

Dr Domagoj Seitz
Presidente de SAMYF

La Sociedad Argentina de Psicología Médica del Matrimonio y la Familia, treinta años después

Sr Presidente de la Asociación Médica Argentina y Miembro Honorario Nacional de SAMYF, Prof Dr Elías Hurtado Hoyo; Sr Vicepresidente de la Asociación Médica Argentina, Prof Dr Miguel Falasco; Sres Miembros Honorarios Nacionales de SAMYF; Sres Nuevos Miembros Honorarios Nacionales de SAMYF: Dr Atilio Álvarez, Prof Dr Miguel Falasco, Prof Aurelio Palacios, Dr Alfredo Paineira, Dr Roberto Yunes; Sr Presidente de la XIV Jornada de Buenos Aires de SAMYF, Dr Héctor Rubinetti; Sra Secretaria de la XIV Jornada de Bs As de SAMYF, Psp, Cristina van der Kooy de Palacios; Sres miembros de la Comisión Directiva de SAMYF; estimados colegas; Sras y Sres, nos reunimos hoy para celebrar el 30 aniversario de la incorporación de SAMYF a la Asociación Médica Argentina, un 28 de diciembre de 1982 (día de los inocentes).

Es una ocasión propicia para evocar y homenajear a su fundador, el Dr Francisco Abbate, y a todos los valiosos profesionales que colaboraron en el desarrollo de esta Sociedad.

Quisiera recordar los momentos fundacionales y las principales actividades de la Sociedad.

Una vez el Dr Abbate nos dijo: “En el año 1981 tenía la intención de formar una Asociación dentro del área del matrimonio y la familia. Consulté primero a mis colaboradores (según él) más distinguidos y activos, los Doctores Bringeri y Seitz, quienes apoyaron mi iniciativa. Luego propuse la creación a los Dres Maffei y Velasco Suárez [...]” Hasta aquí las palabras del Dr Abbate.

El 10 de septiembre de 1981, en la Cátedra de Psicología Médica (UBA), se realizó la reunión constitutiva de la Sociedad con el objeto, según acta, [...] “de fundar una entidad destinada a la realización de una obra de bien común, la que se concretará

con el fin de contribuir al progreso de la medicina en el campo específico de la Psicología Médica del Matrimonio y la Familia (...) cuyo campo científico propio y específico de actividad dentro de la Medicina abarca todos los aspectos médico-psicológicos y psiquiátricos de la familia y de su componente básico, el matrimonio, considerados cada uno de ellos, como una totalidad. Comprende principalmente la nosología psiquiátrica, las teorías etiopatogénicas, las perturbaciones psicopatológicas, la semiología, la psicoterapia, los aspectos preventivos y de investigación referentes al matrimonio y la familia. Incluye, asimismo, las relaciones entre su campo propio y todos los demás campos de la actividad de la medicina [...]. Esta Sociedad estará integrada por médicos, psicólogos, profesionales de otras disciplinas y todas las personas dedicadas a la problemática conyugal y familiar; y tendrá el objetivo prioritario de contribuir al progreso de la medicina en el campo científico que le es propio”. Hasta aquí el acta fundacional.

Las gestiones de ingreso a la AMA, previstas en el estatuto, encomendadas a los Dres Abbate, Bringeri y Noguer Iturralde, se iniciaron el 13 de octubre de 1981, por nota al Presidente de entonces, Dr Francisco Romano. Reiteradas gestiones no dieron resultado positivo, hasta que el nuevo Presidente de la AMA, Dr Carlos Reussi, nos apoyó y se logró el ingreso que se concretó el 28 de diciembre de 1982.

Se procedió a la elección de la Comisión Directiva, la cual quedó constituida por los mismos miembros que fueron designados en el momento de la constitución de la Sociedad:

Presidente: Dr. Francisco Abbate.

Vicepresidente Primero: Dr. Julio Maffei.

Vicepresidente Segundo: Dr. Carlos Velasco Suárez.

Secretario General: Dr. Luis Bringeri.

Secretario de Actas: Dr. Juan Camona.

Tesorero: Dr. Domagoj Seitz.

Protesorera: Dra. Marta Polanski.

Vocal Primero: Dr. Rodolfo Fahrer.

Vocal Segundo: Dr. Carlos Zabalza.

Vocal tercero: Dr. Andrés Magáz.

Secretaria Científica: Dra. Amelia Musacchio de Zan.

Vocal Suplente Primero: Dr. Roberto Abdala.

Vocal Suplente Segundo: Dr. Alberto de Soldati.

Vocal Suplente Tercero: Dr. Alfredo Ortiz Frágola.

La comisión revisora de cuentas estuvo integrada por el Dr Eduardo Agejas, el Dr Eduardo Argerich, el Dr Juan José Bares, y el Dr Eugenio Orlicki.

Ese día comenzó a regir el estatuto que había sido reformado en concordancia con el estatuto de la AMA.

En 1984 la AMA aceptó a los tres primeros Miembros Asociados: Lic María Leonor Picchi, Dr Francisco Suárez y el Ingeniero Enrique Cassagne.

En 1985, con la creación, por parte de la AMA, de la categoría Miembro Adherente Adjunto, se permitió el ingreso de profesionales no médicos, sin restricciones, lo cual significó un enriquecimiento importante para la actividad científica de la Sociedad.

La AMA distinguió al fundador de SAMYF, el Dr Francisco Abbate, con los nombramientos de Miembro de la Asociación Médica Latinoamericana (1982), Profesor de la Escuela de Graduados (1986) y Miembro Honorario Nacional (1988).

Desde enero de 1988 se menciona a la Sociedad con la sigla SAMYF.

Todas las actividades de SAMYF están documentadas en el Boletín de la Sociedad que se edita desde el año de su primera fundación, 1981.

La primera Sesión Científica en la AMA fue el 18 de mayo de 1983, actividad que continúa hasta la fecha.

El 19 de septiembre de 1983 se inició el primer Curso de la Sociedad en la AMA: "Exploración y Diagnóstico del Grupo Familiar".

Desde el año 1987, por invitación del Dr Pedro Rubens Gutiérrez, la Sociedad participó anualmente de la Semana de Congresos del Sistema Nervioso (SE-MCOSIN) con las Jornadas de Psicología Médica del Matrimonio y la Familia hasta el año 1997.

En 1987 la Sociedad presentó el primer libro del Dr Abbate "Armonía Conyugal".

A partir de 1990 hasta la actualidad, la Sociedad edita los "Cuadernos SAMYF, Nuevos aportes en Psicología médica del Matrimonio y la Familia".

En 1994, nuestra Sociedad, junto a la Sociedad de Psicología Médica, Psicoanálisis y Medicina Psicósomática, y a la Sociedad Argentina de Psiquiatría y a la Sociedad Argentina de Psicopatología, también de la AMA, constituyeron el Comité de Recertificación en Psiquiatría de la AMA, al cual se fueron agregando otras instituciones por convenio con esta última.

En este momento el proceso de Revalidación incluye la posibilidad de un curso anual, como alternativa, del cual participa nuestra Sociedad.

En 1996 se realizó el 1º Congreso de Psicología Médica del Matrimonio y la Familia en la AMA organizado por nuestra Sociedad.

Desde 1997 la Sociedad dictó el curso de Posgrado en Psicología Médica del Matrimonio y la Familia en la Escuela de Graduados de la AMA.

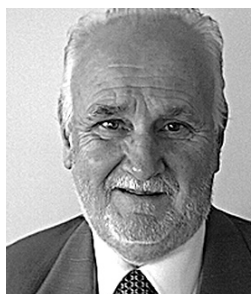
En 1998 se realizó la 1ª Jornada de Buenos Aires de SAMYF que continúa anualmente hasta la fecha con esta XIV Jornada.

Hasta aquí la mención de las actividades de SA-

MYF, que están documentadas en los boletines que edita la Sociedad desde su inicio.

Queremos hacer entrega de la recopilación de todos los boletines al Sr Presidente de la AMA para el archivo de la misma y a la Sra del Dr Abbate como recuerdo de la actividad de la Sociedad que él fundó.

Muchas gracias.



Dr. Héctor F. Rubinetti

La Psiquiatría, treinta años después

Al cumplir 30 años nuestra sociedad, SAMYF, se pensó en organizar una jornada para hablar de los cambios que se produjeron en los distintos grupos "psi" y de los que fuimos testigos varios de los miembros de la Comisión Directiva. Se planteó entonces que para esa ocasión yo hablara de la evolución de las ideas psiquiátricas. Cuando me encomendaron esta tarea de hablar de la psiquiatría 30 años después, me pareció grato y sencillo. Al correr de los días me planteaba la pregunta ¿qué digo? ¡Son tantas las cosas que han sucedido! No puedo dejar de mencionar, aunque sea anterior, que en el año 1952 comenzó la llamada revolución psicofarmacológica con los trabajos de Delay y Deniker sobre la acción antipsicótica de la clorpromazina a partir de la prometazina. También debería recordar que en esa década de 1950 aparecen los primeros antidepresivos, tricíclicos e IMAOs y se asiste a la aparición del primer ansiolítico, el meprobamato, que pasa a sustituir a los barbitúricos, droga luego desplazada por las benzodiazepinas desarrolladas por Sternbach. El clordiazepóxido, en cambio, comienza a ser comercializado recién en 1960.

Agregaría que en los últimos 30 años se instauran y se afianzan los primeros antidepresivos de última generación que son los inhibidores de recaptación de serotonina, promocionados como de más amplio espectro, más seguros y mejor tolerados. A todo esto, convendría mencionar que se produce la aparición de los llamados antipsicóticos atípicos que prácticamente no presentan extrapiramidalismos, aunque sí otros problemas, como el aumento de peso que nos dificulta, a veces, nuestro quehacer con las pacientes mujeres. Debería decir que a pesar de los importantes cambios que se dan sintomatológicamente

gicamente, esta mejoría no ha sido suficientemente utilizada para investigar más a fondo la psicopatología de las psicosis y en especial de la esquizofrenia, como sí lo hacían nuestros maestros. Al pensar en la palabra maestro, que hace 30 años era casi mágica, reflexioné que hoy no se les escucha a los psiquiatras jóvenes mencionarla pues ellos recurren a Internet o al laboratorio medicinal que los provee de los datos necesarios para su tarea diaria.

Ya no me resultaba tan fácil hablar de la psiquiatría en estos 30 años. Si a todo lo anterior le sumamos que con la problemática actual de la farmacología de los medicamentos de alto costo y baja incidencia muchos se preguntan ¿de qué sirven tantos medicamentos nuevos si los pacientes, a veces, no los pueden comprar?, nos resulta simple comprender, pero difícil de explicar, por qué aparece en la psiquiatría actual el concepto de la farmacoeconomía sobre todo históricamente.

Actualmente pocos psiquiatras jóvenes recurren a la historia de la Psiquiatría como lo hizo en 1969 Jorge J Saurí con su libro *Historia de las ideas psiquiátricas*, sin duda, al decir del Dr Juan C Stagnaro: “la obra más importante, en Argentina, en su género”. Tampoco puedo dejar de decir que la peculiaridad histórica más importante de la Psiquiatría es la de ser la más joven de las ramas de la Medicina, ya que ha sido la última de las especialidades médicas en ser aceptada como tal. Ello se debió en parte a que a lo largo de la historia de las patologías mentales, éstas han sido terreno en distintas épocas de la magia y la religión, cuestionándoseles continuamente su condición misma de enfermedades. En la antigüedad se les atribuía un origen demoníaco y ahora se les quiere atribuir, en algunos ámbitos postmodernos, un origen casi eminentemente social, como enmascarando su condición de enfermedad. Así está el devenir de la historia psiquiátrica en la que hay cambios importantes como los hay en nuestra persona y en nuestra manera de pensar 30 años después. Pero no resulta tan fácil, como creí al principio, el resumirlos sin cometer el error de omitir algo, de tergiversar datos y de transmitir un cambio que tiene avances, pero también retrocesos.

No cabe duda de que, como muchos autores piensan, el advenimiento de los psicofármacos modificó en alto grado las contingencias terapéuticas de nuestra especialidad, llegándonos a “seducir” a casi todos los psiquiatras. Si bien es un gran avance, un descubrimiento científico importante, también es un retroceso pues hoy día se hace un diagnóstico de trastorno y según en cuál se lo encuadra, se medica “específicamente”. Esto ha hecho desviar, en parte, a la Psiquiatría de su cauce normal consistente, a mi entender y al de muchos colegas que escribieron sobre este tema, en la descripción y comprensión psicopatológicas y fenomenológicas de las enfermedades mentales y de los trastornos psíquicos en general.

El doctor Alberto Perales Cabrera de la Univer-

sidad Nacional Mayor de San Marcos de Lima en sus dos artículos “Avances en psiquiatría” y “Avances recientes”, también hace historia al mencionar la paradoja siguiente: a diferencia de los logros en salud biomédica que han elevado el promedio de expectativa de vida, en Psiquiatría y en salud mental se han incrementado las tasas de trastornos. Esto aumentó las entidades clínicas, pero no contribuyó a mejorar la salud psíquica.

Cada vez se recurre más al DSMIV como manual de consulta y no como guía de diagnóstico para la investigación. Con el avance de la tecnología y los diagnósticos por imagen o por guías tales como DSMIV, CIE10, GLADP (Guía Latinoamericana de Diagnósticos Psiquiátricos), estamos atravesando una práctica menos humanizada de la medicina, con mayor riesgo de despersonalización, y con grandes cambios en la relación médico-paciente.

Hagamos un poco de historia de estos manuales en los últimos 30 años. Para ello es importante decir que junto a la CIE-9 (1975/78) se elaboró el DSMIII (1980).

El DSMIII introdujo importantes innovaciones metodológicas: criterios diagnósticos explícitos, un sistema multiaxial y un enfoque descriptivo que pretende ser neutral respecto a las teorías etiológicas. Su aparición se facilitó por la producción de un extenso trabajo empírico realizado para la construcción y validación de criterios diagnósticos y correlacionado mediante entrevistas semiestructuradas para la investigación. Para la CIE-9 (que no es multiaxial) la prioridad, en cambio, era establecer categorías que faciliten el diagnóstico y la recolección de datos para estadísticas y salud pública.

El DSM-III R (publicado en 1987) realizó correcciones y modificaciones al DSMIII. Utiliza códigos de la CIE 9 MC.

El DSMIV (1994) representa una revisión en el diagnóstico de los trastornos mentales basada en:

- 1) revisiones sistemáticas de literatura publicada.
- 2) reanálisis de los datos recogidos en el DSMIII.
- 3) estudios de campo.

Está formulado para la investigación clínica. Utiliza los códigos de la CIE 10.

Los códigos CIE10 y DSMIV llevan hasta 5 caracteres:

- 1 Letra del capítulo.
- 2 y 3 Clase y subclase.
- 4 Forma clínica.
- 5 Datos sobre el curso del trastorno.

A veces requieren especificaciones especiales.

El quinto carácter define subgrupos mutuamente excluyentes y va acompañado de las palabras “especificar el tipo” o “especificar si ...”. Se puede agregar el código CIE 9. Muestra aspectos del curso del trastorno: generalizado, leve, en remisión parcial o

total, historia anterior del mismo proceso, etc.

Se trabaja con la formulación multiaxial:

- *Ejemplo I:* Clínico. Trastorno mental y si corresponde, poner el trastorno clínico causante de enfermedad mental o trastorno mental (debida a ...).
- *Ejemplo II:* Trastorno de Personalidad, trastorno de desarrollo o retraso mental. También pueden ir en este eje mecanismos de defensa desadaptativos.
- *Ejemplo III:* Diagnóstico de enfermedades clínicas significativas.
- *Ejemplo IV:* Factores contextuales. Son las áreas que definen el problema del paciente, pero no la patología (familiar, educación, trabajo, económico, legal, cultural, medio ambiente, etc.).
- *Ejemplo V:* Es una evaluación de Funcionamiento Global. Para ello se utiliza la escala de nivel general de actividad (EEAG) que debe referirse al período actual.

La GLADP agrega el formulario idiográfico personal, que incluye:

- Problema clínico y su contexto [perspectiva del terapeuta y perspectiva del paciente, (comprensión o no de los factores que contribuyeron al síntoma) y de la familia].
- Factores positivos del paciente (recursos sociales, aspiraciones personales, espiritualidad, maduración personal, etc.).
- Expectativas de su recuperación y promoción de la salud (cómo explica el paciente lo que le sucede).

Aparecen también las incertidumbres diagnósticas:

- **R69** – Cuando hay información inadecuada para hacer diagnóstico de Eje I.
- **R46.8** – Información inadecuada para hacer diagnóstico de Eje II.
- **F99** – Se dispone de información para afirmar que no es psicótico, pero no es posible especificar más.
- **F29** – Se dispone de información suficiente de que es psicótico, pero no es posible especificar más.
- **Distinta es la categoría Z03.2** que significa: sin diagnóstico (en eje I o en eje II).

Cabe ante esto reflexionar sobre la pregunta: ¿Qué pensarían los grandes psiquiatras, los “maestros” de la Psiquiatría, al ver un reduccionismo de tal magnitud?

Carlos Castilla del Pino, neurólogo, psiquiatra y escritor español dice:

“Los términos tales como “enfermedad”, “trastornos”, “disfunción”, han estado en constante cambio a lo largo de la historia de la medicina clínica. El filósofo Ludwig Wittgenstein sostuvo que las palabras derivan su significado de las diversas formas en las que se usan. Por tanto, el término “enfermedad” adquiere una variedad de significados legítimos, dependiendo de si la palabra es utilizada por un epi-

demiólogo, un psiquiatra, o su vecino de al lado”.

En pocas palabras, podemos decir que estamos pasando del reduccionismo psicológico que mucho se criticó al final del siglo pasado, al biológico que trae graves consecuencias en la empatía y en la relación médico-paciente, temas a los que tanto se referían los profesores que nos formaron. La supervisión, práctica tan fomentada hace 30 años, le dejó paso a la autosuficiencia de los diagnósticos por imagen o por manuales clasificatorios, y al medicar en consecuencia. A veces olvidamos el concepto de buen uso de medicamentos y de otras prácticas médicas. Vale la pena recordarlo: Se considera que se hizo un buen uso de los medicamentos cuando los pacientes reciben el medicamento correcto, en dosis que cubren sus requerimientos individuales durante un período de tiempo adecuado, al menor costo para el paciente y para la comunidad. Me formé con la idea de que la utilización de los medicamentos depende de:

- Oferta de medicamentos disponibles.
- Estructura y prioridades del sistema de salud.
- Promoción e información sobre medicamentos.
- Educación farmacológica del prescriptor.
- Actitudes de los usuarios y presiones para que se les prescriba fármacos.
- Prevalencia de las enfermedades y patrón epidemiológico.

Hoy estas ideas se toman poco en cuenta, por eso deberíamos enseñar a la población en general y a los jóvenes profesionales en particular que el medicamento no es una “golosina”, como lo sostenían mis maestros. Antes se medicaba excepcionalmente, ahora se medica incluso para calmar a las ansiedades neuróticas de los pacientes y a la propia angustia de los médicos prescriptores. Se debe medicar cuando es totalmente necesario, y para ello, los médicos deben ser asesorados. De allí la preocupación por la ética al pensar en la enseñanza a los profesionales médicos en formación. La mayoría de los terapeutas consultados hoy se declaran eclécticos o integradores (60-75%). Argumentos a favor de la terapia combinada (psicoterapia y psicofármacos) serían: la potenciación del efecto terapéutico, la disminución de la dosis de fármacos o psicoterapia, y la facilitación en relación a la adhesión a cada uno de estos tratamientos. Pero además la humanización del vínculo, el contacto empático, el encuentro entre dos personas mutuamente dependientes, ya que el terapeuta necesita del paciente para ejercer su arte y su ciencia, y el paciente no depende sólo del medicamento, sino del terapeuta que lo escucha y lo comprende íntegramente. Antes se confiaba en el médico, ahora se confía más en la técnica. No debemos olvidar que “todo método vale lo que la persona que lo aplica”.

La gran cantidad de psicofármacos aparecidos en los últimos tiempos y el empuje que le da la industria farmacéutica hacen del psiquiatra un profe-

sional más médico en sentido estricto, pero menos humanizado incluso en el trato, llegando a olvidar, a veces, que el primer acto médico, según Michael Balint, es el dar la mano al paciente. Debemos enseñarles a pensar que el primer remedio no es la prescripción médica ya que lo esencial es escuchar al paciente atentamente. El Dr Celes Cárcamo dijo: “Pobre el paciente que no tiene un médico que lo proteja de otro médico”.

El Dr Demetrio Barcia Salorio dice:

“La historia de la Psiquiatría debería ser escrita de vez en cuando y ser replanteada de nuevo cada vez, ya que pueden cambiar en un momento dado los puntos de vista esenciales sobre ella y obliga a tener una perspectiva histórica cuando se habla de Psiquiatría, pues los planteamientos teóricos de la misma, son siempre provisionales. Contrariamente a lo que sucede con otras ramas de la medicina, los saberes de la psiquiatría aún no han “cristalizado”.

Lo que la historia de la Psiquiatría muestra es que no hay cambios de “Paradigmas” en el sentido de Kuhn, en que en un momento histórico dado uno de ellos surge como solución al problema de la enfermedad mental asumiendo, de alguna manera, los paradigmas anteriores, sino que aparece un modo de plantear tales problemas en el seno de un grupo socialmente dominante que impone una determinada manera de estudiar la enfermedad mental”.

Hoy día, y desde hace 30 años aproximadamente, impera en muchos ámbitos el uso de los manuales clasificatorios y la medicación acorde, según el espectro al que pertenece el trastorno diagnosticado.

Si relacionamos todo lo antedicho con la problemática que estudia nuestra sociedad, SAMYF, el matrimonio y la familia, se complica aún más el panorama. Debo decir que es un poco diferente al tratamiento individual pues en lo referente a nuestro quehacer específico, hoy día el diagnóstico se hace recurriendo a las Z de esas guías clasificatorias, diagnósticos que como se sabe parten de los capítulos 20 y 21 de la CIE 10. A pesar de ello no todos los enfoques se basan en poner en el eje I y como diagnóstico principal los encontrados en estos manuales de clasificación y diagnóstico. A manera de ejemplo de un enfoque diferente de pensar los diagnósticos cabe mencionar nuestro propio trabajo, el de SAMYF, llevado a cabo desde hace 30 años de manera similar, priorizando las entrevistas y el contacto médico-paciente para precisar un diagnóstico. Como no somos los únicos que pensamos y enfocamos nuestro quehacer así, me pareció interesante recurrir también a lo que dice un autor, Adrián Cano Proas, quien al respecto sostiene:

“Sin embargo, las consecuencias más profundas de esta problemática se hacen patentes a diario en nuestra consulta de terapia conyugal y familiar. Para tratar de ayudar o de solucionar las diferentes disfunciones conyugales o familiares que se producen, contamos con distintas técnicas de terapia,

como la terapia sistémica, que es el principal modelo vigente en la actualidad, además de técnicas cognitivas, conductistas, etc. No obstante, estos métodos abordan únicamente aspectos formales de la dinámica relacional, sin llegar a tratar los fundamentos ontológicos del matrimonio y la familia”.

“Se echa en falta prestar atención detallada y explícita al contexto de amor y libertad en el que se constituye y mantiene el matrimonio. El amor supone una entrega personal y una donación recíproca e incondicional que además contribuye al perfeccionamiento de cada uno de los esposos. No puede, por tanto, reducirse el amor al sentimiento, siendo éste un aspecto esencial de la madurez a la que se debe aspirar en toda terapia. La premisa inicial de la que tiene que partir el acto de contraer matrimonio es su carácter a la vez humano, sensible y espiritual. Hoy en día se tiende a sustituir esta verdadera y única premisa por el de la unión entre dos personas que siguen una simple efusión del instinto y del sentimiento[...]”.

Como dato histórico anecdótico respecto a este tema me pareció interesante mencionar también lo que dice el Dr Jorge Insúa en 1987:

“El soltero, salvo el que lo es por una vocación, es un individuo que no ha logrado una madurez suficiente y presenta fallas en su personalidad que se traducirán, en la presenilidad, por una mayor tendencia a los trastornos psiconeuróticos graves o psicóticos”.

Hoy día los jóvenes no piensan así, primero porque no priorizan el casamiento, pero además, porque los manuales clasificatorios, sobre los que basan sus diagnósticos, tampoco comparten los conceptos vertidos por el Dr Insúa. Debemos recordar que en estas clasificaciones encontramos una restricción del concepto “Neurosis”, a tal punto que el DSMIV ni lo menciona. ¿Será porque se lo considera patrimonio de la psicoterapia más que del tratamiento biológico? La CIE 10 sí, en cambio, al menos habla de trastornos psiconeuróticos.

Continuando con la historia de la psiquiatría, el Dr Renato Alarcón, quien escribió *Ser psiquiatra en América Latina*, manifiesta:

“Para ser psiquiatra se requiere todavía un set especial de requisitos que van desde la capacidad empática hasta la habilidad para trascender barreras disciplinarias y moverse cómodamente en campos tan diferentes como la interacción molecular o la violencia callejera”.

Es una gran verdad. Diariamente en nuestra práctica tanto hospitalaria como privada nos encontramos con esa citada dualidad. La entrevista, antes, con su profuso estudio sintomatológico y la importancia dada a la semiología, hacía a la práctica psiquiátrica más ligada al diagnóstico clínico. Lo fundamental era la distinción entre forma y contenido. Las alteraciones formales se atribuían a las producidas por el proceso patológico, por ejemplo, la

disgregación o las alucinaciones del esquizofrénico, mientras las del contenido se referían a la temática de la alucinación o del delirio. Esta práctica, 30 años después, es algo diferente pues se diagnostica, lamentablemente, de acuerdo a criterios tabulados, a neuroimágenes obtenidas. Se medica y no se profundiza tanto ni en el contenido del delirio ni en el evaluar si se trata de un proceso o un desarrollo, según Jaspers.

Finalizando, me gustaría recordar que en el libro del Dr Jorge Insúa, ya antes mencionado, leemos algo que parece una antigüedad pues dejó de tener vigencia. En ese libro afirma:

“Los médicos deben dedicar el tiempo necesario al conocimiento de los aspectos psicogenéticos de la enfermedad y exigir a las instituciones que los provean de ese tiempo”.

Hoy tenemos eso vedado pues el tiempo es tirano, el gasto en salud es muy oneroso y a ello se suma que lo psicogenético y evolutivo, la anamnesis y las etapas del desarrollo, no se consideran hoy, como sí lo eran antes, elementos esenciales para arribar a un buen diagnóstico. En épocas anteriores, la psiquiatría sistematizaba el estudio de las enfermedades mentales comenzando con la investigación del delirio, de las alucinaciones, ponía énfasis en los organizadores del delirio, se describía cómo eran sus mecanismos, se evaluaban las distorsiones o desviaciones del juicio, el valor funcional que ese delirio tenía, su vigor, etc. Se estudiaban: el narcisismo, los impulsos agresivos, los mecanismos de defensa, la estructura de personalidad subyacente, etc. Siguiendo las enseñanzas de Jaspers, como ya dijimos, se diferenciaba el “proceso” del “desarrollo”, pues el tratamiento y el pronóstico, según este enfoque, tienen diferentes vertientes. Hoy en día se tiene poco en cuenta esta diferencia que es tan importante para comprender las distintas formas de inicio y evolución de la enfermedad mental.

Con esto no quiero decir, parafraseando a Jorge Manrique, que cualquier tiempo pasado fue mejor. La psiquiatría ha avanzado mucho, ha crecido, se ha afianzado, se ha enriquecido, presenta más credibilidad en el ambiente médico en general, pero los sistemas médicos de salud y las políticas sanitarias imperantes le han hecho perder la profundización de la que nos enorgullecíamos en épocas pasadas. Para estar capacitado en el ejercicio de esta tarea, el psiquiatra debe completar su formación con el conocimiento de otros campos como el psicoanálisis, la diversidad de las psicoterapias, la sociología, la antropología y la filosofía, pudiendo de esta forma llegar a ser un buen clínico, como los de antes, pues, como decían nuestros maestros, “la clínica es soberana” y es la base de todo buen diagnóstico.

No quiero concluir sin repetir unas palabras que siempre recuerdo del Dr Mariano Celaya, mi profesor de Clínica Médica, quien en sus clases de Medicina General nos decía:

“El buen médico no es sólo aquel que lee medicina, sino el que se instruye y el que se informa superando incluso a sus maestros. Es el que tiene la experiencia del contacto con sus pacientes, que los asiste y acompaña al lado de su cama”.

Vaya mi agradecimiento y reconocimiento a este gran maestro ya que aquello que me transmitió sigue teniendo la misma validez 30 y pico de años después.

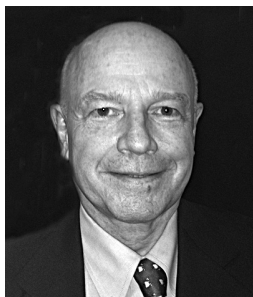
Dejo también para finalizar y reflexionar en este campo del matrimonio y la familia, que es nuestro quehacer específico, al Dr Francisco Abbate, otro de mis grandes maestros, quien describe cuatro aspectos de la personalidad del hombre postmoderno que pueden encontrarse en grado patológico. Ellos son: el individualismo, el pensamiento excesivamente pragmático, la orientación hedonista de la vida y el relativismo ético. No debemos ni ser individualistas ni excesivamente pragmáticos como para pensar que todo se simplifica y resuelve con los manuales diagnósticos y la medicación. Debemos dejar el pensamiento hedonista de lado, abandonando la idea de que calmando la angustia con una píldora el paciente puede “gozar de la vida” con plenitud. Y pensar siempre en la ética como brújula de nuestra vida personal, de nuestra actividad profesional y docente, pues de esta manera alcanzaremos lo que el Dr Abbate nos transmitía, tácitamente, cuando en sus grupos terapéuticos estando nosotros cumpliendo el rol de observadores no participantes, veíamos que luego de sus intervenciones de señalamiento o interpretación, con alguna palabra o algún gesto siempre dejaba la puerta abierta a la esperanza.

Bibliografía

- Manual del Clasificación del DSM IV TR, American Psychiatric Association, 2004. Versión en español.
- Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión, Capítulo V. CIE 10, OMS 1992.
- Phillips J. Idiographic Formulations, Symbols, Narratives, Context and Meaning. *Psychopathology* 2005;38:180-184.
- Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico. GLADP. Guadalajara: Asociación Psiquiátrica de América Latina; 2004.
- Abatte, Francisco. “Sexualidad conyugal” Ed. El Ateneo.
- Abatte, Francisco. “Perturbaciones psicopatológicas conyugales y familiares: Introducción a la psicoterapia familiar y conyugal” 1978.
- Rubinetti, Héctor F. “Reflexiones acerca del buen uso de medicamentos”. Revista del Hospital Santojanni 2008.
- Rubinetti, Héctor F; Klubok, Elías y Fabrykant, Celina. ¿Qué significa diagnosticar?, Revista Sinopsis Año 23 N° 45, 2010.
- Alarcón, Renato D. “Ser psiquiatra en América Latina”. Revista Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, 1985.
- Barcia Salorio, Demetrio. “Tratado de Psiquiatría”. Ed

Aran, 2000.

- Pérez Cortés José A. "Acceso a medicamentos de calidad". Revista Profesión Salud Año 8 N° 49. Publicación CONAMED.
- OMS. La farmacovigilancia: garantía de seguridad en el uso de los medicamentos. 2004.
- Insúa, Jorge. "Psicosemiología y Psicopatología". Ed Pro-medicina, 1987.
- Saurí, Jorge. "Historia De Las Ideas Psiquiátricas". Ed Carlos Lohle, 1969.
- Jaspers, Karl. "Psicopatología general". Ed Beta 4^{ta} edición, 1963.
- Roudinesco, Elisabeth; Plon, Michel. [Primera publicación (*Dictionnaire de la Psychanalyse*), 1997]. «Artículo: Perversión».
- Diccionario de Psicoanálisis. Ed Paidós, 2008.



Dr Alberto Riva Posse

La familia: Hallazgos neurobiológicos en la vinculación familiar

La concepción de la "familia" se encuentra hoy cuestionada y hay quienes proponen el sinsentido de la misma. Muchos estudiosos de las ciencias humanas reconocen hoy que el deseo o la nostalgia de tener una familia están muy difundidos. En particular su significado de humanización, de maduración de los esposos a través de la experiencia del amor recíproco, acompañado por la generación y la educación de los hijos.

En Dinamarca hace ya varios años que distintos tipos de uniones están permitidas, además del tradicional matrimonio entre hombre y mujer. En este ámbito de amplia libertad, una investigación sobre datos del gobierno danés, que recolectó información sobre dos millones de daneses en edad sexualmente activa (18-49 años), vincula la vida sexual adulta con las experiencias familiares infantiles. [*National Cohort Study of Two Million Danes*, by Morten Frisch - Anders Hviid (2006) Published online: 13 October 2006 - Springer Science+Business Media, Inc.] La gran mayoría forma su matrimonio en conformidad con las condiciones tradicionales. Quienes provienen de estructuras familiares suficientemente intactas, tienen mayoritariamente una actitud positiva hacia el matrimonio tradicional. Estos hallazgos han sido replicados en otras publicaciones.

Sus resultados muestran que la inestabilidad en la pareja parental condiciona positivamente la tendencia a la elección de pareja homosexual. Para los hombres, el desconocimiento de la identidad paterna, la ausencia prolongada del padre, el divorcio precoz, la cohabitación prolongada con la madre, son factores asociados positivamente con incrementos en la formación de parejas homosexuales. La elección de pareja homosexual es más frecuente en las mujeres que sufrieron la muerte materna en temprana edad. También influye una corta duración del matrimonio parental, la prolongada ausencia materna o la prolongada separación en la cohabitación con el padre.

La ausencia durante la infancia del padre del mismo sexo es un factor predisponente a la posterior formación de parejas homosexuales, asociación que es más significativa para hombres que para mujeres.

Los porcentajes no difieren mucho de los de otras estadísticas de países desarrollados en cuanto a la identidad de género. Una posible conclusión a esta lectura es que la humanidad al persistir en la conformación tradicional, estando vigentes legislaciones que licúan su definición, expresa tendencias en su conformación que no surgen de la legislación, sino de la antropología, o también, se puede decir, de la naturaleza de los seres humanos.

La familia siempre ha sido eficaz en la tarea de contribuir al pleno desarrollo de las personas

Más allá de las insuficiencias y límites, el intento cultural que propone su destrucción, deja a los niños sin esa indispensable ayuda. No se trata aquí de juzgar negativamente a esos casos dramáticos de incompatibilidad matrimonial que se esgrimen para justificar ese proyecto cultural, sino a la ideología de la desvinculación programada. Me refiero a la realidad de niños que quedan con grandes dificultades para madurar. Esta incapacidad de crecer, frecuentemente, se debe a la carencia de encuentros humanos adecuados, perdurables, que son los que la familia tradicional ofrece.

Sucintamente describo la familia y las funciones que cumple en el desarrollo hacia la vida adulta a partir de las necesidades propias de todo ser humano. Los conceptos a tener en cuenta son:

- 1) *El concepto de apego seguro (attachment) como factor fundamental para el cumplimiento del desarrollo humano. La indispensable continuación en el tiempo de una vinculación real en la vida familiar. Sus correlaciones neurohormonales. La sintonización de la conexión con los otros, a partir de la interacción familiar exitosa del MNS (Mirror Neuron System).*
- 2) *Esbozo de la definición de vinculación familiar que tenga las condiciones suficientes para cumplir con la tarea que le compete.*
- 3) *Los estudios que confirman la necesaria sincronización entre padres e hijos, y su continuidad vital para la maduración.*

- 4) *Una reseña de los factores en la aceptación de la realidad dentro de la vinculación familiar. La mentalización como resultado de la eficaz vinculación familiar. Una maduración suficientemente buena habilita para mantener vínculos estables. La realidad también devela la necesidad de aceptar la separación de los padres en el camino a una individuación madura. La familia debe colaborar en ello.*
- 5) *Los hallazgos en neuroimágenes que muestran cómo en personas “maduras” el dar gratifica tanto como el recibir. Demuestra su capacidad de conformar vínculos familiares.*
- 6) *Las consecuencias de las fallas en la vinculación familiar en las familias “de riesgo”. Consecuencias de la inmadurez para los futuros vínculos familiares. Consecuencias de la inmadurez personal para la vinculación con los otros.*

El apego: (attachment)

El apego está en el origen y el desarrollo evolutivo de los integrantes de cada familia. Ignorar al apego como constituyente estructural y continuado de la dinámica familiar es desconocer la característica única e irrepetible de cada una de las personas involucradas y del insustituible rol que cada uno tiene, con sus identidades y diferencias. En muchos análisis sobre la pérdida de vigencia de la vida familiar se desconoce el valor de la relación de apego entre los padres y de éstos con sus hijos en forma “recíproca”, como si se pudieran “intercambiar” fácilmente, sin consecuencias, roles y posiciones en el relacionamiento familiar normal, sin que ello acarree consecuencias importantes. En la descripción de una “sociedad líquida” (Zygmunt Bauman, Modernidad líquida, y otros), se habla de una intercambiabilidad humana, con una vinculación débil, causante de un universal “miedo líquido” al abandono, que coincide con la experiencia clínica-psiquiátrica acerca del dolor, la angustia y el detenimiento del crecimiento emocional de las personas, inmadurez, producto de fallas familiares y que, en muchos casos, está originada en la propuesta cultural de la disolución de la familia tradicional.

El Yo de cualquiera de nosotros ha nacido dentro de una relación. Nadie podrá hacerse por sí mismo. Siempre nos precede una relación de otros, distintos a nosotros mismos. Debo mi origen a *otro*; para realizarme tengo necesidad de otro. El Yo no es una unidad autosuficiente y encerrada en sí misma. Se despierta, se mueve y se realiza plenamente sólo por el fascinante atractivo de un Tú. Ese tú es, en los primeros momentos, quien lo cuida, habitualmente la madre. Es a ese tú a quien recurre para satisfacer sus necesidades biológicas y relacionales. Quienes lo cuidan son quienes aportan las bases de muchos rasgos de su personalidad. Además de los genes y su expresividad, las características únicas de la relación que establecen la madre, padre y entorno familiar con cada niño (que es diferente en cada hermano), esos particulares eventos bio-psico-sociales que ocurren durante su desarrollo son los factores constitutivos de la “identidad” del sujeto.

Si bien toda la psicología del desarrollo ha investigado las interacciones fundantes de la persona, subrayo la lectura de John Bowlby, quien describió la universal necesidad humana de establecer vínculos afectivos estrechos y prolongados dentro de la relación familiar para estructurar el control emocional y la capacidad de relacionarse normalmente con otras personas. Muy lejos de la intercambiabilidad liviana de muchos sociólogos contemporáneos.

John Bowlby describió al sistema de apego como: “una relación cariñosa, íntima y suficientemente continuada entre madre e hijo que proporciona satisfacción y sentido de seguridad a ambos”. Corresponde con la universal necesidad humana de establecer vínculos afectivos estrechos con la madre para sobrevivir y madurar. Tiene un *origen biológico* con mecanismos neuro-hormonales genéticamente establecidos. Es un sistema bio-social “abierto al otro, a la madre cuidadora”.

Este vínculo interpersonal (prolongado) regula la biología del niño y de su desarrollo. Cuando se establece en forma segura aminora la reacción de *stress*, adecuando los sistemas de regulación emocional en su Sistema Nervioso. (Epigénesis). El apego se manifiesta por un conjunto de conductas automáticas instintivas y emocionales que reclaman la proximidad del cuidador.

Las conductas de apego del infante son: chupetear, aferrarse, el seguimiento, llanto y abrazos, y la locomoción, que permite la búsqueda de cercanía. De esta manera, el niño estará más protegido ante los peligros ambientales, el temor, la angustia, etc. Los científicos consideran que el factor más importante para el establecimiento del apego es el *contacto físico positivo* con el niño. Se manifiesta por el abrazar, mecer, besar, cantarle, alimentarlo, sostenerlo y mirarlo detenidamente. Estas conductas causan respuestas neuroquímicas que llevan a la activación normal de los sistemas cerebrales responsables del apego.

Ninguno de nosotros nace con la capacidad de regular sus propias reacciones emocionales. El sistema diádico madre-hijo evoluciona alcanzando su equilibrio, cuando las cambiantes señales del infante acerca de su estado emocional y físico, son comprendidas y debidamente respondidas por el cuidador, con sincronización adecuada. Así se encuentra “conectado” y empáticamente comprendido.

El infante aprende que la excitación, gracias a los adecuados cuidados maternos, no lo llevará a una desorganización que supere su capacidad de control. El cuidador estará allí para restablecer el equilibrio. En situaciones de estímulos incontrolables, el infante buscará la proximidad física de la madre con la esperanza de ser calmado y recuperar la homeostasis. Al final del primer año la conducta se halla orientada con propósitos y expectativas específicas, pues las experiencias ocurridas con el cuidador (la madre) se han agregado (como memorias) al sistema representacional.

Las madres pueden presentar trastornos depresivos o ansiosos que las “desconectan” del normal vínculo

madre-hijo. Sus efectos dependerán de la intensidad y la duración de ese trastorno materno. Pero hay las que no atienden a los signos del infante. Suelen ser emocionalmente inmaduras y/o de bajo CI, y/o con malas experiencias de cuidados infantiles, por lo tanto, con carencias en su “identificación materna”. Estas madres producen consecuencias patológicas debido a la cronicidad de su incapacidad y/o negligencia.

Los padres normales desean colmar a su pequeño de amor y cariño, protegerlo, alimentarlo y cuidarlo en todos los sentidos. Este vínculo hace que los padres se levanten a media noche para alimentar al bebé cuando éste tiene hambre y les hace estar pendientes de sus llantos, interpretando sus diferentes necesidades para calmarlo. Los padres de los recién nacidos generalmente necesitan cierto tiempo para entender al pequeño y las diferentes formas en que pueden relacionarse con él. Las investigaciones muestran que los factores hormonales facilitan esta tarea. Tal vez los padres no se den cuenta de que el vínculo se está formando con su hijo hasta que observan su primera sonrisa y, de repente, se dan cuenta de que les invade un profundo sentimiento de ternura y dicha.

Para el establecimiento de los vínculos familiares es muy importante el normal funcionamiento de *Las Neuronas en Espejo*, las cuales demuestran que en la Corteza Cerebral existen neuronas que perciben y actúan conjuntamente la percepción y la ejecución de las conductas y movimientos propios y ajenos. Ese sistema se denomina MNS (*Mirror Neuron System*). Habilita directamente la imitación de movimientos, el aprendizaje de habilidades complejas a través de la imitación, la percepción y posterior comprensión de actividades comunicativas, la detección de acciones intencionales de los otros. Un ejemplo se refiere a la expresión de disgusto en los otros que activa la misma zona de la corteza insular izquierda en nosotros, generando la misma experiencia subjetiva de disgusto. En fin, permite que las personas puedan comprender el comportamiento del otro con su intrínseco significado para quien está presenciando la conducta de ese otro. Permite la apertura del espacio intersubjetivo, la capacidad empática y el sentido de “identidad social” normal. Evoluciona en forma no-consciente, pre-declarativa y es modulada por la historia personal de apegos y por las interacciones familiares y ambientales (Rizzolatti, y col 2001; Gallese 2003 a, b 2006; Iacoboni, y col 2005; Gallese, Keysers, y Rizzolatti 2004; Rizzolatti y Craighero 2004). En estos artículos ha sido descripta la falla del MNS en los trastornos del espectro autista.

El amor “romántico” y el “maternal” implican apegos, comparten un importante propósito: el mantenimiento y la perpetuación de la especie. Además, son valiosas experiencias de realización humana. Ambos promueven la formación de vínculos firmes entre las personas que al actuar estas conductas experimentan vivencias muy gratificantes, constituyendo la trama vivencial de la vida familiar. Young y col han demostrado en numerosos estudios que las neuro-hormonas oxitocina y vasopresina están involucradas en la formación y mantenimiento del apego entre los

individuos. Además, la conexión íntima con los sistemas neurales de recompensa (dopamínicos) permite explicar sus características de gratificación.

A Bartels y S Zeki (2004) comprobaron con neuroimágenes que los circuitos y hormonas que se activan en el amor romántico de los adultos se superponen a los activados tempranamente por el apego del niño con su madre. Esta similitud neurobiológica evidencia la disposición y la necesidad del encuentro amoroso que todo ser humano tiene inscrita en su naturaleza. Desde ya que las fallas por rupturas, negligencias, distintas violencias, producen las memorias que alterarán sus futuros vínculos. La capacidad relacional de los adultos y la disponibilidad de la producción de oxitocina en sus relaciones íntimas familiares y de amistad, etc, está condicionada por sus experiencias infantiles. A mayor carga traumática, menor capacidad de producción de oxitocina en el adulto. Esto se estudia en los tipos de apego relacional que tienen los adultos. Puede ser mejorado en tratamientos médico-psiquiátricos.

Cuando se activa el apego, tanto en el niño como en el adulto, se desactivan algunas zonas cerebrales, como el Lóbulo Frontal, etc. Cuando el niño realiza el apego con su cuidador disminuye las desconfianzas, el *stress* y el pensamiento crítico. Esa disminución del pensamiento crítico debido a la experiencia positiva de apego se demuestra en los bebés con neuroimágenes en tiempo real. El apego en los vínculos adultos también produce desactivación de zonas relacionadas con el pensamiento crítico (Frontal, etc), es lógico, pues revive la experiencia de abandono en brazos de quien nos ama. Sabemos que frecuentemente el amor romántico adulto “nos ciega”. Ocasiona el no poder evaluar apropiadamente a la persona de la que estamos enamorados. Es por esa vivencia neurobiológica infantil antes descripta, reactivada con la expectativa de un descanso definitivo en un amor incondicional como el de la madre. Pero, como ya no es la madre, esa necesidad, al reactivar el apego, puede causar errores graves en la elección de pareja, porque vuelve a desactivar zonas de pensamiento crítico, dificultando la tarea de verificación sobre la “real” bondad y confiabilidad de la persona elegida. De allí el dicho: “El amor es ciego” [*Amor romántico y maternal: NeuroImage* 21 (2004) 1155-1166; A Bartels y S Zeki].

El conocido psicoanalista Winnicott denominó a este estado maternal, casi diríamos de “devoción” por el niño, como “preocupación maternal primaria”. El mismo consiste en que hacia el final del embarazo, y durante algunas semanas después del parto, correlacionable con los niveles de oxitocina (Young), la madre está muy preocupada por el cuidado del bebé (o, mejor dicho, “entregada” a ese cuidado): ese bebé al principio le parece una parte de ella misma; además, se identifica mucho con la criatura y conoce perfectamente bien lo que ésta siente. La madre y el niño tienen modificaciones neuronales, hormonales, fisiológicas, involuntarias, que subyacen a estos vínculos y que se armonizan mutuamente, cooperando con la maduración. La adaptación cuidadosa al bebé, sólo

lo logra el manejo continuo realizado por un ser humano, por una mujer que es siempre ella misma. No se trata en este caso de perfección. La perfección es propia de las máquinas. Lo que el infante necesita es exactamente lo que suele lograr: el cuidado y la atención de alguien que sigue siendo ella misma. Desde luego esto se aplica también al padre. Señalo especialmente esta enunciación: “ser ella misma” (Winnicott) porque hay que trazar una distinción entre esa madre “real” y otro hombre o mujer, madre o niñera, que hacen “como si fuera la madre”, actuando esa conducta (“mimicamente, como un actor”). Tal vez intentando hacerlo perfectamente bien, y lográndolo, en algunos momentos, gracias a haber aprendido a cuidar infantes con algún libro o en algún curso. Pero esta “actuación” no es suficientemente buena. El infante sólo puede encontrar una presentación libre de confusiones de la realidad externa, si lo cuida un ser humano consagrado a él y a la tarea de atenderlo. Sin vacíos relacionales. Comprometido con el don, con autenticidad, con toda su identidad, real.

Es claro que quién decide una vida sin compromisos ni vínculos estables, salvo que madure consistentemente, no puede ofrecer verdaderamente al niño (“sólo por actuación”) esa dedicación a la que nos referimos. Es útil leer *Peer Gynt* de Ibsen. En esa obra el autor describió lúcidamente al hombre que evita el compromiso. Una libertad que no adhiere a las personas que dice amar es incapaz de criar niños. Quien ha sufrido experiencias de desamor tempranas, en la adultez puede rechazar la más maravillosa aventura existencial: la del amor alegremente comprometido, generador y cuidador de la vida.

Con mucho amor es posible superar los cambios que implican la adopción, y otras situaciones traumáticas, pues el adulto puede, con esfuerzo, adaptarse a esa necesidad infantil de “sincronía”.

En ese entorno familiar todo ser humano descubre tarde o temprano:

- La Finitud o mortalidad.
- La Insuficiencia entre sus deseos y la limitación de sus realizaciones, y sufre la dolorosa comprobación de los límites a su omnipotencia.
- La Alteridad, el reconocimiento del otro, libre, que puede amarlo, ignorarlo o rechazarlo. Sin embargo, su vida se realizará indefectiblemente entre esos otros, reales.
- La Sexualidad: Fuerza unitiva que surge del deseo por el deseo de otro. Implica el reconocimiento o rechazo de pertenecer a un sexo y no a dos.

Y... debe aceptar que es imposible:

- El deseo de ser uno con la madre.
- El poder controlar los pensamientos y las acciones de los otros.
- El deseo de poseer el poder y los atributos sexuales de ambos padres.

- Reconocer que tenemos uno u otro sexo, y no ambos.
- El deseo de ser eternos, evadiendo ilusoriamente el envejecimiento y la muerte inevitable que a todos nos espera.

Joyce McDougall ha estudiado esto en detalle y llegó a la conclusión que algunas personas no llegan nunca a resolver y elaborar estas causales traumáticas universales que son la finitud, la insuficiencia, la alteridad y la sexualidad.

En toda persona existe la tendencia a negar estas realidades. Muchas veces en lo profundo de nuestra mente se esconden deseos de ser omnipotentes, inmortales, bisexuales y onnisapientes. Estos deseos de lo imposible producen sufrimientos que afectan a todos los humanos. Hieren en todo individuo la deseada integridad narcisista cuando descubre que son irrealizables, y ello complica el desarrollo normal. La maduración implica una elaboración superadora de los mismos.

Sólo se podrá aceptar esta herida con el sostén adecuado de quienes amándolo, lo acompañan, durante su desarrollo, en las vicisitudes de su develamiento, manteniendo la positividad del amor que nutre y ayuda en el ineluctable asentimiento a la realidad, que representa límites para cada uno. Ese sostén parental acompaña e ilumina la esperanza de una vida buena, generadora de vínculos gratificadores. El Yo que se asume como absoluto, que dice no depender de nada ni de nadie para su desarrollo, que no agradece la ayuda indispensable para comprender su existencia, parece poseer la libertad. Pero precisamente esa absolutización del Yo es destructora de su humanidad, pues conduce a graves alteraciones en la vinculación con los demás seres humanos que lo rodean. El nihilismo que lo sustenta no percibe la diferencia (inclusive la sexual) como un signo del “otro”, corriendo el riesgo de concebir el amor como un puro prolongarse del Yo, narcisístico, y no como un encuentro con otro real, diferente. Esta incapacidad de reconocer al otro como otro, se basa en la inmadura posibilidad de relacionarse solamente, si ese “otro” coincide con su ilusión narcisista. Cada vez que aparezca la diferencia con esta ilusión, su angustia narcisista producirá la ruptura de esa relación con el otro. En aras de un ilusorio gozo momentáneo, pues así defiende su integridad sin límites, goza de una libertad que no adhiere a nada concreto y que se desgasta en una búsqueda infinita, pues va en búsqueda de algo no real, que solo está en su mente.

La psicología cognitiva moderna ha demostrado que el cerebro almacena una representación “interna” del mundo. Del mundo que lo circunda desde sus primeros momentos. La neurobiología nos ha indicado que esta representación puede ser entendida en términos de neuronas y de conexiones entre ellas, núcleos y circuitos, que cambian plásticamente como resultado del aprendizaje, y de las experiencias vividas. Los estudios como las neuroimágenes en tiempo real constituyen importantes aportes de la neurobiología de la vinculación.

La sincronía entre padre, madre, niño o niña

“Da más fuerza el saberse amado que el saberse fuerte”

Goethe

Ruth Feldman y col en: *Infant Mental Health Journal*, Vol 24(1), 1–23 (2003) y en trabajos posteriores, ha estudiado la sincronía entre la madre y su infante en la vida familiar temprana. En *Biol Psych* 2010;68:377–382, demostró que los niveles de oxitocina en padres e hijos están correlacionados con la intensidad de la relación madre-hija y padre-hijo, en la transición hacia la paternidad y la maternidad. La sincronía entre el padre y su infante varón fue relacionada con la intensidad del vínculo positivo y con la seguridad de la afectividad paterna. Los resultados contribuyen a la investigación sobre la regulación de las emociones positivas y describen los modelos únicos de la afectividad compartida que los infantes construyen en reciprocidad, conjuntamente: la hija con la madre y el padre con su hijo. Ha demostrado que en los primeros meses, un buen apego del hijo varón con el padre y la hija con la madre, favorecen la identificación con el progenitor del mismo sexo. Se trata de un período crítico en el que la decisión se halla del lado del progenitor. También nos referimos a las investigaciones concordantes con estos hallazgos sobre: la socialización (Einsenberg & Fabes, 1992), apego (Cassidy, 1994), relaciones cerebro-conducta (Schore, 1994; Tucker, 1992 y Trevarthen 1993).

Feldman, en estos trabajos, investigó 3 parámetros en la relación padre-hijo: orientación, intensidad y el patrón temporal en la armonización de la misma.

Comprobó que las interacciones de los padres con los hijos varones son de contacto físico, tipo “pseudo-pelea”, con picos de gran intensidad excitatoria, orientados al talante físico, más que al contacto social (Osofsky & O’Connell, 1977) (Weinraub and Frankel, 1977). Distinto patrón se evidenció en las interacciones madre-hija, más tranquilas y reguladas. Las madres moldean en las hijas una orientación hacia el intercambio social, la interacción mutua, el reconocimiento de las miradas y la comunicación facial, etc. Estas diferencias en los primeros meses de vida muestran diferentes actitudes parentales en las diadas del mismo sexo. Implican el reconocimiento de la diferencia sexual. Futuras investigaciones profundizarán el estudio de estas diferencias.

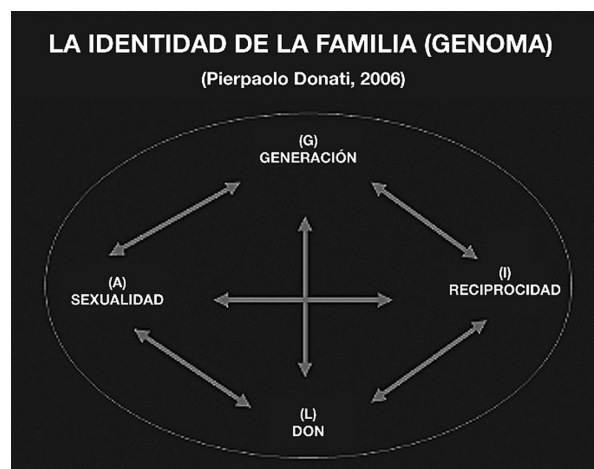
La familia

Levi-Strauss hablaba de la unión socialmente aprobada entre un hombre, una mujer y sus hijos, como “un fenómeno universal, presente en todos y cada uno de los tipos de sociedad”. Esta importante afirmación indica la existencia de una suerte de “universal social y cultural” que señala el *propium* (lo propio) de la familia. La familia constituye para cada hombre, en sus aspectos positivos y negativos, el lugar privilegiado para acoger y desarrollar la propia identidad personal. Y posibilita adquirir progresivamente

una capacidad relacional suficientemente normal, capacidad de vínculos estables y sólidos, con los “otros” reales y distintos, que le permitirán disfrutar de verdaderos encuentros humanos, que son los que a su vez proporcionan la vida familiar normal.

El Profesor Pierpaolo Donati, en 2006, propuso acertadamente el concepto de “identidad de la familia”. Define a la familia como la expresión de necesidades naturales de la persona humana que, para ser satisfechas de modo adecuado, deben encontrar un contexto relacional apropiado que permita un desarrollo pleno. En este contexto la familia aparece como un grupo social que está condicionado por las estructuras socioculturales existentes, pero que a su vez es un factor condicionante de esas mismas estructuras. La relación familiar plena la define en forma metafórica como un “genoma” que tiene una configuración relacional que consiste en la trama combinada de 4 componentes ligados entre sí. Cuando falta alguno de los componentes en ese todo articulado, se puede hablar en sentido figurado, por lo tanto insuficiente, pero no de familia en su sentido propio.

- 1) El don.
- 2) La reciprocidad.
- 3) La generatividad / generación.
- 4) La sexualidad (paternidad-maternidad).



Sólo cuando todos los elementos del “genoma” familiar están presentes y operan sincrónicamente entre sí, las relaciones que conectan a sus miembros alcanzan aquella plenitud relacional que hace específicamente a la “familia”. La autoconciencia del hombre, “aún en forma inconsciente”, se apoya en esos vínculos y en esa pertenencia originaria, a la que es posible volver para “encontrarse” en cualquier momento. Si faltan algunos componentes, se habla metafóricamente de familia (grupos humanos cualitativamente distintos que asumen estar en familia por similitud con la familia propiamente dicha). Por ejemplo, hablar de familia de los que trabajan juntos, o en un mismo domicilio, o que forman parte de un equipo de fútbol. Es la forma específica de la familia como

“sociedad primaria” lo que une y lo que de hecho permite un desarrollo armónico de las diferencias constitutivas del ser humano: la diferencia sexual entre el hombre y la mujer, y las diferencias entre las distintas generaciones (abuelos, padres, hijos, etc).

La identidad de la persona está estrechamente ligada tanto a la presencia de la pareja generadora como a la historia de las generaciones de las cuales es expresión. Éste es un dato constante, común a toda experiencia familiar, y no se trata de un dato puramente biológico. De hecho, “en la biología de la generación está inscripta la genealogía de la persona”. La familia así entendida se difunde en la sociedad no como un bien privado, sino como un auténtico y verdadero bien social. Saca a la luz la intrínseca naturaleza relacional de la experiencia humana. En este sentido, pertenencia familiar y pertenencia social se interrelacionan y remiten la una a la otra: cuando su constitución es normal, la relación dentro de la intimidad familiar y el entorno social desarrolla progresivamente la confianza entre los sujetos y la capacidad de cooperar responsablemente en la sociedad por medio de un incesante intercambio recíproco.

El don se refiere al darse en una elección interpersonal de amor conyugal que se abre a un proyecto riesgoso de vida en común. Busca su plenitud en el regenerar continuamente un vínculo que significa “vivir por el otro”. El don se da en un circuito de “reciprocidad”, la relación sexual es querida con alguien que tiene un carácter “especial” y en vista a alguien engendrado (aquel hijo concreto y no otro) que es expresión de esa relación de amor y no de otra intencionalidad. Como ejemplo, si un padre o una madre **дона** su afecto al hijo pero lo niega al cónyuge, interrumpe el circuito de la **reciprocidad**, generando faltas y carencias en todos los intercambios.

Sexualidad: Una de las heridas narcisistas más dolorosas para la megalomanía infantil es la causada por la necesidad de aceptar nuestra monosexualidad biológica. Rolphe y Galenson (1981) demostraron que la diferencia en sí es fuente de angustia para los niños de ambos sexos. El descubrimiento de la diferencia sexual conduce a una representación de lenta adquisición, de la identidad de género. Sobre esa base el niño llegará a identificarse como sujeto masculino o femenino. No por exclusiva herencia biológica, sino por representaciones psíquicas transmitidas y vivenciadas con y por sus progenitores y por el vínculo entre ellos, así como por su ambiente socio-cultural.

Para alcanzar la adultez la maduración de cada uno implica que en la relación con otro sexuado debe reconocerlo como un otro, con la misma dignidad. Cada niño debe elaborar su identidad sexual a partir del abandono de sus deseos infantiles de tener a sus padres como exclusivos y excluyentes objetos de su amor. Debe superar el deseo de ser el único y narcisista centro de todo el afecto de sus padres. Debe separarse psicológicamente de sus padres “[...] para abandonar los deseos incestuosos de cumplimiento sexual en una endogamia imposible[...]” porque en tal caso, quienes realizaran esa conducta, no tendrían las característi-

cas humanas propias de la madurez de ser padres [...]

La dependencia primigenia de la madre fue señalada consistentemente por Freud. El objeto “madre” psíquico sustituye a la madre del período fetal biológico. Para Winnicott (1926) la madre suficientemente buena ofrece al *infans* la oportunidad de un encuentro y con ello habilitará el estado de existencia, con la consiguiente puesta en vida del psiquismo. El narcisismo y el imperio del orden imaginario vigentes en ese comienzo deben ceder en un paso madurativo a una estructuración ulterior, con la adquisición del lenguaje y el advenimiento al orden simbólico por un proceso que implica la superación de la unidad diádica, fusional, del *infans* con la madre, a través del establecimiento de una situación triangular.

Nos referimos aquí al papel *paterno* en el desarrollo infantil.

“No me cabe concebir ninguna necesidad tan importante durante la infancia de una persona, que la necesidad de sentirse protegido por un padre”, dijo Sigmund Freud.

Ante el hecho de la presencia del padre, frente a la pareja parental, el sujeto accede al conocimiento de su sexuación; sufre por ello una injuria narcisista. La presencia paterna constriñe al sujeto a aceptar la incompletud, y el saber de su muerte, figura última de la castración. La madre que asume imaginariamente poseer atributos de madre y de padre (la llamada mujer fálica) no desea al padre, lo desvaloriza de hecho y por lo tanto también a la Ley que éste porta. El sujeto puede huir regresivamente frente a la vivencia de separación de esa “madre fusional” que le da una seguridad omnipotente, irreal, que reniega de su real inermidad, quedando inmaduro, o, asumir la Ley y la castración simbólica, liberando así su capacidad de desear.

¿Por qué hablar de castración? No se trata de una mutilación genital, sino de la pérdida de aquello, cualquier cosa que fuere (simbólicamente falo), que es garantía de la ilusión de un poderío y dominio absolutos. La posibilidad de triunfar incluso sobre la propia muerte. El concepto de castración simbólica pone límite al narcisismo desmesurado de quienes se arrojan el derecho a ocupar el lugar del incommensurable poder del padre vacante. Por ello todo aquello que revela los límites a la omnipotencia narcisista en nuestra existencia es sentido como doloroso, negativo, persecutorio, frustrante, castrador.

Pero vivir defendiéndose de una “castración imaginaria”, ante la real aparición de los intrínsecos límites, implica una dolorosa negativa a aceptarse en la real y verdadera dimensión humana.

Por ello debo señalar que en el origen del sujeto **está la satisfacción proveniente de Otro y no la negación de la satisfacción por un padre “castrador”**. Pues la característica inicial y fundante del sujeto está en la experiencia de satisfacción en la relación con ese Otro. La experiencia de un Otro fiel que asume la iniciativa. Y que por lo tanto es iniciativa garantizada por Otro (*Tutto il pensiero al singolo*; Capucciati, 2009).

La presencia del padre, estimada como positiva, es la que permite al niño desear la identifica-

ción con su padre. Esto es, con la masculinidad y por tanto con su evolución hacia la paternidad (forma madura de la masculinidad).

El sentido de la alteridad surge ciertamente del reconocimiento de estas diferencias brevemente descritas entre el padre y la madre. La paternidad ineficazmente realizada, que fracasa en la separación del niño de su madre, conduce a un re-apego patológico con ella, que dificulta la aceptación de la alteridad y la diferencia sexual. La valoración positiva y la admiración por el padre, que surgen de un buen vínculo (con reciprocidad) con la madre, permiten la identificación positiva del niño con su padre, el acceso a la diferencia sexual y el reconocimiento del otro como otro.

He allí en acto el respeto de un ser humano a otro, base de la sana convivencia social.

Cuando el amor ya no equivale a castración, a destrucción, a muerte; cuando los padres son al fin reconocidos en su individualidad separada, su identidad sexual diferente, y es aceptada su complementariedad genital (hombre-mujer), la versión transformada de la escena primitiva se convierte en una adquisición psíquica que le da al sujeto, ya suficientemente maduro, el derecho a poseer su cuerpo (sin compulsiones patológicas), su sexualidad (diferenciando al padre de la madre, hombre y mujer), su lugar en la constelación familiar, y su lugar en la cadena generacional.

La mentalización en la evolución hacia la madurez

La teoría de la mentalización (Allen, Fonagy, Bateman, Gabbard, etc) expone las características psicológicas de los vínculos. La neurociencia ha descubierto que el diseño mismo de nuestro cerebro lo hace sociable, inexorablemente atraído a un enlace personal. El deseo del encuentro con el otro acontece cada vez que nos relacionamos con otro ser humano. Crecemos y nos desarrollamos gracias a nuestros vínculos con los demás. Nuestros vínculos no solo moldean nuestra experiencia, sino también nuestra biología. Su pleno desarrollo permite las interacciones “tróficas” que permiten la buena educación, la buena vinculación familiar, las amistades, una sensible y “conectada” interacción humana. Aquí se evidencia el aporte insustituible de la familia en el desarrollo madurativo que no puede ignorarse cuando se habla del ocaso de la familia en sentido propio.

La mentalización describe el resultado posible y deseable del desarrollo madurativo de la persona: el reconocimiento de la humanidad del otro y la comprensión de su psiquismo entendido como necesidades, deseos, razonamientos y conductas con propósitos que surgen del “sí mismo” en ese “otro”.

Otros, independientes de nuestra voluntad o poder

Implica la capacidad de hacerse “otro” en cuanto “otro”. Entenderlo realísticamente. No se desarrolla automáticamente. Poder estar “conectado” con los que nos rodean, comprenderlos adecuadamente, es el

resultado de un esfuerzo reflexivo que se hizo desde un “apego” seguro, y con alguien que nos ofreció su “mentalización”, para experimentar la comprensión del otro. La capacidad de “conexión” personal puede ser descripta como resultado de la escucha atenta y la comprensión de las razones que motivan a ese otro.

Cuando lo hemos logrado, nos permite percibir e interpretar las acciones de los otros y las propias como resultado de procesos mentales causados por la interacción de necesidades, deseos, sentimientos, creencias y razonamientos, en relaciones causales de significado que manifiestan *intencionalidad* en ese otro. Esto es, independencia y libertad, con creencias y deseos propios en cada uno de los participantes del encuentro entre personas, que al ser reconocidos en los otros, nos permite reconocernos en un mundo de personas libres. Lo que muestra nuestro grado de mentalización es nuestra habilidad para explicar y predecir razonablemente y con libertad, sin prejuicios personales, las conductas de los otros con quienes nos relacionamos.

La mentalización, para establecerse con plenitud en el adulto, necesita vínculos de apego confiables en la infancia que permitan pensar y decidir sin estar avasallado por emociones mal reguladas. Los vínculos malos y dolorosos en el adulto son producto en gran medida de apegos traumáticos en la infancia que son recordados como experiencias infantiles muy angustiosas que son desorganizadoras de la evolución a una mentalización adulta.

La mentalización, en tanto implica la elaboración y aceptación de los límites humanos, permite el mantenimiento de la “conexión vincular” con los demás, a pesar de las situaciones frustrantes, generadoras de *stress*. Tiene el poder de proteger a las personas ante las situaciones traumáticas, pues la aceptación de las vicisitudes adversas y una actividad creadora de soluciones, positiva, que sabe recurrir a sus prójimos, permite controlar el desborde emocional, la paralización impotente y la desesperación.

Una mentalización adecuada colabora con la resiliencia (como capacidad de adaptarse a un alto grado de perturbación ambiental y de su recuperación, logrando los niveles del estado anterior a esa perturbación).

El desarrollo individual sano se caracteriza por un sentido del sí mismo (*self*), sólido y coherente, autoestima positiva, capacidad de independencia y una relativa autonomía, que coexisten con la potencialidad de generar relaciones interpersonales íntimas, emocionalmente consistentes. El deseo amoroso es estimulado por la presencia de un Tú, alteridad reconocida, que permite sentir el bien del otro como un bien para sí mismo. El Yo amante se expande con alegría, entregándose al amado. Somos seres relacionales y al aceptarnos unos a otros, se crea el espacio común de la libertad. Estar preparado para ello implica haber dejado padre y madre, superando los vínculos infantiles y sus ilusiones, asumiendo la dirección de su propia vida. Nadie da lo que no tiene, y si depende aún, para decidir sobre los temas importantes de la propia vida, no puede dar, pues no se auto-posee. Se trata entonces de la verdad de esa entrega.

La buena salud comienza temprano en la vida. En las familias sanas los niños aprenden a contar con su ambiente que provee lo necesario para su buena alimentación, su seguridad emocional, y su seguridad física. La neurobiología comprueba el enorme valor de la familia tradicional, estable, comprometida, respetuosa de la libertad, la verdad y las diferencias, producto de mentalizaciones adecuadas que comprenden la diferencia sexual hombre – mujer, como alegre y deseoso ejercicio de la maternidad y la paternidad. Ser hombre o mujer es principalmente ser padre o madre, no como resultado de una reivindicación narcisista, sino como el agradecido modo de cuidar de los hijos tal como uno recibió ese amor y cuidado. Bien sabemos que cuando éramos niños deseábamos ser grandes, y al llegar a serlo, comprendemos que nuestro horizonte es ser como aquellos que dan con generosidad, esto es, padres.

Madurez

Estudios en personas adultas con características de madurez han demostrado diferente activación cerebral con respecto a sujetos infantiles, inmaduros. Se trata de un cambio epigenético. En adultos maduros los autores muestran que el sistema mesolímbico de gratificación (dopamínico) está involucrado con la misma intensidad, en comportamientos de donación hacia otros (especialmente familiares), en igual forma que cuando obtiene beneficios personales, por ejemplo, económicos.

Aún más, las áreas corticales medial orbitofrontal-subgenual y orbitofrontal lateral, que también juegan un rol crucial en los mecanismos básicos de apego social y aversión, específicamente están involucradas en las decisiones de donar u oponerse a contribuciones sociales. Áreas anteriores de la Corteza Prefrontal se activan cuando hay elecciones altruistas que prevalecen sobre intereses más egoístas.

PNAS October 17, 2006 vol. 103 no. 42 15623–15628. Jorge Moll†, Frank Krueger, Roland Zahn, Matteo Pardini, Ricardo de Oliveira-Souza†, y Jordan Grafman.

La madurez aquí señalada es fundamental para la conformación de vínculos familiares consistentes.

Paternidad

“Sólo hay un aventurero en el mundo, como puede verse con diáfana claridad en el mundo moderno: el padre de familia. Los aventureros más desesperados son nada en comparación con él. Todo el mundo moderno está organizado contra ese loco, ese imprudente, ese visionario osado, ese varón audaz que hasta se atreve en su increíble osadía a tener mujer y familia. Todo está en contra de ese hombre que se arriesga a fundar una familia.

Todo está en contra suya. Salvajemente organizado en contra suya [...] . Él y sólo él está de verdad involucrado en las cosas del mundo. La única aventura

que existe es la suya. Los demás están involucrados con sus cabezas, es decir, con nada. El que es padre lo está con todos sus miembros. Los demás sufren por sí mismos. Sólo él sufre a través de otros”

Charles Peguy

Si se ignora la paternidad, la educación y la transmisión dejan de darse, y cada uno pretende convertirse en su propio creador. Y, al no conseguir diferenciarse de sus sujeciones parentales, al individuo no le es posible ocupar su espacio interior para ser verdaderamente él mismo. Al desconocer origen y destino, sus resultados son la soledad y una capacidad vincular dañada. Si un hombre no puede experimentar la realidad para alcanzar la verdad de las cosas, entonces la libertad permanece desorientada. Las adicciones son hoy, entre otras, respuestas ilusorias a esta incapacidad. Es claro que encuentros reales, generosos y que aporten la positividad de una vida realizada en una capacidad paternal, pueden ofrecer reparación a los daños de apegos fallidos.

El respeto por aquellos que asumieron dignamente la tarea de ser padres, lo dice con delicadeza un gran autor:

“Así, mi padre [...] cuando detuvo su aliento, suspendió el aliento de los otros durante tres días. Tanto, que las lenguas no cesaron de abatirse hasta que no lo pusimos en tierra. Pero nos pareció tan importante, él, que no gobernó, sino que gravitó y fundó su marca, que creímos, cuando lo descendimos a la fosa con largas cuerdas que crujían, no sepultar un cadáver, sino enterrar una provisión. Pesaba, suspendido, como la primera losa de un tiempo. Y no lo enterramos, sino que lo sellamos en la tierra, por fin transmutado en lo que es, en ese asiento. Fue él quien me enseñó la muerte y me obligó cuando era joven a mirarla de frente, pues nunca bajó los ojos.

Mi padre era del linaje de las águilas”.

Antoine de Saint-Exupéry, “Ciudadela”.

Ejemplos de las fallas en los vínculos tempranos

En Rumania, luego de 1980, cerca de 65.000 niños fueron dejados en orfanatos, 85% alrededor del primer mes. La crisis del país impidió su adecuado cuidado. En el 2001 se publicó el estudio de las consecuencias de la privación emocional y alimenticia en niños de orfanatos rumanos. Años más tarde presentaban disminución de tamaño y función de áreas de corteza cerebral y núcleos subcorticales y límbicos, serios déficit emocionales, sociales y cognitivos. **Su capacidad de inserción social estaba gravemente comprometida.** Neuroimage, 2001; Local Brain Functional Activity Following Early Deprivation: A Study of Post institutionalized Romanian Orphans.

Efectos de la inmadurez:

Cuando en los vínculos familiares adultos se entremezclan anhelos y modos infantiles de apego a los padres, con obstinación y contumacia, se puede constatar la predominancia de los siguientes deseos, que arruinarán cualquier vínculo familiar:

- El deseo o convicción de la posesión del otro.
- El deseo de fusión amorosa.
- La lucha por el poder en la relación matrimonial, u otras.
- El desencanto notorio y agresivamente reclamador.

Son causa de muchos infortunios

Un estudio, muy documentado, presenta una detallada revisión de decenas de trabajos publicados sobre miles de niños. Se ocupa de las familias disfuncionales o de riesgo. *Rena Repetti, S Taylor, T Seeman; (2002), Psychological Bulletin Vol 128 N° 2; 330-366, en: Risky Families: Family Social Environments and the Mental and Physical Health of Offspring.*

Las familias llamadas “de riesgo” están caracterizadas por malos apegos, conflictos y agresiones, con relaciones distantes, y/o negligentes, y/o abusivas, sin apoyos emocionales. Su nivel de mentalización es bajo, y producen a su vez, insuficiencias en la mentalización de sus hijos. Establecen relaciones patológicas de manipulación, dominación, sadomasoquistas, etc. Hay todo tipo de trastornos mentales en sus componentes, enfermedades crónicas, mala salud, drogadicción y mortalidad temprana.

Finalizando, es indudable que los vínculos familiares normales son una necesidad personal comprobable en muchos estudios neurobiológicos. El amor humano, cuando es real, se dirige a otro concreto, único, vehiculiza el deseo hacia lo bueno, con lealtad y dignidad, lo que nos hace crecer, permitiéndonos avizorar ese otro Bien, al que insaciablemente tendemos, ayudados por una suficientemente buena vida familiar de la que no podemos excluir todas las contrariedades posibles que tiene nuestra condición humana.

Los vínculos familiares tienden a profundizarse cuando sus integrantes maduran a partir de apegos seguros, mentalizaciones suficientes y reparadoras de los traumas infantiles y ofrecen ese necesitado amor que debe tener todo ser humano con confianza honda y recíproca. La neurobiología demuestra las características tróficas y de florecimiento humano que producen los buenos vínculos familiares (Vaillant).

Bien señala el poeta, la potencia y los resultados de los afectos a los que nos hemos referido y su gran efecto sobre la auto-estima, factor eminente en el desarrollo personal:

*“Amor, cuando me encuentro cerca de ti,
adquiero audacia y tal seguridad,
que me cambio en otra figura”.*

DANTE



Dr. A. Pinceira

¿Por qué el psicoanálisis hoy? Un recorrido por la existencia saludable

El psicoanálisis hizo un aporte esencial para la comprensión del ser humano. Desde su primer trabajo Freud descubre que los *síntomas tienen un significado*, tienen un texto encriptado que es necesario desentrañar. Estamos en los comienzos, en los años 1893, en que se publica la *Comunicación Preliminar*, y 1895, en que publica *Psicoterapia en la Histeria*.

Poco después, otras manifestaciones del psiquismo humano van siendo *examinadas por Freud y el paso mayor lo da cuando comienza a ocuparse de los sueños*, como los sacerdotes judíos de la antigüedad y como ellos otorga a los sueños un sentido e inaugura el posicionamiento del psicoanálisis como *ejercicio de la sospecha*, al decir de Ricoeur.

En los sueños describe un contenido manifiesto que expresa y oculta un contenido latente que es el sentido profundo del sueño, que también debe ser desentrañado utilizando para tal fin las asociaciones del paciente. La libre asociación (esa diablura, como la llamó según creo Green) va permitiendo rescatar ese contenido latente ligado a deseos y temores vinculados a recuerdos infantiles, enraizados en la historia vivida del sujeto.

Estamos ya en el año 1900. Y hablamos de su monumental *Análisis de los Sueños*, una de las pocas obras que Freud hubiese querido conservar, según sus propias manifestaciones.

Faltaba la última perla del primer collar, el trabajo de 1905 *Tres Ensayos* donde sistematiza sus primeras intuiciones acerca de la *sexualidad infantil* y la secuencia en el desarrollo de la psicosexualidad en etapas según el predominio de una zona erógena. Así se irán sucediendo en el desarrollo normal una etapa oral, otra anal y una genital o fálica y genital.

Las alteraciones del desarrollo producidas por situaciones traumáticas o por el comportamiento del medio y las respuestas del sujeto ante los mismos van a originar *fijaciones* y ulteriormente al producirse un desequilibrio (3 a serie complementaria) una *regresión* hacia esos puntos de fijación.

La salud era concebida como la capacidad de superar los escollos y continuar el desarrollo hacia un punto ideal en que las pulsiones correspondientes a las etapas pregenitales se colocan bajo la égida de la genitalidad.

Las alteraciones del desarrollo relacionadas en principio con la vigencia de una *represión patológica* van a dar lugar a una patología neurótica suscitando *regresiones* hacia puntos del desarrollo marcados por la *fijación*.

Poco tiempo después también va vinculando la *estructura de carácter* con la historia vivida por el sujeto, otorgándole a los rasgos de carácter un sentido y a cada etapa del desarrollo modalidades específicas de relacionarse con lo que denominaba *objeto de la pulsión*.

Desde entonces Freud concibe la enfermedad psicológica como una alteración del desarrollo normal del individuo, hay entonces una teoría de la enfermedad que se basa en el estudio sistemático de los factores ligados a la historia vivida del sujeto que culminan en una alteración del desarrollo y a partir de allí nace una teoría de la curación que se basa en la posibilidad de revertir los efectos de ese desarrollo anómalo cuyas articulaciones se repetirían dentro del marco analítico en la *transferencia* y que podían ser abordados interpretativamente, en ese proceso curativo, porque para Freud el *psicoanálisis* tenía un para qué, que era la curación.

Eso sí, todo debía pasar por “*el estrecho desfiladero de la transferencia*”.

Desde el comienzo la teoría de la curación marchó paralela con la teoría de la enfermedad y los factores curativos, tal vez múltiples, se podrían reducir al interjuego de dos, la experiencia, la re-vivencia de fragmentos de la historia en la transferencia, y la toma de conciencia, el *insight*, producto de la interpretación de la situación vivida.

Con el correr del tiempo y con la *inclusión dentro de la “analizabilidad”* de las patologías severas, se pensó que la curación se produciría por la provisión de un marco adecuado para que el paciente efectuara una *regresión* que llevaría a la re-vivencia de los aspectos significativos de la propia historia y de su “prehistoria”, o sea, lo no historizado de su existencia temprana escindida o reprimida, en la transferencia y su ulterior abordaje interpretativo.

Allí dos factores, el vivencial y el cognoscitivo, se articularían para permitir la liberación del sujeto, limitado siempre por la patología.

Pero en general se ha omitido, al hablar de enfermedad y de curación, mencionar el tema de la salud, de la existencia saludable, que es un tema que el psicoanálisis abordó con reticencia en un segundo momento. Es por eso que al hablar de curación, debemos hablar de salud, que es el punto hipotético hacia el cual se apunta cuando se inicia un tratamiento y cuando hablamos de salud nos encontramos en primera instancia con dos conceptos diferentes; uno se refiere a la salud como ausencia de síntomas, el otro apunta a un fin más ambicioso y exigente, al logro de una existencia saludable.

Para llegar aquí debemos superar algunas definiciones de Freud que se han repetido hasta el cansancio: el fijar como objetivo de la curación restablecer la capacidad de amar y trabajar, luego de “hacer consciente lo inconsciente” y que “donde estaba el ello esté el yo”.

Hoy vamos más allá y buscamos una idea positiva de la salud. Que incluya la dimensión “existencial” de este estado. Y como requisitos, de una existencia saludable, el psicoanálisis contemporáneo hace hincapié

en la importancia de haber tenido un buen maternizaje, y de haberse desarrollado dentro de una familia con un padre y una madre, medio natural para el desarrollo de un ser humano.

Se sientan así las bases para que el desarrollo culmine en una persona capaz de vivenciar y de vivenciarse a sí misma, capaz de autoconciencia, capaz de vivir desde un núcleo personal y desde allí desplegar-se, de sentirse viva, un ser corpóreo y sexuado que es un ser encarnado, y vive desde un cuerpo, que es él mismo, con una temporalidad vivida, un espacio vivido, y potencialmente creativo.

Y es en ese contexto en que cobra sentido una frase enigmática de Winnicott en *El Concepto de Individuo Sano*: “la salud tiene más que ver con el ser que con el sexo” porque para que el sexo tenga sentido debe haber previamente un *sí mismo verdadero* capaz de protagonizar una existencia verdadera.

Ese núcleo de ipseidad va a ser afectado por los instintos que generan tensiones que en los comienzos vivirá como ajenas a sí mismo. El nacimiento de ese sí mismo verdadero va a depender de un proceso nada sencillo que comienza tal vez antes del nacimiento. Dar importancia y prioridad a este hecho es lo que diferencia a las teorías psicoanalíticas que han destacado la importancia de la constitución del sí mismo como un despliegue creativo de aquellas que han concebido el nacimiento del sí mismo *desde el conflicto*, y su desarrollo como una suerte de construcción desde “abajo hacia arriba”, donde las pulsiones se van complejizando y van constituyendo toda la estructura psíquica.

Este proceso incluye la personalización mediante la cual el ser humano va habitando su cuerpo y se lo va apropiando, lo va “psicologizando”, al otorgarle sentido a lo que desde allí proviene.

La *existencia saludable* supone que la persona debe sentirse viva, y habitando un cuerpo que es él mismo, y dentro de lo posible, tener una existencia creativa que se exprese al menos en una mirada original sobre las cosas, que emana de los primeros gestos espontáneos y de su registro por parte del infante humano. Porque tener una existencia creativa *exige la creación durante fases posteriores del desarrollo de un espacio transicional en el cual lo creado y lo hallado se unen inextricablemente, generando un punto de vista creativo en relación a la realidad consensual o compartida, que nos permite apropiarnos de ella* observada desde un punto de vista único. Al fin y al cabo ser creativo es haber alcanzado un punto en el cual he encontrado mi lugar en el mundo y puedo verlo y sustentar un punto de vista personal en relación al mismo. Desde allí, cuando habito ese espacio que media entre lo concebido y lo hallado, por ejemplo en el mundo cultural, podré procesar las ideas y opiniones que recibo del medio para hacerlas propias o no, y sentir que lo que uno hace, al menos en largos momentos de la vida, nace de uno y no es mera respuesta a los estímulos que vienen de afuera.

Coincidimos con la preocupación heideggeriana acerca del “se”, en el sentido de tener una opinión

propia que no sea el reflejo de lo que el medio cultural y social nos proporciona, problema que en el mundo globalizado se hace cada vez más grave. El auténtico ingreso en el universo cultural implica la posibilidad de crear o re-crear y hacer propio algo de lo que allí se encuentra, constituyéndose así el mundo personal, que implica recreación e implica interpretación personal de lo que se nos ofrece. Y debemos tener consciencia de que en esa área transicional de experiencia donde lo que encontramos y lo que creamos se encuentra, radican los valores, los valores morales que deben ser ofrecidos por el medio familiar, deben dar al niño la posibilidad de hacerlos suyos o no, y lo mismo ocurre con los valores estéticos: no todos van a poder crear una poesía, una melodía, un cuadro, pero todos están en condiciones teóricas al menos, de valorar una metáfora y disfrutar de ella, con la música ocurre otro tanto y en cuanto a la pintura, suele pintarse lo que se siente. El cómo miramos y en cuanto a la mirada todos deberíamos ser capaces de ver una flor o un lago y sentir algo y no solo pensar: ¿Dónde pongo la flor? O ¿Cómo atravieso el lago?

A ese punto sería deseable que arribaran nuestros pacientes al cabo de un proceso analítico. Tal vez se conocerán más a sí mismos, se reducirá su omnipotencia, aceptarán sus limitaciones y su finitud. Suponemos que habrán logrado “hacer consciente lo inconsciente” hasta donde sea posible, y habrán tenido quizás una experiencia humana inédita, la de tener una prolongada relación con alguien genuinamente interesado en lo que le sucede, escucha atento de sus asociaciones, que participará de sus experiencias dolorosas, que no adoptará ninguna actitud crítica, que le permitirá escucharse a sí mismo, discurrir, sin interrupciones, y que se sorprenderá en cada recodo con los hallazgos compartidos.

Este interlocutor, por supuesto, registrará y subrayará con interpretaciones tentativas, las irrupciones

del inconsciente en el discurso, y observará con atención qué hace el paciente con lo que le ha proporcionado.

Se supone que adquirirán sentido del humor, tolerancia ante los ataques del medio y las frustraciones diarias a las que nos somete la vida, y que serán capaces de establecer relaciones *yo-tú* en las que se pueda privilegiar al otro con el cual nos va a unir un compromiso ético.

También vamos a suponer que habrá accedido a ese punto del desarrollo en que se abre el área transicional, al ámbito de los sueños, del juego y la cultura, y que encarnará su existencia en proyectos, diferenciables de los anhelos dispersos, y que se preguntará por el sentido de su existencia y arribará a respuestas provisionales, plagadas de dudas que alternarán con momentos de certeza.

Nuestra existencia, la de todos, está basada en creencias, en las propias que hemos ido elaborando a lo largo de la vida casi sin darnos cuenta y que éstas radican en ese espacio personal que es el área transicional. Por eso podemos decir que “quien exige absoluta credibilidad a sus propias creencias e intenta imponer su espacio transicional a otro está loco”.

Hoy vivimos rodeados de locos, aunque creo que siempre ha sido así.

Sé que he hablado de algo que hoy parece utópico, el sueño de cada uno se confunde con el relato que cada uno construye y que en una dialéctica *amigo-enemigo*, impide el diálogo, el encuentro existencial y exhibe la *locura* de todos los protagonistas.

Esto de lo que les he hablado exige *tiempo*, *tiempo vivido*, y quien está enfrentando emergencias carece de tiempo, y pierde al vivir reaccionando ante lo inesperado, la iniciativa y la posibilidad de tener una conducta espontánea, motivada y creativa, para vivir *reactivamente*, esto es con el eje fuera de nuestro propio ser.