significativas a la anticipación de la identidad y realizar una síntesis al final de la adolescencia. Este trabajo es al que denomina “identidad del yo” para diferenciarlo de la “identidad ilusoria” que no responde a un sentimiento de la realidad del ser en su realidad social. Los que se opusieron a esta limitación propusieron, en cambio, el término “formación de identidad” en el sentido de que se trata de un desarrollo progresivo. También afirmaron que “esta captación del self” como un nodo organizado, diferenciado, y distinto del ambiente que lo rodea, que tiene continuidad en el tiempo y que permanece invariable a los cambios, forma la base de la experiencia emocional de la identidad o “identidad del self” (7).

Más que competir, estas versiones de la identidad, fuerte y débil, parecen convivir en muchas de las teorías sobre este concepto. Por un lado, nuestro aparato psíquico aparenta tener procedimientos cognitivos que desarrollan ese nodo particular que hace que nos sintamos nosotros mismos en cualquier tiempo y lugar, por otro, ese desarrollo se da socialmente y, por lo tanto, con

la mediación del lenguaje. Esas identidades que varían según el contexto y las prácticas socio-discursivas en las que nos encontremos inmersos son solo una muestra parcial de nuestro yo, mientras nuestra identidad se genera de modo inobservable y aprehensible aún para nosotros mismos.

Por esta razón, en este trabajo cuando analizamos las identidades nos referimos a estos fragmentos del yo que se dan según el contexto y que no sabemos si son permanentes o no, ni verdaderos o falsos. Cuando nos referimos a ese nodo permanente del yo, nos referiremos a él como identidad del yo, si esta identidad es compartida por grandes sectores sociales lo denominamos identidad canónica.

Garantías argumentacionales y focos

Buscando indagar en las identidades, aquellas que están sujetas a nuestra experiencia del mundo, nos proponemos estudiar las garantías argumentacionales y los focos dentro de la Jerarquización de la información. Estas son argumentos (expresos o no) que permiten el vínculo entre un dato y una conclusión (17). Además, posibilitan reconstruir el sistema de creencias de un sector social y aquellas que conformarán una identidad tanto grupal como individual.

Un foco es la sección de la emisión más relevante en el plano jerárquico de la información. Aquello que el hablante desea enfatizar. En la mayoría de las lenguas indoeuropeas, por su orden de palabras, están al final de las emisiones (14).

Las historias de vida que hemos recogido con mis equipos de los UBACYT F127 y 120 y, especialmente, con Lucía de la Vega, con quien llevamos adelante la asesoría al equipo de adolescentes que cursan un embarazo en el Hospital Larcade de San Miguel, han mostrado que la familia es el actor que ocupa la mayor parte de los relatos. Las relaciones familiares son centrales en las construcciones de esos *self*. En todas esas narraciones quien tiene más presencia es, de manera exponencial, la madre.

La construcción de la identidad vinculada a la maternidad³

Las adolescentes valoran el rol de madre y, además, lo perciben también valorado socialmente. Es el rol tradicional de la mujer que está básicamente asociado a la maternidad y el hogar. Dichos roles (mujer, madre) forman parte de sus historias de vida y, por lo tanto, del modo en el que se muestran y se identifican, o no, con la concepción social de estos, construyendo así su identidad a partir de ellos.

“Ella (cuñada) me *consoló*, me dio una casa, un techo, me *dio todo*, me *dio todo* como si fuera una madre”.

Los *me* aluden a un rol pasivo por parte de la hablante, ella solo recibe de su cuñada y esto configura en su ideario lo que es una madre (solo se recibe de una

³ El foco de cada emisión aparece subrayado.

madre). Este pasaje entre los datos y la conclusión a la que la hablante llega (“*como si fuera una madre*”) es lo que denominamos una garantía. Para ella, en consecuencia, las madres deben⁴ consolar, dar una casa, dar todo. En cuanto al foco de la emisión enfatiza, precisamente, dicha garantía.

Las mismas madres, también, aparecen arrogándose un rol superdotado y poderoso frente a los hijos.

“Yo le digo ‘no, no es así. Vos tomás tus decisiones. Yo tomo mis decisiones. Y yo tomo las de mi hija. Siendo padre vos también, vos también tenés las responsabilidades y las decisiones de ella pero *más* la madre, o sea yo”.

Los *yo* acentúan la postura de la madre frente al padre de su hija y su primacía frente a la toma de decisiones en relación con ella. Y si bien reconoce los derechos del padre, su creencia y, por lo tanto, garantía es que ella como madre, y solo por esto, tiene más derechos que él. Obsérvese, que el foco pone énfasis en que es ella la madre, y, por lo tanto poseedora de todos los derechos con respecto a su hija.

Estas creencias acerca de que la madre es todo, trascienden a este grupo y a la situación de pobreza en la que viven. Sabemos que en la Argentina, como en la mayoría de los países latinoamericanos el matriarcado es una creencia muy arraigada y que se da desde hace siglos, incluso en los pueblos originarios.

Esta prevalencia de la madre, en nuestros estudios, se contrapone a la violencia (intrafamiliar) que padecen las mujeres, sea cual sea su rol. La violencia a la que son sometidas, por parte de su entorno, es tanto verbal como física. La falta de atención y cariño por parte de muchos de sus parientes es también concebida como violencia, al igual que el abandono que experimentan.

La violencia de las madres

Si bien la violencia proviene principalmente de los padres (la cual luego ellas observan y sufren también con sus novios), el análisis de los focos de las HV de las adolescentes evidencia que dentro de la violencia intrafamiliar, el mayor dolor es causado, sin embargo, por las acciones violentas o por omisión de las madres. Las relaciones que las adolescentes tienen son únicamente intrafamiliares y todas ellas mediadas por la violencia. No tienen prácticamente vínculos fuera del hogar o con pares.

Violencia por acción

(Mi madre) “*Me iba a re-cajar a palos*”.

(Mi madre) “*Si yo estaba acostada ahí: y va y me da una patada acá* (en la panza)”.

En estos dos casos la madre aparece como violenta y su violencia está focalizada, resaltada por la hablante. Son madres que golpean a sus hijas-madres o futuras madres. En el primer caso, la hija embarazada teme

confesarle a su madre que no quiere tener sexo con un joven con quien la madre la prostituye porque sabe que es violenta y, en el segundo caso, la violencia es concreta sobre el vientre de la joven

Violencia por omisión

“*(...) y mi mamá sabe pero, se hace la boluda*” (del abuso por parte del abuelo materno⁵).

Tanto en este ejemplo como con el anterior los focos señalan acciones de las madres que implican violencia, este énfasis dado por la jerarquización de la información implica que consciente o inconscientemente, estás jóvenes van conformando su identidad a través de estas experiencias que viven individual y grupalmente.

La violencia de las madres frente el abuso

Muchas manifiestan cómo las madres las someten a abusos y a una prostitución disfrazada o no nombrada.

“*Si le tengo que ser sincera, yo jamás le quise al chico, nunca. (...). Y salí para complacerle a mi mamá*”.

“*Entonces yo ahí: ahí pasó lo que tenía que pasar porque me daba pena porque él me dijo: ‘te vas sola ahora a tu casa’ y yo, si me voy sola, mi mamá es capaz de no sé qué porque ella lo re quiere al muchacho*”.

(El muchacho) “*Le había regalado así cosas para sus cubiertos y eso. Le compraba para las fiestas, compró las bebidas él. Y todas esas cosas. Pero él se pensaba que porque le compraba cosas a mi mamá yo tenía que estar sí o sí con él. Y ahí entonces tuve que estar sí o sí con él porque si yo iba sola mi mamá no, me iba a recagar a palos*”.

Todos los focos señalan cómo esta joven debe someterse a tener una relación con un muchacho para complacer a su mamá. El intercambio económico esconde la prostitución a la que la somete su madre. Esta reciprocidad de favores alimenta la garantía de que dar implica recibir necesariamente y que cuando no hay dinero, el pago es el sexo. Existe una aceptación callada de esta creencia, existe una identidad abusada.

La violencia de las madres como desatención

“*Pero es para ver si ella no me presta más atención y todas esas cosas porque yo siento que ella me deja mucho de lado. (Silencio) Y no lo hice porque no la quiero y todo eso (llora con fuerza) es para ver si me presta un poco más de atención*”.

“*Una sola vez nomás me saludó, desde los diecisiete años que tengo una sola vez me saludó nomás para mi cumpleaños (continúa sollozando)*”.

“*No me pegaba pero: nunca me habló de nada, nunca compartió nada conmigo*”.

La violencia que reciben de sus madres no es solo física, sino que también se expresa en la falta de atención hacia ellas. Estas jóvenes desean esa contención

⁴ El énfasis es nuestro.

⁵ Aclaración de la autora.

de la que carecen, se sienten solas y esto les genera una gran angustia. Todos los focos aluden a ese abandono. Las reacciones negativas de las jóvenes hacia sus madres son también un pedido, una solicitud de atención. Es por esto que, muchas veces sus embarazos son síntomas del abandono en que viven y una forma de ser atendidas y respetadas no en virtud de ser mujeres sino de ser madres. Se va creando así una identidad como mujer y madre cargada de violencia y abandono.

El vínculo con los hombres

Los padres

El vínculo con los hombres aparece, las más de las veces, ligado también a la violencia. En el caso de los padres, si bien están ausentes de sus vidas, no lo están de sus relatos. Aquí no observamos los focos, sino que recogemos representaciones discursivas que las jóvenes construyen de sus padres en vínculo con la violencia. Dichas representaciones van conformando una imagen (*face*) sobre sus padres, al igual que sucedió con sus madres, en las que las identidades que desarrollan de su entorno más cercano acarrean propiedades muy negativas. En las HV, sus padres son representados como:

Alguien que ejerce brutalmente la violencia física

"...y después de pegarle brutalmente a mi mamá...le partió la boca con la pinza...".

Alguien que es violento verbalmente

"...con lo que decía a veces sí... (me hacía mal)".

Alguien que las hace llorar

"...me hacía llorar mucho también...".

Alguien que es violento por ausencia

"...ni capaz de llamarme tampoco...".

Esta ausencia, esta falta de atención es también una agresión, una forma de violencia, que replica la de sus madres. ¿Podemos hablar entonces de una identidad del abandono?

La violencia, en general, pero especialmente la ejercida en la familia, despierta serios resquemores en las adolescentes sobre la vida en pareja, el matrimonio, y sus novios actuales. Esto indica que estas representaciones discursivas se internalizan y van formando fragmentos, retazos de esa identidad del yo que luego hay que cohesionar en una misma narración para alimentar ese sentido de la mismidad y permanencia.

"Yo no sé porque, yo con todo lo que mi mamá pasó con mi papá ya tengo miedo...".

Y cierra como para mitigar la figura violenta de su padre, su descargo hacia él:

"(Le pegó a todos) pero a mí nunca me golpeó, por suerte".

A pesar de toda esta violencia, el padre es un sujeto añorado, idealizado, del cual esperamos mucho menos que de nuestra madre: que sea el proveedor de la casa, que tenga un trabajo. Pero no necesariamente tiene que estar presente cada vez que lo necesitamos, ni tiene que

ser muy afectuoso. Al padre se le perdona todo con tal de que mantenga cierta presencia en el hogar. Y en estas creencias parecería no haber diferencias importantes entre las distintas clases sociales. Esto muestra cómo estas imágenes del otro (padre) se imbrican con nuestra identidad componiendo ese gran bricolaje de identidades que conforman *nuestro yo*.

En cuanto a nuestro estudio sobre adolescentes embarazadas la ausencia del padre (física y en tanto función) habla de una ausencia también de aquel que debe ejercer la ley, una función que debe ser ejercida por un adulto o institución que impone los límites y la separación simbólica de la madre (en tanto algo amorfo, de lo que hay que separarse para generar identidad).

Sus padres y el padre de sus hijos: una misma representación

Estas adolescentes madres tienen una misma representación para sus padres y para sus parejas, padres de su hijos, ligada a la violencia.

En este ejemplo, la hablante manifiesta que ambos (su propio padre y el de su hijo) arman escándalo al llegar a su casa y la lastiman.

Padre de la hablante: *"...y cuando venía tarde en la casa hacía quilombo"*.

Padre del bebé de la hablante: *"...y cuando viene siempre hace quilombo"*.

Los dos textos tienen uso de conector inicial "y", ambos utilizan el "cuando" para iniciar la temporal, los dos "hacen" "quilombo".

La diferencia está precisamente en el verbo, en la temporal, uno está en pasado "venía" y otro está en presente y reforzado por el siempre "viene siempre".

En su relato sobre el novio actual también aparece una temporal ligada a la violencia: *"...dice que cuando lo vea (a su ex novio) lo va a matar que esto que el otro"*.

Aquí la temporal indica un tiempo futuro, *matarlo ni bien lo vea*, lo que se constituye en una amenaza. De este modo, el discurso de R no tiene escapatoria: sea cual sea el tiempo en el que se mueva se topará con la violencia masculina: pasado, presente y futuro.

La violencia de los hermanos y la propia violencia

La violencia se presenta también en las relaciones con los hermanos. Tanto mujeres como hombres ejercen la violencia. En el caso de las mujeres, especialmente con sus hermanos más chicos a quienes cuidan en ausencia de sus madres (asumen el rol de madre y replican la violencia):

"Me pegó acá, en la cabeza me tiraba patadas para pegarme en la panza".

"Y yo le digo: 'me llegás a pegar en la panza y te cago a palos'".

Obsérvese cómo en el ejemplo la adolescente-madre replica lo que ellas dicen sobre sus propias madres:

⁶ Aclaración de la autora.

“(Mi madre) *Me iba a re cagar a palos*”.

“(Mi madre) *“Si yo estaba acostada ahí: y va y me da una patada acá (en la panza)”*.”

Seguimos con otro ejemplo de la violencia de las adolescentes-madres con sus hermanos:

“*Me quería ubicar la panza, así me hacía con el palo, me pegó por acá, yo me calenté y no lo quise lastimar pero le tiré un cuchillo y, y lo lastimé*”.

En el primer caso el foco señala la amenaza de la adolescente a su hermano en discurso directo (cuando se replican los dichos de un Sujeto o los propios de forma textual), lo que lo hace más dramático. En el segundo caso, se refiere a su culpabilidad, en tanto aquí ya no hay una amenaza sino un acto cometido (tirarle el cuchillo), que termina lastimando a su hermano. Ambos focos señalan la violencia que esta adolescente-madre ejerce sobre sus hermanos.

La familia en esta etapa es fundamental ya que los procesos de identificación de las niñas son relacionales (3) y estas ven limitada su interacción simbólica a su vínculo primario (ya que no aparecen otros actores, por ejemplo pares). Dado el entorno de violencia en el que viven conjuntamente con esta falta de relaciones hacia fuera, ellas se identifican más con sus propias madres, pero sobre todo con lo único que ellas observan como valorado: ser madre, lo que obviamente implica embarazarse. De aquí que el embarazo, la potencialidad de ser mamás, se constituya en un síntoma de todo su sufrimiento interno y, a la vez, en una posibilidad viable para conseguir atención y reconocimiento.

Volviendo a la madre

Reforzando lo anterior, ante la ausencia del padre, la madre es fuente de todas las aspiraciones. Las madres son quienes deben “*darlo todo como una madre*”. Una definición por demás tautológica.

Esta ilusión de amor incondicional contradice, como hemos visto, las más de las veces, su propia experiencia. Sin embargo, tanto las acciones de este grupo como las de toda nuestra sociedad se basan en la seguridad de que alguien vela por nosotros y ese alguien, en nuestro imaginario, es nuestra madre.

Relevando las garantías argumentacionales de estas adolescentes, podemos reconstruir un decálogo de la mujer-madre ejemplar, que conforma sus identidades y, a la vez, una identidad canónica.

El decálogo de la mujer-madre ejemplar (La madre santa)

La madre debe estar con los hijos a cualquier precio.

La madre debe ser buena.

La madre debe ocuparse de las necesidades básicas y de la crianza de los chicos.

La madre debe hacer las cosas de la casa.

La madre no abandona a sus hijos.

La madre debe compartir con sus hijos.

La madre debe ser cariñosa con sus hijos.

La madre debe estar cuando los hijos la necesitan.

La madre debe estar en la casa con el marido.

La madre debe dar una buena imagen como mujer y madre (La madre no debe *girar*, porque se convierte en una *atorranta*).

Este decálogo parece tener una inspiración judeo-cristiana en tanto reclama una serie de exigencias que solo una Santa podría cumplir. Replica en el fondo la imagen de la Virgen madre protectora. De algún modo, retoma parte del patrón femenino del siglo XVI, que perduró hasta la España Franquista, el de la “Perfecta Casada” (1583), de Fray Luis de León, una de las obras más leídas, y considerada como modelo de análisis de la psicología femenina (incluso en el siglo XX, de 1936 a 1975 era lectura obligada para las futuras esposas). Este libro se basa en las ideas expuestas por Luis Vives en “La Formación de la mujer cristiana” de 1523. Fray Luis ve en la Virgen María el modelo y guía de la mujer perfecta y en ella encuentra el arquetipo supremo de la feminidad.

Estas garantías son mucho más que un dato lingüístico del discurso de un grupo de hablantes, representan el “deber ser” social, lo que llamo identidad canónica. Esta constituye el canon de conducta que cualquiera que vive en esta comunidad debe seguir, más allá de su propia experiencia, una identidad cultural impuesta, pero a la vez valorada, porque ella marca en gran medida la pertenencia a un grupo.

Este canon es el que me permite medir si soy o no una buena mujer, una buena o mala madre, en la medida en que me acerque o me aleje de esas reglas. Estas garantías, a las que también denomino, canónicas, en tanto materialidad lingüística, conforman sobre todo gran parte de nuestro aparato psíquico y pensamiento y se anteponen a la experiencia de los hechos, se anquilosan, se institucionalizan y para poder cambiarlas se necesitan otras nuevas y fuertes, capaces de quebrantarlas. Además, deben ser compartidas por un gran sector de la sociedad para que produzcan un cambio, (como fue el caso del matrimonio igualitario, identidad de género, divorcio en su momento o la no importancia de la virginidad).

Cuando estas garantías se rompen en lo cotidiano (por ejemplo, el asesinato de un hijo por su madre), se quiebran, el hecho se vive como un despojo, como algo que desbarata esa estabilidad, esa identidad grupal, de pertenencia. No hace falta que esto nos suceda, basta con que veamos que alguien quebrantó esa ley en la que nos basamos. Sin embargo, esto también pasa porque el canon sigue allí, como paradigma de nuestra vida. Si las garantías argumentativas que sostienen nuestras creencias fuesen otras, no sufriríamos. Nuestra identidad canónica ha sido puesta en jaque.

Es importante notar, además, que una cosa es el canon y otra la experiencia cotidiana con la que conviven estas adolescentes madres que viven en situación de pobreza (y muchas otras mujeres ya que la violencia hacia la mujer-madre parece no reconocer sectores socioeconómicos). El discurso de estas adolescentes muestra que conviven con la violencia, pero viven bajo el ideario de la mujer-madre perfecta. Esta es una de las razones por las cuales no puede tomarse con liviandad ni creerse que estas “identidades” son el yo, son solo fragmentos, más-

caras de un yo más complejo y profundo, que vive en gran contradicción entre el deber ser y lo que se es, que necesita de una narrativa única que sea lo más coherente posible con quienes somos.

Los medios, la ley y la violencia de la mujer-madre

Los medios tienden a expresarse respetando las creencias que habitan en el imaginario social. Y, además, tienden a repetirlas una y otra vez; el género de la telenovela, por ejemplo, es experto en el manejo del canon-identidad canónica y, por lo tanto, grupal y cultural. Además, ha sido, hasta hace muy poco, bien maniqueo: los buenos, que de tan buenos parecen tontos, y los malos que son realmente diabólicos.

Esta necesidad de los medios de manejar estas narraciones y de los espectadores de verlas parece estar allí por dos motivos:

1. Porque las narraciones repetidas estructuran nuestro psiquismo (lo que da poder a los medios); es el caso del niño que pide que le contemos un cuento una y otra vez, lo que, a su vez, permite calmar su angustia (lo que anhela el espectador). La narración del canon también coadyuva a mantener el orden social, en tanto repite el sistema de creencias para que sea aprendido y reaprendido y de forma a una identidad canónica grupal y cultural.

2. Porque crean una estrategia de shock, de sometimiento, ya que lo que produce es un estado de profunda desorientación en el que se puede obligar a una persona o grupo a hacer concesiones contra su voluntad, durante el corto tiempo que dura el shock.

Capitalismo, shock, sometimiento y violencia

En aquella nota que escribí para "Página 12" (13) señalaba lo que algunos *videographs* y dichos de periodistas sostenían sobre el caso Adriana Cruz:

"La mujer no mostró arrepentimiento".

"Un testimonio escalofriante..."

"No es la frase, sino el tono de su expresión".

"Sí, ni siquiera con un tono de voz en su forma de expresarse, de dolor de arrepentimiento por haber matado a la criatura de 6 años, estaba más interesada en la venganza a su ex marido que en la vida de su propio hijo".

La angustia que revelan estos *videographs* y dichos se debe a que narran un hecho que se aparta del canon (esto es del bien-mal *superyoico*).

El propio fiscal admite considerarse uno más a la hora de hacer la pericia del lugar. Lo señala porque sabe, precisamente, que él no es uno más en el tratamiento de este caso. Pero lo supera el contexto, el social y el que observa en esa escena privada en el que el hecho ocurrió. No es difícil imaginar lo que puede pensar alguien en ese

lugar, no es difícil colocarse en el lugar de ese padre y de su hijo. Lo inquieta ver una escena cotidiana, tal como podría suceder en su casa y que todo ese marco familiar se vea roto y que salga a la luz un sentimiento escondido, presentido, pero no revelado en su totalidad, que termina en tragedia.

Él está en *shock*, y lo trasmite a la audiencia ante las preguntas periodísticas. Los *videographs* remarcan sus dichos:

"Rompi en llanto cuando vi al chico en la bañera".

"Lo que vi me hacía acordar del exorcista, un cuadro dantesco".

Los medios hacen de esta experiencia personal del fiscal una estrategia de shock, que busca angustiar, mostrar el lado diabólico que habita en la mujer virgen y buena y que acecha amenazándonos a todos. Como sostiene Naomi Klein (10), es una estrategia para el sometimiento. Cuando nos sentamos cómodamente en el sillón del *living* a ver en la pantalla del televisor el horror y el sufrimiento humano, hay algo que va mucho más allá de la pulsión escópica (la pulsión de mirar), estamos en el campo del goce⁷. Y es así porque así lo requiere el espectáculo, aquél del que nos hablaba Debord (4) que termina estetizando las más crueles y dolorosas realidades, especialmente en estos tiempos posmodernos. El espectáculo televisivo busca nuestro punto de goce o no podría existir, ya que solo ese más allá del principio del placer es lo que nos posibilita presenciar tanto sufrimiento; ese goce que lleva a la compulsión, a la repetición: *"sé que es un horror, sé que es morboso, pero no puedo dejar de verlo"*. Algo similar a lo que ocurre con las adicciones. En este caso, como decía más arriba: narrando el canon y rompiéndolo a la vez, revelándonos sin atenuantes esa dicotomía que llevamos entre la cultura (el canon, el *superyó*, nuestra identidad canónica) y nuestra naturaleza desnuda y *yoica*. Formando de este modo, identidades que se mueven en la pura contradicción.

"El sujeto que nos interesa -dice Lacan- está atrapado en el campo de la visión", (11). Y nadie duda que las grandes productoras, a las que les interesa el mismo sujeto, saben que vivimos en una época donde predomina lo imaginario y la pulsión escópica, que es tan fuerte como la pulsión de ser mirado.

En un contexto social y mediático donde la inseguridad está presente día a día, donde muchos delitos quedan impunes, sobre todo aquellos vividos en la cotidianidad del hogar, la televisión y los diarios nos exponen hasta el hartazgo a crímenes espeluznantes, como el de Adriana Cruz. Nos alivian porque la violencia a la que somos sometidos todos los días no tiene este impacto, y a su vez, nos permite medirnos más buenos, más ajustados a nuestras creencias sociales, nos da una identidad que nos asegura la pertenencia. Por otro, la estrategia del shock está allí para dejarnos atónitos, vulnerables, convertidos en jueces advenedizos, listos para pedir la condena; sometidos a la angustia porque esta madre par-

⁷ "Goce" en sentido lego es simplemente placer. Para el psicoanálisis "goce" es exceso intolerable de placer, o el placer corporal que lleva al dolor y al sufrimiento.

ricular se vuelve la madre posible de todos, la Medea a la que los medios han aludido muchas veces, la que devuelve la verdadera naturaleza humana, dejándonos solos y abandonados.

Agradecimientos

Este trabajo fue parcialmente financiado con el subsidio UBACYT 20020100100120 "El rol del discurso en el cambio social. Tres problemáticas fundamentales para las familias que viven en situación de pobreza

urbana en América Latina". FFYL.UBA, del cual la autora es Directora.

Nota

Este trabajo se basa en la nota que escribiera para el Suplemento Las 12, del diario Página 12, "La madre de todos".

Esta investigación se realizó con el asesoramiento de la Médica Psiquiatra Virginia Buscaglia ■

Referencias bibliográficas

1. Brown P, Levinson SC. Politeness: Some universals in language usage. Cambridge: Cambridge University Press; 1987.
2. Brubaker R, Cooper F. Beyond "identity". *Theory Soc* 2000; (29): 1-47.
3. Chodorow N. El Ejercicio de la Maternidad. Psicoanálisis y Sociología de la Maternidad y Paternidad en la Crianza de los Hijos. Buenos Aires: Gedisa; 1984.
4. Debord G. The society of the spectacle. New York: Zone Book; 1994.
5. Goffman E. On Face-work: An Analysis of Ritual Elements of Social Interaction. *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes* 1955; 18 (3): 213-231.
6. Grad H, Martín Rojo L. Identities in discourse: An integrative view. In: Dolón R, Todolí J, editors. *Analysing identities in discourse*. Amsterdam: John Benjamins; 2008. p. 3-30.
7. Grinberg L, Grinberg R. Identidad y Cambio [Libro en Internet]. Buenos Aires: Ediciones Paidós Ibérica; 1998. Disponible en: http://psiqueyeros.wordpress.com/2010/07/14/identidad-y-cambio-el-concepto-de-identidad-y-los-vinculos-de-integracion-espacial-temporal-y-social/#_ftn1
8. Hall S. Introduction. Who needs identity? In: Hall S, du Gay P, editors. *Questions of cultural identity* [Libro en Internet]. London: SAGE; 1996. p. 1-17. Disponible en: <http://www.unc.edu/~restrepo/intro-eeccs/quien%20necesita%20identidad-hall.pdf>
9. Hume D. A Treatise of Human Nature. Parte IV, Sección VI. Oxford: Oxford University Press; 1967.
10. Klein N. La doctrina del shock. El auge del capitalismo del desastre. Barcelona: Paidós; 2010.
11. Lacan J. Seminario 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós; 1964.
12. Molina L. La argumentación en las noticias. Una aproximación al análisis de la estructura argumentativa a partir del modelo de Toulmin en el marco del Análisis Crítico del Discurso. Buenos Aires: Tersites; 2012.
13. Pardo ML. La madre de todos. Página12. 03 abril 2012; Sec. Suplemento Las 12. Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/las12/subnotas/7152-786-2012-04-03.html>
14. Pardo ML. Teoría y método de la investigación lingüística. Método sincrónico-diacrónico de análisis lingüístico de textos. Buenos Aires: Tersites; 2011.
15. Poccioni MT. Identidad y Discurso. *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales - Universidad Nacional de Jujuy* 2001; (17): 389-394.
16. Tausk, V. Sobre el origen del aparato de influencia en la esquizofrenia. *Rev. de Psic*; II (3): 1944-45.
17. Toulmin S. Los usos de la argumentación. Barcelona: Península; 2007.

Identidad y narración: devenires autobiográficos

Leonor Arfuch

Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales.

Instituto de Investigaciones "Gino Germani".

E-mail: larfuch@yahoo.com.ar

La relación entre autobiografía e identidad parece casi obvia: la primera vendría a responder, con el prestigio de un género consagrado, esa vaga pregunta, *¿Quién...?* ligada al ser o al hacer, cuya réplica cabal, según Hannah Arendt (1), supone contar la historia de una vida. Y vendría a responder -también, según regla del género- con la mayor autoridad posible: la de quien, asumiendo el yo -esa singular marca gramatical- da testimonio de su identidad, al decir de Benveniste (7), desde *"una ilusoria*

unidad del sujeto". La autobiografía carga entonces con esa responsabilidad, que comparte en cierta medida con otros géneros biográficos -confesiones, memorias, diarios íntimos, correspondencias- y que entraña tanto la idea de la cercanía como la promesa de autenticidad. Pero si bien desde su origen mítico, que según consensos podría situarse en el siglo XVIII, con las *Confesiones* de Rousseau (1776) (24), el género ha dado muestras de envidiable vitalidad y producido obras memorables, es poco lo que

Resumen

Este trabajo aborda la relación sutil entre narración autobiográfica y construcción identitaria a partir de una concepción no esencialista de la identidad. Desde esta perspectiva, que articula enfoques de la filosofía del lenguaje, el psicoanálisis, la semiótica y la crítica literaria, se postula el concepto de espacio biográfico como un instrumento analítico para dar cuenta, en una lectura sintomática, de la primacía de lo biográfico, lo privado y lo íntimo en la cultura contemporánea, y su incidencia en la reconfiguración de identidades y subjetividades. Esa primacía se expresa no solamente en el auge de los géneros auto/biográficos canónicos y las historias de vida, sino en sus múltiples derivaciones, tanto en los medios de comunicación como en las redes sociales y las más diversas prácticas artísticas, cuya trama inabarcable parece traducir fielmente la noción de identidad narrativa de Paul Ricoeur. Nuestro análisis se centrará justamente en dos recientes experiencias de las artes visuales que involucran de diverso modo lo biográfico y son susceptibles de un abordaje tanto en el plano estético como ético y político: las muestras del artista francés Christian Boltanski y de la artista inglesa Tracey Emin, autores que por primera vez presentaban exposiciones individuales en Buenos Aires.

Palabras claves: Identidad narrativa - Espacio biográfico - Subjetividades - Cultura contemporánea - Artes visuales.

IDENTITY AND NARRATION: AUTOBIOGRAPHICAL QUESTS

Summary

This paper aims to tackle the subtle relation between autobiographical narratives and identity construction, from a non essentialist conception of identity. In a perspective that articulates philosophy of language, psychoanalysis, semiotics and literary critique, we posit the concept of biographical space as an analytical instrument to make a critical update of the reconfiguration of identities and subjectivities in contemporary culture, marked by the predominance of the biographical, the private and a kind of "public intimacy". This look is more symptomatic than descriptive: it intends to account for the rise of auto/biographical narratives and life-stories, from canonic genres to their multiple derivations in the media, social networks and the most diverse artistic practices, a phenomenon that seems to reaffirm the notion of narrative identities by Ricoeur. Our analysis here, from an ethic, aesthetic and political point of view, will focus on two visual arts experiences that have recently taken place for the first time in Buenos Aires: Christian Boltanski's and Tracey Emin's, solo exhibitions, each of them with a different biographical approach.

Key words: Narrative identity - Biographical space - Subjectivities - Contemporary culture - Visual arts.

podríamos acordar hoy respecto de su cualidad expresiva -o representativa- de la "verdad" del sujeto y/o de la adecuación referencial a los acontecimientos de su vida. Primero, porque sabemos que esa verdad es esquiva, se revela y se rebela, es resistente a la palabra -el psicoanálisis, la filosofía, la lingüística, la semiótica, nos han alertado sobre ello, haciéndonos sospechar de la linealidad del sentido y de la transparencia del lenguaje-; en segundo lugar, porque hay formas de autobiografía que no cumplen siquiera el requisito del "yo" y, finalmente, porque ya no creemos en una identidad esencial, fijada en ciertos atributos, que sería aprehensible en un relato -en un retrato- capaz de traducir con justeza el abismo de la interioridad.

Hace unos años, Stuart Hall y Paul du Gay, representantes de los *Cultural Studies* ingleses, publicaron una compilación con un título enigmático: *¿Quién necesita identidad? (Who needs identity?)* (16). Por cierto, se trataba de una pregunta retórica y política, la idea de que la pregunta por la identidad sobreviene cuando está amenazada, cuando se la "pierde" o quizá todavía no se ha conseguido afirmar: la histórica lucha por el reconocimiento de las diferencias -étnicas, raciales, culturales, sexuales, religiosas, etcétera- da cuenta de ello. Pero, también, estaba implicada una concepción no esencialista de la identidad, la construcción de sí como un proceso abierto a la temporalidad y la experiencia, a la relación con los otros, a la contingencia: "*un devenir más que un ser*", en palabras de Hall. Podría pensarse, entonces, que la narración autobiográfica -en cualquiera de sus manifestaciones- responde también a esa necesidad de afirmación identitaria que supone la pregunta *¿Quién...?* y al mismo tiempo, se enfrenta, inevitablemente, al desencanto de la "*ilusoria unidad*", como bien señalaba Benveniste.

Es Paul Ricoeur (21) quien trató de conceptualizar la disrupción entre aquello que asegura la permanencia en la conciencia y el (auto)reconocimiento -el uno mismo, la *mismidad*- y la otredad constitutiva del sí mismo -la *ipseidad*-, en términos de intervalo, oscilación entre dos polos, que puede aproximarse por momentos a uno u otro sin fijarse nunca. Una concepción un tanto pendular, que intenta sin embargo dar cuenta del movimiento, ese constante fluir de lo que devenimos sin dejar de ser, la trama infinita en la que se teje nuestra experiencia de vida, que ningún relato podrá traducir cabalmente, ni la más sincera de las autobiografías. Ese devenir, lo que excede y desborda la conciencia, la memoria y hasta la percepción, encuentra en el concepto de *identidad narrativa*, con el que el filósofo culmina su exploración sobre el tema, una apropiada nominación: la identidad como una trayectoria que se despliega en la temporalidad del relato, donde la puesta en forma de la trama es también una puesta en sentido.

Así se puede comprender por qué, si la lejanía del origen y el peso de las teorías nos han hecho incrédulos respecto de las promesas de sinceridad y veracidad de la autobiografía y sus géneros afines, no ha disminuido en nada el interés -la pasión- que despiertan, tanto en sus enunciadores como en sus destinatarios. Es que si solo *somos* en la medida en que *nos narramos* -en la amplia

gama audio/visual, táctil, gestual, corporal, simbólica, en que puede transcurrir una narración- el relato es, como afirmaba Roland Barthes (6), consustancial a nuestra existencia y -podríamos aventurar- la empatía que sentimos hacia las vidas de los otros -que subyace a esa pasión- no es sino el modo de reconocernos en una condición común de humanidad. Es allí justamente donde anida el concepto de *valor biográfico*, que el gran teórico ruso Mijaíl Bajtín (4) atribuyó a las formas afines (la autobiografía, la biografía, la confesión) en mayor medida que a otras manifestaciones estéticas o culturales. Un valor asentado en la interacción dialógica y la mutua identificación, la puesta en orden (de la vida) que supone el relato que alguien hace de sí mismo no solo concierne al narrador sino también a su eventual perceptor, al tiempo que remite a la dimensión ética de la vida en general. Avanzando un paso más en esta línea, el filósofo rumano Emmanuel Lévinas (18) va a reconocer, paradójicamente, esa condición común de humanidad en lo que llama "*la soledad del existir*", un ser "*sin puertas ni ventanas*" -y entonces, una absoluta singularidad- cuyo escape es la relación (ética) en la comunicación, tanto erótica, sensorial, como narrativa.

Desde esta óptica, y más allá de quienes firmen con su nombre un libro, una obra artística o un filme que los tiene como protagonistas, todos somos autobiógrafos en la medida en que nuestra vida se entrama en las interacciones, las conversaciones, los intercambios cotidianos, la relación intensa con los medios de comunicación. Y si bien estas prácticas son características de la vida corriente en nuestro tiempo, las últimas décadas han sido pródigas en cuanto a la multiplicación de sus formas en el espacio público, la insistencia de sus apariciones, y la ampliación de sus circuitos. En efecto, de los medios de comunicación a la política, de la entrevista periodística a las conversaciones, de la investigación en ciencias sociales al *reality show*, del testimonio a la autoficción, del documental subjetivo al teatro como *biodrama* o a ciertas prácticas autobiográficas de las artes visuales, de la *performance* a las redes sociales, pasando por el registro más canónico de la producción editorial y sus siempre renovados *best-sellers*, asistimos a un despliegue incesante de narrativas del yo -aún referidas a otro-, de diverso tenor ético, estético y político. Un *subjetivismo* a menudo en exceso que, según algunos críticos, se centra en la peripecia personal como otro rasgo del individualismo, en desmedro de los intereses colectivos.

Esta acumulación irreverente, este campo heteróclito de formas y géneros con cierto "parecido de familia" pese a las decisivas diferencias de valoración que merecen -y requieren- en cuanto a su estructura, su historicidad, su investidura afectiva y su peso simbólico en la trama de la discursividad social, es lo que he querido abarcar -e investigar- hace más de diez años, postulando el concepto de *espacio biográfico* (2) en tanto horizonte de inteligibilidad para dar cuenta, en una lectura sintomática, de lo que puede interpretarse como una reconfiguración de la subjetividad contemporánea, donde el auge de la técnica, en la llamada conectividad global, tiene parte no menor. La perspectiva adoptada, algunos de cuyos ejes

ya he señalado, es obligadamente transdisciplinaria: una articulación comprensiva de enfoques psicoanalíticos, lingüísticos, filosóficos, sociológicos, de la crítica literaria y los estudios culturales; dominios sin fronteras estrictas donde quizá lo más interesante son los cruces, las zonas intersticiales, los interrogantes compartidos.

De alguna manera este fenómeno, en sus innumerables facetas, ya se insinuaba hacia finales de los años setentas en ciertas reflexiones académicas, positivamente, como un retorno del sujeto luego del apogeo estructuralista - dar la voz, dar el nombre, recoger la experiencia del actor social en entrevistas cualitativas, historias y relatos de vida- (9); negativamente, en el plano más amplio de las subjetividades, como un giro narcisista que suponía la pérdida de la cultura pública (25) y también, desde un ángulo más político, ligado al avance de los medios de comunicación, como una creciente personalización de la política en desmedro de lo programático e ideológico (15). Analizado a la distancia, el curso de los acontecimientos daría razón a ambas posturas: por un lado se produjo efectivamente una apertura en cuanto al reparto de la voz, no solo en la investigación social, sino en el espacio público y mediático, con la emergencia de los nuevos movimientos sociales, tanto en defensa de derechos de las minorías como de afirmación ontológica de las diferencias y las políticas de identidad. Distintas corrientes del feminismo, por ejemplo, destacan la importancia de las narrativas autobiográficas no solo en la formación de los colectivos, sino en la constitución misma del campo epistémico (14, 27). También el énfasis memorial que caracterizó las últimas décadas del siglo pasado y continúa vigente, hizo del testimonio -y entonces, de la voz de quien vivió, padeció o fue testigo- un género privilegiado en el horizonte cultural, podríamos decir, a escala internacional. Los ecos del nazismo y de la guerra, genocidios, la emergencia de memorias traumáticas de las dictaduras, especialmente en nuestra América Latina, dieron lugar a una trama inabarcable de narrativas, desde el género testimonial más canónico -muchas veces como prueba ante la justicia- a las más diversas prácticas artísticas.

Por otro lado, los medios, haciéndose eco quizá de estas tendencias, dieron el salto de los "ricos y famosos" -sin dejarlos, por cierto, de lado- a los seres comunes, creando nuevos tipos de programas "a su medida" -*reality shows, talk shows*- donde el infortunio y las vicisitudes del vivir tienen lugar protagónico y encuentran supuesta resolución en la pantalla. Cruzando límites, esa modalidad parece haberse transformado en el ser mismo de la televisión, donde la apertura del decir y el mostrar, la exhibición a ultranza de lo íntimo en lo público, parecería dar razón a Norbert Elías (11): una liberalización de la palabra -de las costumbres- que trae aparejado, como contracara, el reforzamiento del mecanismo psíquico del autocontrol.

Más tarde, las redes sociales desplegaron inesperadas tonalidades de esa nueva subjetividad, haciendo de lo privado y lo íntimo algo para compartir, no solo con amigos sino también con extraños y a nivel global. Aquí los viejos géneros -la autobiografía, el diario íntimo, el

diario de viaje, el álbum de familia, las correspondencias- renacieron en el modo de la autoficción: identidades múltiples, ficticias, invenciones de sí, juegos de adivinanzas, todo lo que permite el privilegio del anonimato, tanto como el de la visibilidad (23, 26). Vivir *on line* es quizá hoy, sobre todo para los jóvenes, una experiencia cotidiana que también cosecha defensores y detractores. Por otra parte, la aparición, que Arendt veía como un rasgo esencial de lo público y de la democracia se inviste de nuevos sentidos y de nuevos mecanismos: el *twit* -otro escalón en la personalización de la política- puede remplazar con ventaja al discurso político- o transformarse en él.

Reñglón aparte merecen las prácticas artísticas, cuya presencia en el escenario mundo, haciéndose cargo críticamente de temas candentes de la actualidad -guerras, masacres, desapariciones, migraciones forzadas, fronteras, memorias traumáticas- es un rasgo típico de la actualidad. Cuerpos, objetos, instalaciones, videos, fotografías que juegan en el umbral entre lo denotativo y lo estético, se enfrentan a menudo con los conceptos clásicos de la vanguardia y el "arte político", proponiendo más bien nuevas políticas del arte o afirmando que "*todo arte es político*" (19). También aquí hay un giro biográfico, que lleva a asumir la figura protagónica del yo, ya sea como presencia en la imagen o como alusión, como relato descarnado de un verosímil o bajo las argucias de la autoficción. Pero estas prácticas suelen poblarse asimismo de otros, en intentos que orillan lo antropológico, para dar cuenta de la experiencia traumática del vivir contemporáneo (13, 16, 28).

Es justamente este registro del arte, quizá uno de los menos trabajados desde esta perspectiva, el que nos interesa abordar aquí, a partir de dos muestras representativas, respecto de los temas que esbozamos, que tuvieron lugar recientemente en Buenos Aires, trayendo ecos de otros horizontes: la muestra del artista *post-conceptual* francés Christian Boltanski, la exhibición de video arte de la artista visual inglesa Tracey Emin.

La obra de Boltanski, de relevancia internacional, podría definirse como una interrogación sobre el paso del tiempo, la desaparición, la muerte y la memoria. La muestra múltiple presentada en Buenos Aires, con la curaduría de Diana Wechsler, consistió en dos grandes instalaciones originales, realizadas en lugares emblemáticos de la ciudad -*Migrantes*, en el viejo Hotel de Inmigrantes, que recibió durante décadas a quienes venían de lejanas tierras en busca de un destino; *Flying Books*, en el edificio de la ex Biblioteca Nacional, que inspirara a Borges su célebre "Biblioteca de Babel", a modo de homenaje al autor-; una réplica, montada en Tecnópolis, de *Archivos del corazón*, proyecto interactivo donde va registrando latidos en diversos lugares del mundo; y una pequeña retrospectiva de su obra en el Museo de la Universidad de Tres de Febrero (UNTREF).

En esta retrospectiva, signada por la huella traumática del nazismo y de la guerra -él mismo se define como "*un hijo de la Shoá*"- una obra en particular, *6 de setiembre* -día de su cumpleaños- asumía, de manera anómala, un cierto carácter autobiográfico. Lejos de encontrarse el

visitante ante una trama de pacíficas fotografías o una acumulación de objetos personales, era confrontado a la violencia de una video instalación a alta velocidad, compuesta de miles de imágenes sonorizadas provenientes de los noticieros que fueron emitidos ese día desde su nacimiento -en 1944, pocos meses después de la liberación de París- hasta que cumplió 60 años. Extraño modo de narración autobiográfica, que ponía en escena no solamente un afán narcisista -una de las lecturas posibles- sino, prioritariamente, una inquietante verdad que anida en cada biografía: que nuestra vida no nos pertenece por entero, que somos en la medida en que interactuamos y que toda biografía es indefectiblemente colectiva, entramada en el devenir de un tiempo histórico, compartido. Así, en ese arco existencial que abarcaba acontecimientos señeros del siglo XX, se podía pulsar a voluntad un botón, por simple curiosidad o ante el reconocimiento de algo familiar, y por un instante detener una imagen antes que la vorágine la arrastrara nuevamente consigo; tal vez una metáfora de la vida misma.

Boltanski ya había incursionado por sendas autorreferenciales bajo el modo de la autoficción, un relato de sí que no condice con la verdad de los hechos y que incluso puede ironizar sobre su supuesta adecuación. Así, llamó a una de sus primeras obras *Búsqueda y presentación de lo que queda de mi infancia, 1944-1950* (1969), un libro de artista que contenía una acumulación de objetos de cualquier proveniencia en su perfecta banalidad; a otra posterior, *Colección de objetos que pertenecieron a Christian Boltanski entre 1948 y 1954* (1970-1971); presentó luego *Diez retratos fotográficos de Christian Boltanski 1946-1964* (1972), que en realidad eran fotografías de otros niños y jóvenes; y más tarde *Los sainetes cómicos* (1974), donde por el contrario intervino fotografías propias con pintura y aparecía caracterizado a la vez como padre, madre e hijo.

Lejos de ser caprichosas, estas prácticas venían a dar carnadura a ciertos postulados de la teoría: que ningún relato biográfico es equivalente a "la vida misma"; que la autobiografía, pese a la pregonada identidad entre autor y personaje certificada por la firma (17) es una construcción ficcional apenas alejada de la invención novelística por algunas ataduras de tiempo y lugar; que las biografías son, en cierto modo, intercambiables, más allá de los rasgos tangibles e intangibles que hacen a su singularidad. Había allí también un guiño a la pretensión afirmativa de la identidad que se dejaría aprehender en un (auto)retrato y una notoria obsesión con el paso del tiempo, la pérdida de los cuerpos y el devenir significativo de los objetos -ropas, cajas de archivo, fotografías, luces- que se transformaría luego en una inconfundible modalidad estética.

Esa insistencia en el desfasaje de la identidad, ese "sujeto siempre en falta" como diría Régine Robin (22), acechado tanto por un destino trágico como por la rutina abrumadora de lo cotidiano, alentaba a su vez el deseo de articular lo singular y lo colectivo, esa súbita identificación que permite reconocernos en un nosotros, aun de modo contingente y transitorio. Empeño capital en el trabajo sobre la memoria, que ha sido el gran desafío de

"la vida posible de un artista", para tomar el título de su reciente autobiografía, producto de un largo diálogo con la curadora Catherine Grenier (8), donde se trazan algunas líneas de confluencia entre "arte y vida", como diría Bajtín (5), sin pretensión de lograr un relato abarcador y conclusivo.

Si el cuerpo está ausente de la obra de Boltanski, solo aludido *metonímicamente* por la acumulación aterradora de ropa en instalaciones que evocan la memoria de los campos de exterminio, o por cajas de archivo levemente siniestras, o por fotografías esfumadas en ausencia del nombre, el cuerpo -la corporeidad posible de la imagen- es una presencia turbadora en el caso de Tracey Emin. Voz y cuerpo confluyen en una especie de performance autobiográfica que la cámara registra con la marca de la espontaneidad, como siguiendo casualmente el movimiento del cuerpo en el espacio y de la palabra en un fluir a borbotones, sin censura. Formando parte del grupo de "jóvenes artistas británicos" (Damien Hirst, Sarah Lucas, entre otros), su obra se caracteriza por una "sinceridad brutal", según algunos críticos, por ofrecer sin ambages retazos de su historia, marcada por diversos infortunios: abuso sexual, promiscuidad, abandono, búsqueda de sí misma en ámbitos marginales, experiencias fallidas, un aborto de infaustas consecuencias. Hay allí tanto un deseo de singularidad -una de sus obras, bastante escandalosa, mostró su lecho (*My Bed*) con todos los signos de uso y restos de encuentros sexuales; otra consistió en una pequeña carpa con los nombres de quienes fueron sus partenaires (*Everyone I Have Ever Slept With 1963-1995*), en la que el público podía introducirse, como una apelación crítica a un registro de lo social contemporáneo, de hipocresías y buenas conciencias, de la doble moral burguesa, del conformismo de ciertas prácticas estéticas tranquilizadoras.

La muestra *How it feels*, curada por Philip Larratt-Smith en el Malba, reunió una serie acompañada de cinco de sus obras en video, ya de varios años, cuyo conjunto es representativo de temas y estéticas de la autora. De una irreverencia radical -de las que obligan al galerista a poner la advertencia hacia la sensibilidad del público y sugerir un límite etario-, la relación entre desenfadado, crudeza y vulnerabilidad es quizá lo que más impacta de esa "presentación de sí"; especialmente en la obra que da nombre a la muestra, de 1996, en la que relata su experiencia del aborto, una experiencia extrema. El impacto emotivo es notorio -impacto en el cuerpo, podría decirse, tal la fuerza de un relato sin concesiones- al tiempo que sugiere una reflexión sobre la recepción, en distintos ámbitos, que hace de cada muestra de la artista un suceso internacional. "Yo misma soy el sujeto de mi obra" dirá en una de las tantas entrevistas que han hecho de ella, además, una estrella mediática, afirmación que podría interpretarse, según sus actitudes, en vecindad del famoso *dictum* feminista "Lo personal es político".

Un arte autobiográfico, que podría incluirse en lo que Hal Foster llamó "el retorno de lo real", en cuanto evocado a través del cuerpo violado y/o el sujeto traumático (12), pero que también podría definirse como conceptual, expresionista, crítico, performático, y en ocasiones,

público -en cuanto a la constitución de esfera pública, no meramente por transcurrir fuera de galerías o museos (10)- donde el cuerpo presente cede, paradójicamente, protagonismo a la palabra -la narración- y le presta la expresividad del tono, el gesto, la mirada, la voz. Como suele suceder ante este tipo de obras, hay un umbral sutil, un *borde* en el cual la autenticidad y la puesta en escena parecen sobreimprimirse dejando un resto de indecidibilidad. Curiosamente, y quizá confirmando la pregnancia de lo biográfico en la cultura contemporánea, buena parte de las entrevistas, cuyos videos se multiplican en la *web*, se centran mayormente en los acontecimientos de su vida, dejando en segundo plano su *parti pris* estético y evocando por momentos la dinámica del *reality show*. Como si finalmente hubiera logrado convencernos -pese a la ficcionalización que supone todo relato y que ella misma hace notar, pese a ese "*sí mismo como otro*", en términos de Ricoeur (20), que asoma siempre en la voz, o ese ponerse fuera de sí para narrarse que Bajtín llamó "*exotopía*"- de la indistinción entre su vida y su obra, un *real* que insiste sintomáticamente dejando en penumbra los procedimientos de su efectación. Quizá radique allí justamente el carácter reactivo de su experiencia traumática, el gesto irónico, crítico y deconstructivo de su práctica.

Final

¿Por qué poner en diálogo, en su diferencia, estos dos registros de la práctica artística? Por voluntad dia-

lógica, en el sentido *bajtiniano*, podría decirse, que nos hace concebir de esta manera la espacio/temporalidad de lo biográfico: géneros discursivos, formas, modalidades, estilos, que pese a su heterogeneidad comparten algún rasgo en común. En este caso, y más allá del modo en que la vida del artista interviene en su obra -el poeta y dramaturgo inglés W. H. Auden decía que a menudo es la obra la que puede echar luz sobre la vida y no al revés (3)- hubo una curiosa coincidencia, ambos artistas, Boltanski y Emin, exponían por primera vez y en simultaneidad, muestras individuales en Buenos Aires, haciendo de su obra espacio público, es decir, interrogando memorias, afectos y sensibilidades situados en tiempo y lugar. Y aunque las obras o los artistas fueran conocidos, se los hubiera visto ya, la recepción nunca es ajena a su escenario, al contexto en el cual -y desde el cual- se mira, más allá de los ojos.

Sin pretender exhaustividad en el análisis, ambas experiencias, en su dimensión estética pero también ética y política, vienen a dar razón a nuestro tema, mostrando una vez más los mecanismos -las argucias- con los cuales el yo, en su parcialidad y su contingencia, en su *no todo*, intenta vencer la soledad del existir y responder, en la doble valencia de respuesta y responsabilidad, a esa pregunta sobre el *¿Quién...?* que anima todas las historias ■

Referencias bibliográficas

1. Arendt H. La condición humana. Barcelona: Seix Barral; 1974.
2. Arfuch L. El espacio biográfico. Dilemas de la subjetividad contemporánea. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2002.
3. Auden WH. En: Holroyd M. Cómo se escribe una vida. Buenos Aires: La Bestia Equilátera; 2011.
4. Bajtín M. Estética de la creación verbal. México: Siglo XXI; 1982.
5. Bajtín M. Hacia una filosofía del acto ético. De los borradores y otros escritos. Barcelona: Anthropos; 1997.
6. Barthes R. Introducción al análisis estructural de los relatos. En: Comunicaciones. Análisis estructural del relato. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo; 1974. p. 9-43.
7. Benveniste E. Problemas de lingüística general I y II. México: Siglo XXI; 1983.
8. Boltanski C, Grenier C. La vida posible de un artista. Buenos Aires: De la Flor; 2011.
9. Chirico MM. El retorno de lo biográfico: los relatos de vida. Buenos Aires: CEAL; 1992.
10. Deutsche R. Público. En: Conferencia en el curso Ideas recibidas. Un vocabulario para la cultura artística contemporánea. Museu d'Art Contemporani de Barcelona (MACBA); 2007.
11. Elias N. La société des individus. París: Fayard; 1991.
12. Foster H. El retorno de lo real. Madrid: Akal; 2001.
13. Galindo RJ. ¿Quién puede borrar las huellas? [Performance]. 2003.
14. Gilmore L. Autobiographics. A feminist theory of women's self-representation. Ithaca and Londres: Cornell University Press; 1994.
15. Habermas J. Historia y crítica de la opinión pública. Barcelona: Gustavo Gili; 1990.
16. Hall S, du Gay P. Questions of cultural identity. London: Sage; 1995.
17. Lejeune P. Le pacte autobiographique. París: Ed. du Seuil; 1975.
18. Lévinas E. Le temps et l'autre. Paris: Quadrige/Presses Universitaires de France; 1983.
19. Mouffe, CH. Prácticas artísticas y democracia agonística. Barcelona: Museu d'art contemporani; 2007.
20. Ricoeur P. Soi même comme un autre. París: Seuil; 2001.
21. Ricoeur P. Temps et récit, Tomos I, II y III. París: Seuil; 1984-1985.
22. Robin R. La autoficción. El sujeto siempre en falta. En: Arfuch L, Compiladra. Identidades, sujetos y subjetividades. Buenos Aires: Prometeo; 2002. p.45-59.
23. Robin R. Le Golem de l'écriture. De l'autofiction au Cybersoi. Montreal: XYZ Editeur; 1997.
24. Rousseau JJ. Les Confessions. París: Gallimard; 1973.
25. Sennett R. El declive del hombre público. Barcelona: Península; 1978.
26. Sibilía P. La intimidad como espectáculo. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2008.
27. Smith S, Watson J. Reading autobiography. A guide for interpreting life narratives. Minnesota: University of Minnesota Press; 2001.
28. Wodiczko K. The Hiroshima Projection (1999). The Tijuana Projection (2002). [Video arte].

El concepto de identidad personal

Alfredo J. Job

Médico Psiquiatra.

Sub-jefe, Servicio de Psiquiatría, Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA).

E-mail: alfredo.job@hospitalitaliano.org.ar

En el análisis del concepto de identidad personal debemos remitirnos inicialmente a los sentidos presentes en las palabras que designaron en sus orígenes el concepto de identidad, es por ello que comenzaremos por la etimología del término.

Etimología

En lengua griega el término que designa identidad era un pronombre demostrativo, del mismo modo lo hereda la lengua latina al decir *ídem*, *is-dem*, o sea, lo mismo, este aquí y no otro del cual se diferencia. La palabra *identidad* deviene de una expresión latina tardía: *identitas*, que expresa la idea de una misma identidad: *ídem entitas* (7).

¿Qué es la identidad personal?

La identidad es el conjunto de los rasgos propios de un individuo, que permiten que sea percibido por los demás como un sujeto y como tal permanente, teniendo por definición el mismo sujeto conciencia de su conti-

nuidad, a pesar del devenir temporal, gestor de todos los cambios accidentales que puedan acontecer en su persona.

La persona adquiere una representación de sí misma por introspección, al convertirse en objeto de su propia reflexión. Entiende sus modos de ser, reconociéndose en ellos.

O sea, que existe una percepción de sí mismo que permite un sentimiento de permanencia (conciencia de sí), y que a su vez registra y siente lo que cambia.

Este núcleo sentido como permanente es lo que posibilita el concepto de sujeto, y la reflexión del sujeto sobre sí mismo permite su objetivación a través del monosílabo yo para designar su identidad.

Posiciones teóricas sobre los fundamentos de la identidad personal

1. En primer lugar abordaremos el fundamento ontológico desde su vertiente metafísica. Quienes parten de esta posición teórica sostienen que solo a partir de la idea del ser se puede entender al ente percibido desde

Resumen

El presente trabajo repasa los distintos significados que ha tenido el concepto "identidad personal" a lo largo de la historia de la filosofía. El punto de partida es el significado de dicho concepto desde el punto de vista etimológico, y luego se recorre el sentido que se le dio desde la Antigua Grecia hasta el presente.

Palabras claves: Identidad personal - Sujeto - Aspectos ontológicos del concepto de identidad - Identidad y autoconciencia - Identidad y conocimiento.

THE CONCEPT OF PERSONAL IDENTITY

Summary

This work reviews the different meanings of "personal identity" from a philosophical point of view. Start point is its etymology and then what has been said about it since the Antique Greek to our days is summarized.

Key words: Personal identity - Subject - Ontological aspects of the identity - Identity and self-consciousness - Identity and knowledge.

su permanencia, condición esencial para considerar la identidad.

Permanencia al fin, que habilita a expresar a través del habla la identidad del ser. Cuando aseveramos tautológicamente que *"el ser es el ser"*, esta afirmación de lo mismo no es más que el principio de identidad.

El principio de identidad fue expresado por Parménides de Elea (540-450 a. C.), quien determinó que la razón constata que el ser es igual a sí mismo: *"lo que es, es"* lo cual le permitió, a su vez, enunciar su segundo principio ontológico llamado de no contradicción, que afirma *"si es, entonces no puede no ser"*, evitando la contradicción (22). La identidad indica el ser de algo en cuanto es y permanece a través del tiempo en su ser total o parcialmente.

Pero antes de proseguir veamos por qué hemos dicho parcialmente. Los filósofos de la naturaleza (siglo VII-VI a. C.), se abocaron al mundo sensible, mundo de apariencias, de los fenómenos registrados por los sentidos, pero al ser dichos fenómenos cambiantes, les surgió la necesidad de buscar las razones, o elementos, primordiales que se encontrasen tras el mundo sensible y sus cambios, y que además, dichos elementos primordiales fuesen principios constitutivos y, a su vez, regentes de lo sensible.

Varios filósofos definieron de diversas maneras lo que subyace a ese mundo cambiante y que interpretaron como permanente (Tales de Mileto pensó en el agua, Anaxímenes en el aire, etc.) (22). Siglos más tarde los pensadores latinos traducirán este concepto de elemento primordial y permanente que pensaron los griegos como *subjectum*, o sea, sujeto.

El sujeto pasa a ser entonces lo que permanece tras las apariencias y manifestaciones cambiantes, lo que permite pensar y definir la identidad del individuo. Por lo tanto, podemos sostener que un ente permanece como sujeto real del cambio, aunque haya variaciones en sus accidentes. Pero los entes, además de su individualidad, pueden ser considerados en sus formas de ser. Por ejemplo, se puede considerar un árbol determinado y la idea de árbol. En la idea de árbol se da la identidad en el contenido genérico de su ser, aunque concomitantemente se dé también fácticamente diversidad en las formas de ser. Como Jano, el ser presenta dos caras, es la base de la identidad y de la diversidad.

El pensamiento utiliza una abstracción en la cual confluyen los denominadores comunes de varios entes más allá de la diversidad, para establecer la identidad común.

Pero la diversidad se muestra una vez más cuando tenemos una diversidad de ideas acerca de una misma cosa. Estando nuevamente la raíz del ente, o sea, el sujeto real sometido al devenir de sus accidentes.

2. En segundo lugar, la identidad es pensada como una ilusión transitoria producto de la red de nuestras creencias, deseos y sentimientos en metamorfosis continua, pero donde priva nuestro deseo de permanencia que ilusiona un yo.

En la autoconciencia de un individuo se presentan: la representación de su cuerpo (imagen corporal), de su

mente (pensamientos y sentimientos) en la consideración de sí mismo, y la validación de su identidad social (relacional, cultural, económica, etc.).

Todas estas características están sujetas a cambio permanente. Si las pensamos desde el presupuesto ontológico de identidad que vimos previamente, podemos encuadrarlas dentro de los accidentes, dejando a salvo un núcleo duro que representa nuestra identidad real. Por el contrario, si pensamos la identidad como constructo o ilusión, será parte del entretejido del que el individuo, a través de los hilos de una narrativa dotada a tal efecto de coherencia, deducirá de ella su identidad (6).

Así se termina viendo y considerando de acuerdo a sus vivencias y deseos, construyendo una narrativa sobre sí mismo. En última instancia, y creemos esto importante, la identidad está estrechamente relacionada con el sentido que le otorgamos a nuestra vida.

Pero además tiene que ver con lo que desea ser, con sus ideales, con el sentido de su proyecto de vida.

Tal como Jürgen Habermas (1929) argumenta, *"la identidad no es algo ya dado, sino también, y simultáneamente, nuestro propio proyecto"* (15).

En esta narrativa tiene especial importancia la interacción del individuo con sus semejantes, por ello la formación de la identidad es un proceso de naturaleza social. La identidad se moldea en estrecha interacción simbólica con otras personas de acuerdo a los deseos y la consideración de los demás.

Por ejemplo, es fácil reconocer que las personas extienden su sí mismo a las posesiones que detentan, y en ello va su autoestima, lo cual relaciona invariablemente la imagen pretendida con el deseo del otro. En última instancia, la identidad se constituye por un proceso de identificación con el otro, pero a su vez de separación de él.

Desde esta segunda postura, la identidad opera como un sistema en continua evolución, no es una representación de sí de una vez y para siempre, sino que como sistema abierto a la interacción con el medio circundante, está sujeta a una constante reconstrucción de lo que somos.

A pesar de que nuestra memoria nos entrega una sensación de permanencia base de nuestra identidad, está en continua reconstrucción de nuestro pasado. Así las cosas no son como sucedieron, sino como las recordamos, y ello está en función de nuestra propia narrativa.

Y dicha narrativa está, por lo expuesto, sujeta a un lugar y a un momento histórico determinado, donde imperan representaciones compartidas por el tejido social, como modos de vida, usos y costumbres, y valores de una comunidad.

Esta interacción estrecha entre identidad y cultura obedece a que ambas son construcciones simbólicas que se expresan a través del lenguaje. Las formas simbólicas incorporan una estructura de significados, configurando las relaciones del hombre con el mundo en la medida en que construyen las formas de la experiencia humana (6).

Es decir, que tanto la cultura como la identidad son estructuras de significados en interacción permanente y recíproca que configuran concepciones del mundo.

Dichas concepciones del mundo establecen categorías colectivas que tienen estrecha relación con la identidad, como ser: religión, género, etnia, nacionalidad, clase, etc.

La conciencia de la propia identidad, nos sitúa necesariamente en la conciencia de la propia responsabilidad personal y social.

Así lo entendió Martin Buber (1878-1965), desde una postura existencialista la identidad de una persona se construye en la interacción con el semejante. El hombre es en sus relaciones. Pero dicho encuentro, para que sea verdadero, implica sinceridad, reconocimiento del otro, tolerancia, respeto y honestidad, generándose un espacio de comunicación que es la vida misma. "*Toda vida verdadera es encuentro*" (5).

La identidad personal a través de los tiempos

En la mentalidad del hombre primitivo su individualidad era poco consistente, al menos desde una perspectiva yoica tal como la entendemos hoy día, toda vez que se sentía integrado y determinado por la adscripción de sentidos que otorgaba a su contexto. Sentidos mágico-animistas donde existía una influencia e interpenetración recíproca, siendo las fronteras del yo imprecisas, cambiantes (25).

Esta concepción de estar en el mundo es tomada por ejemplo por los indígenas canacos de Oceanía. Mediante la proyección imaginativa, el cuerpo toma en su comunión con el entorno, las categorías con que considera al reino vegetal. Así la comunidad entrelaza su existencia con los árboles, organizando sus relaciones y los sentidos de la realidad a través de ello (23).

El pensamiento en Oriente ha seguido esta tradición holística, tratado de inducir al individuo a disolverse en el todo (cosmos), en la naturaleza, o al menos en su ambiente social, restando importancia al autocentramiento. La realización a veces entendida como salvación, pasa por escaparse del propio yo (29).

Dado que la cuna de la civilización occidental es greco-romana, iniciaremos nuestro recorrido por el pensamiento en la antigua Grecia.

En la "Odisea", Homero (siglo VIII a. C.), describe la aparición del alma de Tiresias a quien desea consultar Odiseo, junto a las almas de los héroes aqueos, camaradas caídos en combate. El Laértida los percibe como sombras, sin fuerza, resignados (17).

Pero a su vez, si la *psiqué* o alma está ausente, el cuerpo pierde la capacidad de percibir, sentir y querer (19).

Los primeros filósofos, los jónicos de Mileto (siglos VII-VI a. C.), basaron su búsqueda del principio constitutivo y regente de lo real en los elementos sensibles, distanciándose del concepto de alma.

Sin embargo, otros filósofos griegos entendieron que tras el mundo sensible, mundo de apariencias, cambiante, corruptible, existía en los hombres un soplo de vida al que llamaron *psiqué* o alma.

En esta forma de entender la esencia humana, mucho tuvo que ver la tradición órfica que irrumpió fuertemente en el pensamiento griego a través de la obra de Pitágoras

de Samos (584-496 a. C.), que Filolao de Crotona (siglo V a. C.) puso por escrito, y que Platón (427-347) leyó (22).

Las teorías órfico-pitagóricas sostenían la existencia de un más allá, del alma y de su inmortalidad y transmigración (14).

En el "Fedón", Platón relata el diálogo de Sócrates (469-399 a. C.), donde este habla de la inmortalidad del alma después de la muerte del cuerpo. El alma además de vivificar el cuerpo, posee la parte racional del hombre y puede contemplar las ideas de las cosas en sí, el cuerpo en cambio es corruptible, portador de la parte irracional del hombre, estando sujeto a los deseos carnales y al error de las imágenes sensibles (30).

Podemos considerar que el alma representa la identidad del sujeto, a través de las diversas vidas en que dicha alma reine en los cuerpos (transmigración). Esta identidad ontológica, subyacía más allá de las identidades transitorias, toda vez que en cada reencarnación el alma bebía las aguas del olvido en el Leteo.

Esta presencia de la identidad del alma, más allá de los cambios transitorios, era inferida por Platón por la presencia innata en el hombre de la idea del Bien (31).

La idea del bien es el objeto inteligible de la inteligencia, que Platón consideró la luz de la inteligencia. Así como la luz natural se diferencia del ojo y de los objetos que ilumina para que aquel pueda ver, del mismo modo la idea del Bien es la luz que permite ver las ideas de las cosas en sí al alma.

Dado que esta luz eterna brilla permanentemente en el alma, puede considerarse como el núcleo de la identidad del sujeto que la intuye.

Esta luz que hace que el alma sea inteligente, es una participación divina del Bien. Es por ello que el alma racional busca el bien y la armonía, a diferencia del cuerpo instintivo que está sometido al placer.

Mas para que se manifieste en todo su esplendor el alma racional y que se refleje en él la verdad, se requiere una transformación del individuo a través de la ascesis como dominio de sí, y de la contemplación.

Esta vivencia y conocimiento perfecciona el sí mismo y posibilita la transfiguración para que brille la luz de la verdad en el sujeto.

Es por ello que Platón en el "Teeteto", expresaba en relación a Sócrates el precepto de Delfos: "*Conócete a ti mismo*", el cual orientaba al individuo a conocer su propia identidad para iniciar entonces el camino de su perfección (32).

Anaxágoras de Clazomene (500-428 a. C.), atribuyó a la inteligencia "*nous*" ser el principio de la vida y del movimiento que era atribuido al alma.

Para Aristóteles (384-322 a. C.), el alma permanece idéntica a sí misma aun cuando cambian sus acciones y pasiones, consideró que dota de vida al cuerpo, y que es el origen de las sensaciones, del pensamiento y como tal del movimiento (3).

El alma recibe luz intelectual, lo cual le permite ser entendimiento activo que posibilita que el individuo tenga conocimiento de los objetos sensibles.

Esta luz intelectual, que es siempre luz en acto, es lo único inmortal y eterno en el hombre, y por ello

Aristóteles considera que es lo que da identidad al alma.

Ello se desprende de la consideración aristotélica del principio de identidad al afirmar: “*el ser es el ser*” (4).

Durante la época Imperial, el estoicismo romano tuvo dignos representantes en las figuras de Lucio Anneo Séneca (4-65), el esclavo Epícteto (50-138), y el emperador Marco Aurelio Antonino (121-180), quienes propugnaron conocerse a través de la frase “*sábete a ti mismo*”, promoviendo la introspección, para de resultas, guiarse por la voz interior que nos acerca a la virtud, la fraternidad y el amor entre los hombres (10).

Posturas acordes al fin, con la creciente influencia del cristianismo durante los primeros siglos de nuestra era. Época del advenimiento de la Patrística cristiana, donde entre los Padres latinos destacó Agustín de Hipona (354-430).

Agustín sitúa al núcleo permanente de nuestra identidad en el alma. “*No quieras salir fuera de ti; vuelve a lo interior de ti mismo; en el interior del hombre habita la verdad y si encuentras tu naturaleza mutable trasciéndete a ti mismo*”. Preocupado por el carácter mortal del pecado, promueve la introspección reflexiva sobre sí mismo y la búsqueda de la redención. Por ello, la identidad para Agustín adquiere un sentido soteriológico a través de la búsqueda de la perfección interior en el amor y la entrega, a la espera del don de la gracia divina que se hace presente solo por la misericordia de Dios (33).

La influencia creciente del cristianismo en el Imperio Romano se ve consolidada cuando en el año 313 el emperador Constantino (272-337), promulga el edicto de Milán que permite la práctica pública del cristianismo. Solo pocos años más tarde es declarada religión oficial, con lo cual las disputas teológicas pasaron a ser consideradas cuestiones de Estado.

En el primer Concilio de Nicea, durante el año 325, se proclamó la filiación divina de Cristo. Para ello se basaron en el neoplatonismo que establecía una jerarquía de lo celestial inteligible. Plotino (205-270), considerado con razón el padre del neoplatonismo, había elaborado una metafísica de la trascendencia donde a partir de lo Uno, dada su perfección, engendra por sucesiva emanación y procesión a la Inteligencia (*Logos*), y al Alma del Mundo. Se equiparó a Cristo con el *Logos*, y en el año 381 en el primer Concilio de Constantinopla, al Espíritu Santo con el Alma del Mundo al aceptar su divinización.

El problema se suscitaba en la identidad divina, para ello se consideró que las tres personas son un solo Dios verdadero. Aquí vemos que al ser consustanciales el concepto de identidad entra en la irresolución, por ello la Iglesia sostiene que es misterio y como tal solo dogma de fe (2).

La Escolástica medieval (siglos IX-XIII), representó el intento de dotar de justificación racional a las verdades reveladas a través de las doctrinas filosóficas. A partir de la consideración platónica de la luz divina que ilumina la inteligencia, Agustín había sostenido que la reflexión racional se halla iluminada por Dios solo en el seno de la fe. Esto es tomado por la Escolástica para inicialmente subordinar la razón a la fe. Durante el siglo XIII, Tomás

de Aquino (1225-1274), si bien aceptó que fe y razón son dos fuentes distintas, las consideró armónicas en la constitución del conocimiento. El conocimiento de sí mismo contempla: un discernimiento de los demás, un considerarse como uno y un intuirse como presente. Se mantuvo la idea de que la luz divina que ilumina al intelecto a partir de la fe es la que subyace al individuo sometido al cambio y le da identidad de sujeto. Para subrayar la individualidad, la Iglesia consideró que la receptora de la luz es el alma que a su vez es intransferible en los cuerpos e inmortal.

Desde los inicios del siglo XIV la Iglesia católica entra en una fase de debilidad política y progresiva pérdida del control en los asuntos eclesiásticos de los nacientes Estados. Este trasfondo social permitió que pensadores como el teólogo y filósofo escocés Juan Duns Escoto (1266-1308), y el franciscano inglés Guillermo de Ockham (1285-1349), sentaran las bases del divorcio definitivo de la razón y la fe. Ockham postuló que las únicas sustancias que existen son las cosas particulares y sus propiedades. Reafirmando la consideración del individuo como única realidad concreta (20).

No es casual entonces que durante el máximo esplendor del Renacimiento (siglos XV-XVI), se consolida un fuerte sentido antropocéntrico, donde iluminados por los ideales morales y estéticos de la antigüedad grecolatina, tuvo renovado impulso la valoración de la capacidad racional del hombre y su responsabilidad individual.

A partir de la conquista de Constantinopla en 1453 por parte de las fuerzas otomanas, asistimos al inicio de la Época Moderna. Y en ella, en función del tema que nos ocupa, debemos detenernos en la figura de René Descartes (1596-1650). En su búsqueda del fundamento del conocimiento e influido por el escepticismo de Michel Eyquem Montaigne (1533-1592), aplicó la duda sistemática para todo conocimiento (9). En su radicalización llega a la conclusión de que solo se sostiene la duda, pues de lo que es imposible dudar es de que estoy dudando. Razona entonces, si estoy dudando, estoy pensando. Propone entonces el *cogito* (yo pienso). La única certeza de mi existencia es como ser pensante. Lo cual lo lleva a su categórica sentencia: “*cogito ergo sum*” (pienso luego soy). Para concluir, si soy *res cogitans* o sea sujeto pensante, los objetos que percibo en mi mente son distintos de mí como sujeto pensante, por lo tanto son *res extensa* o sea cosas materiales en el espacio. Por lo tanto en la Modernidad, a partir de Descartes, la certeza parte del yo desde su existencia individual, y la identidad del sujeto tiene sentido en su permanencia en la conciencia (8).

Pero a pesar del materialismo que aparece en su obra, Descartes consideró que la objetividad de nuestra facultad cognoscitiva, es garantizada a través de la razón, por Dios y la inmutabilidad de sus leyes. Donde se filtra una vez más la luz divina que ilumina la razón como sostenían los pensadores antiguos, y en ello va lo nodular y permanente del sujeto (20).

En esa línea pero más radical, se sitúa el pensador Baruch Spinoza (1632-1677), el cual sostenía como expresión de su inmanentismo panteísta que pensamiento y extensión son dos atributos de Dios (35). Por su parte el

filósofo alemán Gottfried Wilhelm Leibniz (1646-1716), postuló la armonía preestablecida entre lo ideal y lo real, entendiendo que dicho acuerdo ha sido establecido por Dios (24).

Como contrapartida tiene lugar la emergencia del empirismo inglés. El filósofo empirista John Locke (1632-1704), en su célebre Ensayo Sobre el Entendimiento Humano, remarcó que solo tenemos conocimiento de la existencia real de las cosas por las sensaciones actuales. Mas dichas sensaciones no nos transmiten el ser de las cosas, sino solo nuestra forma de percibir las y conocerlas. Apegado a la percepción actual, reniega de la consideración de un ser de las cosas y de una existencia continuada. En primer lugar solo percibimos las manifestaciones accidentales, no la sustancia permanente en la cual se sustenta la idea de identidad; en segundo lugar lo invariable es solamente la idea con la que le atribuimos cualidades permanentes a las personas y las cosas. El hombre intuye su existencia: *"nada puede ser para nosotros más evidente que nuestra propia existencia"*.

Luego, a través de una de las facultades que Locke llamó retención, o sea la memoria, que le permite la continuidad, elabora un concepto abstracto de identidad. Siendo una identidad de conciencia: *"La identidad personal no va más allá del alcance de la conciencia"* (28).

Dentro del empirismo es también relevante la obra del pensador escocés David Hume (1711-1776). Para Hume, todo conocimiento verdadero, procede de las impresiones que causan nuestras percepciones. Pero además entendía que todas las percepciones son distintas pues provienen de existencias distintas, percepciones diferentes que se suceden entre sí con rapidez y están en perpetuo flujo y movimiento. La mente posee una cualidad asociativa donde ordena las percepciones y las consecuentes ideas por semejanza, contigüidad espacial, continuidad temporal y por la noción de causa-efecto. Esta cualidad asociativa es producto del hábito o costumbre, y es usada para evitar la dispersión y multiplicidad en nuestros sentidos. Se otorga así una secuencia a la sucesión de percepciones para suprimir la discontinuidad. La identidad que el hombre atribuye así a las cosas, por analogía y funcionamiento mental se las atribuye a sí mismo.

Es así que en la base de esta acción está la construcción del yo, que no es por tanto una sustancia, sino un acto de conciencia de nuestra memoria: *"El yo, o esa sucesión de ideas e impresiones relacionadas de que tenemos memoria y conciencia íntima"*. Finalmente, para Hume, solo puede darse la ilusión de un yo a través del lenguaje que nos permite crear ficciones (18).

En el mismo siglo XVIII aparece la figura de Immanuel Kant (1724-1804), quien buscó las condiciones de posibilidad de todo conocimiento, así como el establecimiento de sus propios límites. Lo hace conciliando las posturas racionalistas (juicios necesarios y universales) con las empiristas (lo contingente y particular basado en la experiencia), sobre el origen del conocimiento humano.

Si bien reconoce que no existe conocimiento al margen de la experiencia sensorial, postula que la mente no es sujeto pasivo de los sentidos, sino que organiza las

sensaciones de forma activa según sus principios interpretativos o formas de percibir, conocer y pensar: *"Llamo trascendental a todo conocimiento que se ocupa en general no tanto de objetos, sino de nuestro modo de conocerlos, en cuanto este modo debe ser posible a priori"*.

Y las dos formas que reconoce son: las intuiciones puras, o sea el espacio y el tiempo; y la segunda son los conceptos puros del entendimiento o categorías. El entendimiento opera formulando juicios valiéndose de estas formas *a priori*.

Pero a su vez, el entendimiento se ve forzado a realizar síntesis cada vez más amplias como modos de explicación y comprensión, pero al distanciarnos de lo sensible, solo es pensable como *noúmeno*, así surge el concepto de alma.

Por lo tanto, el yo no es una percepción sino una apercepción o condición de posibilidad de unidad de las diversas percepciones. Por ello la identidad del yo se da en la autorreflexión y en el yo pienso que acompaña a nuestras percepciones y pensamientos (21).

Dentro del idealismo alemán, el filósofo Johann Gottlieb Fichte (1762-1814) desarrolló una metafísica según la cual la realidad es una consecuencia de la actividad creativa de un yo, la verdadera realidad es el "yo" que conoce. El yo es un principio, es la actividad en sí fuente de toda realidad. *"El yo es en la medida en que tiene conciencia de sí"*, con lo cual le atribuye realidad al yo en la medida en que el individuo tiene conciencia de sí (1).

Georg Wilhelm Friedrich Hegel (1770-1831) propone desde su dialéctica que la identidad es la autoconciencia de la propia continuidad, para ello necesita de otra autoconciencia y reconociéndose como distinta, entrar con aquella en una dialéctica como instancia superadora. Identidad y diversidad entran en un juego dialéctico que las constituye (16).

Para Karl Marx (1818-1883), el hombre se constituye a sí mismo y toma concepción de sí a través de su inserción en los medios materiales de producción y su realización material. El yo se construye en su interacción en el ámbito social teniendo en cuenta principalmente las condiciones laborales y las posibilidades económicas que tenga el individuo, para considerar su realización o su alienación: *"Lo que los individuos son depende, por tanto, de las condiciones materiales de su producción"*. Por lo tanto, la idea de identidad está fuertemente determinada por la condición económico-social del individuo. Lo cual entraña necesariamente la lucha por el poder sustentado en los recursos económicos (1).

La Revolución Francesa (1789) marca el advenimiento de la Época Contemporánea. En ella se ven expresados los ideales del siglo XVIII denominado de la Ilustración, que se caracterizó por la fe en la razón como instrumento crítico de todo conocimiento y el valor de lo social.

El siglo XIX reconoce la primacía del positivismo y de la expansión industrial a nivel local y colonial más allá de las fronteras. Siglo de la aparición de la teoría evolutiva de Charles Darwin (1804-1882) y de los avances científicos en varios campos. Se privilegiaron las instituciones, el valor del trabajo, del comercio, del progreso y de la acumulación del capital. Dotando al individuo

y a su autonomía a través de sus posesiones de un valor considerable.

Durante este período histórico, debemos mencionar la figura de Sigmund Freud (1856-1939), considerado el padre del psicoanálisis, quien se abocó a considerar la constitución y la dinámica del yo. Describió esa instancia psíquica desde sus funciones: control de la motilidad y percepción, gestor del pensamiento racional, representante de la realidad entendida como mundo externo, ordenador temporal de los procesos mentales, previsor como posibilidad de anticipación. Además le otorgó capacidad de defensa al participar en la represión. También analizó el yo como precipitado de identificaciones psíquicas y como proyección de una superficie al describir el yo corporal. Dando, al fin, importantes conceptos dinámicos para analizar los alcances del yo en la constitución de la personalidad y, por ende, en la consideración de la identidad (12). Pero este análisis amerita por sí mismo, dado sus alcances, un apartado que excede al presente artículo.

La denominada época postmoderna es situada en su origen cronológico tras la segunda guerra mundial del siglo XX. La producción industrial se ve acicateada por la constante innovación tecnológica producto de la competencia por la expansión. Esta situación lleva al imperio de lo efímero y al restar con ello permanencia y profundidad se impone la era de la imagen. Los medios audiovisuales son un instrumento hegemónico de comunicación masiva, aquello que no está en ellos no existe. La identidad de la imagen es evanescente, *light*, sujeta más que a la creatividad, a la contingencia.

Durante la época contemporánea, el individuo adquiriría identidad a través de la internalización de pautas sociales que dictaban la cultura, la estética, la moral. En el postmodernismo, no solo el individuo está sujeto al cambio producto del bombardeo de estímulos y significados, sino que al no haber pautas prevalentes se asiste a una Babel donde el individualismo impone sus propias reglas.

Si observamos una confluencia, es solo en la perentoriedad de la satisfacción de los deseos, en la falta de proyección, en la pérdida del temor por lo que vendrá, en el vivir bien ya con la menor consideración del esfuerzo posible. Desatando una crisis de valores, al menos como los conocíamos (13).

Para el filósofo francés Michel Foucault (1926-1984), la identidad se forja en las relaciones sociales a través de la historia, considerando las relaciones de conocimiento y por ello de poder (11).

El filósofo estadounidense Richard Rorty (1931-2007) entiende que el yo es contingente, afirma que es una creación literaria, siguiendo a Ludwig Wittgenstein (1889-1951), "*un juego del lenguaje*". Pero como también adhiere al pragmatismo americano, consideró que el yo es la imagen que cada uno describe de sí mismo, y como tal es un proceso flexible y cambiante. No hay esencia ni identidad ontológica, cada individuo es producto de su historia personal y en ella predominan los aspectos contingentes, por ello no hay identidad real ni sujeto permanente. La creencia de lo que soy y mi deseo de

permanencia constituyen mi identidad. Por ello nuestro yo es solo nuestro conjunto de creencias, sentimientos y deseos en perpetuo cambio, dada la interacción con el medio social en que se desenvuelva el individuo (34).

El pensador italiano Gianni Vattimo (1936) señala el paso de las grandes verdades, de concepciones unívocas, de fundamentos consistentes, que reinaron durante la modernidad, al pensamiento débil de la postmodernidad, donde el sujeto es lo que los medios audiovisuales le dicen que es, su presencia es en última instancia ausencia de fundamentos tomada de forma despreocupada (37).

Vattimo se refiere al *ultrahombre postmoderno*, que sin hacer suyos ideales absolutos ni verdades incontrovertibles, ni tampoco ajustarse a una identidad idealizada, debe inventar su propio sentido a partir de la reinterpretación personal de la simbología imperante. Todo es subjetividad, pero cambiante, en metamorfosis permanente, sin predeterminación, sin sujeto definido. En última instancia el sujeto es lo que cree ser. "*No se puede decir que haya una esencia del hombre*" (36).

Esta libertad del individuo que se gesta a partir de no estar sujeto a la búsqueda de la verdad y la objetividad, y a la posibilidad de crear su propio y personal sentido, tiene como contrapartida la disminución de su compromiso con los ideales sociales (38).

En este mismo sentido se expresa el pensador francés Gilles Lipovetsky (1944), en esta época que denomina "*hipermodernidad*", el individuo regido por la cultura de masas donde la *mass media* tiene poder omnímodo, está orientado al consumismo hedonista. Mundo de imágenes, donde impera la tecnociencia y la transitoriedad de lo vivido, de lo cambiante, de lo efímero, de lo vacío. Hipermodernidad que Lipovetsky entiende se sustenta en el *neoindividualismo narcisista* (26, 28).

Algunas reflexiones finales

Hemos visto que nuestra identidad, según el presupuesto teórico sobre el cual nos basamos, es vista como un núcleo duro o sujeto real, invariable y permanente, sobre el que se expresan las vicisitudes o contingencias en forma de accidentes transitorios.

El otro gran presupuesto supone que nuestra identidad se basa en un vacío en el cual se suceden en metamorfosis más lenta o más rápida, nuestras creencias, sentimientos, deseos e ideales. Como remedo de nuestra unicidad de percepción, que incluye las cualidades asociativas de la conciencia, construimos la ilusión de permanencia de lo que denominamos yo al que luego le asignamos identidad.

Si nuestra identidad implica la consideración de nosotros mismos y la que de nosotros tienen los demás, ¿qué sucede cuando somos considerados de múltiples maneras?, ¿acaso no nos sentimos distintos en función de nuestro interlocutor y del momento o situación por la que atravesamos en cada instancia?, ¿no encontramos contradicciones en nuestro pensar, sentir y obrar?

Más allá de la consideración básica de nuestra continuidad en el tiempo, o sea, de nuestra identidad, pensamos que dicho concepto, por la polisemia de sentidos

que entraña, por las distintas consideraciones o perspectivas con que han abordado el tema diversos pensadores, por las superposiciones y disyuntivas que la interacción de conceptos relacionados con la identidad como alma, *psiquis*, mente, yo, sujeto y persona, han tenido a tra-

vés de los tiempos, el concepto de identidad representa un desafío intelectual cuya llave está en tener presente que las definiciones conceptuales siempre tienen que ser consideradas de acuerdo a la teoría desde la cual se las piensa ■

Referencias bibliográficas

1. Abbagnano N. Historia de la filosofía. Tomo III. Barcelona: Hora; 1982.
2. Antequera L. El cristianismo desvelado. Madrid: Edaf; 2007.
3. Aristóteles. Acerca del alma. Madrid: Gredos; 2000.
4. Aristóteles. Metafísica. Libro IV. Madrid: Gredos; 2000.
5. Buber M. Yo y tú. Buenos Aires: Lillmod; 2006.
6. Cassirer E. El lenguaje En: Filosofía de las formas simbólicas, Tomo I. México: Fondo de Cultura Económica; 1971.
7. Daros WR. El problema de la identidad. *Rev Académica Invenio* 2005; (14): 31-44.
8. Descartes R. Discurso del método. Reglas para la dirección de la mente. Buenos Aires: Hyspamérica; 1984.
9. Descartes R. Meditaciones Metafísicas. Buenos Aires: Hyspamérica; 1984.
10. Elorduy E. El Estoicismo. Madrid: Gredos; 1972.
11. Foucault M. La hermenéutica del sujeto. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2002.
12. Freud Sigmund. Obras Completas. Madrid: Biblioteca Nueva; 1973.
13. García Selgas F, Monleon J. Retos de la postmodernidad. Madrid: Trotta; 1999.
14. Guthrie WKC. Orfeo y la religión griega. Estudio sobre el "movimiento órfico". Buenos Aires: Eudeba; 1970.
15. Habermans J. Fragmentos filosóficos-teológicos. De la impresión sensible a la expresión simbólica. Madrid: Trotta; 1999.
16. Hegel. Fenomenología del espíritu. México: Fondo de Cultura Económica; 1973.
17. Homero. Odisea. Madrid: Gredos; 2000.
18. Hume D. Tratado de la naturaleza humana. Tomos I, II, y III. Buenos Aires: Hyspamérica; 1984.
19. Jaeger W. Paideia. México: Fondo de Cultura Económica; 2004.
20. Job A. Entre los pliegues de lo real. Buenos Aires: De los cuatro vientos; 2007.
21. Kant I. Crítica de la razón pura. Tomos I y II. Buenos Aires: Hyspamérica; 1984.
22. Lan CE, Luliá VE. Los filósofos presocráticos. Madrid: Gredos; 1978.
23. Le Breton D. Antropología del cuerpo y modernidad. Buenos Aires: Nueva Visión; 2003.
24. Leibniz Gottfried W. Monadología. Buenos Aires: Hyspamérica; 1984.
25. Levy-Bruhl L. La mentalidad primitiva. Buenos Aires: Leviatán; 1984.
26. Lipovetsky G. El imperio de lo efímero. Barcelona: Anagrama; 2004.
27. Lipovetsky G. La era del vacío. Ensayos sobre el individualismo contemporáneo. Barcelona: Anagrama; 1994.
28. Locke J. Ensayo sobre el entendimiento humano. Buenos Aires: Hyspamérica; 1984.
29. Nishitani K. La religión y la nada. Madrid: Siruela; 1999.
30. Platón. Diálogos III. Fedón. Madrid: Gredos; 2000.
31. Platón. Diálogos IV. República. Madrid: Gredos; 2000.
32. Platón. Diálogo V. Teeteto. Madrid: Gredos; 2000.
33. Reale G, Antiseri D. Historia del pensamiento filosófico y científico. Tomo I. Barcelona: Herder; 1995.
34. Rorty R. Objetividad, relativismo y verdad. Escritos filosóficos I. Barcelona: Paidós; 1996.
35. Spinoza B. Ética demostrada según el orden geométrico. Buenos Aires: Hyspamérica; 1984.
36. Vattimo G. Creer que se cree. Buenos Aires: Paidós; 1996.
37. Vattimo G. El fin de la modernidad. Barcelona: Gedisa; 1987.
38. Vattimo G. El sujeto y la máscara. Barcelona: Península; 1989.

El papel de la familia en la identidad adolescente

Rodolfo Moguillansky

Médico Psiquiatra; Psicoanalista.

Maestría de Psicoanálisis de Pareja y Familia, Instituto Universitario de Salud Mental (IUSAM).

E-mail: moguilla@gmail.com

Introducción

En este texto, para este Dossier, me voy a ocupar del papel instituyente de la familia en la identidad adolescente. Privilegiaré este punto de vista en tanto, los compiladores del Dossier, me han convocado para escribir sobre el tema desde mi experiencia como psicoanalista con familias.

Es ya parte de nuestra teoría que el proceso de afirmación de la identidad del adolescente incluye un cuestio-

namiento de los soportes identificatorios adquiridos en el seno de la familia en que se subjetivó y que para afirmar su identidad debe hacer una "des-identificación" de las identificaciones que lo constituyeron como sujeto.

El proceso de identificación -al instituirlo como sujeto- congela al psiquismo en un "para siempre" característico del inconsciente, que precisamente por tener esta característica lo calificamos de atemporal. Por lo contra-

Resumen

El autor plantea que la asunción de la identidad del adolescente incluye un cuestionamiento de los soportes identificatorios adquiridos en el seno de la familia en que se subjetivó y que, para afirmar la identidad, el adolescente debe hacer una "des-identificación" de las identificaciones que lo constituyeron como sujeto. El proceso de identificación -al instituirlo como sujeto- congela al psiquismo en un "para siempre". Por lo contrario, el proceso de "des-identificación", necesario para la constitución de la identidad adolescente, libera al yo de ese "para siempre", lo libera de una historia que lo aliena, constituyendo la condición que posibilita al yo salir del "para siempre" y construir el futuro. Esta "des-identificación" está motorizada por la necesidad que tiene el adolescente de dejar de ser "a través de los padres" para llegar a ser él mismo.

Para exponer el papel que tiene la familia en la constitución de la identidad adolescente el autor desarrolla tres temas: 1-La familia y el psicoanálisis. 2-Los aportes sobre la cuestión "familia y esquizofrenia". 3-Una tipificación de familias de acuerdo a la posibilidad de tolerar los procesos de constitución de la alteridad necesarios para instituir la identidad adolescente.

Palabras claves: identificación, adolescencia, psicoanálisis.

THE ROLE OF FAMILY IN ADOLESCENT IDENTITY

Summary

The author stands that the assumption of identity in adolescence questions the identity supports acquired in the family which subjective the adolescent and goes on saying that to affirm her/his identity she/he has to "des-identify" from those identifications that turned her/him into the subject she/he is. The identification process -when instituting her/him as a subject- freezes her/his psyche in a "for ever". On the opposite, the "des-identification" process, necessary for the constitution of the adolescent's identity, releases the Id from the "for ever", it also releases from the life history that alienates her/him and becomes the condition that enables the Id not to go on with the "for ever" and to build a future. This "des-identification" is motorized by the adolescent's need of not going on to be "through her/his parents" and to become herself/himself.

To state the role of the family in the identifying process of an adolescent the author refers to:

1-Family and Psychoanalysis. 2-The contributions on "Family and Schizophrenia". 3-The description of different types of families according to the possibility to tolerate the processes of acquiring "otherness", necessary to institute adolescent identity.

Key words: identification, adolescence, psychoanalysis.

rio, el proceso de “des-identificación”, necesario para la constitución de la identidad adolescente, libera el “para siempre” de una historia que lo aliena en la regulación narcisista, constituyendo así la condición que posibilita liberar el y construir el futuro (10).

Esta “des-identificación” está motorizada por la necesidad que tiene el adolescente de dejar de ser “a través de los padres”, para llegar a ser él mismo. Este movimiento requiere el abandono de la imagen idealizada y arcaica parental, para encontrar ideales nuevos en otras figuras. Para ello, el adolescente, debe tolerar la revisión de los patrones establecidos, para formar opiniones, ideas e ideales de sí mismo, que conducen gradualmente a su *Weltanschauung*, una propia cosmovisión cuestionadora (20).

En mi contribución me voy a centrar, no tanto en lo que ocurre en el mundo interior del adolescente para llevar adelante este proceso sino, en el papel que tiene la familia para posibilitar o complicar esta dolorosa y compleja transición, en la que el cuestionamiento de los paradigmas vigentes en su familia son la condición de posibilidad de afirmar su identidad.

Para desarrollar mi ponencia voy a transitar por tres temas:

1. El papel de lo familiar y el psicoanálisis.
2. Los aportes sobre la cuestión “familia y esquizofrenia”.
3. Una tipificación de familias de acuerdo a la posibilidad de tolerar estos procesos de constitución de la alteridad, necesarios para instituir la identidad adolescente.

El papel de lo familiar y el psicoanálisis

No ha formado parte en los inicios del psicoanálisis tomar en cuenta el papel instituyente de la familia en la constitución de lo psíquico y de la identidad de un sujeto y en particular de un adolescente.

Fue necesaria una larga gestación y un complejo parto, a veces distócico, para incorporar el papel determinante, instituyente, subjetivante de los vínculos familiares en la identidad humana.

El psicoanálisis, inicialmente, centró su comprensión en el sujeto de la pulsión. Esta perspectiva encontró un momento fundante en la carta 69 que Freud (12) dirige a Fliess el 21 de septiembre de 1897 en la que cuestiona su preanalítica teoría traumática basada en “*la escena de seducción*”. En esa carta le decía a Fliess “*ya no le creo más a mi neurótica*”, pues según el relato de sus pacientes “*en todos los casos el padre hubiera de ser inculpaado como perverso, sin excluir a mi propio padre*”. Concluía “*no se puede distinguir la verdad de la ficción investida con afecto... la fantasía sexual se adueña casi siempre del tema de los padres*”.

Con “*La neurótica*” Freud aludía a cómo la neurótica explicaba su padecimiento neurótico por los abusos que había sufrido en su temprana infancia y adolescencia.

Desde esta mirada, inaugurada por Freud en la carta 69, la fantasía y la realidad psíquica se modelaban, en torno a la pulsión y de ese modo abandonaba momentáneamente el tema del otro en el modo de comprender

el conflicto psíquico. En ese recorte inicial se dejó de creer lo que el/la paciente enunciaba acerca de su padecer y se enfatizó en cambio lo que ese/esa paciente con sus fantasías constituía, concibiendo entonces como resistencial toda referencia a los efectos del entorno. Congruente con este modo de pensar en el “*Historial de Dora*” (14), Freud, luego de escuchar las desventuras que le narra Dora sobre cómo era asediada por el señor K, y cómo su padre no intervenía, ya que era el amante de la esposa del señor K, Freud le pregunta a su paciente: “*¿Qué lugar le cabe a usted en esta historia?*”. Freud con esa pregunta pone en el centro de su investigación la realidad psíquica de Dora, desentendiéndose de lo que su entorno le podía causar. Por cierto que esta línea ha sido fecunda a la hora de investigar como se desarrolla el conflicto intra-psíquico, pero se convirtió en un obstáculo cuando no se comprendió que este era un recorte dado por ese encuadre y se supuso que esta era la única causalidad a considerar para aprehender la vida emocional de los humanos.

Sin embargo sería injusto decir que Freud estaba totalmente ajeno al papel instituyente de lo familiar. Bastaría recordar su célebre frase “*his majesty the baby*” (16) con la que explicaba cómo en el hijo se incrustan los ideales de los padres. Según Freud, *su majestad el bebé* recibe el mandato de ser un eslabón en la cadena de sueños irrealizados de los padres, aunque simultáneamente fue notoria la ausencia del papel instituyente de la familia en la “*Primera tópica freudiana*” (1900 a 1915).

En rigor, después de la carta 69, Freud se siguió ocupando del papel instituyente del otro, de los antecesores, pero lo hizo a través de sus consideraciones sobre lo filogenético. Freud estudió en textos posteriores la herencia en términos de lo transmitido por la especie, lo heredado genético. En ese momento de la teoría, lo transmitido por los antecesores era algo que se traía al nacer, no se adquiría por la influencia de la familia. Explicaba así en términos filogenéticos los diques (la represión primaria) en “*Tres Ensayos...*” (18), las fantasías originarias en el historial del “*Hombre de los lobos*” (15), la prohibición del parricidio en “*Tótem y Tabú*” (17).

Más tarde, a través de la incorporación de la noción de identificación en la segunda tópica (13) concebirá una escucha que incorpora al sujeto de herencia, recuperando al otro en su especulación teórica. Cobra así importancia la identificación, temática que va a seguir en diferentes textos.

La incorporación de la noción de identificación en la teoría psicoanalítica implicó augurar que en los conflictos intra-personales se juegan relaciones interpersonales internalizadas, resultado de identificaciones. Somos, desde estas consideraciones teóricas, el resultado de identificaciones que tomamos de nuestros semejantes, nos relacionamos desde ellas y buscamos reencontrarlas en nuestra relación con otros.

Esta relación de padres a hijos no es mecánica, simple ni lineal. Freud señaló que la severidad del superyó desarrollado por un niño, en modo alguno espeja la severidad de trato que ha experimentado; pero advierte que “*sería incorrecto exagerar esa independencia, no es difícil*

convencerse de que la severidad de la educación ejerce fuerte influjo sobre la formación del superyó”.

En la “Segunda tópica”, Freud reforzó el papel instituyente de lo vincular. Concibió al sujeto del inconsciente como un sujeto de herencia, en tanto su subjetividad estaba instituida por identificaciones adquiridas en el seno de una matriz familiar que otorga lugares, plantea ideales, prefigura conflictos (13). Somos el resultado de identificaciones que tomamos de nuestros semejantes. Se comprendió que nos relacionamos desde ellas, y buscamos reencontrarlas en nuestra relación con otros.

Al afirmar la primacía del psiquismo de los otros en la estructuración subjetiva, Freud se alejó de tendencias endogenistas, innatistas y biologizantes.

Más adelante, se concibió que la subjetividad humana que explora el psicoanálisis nace, más precisamente se instituye, en el cruce que se da entre la familia, imponiendo los enunciados de fundamento de la cultura y un *infans* que, para devenir humano, debe recibir esas imposiciones y tomarlas como propias. Lacan, con su artículo “La familia” (22), inauguró esta perspectiva al proponer hipótesis que privilegian la transmisión cultural y familiar, y no las hipótesis filogenéticas a las que Freud había recurrido en su obra para explicar como se transmitían significados de generación en generación. La noción de *Complejo*, presente en este artículo aludía a como un sujeto, un *infans*, nacía inmerso en “complejos”, conflictos complejos moldeados culturalmente que se tramitaban y se instituían a través de la familia.

Levi-Strauss luego describió el valor instituyente que tienen las reglas del parentesco para la constitución del sujeto, cómo la estructura del parentesco prefiguraba lugares y moldeaba los conflictos dados por la ubicación de ese nuevo sujeto dentro de dicha estructura (24).

Con la noción de identificación, el hombre del psicoanálisis paso a tener antepasados, era un sujeto hijo de alguien, heredero y descendiente. Cada sujeto, entonces, no solo es para sí mismo su propio fin, es sujeto también de las formaciones y de los procesos del inconsciente que lo divide. En el inconsciente se encontraban eslabones de la cadena de los sueños de deseo irrealizados de los padres, cadena de la que es miembro, heredero y transmisor, eslabón de una cadena más amplia. Cada identificación, no supone solamente una visión de uno mismo, se acompaña de la ubicación que uno cree que tiene respecto de los otros y también de los supuestos a partir de los cuales cada yo elabora su propia teoría del conocimiento (45). Se transmite y se recibe entonces, una epistemología, cuyos axiomas luego son usados para conocer y valorar el mundo.

Profundizando esta línea numerosos autores, para fines de los años sesenta, propusieron que la vida psíquica, la vida emocional humana, comienza en el seno de un vínculo, de una simbiosis entre la madre y el bebé. Este sería el punto de partida para el inicio en cada sujeto de un proceso de individuación.

Para el desarrollo de este tema son ineludibles los aportes de Harold Searles (47), Margaret Mahler (24) y José Bleger (4).

En la mitad del siglo XX, con los aportes de Winni-

cott (69) y Bion (3), se ensanchó la teoría psicoanalítica al plantear modelos en los que tenía un papel creciente la presencia de otra mente para constituir la propia, en particular la mente de la madre para instituir la subjetividad del bebé.

Para estos autores las emociones del bebé, necesitaban ser moduladas y significadas por otra mente, y hasta las capacidades para pensar del cachorro humano eran adquiridas a partir de otro humano. Hicieron hincapié en el papel activo que tenía que desempeñar la otra mente -la de la madre - para la constitución de la propia.

Los aportes sobre la cuestión “familia y esquizofrenia”

Luego del anterior recorrido destinado a mostrar como se fue construyendo el papel instituyente de la familia en la identidad, volviendo al tema de este Dossier, la identidad adolescente, digamos que ha sido central en esta cuestión la discusión acerca del papel instituyente de la familia en la identidad en relación a la esquizofrenia.

Retomo este tema porque fue uno de los primeros lugares en que se empezó a estudiar como la familia incidía en la subjetividad adolescente, en especial de que modo creaba tales dificultades en la alteridad de ese adolescente que contribuían a la aparición de la esquizofrenia en la adolescencia.

Con posterioridad a la segunda guerra mundial, diversos equipos de investigación -siguiendo el sendero marcado por Frieda Fromm-Reichmann, que había acuñado la noción de la “madre esquizofrenógena” (11) -intentaron explicar la génesis y mantenimiento de psicopatologías como la esquizofrenia.

Estos investigadores ponían énfasis en el origen psico-social de los conflictos psíquicos, tratando de comprender cómo la familia intermediaba en la interiorización en sus miembros de determinadas orientaciones de valor “patológico” social. En esa línea suponían que en los funcionamientos familiares se encontraría la clave para comprender a las personas que padecían de esquizofrenia y fundamentar, entonces, las intervenciones terapéuticas sobre la familia.

Esta convicción psicosocial, se basaba en la evidencia epidemiológica acerca de la incidencia comparativamente elevada de esta patología en ciertas familias (es decir, la mayor frecuencia de esquizofrenia en familiares de pacientes con esquizofrenia).

Este movimiento tuvo un importante punto de partida en el grupo de Palo Alto en EEUU, inspirado en el estudio de Gregory Bateson (2) sobre la comunicación entre el esquizofrénico y su familia.

Bateson, en 1956, revolucionó la salud mental con su teoría del doble vínculo con la que suponía explicar la esquizofrenia. La esquizofrenia era, en su concepción, un intento límite de uno de los miembros de una familia para adaptarse a un sistema familiar con estilos de comunicación incongruentes o paradójicos.

Entre otras han sido importantes en este tema las contribuciones desarrolladas en el Instituto Nacional

de Salud Mental norteamericano (NIMH), en Bethesda, Maryland, por Lyman C. Wynne.

Lyman Wynne, en su antológico texto "Pseudomutualidad en las relaciones de los esquizofrénicos", afirmaba que *"en la pseudomutualidad la participación emocional apunta más a mantener el sentido del cumplimiento de las expectativas reciprocas que a percibir acertadamente las expectativas cambiantes..."* (67). Lyman Wynne afirmaba que la pseudomutualidad implicaba un dilema característico: la divergencia era percibida en estas familias como un factor de desquiciamiento de la relación, por lo cual era necesaria evitarla pero, si se la evitaba, la relación no podía crecer.

Lyman Wynne también planteaba en este mismo artículo que *"dentro de las familias que más tarde desarrollan episodios esquizofrénicos agudos, las relaciones que se reconocen abiertamente como aceptables exhiben una cualidad de pseudo-mutualidad intensa y perdurable"* (67).

El razonamiento de Wynne se redondeaba al remarcar que en las familias de esquizofrénicos potenciales, la intensidad y duración de la pseudo-mutualidad había traído como resultado el desarrollo de una variedad particular de mecanismos familiares compartidos, mediante los cuales se evitaba el reconocimiento de las desviaciones con respecto a la estructura de los roles o se las reinterpretaba en forma delirante. Estos mecanismos compartidos actuaban en un nivel primitivo impidiendo la articulación y la selección de cualquier significado que permitiera al miembro individual diferenciar su identidad personal, sea dentro o fuera de la estructura de los roles familiares. Por lo contrario, las percepciones y comunicaciones incipientes que pudieran llevar a una articulación de expectativas, intereses o individualidades divergentes eran anuladas, oscurecidas o distorsionadas.

Otro de los aportes centrales a este tema fue el que realizó Theodore Lidz, quien desarrolló un cuerpo teórico de corte psicoanalítico sobre la esquizofrenia, tomando a la familia como unidad de análisis.

Theodore Lidz junto con Stephen Fleck trabajaron en la Universidad de Yale, en New Haven, Connecticut, especificando tipologías de parejas de padres de pacientes esquizofrénicos, sugiriendo hipótesis acerca de la causalidad familiar de esa patología. Dentro de esos trabajos es un clásico el artículo "El medio intrafamiliar del paciente esquizofrénico: la transmisión de la irracionalidad" (29, 30) en el que plantea que *"la delimitación que hacen los padres del medio y su percepción de los hechos destinada a satisfacer sus necesidades, traen como resultado una atmósfera familiar enrarecida a la que los niños deben adecuarse para satisfacer esa necesidad dominante, o bien sentirse rechazados. A menudo los niños tienen que renunciar por completo a sus propias necesidades para apoyar las defensas del progenitor que necesitan"*. Viven, según Lidz (25) en una suerte de lecho de Procusto en el que los hechos se distorsionan para adecuarlos al molde. Debido a esta "irracionalidad", los hechos se alteran de continuo para

adecuarlos a necesidades que están emocionalmente determinadas. El mundo que el niño debiera llegar a percibir o sentir queda negado. La aceptación de experiencias mutuamente contradictorias exige un pensamiento paralógico; el medio, según esta perspectiva, los adiestra en la irracionalidad.

Otra contribución muy importante en este tema fue la de Antonio Ferreira con su estudio sobre los mitos familiares.

Antonio Ferreira definió los mitos familiares como *"una serie de creencias bien integradas compartida por todos los miembros de la familia, concernientes a cada uno de ellos y su posición mutua en la vida familiar, creencias que no son desmentidas por los implicados en ella a pesar de la distorsión de la realidad que obviamente implican"* (9). Para Ferreira el mito familiar es un concepto que a nivel de la estructura familiar equivaldría al de la fantasía inconsciente subyacente a los trastornos egosintónicos de carácter.

En esa misma línea se inscribe la "delineación" descrita por R. Shapiro (48). Con este término, Shapiro, alude al mandato narcisista que los padres ejercen sobre sus hijos.

En el recorrido que estamos haciendo, un hito central fue lo expuesto en 1967 en la conferencia sobre "La Transmisión de la Esquizofrenia" convocada por el Fondo de Fundaciones para la Investigación en Psiquiatría (*Foundations' Fund for Research in Psychiatry*) en Puerto Rico.

A esta conferencia habían concurrido investigadores sobresalientes, epidemiólogos, neuropsicólogos, genealogistas, genetistas, sociólogos, lingüistas, y la primera línea de investigadores en familia y esquizofrenia, con el objeto de tener intercambios que pudieran ofrecer un panorama abarcativo del tema.

Para referirnos a lo que ocurrió en ese evento vamos a tomar un relato de Carlos Sluzki, que participó del mismo. Cuenta Sluzki¹, *"La reunión se estaba desarrollando de manera a veces fascinante y a veces aburrida, como suele suceder en toda convención, hasta que los daneses Seymour Kety, David Rosenthal (21) -de la Universidad de Harvard y el NIMH (National Institute of Mental Health), respectivamente- y su equipo presentaron los primeros resultados de una investigación que seguía una estrategia totalmente novedosa en la materia: el estudio longitudinal de 'niños de alto riesgo dados en adopción', es decir, el seguimiento de hijos de madres con diagnóstico confirmado de esquizofrenia que habían sido dados en adopción, inmediatamente después del nacimiento, a familias sin patología conocida"*.

"¿Qué quiere decir 'alto riesgo'? Los estudios epidemiológicos muestran que el tener un progenitor con un diagnóstico de esquizofrenia aumenta entre 10 y 15 veces la probabilidad de que la persona desarrolle en la adolescencia o adultez temprana síntomas que lleven al diagnóstico de esa dolencia. Es 'riesgo' y no certeza aun cuando ambos progenitores hayan presentado ese diagnóstico, en cuyo caso la probabilidad de una expresión de esa enfermedad es de 35%, si bien en ambos

¹ Las referencias que tomo de Carlos Sluzki, están basadas en un artículo escrito por Sluzki en homenaje a Lyman Wynne publicado en *Family Process*, 46 (2): 173-184, 2007.

casos el riesgo es más 'alto' que la población general, cuya prevalencia de vida de esquizofrenia (probabilidad de que un individuo presente estos síntomas en el curso de su vida) es de entre 0.55% y 1% (5), aun en el caso de mellizos univitelinos, es decir, gemelos, que comparten todos sus genes, la probabilidad que, si uno de ellos desarrolla un cuadro de esquizofrenia, el otro lo presente, no excede el 80%, lo que requiere inevitablemente introducir la noción de otros factores de riesgo, biológicos y medioambientales”.

Estos investigadores planteaban que, si al comparar la evolución de esta muestra con otra constituida por hijos de madres sin psicopatología manifiesta, también dados en adopción a familias sin psicopatología, la muestra “de alto riesgo” presentaba una mayor prevalencia significativa de esquizofrenia durante la adultez temprana quedaría demostrado que la psicopatología estaba genéticamente predeterminada, independientemente de las variables de interacción familiar.

Este estudio, llevado a cabo en Dinamarca mostró, de hecho, que el grupo de “alto riesgo” presentaba, al llegar a la temprana adultez, una proporción mayor de esquizofrenia, estadísticamente significativa, que el grupo control.

Los resultados de esa investigación tenían la potencialidad de demoler la mayoría de los supuestos relevantes acerca de las variables interpersonales: la esquizofrenia se manifestaba, aparentemente, sobre la base de una proclividad genética.

Natura probaba su presencia, en tanto que las investigaciones acerca de *Nurtura* parecían perdidas en controversias conceptuales. *Nurtura* había perdido la batalla.

Sin embargo, en el diseño de la investigación había una veta que no había sido explorada: el estilo de interacción de la familia en la que el niño había sido criado. En otras palabras: ¿el estilo familiar jugaba algún rol -protector o facilitador- en la potencial expresión de esa proclividad genética?

Había que investigar si un niño nacido de madre que había padecido de esquizofrenia (un niño “de alto riesgo”, de acuerdo con la mayor frecuencia estadística de incidencia de la esquizofrenia en un descendiente de progenitores con esa patología), tenía mejores chances con una familia que no tuviese esas características y si los niños de “bajo riesgo” genético empeoraban sus posibilidades al ser criados por familias con modalidades interactivas suficientemente esquizofrenógenas como para desencadenar esa enfermedad aún sin tener antecedentes familiares.

Años más tarde Stierlin (50), concibió un proyecto de investigación longitudinal destinado a explorar el efecto relativo de aspectos hereditarios y del medio de crianza, en el que incluyó como colaborador a Pekka Tienari, quién más tarde sería profesor de la Universidad de Oulu en Finlandia (51).

Tienari desarrolló una investigación en Finlandia, país particularmente atractivo para esa investigación, debido a que había pasado por un período de apremios económicos después de la Segunda Guerra Mundial, que había incrementado el número de bebés dados en adopción.

El diseño de este proyecto longitudinal era comparable al estudio danés de Kety, Rosenthal y Wender (si bien con un número de casos mucho mayor) que citamos más arriba: dos conjuntos de niños dados en adopción en el momento del nacimiento eran seguidos hasta los primeros años de la adultez: uno cuyas madres habían recibido el diagnóstico de esquizofrenia y otro con madres que no habían manifestado desorden psiquiátrico. Este estudio agregaba una variable adicional ya que el protocolo de investigación incluía un análisis sistemático, tanto cuantitativo como cualitativo, del estilo interpersonal y de las modalidades de comunicación de la familia de adopción. Dio lugar a un conjunto voluminoso de publicaciones que documenta durante 35 años la compleja y rigurosa metodología, el diseño cuidadoso de parámetros éticos, la documentación de sus copiosos datos, el análisis cuidadoso y la discusión elocuente de sus conclusiones (19, 49, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 67, 68).

Rescatamos en estas investigaciones la posición clave del medio de crianza familiar el grado de funcionalidad/disfuncionalidad de la familia. Una variable central para valorar la funcionalidad/disfuncionalidad de la familia esta dado por la capacidad de tramitar procesos que permitan diferenciaciones, en las que se posible la alteridad.

Una tipificación de familias de acuerdo a la posibilidad de tolerar estos procesos de constitución de la alteridad, necesarios para instituir la identidad adolescente

Respecto de la “funcionalidad” o “disfuncionalidad” de las familias he/hemos venido desarrollando en estos últimos treinta años (28, 29, 30, 31, 32, 33, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43), una línea de investigación que intenta dar cuenta de las posibilidades que crea la familia para admitir procesos de diferenciación y discriminación esenciales para la constitución de la identidad adolescente. Para caracterizarlas necesito hacer algunas precisiones acerca de los fundamentos -narcisistas- de la familia de nuestros días.

La familia contemporánea occidental es el producto de un profundo cambio que se dio en la modalidad de constitución de las parejas. En el siglo XX se inventa una nueva de la pareja que provocativamente Denis de Rougemont llamó “*un invento de Occidente*” (7, 8): una pareja nacida y sustentada por la apasionada ilusión del amor recíproco -el enamoramiento-, resultado de una elección amorosa libre. Esta pareja se diferencia de las formas previas en las que la pareja era concertada por las familias de origen.

La construcción del vínculo implica, para los que lo crean, un nuevo paso en la constitución narcisística de su subjetividad. El nuevo orden intersubjetivo que se instala supone tales consecuencias en la subjetividad que, parafraseando a Freud se justifica considerarla como un “*nuevo acto psíquico*”. La institución que han creado instituye en ellos una nueva subjetividad que estará determinada de modo inconsciente por lo instituido por

esa nueva pertenencia. Este nuevo-nuevo acto psíquico crea las condiciones emocionales que hacen posible y necesario un cambio en los sistemas de lealtades, lo que da comienzo a una nueva historia. La configuración de la alianza establece una nueva pertenencia e impone un nuevo sistema de lealtades. Desde un punto de vista metapsicológico la constitución del vínculo de alianza implica un corte con la familia de origen en el que se da una nueva renuncia al narcisismo, una renuncia a las certezas identificatorias dadas por la pertenencia a la familia de origen.

Este nuevo-nuevo acto psíquico aporta los fundamentos de una compleja trama emocional que toma la forma de un imaginario, al que se lo siente común. Esta construcción imaginaria, dadora de pertenencia, sustentada en la ilusión del amor recíproco, es la que sustantiva a la pareja y a la familia moderna.

Ese nuevo-nuevo acto psíquico da las bases para inaugurar y cimentar un imaginario conjunto que, apoyado en la premisa que entre los dos hacen "Lo Uno", crea la ilusión de un "sistema totalizador".

En ese sistema (concebido como totalizador) toma forma un sistema de creencias familiares conscientes e inconscientes que, basado en una lógica identitaria, instituye una mentalidad. José Luis Romero define mentalidad, como el "*conjunto de costumbres, formas concretas de la vida, ideas operativas que funcionan efectivamente en una sociedad (en una pareja en una familia), que no han sido nunca expuestas de manera expresa y sistemática, que no han sido ordenadas ni han sido motivo de un tratado, pero que sin embargo nutren el sistema de pensamiento y rigen el sistema de conducta del grupo social*" (46). En esa mentalidad, los que instituyen la pareja suponen que se articula el amor con la sexualidad, y en esa articulación creen que se puede arribar a la felicidad. La lógica identitaria instituye dogmáticamente un "sentido común" (34, 35, 44).

Este "*sentido común*" recorta un "*universo finito y abaricable*" dentro de un "*universo infinito e inabarcable*"; define "*qué es la realidad*" de acuerdo a la mentalidad establecida en el vínculo; indica cuáles son las diferencias permitidas y cuáles no. Los fundamentos de este imaginario funcionan como referentes identificatorios.

En este imaginario conjunto circulan reglas específicas que ordenan y otorgan a sus miembros prohibiciones y prescripciones; circulan deseos, ideales, significados, se transmiten y repiten encrucijadas, que nos vienen de los antepasados más lejanos que devienen determinantes del modo en que se constituye cada individualidad dentro de la trama familiar que la precede y, a su vez, prefigura a la que la sucede.

Los miembros de cada conjunto familiar consolidan las bases de ese "*imaginario familiar*" "*construyendo una historia*" a la que pertenecerán y con la que guardarán solidaridad. Esta historia no es neutral, está apoyada en "*los enunciados de fundamento*" que signaron su origen que, con la fuerza de un dogma, despliegan una narrativa que afirma: "*cómo es el vínculo*", "*qué ejes axiológicos lo rigen*", "*qué es razonable y qué no lo es*" y delimita para esa familia "*qué es mundo y qué es inmundo*". Esa historia familiar es siempre contemporánea aunque parta de una

clave de un "*pasado originario*". Es contemporánea, porque ese mítico origen que presumen tener es el que hace "*inteligible*" lo contemporáneo, y se mantiene mientras siga cumpliendo con la función de ser el origen de lo que es esa familia, una historia del "*pasado*" que explica cómo es "*la familia actual*".

La creencia de ser parte de una familia se plasma en:

1. Una historia en común: la creencia de ser parte de una misma (y única) historia, que se expresa en relatos conjuntos de los que finalmente nadie puede asignarse autoría.

2. La creencia en la participación de un mismo mito de origen: la creencia en una escena original en común, que suelen contar en conjunto para dar cuenta del mítico origen, ese en el que ellos creen que comenzó la pareja y la familia.

3. La creación de un mismo juego de lenguaje.

Se suele considerar normal lo que está de acuerdo con los códigos instituidos por el sentido común del imaginario familiar, y se aceptan las diferencias contempladas por el mismo. Se suele sancionar el apartamiento de los códigos establecidos como extraño, inusual, raro, o, al menos, como algo que los deja perplejos. La falta de adecuación suele ser codificada como un índice de falta de cordura. No suele resultar sencillo dar hospitalidad a la diferencia.

La adolescencia aporta una interferencia a la lógica identitaria que suele reinar en el imaginario familiar, y se despliegan entonces una gama de respuestas dadas por las diferentes capacidades de absorber la desilusión en cada vínculo.

Hemos diferenciado distintas formas de este imaginario familiar, de acuerdo tanto a cuanta consistencia aporta a la hora de crear pertenencia como a la capacidad de soportar la inconsistencia necesaria para admitir en su seno cuestionamientos para dar hospitalidad a los necesarios procesos de discriminación que permitan la asunción de la identidad adolescente.

Si bien podemos decir siguiendo a Castoriadis, que el Ser es "*no-todo determinado*" (6), es un ser por ser, también tenemos que tomar en cuenta que como nos enseñó Piera Aulagnier (1) no hay una creación del ser a partir de la nada, no hay una creación *ex nihilo*. Para poder crear un ser autónomo con una subjetividad reflexiva, es condición de posibilidad que la familia cree condiciones para que esto pueda ocurrir.

De acuerdo a esta combinación de consistencia e inconsistencias diferencio:

1. *Familias que no han podido constituirlo y que entonces sufren por no poder mantener una ilusión que de fundamento de pertenencia a ese conjunto.*

Son familias en las que no se dan condiciones de posibilidad para concebir la diferencia. La (inevitable) aparición de diferencias lleva a la fragmentación.

2. *Familias que han instituido un imaginario basado en enunciados de fundamento de lo conjunto que no pueden ser relativizados.*

Son familias en las que no se conciben ni se admiten diferencias entre el imaginario familiar y lo instituido en cada miembro de la familia (esta imposibilidad es la

que en su momento describieron Lyman Winne con la noción de pseudomutualidad (66); Theodore Lidz, con la noción de transmisión de la irracionalidad (26); o Ronald Laing (23), con la noción de mistificación).

3. *Familias que luego de constituirlo pueden relativizarlo pero al hacerlo sufren por no poder sostener la ilusión fundante, lo que las lleva a peculiares modos de procesar la desilusión.*

De acuerdo a estas distintas configuraciones se procesan tanto los momentos constitutivos de su subjetividad como los de discriminación que permiten o no, posibilitan o crean a veces insalvables dificultades para la afirmación de la identidad adolescente que permitirá las posteriores inclusiones en conjuntos sociales ■

Referencias bibliográficas

1. Aulagnier P. La violencia de la interpretación. Buenos Aires: Amorrortu; 1977.
2. Bateson G, Jackson D, Haley J, Weakland, J. Hacia una teoría de la esquizofrenia. En: Bateson G. Pasos hacia una ecología de la mente. Buenos Aires: Planeta-Carlos Lohle; 1991.
3. Bion W. Aprendiendo de la experiencia. Buenos Aires: Paidós; 1966.
4. Bleger J. Simbiosis y Ambigüedad. Estudio psicoanalítico. Buenos Aires: Paidós; 1967.
5. Cannon M, Kendell R, Susser E, Jones P. Prenatal and perinatal risk factors for schizophrenia. In: Murray RM, Jones PB, Susser E, van Os J, Cannon M, editors. The Epidemiology of Schizophrenia. Cambridge: Cambridge University Press; 2003. p. 74-99.
6. Castoriadis C. La institución imaginaria de la sociedad. Buenos Aires: Tusquets; 1993.
7. De Rougemont D. El amor y occidente. Barcelona: Editorial Kairos; 2002.
8. De Rougemont D. Los mitos del amor. Barcelona: Editorial Kairos; 1997.
9. Ferreira A. Family myths. In: Cohen IM. Family structure, dynamics and therapy. Psychiatric reserch report, No 20. Virginia: Am. Psychiatric Association; 1966.
10. Fainberg H. El Telescopage de generaciones: la genealogía de ciertas identificaciones. *Rev Psicoanal* 1985; XXXVIII (6): 1346.
11. Fromm-Reichmann F. Transference problems in schizophrenics. *Psychoanalytic Q* 1939; 8 (4).
12. Freud S. Carta 69. Correspondencia con Fliess. Tomo 1. Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu; 1979.
13. Freud S. El Yo y el Ello. Obras Completas. Tomo 20. Buenos Aires: Amorrortu; 1979.
14. Freud S. Fragmento de análisis de un caso de histeria (caso Dora) Obras Completas. Tomo 7. Buenos Aires: Amorrortu; 1997.
15. Freud S. Historia de una neurosis infantil (Caso del "Hombre de los lobos"). Obras Completas. Tomo 17. Buenos Aires: Amorrortu; 1979.

16. Freud S. Introducción del narcisismo. Obras Completas. Tomo 14. Buenos Aires: Amorrortu; 1979.
17. Freud S. Tótem y tabú, Algunas concordancias en la vida anímica de los salvajes y de los neuróticos. Obras Completas. Tomo 12. Buenos Aires: Amorrortu; 1979.
18. Freud S. Tres ensayos de teoría sexual. Obras Completas. Tomo 7. Buenos Aires: Amorrortu; 1979.
19. Isohanni M, Jones P, Kemppainen L, et al. Childhood and adolescent predictors of Schizophrenia in the Northern Finland 1966 birth cohort - A Descriptive Life-Span Model. *Eur Psychiatry* 2000; 250: 311-319.
20. Wynne L, Ryckoff I, Day J, Hirsch S. Pseudomutuality in an the family relations of schizophrenia. *Psychiatry*. In: Boszormenyi-Nagy I, Framo JL. Intensive family therapy, New York: Harper and Row: 1965.
21. Kety SS, Rosenthal D, Wender PH, Schulsinger F. The types and prevalence of mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenics. In: Rosenthal D, Kety SS. The Transmission of Schizophrenia. Oxford: Pergamon Press; 1968.
22. Lacan J. La familia. Buenos Aires: Axis; 1975.
23. Laing R. Mystification, confusion and conflict. In: Boszormenyi-Nagy I, Framo JL. Intensive family therapy. New York: Harper and Row; 1965.
24. Levi-Strauss C. Las estructuras elementales del parentesco. México: Paidós; 1987.
25. Lidz T. The Origin and Treatment of Schizophrenic Disorders. New York: Basic Books; 1973.
26. Lidz T, Cornelison A, Fleck S, Terry D. The interfamilial environment of the schizophrenic patient I: The father. *Psychiatry* 1957; 20: 329-342.
27. Lidz T, Fleck S, Cornelison A. Schizophrenia and the family. New York: International Universities Press; 1965.
28. Moguillansky R. Bases para conceptualizar la noción de vínculo. En: Reunión Semiplenaria: Contribuciones Latinoamericanas sobre configuraciones vinculares: XIX Congreso de Federación de Entidades Psicoanalíticas de América Latina (FEPAL). Bogotá; 2010.
29. Moguillansky R. Conferencia Encuentros y desencuentros en el vínculo. En: Jornadas Relações Familiares na Atualidade, Psicanálise Vincular, Teoria e Técnica. Sociedade Brasileira de Psicoanálisis, Sao Paulo (SBPSP). Sao Paulo; 2012.
30. Moguillansky R. Conferencia Inaugural sobre Teoría y clínica vincular. En: 1o Encontro Brasileiro da Associação Internacional de Psicanálise de Casal e Família (AIPCF): Diálogos psicanalíticos. Universidad de Sao Paulo (USP). Sao Paulo; 2011.
31. Moguillansky R. Diagnóstico e abordagens terapêuticas. En: Gomes I, compiladora. Família: diagnóstico e abordagens terapêuticas. Sao Paulo: Universidade de Sao Paulo; 2008.
32. Moguillansky R. Intervenciones en la clínica vincular. Revista virtual Psicoanálisis e Intersubjetividad [Revista en línea] 2008; 4. Disponible en: www.intersubjetividad.com.ar.
33. Moguillansky R. L' amore moderno e l' amore passionale nella clinica vincolare. Una contribuzione alla questione dell' amore e dell' odio nella vita amorosa. *Rivista della Società Italiana di Psicoterapia Psicoanalitica* 2007.
34. Moguillansky R. Pensamiento único y diálogo Cotidiano. Buenos Aires: Zorzal; 2003.
35. Moguillansky R. Nostalgia de lo absoluto. Buenos Aires: Zorzal; 2004.
36. Moguillansky R. Un marco general para comprender y abordar la familia. En: Palacios E, compiladora. Nuevos Caminos e la Terapia Psicoanalítica en el siglo XXI: Una experiencia de aprendizaje en los servicios sociales de Aragón. Zaragoza: Libros Certeza; 2006.
37. Moguillansky R. Vínculo y Relación de objeto. Buenos Aires: Editorial Polemos; 1999.
38. Moguillansky R, Nussbaum S. El vínculo, su relación con el uno y el dos. En: Sesión plenaria: El vínculo, distintos modelos. 4º Congreso Internacional de Psicoanálisis de Pareja y Familia: Sufrimiento vincular y sus transformaciones en el psicoanálisis de pareja y familia. Buenos Aires; 2010.
39. Moguillansky R, Nussbaum S. Psicanálisis vincular. Teoría e clínica. Volumen 1: Fundamentos teóricos e abordagem. Clínica do casal e da família Volumen 2: Discussões clínicas vinculares. Sao Paulo: Zagodoni Editora Ltda; 2011.
40. Moguillansky R, Nussbaum S. Teoría y clínica vincular. Volumen 1: Fundamentos teóricos y clínicos. Clínica de pareja y familia. Volumen 2: Discusiones clínicas vinculares. Buenos Aires: Lugar; 2013.
41. Moguillansky R, Nussbaum S. Un nuevo sujeto de la psicoterapia: la familia. En: Anuario de la FEAP. Primer Congreso de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapia. Bilbao; 2008.
42. Moguillansky R, Seiguer G. Aproximación psicoanalítica a la pareja y la familia. En: Revista de Psicoanálisis. Psicoanálisis y Familia, Congreso de IPA en Bs. As., 37th IPA Congress. Buenos Aires; 1991. p. 2.
43. Moguillansky R, Seiguer G. La vida emocional de la familia. Buenos Aires: Lugar; 1996.
44. Moguillansky R, Szpilka J. Crítica de la razón natural. Buenos Aires: Biebel; 2009.
45. Money Kyrle R. The construction of our world model. In: Money Kyrle R. Man's picture of his world. Londres: Duckworth; 1961.
46. Romero JL. Estudio de la mentalidad burguesa. Buenos Aires, Madrid: Alianza; 2006.
47. Searles H. Collected papers on schizophrenia and related subjects. New York: International Universities Press; 1965.
48. Shapiro R, et al. The influence of family experience on borderline personality development. *Int Rev of Psychoanal* 1975; 2.
49. Siira V, Wahlberg KE, Miettunen J, Läksy K, Tienari P. Schizophrenia-related psychometric deviance measured by MMPI in high-risk adoptees and their adoptive controls. *J Pers Assess* 2004; 83:14-31.
50. Stierlin H. Systemic optimism-systemic pessimism: two perspectives on change. *Family Process* 1988; 27 (2): 121-132.
51. Tienari P, Lahti I, Sorri A, et al. The Finnish adoptive family study of schizophrenia: possible joint effects of genetic vulnerability and family interactions. In: Hahlweg K, Goldstein MJ, editors. Understanding major mental disorder: the contributions of family interaction research. New York: Family Process Press; 1987. p. 33-54.
52. Tienari P, Wynne LC, Lasky K, et al. Genetic boundaries of the schizophrenia spectrum evidence for the Finnish Adoptive Family Study of Schizophrenia. *Am J Psychiat* 2003; 160 (9): 1587-94.
53. Tienari P, Wynne LC, Moring J, et al. The Finnish adoptive family study of schizophrenia: implications for family research. *Brit J Psychiat* 1994, 164 (suppl. 23): 20-26.
54. Tienari P, Wynne LC, Moring J, Lasky K, Nieminen P, Sorri A. The Finnish Adoptive Family Study: Sample selection and DSM-III-R diagnoses of schizophrenic mothers and their Adopted-away offspring. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101: 433-443.
55. Tienari P, Wynne LC, Sorri A, editors. Genotype-environment interaction in schizophrenia-spectrum disorder. Long-term follow-up study of Finnish adoptees. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 216-222;
56. Tienari P, Wynne LC, Sorri A, et al. Genotype-environment interaction in the Finnish adoptive family study - Interplay between genes and environment? In H. Häfner, editors. Risk and Protective Factors in Schizophrenia. Darmstadt: Springer; 2000. p. 29-38.
57. Tienari P, Wynne LC, Sorri A, et al. Observing relationships in Finnish adoptive families: Oulu family rating scale. *Nord J Psychiatry* 2005; 59 (4): 253-63.
58. Tienari P, Wynne LC, Wahlberg KE. Die Adoptionsstudien der Schizophrenie und ihre klinische Bedeutung. In: Aderhold V, Alanen YO, Hess G, Hohn P, editors. Psychotherapie der Psychose- Integrative Behandlungsansätze in Scandina-

- vien. Giessen: Psychosozial Verlag; 2003: pp. 39-50;
59. Tienari P, Wynne LC, Wahlberg KE. Genetics and Family Relationships in Schizophrenia and the Schizophrenia Spectrum Disorders. In: Miller SM, McDaniel S, Rolland J, Feetham S, editors. Individuals, families, and the new era of genetics: biopsychosocial perspectives. New York: Norton; 2006.
 60. Wahlberg KE. Meaning of and Possibilities for Familial Prevention of Schizophrenia. In: Grispini A, editor. Preventive strategies for schizophrenic disorders: basic principles, opportunities and limits. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2003. p. 69-82.
 61. Wahlberg KE, Wynne LC. Possibilities for prevention of schizophrenia: Suggestions from research on genotype-environment interaction. *Int J Ment Health* 2001; 30: 91-103.
 62. Wahlberg KE, Wynne LC, Hakko H, et al. Interaction of genetic risk and adoptive parent communication deviance: longitudinal prediction of adoptee psychiatric disorders. *Psychol Med* 2004; 34 (8): 1531-41.
 63. Wahlberg KE, Wynne LC, Keskitalo P, et al. Long-term stability of communication deviance. *J Abnorm Psychol* 2001; 110: 443-448.
 64. Wahlberg KE, Wynne LC, Oja H, et al. Gene-environment interaction in vulnerability to schizophrenia: findings from the Finnish Adoptive Family Study of Schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 355-362.
 65. Wahlberg KE, Wynne LC, Oja H, et al. Thought disorder index of Finnish adoptees and communication deviance of their adoptive parents. *Psychol Med* 2000; 30 (1): 127-36.
 66. Wynne L, Ryckoff I, Day J, Hirsch S. Pseudomutuality in an the family relations of schizophrenia. *Psychiatry*. In: Boszormenyi-Nagy I, Framo JL. Intensive family therapy, New York: Harper and Row: 1965.
 67. Wynne LC, Tienari P, Nieminen P, et al. Genotype-environment interaction in the Schizophrenia spectrum: genetic liability and global family ratings in the Finnish Adoption Study. *Fam Process* 2006; 45 (4): 419-434.
 68. Wynne LC, Tienari P, Sorri A, et al. II Genotype-environment interaction in the Schizophrenia spectrum: qualitative observations. *Fam Process* 2006; 45 (4): 435-447.
 69. Winnicott DW. Transitional objects and transitional phenomena; a study of the first not-me possession. *Int J Psychoanal* 1953; 34 (2): 89-97.



**Centro
Psitopatológico
Aranguren**



Desde 1989
CASA DE MEDIO CAMINO Y HOSTAL
CON UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN
Y RESOCIALIZACIÓN PSIQUIÁTRICAS

Directores: Dr. Pablo M. Gabay - Dra. Mónica Fernández Bruno

Paysandú 661 - (C1405ANE) Ciudad Autónoma de Buenos Aires -
Tel. (011)4431-6396 Web: www.centroaranguren.com.ar
Correo Electrónico: info@centroaranguren.com.ar



Nerio Rojas: psiquiatría, política y cultura. Un trabajo sobre Medicina Legal con menores

Gustavo Pablo Rossi

Lic. en Psicología. Miembro del Capítulo de Historia y Epistemología de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA).

Nerio Rojas fue un psiquiatra ineludible en el desarrollo y difusión de la Medicina Legal en Argentina. Caracterizado entre sus colegas por su amplia cultura e intereses polifacéticos, nació el 7 de marzo de 1890, fecha que ha sido instaurada como el Día del Médico Legista en nuestro país, en homenaje a su natalicio.

Luego de graduarse en la Universidad de Buenos Aires, se radicó en París entre 1913 y 1920, adonde obtuvo el título de Médico Legista. Su tesis de doctorado se intituló: *“La literatura de los alienados”*. Entre sus múltiples y heterodoxas obras se destacan: *“Psicología de Sarmiento”*, *“El Diablo y la Locura y otros Ensayos”*, el reconocido libro de texto *“Medicina Legal”* (primera edición de 1936), *“La psiquiatría ante la legislación civil”* y *“Biología de la libertad”*.

De París al radicalismo argentino

En la década de 1920 fue nombrado miembro de la *Société de Medicine Legale* y de la *Société de Psychiatrie de París*. En 1924 alcanzó por concurso el cargo de Profesor Titular de Medicina Legal en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, que ocupó hasta 1946.

Rojas fundó la *Sociedad de Medicina Legal y Toxicología*, y los *Archivos de Medicina Legal*, editados hasta el año 1946, cuando renuncia por disidencias con el gobierno de Juan D. Perón. De su actividad política se destaca su presidencia durante varios años del Centro de Estudiantes en la Facultad de Medicina de Buenos Aires, y su militancia en la Unión Cívica Radical que compartió con su hermano, el escritor Ricardo Rojas. Provenientes de una familia influyente de la Provincia de Santiago del Estero,

adonde el padre de ambos había sido Gobernador, Nerio fue Diputado Nacional por la Capital Federal entre 1942 y 1950 (1) y en el período 1960-1962.

Cuando el historiador José Luis Romero fue nombrado Rector Interventor de la Universidad de Buenos Aires en 1955, Rojas será decano en forma interina, como parte del grupo cercano al Rector (junto a Ismael Viñas, Noé Jitrik, Jorge Graciarena, René Balestra, José Babini y Risieri Frondizi). Al año siguiente, fue nombrado Miembro de Número de la Academia Nacional de Medicina.

Un encuentro con Freud

Entre los psicoanalistas interesados por la historia de esta práctica, es conocida su entrevista a Freud, quien lo menciona en su diario personal (expuesto en el *Freud Museum*), donde deja constancia de la visita a Viena de “dos eminentes psiquiatras argentinos”: Nerio Rojas y Gregorio Bermann, allá por 1929.

El nombre de Nerio Rojas tendrá un lugar particular dentro de las “entradas” del psicoanálisis en el país. Se lo ha ubicado como una de las expresiones que dan cuenta de una vía de introducción del psicoanálisis en Buenos Aires, en forma ecléctica, que toma la figura freudiana someramente, como rasgo de “actualidad”, en términos de una influencia genérica en la cultura (2). El amplio horizonte de sus intereses intelectuales se ve reflejado en la publicación, siendo ya un docente notorio de la Facultad de Medicina, de sus notas sobre Freud en el suplemento literario del diario *La Nación*, así como en sus artículos sobre literatura; en los que presenta el cruce entre el médico y el hombre ilustrado. Es destacable el

esfuerzo que, desde la psiquiatría, realiza por integrar en ella aspectos que le resultaban importantes de la obra freudiana, como se puede apreciar en el texto de su autobiografía que se puede leer a continuación en esta Sección.

En su relación con las letras, sobresale el atrevimiento para articular los temas a su conocimiento psiquiátrico, por ejemplo en su tesis *"La literatura de los alienados"* o en el artículo *"Otelo y la psiquiatría en Shakespeare"*.

También podemos deducir allí cierta toma de distancia respecto al positivismo más duro de principios de siglo, junto al sesgo de amplitud en su lectura de los autores de la época, y la búsqueda de contactos entre filosofía, literatura y psicopatología: la propuesta de conjugar a Freud con Henri Bergson (con quien también mantuvo su debate José Ingenieros), fue una cuestión que le planteó en Viena al creador del psicoanálisis; opinión que generó una reacción nada favorable de su interlocutor en dicha entrevista.

Lo controvertido de su relación personal con el psicoanálisis se lee también cuando aclara (para oscurecer): "No soy psicoanalista en el sentido ortodoxo", aunque encuentra en Freud "...una cantidad de sugerencias, de posibilidades, de orientaciones nuevas", que considera su "deber" mencionar porque "son completamente modernas" (Rojas, 1937, p.119). Y rescata en forma ecléctica algunos aspectos de la teorización freudiana, como ser el valor de los sucesos en la infancia. No aparece su énfasis en aquella distinción entre teoría y método que según algunos historiadores "había dominado en ciertas zonas del discurso psiquiátrico la perspectiva -más bien virtual- de una apropiación del procedimiento terapéutico que simplemente repudiaba la doctrina" (2).

Entre el psicoanálisis, Lombroso y De Sanctis

En el texto de Rojas seleccionado para ilustrar esta Sección, es también significativa la forma de presentar al creador del psicoanálisis como "un médico que es también filósofo", y que abordó el problema del niño "en un manera de tal forma escabrosa, que yo no podría, sin riesgo de ruborizar a una parte de auditorio, abordar su estudio". Dice no obstante que destaca "el poder, la influencia que tienen en la creación progresiva de la personalidad del hombre desde niño, las tendencias instintivas", predominantemente dirigidas "por la tendencia sexual, que él llama la libido"; y traducirá lo traumático en términos de "chocs", conmociones en la infancia que producen "formas de desequilibrio nervioso" (Rojas, 1937, p.108).

En su conferencia, ubica las ideas de Freud sobre el niño en un polo opuesto a la teoría lombrosiana. Y si bien en los desarrollos criminológicos ha considerado algunos aspectos de la obra de Cesare Lombroso -como era común en su tiempo-, le dedicará también aquí su crítica. Recuérdese que el médico italiano afirma que "el niño es un pequeño delincuente", y al hacer el estudio físico y psicológico de los niños termina "asimilándolos al tipo del delincuente". Nuestro autor critica que "las estadísticas son generalmente interpretadas por Lombroso con un criterio arbitrario". Y que no supo discernir entre los niños "anormales" y los "normales", y en reali-

dad "como material de observación, como motivo de su estudio, tuvo sobre todo a niños perversos, a los niños anormales"; los cuales Rojas sí equipararía "al delincuente vulgar" (Rojas, 1937, p.108). Extraño cuestionamiento, que como contrapartida incluye aquel sello que traerá consecuencias de estigmatización.

Para contextualizar este desarrollo, puntualicemos que la Medicina Legal de esta parte del siglo -en especial en Latinoamérica- aparece estrechamente vinculada a la criminología, haciendo eje de su preocupación en *el hombre delincuente*, lo cual llevaría en muchos autores a considerar sinónimos de delincuencia a la patología mental y la degeneración (3).

En una perspectiva que permita pensar cierto rescate histórico para el presente, es valorable en Rojas que ya en 1932 afirmara que la encrucijada que atravesaba la psiquiatría era producto de una tensión entre la "psiquiatría de los neurólogos" (netamente orgánica, impugnando que en la mayoría de los estados mentales haya originaria o secundariamente un intercambio de factores psíquicos) y la de los "psiquiatras psicólogos", que les cuesta comprender los factores orgánicos en juego (4).

Esa búsqueda de equidistancia entre las "corrientes orgánica y psicológica", que lo lleva a una oscilación entre lo innato, el factor patológico individual, por un lado, versus lo adquirido o el factor social, por el otro, puede concebirse como otra línea de apertura respecto al paradigma positivista dominante (5), con sus matices y contradicciones, como se leerá también cuando trata el tema de la delincuencia de menores.

Anormalidad psíquica en pequeños delincuentes

El texto seleccionado que presentamos a continuación de esta introducción (6) tiene un especial interés por ser uno de los pocos trabajos dedicados a la delincuencia "de menores" escrito por Rojas. En él el autor intenta dar respuestas desde la psicopatología a una problemática que en la primera parte del siglo XX venía teniendo una fuerte impronta social.

En el campo de la aplicación de la criminología a los "menores", cabe resaltar su práctica en la Alcaldía de Menores de la Policía de la Capital, adonde concurría con sus alumnos, y también su rol como director de Tesis de doctorado sobre delincuencia juvenil de Telma Reca (una de las psiquiatras pioneras en la clínica infanto-juvenil en la Argentina), presentada en 1932. Junto a la alusión de su ex alumna, Rojas hace una revisión de las corrientes de pensamiento sobre el tema en los EE.UU. en esa época, en una llamativa mixtura con el psicoanálisis norteamericano. Esa fue la escuela que tomó como referencia Reca, ya desde su beca de doctorado (7) en su primer viaje al país del norte.

En cuanto a la legislación y al tratamiento del menor delincuente, Rojas expone la orientación de su tiempo. La cita de autores contemporáneos y de las décadas inmediatamente precedentes dan cuenta de su actualización y adhesión al núcleo de ideas imperantes en la época, su defensa y las contribuciones a su consolidación en el campo de la medicina legal.

Es notable también su defensa del rol del médico psi-

quiatra en la intervención con “menores”, tanto en su dimensión preventiva (profiláctica) como en la asistencial. En acuerdo con los autores positivistas de principios de siglo, apela a instaurar al médico “al lado del maestro en la escuela”. Y enmarca el “movimiento alrededor de este fenómeno de la delincuencia infantil” como “general”, ya que “debe interesar a los políticos, a la prensa, a las Sociedades de Beneficencia, a los magistrados, a los juristas y a los médicos. Cada uno tiene un deber que cumplir”. Aunque “no es un problema de simple filantropía” sino absolutamente “técnico”, lo cual traduce en que “debe quedar sometido a la dirección de los médicos y de los juristas” (Rojas, 1937, p.122).

Por otra parte, apela al respetado Sante De Sanctis, referencia internacional de la psiquiatría infantil por entonces, quien dice que “la delincuencia de menores es patológica” (en una cita tomada por otros autores, como Lanfranco Ciampi), para marcar también una disidencia parcial, que le daba su sello personal sin dejar de ser “de época”: si es patológica, en “todos los casos tiene importancia el factor social”. Rojas testimonia, en ese momen-

to, que “la gran mayoría de los menores delincuentes proviene de las clases pobres”. Sin embargo, no parece preguntarse sobre las condiciones del sistema judicial y policial como para que esos menores sean los que lleguen a poblar los Institutos o Alcaldías; aquellos lugares donde estaban los “casos” que Rojas estudiaba con frecuencia. Como continuó ocurriendo a lo largo de décadas, no se suele aclarar si esa “gran mayoría” implica una muestra social representativa de los menores, o es la de los establecimientos de encierro. Y cuando se hace referencia a la coacción del “factor económico” sobre las “posibilidades higiénicas y educativas” y la “formación moral del niño”, no aparece ninguna ponderación de cómo ese factor económico de las familias y su contexto socio-cultural podrían operar en la selección de los menores detenidos en cárceles e institutos, aquellos “observados”, que en ese encierro, sin duda, eran mayoría. En nuestro tiempo, saltando algún anacronismo, los que aportan su práctica y sus preguntas en este terreno encuentran una ecuación similar. Nerio Rojas falleció en 1971 ■

Referencias bibliográficas

1. Cooke, J. W. (Comp. Duhalde, E.). *Acción parlamentaria*. Buenos Aires: Colihue, 2007.
2. Vezzetti H. *Freud en Buenos Aires, 1910-1939*. Buenos Aires: U. N. Q, 1996.
3. Del Olmo R. *América Latina y su criminología*. México: Siglo XXI, 1981.
4. Rojas N.; “La Encrucijada Actual de la Psiquiatría”, en *Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal*, XIX, 1932, p. 562-571.
5. Falcone R. “Condiciones de inicio de la clínica psicoanalítica en Argentina”. En *Anuario de Investigaciones*, Facultad de Psicología - UBA, volumen XIV, 2006, p. 135-146.
6. Rojas N. “La anomalía psíquica en la delincuencia de menores”. *Boletín del Museo Social Argentino*, Año XIX, N°112-114, 1931. Reproducido en “Archivos de Medicina Legal e Identificação” Publicação Oficial do Instituto de Identificação, Anno VII, Nro. 14, 1937, Rio do Janeiro.
7. Reca T. *Delincuencia Infantil en los Estados Unidos y en la Argentina*, Tesis de Doctorado, Facultad de Medicina. Buenos Aires: Talleres Gráficos de la Penitenciaría Nacional, 1932.

La anormalidad psíquica en la delincuencia de menores¹

Profesor Nerio Rojas

Titular de Medicina Legal de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires.

1) El hombre es un enigma rodeado de muchos otros enigmas. La inquietud de su inteligencia lo alienta para descifrarlos y uno de los más inquietantes de todos es el de su propio espíritu. Dentro de la amplitud de este misterio, el mundo del espíritu del niño es aún más inquietante porque es más inaccesible; y es más inaccesible porque tratándose de él, no podemos usar de la introspección que nos sirve para los hombres adultos: tenemos fatalmente que estudiarlo desde afuera. De ahí que para interpretarlo, los filósofos, los moralistas, los pedagogos, los psiquiatras, hayan propuesto diversas concepciones, muchas opuestas entre sí.

Entre ellas, hay que destacar la interpretación de Rousseau que, defendiendo, como es sabido, la situación del hombre en estado de naturaleza, afirmaba que el niño era bueno y que era la sociedad la que lo pervertía. [...] Dentro de todo este problema de la formación psicológica del niño y de su desarrollo ulterior, el aspecto de las reacciones antisociales de los menores o sea su criminalidad es fundamental y, desde el punto de vista social y pedagógico, casi el principal, y es sobre todo un problema que día a día preocupa más a los estudiosos y a los legisladores.

2) Cuando se habla de esta delincuencia es necesario entenderse sobre el alcance de estos términos, porque hay autores que hablan de la delincuencia de los niños, otros que hablan de la delincuencia juvenil, otros que hablan genéricamente de la delincuencia en los menores o de la delincuencia infantil.

¿Qué límite hay que darle en edad a esta época a la cual se refieren estos estudios? No se puede, desde el punto de vista psíquico y antropológico, limitar matemáticamente en el tiempo, y no hay otro criterio que el empírico que en cada país dan las leyes respectivas. Y así es general que las leyes marquen como delimitación los diez y seis o los diez y ocho años. El Código Penal nuestro que prevé hasta los diez y ocho años una categoría especial de delincuentes, subdivide esta categoría en dos grupos: los menores que han delinquido sin tener catorce años y los que ya han cumplido catorce pero que no tienen todavía diez y ocho. Esta cuestión ha sido tratada aquí con autoridad por el doctor Coll, en la primera conferencia de este ciclo, y no me corresponde esclarecer ni comentarla; pero puedo decir que nuestro Código Penal fija como límite esa edad de diez y ocho años, dentro de la cual da derecho a la autoridad judicial para disponer del menor que ha delinquido. No tiene ninguna vinculación esta delimitación, por consiguiente, con lo que se entiende por menores en la Legislación civil.

La delincuencia de los menores obedece a dos grandes factores fundamentales, por lo demás en forma semejante a los factores de delincuencia de los adultos. Esos dos grandes factores causantes son las causas sociales y las causas patológicas, o sea, las individuales.

Collin, autor francés, que ha estudiado especialmente la delincuencia infantil, ha establecido en relación a estos factores causales, dos tipos de delincuentes: el

¹ Fragmentos seleccionados del original: Rojas N. "La anormalidad psíquica en la delincuencia de menores". *Boletín del Museo Social Argentino*, Año XIX, N°112-114, 1931. Reproducido en "Archivos de Medicina Legal e Identificação". Publicação Official do Instituto de Identificação, Anno VII, Nro. 14, 1937, Rio do Janeiro. Agradecemos a la Biblioteca Especializada y Centro de Información Bibliográfica y Documentaria "Dr. Jorge E. Coll" la copia del original de este artículo.

delincuente de "tipo social" y el delincuente de "tipo patológico". Es delincuente de tipo social aquel que sin tener taras o factores antropológicos o sociológicos propios, va al delito bajo la influencia de causas externas, de ambiente moral. En cambio, es delincuente de tipo patológico, aquel en el cual predomina el factor personal por anormalidad en la evolución del desarrollo psíquico, o sea por enfermedad.

Yo he completado esta clasificación para precisarla más, y he propuesto subdividir el tipo patológico a su vez en dos grandes grupos: 1º tipo de *falso anormal psíquico*, y, 2º, el de *anormal psíquico verdadero*.

Los falsos anormales son aquellos que no tienen trastornos psíquicos intrínsecos, sino que parecen anormales por factores de indisciplina, de abandono escolar, de afección sensorial, ceguera, sordera, debilidad, etc., pero sin que haya auténticos trastornos psíquicos. En cambio, el otro grupo es de anormales verdaderos; se divide en otros dos sub-grupos: uno el de los *enfermos mentales*, alienados, y otro el de los *anormales psíquicos no alienados*. Los anormales psíquicos alienados son los vulgares locos, usando la terminología corriente, o dementes, maniáticos, imbeciles etc. Los no alienados son los que interesan más cuando se estudia el problema de la delincuencia en los menores; comprenden los estados de desequilibrio en forma de constituciones llamadas psicopáticas, por ejemplo, los perversos congénitos, los emotivos constitucionales, los mitómanos, y los insuficientes de un grado leve, que no llegan a la imbecilidad, los histéricos, los epilépticos, etc.

3) Dentro de los factores criminógenos, la investigación de todos los autores ha destacado la importancia enorme del factor patológico, y sobre todo la frecuencia de los tipos anormales dentro de la masa de menores delincuentes. [...] El autor italiano De Sanctis, comentando precisamente el número elevado que dan las estadísticas estadounidenses, lo considera excesivo. Yo creo que se puede interpretar esta diferencia de los porcentajes, por diversas causas. Primero, porque el conjunto de menores estudiados por los diversos autores, no es siempre el mismo, porque el Establecimiento donde esta clasificación se hace, reúne categorías diversas de menores, según los países. Se comprende además que las estadísticas de Estados Unidos den un porcentaje mucho mayor por una razón de método en la investigación. Los estadounidenses usan y abusan de un sistema de investigación psicológica que se llama de los *tests* o sea un sistema artificial, mecánico, de preguntas que en forma más o menos automática se formulan y a las cuales debe responder el menor y que varían mucho según el método. Es un método demasiado exigente, molesto, que si bien puede ser utilísimo para el psiquiatra que lo aplica con el control de los otros elementos clínicos de la investigación, resulta peligroso cuando es aplicado por manos o personas no especializadas, como suele hacerse en Estados Unidos, en que muchas veces estas tareas son confiadas a personas no técnicas y sólo por excepción a médicos psiquiatras.

Desgraciadamente, el problema de la inteligencia es mucho más complicado y resulta que cuando se usan

esos métodos, si el resultado no está completo por otros métodos de investigación, se encuentra con frecuencia un nivel inferior al que normalmente tiene la persona estudiada. Yo no soy enemigo de estos *tests*, pero creo que son peligrosos si se reduce a eso la investigación: ellos son un complemento de la investigación clínica directa, personal.

En cuanto a la categoría, a la forma de los delitos cometidos por menores, en general, es de notar que todas las estadísticas llegan al mismo resultado: la abundancia o mejor el predominio de los delitos contra la propiedad sobre los delitos contra las personas, en una proporción bastante elevada, y la gran frecuencia de pequeñas contravenciones: mendicidad, vagancia, etc. [...]

4) La necesidad de que el médico intervenga en todo juicio en que un menor está acusado de un delito, ha sido ya establecida en el Congreso penitenciario de Washington, en 1910, en el cual se votó la moción de que "en todo juicio en que interviniera un menor acusado de un delito, él fuera sometido al examen de un médico especializado en Antropología criminal, en Sociología y en Psiquiatría", dice textualmente la resolución. [...] La intervención del médico está incorporada a la práctica en todos los países, o en casi todos, mejor dicho, en los casos en que un menor es sometido a una intervención del Tribunal especial, sea por un delito o por una contravención. Entre nosotros esa tarea se realiza, aunque no está imperativamente impuesta por la ley, en la Alcaldía del Patronato de menores que depende de la Policía de la Capital. Allí el menor es retenido o permanece, en teoría por lo menos, el tiempo estrictamente necesario para su estudio y el médico del Establecimiento hace el informe de acuerdo con sus comprobaciones y examen psicológico. Corresponde decir que la organización de esa Alcaldía es obra del doctor Arenaza.

¿Cuál es, en presencia de estos fenómenos sociales-criminológicos del menor, la función del médico psiquiatra? Es enorme y no por ser yo médico psiquiatra, ha de creerse excesivo en el elogio de la función que el médico puede desempeñar y desempeña prácticamente en estos casos.

a) La intervención y la eficacia del médico se deducen de su acción antes del delito, durante el proceso y después de él. *Antes del proceso*, o sea en el estudio del menor desde su nacimiento, hasta que deja de pertenecer a esta categoría, para poder prever todas las posibilidades de delincuencia en ese menor; saber orientar a la familia y a las instituciones de Asistencia social sobre cuáles son los signos que deben hacer pensar que ese niño es un anormal, o que va a tener una anormalidad más ruidosa posiblemente más tarde. [...] Es importante en este aspecto preventivo el estudio de la gestación, o sea el tiempo del embarazo, porque toda la obra social y de legislación de protección a la mujer embarazada, es ya un comienzo de profilaxis. Interesa la investigación de todos los factores hereditarios, o sea de todas las formas de la herencia y por consiguiente, saber despistar los datos de la familia, de padre y madre, los datos de afecciones y de intoxicaciones y entre ellas, principalmente, dos: la sífilis y el alcohol. Ahora bien, al lado de eso, hay que buscar los

antecedentes nerviosos, psicopáticos, de la familia por vía materna y paterna, y a este propósito mi experiencia médica me dice que no es asunto fácil. Yo no sé por qué hay ciertos prejuicios todavía que pesan en forma de pudor en algunas familias que desean ocultar el dato de que el padre estuvo loco o de que la madre era una desequilibrada, y los datos que el médico recoge, a menos de insistir mucho, son negativos a menudo.

A este propósito yo recuerdo la opinión de un psiquiatra francés -Séglas- gran maestro, que con ese espíritu francés, decía algo muy exacto: "Cuando yo quiero saber los antecedentes de la línea materna, se los pregunto al padre y cuando quiero saber los antecedentes de la línea paterna lo averiguo con la madre". Es un procedimiento muy hábil y práctico para descubrir datos importantes [...] Es evidente que un niño que proviene de padres perversos constitucionales, amorales, más fácilmente que otro será él también un amoral o un perverso no tanto por lo que la herencia homologa puede determinar, sino por la influencia antisocial que el ambiente haya determinado en su formación moral y en sus costumbres [...] En esa época hay una influencia decisiva en la formación mental del niño: es la de la escuela. Entre seis y diez años es precisamente la edad en que los niños empiezan a ir a la escuela y la influencia de esta es enorme en la formación del desarrollo psíquico. El dato de la escolaridad debe ser investigado por el médico con paciencia, porque el grado de su aprovechamiento escolar tiene relación con su capacidad intelectual, a menos de tratarse de algunos de esos falsos anormales a que he hecho mención; si no hay esa causa extra-intelectual, no hay más que esa tara nerviosa que el médico deberá investigar. El valor extraordinario de esta comprobación evidencia la necesidad de una buena organización médica en la dirección de enseñanza escolar: el médico al lado del maestro.

Otro factor también importante que recién en estos últimos años se está investigando, es el de los chocs afectivos de los niños, qué nosotros no sospechamos porque nuestra propia experiencia ha quedado en el olvido. El niño, según decía al comienzo, es un misterio, lo es más que el adulto y precisamente en esos chocs afectivos es donde estamos haciendo pie en ese misterio moral del niño.

Se entiende por "conflicto mental", precisamente esos desagradados entre el niño y el ambiente familiar donde actúa, entre sus tendencias instintivas y las influencias externas de autoridad violenta, o sus chocs de celos o de conflictos pasionales de otro orden. Esta serie de conflictos afectivos del menor son los que han sido sobre todo estudiados por la escuela psicoanalítica con Freud a la cabeza, pero en su aplicación a la delincuencia son sobre todo investigadores estadounidenses los que han esclarecido este punto, en primer lugar, Haely. Este autor -una de cuyas estadísticas debo a la amabilidad de la doctora Telma Reca, ex alumna de la Facultad de Medicina, beca da en Norteamérica para estudiar la delincuencia juvenil, encuentra 73 casos entre 823, en los cuales se podía atribuir como causa principal o como causa secundaria, el antecedente de conflictos morales y conflictos mentales.

La teoría de estos autores es que esas tendencias -tratóndose, de freudianos, necesariamente son tendencias

sexuales pero completamente distintas de lo que es la sexualidad en el adulto- teniendo su carga emocional, afectiva, tendencias violentas por lo mismo que son instintivas, producen chocs, por ejemplo, contra una autoridad demasiado militar, que se impone en forma casi agresiva de parte del padre, trayendo cierto repliegue afectivo, una cierta concentración, una represión desagradable, que carga su mundo interior de una fuerza afectiva que necesita, en un momento dado, manifestarse en forma de descarga motora, exteriorizarse o transformarse y hace al menos impulsivo o perverso. En los antecedentes de estos conflictos, se suele llegar a la interpretación de que hay como una reacción de rebeldía del menor que lo hace delincuente. Otros autores, especialmente han estudiado otra forma de esos complejos del menor, así lo que se llama el complejo de inferioridad. Es un drama para el menor ese complejo de inferioridad. Es una vía de investigación llena de sugerencias morales y pedagógicas. Los estadounidenses trabajan mucho en esa dirección, bajo la influencia de las ideas de Freud. Yo he creído de mi deber mencionarlas porque son completamente modernas, y porque creo que pueden ser una vía de estudio y aplicación práctica. Yo no soy psiconalista en el sentido ortodoxo, pero creo que hay en esto una cantidad de sugerencias, de posibilidades, de orientaciones nuevas.

b) El médico puede ser además útil en estas investigaciones sobre el menor delincuente anormal, *durante el proceso*, es decir, ya cuando el menor ha cometido una contravención o un delito y está bajo el régimen de una ley especial. Para este estudio es indispensable que haya una sala o un servicio o un Establecimiento especial de observación, en que el médico pueda hacer el examen completo de la personalidad psíquica del menor [...] De los anormales que el médico encuentra como autores de delitos, el más importante por su frecuencia, por su gravedad y por su negro porvenir, es el perverso instintivo. Corresponde al grupo de los que ya hablé y que se llaman generalmente locos morales, término anticuado que está reemplazado actualmente por el de degeneración con perversiones instintivas, el perverso constitucional, el perverso congénito. Llama la atención que en aquella estadística Vermeylen estos anormales no figuren.[...] La perversidad, que en estos casos es congénita pura, otras veces es sintomática de un estado adquirido y especialmente en cierta forma de sífilis cerebral, así por ejemplo, el caso de un chico de la Alcaldía de menores de la Policía de esta Capital, adonde todos los años suelo concurrir con mis alumnos de la Facultad de Medicina gracias a la amabilidad de las autoridades de la casa, para observar los menores allí alojados, el caso, decía, de un menor que tenía un proceso cerebral de origen específico, con una ligera paresia de un lado y que era absolutamente indisciplinado. El tratamiento específico lo mejoró, no solamente de su estado físico, sino también en su tendencia a la indisciplina y al desorden dentro del Establecimiento.

Otra forma es la perversidad adquirida, sintomática, o mejor dicho consecutiva a la encefalitis letárgica. [...]

c) Después del proceso, cuando ya el menor está en el Establecimiento especial, adecuado a su personalidad, el

médico continúa siendo útil porque va a dirigir el tratamiento de ese niño. [...]

5) Necesito, sin embargo, decir que si el factor patológico es importante en la formación de estos menores delincuentes, no es el único. Hay que tener siempre presente la existencia de factores sociales exclusivos o concomitantes.

De Sanctis, autor italiano de primera autoridad en este asunto, ha hecho notar que cuanto menos edad tienen los niños que han delinquido, hay más porcentaje de anormalidad y a la inversa cuando el menor es ya de más edad, suelen predominar las causas de ambiente; pero De Sanctis opina que casi toda la delincuencia de menores es patológica. Yo, a mi vez, sin embargo, agregó: que si casi toda la delincuencia es patológica, en todos los casos tiene importancia el factor social. Sobre todo esto debo destacar dos hechos que no debemos olvidar: el primero es que la inmensa mayoría de los menores delincuentes proviene de las clases pobres; es un hecho de importancia fundamental y no tenemos el derecho de olvidarlo. Es evidente que el factor económico es primordial en la

formación moral del menor. Es posible que esos conflictos de que les hablaba antes, conflictos más o menos inconscientes, tengan relación con las dificultades, no solamente morales de la familia, sino con las dificultades económicas. En todo caso el factor económico influye sobre las posibilidades higiénicas y educativas y directa o indirectamente es fundamental en la formación moral del niño.

El segundo hecho que debo destacar es que hay delincuentes que no tienen ninguna anomalía psíquica, que van al delito solamente por factores sociales y que aun en los menores con taras psíquicas, la influencia social es evidente y existe sobre todo a medida que esa delincuencia se produce en edades más elevadas. [...]

6) El movimiento alrededor de este fenómeno de la delincuencia infantil es general: debe interesar a los políticos, a la Prensa, a las Sociedades de beneficencia, a los magistrados, a los juristas y a los médicos. Cada uno tiene un deber que cumplir. Los médicos resolvemos ciertas dificultades de este problema o buscamos resolverlas, pero no todo depende de nosotros [...] ■



confrontaciones



El nuevo DSM-V o Kraepelin antes de su madurez: El oxímoron del “Trastorno esquizoafectivo”

Salvador M. Guinjoan

*Profesor Regular Adjunto, Departamento de Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires; Profesor Regular Adjunto
Cátedra I de Neurofisiología, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires; Investigador Independiente, CONICET.
E-mail: sguinjoan@fleni.org.ar*

Resumen

En los últimos lustros se ha acumulado evidencia que sugiere que la clásica distinción kraepeliniana entre esquizofrenia y enfermedad bipolar no refleja el origen de los cuadros psicóticos, tal como el mismo Kraepelin lo advirtiera en sus años de madurez. A pesar de que la esperada nueva edición del manual diagnóstico y estadístico de la *American Psychiatric Association* (DSM-V) seguramente incorporará la idea de las dimensiones sintomáticas suplantando a los subtipos de esquizofrenia, el sistema binario kraepeliniano se mantiene intacto, incluyendo a la categoría diagnóstica que es testimonio palmario de su obsolescencia: el trastorno esquizoafectivo. En esta comunicación se realiza una breve lectura crítica de este hecho y se señalan las dificultades que la clasificación actual comporta para los avances definidos en este campo del conocimiento.

Palabras claves: DSM-V - Psicosis - Trastorno Esquizoafectivo - Esquizofrenia - Enfermedad Bipolar.

DSM-V: A YOUNG KRAEPELIN AND THE “SCHIZOAFFECTIVE DISORDER” OXYMORON

Summary

The last several years have witnessed the accumulation of evidence suggesting that the Kraepelinian binary system of classification of the psychoses does not capture their true nature, as Kraepelin himself had cautioned in his late years. The long-awaited new edition of the APA's Diagnostic and Statistical Manual will in all probability incorporate symptom dimensions and suppress schizophrenia subtypes. However, the initial Kraepelinian conceptualization of the psychoses is maintained, along with the diagnostic category that epitomizes its obsolescence: schizoaffective disorder. We hereby make a brief critical appraisal of this fact, pointing out how the current classification system might be an obstacle to much-needed advances in this knowledge field.

Key words: DSM-V - Psychoses - Schizoaffective Disorder - Schizophrenia - Bipolar Disorder.

El Manual Diagnóstico y Estadístico - 4ª Edición de la *American Psychiatric Association* (1), aparecido en 1994, puede considerarse un verdadero tributo a la fenomenología psiquiátrica reglada por Emil Kraepelin (ver por ejemplo 10). En esencia, Kraepelin dividió a las psicosis en dos formas principales, y otras menores de las que no nos ocuparemos aquí. Una, *Dementia praecox* (llamada ulteriormente Esquizofrenia por Eugen Bleuler; 2), y la otra, Insania maníaco-depresiva (hoy denominada Enfermedad bipolar). En el sistema binario kraepeliniano, los pacientes con Esquizofrenia sufren síntomas prodrómicos caracterizados principalmente por retracción social e indiferencia, padecen una fase aguda con alucinaciones, delirios, incoherencia, o severas anomalías de la conducta, y luego siguen un curso de cierto deterioro, de modo que casi nunca recuperan su funcionamiento anterior al pródromo. En cambio, los pacientes con Enfermedad bipolar padecen una psicosis con muchos síntomas "afectivos" tales como la tristeza o la euforia, y pasada la fase aguda generalmente recuperan completamente su estado previo a la enfermedad. Kraepelin era un apasionado de las clasificaciones; su primer interés en la ciencia fue de hecho clasificatorio, cuando en su adolescencia había generado un herbario clasificando especies de plantas venenosas. Su pasión por la clasificación seguramente se debió a la marcada influencia que sobre él ejerció su hermano Karl, nueve años mayor y un reconocido naturalista autor de varios libros sobre taxonomía de plantas y animales y que llegó a ser director del museo de historia natural de Hamburgo (9).

Este esquema binario representa una sobresimplificación tan grande que el propio Kraepelin, en su madurez clínica y académica, intentó morigerar en sus alcances, en la saludable revisión que periódicamente hacía de sus propias ideas: "*Ningún psiquiatra experimentado negará que existe un alarmante número de casos en los cuales parece imposible, a pesar de la más cuidadosa observación, hacer un diagnóstico firme (...) es cada vez más claro que no podemos distinguir satisfactoriamente entre estas dos enfermedades, y esto trae naturalmente la sospecha de que nuestra formulación del problema puede ser incorrecta*" (11).

Casi un siglo después, el DSM-IV pasaba por alto esta honesta observación. El testimonio más agudo del fracaso del sistema binario kraepeliniano es la formulación que hace dicho sistema clasificatorio sobre el "Trastorno esquizoafectivo", inspirado en la definición inicial de Jacob Kasanin en 1933 (8) y que se mantiene desde la primera edición del manual. Requiere tanto la presencia de síntomas de Esquizofrenia como síntomas de Depresión y/o Enfermedad bipolar, alcanzando el punto más cabal de su fracaso conceptual en el criterio C., que formula que se requiere que durante una duración "sustancial" (SIC), el paciente haya cumplido criterios de episodio depresivo mayor, maníaco o mixto. Los psiquiatras nos hemos preguntado frecuentemente qué debe considerarse "sustancial" y diferentes personas seguramente arribarán a diferentes respuestas. Semjante nivel de incertidumbre es prácticamente desconocido en otras ramas de la medicina. No es sorprendente que la concordancia diagnóstica de distintos clínicos formados en un ambiente similar

no sobrepase, para el trastorno esquizoafectivo, un nivel de Kappa = 0.3, es decir que en ningún caso llega al 30% de concordancia entre distintos observadores, aun cuando sean muy experimentados y compartan la misma formación teórica. Más aun, la mayoría de los estudios de investigación clínica agregan los pacientes con "Trastorno esquizoafectivo" a los estudios sobre esquizofrenia. Es desconocido el editor o *referee* que alguna vez haya objetado esta inclusión, considerando en la práctica al "Trastorno esquizoafectivo" como parte del espectro de la Esquizofrenia. Hay consenso sobre el hecho de que, si el sistema binario kraepeliniano es una entelequia definida arbitrariamente por un grupo de profesionales, el trastorno esquizoafectivo es una entidad inexistente que además carece de utilidad práctica.

Luego de propuestas pioneras como la formulación de Crow sobre la fisiopatología de las psicosis (5), en los últimos 15 años, aproximadamente, se ha desarrollado un consenso poco cuestionado sobre el hecho de que la Esquizofrenia y la Enfermedad bipolar no son enfermedades que los pacientes tienen, sino diagnósticos que los pacientes reciben (12). Hay muchos motivos para que la comunidad científica dude seriamente (o, mejor dicho, acuerde sobre la falta de propiedad) de este esquema binario:

1. Es un hecho clínico muy conocido que los pacientes que incluimos en la categoría diagnóstica de la Esquizofrenia tienen casi uniformemente, en distintos momentos de su evolución, síntomas prominentes de la esfera afectiva, incluyendo disforia o euforia, ansiedad, tristeza y anhedonia, o expansividad, o ideas de autodesvalorización o grandiosas, y retardo o agitación psicomotriz. En términos relativos, el suicidio es más común en los pacientes con Esquizofrenia que en los que padecen Depresión mayor o Manía.

2. Algunas de estas manifestaciones en pacientes con Esquizofrenia responden a antidepresivos que son usados frecuentemente en esta condición. A la inversa, pacientes que consideramos habitualmente como depresivos o maníacos requieren antipsicóticos en su curso clínico. Los fabricantes de medicamentos venden muchos antipsicóticos como "estabilizantes del ánimo" o "aumentadores" del efecto de los antidepresivos.

3. En las familias de pacientes con Esquizofrenia, más frecuente que la Esquizofrenia es la Depresión. La prevalencia de Depresión entre familiares de pacientes con Esquizofrenia es además mayor que en la población en general (7).

4. Existen más superposiciones que divergencias sobre la presencia de anomalías genéticas asociada a la Esquizofrenia y la Enfermedad bipolar. Esto era ya evidente hace varios lustros en los estudios de *linkage* pero ahora es aun más evidente en los estudios de asociación de todo el genoma (*genome-wide association study*, o GWAS) (4).

Para el caso de la Esquizofrenia, el DSM-V con toda seguridad dejará de lado los subtipos actuales de Esquizofrenia (paranoide, desorganizada, catatónica, etc.) y separará de esta a los cuadros de Catatonía (que atravesarán las divisiones entre trastornos afectivos y trastornos

psicóticos). Por su parte, como implícito (y a criterio del autor, valioso) reconocimiento del empirismo que subyace al sistema clasificatorio, se agregarán dimensiones de la psicosis que deben cuantificarse en cada paciente, incluyendo alucinaciones, delirios, trastornos de la conducta, síntomas cognitivos, depresión y manía.

En contraste, uno de los "avances" de la conceptualización de las psicosis por el DSM-V frente a la versión anterior (18 años más antigua), será que la frase "una proporción sustancial" habrá de sustituirse seguramente por "una proporción mayor al 50%" al referirse a la duración de los síntomas afectivos en relación a la duración total del cuadro. Es descorazonador que muchos años de discusión sobre el nuevo manual hayan producido tan solo este cambio. Esto nos debe mover a una profunda reflexión sobre la falta de avances conceptuales clínicos en nuestro campo del conocimiento, y a una reformulación de sus principales parámetros. En otras palabras, si el lector interesado en las psicosis esperaba un giro copernicano o un cambio de paradigma en la nueva versión del DSM, que abandone la idea de inmediato. Más práctico y más genuino será hojear la 6ta edición del Manual de Psiquiatría de Kraepelin, en la que se expresa más equilibradamente su propuesta nosográfica que,

en las ediciones posteriores, va perdiendo consistencia (10). Al menos él no pensó en el Trastorno esquizoafectivo, testimonio patente de un paradigma médico que ya estaba muerto cuando su autor (aunque anciano) aun estaba con vida, pero que sigue ejerciendo una tiranía conceptual que frena progresos clínicos y científicos en la comprensión de las psicosis, uno de los temas más apasionantes de la cultura.

Agradecimientos

Realizado con el apoyo de la Agencia de Promoción Científica y Tecnológica, Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva de la República Argentina (PICT-2007-01643) y Universidad de Buenos Aires (UBACyT 2011-2014, Facultad de Psicología) y FLENI. SDG.

Nota

El autor no declara conflictos de interés relevantes a este trabajo ■

Referencias bibliográficas

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Press, 1994.
2. Bleuler E. Dementia praecox o el grupo de las esquizofrenias. Buenos Aires: Polemos; 2011.
3. Cloninger CR. Pro: tests of alternative models of the relationship of schizophrenic and affective psychoses. In: Gershon ES, Cloninger CR, editors. Genetic approaches to mental disorders. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1994. p. 149-162.
4. Craddock N, O' Donovan MC, Owen MJ. Psychosis genetics: modeling the relationship between schizophrenia, bipolar disorder, and mixed (or "schizoaffective") psychoses. *Schizophr Bull* 2009; 35: 482-490.
5. Crow TJ. Con: the demise of the Kraepelinian binary system as a prelude to genetic advance. In: Gershon ES, Cloninger CR, editors. Genetic Approaches to Mental Disorders. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1994. p. 163-192.
6. Crow T. From Kraepelin to Kretschmer leavened by Schneider. The transition from categories of psychosis to dimensions of variation intrinsic to Homo sapiens. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 502-504.
7. Fanous AH, Kendler KS. The genetic relationship of personality to major depression and schizophrenia. *Neurotox Res* 2004; 6: 43-50.
8. Heckers S. Is schizoaffective disorder a useful diagnosis? *Curr Psychiatry Rep* 2009, 11: 332-337.
9. Hippus H, Möller H-J, Müller N, Neundörfer-Kohl G. The University Department of Psychiatry in Munich. From Kraepelin and his predecessors to molecular psychiatry. Heidelberg: Springer Medizin Verlag; 2008.
10. Kraepelin E. Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte. Leipzig, Verlag von Johann Ambrosius Barth. Psychiatry: A Textbook for Students and Physicians. Massachusetts: Watson Publishing International; 1976.
11. Kraepelin E. Die Erscheinungsformen des Irreseins Z Gesamte Neurol Psychiatr. In: H. Marshall, traductor. Patterns of mental disorder. In: Hirsch SR, Shepherd M, editors. Themes and Variations in European Psychiatry. Bristol, England: Wright; 1974. p. 7-30.
12. Weinberger DR. 165° Encuentro anual de la American Psychiatric Association. Philadelphia; 2012.

“Alentamos a que nuestros pacientes puedan ejercer su derecho de ciudadanía”

Entrevista a los miembros de la Asociación de Profesionales del Hospital “J. T. Borda”

por Juan Carlos Stagnaro

El 26 de abril próximo pasado fuerzas de la Policía Metropolitana dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires agredieron brutalmente a pacientes, trabajadores profesionales y no profesionales, periodistas y legisladores en el interior del Hospital “J. T. Borda” (ver Editorial). Para evaluar ese hecho Vertex entrevistó a miembros de la Comisión Directiva de la Asociación de Profesionales de esa institución (APHB). En las páginas que siguen responden a nuestra entrevista el Secretario General de esa Asociación y Lic. en Psicología, Gabriel Cavia, Jefe de Sección del Servicio de Internación Psiquiátrica 25-A y Docente de la Universidad de Buenos Aires, la Terapeuta Ocupacional Elizabeth Gómez Mengelberg, Jefa de Sección del Servicio de Terapia Ocupacional y el Dr. Norberto Aldo Conti, Médico Psiquiatra, Jefe del Servicio de Internación Psiquiátrica 25-A y Jefe de Departamento (a/c) Departamento de Internaciones Psiquiátricas N° 4.

Vertex: ¿Cuáles han sido las consecuencias inmediatas y qué temen de las mediatas en la salud de pacientes y trabajadores del Hospital “J. T. Borda” después de los hechos ocurridos el 26 de abril?

APHB: Las consecuencias de la represión del Estado en nuestro hospital público están a la fecha de hoy atendidas y siendo evaluadas. Hay una serie de pacientes con daño físico manifiesto, como ser heridas producidas por balas de goma e inclusive, uno de ellos, con una fractura de miembro inferior que sufrió una reacción paranoide y se arrojó desde lo alto del muro perimetral lindante con la calle Brandsen para huir del ataque policial. Por otro lado, estamos expectantes y atentos ante la posible aparición de mas síntomas o situaciones que evidencien el trauma vivenciado. Dada las características del hospital hay varios dispositivos que van desde los específicamente terapéuticos hasta los expresivos artísticos y recreativos, que permiten que el paciente internado se manifieste. En las asambleas comunitarias que se realizan en los Servicios, se busca canalizar y elaborar todas aquellas situaciones y perturbaciones que puedan aparecer como consecuencia de los hechos traumáticos vividos.

Allí, emergen preguntas tales como: “¿Van a volver (los policías)?” o “¿El Borda se va a cerrar?”

Hay pacientes que anudaron esta violencia a sus ideas persecutorias y nos dicen: “Me buscan a mi”, y otros relatan que ofrecieron su vida para “salvar la canchita”, refiriéndose al espacio adonde juegan al fútbol por don-

de entró la Policía Metropolitana. Creo que estas viñetas ilustran el desgarramiento producido.

Vertex: ¿Cuál es el modelo y las condiciones institucionales que la Asociación de Profesionales del hospital propone para el hospital en el que ustedes trabajan?

APHB: El sistema de salud en el cual nosotros pensamos que debe insertarse nuestro hospital debe dejar de ser hospitalocéntrico; nosotros queremos un hospital acorde a los criterios correctos de organización de los Servicios de Psiquiatría y Salud Mental, que cuente con una estructura funcional y con recursos humanos en cantidad suficiente y formados en el tratamiento de estas patologías graves y de las que componen actualmente el variado panorama de personas vulnerables psicosocialmente, que demandan nuestra atención.

Queremos que la indicación de la internación de ser necesaria sea una intervención más y no un recurso extremo, como determina la ley 26.657, y que el tiempo de la misma sea lo más corto posible dentro de las necesidades del paciente.

Para ello, es indispensable que, en paralelo, se construyan los recursos terapéuticos adonde poder derivar a aquellos pacientes que por su condición psicopatológica y social necesitan una cotidianeidad supervisada o un trabajo con supervisión tutelada, es decir, necesitamos de aquellos dispositivos que mencionan las leyes 448 y

26657 para que se de la sinergia entre el hospital mono-valente especializado y las casas de medio camino, casas de convivencia, pensiones, subsidios, empleos con apoyo, empleos protegidos, empresas sociales y otros, que están en el espíritu de la ley, pero muy lejos aún de implementación fáctica por parte del Estado, responsable último de poder llevar adelante la consigna de respeto de los derechos humanos presentes en la ley. Como siempre decimos la salud es un derecho, es una inversión no un gasto, alentamos a que nuestros pacientes puedan ejercer su derecho de ciudadanía.

Vertex: Existen opiniones interesadas en presentar al Borda como un depósito de pacientes crónicos, encerrados y aislados de la sociedad. ¿Cómo ven ustedes esa caracterización? ¿Cuáles son las prestaciones que ofrece el hospital en realidad?

APHB: Efectivamente, existen sectores interesados en categorizar al hospital en los términos en que se plantea la pregunta. Desde la APHB, desde su constitución, abogamos por el trabajo multidisciplinario y por brindar una mejor calidad de atención cada día.

Muchas de las prácticas que están citadas en la Ley de Salud Mental se iniciaron en el Borda, por ejemplo, los emprendimientos sociales del Hospital Borda que hacen más de 10 años se está realizando; sin olvidar que en este hospital se generaron experiencias emblemáticas del cambio en la atención de los pacientes psiquiátricos en la Argentina que incluían, desde hace 45 años, el trabajo interdisciplinario, las asambleas de convivencia y las asambleas multifamiliares, por citar los dispositivos más conocidos.

Quizás podamos ejemplificar con algunos números: el Servicio de Consultorios Externos atiende aproximadamente 30.000 prestaciones anuales, el Servicio de Atención Psicoanalítica en Crisis alrededor de 6000, pero es aún más importante destacar que todos los Servicios de Internación y los Hospitales de Día, contando también el de atención a los casos de bulimia y anorexia, tienen atención ambulatoria, como así también la tienen los Servicios de Terapia Ocupacional, Kinesiología, Neurología, Clínica Médica, y todos los demás Servicios de Internación. Vemos entonces que la cantidad de prestaciones hacia la comunidad que se realiza en el Hospital es abrumadora y nada tiene que ver con la imagen de depósito de personas que se le ha pretendido endilgar.

Máxime que las personas que se atienden reciben varias prestaciones; por ejemplo, reciben tratamiento psiquiátrico y farmacológico, psicológico, consulta con trabajo social, concurren a terapia ocupacional, a algún taller de arte, al taller de alfabetización, a los emprendimientos sociales, participan del Frente de Artistas del Borda, de la Radio "La Colifata", concurren a Talleres protegidos o a Orientación Vocacional.

Profesionales de este hospital integraron un equipo con los profesionales del Hospital General de agudos

"Dr. C. Argerich" y por más de diez años trabajaron en la Boca, y hoy lo hacen con el CESAC que depende del Hospital General de Agudos "J. A. Penna" trabajando en el barrio de Barracas.

Sin embargo, y este es el obstáculo principal para abreviar las internaciones, el trabajo terapéutico con los pacientes internados en pos de la recuperación de un proyecto de vida que les pertenezca, se ve entorpecido y dificultado en función de la escasez de otros dispositivos intermedios por fuera de la internación donde se pueda continuar con esta estrategia, particularmente en los muchos casos en donde el problema socioeconómico y/o la carencia de soporte familiar se transforma en el principal escollo para regresar a sus ámbitos sociales habituales.

La cantidad de alumnos de pregrado y postgrado que en diferentes modalidades educativas concurren a formarse al hospital es innumerable, de universidades nacionales y públicas como privadas, de las carreras de medicina, psicología, terapia ocupacional, trabajo social, musicoterapia, kinesiología; colegas que vienen a formarse en Psicoanálisis en la Escuela de Psicoanálisis del Borda, única que funciona desde hace treinta años en un Hospital Público. Por otro lado es destacable que solo de la Carrera de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, de la cual el Hospital es Hospital Asociado, concurren 400 alumnos al año para recibir su formación básica en Salud Mental y Psiquiatría.

Un párrafo aparte merecen las condiciones edilicias que son desastrosas en muchos aspectos. En el año 2008 la APHB inició un recurso de amparo por las malas condiciones edilicias y de servicios (electricidad, gas, agua) que padecía el Hospital, luego sobrevino la ruptura y salida del sistema de las subestaciones de gas, y todo se complicó. Tenemos sentencia judicial favorable en ese amparo, por lo tanto, los arreglos que está haciendo el Gobierno de la Ciudad, no son por propia decisión sino que están obligados por el Juez.

El tema del gas no está solucionado, porque instalaron dispositivos técnicos que por la complejidad de su uso y mantenimiento no dan respuesta a las necesidades diarias de los pacientes allí internados, por lo que estamos en una permanente disputa por el arreglo y la mejora de los mismos.

Hasta que se empezaron a ver los primeros indicios de arreglos, estuvimos movilizados, y permanentemente en los medios y en la opinión pública para que los funcionarios se ocuparan del tema de la falta de calefacción, agua y comida caliente.

No tenemos más remedio, nosotros junto a los que llegan a recibir nuestros servicios, que soportar ese medio precario e insuficiente para una institución de salud, pero remediarlo no depende de nosotros sino de la política que se viene implementando desde hace muchos años en nuestro sector.

Vertex: Es sabido que el Hospital Borda acoge a los pacientes de los sectores sociales más desfavorecidos.

También que hay algunos que quedan por largo tiempo en el hospital, ¿son la mayoría de los que se internan? ¿Qué ocurre con los que sufren una incapacidad mayor por su enfermedad y carecen de recursos familiares, habitacionales y no están en condiciones de competir en el mercado laboral? ¿Cómo tratan ustedes esos problemas clínicos y psicosociales?

APHB: Nosotros trabajamos con personas de los sectores sociales más desfavorecidos y la atención se realiza con la mirada puesta en los factores contextuales y ambientales, es de vital importancia tomarlos en cuenta desde el momento mismo de su internación. La enfermedad conlleva limitaciones funcionales y sociales (falta de recursos familiares, habitacionales y laborales),

por lo tanto, hay que extremar la creatividad terapéutica y poner en juego todas las estrategias de rehabilitación psicosocial posibles, la instancias intermedias en la comunidad que hay actualmente resultan escasas o inexistentes.

Como dijimos antes es necesario insertar al hospital monovalente y especializado en una red de dispositivos intermedios: casas de medio camino, dispensarios barriales de Salud Mental, hospitales de Día, casas de convivencia, familias sustitutas, empleos con apoyo, trabajos protegidos, etc., sin los cuales nuestros pacientes corren el riesgo de quedar a expensas y atrapados en una hospitalización que se alarga a pesar de nuestros esfuerzos, y que favorece la ruptura de sus vínculos sociales, y los deja instalados en el estigma y la discriminación ■