

Publicación del **Grupo ConVivir** 
Centro Integral de Consulta, Formación y Tratamiento
Directora Lic. Lili Calvo.

Revista “ConViviendo”

Publicación one line del Grupo ConVivir

Año IV N° 23 Agosto del 2007

Idea y Dirección: Lic Lili Calvo

Diseño y Diagramación: Lic Anabella Ossani

Staff de Colaboradores del Exterior: Angela María Quintero Velásquez (Universidad Antioquia, Colombia), Aurora Morera (Instituto de Atención Psicosocial de Barcelona) Dr Patxi Sancinenean (Asociación Vasca de Gestalt), Ximena Mendez Guzman (Universidad de Concepción, Chile)

Adriana Ciliberti (Escuela Parisina de Gestalt), Lic María Elena De Filpo (Miembro del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid)

Prensa y Difusión: Nicolás Ossani

Dedicamos ésta publicación al Dr. Raúl Luis Calvo. En reconocimiento a su sabiduría, su actitud humanitaria, y a la destacada labor profesional que desarrolló en distintos ámbitos del saber científico y como prestigioso Médico de Familia. Contando para llevar a cabo su tarea, con el apoyo incondicional de su esposa Sara De Filpo.

La Revista “ConViviendo” es una publicación electrónica cuatrimestral. Las colaboraciones que realizan los autores se reciben a consideración del Comité editorial.

Las opiniones, comentarios y posturas intelectuales que expresan los autores, son de su exclusiva responsabilidad y no reflejan necesariamente el punto de vista la Dirección editorial de la Revista ConViviendo.

Si necesita contactarse con el autor de alguno de los artículos, tiene que enviarnos un e mail a la Revista ConViviendo:

conviviendo@convivirgrupo.com.ar y le haremos llegar su inquietud.

Si desea enviar sus colaboraciones a la Revista ConViviendo (artículos científico, experiencias profesionales, imágenes, notas, etc), envíe su material a la siguiente dirección electrónica:

conviviendo@convivirgrupo.com.ar

Sumario

1-Editorial

2-Artículos de este número

- ◆ **Vulnerabilidad al estrés. Indicadores Clínicos y modos de evaluación por el Dr Sivak**



- ◆ **Psicoterapia Gestáltica por la Lic. Kita Cá**

Una manera de “viajar” por la vida muy ligero de equipaje.

- ◆ **Padres que no alimentan pero si engordan y familia loft por la Lic. Laura Billiet**

3- Aportes de Colegas : éste mes La Lic. Analía Fiore

4-El Libro Sugerido:

**La Boca del Testimonio: Tamara Kamenszain
Editorial Norma**

5-Citas que nos Ayudan a reflexionar

Christopher Marlowe, Doktor Faustus

6- Congresos, Jornadas, Seminarios, Talleres



**Imagen del Seminario de Phillips Lichtenberg
en el Coloquio de Gestalt en Buenos Aires**

Nueva visita de Bert Hellinger a la Argentina

**7-Actividades
Grupo ConVivir**

**8-Una película para ver
El Sol del membrillo de Víctor Erice**

9- Una carta para compartir

Por los Lic. Luis Raúl Calvo y Lic. Nora Nardo

**10- Una poesía para inspirarse
“Constelación de Vida “ Por la Lic. Lili Calvo**

1-Editorial

Queridos colegas y amigos:

Nuestro Boletín Científico ha crecido y se ha transformado hoy en la Revista ConViviendo. Iniciamos con mucho fervor así un nuevo ciclo y se la presentamos a todos ustedes.

La misma contiene nuevas secciones que consideramos podrán ser un aporte más enriquecedor para todos. Desde nuestra mirada, el arte en todas sus expresiones es un soporte nutricional, esclarecedor, que nos hace posible una mayor apertura de conciencia.

Nuestro reconocimiento al Lic. Luis Calvo y a la Lic. Nora Nardo por compartir una de las cartas que integran su libro Tiempos Diluídos. Les agradecemos también a los estimados colegas que nos han prestigiado con sus producciones: El Dr Roberto Sivak valorado miembro de nuestro Staff de profesionales, la Lic. Kita Cá, estimada maestra de una amplia generación de gestaltistas, La Lic. Laura Billiet quien nos trasmite su larga experiencia en el tema de los trastornos alimentarios.

Una mención especial para la Lic. Analía Fiore quien comparte su escrito en experiencia de colegas.

Le damos la bienvenida a la página del Dr Luis Prieto y su espacio de la Red Mundial de Escritores en Español, REMES, de la cual la Lic. Lili Calvo es miembro.

En el número anterior les hablamos de las novedades del Coloquio de Gestalt en Buenos Aires, que coordina la Lic. Myrian Guiter. La Lic. Lili Calvo ha compartido la riqueza del Seminario propuesto desde allí, recibiendo al estimado Profesor Phillip Lichtenberg, quien con maestría ha transmitido su sapiencia. Aquí con ustedes una imagen del mismo.



Algunos de los participantes con el Prof Lichtenberg en el centro, Myrian Guiter, Lili Calvo, Mabel Allerand, Leticia Arlengui, Inés Alonso, Sonia, Carolina, Teresa, Alejandro.

Los saludamos con aprecio y nos despedimos hasta el próximo número de la Revista ConViviendo
Consejo Editorial

2-Artículos del Mes

- ◆ Vulnerabilidad al estrés. Indicadores Clínicos y modos de evaluación por el Dr Sivak



- ◆ Psicoterapia Gestáltica por la Lic. Kita Cá

Una manera de “viajar” por la vida muy ligero de equipaje.

- ◆ Padres que no alimentan pero si engordan y familia loft por la Lic. Laura Billiet

VULNERABILIDAD AL ESTRÉS. INDICADORES CLÍNICOS Y MODOS DE EVALUACIÓN

AUTOR: Dr. Roberto Sivak - Médico psiquiatra - Docente Dpto. Salud mental UBA - Presidente Capítulo Psicotraumatología APSA (*)

PRESENTACIÓN: 1er. Congreso Argentino de Medicina del Estrés – Buenos Aires, 1 y 2 de junio de 2001 – Organizado por la SOCIEDAD ARGENTINA DE MEDICINA DEL ESTRÉS (SAMES) ASOCIACIÓN CIVIL

PUBLICACIÓN: Newsletter "Estrés y Salud" - Año II Volumen VI Oct-Nov 2001

**** Este trabajo tiene como antecedentes presentaciones en la Jornada Interinstitucional de Psicopatología del Hospital Español y comunicaciones en el Círculo de Médicos de Morón, Hospital T. Álvarez en 2000 y Congreso de Psicología de la Salud en Guaruja, 2001**

Institución: Hospital Teodoro Álvarez. Buenos Aires- Argentina

Resumen:

El objeto de este trabajo es realizar una puesta al día sobre el concepto de vulnerabilidad.

Introducción:

El concepto de vulnerabilidad resulta un concepto articulador transdisciplinario que creemos superador del concepto "psicosomático", posibilitando replantear los interrogantes de Halliday. Representa un eje convocante para la investigación y el trabajo en equipos ad-hoc a los fines de abordar temáticas específicas como HIV, trastornos de la conducta alimentaria, cáncer, entre otras. Es un referente adecuado para evitar la tendencia al reduccionismo biologizante o psicologista. Es tan importante actualizarse sobre el pronóstico actual de un infarto a partir de nuevos enfoques cardiológicos como detectar indicadores de alexitimia, vida operatoria o defensas prereservas. Es preciso tener presente los riesgos del *discurso médico hegemónico* como algunas tendencias hegemónicas y reduccionistas del campo psi..

Material y métodos:

Se describen indicadores clínicos y modos de evaluación –entrevista y cuestionarios- que permitan prever un mayor riesgo ante situaciones estresantes, o la eventual evolución desfavorable de un paciente que ya presente una afección psicológica u orgánica. A partir de tres viñetas clínicas se profundizan los conceptos de estrés, modos de afrontamiento y la relación de la vulnerabilidad con los sucesos vitales, la calidad de vida y la red social de apoyo. Se sugieren recursos terapéuticos provenientes del psicoanálisis, la psiquiatría, la medicina conductual y la psicología de la salud. Se proponen una serie de reflexiones críticas a partir de la experiencia hospitalaria del autor. Por último se presenta un cuestionario de vulnerabilidad al estrés a utilizar en primeras entrevistas

Conclusiones:

La evaluación del grado de vulnerabilidad en primeras entrevistas contribuye a responder adecuadamente a las expectativas de los pacientes, derivadores y especialistas que nos interconsultan. Es fundamental formar adecuadamente a los profesionales en la realización

de entrevistas diagnósticas. traducciones de cuestionarios realizados en otros países o la extrapolación de distintas realidades socioculturales vuelve difícil la comparación de resultados.

.... Todos reaccionamos de manera similar ante ciertos estímulos biológicos y psicológicos, pero aparte, todos tenemos nuestras propias formas individuales de reaccionar. El estudio de estas reacciones individuales específicas así como el de las reacciones generales es de lo más apasionante, y requiere mucha más investigación de la que se ha producido. (G. Pollock Especificidad combinatoria y series complementarias... en "Lecturas de lo psicosomático" 1991

Definición de vulnerabilidad

Las preguntas históricas en el campo de la psicosomática son (Halliday citado por Lolas Stepke, 1989) ¿Por qué esta enfermedad y no otra? ¿Por qué esta persona y no otra?
¿Por qué en este momento y no en otro?

De algún modo la vulnerabilidad representa un concepto articulador que intenta responder las dos primeras preguntas y en parte la tercera. Término familiar a las diversas especialidades médicas en tanto referido a la susceptibilidad de un tejido u órgano a enfermar, hoy ha cobrado una dimensión "ecológica" y representa un tema prioritario en el campo de la prevención.

La vulnerabilidad es un concepto interdisciplinario que permite el estudio de los factores predisponentes, desencadenantes o que exacerben tanto los trastornos psicopatológicos como los somáticos y a la repercusión psicológica de estos últimos. (Zukerfeld, 1999) Existe en todos los seres humanos y se revela en tiempos de crisis, estrés, calamidades y amenazas. (Weisman, 1998) Representa la tendencia a angustiarse y mostrar extremos emocionales mientras se intenta manejar situaciones complejas, reflejo de una dificultad cognitiva. A la vez predispone a reacciones neurovegetativas, autonómicas y a lesiones tisulares. La vulnerabilidad entonces requiere definir los modos de afrontar las dificultades cotidianas y entre éstas también la enfermedad. Para Zukerfeld (1999), el problema de la vulnerabilidad implica

...considerar qué es lo que favorece que un sujeto pase, de no tener síntomas a tener síntomas funcionales; de tener síntomas funcionales a padecer lesiones tisulares; de tener conductas apropiadas para tratar esas lesiones a no tenerlas; de tener lesiones reversibles o benignas, a desarrollar lesiones crónicas, recidivantes o malignas; de ausencia de complicaciones a presencia de complicaciones y de una buena respuesta al tratamiento a una mala respuesta al mismo. (Op.cit.pag.41)

Dependería entonces del modo de afrontamiento de los problemas, de la naturaleza traumática y/o estresante de esos problemas y de la red social

de apoyo con la que cuenta. A la vez se relaciona con el predominio de modos de funcionamiento psíquico con ciertos déficit que luego describiremos.

El modo de afrontamiento depende de factores constitucionales y recursos aprendidos por cada individuo. Como psicoanalistas deberemos evaluar con qué recursos cuenta cada paciente para afrontar y procesar psicológicamente las situaciones vitales difíciles y entre ellas también el padecer una enfermedad física o mental.

Con relación a la vulnerabilidad un concepto central es de que modo se enfrentan situaciones vividas como estresantes. Lazarus plantea al estrés psicológico como la respuesta en la que un individuo interpreta o evalúa el significado de un evento como amenazante, dañino o desafiante. Para el autor la variable que puede influir específicamente en la producción de enfermedad esta en la relación que se establece entre el individuo y el entorno expresada en el concepto de estrategia de afrontamiento *Afrontar* remite a la idea de conducta resolutive de problemas, encaminada a proporcionar alivio, recompensa, reposo y equilibrio.(Weisman, 1998)El termino proviene de la psicología cognitiva y es muy utilizado en disciplinas nuevas como la psicología de la salud. Implica un proceso amplio y recurrente de introspección, aprendizaje, corrección de uno mismo, ensayo propio y aplicación de pautas recogidas de fuentes externas.

La enfermedad conlleva problemas personales, sociales, clínicos, administrativos y económicos. El objetivo de cualquier intervención médica o psicosocial será entonces mejorar el modo de abordaje de problemas más allá de la enfermedad propiamente dicha

La manera de afrontar la enfermedad depende de la naturaleza del problema así como de los recursos mentales, emocionales, físicos y sociales disponibles. (entre éstos la disponibilidad económica y/o de tiempo La enfermedad influye sobre el régimen de vida del paciente y a su vez los factores psicosociales pueden dificultar la evolución de la enfermedad y su curación. (ver esquema propuesto por Zukerfeld más adelante)

Nos parece pertinente presentar el listado de indicadores sugerido por Weisman sobre modos de afrontamiento posibles al cual le hemos incorporado comentarios surgidos de nuestra experiencia clínica.

Cómo evaluar personas con modos adecuados de afrontamiento

Puede hallarse un predominio de estas características:

- 1-Suelen ser optimistas para sobreponerse a los problemas y mantienen alta la moral a pesar de los contratiempos
- 2.Tienden a ser prácticos y fijarse en los problemas y obstáculos inmediatos en vez de esperar una resolución ideal a largo plazo.
- 3. A la hora de escoger entre una gama de estrategias o tácticas su política consiste en no perder recursos sino en aumentarlos.

- 4. Para mejorar su manejo de la situación tienen en cuenta las posibles consecuencias.
- 5. Acostumbran a ser flexibles y estar abiertos a las sugerencias sin perder su capacidad de decisión.
- 6. Conservan la calma y evitan los extremos emocionales que afectan a la capacidad de raciocinio.

Consideramos que estos indicadores junto a otros que utilizamos en la práctica y que mencionaremos luego, podrían tener un valor clínico significativo en el momento de evaluar pacientes por parte del médico general o el especialista.

Podemos hallar un paralelo de estas observaciones con los aportes del psicoanálisis con relación al tipo de mecanismo de defensa más maduros o más primitivos –entre éstos la negación, la idealización, la desmentida, así como la estereotipia y rigidez de las defensas.

Personas con modos inadecuados de afrontamiento

- Son rígidos en sus planteos, sus expectativas sobre si mismos son exageradas, renuentes a comprometerse con otros o a solicitar ayuda.
- Tienen opiniones absolutas sobre cómo deben comportarse los demás con poco margen de tolerancia.
- A pesar de seguir firmemente ideas prejuiciosas, pueden mostrar sorprendente sumisión o resultar muy sugestionables.
- Tienden a la negación excesiva, con incapacidad de centrarse en los problemas principales.
- Suelen ser más pasivos de lo habitual careciendo de iniciativa propia.
- A veces ceden su rigidez evidenciando juicios aventurados o conductas atípicas.

Es interesante la mención de los extremos de omnipotencia y sumisión como indicadores de riesgo. Podríamos señalar el paralelo con los perfiles de tipo A de personalidad en las coronariopatías (desafiantes, omnipotentes, con conductas de riesgo) o el tipo C (evitadores de conflicto, pasivos, “entregados” y sumisos) en la predisposición a cáncer y enfermedades autoinmunes. (Valdés, 1985)

Estas características, sin presentarse en forma absoluta, pero si en grados variables podrían representar dificultades a la hora de enfrentar situaciones imprevistas.

Para Weisman (1998) la vulnerabilidad es la tendencia a angustiarse y mostrar extremos emocionales mientras se intenta manejar la situación. La vulnerabilidad existe en todos los seres humanos y se revela en tiempos de crisis, estrés, calamidades y amenazas. Posee un doble significado: a) la disposición o potencial para experimentar un gran distrés (estrés patológico con repercusión física) y b) el distrés en sí mismo, denominado disforia.

- Modos de evaluar indicadores de vulnerabilidad:

Mencionaremos:

Entrevista clínica que puede incluir : Motivo de consulta, Presencia de compromiso funcional y/o orgánico, conciencia de enfermedad y/o conflicto psíquico, Experiencias anteriores con psicoterapia, respuesta a psicofármacos

Cuestionarios, (Sucesos de vida -Casullo, Alexitimia (TAS 26 y TAS 20)- Taylor con modificaciones de Casullo, Sivak y Wiater.-, Vulnerabilidad -. EVS Zukerfeld, Z de Zukerfeld, Cuestionario de vulnerabilidad al estrés (Sivak , en prensa) Depresión Beck y Zung, Ansiedad Hamilton , Personalidad Millon, Calidad de Vida, Estilos de afrontamiento- Weizman , Redes de apoyo, etc.)

En relación a este punto sugerimos consultar Zukerfeld (1999) y Sivak, Wiater (1997)

INDICADORES CLINICOS DE VULNERABILIDAD

Aun cuando algunos de estos conceptos pudieran ser conocidos, creemos valiosa su enumeración:.

Desesperanza: vivencia que todo está perdido, que el esfuerzo es inútil. Debemos aclarar que implica un grado significativo de depresión clínica..
Perturbación confusión: tensión inquietud, ante posibles riesgos reales o imaginarios

Frustración: enojo por no obtener respuestas satisfactorias o alivio

Abatimiento/depresión: llanto, apatía, retraimiento

Incapacidad / impotencia: incapaz de decidir,

Ansiedad / miedo: percepción de temor y sentirse al borde “de la desintegración” frente a un desastre inminente. Puede evidenciarse como trastorno por ansiedad generalizado o ataque de pánico.

Apatía: muestra más indiferencia que tristeza

Aislamiento doloroso / abandono: se siente solo, ignorado por los demás. Aquí debemos articular este indicador con la existencia o la carencia de red de apoyo. La soledad o el aislamiento en solteros, viudos / viudas, minorías, inmigrantes o tercera edad aumenta la vulnerabilidad a la depresión, ideación o intento suicida o agravamiento de patologías previas.

Negación / evitación: trivializa la enfermedad, elude considerar los problemas en diverso grado.

Agresividad/irritación: amargado, se siente maltratado, víctima del destino o los demás.

Rechazo hacia los demás: incluyendo médicos, familiares o amigos

Perspectiva temporal cerrada: dificultad para anticipar una perspectiva futura (indicador importante de depresión)

Para Badaracco(1999) desde el punto de vista psicodinámico hay coincidencia en que existe en relación a la vulnerabilidad una dificultad particular para elaborar los conflictos. Los psicoanalistas podemos contribuir en la detección de un déficit de recursos yoicos.

Se han mencionado en diversos trabajos indicadores de déficit de procesamiento psíquico: sobreadaptación (Lieberman) caracterizado por la

autoexigencia y el no reconocimiento de señales de cansancio, vida operatoria (Marty) en el cual se halla pensamiento concreto, escasa vida fantasmática y dificultad para procesar psíquicamente grados altos de tensión, alexitimia-dificultad para diferenciar sensaciones corporales de emociones y para verbalizarlas (Sifneos; Taylor; Sivak, Wiater) (cf.Sivak,Wiater 1997, Zukerfeld 1999). El psicoanálisis muestra aportes en la comprensión de la singularidad de la vulnerabilidad de ese sujeto en ese momento.

Como lo plantea Badaracco:

“Cada paciente parece tener su estilo propio en la forma en que hace su enfermedad psicosomática. Las teorizaciones sistémicas no permiten comprender la singularidad en cada caso particular....

Luego del intento de extender el psicoanálisis a la explicación de todos los síntomas incluso los viscerales –Groddeck entre otros-como expresión de fantasías reprimidas, Alexander distinguió las conversiones histéricas de los cambios en las funciones vegetativas por tensiones emocionales. Proponía considerar factores como la vulnerabilidad de los órganos afectados y un factor x definido como la situación de comienzo (Badaracco, 1998)

Desde nuestra experiencia en el campo de la interconsulta podemos coincidir con los especialistas, que muchas enfermedades crónicas despiertan problemas existenciales como la actitud frente a la muerte, la incapacidad, la autoestima disminuida, la dependencia y la alienación. Frente a ellos, tanto pacientes como trabajadores de la salud, los afrontaran mas o menos adecuadamente según sus posibilidades

¿CÓMO EVALUAR EL DESENVOLVIMIENTO DEL PACIENTE FRENTE A LOS PROBLEMAS QUE HA PRESENTADO?

Weisman sugiere preguntar:

- a) Cuál ha sido el problema mas difícil para usted?
- b)¿Cómo lo ha afectado?
- c) Qué hizo o está haciendo con el problema?

El paciente podrá referir:

- Conseguir mas información.
- Hablar de ello con los demás
- Tomarlo a risa
- Intentar olvidarlo
- Distraerse haciendo otras cosas
- Adoptar una actitud positiva basada en los conocimientos actuales
- Someterse, resignarse, rendirse
- Hacer algo, cualquier cosa aunque sea algo imprudente
- Buscar alternativas factibles
- Retraerse, aislarse, buscar la soledad
- Culpar a alguien o a algo

- Seguir las pautas de alguien con autoridad
- Culparse a si mismo por sus faltas

Las respuestas posibles mostraran mayor o menor grado de negación, depresión, sumisión o por lo contrario actitudes más realistas y maduras. En el campo de la prevención permiten evaluar modos de afrontamiento de problemas laborales, económicos, o afectivos así como la actitud frente al conocimiento de diagnósticos severos, decisiones quirúrgicas o internaciones.

Evaluación del resultado de la estrategia de afrontamiento:

Cómo funcionó su estrategia?

- No me sirvió en absoluto.
- Halle escaso alivio
- Logre mejoría y alivio limitado
- Me siento mucho mejor, logre auténtica resolución del problema

En ocasiones, la franqueza con el paciente permite averiguar la utilización por parte de éste de diversos recursos como terapias alternativas, cultos religiosos , deportes o hobbies que deberían articularse dentro de las estrategias terapéuticas a implementarse en un ámbito de respeto y humildad por parte del profesional..

Relación entre vulnerabilidad, sucesos traumáticos y red social de apoyo.).

Históricamente la medicina consideró la perspectiva epidemiológica de la enfermedad. Así como en la tuberculosis se requería un terreno, un agente y una situación de vulnerabilidad –sistema inmune-, puede considerarse la interrelación de situación vital estresante, vulnerabilidad somática y percepción de calidad de vida.

Para Zukerfeld entonces la vulnerabilidad depende del interjuego de:

Sucesos vitales de valor traumático (SV), Red vincular (RV) y Calidad de Vida (CV):

En relación a los sucesos vitales deben considerarse:

- -Tipo, intensidad, y secuencia temporal de los estímulos estresantes y/o traumáticos
- -Duración, continuidad / intermitencia, frecuencia y agudeza / cronicidad del estímulo estresante.
- El grado de predictibilidad y de controlabilidad del estímulo estresante por parte del sujeto.
- Variables del sujeto: estado neuroendocrino, e inmunológico –afectado por factores genéticos, edad, sexo, nutrición, Administración de medicamentos y factores psicosociales-historia de estrés y estilo de afrontamiento.
- Tiempo que transcurre entre la aplicación del estresor y la evaluación inmunológica o clínica.(Bayés y Borrás, 1999)
- La eficacia traumática del estresor (Zukerfeld)
- El aspecto relacional y la significación del mismo para ese sujeto.

•
Badaracco coincide con el valor de la eficacia traumática del evento para ese sujeto.:

.. “ ciertas situaciones vitales pueden tener efectos devastadores porque hacen que el sujeto se perciba , consciente o inconscientemente, en una situación de indefensión intolerable, paralizante y aterradora en la que el monto o nivel de sufrimiento psíquico es vivido como insoportable... (op.cit.p.29)

· Las situaciones desencadenantes –factor X para Alexander- tienen que ver con situaciones vitales traumáticas con gran poder patógeno, sea por la vulnerabilidad subyacente, sea porque esa vulnerabilidad parece ser específica a la reactivación de situaciones traumáticas en las interdependencias vinculares patógenas. Un interrogante vigente es por que se reactivan con valor traumático en ese momento y no en otro.

Red vincular (RV): Incluye los recursos socioeconómico culturales que brinden apoyo, sostén, seguridad y autoestima. Deberán considerarse amigos, pareja, familia, compañeros de trabajo, compañeros de estudio, club o comunidad religiosa.

Calidad de vida del sujeto (CV): conjunto de cogniciones, sentimientos y conductas del sujeto. Esto constituye hábitos y estilos de vida que incrementen la vulnerabilidad (factores de riesgo) o que la disminuyan (factores protectores). Pueden relacionarse con los indicadores de modalidad de afrontamiento descriptos por Weisman Deberán evaluarse el grado de satisfacción o insatisfacción en diversos ítems:

- Percepción de salud y bienestar.
- Responsabilidad familiar
- Papel marital y sexual
- Empleo y dinero
- Auto imagen y sentimiento de inadecuación
- Expectativas y grado de aprobación del entorno social
- Aspectos existenciales

Nos parecen de gran valor para el clínico la evaluación del grado de salud percibido (la diferencia entre el “tener una enfermedad” “estar enfermo” o “sentirse enfermo”. Resulta de interés cómo estos indicadores mencionados cobran importancia en las somatizaciones “sine materia” frente a los cuales el medico puede decir: quédese tranquilo, usted no tiene nada ¡cuando para muchas personas “tener algo” corporal podría aliviarlos ante la percepción de haber dejado de tener roles laborales, familiares o sociales. A la vez representa una “transacción” posible de malestares psicológicos que suelen ser mas legitimados socialmente.

En el esquema siguiente tomado de Zukerfeld (1999) puede observarse el interjuego posible entre estos factores:

El interjuego de una pobre red social de apoyo y un mayor grado de vulnerabilidad llevará a una mayor eficacia traumática de un hecho vital que en otras circunstancias no hubiera tenido valor patológico. Del mismo modo una menor vulnerabilidad y mejor estilo de afrontamiento asociado a la percepción de un efectivo apoyo social hará más tolerable una situación imprevista y difícil.

Caso 1

C. tiene 43 años, casado en segundas nupcias teme perder su trabajo de asesor impositivo. Presenta síndrome ácido sensitivo e hiperbilirrubinemia en estudio Muestra perturbación, ansiedad, irritación y abatimiento. En el último año refiere como sucesos vitales de alto grado estresante serios problemas económicos, laborales y legales. Una hija que estaba bajo su tenencia acaba de ir a vivir con su novio. C. refiere asma, tos habitual, palpitaciones, dolores en espalda y cintura, cefalea y episodios de epigastralgia.

Con relación a la red social, menciona vínculos estresantes por parte de pareja, padres, hijos y otros familiares así como por parte de compañeros de trabajo. Desde el punto de vista de su modo de procesamiento psíquico se evidencian dificultades con el sueño, dificultad para relajarse así como para expresar o descargar su enojo. Además se observa cierto grado de sobreadaptación (exigencia de conformar a los demás, la frecuencia de la sensación de agobio) y la dificultad de diferenciar cansancio de depresión.

El cuestionario de alexitimia (dificultad para reconocer y diferenciar emociones y poder verbalizarlas) muestra un alto puntaje.

Con relación a C. podemos referir que se asocian indicadores psicológicos de vulnerabilidad –sobreadaptación, alexitimia, ansiedad, depresión, varios sucesos vitales significativos en el último año y red social de más valor estresante que de apoyo.

C. se nos presenta como un caso en riesgo importante y vulnerabilidad alta que requirió trabajo integrado con el gastroenterólogo, psicoterapia y psicofarmacoterapia (alprazolam 1mg.día).

Caso 2

N. de 60 años es derivada por su endocrinóloga. Presenta bocio, hiperglucemia, hernia hiatal y síndrome de boca ardiente. Refiere osteoporosis, náuseas o vómitos habituales y cólicos abdominales esporádicos. Menciona frustración, irritación, rechazo hacia los demás, aislamiento y sensación de haber sido abandonada. Se siente molesta

con la gente, con los nietos, "Me siento desprotegida y abandonada" Muestra cierta conciencia de conflicto mayor que en el caso 1. mencionando experiencias previas de psicoterapia descriptas como positivas. Pierde una hija hace 3 años por SIDA debiendo hacerse cargo de sus nietos. Reconoce su "disfraz de fuerte" Entre los indicadores de vulnerabilidad señalara depresión, negación, tendencia a somatizar y la exigencia de conformar a los demás. Mencionara en el ultimo año problemas económicos y muerte de amigos. Aun cuando cuenta con mejores recursos psicológicos que C., se observan en la paciente situaciones vitales estresantes frente a las cuales se sobreadapta resignadamente, evitando manifestar situaciones de enojo. Socialmente se observa una perdida progresiva de redes de apoyo. El estilo de afrontamiento inadecuado sugiere tomar recaudos en el ámbito de la psicoterapia enfatizando la importancia de fortalecer los vínculos sociales. Requirió ocasionalmente ansiolíticos.

Caso 3

D. tiene 37 años, casado con tres hijos. Trabaja en fletes cuando quisiera dedicarse a la música. Presenta mareos y parestesias en brazo, rostro y torso. El neurólogo lo deriva para su evaluación. Siente angustia, "aceleración", tensión e inquietud. Agrega sentir palpitaciones y ocasionalmente precordialgia. Puntúa como de alto nivel estresante la muerte de amigos, serios problemas económicos y legales en el ultimo año. Se siente muy apoyado por esposa y amigos y nada apoyado por vecinos y otros familiares políticos. Entre los indicadores psicológicos aparece dificultad para expresar su enojo, actitudes de riesgo, tendencia a la impulsividad, tendencia a somatizar. Requirió ansiolíticos por breve tiempo. La buena evolución en la psicoterapia indicada le permite reevaluar modos de afrontamiento inadecuados y lograr "enlazar" conflictos psicológicos con sus malestares que van cediendo. Aquí hallamos situaciones vitales estresantes, buena red de apoyo y buenos recursos psicológicos que permiten evaluar un menor nivel de riesgo.

Desde la perspectiva de la psicoimmunoneuroendocrinología, consideramos valiosa la observación de Ader respecto a la interrelación entre sistema inmune y susceptibilidad o vulnerabilidad:

"...la propuesta de que los cambios en la función inmune pueden mediatizar los efectos de los factores psicosociales y el estrés en la susceptibilidad y/o la precipitación o la progresión de algunos procesos de enfermedad aparece como una hipótesis sostenible con implicancias clínicas potencialmente importantes... (op. cit.p.18)

El autor a la vez alienta expectativas y previene sobre el entusiasmo fácil:

"Los estudios en animales y humanos nos han provisto evidencias de que los factores psicosociales y de comportamiento, incluyendo el sentimiento de bienestar así como los elementos estresantes de vida, están asociados con alteraciones de la inmunidad humoral y de la inmunidad celular, y con una susceptibilidad alterada a las enfermedades infecciosas, autoinmunes y neoplásicas... (op.cit.p.20)

...hasta ahora, hay muy pocos estudios clínicos que proveen claros datos que muestren como los factores psicosociales modifican parámetros biológicamente relevantes de la función inmune capaces de alterar la susceptibilidad o el curso del cáncer. Hay con seguridad estudios en modelos animales de herpes simplex, influenza y otras enfermedades infecciosas, lupus eritematoso sistémico, encefalomiелitis alérgica experimental y otras enfermedades autoinmunes, y tumores inducidos experimentalmente que son sensibles a la actividad natural killer (citotóxica natural)

- Abordaje terapéutico de la vulnerabilidad.

Articulando aportes del psicoanálisis, la psiquiatría dinámica, la teoría sistémica y la psicología cognitiva podemos enumerar recursos posibles:

1. Psicoterapias (psicoanalítica tradicional, de apoyo, de afrontamiento del estrés)
2. Trabajo social (evaluación y reconstrucción de las redes de apoyo),
3. Familia (evaluación y eventual tratamiento de dinámicas patógenas familiares)
4. Grupos, (psicoterapéuticos , de autoayuda y con técnicas de autoayuda en cáncer, epilepsia, familiares de esquizofrenia, mujeres de mediana edad, diabetes, etc. con distinto énfasis en el grado de información o señalamientos tendientes a modificar el modo de afrontamiento)
5. Psicofármacos (ansiolíticos, antidepresivos, neurolépticos)

El trabajo psicoanalítico permite al paciente poder “defenderse” mejor utilizando estructuras cognitivas mas adecuadas. Esto implica el logro de recursos defensivos mas plásticos, maduros y realistas Hay pacientes que bajan mucho la tensión y el nivel de estrés cuando visualizan claramente qué es lo peor que les puede ocurrir en un sentido realista (Badaracco)

Los psicofármacos permiten tolerar y disminuir el monto de ansiedad, reducir la vivencia de pánico y de inminente destrucción, aumentar la tolerancia a la frustración, posibilitando recrear estrategias de afrontamiento en el marco de los abordajes psico-socio terapéuticos adecuados a cada caso.,

Como lo planteara Pollock, los estudios sobre los factores generales y específicos de la vulnerabilidad son apasionantes y requieren continuar investigando.

Reflexiones sobre la vulnerabilidad desde una perspectiva hospitalaria
A trece años de la constitución del Equipo de Psicósomática del Hospital Álvarez planteamos :

- a) El concepto de vulnerabilidad resulta un concepto articulador transdisciplinario que creemos superador del concepto “psicosomático” , posibilitando replantear los interrogantes de Halliday.
- b) Representa un eje convocante para la investigación y el trabajo en equipos ad-hoc a los fines de abordar temáticas específicas como HIV, trastornos de la conducta alimentaria, cáncer, entre otras.
- c) Es un referente adecuado para evitar la tendencia al reduccionismo biologizante o psicologista. Es tan importante actualizarse sobre el pronóstico actual de un infarto a partir de nuevos enfoques cardiológicos como detectar indicadores de alexitimia, vida operatoria o defensas preresivas. Es preciso tener presente los riesgos del *discurso médico hegemónico* como algunas tendencias *hegemonizantes* y *reduccionistas* del campo psi..
- d) La evaluación del grado de vulnerabilidad en primeras entrevistas contribuye a responder adecuadamente a las expectativas de los pacientes, derivadores y especialistas que nos interconsultan. Es fundamental formar adecuadamente a los profesionales en la realización de entrevistas diagnósticas.
- e) Su investigación representa un problema complejo. Los trabajos publicados suelen presentar la dificultad de lograr muestras homogéneas por patología y representativas por su número.. A la vez, los autores tienden a privilegiar variables según sus afinidades teóricas o intereses académicos. Sin embargo, las traducciones de cuestionarios realizados en otros países o la extrapolación de distintas realidades socioculturales vuelve difícil la comparación de resultados.
- f) Las variables elegidas y los instrumentos diagnósticos seleccionados suelen ser pensados más en función de los intereses de psicoanalistas, psicólogos o psiquiatras que de los clínicos o especialistas a cargo de patologías graves.
- g) Cuando un reumatólogo interconsulta, espera nuestra opinión; no implica que nos deriva el paciente. En cambio, cuando lo deriva, ya está convencido de la importancia de nuestro rol.
- h) El Sr. X no es “nuestro” paciente; no “tenemos” un paciente” Tampoco es “propiedad” del Dr. Tal. El Sr. X “nos tiene” a nosotros en la medida que lo ayudemos. Sólo en la medida que concretemos una alianza terapéutica entre profesionales evitaremos la disputa por el ilusorio poder de “saber” o “curar” evitando la iatrogenia .

*Médico. Especialista en Psiquiatría. Coordinador del Equipo de Stress Post Traumático del Hospital Teodoro Álvarez.
Desde 1987 preside el Capítulo de Psicotraumatología de la Asociación de Psiquiatras Argentinos.
Es miembro de la Sección de Estrés y Trauma de la Asociación Mundial de Psiquiatría .
Dirige el IETBA Instituto de Estrés y Trauma Buenos Aires.
Consultor por designación de la Unidad de Internación, División de Psicopatología del Hospital T. Álvarez
Formación de residentes y concurrentes de la Universidad de Buenos

Aires, Gobierno de la Ciudad, Provincia de Buenos Aires, Provincia de Salta, y residentes extranjeros (Bolivia y México en las áreas de estrés trauma e interconsulta
Miembro del Comité de Docencia e Investigación de la División de Salud Mental del Hospital T. Álvarez

Psicoterapia Gestáltica

Una manera de “viajar” por la vida muy ligero de equipaje.

Kita Cá*

Como en los cuentos de hadas

Cuando éramos chiquitos nos encantaban aquellos cuentos en que una hermosa princesa había sido raptada por un ogro y encerrada en la más alta torre de un castillo perteneciente a un mago.

Un apuesto príncipe de algún lejano país, a oídos de quien había llegado esta historia, iniciaba un viaje de rescate. Estimulado, sin duda, por lo que se comentaba acerca de la belleza de la niña a lo que había que sumarle la promesa de su padre de darla en matrimonio a quien la liberara. El valiente debería enfrentar los peligros y enigmas que proponía el brujo que la tenía prisionera. El príncipe, entonces, se lanzaba a la aventura como si fuera un destino ineludible. La literatura de todos los tiempos ha recurrido a menudo a tramas similares-

Esta historia ha sido contada de distintas maneras y con distintas variantes, según épocas y autores diversos. Hoy podríamos encontrar, por Ej., a la princesa ubicada en otra galaxia y al príncipe piloteando una aeronave.

Además el príncipe podía contar con los aliados, esos otros personajes que aparecían en la historia –personas, animales, hadas, gnomos, objetos, etc.- que acudirían en su auxilio, proveyéndole palabras o sonidos poderosos y otros símbolos con efectos imposibles de imaginar para una mente común.

Aliados y enemigos

Esta trama arquetípica es, según expresión de Claudio Naranjo(*) un verdadero mapa que orienta al hombre en lo que sería su “viaje” en esta vida. En este viaje se llevaría a cabo la tan ansiada transformación necesaria hasta acceder a un estado de plenitud, entendiendo por tal la integración de Materia y Espíritu.

El príncipe “viaja” –transita su vida – en busca de su propia alma, la bella oculta que permanece en la oscuridad, a quien no conoce, pero que presiente lo inevitable de su búsqueda y de la unión con ella.

A lo largo del viaje el héroe de estas historias dijimos que encuentra personajes aliados que lo ayudan pero también se topará con otros que lo persiguen y llenan de obstáculos su travesía. Tanto seres positivos -

hadas, ángeles- así como los negativos – brujos, ogros, monstruos, etc. – representarían aquellas influencias –fuerzas superiores, padres, maestros, terapeutas, etc.-, que a lo largo de la vida nos han provisto de conocimientos que alivian el viaje como, a veces, nos han resultado aterradores o nefastos.

En las narraciones a la que hacemos mención el príncipe emprende el viaje que lo hará madurar para acceder al lugar del padre, el rey. Se encuentra con aliados que le facilitan brebajes, una flauta mágica u otros elementos que le permiten sortear los peligros. Por momentos queda dormido o paralizado o preso, por comodidad, por ingerir venenos (comida grosera, no adecuada a su condición real) y se olvida de su misión. Hay que sacudirlo de su modorra y sacarlo de la estrechez. Los aliados vuelven a la carga. Hacen de todo para recuperarlo, desde prepararle antídotos, mandarle un pájaro gigante que, con sus garras, lo arranque de la hipnosis, o susurrarle al oído, mientras duerme, datos acerca de su filiación. El Príncipe se sacude el polvo, se saca la camiseta que le tejió su mamá, y que no le permite moverse libre y nuevamente está en carrera. Vence al monstruo, salva a la princesa. Y en un santiamén está de regreso. El viaje tan difícil para ir se ha hecho muy corto para volver.

Y colorín, colorado...

Veamos algunas analogías

Sana... sana...

En el mejor de los casos, cuando es efectiva, podríamos decir que la psicoterapia es un tramo del viaje y el terapeuta un aliado que acompaña, sobre todo, en los pasajes difíciles. Si bien abocados a la salud, nosotros, en este momento, estamos siguiendo por analogía un modelo más literario-mítico que un método científico, médico tradicional.

La psicoterapia -en nuestra civilización occidental- comienza con intención de sanar una enfermedad, y en el proceso descubre que el camino se convierte en múltiples senderos: unos emocionales, otros espirituales, cognitivos, orgánico-físicos, etc. que van integrándose en una sola senda: la capacidad de transitar por un planeta denso de un modo creativo.

Esto no es nuevo, las más antiguas tradiciones espirituales siempre incluyeron las prácticas corporales y espirituales (yoga).

En la actualidad las distintas maneras de hacer psicoterapia recuperan la idea del viaje y saben que el hombre acosado de nuestras sociedades modernas necesita instrumentos (técnicas somato-psicológicas-espirituales) que desestructuren sus corazas musculares, disipen sus fantasmas, eleven sus sentimientos, cambien su percepción y su manera de pensar

Una coraza para sobrevivir.

Ya desde el comienzo de nuestra vida-viaje -seguimos con la analogía – van cristalizándose en nuestro cuerpo los impactos, los ataques, las presiones. Así va estructurándose el cuerpo que somos (con tensiones, nudos, masas musculares hiperdesarrolladas o débiles, etc.), que construyen una armadura incómoda para el viaje y sobre todo nada adecuada para combatir. Nuestros movimientos están limitados dentro de nuestro propio envase de rigidez y corremos el peligro de que el ogro nos coma sin más ni más. A partir de esto la princesa (alma) perderá toda esperanza de salir de la prisión.

Nuestros aliados – en este caso los terapeutas- tendrán que ayudarnos no sólo a comprender nuestro viaje y sus vicisitudes sino a deshacernos de defensas inapropiadas.

Una vieja armadura medieval no puede ser adecuada para combatir contra la *criptonita (Superman)*.

Del mismo modo defensas que fueron útiles en nuestra infancia o adolescencia -dolores, enfermedades, rabietas, llanto, refugio en la fantasía, racionalización, etc. etc.- ya no son adecuadas ahora, y sin embargo, las seguimos usando, es decir siguen expresándose en nuestra estructura ósea y muscular, en nuestros órganos, así como en nuestra conducta social.

En nuestro caso, como terapeutas gestálticos utilizamos la “lectura corporal” e inducimos al paciente de modo permanente a tomar conciencia de su cuerpo, sus gestos, sus posturas, la música de su voz, etc. tanto como del contenido de su discurso y de sus sueños. También le enseñamos a darse cuenta, en cada momento, de qué es lo que registra su cuerpo para que desde allí logre traducir sus vivencias.

El enfrentamiento con el ogro.

El encuentro o combate con las fuerzas negativas es actualizado en todo el trabajo psicoterapéutico para tomar contacto con los aspectos más disociados, los que proyectados afuera no hacen más que perseguirnos

El ogro se vuelve más grande y malo, la Hidra genera más cabezas voraces, según echamos hacia afuera todo aquello de nosotros mismos

que no podemos aceptar, que despreciamos, que odiamos y que va alimentando y haciendo crecer el monstruo.

Así es de feo y malo tanto como todos nuestros odios, vergüenzas, miedos, resentimientos, estafas, etc.

Puede entenderse, entonces, que nuestro príncipe, en más de una oportunidad, quiera volverse a su casa con su mamá o prefiera estancarse en algún lugar neutro (en terapia: *impasse*) y dormirse antes que seguir avanzando.

Pero los aliados –siempre atentos y molestos- se empeñan en despertarlo y recordarle su misión: combatir las fuerzas del mal, recibir a la princesa como esposa y ser coronado rey.

Finalmente también podríamos decir que el viaje del príncipe es un viaje de retorno, de vuelta a un origen perdido. Tal vez podamos, algún día, asumir nuestra realeza

El hombre siempre se interrogará acerca de su origen y de su final en este planeta.

Nacimiento y muerte. Muerte y nacimiento.

En tiempos de oscuridad y dogmatismos los cuentos, las tradiciones orales, los mitos han conservado valiosos itinerarios que debemos aprender a redescifrar para no perdernos.

Los cuentos que nosotros heredamos de Europa en realidad tienen su origen en Medio Oriente, en los más antiguos cuentos derviches, sufis, chinos, indios etc. Todos son instrumentos sumamente preciosos y sofisticados de transmisión de conocimientos (C. Naranjo)

El príncipe viaja en colectivo

En ésta época en que vivimos muchos especialistas -sociólogos, psicólogos, politicólogos, etc.- se ocupan de mostrar la tremenda alienación en que vivimos. También es cierto que continúa la búsqueda del hombre para encontrar sentido a su existencia, y que cada vez es mayor la conciencia de que las experiencias vivenciales y espirituales dan cuenta de una respuesta más adecuada que el camino de la racionalidad.

Las religiones, las filosofías y creencias orientales, las psicoterapias han adquirido un auge enorme en razón de ésta búsqueda. Lo que en otro momento era un viaje individual se ha convertido en un viaje colectivo. (K. Jung)

Somos cada vez más conscientes de la importancia del grupo, no sólo de nuestro entorno más íntimo, familiar o amistoso, sino de lo que significa ser uno con los demás, con todos los demás.

El hombre moderno toma cada vez más conciencia del poder del equipo, necesita aliados e instrumentos que lo ayuden a sortear las dificultades. Estas ideas que en otro momento debía ocultar como señal de falta de conocimientos, hoy diríamos puede ser una buena carta de presentación. Y es más frecuente que las personas se avengan a un tratamiento psicoterapéutico grupal y breve sin temor a presentar sus dificultades frente a otros.

Y lo hemos visto en los últimos años, en algunos lugares de occidente –y muy especialmente en BsAs- un movimiento importante hacia la democratización de la psicoterapia.

Como sabemos hace ya mucho tiempo, en los Estados Unidos (alrededor de los años 60) se produjo un movimiento de las terapias que promovían lo que se ha dado en llamar liberación de las potencialidades humanas y que tuvo estrecha vinculación con el despertar metafísico- espiritual. También el quehacer del terapeuta se ha transformado, como profesional, apunta, aunque no se lo proponga, a acompañar a sus pacientes hasta “ las puertas del templo”, pues hasta allí lo guiará la propia búsqueda de ellos. Deberá admitir la jerarquía real de sus pacientes –príncipes- y trabajar para liberar el alma oculta, desconocida –la princesa que espera-

Ahora el hombre se ha vuelto su propio carcelero, pero ya no puede sino tomar conocimiento de su impotencia frente a las leyes del juego que él mismo ha inventado y en las que se ha metido. Como un nuevo Dédalos es un prisionero en su laberinto.

Comienza a comprender que los desarrollos tecnológicos muy avanzados en manos de seres egocéntricos ponen a la humanidad en peligro.

Para el próximo capítulo...

¿ Podrá el príncipe olvidarse para siempre de la princesa? ¿Podrá dejar de ingerir las comidas que le arruinan la memoria?

¿Podrá abandonar una muy buena inversión que hizo en una fábrica de flautas. ?

¿Encontrará la princesa algún megáfono como para hacerse oír a distancia o llevaría, acaso su celular?

¿ Se acordarán los del equipo de aliados que juntos son una fuerza poderosa o quedarán fascinados por ser mejores del mundial?

(*) Claudio Naranjo: ver bibliografía de Claudio Naranjo.

*Lic. en Psicología Universidad de Buenos Aires

Especializada en Psicoterapia Gestalt.

Presidenta de la Asociación Gestáltica de Buenos Aires, durante 2 períodos consecutivos.

Coordinadora de grupos de formación para psicólogos.

Autora junto con la Lic. Elsa Lanza del libro: " *La multiplicación de los espejos.*

Experiencias de terapia gestáltica con juegos teatrales" Editorial Planeta
Especializada en Constelaciones familiares.

PADRES QUE NO ALIMENTAN PERO SI ENGORDAN Y FAMILIA LOFT

Laura E. Billiet *

Lic. en Psicología, Especialidad Psicosomática

La finalidad de este trabajo es aportar mi experiencia clínica con estos pacientes y sus familias. A partir de la diferenciación de Bulimia y Anorexia nerviosa, planteo la característica de padres que "no alimentan pero sí engordan" y familia 'loft'.

Ambas patologías delatan hijos que logran ser pilares de la desnutrición afectiva familiar. Pero la anoréxica establece una "huelga alimenticia", porque supone que sus padres se alimentan de la imagen de hija obediente. Así, en su desnutrición, ella muestra que sólo la engordaban, no la alimentaban. Simultáneamente, rechaza la comida que supone que los alimentará a ellos. En cuanto a la bulímica, oscila entre "tragarse" la nutrición familiar, y luego expulsar de sus entrañas aquella apariencia a la que aspiran sus progenitores.

PALABRAS CLAVES: Esclavitud a la apariencia. Ser otro. Familia loft.

Introducción: CONTEXTO SOCIAL GENERAL

La anorexia nerviosa y la bulimia afecta tanto a mujeres como a hombres. En el sexo femenino suele manifestarse en mujeres de la edad media de la vida, en pre-púberes y adolescentes. En cuanto al sexo masculino, pensemos en la frecuencia con que -durante la semana- muchos hombres se imponen dietas para equilibrar la excesiva ingesta del fin de semana. O, en quienes para mantenerse "en forma" practican actividades deportivas que distan bastante de su sedentarismo semanal. Lo cual, en algunos casos, influye en que más de uno corra el riesgo de poner en peligro su vida.

A mi entender, estas patologías, junto al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, constituyen pandemias. La diferencia radica en que el SIDA es consensualmente visto como tal. Mientras que, en el caso de la Anorexia y Bulimia, no son consideradas de ese modo porque gozan de consenso. Pensemos en el fenómeno mundial de la promoción de gels, jabones, cremas, dietas, sustancias químicas o naturales, algunas de características diuréticas, otras para evitar la digestión de las grasas. Y recordemos -además- la variedad de institutos especializados y de comidas y bebidas de bajas calorías. En este sentido, todas esas variables publicitarias, sociales y culturales ejercen una importante presión, muy diferente a la de décadas atrás. Sin embargo, no cualquier adulto o adolescente se convierte en un esclavo de ser "light".

En los últimos años, pre-púberes, adolescentes y adultos experimentan profundos cambios en las maneras de vivir, de mirar a los demás, y mirarse al espejo a sí mismos. Y en cuanto al tema que nos ocupa, las

últimas décadas vienen reflejando una gran preocupación por cambiar el esquema corporal o dar lugar a otros conceptos estéticos (1)

"Antes", simultáneamente a particulares tabúes sexuales de la época, primaban otros ideales de salud. "Ser rellenita" o de "piel blanca", coexistía con determinadas funciones, creencias o valores masculinos y femeninos. A la mujer se la solía exaltar por sus cualidades de "buena cocinera o ama de casa". Incluso, su aspecto de "matrona", solía asociarse al ejercicio de la maternidad, alejado generalmente de la sexualidad. A su vez, ello iba a la par de creencias, valores o roles sexuales masculinos.

De modo que, en términos generales, las últimas décadas se han venido caracterizando por una importante modificación de roles sexuales, valores propios y ajenos. Y, ello se fue reflejando también en los esquemas corporales o de belleza. Es verdad que colaboraron los medios publicitarios. Ya no se oye por una radio a los 'modelos'. Con el cine y la televisión dichos ideales dispusieron de otros medios para ser vistos como tales. Hubo una época, la de la famosa Twiggy, en la que se aspiró a la delgadez total. Mientras que, en la última década comenzó el auge de mantener el tono muscular, la silueta o esbeltez. Así, en nuestros días, el medio social pone el énfasis en que, mediante "ser" esbelto o consumir productos "light", hombres y mujeres se conquistarán entre sí y llegarán al éxito en sus cotidianas labores. Sin embargo, por las dudas, suele sugerirse en letras pequeñas que nadie se olvide de "consultar a su médico", o que -además- complementen con complejos vitamínicos. Es más, en el caso de carencias o excesos, más allá de lo eficaz y adecuado para cada persona, se les ofrece toda una "ingeniería corporal", lipoescultura, lipoaspiración, prótesis femeninas y masculinas, cirugías o entretejidos que con absoluta seguridad les cambiará "la vida".

En otras palabras, el recrudescimiento de estas patologías parece mantener relación tanto con la decadencia de concepciones acerca del rol de la mujer y del hombre, de la femineidad y de la masculinidad, como con el intento por reubicarse.

A modo de ejemplo, mujeres de todas las edades se replantean 'ser mujer'. Pensamos que tanto Freud como muchos de sus seguidores/as, a excepción -parcial- de Emilse D. Bleichmar (Billiet, 1983), han tendido a interpretar la femineidad a partir de la masculinidad. Equivalente a pretender comprender la zona erógena femenina, complementaria de la masculina, como si fuera igual a la masculina fisiológica y -por ende- psicológicamente. En este sentido, hoy en día, toda mujer tiene oportunidad de replantearse su esencia de tal, como también el tipo de complementariedad que establece con el género masculino. Al mismo tiempo, muchos hombres, por ejemplo en Argentina, fomentado por las reiteradas crisis económicas, están sufriendo su crudo replanteo. Por ejemplo, en cuánto el desarrollo laboral y económico de las mujeres altera el tradicional concepto de masculinidad que ambos tenían. Ahora bien, retornemos a nuestro específico tema.

Nuestro cuerpo es como una carta de presentación. Es equivalente a una cáscara que habla de todo nuestro interior. Exhibimos nuestra Identidad. De modo que es más que un cuerpo. Es nuestra Identidad sexual. Con el ánimo de embellecernos seguramente todos recurrimos a algún medio para sentirnos mejor con nosotros mismos y ante los demás. Sin embargo, en las últimas décadas lo anterior ha venido experimentando importantes variaciones.

Hombres y mujeres, adolescentes y adultos, se ven influidos los unos por los otros. Es cierto que la adolescente pasa por su particular época, y que sus padres la de ellos. No obstante, la edad del joven le refresca al adulto de hoy, tanto sus asignaturas actuales, como las pendientes desde su juventud. De modo que, según la época recordada o negada, tendrá predominancia la envidia, la rivalidad, la simpatía, la autoridad o el autoritarismo, la sugerencia o la imposición, etc. Además, estos papás-adultos de las últimas décadas, según sus propias vicisitudes, se sentirán más o menos ubicados en la edad que tengan. En momentos claves, durante su trayectoria particular se enfrentan con tener que replantearse qué hacer, hicieron, o probablemente no podrán hacer de sus vidas. Entonces, al modo de un nuevo balance, quienes tengan hijos pre-púberes o ya adolescentes suelen encontrarse doblemente cuestionados. Por sí mismos, y por sus hijos. Por "estos chicos de hoy en día" que no se callan "como los de antes". Hijos, o amigos de ellos, que viven de manera diferente los inicios sexuales que también protagonizaron sus padres. O "chicos" que exhiben "cuerpos" o una "manera" de pensar de grandes. Simultáneamente, los adultos se vienen cuestionando a sí mismos. Por un lado se persiguen por constatar que no están "en ruinas", como muchos interpretaron que estaban sus progenitores a su misma edad. Y por otro, muchos tienden a compararse de diversas maneras con otros padres como ellos. Con lo cual, también se les impone la sensación de un examen permanente. En algunos casos, intentando no quedarse 'atrás', encontramos que la transacción suele ser categorizarse como los "pendex-viejos".

Si volvemos a los púberes, éstos suelen ser más desenvueltos que los de "antes". Incluso, sus mismos cuerpos parecen ostentar otro tipo de desarrollo. Sin embargo, en cuanto a la sexualidad, presentan una marcada oscilación entre inhibirse o iniciarse tempranamente. Entonces, muchos tienden a comportarse entre la adultez apresurada (sobreadaptación) y la nostalgia por la dependencia infantil. Constituyen, así, los jóvenes "NI". Y en el intento por sentirse más seguros, estarán quienes se exhiban queriendo 'formar parte de', y también 'ser vidrieras' de otros de la misma edad.

De modo que, hombres y mujeres, adolescentes y adultos, suelen compararse a tal punto con otros que, muchas veces, pierden la óptica de quienes o como son.

En otras palabras, más que protagonizar un cuidado natural hacia ellos mismos, o intentar atraer al sexo opuesto, en la última década se está

manifestando la clara intención de 'tragar panza' para 'ser' como otro, 'adelgazar o vestirse' para no ser menos que otros, o como es tan frecuente en los adolescentes, estar pendiente de comparaciones con el mismo sexo.

Material y Método:

Ambas patologías, son síndromes que afectan a hombres y mujeres. Tratándose de trastornos de alimentación, comparten el temor a la gordura y la búsqueda de la delgadez. Si bien son patologías hermanadas, presentan diferencias entre sí. De modo que, en primer término las describiremos en cuanto a sus características clínicas. Y en segundo, diferenciándonos de otros trabajos sobre el tema (2), partiremos de un común contexto actual, y nos circunscribiremos al tipo de problemática familiar y el sentido más específico que parece traslucirse en estas patologías.

ANOREXIA NERVIOSA

En general, suele decirse que estas personas sufren de alexitemia. En el sentido de que presentan dificultad para percibir los propios sentimientos o estados anímicos, por ejemplo, ansiedad, tristeza, hambre, etc. Desde la niñez, han tendido a la introversión y retracción afectiva. Sin embargo, hasta que se les instala la enfermedad, relatan haber sido 'ejemplares' para los demás. Es frecuente que ambos sexos sufran de inactividad sexual. Como también, que nieguen su condición de enfermos, o desestimen la necesidad de alimentarse. Incluso, pueden llegar a jactarse de poder controlar las ansias de comer, o enorgullecerse del tipo de alimentación que sostienen. La enfermedad se hace evidente con la disminución del peso. Lo cual influye en que sea menos frecuente la muerte por desnutrición.

BULIMIA

Sería una forma cronificada de anorexia nerviosa. Comparada con ésta última, la persona bulímica suele tener mayor conciencia de sus estados internos. Sin embargo, controlan menos sus impulsos, y tienen dificultad para tolerar ansiedades y/o frustraciones. En algunas ocasiones pueden llegar a tener conductas asociales y/o gestos automutilantes (hurtos, abusos de alcohol, drogas). Incluso, en comparación con las anoréxicas, la mayor actividad sexual puede llevarlos a la promiscuidad. Estas personas suelen ser conscientes de la anormalidad de su alimentación. Por ello, cuando se angustian pueden solicitar ayuda. En general, a diferencia de los casos de anorexia, su aspecto es más saludable, pudiendo tener sobrepeso. Además, al ser más extrovertidas, manifiestan una vida social más activa. En cuanto a los atracones de comida, es frecuente que sean secretos, sobre todo de hidratos de carbono y grasas. Pero, aunque coman, no por ello saborean la comida. Se debaten entre lo que ingirieron y la aspiración al peso ideal. Entonces, cuando sienten la distensión abdominal, manifiestan sentir 'culpa' por la ingesta. Tras lo

cual, algunas se provocan vómitos. Mientras que otras suelen recurrir a diuréticos, laxantes, o al ejercicio violento de prácticas físicas.

En síntesis, dentro de la clasificación anterior, podemos ver una amplia gama de posibilidades. Por ejemplo: personas que se autoimponen una dieta y pierden peso rápidamente; otras que alternan restricción alimenticia con episodios de ingesta abundante; pacientes que se provocan vómitos, usan laxantes y/o diuréticos, o sostienen una intensa ejercitación física para intentar mantenerse delgado/a; también, puede haber gente que aunque tenga episodios bulímicos, se mantienen en un peso normal; y otros que, aunque se atraquen o purguen, con respecto a la época de anorexia, han mejorado su peso (3).

En el caso de adultos, en pareja o sin ella, también es frecuente "que espíen" el cuerpo o sexualidad del otro, con el ánimo de "no quedarse atrás" o "no sentirse menos y/o evitar infidelidades". Naturalmente, esto se manifestará y repercutirá en las actuales vicisitudes de sus hijos, como padres y en sus parejas.

En pocas palabras, estamos frente a la "esclavitud a la apariencia". Aparentar que 'lo de adentro' sea 'como lo de afuera'. O viceversa, si se logra 'ser otro por fuera' naturalmente se sentirá 'más lindo y seguro por dentro'. Esta esclavitud a aparentar 'ser otro', a mi entender, se relaciona con los trastornos de alimentación que consideraremos. Trastornos que, muchas veces pasan desapercibidos. Porque los hijos, antes de verlos en la televisión o revistas, los perciben en las comidas o vicisitudes cotidianas con sus padres y/o amistades. Estar atento al grado con que ello se manifieste en cada familia, también será hacer Prevención.

Ahora bien, desde el "ángulo orgánico" que simultáneamente constituyen, estos pacientes necesitan de médicos especialistas y/o nutricionistas. Sin embargo, aún en los casos apremiantes, es importante no dejarse tentar por sólo censurarlos o imponerles restricciones. Puesto que, el riesgo sería sustituir el cómo tienen que ser, el "ideal familiar" por otro, por ejemplo el "ideal institucional o grupal". Los controles son necesarios. Del mismo modo que se administra algún medicamento en otras patologías. Pero esto no excluye que "mientras tanto" nos preguntemos qué "trastorno afectivo específico" están sufriendo. En el transcurso de sus vidas, ¿qué experiencias han venido atravesando?. ¿Qué vicisitud los tiene conmovidos, a tal punto que no lo pueden expresar más abiertamente o resolver de otra manera?. De modo que, la finalidad es intentar comprender estas enfermedades como un actual fallido modo de comunicación y de relación familiar. Nuestra intención, junto con el adolescente o adulto, es que la familia "externa o interna" recupere el sentido de la patología que uno de ellos expresa. Para que la crisis que los invade, a uno y a todos, pueda ser abordada de otra manera. Menos dolorosa.

Discusión: Un clima familiar (4)

Acerquémonos, entonces, a un particular clima familiar (5). Cuando una mamá cotidianamente "vomita" en su hija/o los problemas íntimos con su marido y/o con los otros hijos, sin ser consciente, se le presentan varios problemas. Por un lado, que es probable que no encare más profundamente la dificultad con quien en concreto la tiene. Por ejemplo el cónyuge. Por otro, que queden desatendidas y anuladas las necesidades del hijo sobre el que se "despacha". Pero también, se borran las fronteras de los roles o lugares de mamá e hija. Esto es de crucial importancia para cuando se jactan de "ser amigos" de los hijos. Pues, lo más probable es que el joven no se sienta preparado para escuchar los problemas íntimos de alguno de sus padres, o la igualdad que desesperadamente pretende constatar uno o ambos de los progenitores. Tampoco le será lo mismo hablar con sus "pares", que con quienes esperarían que lo orienten - ahijándolo- con su mayor experiencia.

Más o menos conscientemente, la mamá puede percibir ,este "juego", pero no lo puede detener sola. Ella misma suele haber sentido cierta orfandad de madre. Puede ser que haya tenido que salir a trabajar de chica, ocuparse de hermanos menores por la ausencia materna, o sentir mucho miedo a que la propia madre se quebrara si ella le reclamaba algo distinto. Incluso, se le puede haber transmitido que tenía que renunciar a un estudio, empleo o profesión por "el bien" de otros. Asimismo, puede haber pasado por alguna experiencia dolorosa durante el embarazo del futuro hijo que presente estos trastornos de alimentación. Pero además, es probable que alguna de las vivencias descritas se le potencien por las vicisitudes de la generación en la que está. En las últimas décadas se encuentran protagonizando variantes del rol femenino legado por sus progenitores. Y esto la tiene sumamente conmovida. Se encuentra consustanciada con distintas funciones y roles. Algunos de los cuales los siente como una leche que la alimenta y hace crecer en sus vínculos. Pero a otros los vive como algo que adultera, no encaja con lo nutritivo que también tiene para dar. Sin embargo, por alguna de las circunstancias mencionadas, no ha tenido más remedio que aparentar estar más armada. Y seguir adelante. Se le fue imponiendo la sensación de tener que arreglárselas por sus propios medios. En síntesis, por experiencias de su vida ha tenido que aprender a vivir aparentando ser otra. Desde chica se quedó sintiendo que debía "jugar" a ser madre de sí misma y de su propia madre. O que tenía que "jugar" a ser madre, a costa de negar otros aspectos de su ser mujer. Por rendir como "buena" mamá y esposa, se quedó exigida a seguir adelante, haciendo "como que aquí no pasa nada".

En el caso del papá, cuando éste hace de su hija/o un compinche de aventuras y/o dramas con su cónyuge (madre de sus hijos), nuevamente los roles quedan desdibujados. Y alguno de los hijos se siente llevado a posponer una y otra vez sus urgencias en función de las de su padre. Entonces, dicho hijo, siente la obligación de comprender más de lo que puede, pues, de lo contrario, suelen hacérsele velados reproches. Por ejemplo, "no ves cómo es tu madre?", o "sos un desagradecido, ¿no ves que estoy tan exigido?", o "¿qué te falta? vos no tenés en cuenta las necesidades y esfuerzos que nosotros o yo hacemos por vos". O, se le

enumera lo que efectiva y materialmente se le da.

Pero, como decíamos de la mamá, el papá no la pasa bien. Más allá que trabajen uno o ambos de los progenitores, en el caso del padre, este suele esforzarse ante problemas cotidianos laborales, económicos. Sin embargo, es frecuente que se agregue otro sufrimiento. Es el de sentirse agobiado, el de ostentar todo lo ocupado que está, o el sacrificio que todo ello le demanda. Detrás de esta 'realidad' se encuentra un sentimiento de impotencia de su función de papá. El también parece arrastrar cierta desnutrición de padre. Es como si se dijera: ¿y ahora qué hago?, ¿cómo enfrente esto con el libreto que me legaron?. Con los años, él también se ha visto obligado a aparentar ser más fuerte de lo que se siente. Ha habido tantos cambios entre el repertorio de sus padres y el propio que no puede dejar de sentirse inseguro. No quiere quedarse atrás con los cambios protagonizados, por ejemplo en el vínculo con su cónyuge. Y sin embargo, suele sentirse perseguido por no poder sostener el equilibrio económico familiar. Pero, él también parece querer seguir adelante. "Como si aquí no pasara nada", se exige ser Otro.

Ahora bien, los hijos, con su presencia, refrescan las buenas experiencias infantiles de los papás, la solidez de modelos o enseñanzas de sus antecesores. Pero también, se potencian "viejas" heridas que no han podido cicatrizar. Ante esto, los papás de los cuales hablamos, intentan acortar distancias y dificultades. Por miedo, tratan de pasar por encima de las variadas tensiones y angustias propias de las distintas épocas del desarrollo de sus hijos. De modo que, en la alabada "amistad" que establecen con ellos, niegan la "autoridad paterna" (que no es autoritarismo) que los hijos necesitan. Pero también están renegando de la propia porción de vida que los angustia. Así, en los tiempos que corren, es frecuente que se borren las fronteras inherentes a los distintos roles de cada uno. Constituyen lo que denomino las "familias loft".

Por eso, más allá de modificaciones necesarias, podemos contemplar que ambas generaciones comparten en común tipos de vestimenta, maneras de expresarse, de exhibir la intimidad sexual, de alimentarse, de hablar del sexo contrario, etc. Cada tanto, los padres pegan unos cuantos gritos u objeciones para intentar volver las cosas a su lugar. A lo cual, muchos chicos no se quedan atrás en contestar o protestar. Sin embargo, en el clima del que hablamos, no se tarda mucho en reinstalar el clima de "pérdida de fronteras", o sea, la familia loft.

Ahora bien, es frecuente que uno de los hijos, el más "radar" de estas vicisitudes, perciba las problemáticas paternas. Tomemos como ejemplo a una hija. Ella puede hacer de "pilar" de padre o madre. Pero consideremos el caso de esta última. La niña, siendo adolescente o pre-púber clama por su necesidad de contención y guía. Pero desde chica parece haber cerrado su boca, y sólo abrirla para comer aquello que calmaba a su mamá. En el caso de mujeres adultas, estas vicisitudes tienden a reeditarse en alguna relación. Entonces, como en los tiempos "de antes o de siempre", se les refresca la sensación de tener que ser pilar de otro/s. De todos modos, en ambos casos impera la vivencia de

que se carece del soporte por parte de otros. Y, entonces, como suele suceder con las frustraciones, de estas nace la hostilidad. Pero, a los papás o a la pareja también se los quiere. ¿Qué hacer con la sensación de que no se recibe de ellos "lo alimenticio" que nutre?. La vivencia que tiene esta adolescente o adulta es que priman modalidades que, más que alimentar, sólo "engordan". Entonces, 'se traga' sus rabietas.

En este sentido, el resentimiento nace de la carencia, de la frustración. Pues interpreta que uno de sus padres o hermanos se quedó con un poder, con un abastecimiento que le pertenecía y no le fue dado (6) . Así, el posterior remordimiento se vincula simultáneamente con diversas vivencias: el amor que siente por las personas objeto de su hostilidad y resentimiento; el temor a perder el amor de sus padres; el sentir que no está a la altura de las circunstancias esperadas (7); la fantasía de que -su resentimiento- así como puede contribuir a la pérdida de la propia cordura, también puede dañarlos a ellos (8; 9). Asimismo, el remordimiento, a nuestro entender, actúa como un freno de mano. Pues, derivado de la Pulsión de vida, amortigua la primacía de lo equivalente a la Pulsión de Muerte.

Creyéndose capaz de mucha destrucción, vive asustada de su posible descontrol. De modo que 'se lo traga'. Además, cuando niña, habrá sido chica pero no por eso era impermeable a lo que captaba de su mamá. Sutilmente siempre percibió la fragilidad de su progenitora. De modo que el problema de captar lo endeble de ella, se complica con la suposición de que con su resentimiento o reclamo pueda destruirla. Así, en estos casos parecen establecerse "pactos de amor". También por cariño, la hija se entrena en silenciar lo que capta que al otro le cuesta. Y, a lo largo de su vida prosigue autosacrificando sus necesidades.

En otras palabras, la hija logra ser "pilar" de su mamá o de su papá. La trampa es quedar esclava de este "logro". En este logro radica su soledad y debilidad (10).. Su fuerza queda centrada en ser esclava de la inseguridad de su madre, avalada por su padre. Pero en el mismo acto, ahoga su reclamo de que la función de pilar la ejerza otro.

Así, su virtud se fue transformando en su peor defecto.

Si soporta aquello con lo que su mamá dice alimentarla, se queda con hambre. Siente, entonces, que más que alimentarla la engorda.

Pero si no soporta, al encontrarse con la fragilidad de su madre se siente culpable por delatar que, lo que ella otorgaba, no tenía las características nutricias publicitadas. Simultáneamente, cuanto menos soporta, más culpable se siente por los 'malos' sentimientos que le despierta la frustración.

Por todo lo anterior, cuando sufre "su anorexia" o "su bulimia", en los controles alimenticios que en cada caso efectúe, imperiosamente intenta constatar el control de la propia cordura. El resentimiento es

enloquecedor y por eso necesita taponarlo. Pero hemos dicho que lo oculta, también, por cariño hacia su mamá, por la fragilidad de la misma, y por la eficacia de ser "soporte" de ella. En cuanto sienta que le está por fallar esta "virtud de actuar como pilar" de su madre, busca 'vomitar' o 'expulsar' en otro lado. Entonces, lo traslada a lo que siempre alude al vínculo nutricional: el alimento. Recobra vida la bondad atribuida a comer todo lo que ofrece mamá, o comer para que mamá no se ponga nerviosa, o hacer como que no pasa nada, y tragar.

Esta hija es testigo de una publicitada bondad o 'esquema' materno. De modo que, al mismo tiempo que pilar, se siente infiltrada por su progenitora.

Simultáneamente, otras personas y/o situaciones recibirán esta transferencia (11). Pero, aunque intente conservar una distancia que proteja de todo enfrentamiento, siempre le refrescarán la velada relación con sus padres. Hacer de pilar, oscilar entre serlo o dejar de serlo y exigirle al otro que lo sea. Incluso, puede ser que en alguna relación que reciba esta transferencia tan primaria, crea ser castigada en cuanto quiera dejar de ser 'soporte'. O, en otros momentos y en diversas circunstancias, ella será quien le reproche a su pareja actual que no la alimenta sino que sólo la engorda (12).

Resultado:

En el caso de la anorexia, gradualmente pierde la percepción de sus propios sentimientos. Se siente abrumada por los de su mamá o su papá. Cuando se alimenta, se le impone la sensación de que la fuerza es para 'sostener' la debilidad de la mamá. De modo que por un lado aspira a controlar el 'hambre' retroactiva que tiene de funciones paterna y materna. Y por otro querría controlar los alimentos que, aunque los ingiera ella, supone que terminarán nutriendo a otro. Vemos así que a medida que vive con lo mínimo imprescindible, que se va jactando de comer cada vez menos, por un lado habla de la desnutrición en la que cree haber sido dejada. En su 'huelga alimenticia' expresa la ilusión de no necesitarlos. Como también, expresa su "quite de colaboración" a uno de los miembros familiares. En su delgadez, la venganza es no alimentar a aquella "nena buena" que todos esperan que los calme. De modo que, en su cuerpo exhibe tanto el reproche y deseo de venganza, como el mutismo de la necesidad y hambre de función paterna o materna. En este sentido, silencia para no dañar a quienes también ama. Y en sí misma, en su fragilidad, muestra la soledad y el fallido intento de rebelión por tener que sostener durante años de una vida a padres que necesitan aparentar ser Otros. En su propio cuerpo expresa el velado entrenamiento a que otro, para sostener su imagen, se alimenta de ella. Y al mismo tiempo, al ser "piel y huesos" ostenta el rechazo de ello. Esta paciente nos muestra la "madre esquelética que cree tener". Pero también, al mostrarse desnutrida arruina el deseo de que, con su porte, esa hija haga quedar bien a mamá y papá. En algunas oportunidades, se intenta asemejar a Otra, 'míticamente admirada' (hermana, prima, etc.) con quien

permanentemente se compara o percibe que los demás ejercen dicha comparación. Otra, que aunque se la aborrezca, le significa una eventual garantía de seguridad y aprobación.

Es más, en sí misma exhibe y rechaza violentamente los nutrientes que puedan provenir de quienes no son sus padres. Por ejemplo los médicos o analistas. En el fondo, le sucede lo mismo que con los alimentos. Más que no tener hambre, tiene miedo de sentirla. Esto se manifiesta en el rechazo a los tratamientos psicológicos, pues constituyen la evidencia de necesitar otros modelos de familia. Ello sería delatar que papá y mamá, más que alimentar, sólo engordan.

En el caso de la bulimia, hemos dicho que es una forma cronificada de la anorexia. En distintos lapsos de tiempo, oscilará de una a la otra. Pero a diferencia de la anoréxica, logra expresar su deseo de algo para ella sola. Aunque muchas veces lo termina vomitando a escondidas. O, busca el medio para expulsar o desdecirse de lo imprescindible para sí misma. Hay momentos en que "logra" ser pilar de la fragilidad de uno de sus padres. En la huelga alimenticia que efectúe, cree "lograr" ponerse a distancia. Aspira a graduar ella qué es nutricio y qué no lo es. Con mayor conciencia de sus ciclos, la bulímica digiere poquito. Con todo lo demás, aparenta conformidad de apoyo, pudiendo llegar a la mentira sistemática. Para luego, en cuanto sale -por ejemplo- de una sesión, expulsarlo de sus entrañas.

Ese es el destino de una parte de las participaciones médicas o las intervenciones analíticas. Desea la caloría- interpretación, pero lucha por evitarlas. Así, durante la sesión incorpora un poquito, aparenta una elaboración. Pero al concluir la sesión, suele expulsar parte de lo trabajado.

Aunque con más conciencia del sometimiento a esquemas familiares tan arraigados, sus ingestas y des-ingestas representan el intento de expulsar o des-embarazarse de modelos. Modelos que, aunque los rechace, cree que son su única razón de existir. En este "que sí-que no corporal", le cuesta dejar de ocupar el lugar de pilar ideal. Por esto, el vomito o equivalentes, también es intento de expulsar a quien siente ser, pero que no quiere que nadie se entere. Intenta sacar de adentro y de encima a desprolijos aspectos propios. Aquellos equivalentes a los de sus padres. Nuevamente, en el fallido intento de protegerse y proteger, ella también, al denunciar -simultáneamente- calla.

Conclusión:

Bulimia y Anorexia, ambas desean y evitan desear la comida nutricia. En el consumo de alimentos y vínculos que fundamentalmente "engordan" pero no "alimentan", ostentarán la dramática familiar (13). Se trata de relaciones parentales a las que se ama, pero también a las que se tiene un profundo miedo de objetar. En ambas patologías "captan" a papas agobiados por ser Otros distintos. Tanto, que ellos mismos prosiguen

impidiéndose un trato más natural con sus hijos. Al estar tan perseguidos borran las fronteras con sus vástagos. Y aquello que iba a ser nutricio sólo puede engordarlos. Mientras "vomitan" sus inseguridades o problemas, "expulsan" la individualidad o lugar del hijo. Es semejante a que el estomago del niño fuera una prolongación del de ellos. Queda poquito lugar para lo alimenticio con que el niño necesita nutrirse.

Estas vivencias de años, se transfieren a otras relaciones con adolescentes. O prosiguen vigentes durante la adultez. Entonces, en algunos vínculos, según la cantidad y calidad, se tenderá a reproducir que -más que relaciones nutricias- solo se engordan el uno al otro.

En estas familias, el equilibrio parece precario. Todos están pendientes de aparentar ser otros. Son esclavos de ello. Por esto se olvidan de los recursos positivos que también tienen. Todos suponen que tienen que disfrazarse para evitar ser vistos o encontrados como son. Tienen miedo de que se descubran sus crisis, y entonces ser despreciados o tildados de 'anticuados', 'malos' o 'frágiles'. Por ello, viven al filo de perder el control de la propia cordura. Ellos -también- no encuentran otra manera de calmar la exigencia y resentimiento por tener que vivir esclavos de aparentar "ser otros". No obstante, los remordimientos por tanto daño que pueden ocasionar con su inseguridad, taponan la natural expresión de su fragilidad. De modo que, las publicidades, sólo refuerzan aquello que siempre los acompañó: aparentar ser otro.

Así, los hijos que sufren estos trastornos de alimentación suelen vivir a sus papás como "edecanes" de "cómo ser Otros" en la vida. De modo que, sintiéndose arrastrado, cada vez que el hijo logra hacer de pilar o aval de la inseguridad de uno de sus padres, se queda con la convicción de que el alimentado fue otro. Y que como ellos, a él sólo le queda seguir aparentando quién no es: Otro escondido y Otro exhibido.

Ahora bien, a esta altura podemos preguntarnos porque, no evidencia una franca obesidad (14). En términos generales, en personas obesas suele entenderse que se asemejan a un viajero que, con las alforjas cargadas en sí mismo, no han logrado partir del vínculo nutricio primario (15, Alperovich, 1982).

A mi entender, las personas que sufren de anorexia y/o bulimia, de alguna manera, logran ser "Otros" para sus padres. Incluso, en las modificaciones de su esquema corporal creen plasmarlo. Alimentan la fantasía de haber partido. Aunque, sabemos que no muy lejos. La grasa por la que pelean, se asemeja a la una ilusión de autoabastecerse. Pero al mismo tiempo intentan renegar de ella. Con mayor o menor evidencia son adictos a la comida. Pero esta adicción representa vínculos alimenticios que -aún- no lograron ser digeridos o elaborados con mayor plenitud.

Por último, dijimos al comenzar que desde niños eran vistos como ejemplares.

Ahora vemos con más claridad que lo ejemplar era ser "pilar" de sus padres. "Comer bien" o "captar pero silenciar la debilidad-desnutrición del otro" se traducía en sinónimo de mamá/papa /pareja/ buenos y fuertes". Pero, el éxito de este "logro", simultáneamente los violenta. Por ejemplo, a la hija suele "revolverla" las alabanzas de como "comprende" o establece alianzas con sus padres. No logra digerir el cultivo de muchas ambiciones individualistas de ellos, disfrazadas de "bienestar familiar", por "el bien de todos". Su disyuntiva parece ser callar o delatar que eso no la nutre, que sólo la engorda. El trato que dispensa a su cuerpo expresa este conglomerado familiar. Por esto, le cuesta tratarlo mejor, cuidarlo más naturalmente. En sí misma expresa la esclavitud y el aborrecimiento por tener que aparentar "ser otra". Ama -frágilmente- la silueta que es. Porque en esta expresa el rechazo a la familia "for export" de la que es parte integrante.

Todos anhelan ser distintos. En los tiempos que corren, huyen de encontrarse con carencias o dificultades en los roles de papa, mamá o cónyuge. Por eso alaban y publicitan el logro de modernidad alcanzada. Esto los protege de no caer en la desintegración que suponen que estaban "los de antes". Todos se sienten agobiados y perseguidos por roles o funciones que no les salen como familiarmente siempre se publicitó o esperó. Nos encontramos con padres que temen aceptar que 'no pueden' o 'no saben'. O que se avergüenzan de los repertorios de los que carecen. En síntesis, que viven perseguidos por no calzar con lo que ellos suelen publicitar de sí mismos.

BIBLIOGRAFÍA:

Alperovich J.B.: Aproximación a los significados específicos de la obesidad. III Encuentro Argentino Brasileño. CIMP. 1981.

Alperovich J.B. "Un obeso que está dejando de serlo". 13* Simposio del CIMP. 1982.

Bateson Gregory: Pasos hacia una ecología de la mente. Ed. Lohle. 1972

Billiet L.E. : Anorexia nerviosa y Bulimia". 24* Congreso Interamericano de Psicología. Sgo. de Chile. 1993. Y en Revista Arg.de Medicina Psicosomática. N°61. Año XXXI, Noviembre 1993.

Billiet L.E.: Homosexualidad femenina: Primera aproximación a partir del análisis de la autobiografía de una lesbiana". CIMP. Noviembre 1983.

Billiet L.E. Revista de Asociación Argentina de Psiquiatras Año 1 vol.1, n°2, agosto pp.160-69, 1995.

Bleichmar Emilse Dio: El feminismo espontáneo de la histeria. Edit. Adotraf. 1985.

Chiozza Luis. "Psicoanálisis. Presente y Futuro. Edit.CIMP. Biblioteca Centro de Consulta Médica Weizsaecker. 1983.

Chiozza Luis: Cuerpo, Afecto y Lenguaje. Paidós. 1975.

Fonzi Alejandro: Reflexiones acerca del parricidio y del filicidio. CIMP. 1980

Herscovici C.R. y Bay L.: "Anorexia Nerviosa y Bulimia. Amenazas a la autonomía". Ed. Paidós. 1990.

Iancu I, Rev.Sic. vol. V, nº4, pp.31-32, sin año)

Kancyper Luis: Resentimiento y Remordimiento. Ed. Paidós. 1991.

Mariona Alicia: Masoquismo infantil: un soporte minusválido para el ideal del yo. Asociación Psicoanalítica Argentina. 1990-91.

Searles Harold: Escritos sobre esquizofrenia. Ed. Gedisa. P.286, 1966.

NOTAS

(1) Muchos autores concuerdan en que, en ambas patologías coinciden una multideterminación de factores: sociales, culturales, familiares, biológicos e individuales. Damos por supuestas las presiones sociales y culturales, por ejemplo, por medio de la publicidad. Pero por sí mismas no parecen justificar, ya que no todas las mujeres y/o hombres se someten a ellas. Por ejemplo, el Dr. Iulian Iancu desde Israel decía: "En algunos individuos vulnerables, la necesidad de hacer dieta conducirá a la Anorexia Nerviosa.... existe un riesgo: la identificación con normas culturales occidentales posee fuerza patógena. Los factores socioculturales son importantes para la aparición de anorexia nerviosa en mujeres jóvenes psicológicamente vulnerables" (Iancu, pp.31-32)

(2) Para Herscovici y Bay, por ejemplo, la anorexia nerviosa es un "trastorno de conducta voluntario" (Herscovici y Bay, p.105) . En el caso de pacientes bulímicos, estos tenderían a "utilizar los atracones para aliviar el malestar psicológico" (O.C.p. 151). Por nuestra parte hemos cuestionado tanto la idea de "voluntario" como el que constituya un simple "malestar". Asimismo, en dicha bibliografía no hemos encontrado explicitados los sentimientos que correspondan específicamente a la bulimia y a la anorexia, o incluso -a raíz de muchas de las vivencias descritas por las autoras- la diferenciación de quien desarrolla una esquizofrenia o una obesidad manifiesta.

(3) Alteraciones orgánicas simultáneas: El riesgo de muerte está en relación con la hipocalcemia (disminución del calcio), el paro cardíaco, el desequilibrio electrolítico (por ejemplo en diarreas, pérdida de sodio, potasio). En cuanto al uso de diuréticos, muchas personas suelen tener la fantasía de que éste adelgaza, cuando a lo sumo deshidrata. En el caso de los laxantes, por un lado, éstos sólo pueden influir en una pérdida aproximada del 5% de las calorías. Mientras que por otro, alteran el funcionamiento intestinal, tanto por la pérdida de agua y minerales como por la inflamación que producen. Pero, en cada persona, de acuerdo al grado de bulimia y anorexia, suelen presentarse distintos trastornos secundarios. Según el nivel de anorexia, el riesgo será la desnutrición. Y, según la severidad de la bulimia encontramos que: la piel suele ser seca y fría, o presentar hemorragias puntiformes; las palmas se muestran amarillentas por hipercarotinemias; sialorrea; pueden sufrir de hipotensión y bradicardia; los casos de arritmia cardíaca pueden derivar de la deficiencia de potasio, calcio, magnesio; se va alterando el esmalte de los dientes, y según la periodicidad con que se provoquen los vómitos, los nudillos sufren lesiones; a raíz de la alteración producida entre ingerir y el vomito, suelen tener sensación de saciedad, enlentecimiento del vaciamiento gástrico, dolores abdominales y constipación; disminuye la serotonina, que influye en la reducción del consumo de hidratos de carbono; también, se ve disminuida la hormona intestinal colecistoquinina, que "avisa" sobre la saciedad después de la ingesta; al perder peso, parecen alterarse tanto la función hipotalámica como de los neurotransmisores, y ,esto se manifiesta en que sufran de trastornos en la menstruación o de amenorrea. Además, pueden presentarse complicaciones tales como: nefropatías, espasmos bronquiales, intoxicaciones hepáticas.

(4) Si bien ejemplificaremos con el rol de la madre, coincidimos con Bateson G. en que el padre está comprometido "en los aspectos homeostáticos de la situación intrafamiliar con la madre" (p.249). Es más, pensamos que toda mujer 'transmite' la idea de hombre-padre que siente, y simultáneamente, el hombre-padre también se lo transfiere a sus hijos. Lo que solemos llamar 'padre ausente' es una metáfora que conviene usar prudentemente, porque en general, el "ausente", al poner cara de "yo no fui", "yo no estoy" (y estar-está, pero de ese particular estilo), el supuesto ausente es más terrorífico e inhibitorio que aquel progenitor que se hace más presente, aunque tantas veces sea de manera inadecuada.

(5) A lo largo del trabajo aludiremos preferencialmente a las mujeres, pero entendemos que, aunque con menor frecuencia, los hombres también padecen estas patologías.

(6) Contribuye a este malentendido que el hijo/a interpreta como una injusticia que el padre/madre posea un privilegio que no otorga. Como el padre/madre, también compartirían esta fantasía, se generaría lo denominado por A. Fonzi (1980) como "lucha fratricida". Así, queda marginada la función paterna/materna de velar, cada uno con su jerarquía, por los intereses familiares. Paralelamente, creemos que esto se entremezcla con la rivalidad efectivamente fraterna, con los hermanos, ya que encontramos frecuentemente en estos pacientes que, a veces, se debaten entre comer o no "como un regimiento", comer lo de otros.

(7) La base de esta afirmación, para la Identificación de todo hombre y mujer, es el concepto de "Ideal del Yo minusválido, masoquista" de la Dra Alicia Mariona (1990-91). Dentro del proceso de identificación, este tipo de Ideal puede encadenar a una misión imposible: perpetuar un modelo para no disminuir a los padres, y al mismo tiempo trascenderlo, o sea, materializar carencias narcisísticas de los padres.

(8) Recordemos que H.Searles decía que el hijo se sacrifica amorosamente para preservar el equilibrio precario de la madre. El funcionamiento enfermo de su personalidad se ensambla con el de la madre, de manera tal que ésta pueda sobrevivir. (Escritos sobre Esquizofrenia, Ed.Gedisa, 1966)

(9) L.Kancyper (1991) decía que la fantasía de "su majestad, el bebé", el hijo la desplaza a los padres. Ellos pasar a ser los poseedores de todo lo valioso, pero -avaramente- lo reparten a cuenta gotas. Como los Reyes Magos, lo hacen una vez al año, y a veces nunca. Esta fantasía sería la esencia del resentimiento reinante en numerosas personas. A nuestro entender, esta fantasía tomaría cuerpo en la creencia de que los padres otorgan el poder a los hermanos/as. O, en el caso de que no se los tuviera, en forma simultánea al rol desdibujado de los padres, éstos últimos suelen ser vividos como 'pares' que se quedan no solo con la omnipotencia infantil, sino también con la valoración de su propia identidad. El Dr. Kancyper distingue, además del resentimiento mencionado, dos tipos de remordimientos concomitantes: uno originado en la culpa, apaciguado con un castigo implacable, y otro, relacionado con la vergüenza por no cumplir con los ideales de los padres y los propios.

(10) Recordemos que G.Bateson (1972) decía que la madre retiene al niño con odio en la simbiosis mediante mandatos del tipo de doble vínculo: repetidamente le da un doble mensaje contradictorio, simultáneo, con la tentativa de que no se discrimine el orden de los mensajes. El paciente se encuentra condenado tanto si hace/dice, como si no hace/no dice.

(11) En Argentina, algunas entidades se ocupan del tratamiento específico de estas patologías. Pero muchos pacientes abandonan dichos tratamientos y/o sufren la reiterada reiteración de la sintomatología. Nos parece que esto podría guardar relación con que, en dichas entidades o grupos de autoayuda, se infiltra más o menos inconscientemente sustituir el Ideal de los Padres por el de la Asociación-Grupo (que prohíbe, juzga, critica o idealiza). Aún cuando sea el mismo paciente el que transfiera estos roles, ello se incrementa en la respuesta contratransferencial de los terapeutas.

Pues, lejos del tipo de contratransferencia que constituye un instrumento de elaboración e interpretación, la misma se transforma en una neurosis o psicosis contra-transferencial.

(12) En cuanto al tema del tipo de sexualidad, se la ha descrito como de 'rasgos infantiles'. Coincidimos con ello. Pero agregaremos, más precisamente, que -a diferencia de la época de Freud y seguidores- es llamativo el 'boom' de orgasmos que muchas pacientes mujeres publicitan en las últimas décadas. En parte, puede haber colaborado el desarrollo y la difusión de la psicología, incluso a nivel publicitario. Pero, en el caso de algunas pacientes bulímicas, hemos encontrado que se trata de orgasmos individuales, con características más narcisistas que "con el Otro". Notamos que, a veces, muchas parejas están "cada uno en su ruta". Lo cual, naturalmente, se transfiere al encuentro entre paciente y analista. En este sentido, a la manera de la comunicación sostenida con sus padres, el riesgo es que quede clandestina la posibilidad de encontrarse y mostrarse como cada uno es. De ahí que es importante que los terapeutas intervinientes profundicen en aquellos prejuicios teórico-clínicos que -por 'conocidos'- terminan bloqueando la posibilidad de la comprensión de estas -como otras- patologías.

(13) Se ha hablado de que padecen una regresión oral, y de fantasías orales de embarazo. Crisp y otros, citados por Herscovici y Bay (p.23), dicen -por ejemplo- que con la regresión eluden conflictos de crecimiento, independencia personal y sexualidad. Además de que esto no parece ser específico, preferimos pensar que la regresión, más que una forma de eludir, delata que 'todo sigue igual, como entonces'. A la manera de un disco rayado, en que púa y surco delatan una herida, y la imposibilidad de pasar a lo siguiente, para estos pacientes la autonomía, la posibilidad de exogamia, de separación e individuación, tánticamente, parecen ser -en un aspecto- desconocidas como formas posibles. Por eso, nos convence pensar, como dice Searles, (p.286) que ".... lo que el paciente odia no es la realidad como tal, sino más bien la única 'realidad' que ha conocido hasta ese momento, una pseudorealidad derivada de la simbiosis.... del funcionamiento interno de la madre (o .. del padre)".

(14) Queremos aclarar que: a) una patología no excluye la eclosión de manifestaciones orgánicas; b) cualquier trastorno psicossomático manifiesta en sí mismo la ineficacia previa de otros recursos para intentar equilibrar los afectos; c) en el modo patossomático, se destruye la coherencia del afecto, y éste desaparece como tal "para descomponerse en sus diferentes inervaciones constitutivas que, como otras tantas funciones, se derivan entre sí las magnitudes de la carga" (Chiozza, 1975)

(15) La grasa simboliza lo femenino-materno, y lo muscular lo viril y paternal. "Mi madre me envuelve, me aprisiona y mi padre no me rescata, no me libera. Soy un viajero en potencia, que no puede efectivamente partir" (Alperovich, 1981)

Lic. Laura Billiet *

* Licenciada en Psicología (1976-U.B.A.). Ha realizado estudios de Post Grado en Psicossomática en el Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicossomática (CIMP). Cursos de "Medicina para psicólogos" y "Estudios Patobiográficos I y II" dictados en el Centro de Consulta Médica Weizsaecker. Hasta 1988 Jornadas, Conferencias, Simposios y Congresos.

Es autora de los siguiente libros: "HIV y S.I.D.A. como manifestación de un trastorno actual de identidad" (Edit. M.Mayorano, 1993); "HIV. S.I.D.A La época de inmunodeficiencia" (Edit. Nueva Visión, 1995); 1er libro digital, "S.I.D.A. Prevención en la época de inmunodeficiencia. Perspectivas psicológicas e inmunológicas". (Edit.JazzBird. 1999);

3- Experiencias de colegas: éste mes La Lic. Analía Fiore

“Ud. No tiene nada”.

Psicoanálisis y psicósomática.

Desde que los científicos y anatomistas empezaron a investigar acerca de los fenómenos que acontecían y acontecen en el cuerpo, ha habido una interesante separación de lo que se suponían entidades con funcionamiento propio.

A lo que desde los tiempos de Descartes se llamó alma y a lo que mucho más tarde se denominó mente, separándola conceptualmente del denominado cuerpo físico como materia.

Como consecuencia fueron concebidas muchísimas teorías explicativas tanto de la supuesta separación como de sus posibles relaciones.

A principios de siglo el psicoanálisis introduce una concepción de cuerpo novedosa. Freud descubre que “sus histéricas” daban a su cuerpo un significado particular al manifestar síntomas que prácticamente “se burlaban” de las leyes físicas y de la medicina. Por ejemplo presentaban parálisis en tramos del cuerpo donde era imposible que las tuvieran, dada la estructura de la anatomía nerviosa.

Aún cuando el psicoanálisis ya había introducido esta nueva concepción de cuerpo, por mucho tiempo se siguió pensando en la existencia de la separación psique-soma, pero planteando la posibilidad de un intercambio entre ambas entidades. Así pues, se definieron listados de “enfermedades psicósomáticas” ó perfiles de los llamados “pacientes psicósomáticos”: en el primer caso, cualquier persona podría contraer alguna de esas enfermedades y, en el segundo los pacientes están destinados a “transformar” una enfermedad cualquiera, en algo puramente mental.

El psicoanálisis lacaniano piensa el cuerpo como la conjunción de tres registros, como tres modos de manifestación. El imaginario, la imagen que nos formamos de nosotros mismos y de los otros; el Real, que recorta ese cuerpo material y orgánico de antaño; y el simbólico, el cuerpo hablado por otro que le otorgó significados.

De cómo se concibe lo psicósomático al interior de la teoría lacaniana, es de lo que quiero hablarles.

El movimiento que produce Lacan en el desarrollo teórico respecto de lo psicósomático es introducir el término “fenómeno”.

La palabra fenómeno implica que la afección es algo que sucede en un momento particular en que el aparato psíquico no puede elaborar una cantidad de energía (esto mismo planteaba Freud en su teorización sobre las neurosis actuales). Lacan

va a ubicar este fenómeno como pudiéndose producir en cualquiera de las estructuras clínicas que él definió: neurosis, psicosis y perversión.

Sitúa en la base del fenómeno psicossomático (en adelante FP), una “falla” a nivel de la cadena significativa

Es en el acto de encadenarse los significantes que el sentido es producido, en tanto es necesario al menos dos para que surja el sentido como un efecto a posteriori, en un segundo momento. Por ejemplo si yo digo –nos vamos a casar- mi interlocutor puede darle al menos dos sentidos: a cazar o a casar; solo cuando a mi frase agrego – en la basilica de San Pedro- , lo anterior cobra un sentido particular. A esto Lacan llama cadena, a este entrelazamiento que produce significados. Pero para que estos dos tiempos estén diferenciados es necesario que haya un intervalo.

Ahora bien, la falla en esta cadena, él la plantea a nivel del primer par de significantes y dice que se da un enlace particular que no deja lugar a la interrogación, que no permite el cuestionamiento de parte del sujeto. Vale decir que falta el intervalo lo cual hace que el sujeto lo acepte al modo de un mandato. A este enlace lo llama Holofrase.

En los denominados FP entonces, lo que se impone como salida a un exceso de energía del aparato es la afección en un cuerpo real, que no ha sido simbolizado sino mas bien marcado al modo de un sello. Lejos de que acontezca un conflicto entre las entidades psíquicas freudianas (Yo, Ello y Superyó) y su resolución por otra vía como sucede con los síntomas histéricos o las ideas obsesivas en las neurosis; en el FP ni siquiera hay lugar para la pregunta.

Por esta razón es muy difícil y singular el trabajo en análisis para un paciente que padece un FP. Aún así, este tipo de tratamiento es uno de los pocos, si no el único, en el que el paciente pueda lograr, a partir de la palabra, simbolizar lo que en un momento primordial de la construcción de la cadena no pudo mas que acatar.

Cuando se interroga al paciente por su opinión acerca de su afección solemos escuchar en la clínica: “No sé, la vida es así” o “no queda otra que aguantar”.

Para concluir, el FP se puede dar en cualquiera de las tres estructuras planteadas por Lacan y en cualquier momento de la vida de una persona. Por lo general, aflora coincidiendo en tiempos cíclicos, es decir, reaparece por ejemplo en los aniversarios o relacionado con ciertos temas. Estas situaciones no necesariamente tienen que ser vividas con angustia por el paciente sino que, todo lo contrario, la afección somática viene a ocupar ese lugar.

Además el FP tiene la característica de ser fijo, es decir, aparece de la misma manera, como dije anteriormente, se repite.

Con relación al tratamiento es aconsejable el psicoanálisis por las razones antes nombradas: por ser un dispositivo vía la palabra y la simbolización por excelencia. Precisamente la dirección de la cura para dichos fenómenos debe apuntar a poder simbolizar lo no dicho.

Me gustaría dejar en claro entonces, que los FP son más que una afección orgánica o “ideas de la persona” (como se dice habitualmente); que el paciente no hace FP “a voluntad” y que por lo tanto la manera adecuada de tratarlo es en forma integral, en conjunto tal vez con su médico de cabecera y dándole la importancia que merece en cada caso.

Es hora de entender integralmente el fenómeno y comenzar a abordarlo interdisciplinariamente y de este modo contrarrestar la tendencia que se tiene a decir rápidamente “Ud. no tiene nada” ó “no se puede hacer nada” para pasar a decir “desde una sola disciplina únicamente no podemos hacer nada”.

***Lic. Analía Laura Fiore.**

Egresada U.B.A.

Colaboración docente en la pasantía de psicopatías de la U.B.A. en el Hospital Durand de 1998 a 2003

Atención de pacientes con baja visión en el gabinete de atención psicológica del Instituto de Baja Visión. de 2000 a 2002.

Posgrado en psicoanálisis en el centro dos. de 2003 a 2004 y posterior integrante del dispositivo de investigación teórica y entrenamiento clínico de la misma institución durante el año 2005.

Presentación de trabajos escritos en jornadas y convenciones
Co autora de la columna de psicoanálisis de el diario "El Pregón" de Quilmes.
De 2002 a 2004.

Práctica clínica privada.
Atención a adolescentes, adultos y tercera edad.

Bibliografía general:

Freud, Sigmund: “Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas” (1893), en *Obras completas*, Tomo I. Amorrortu Editores, Argentina, 1992.

Freud, Sigmund: “Conferencias de introducción al psicoanálisis. 24ª Conferencia: El estado neurótico común” (1917), en *Obras completas*, Tomo XVI. Amorrortu Editores, Argentina, 1992.

Freud, Sigmund: “Inhibición, síntoma y angustia” (1926), en *Obras completas*, Tomo XX. Amorrortu Editores, Argentina, 1992.

Lacan, Jacques: “*El Seminario*, Libro 3, Las Psicosis”. Ediciones Paidós, Argentina, 1997.

Rossi, Lucía. “Psicología en Argentina. Capítulos olvidados de una historia reciente”. Editorial Tekné, Argentina, 1994.

4- El libro sugerido

La boca del testimonio de Tamara Kamenszain

En este ensayo, Tamara Kamenszain nos acerca a una nueva lectura de la poesía, renueva el modo de leer a dos grandes poetas de la literatura latinoamericana y descubre las voces poéticas de las nuevas generaciones de la poesía argentina. "Lo que dice la poesía" de autores como César Vallejo, Alejandra Pizarnik, Washington Cucurto, Martín Gambarotta y Roberta Iannamico. Es un ensayo emotivo que expresa la realidad sin rozar los realismos.

Fuente: www.escribirte.com.ar

5- citas que nos ayudan a reflexionar

Fausto: Primero te interrogaré acerca del infierno. Dime, ¿dónde queda el lugar que los hombres llaman infierno?

Mefistófeles: Debajo del cielo.

Fausto: Sí, pero ¿en qué lugar?

Mefistófeles: En las entrañas de estos elementos donde somos torturados y permanecemos siempre, el infierno no tiene límites ni queda circunscrito a un solo lugar, porque el infierno es aquí donde estamos y aquí donde es el infierno tenemos que permanecer.

Christopher Marlowe, Doktor Faustus

6 Una película para ver

El Sol del Membrillo

La idea que sustenta este proyecto cinematográfico es muy sencilla. Consiste, sobre todo, en la captación de un acontecimiento real: la pintura y el dibujo de un árbol.

A propósito de este hecho, algunas de las cuestiones más elementales que, de manera inmediata, se pueden plantear son las siguientes: quién es el artista, qué es lo que pinta, y cómo lo hace.

La película ofrece pronta respuesta a estas demandas: el artista se llama Antonio López, y pinta con un estilo que, basado en la exactitud, puede denominarse realista un membrillero que ha plantado en su jardín.

Pero lo hace, y éste es un detalle fundamental, ante un equipo de cine, provisto de una cámara y un magnetófono, que trata de recoger las imágenes y los sonidos de este suceso.

Es así como, en este caso, la pintura y el cine entran en relación.

Una relación que aquí supone la renuncia explícita a cualquier forma previa de fabulación y dramaturgia, incluso a la que podría elaborarse a partir de los datos más significativos de una biografía. Pero que, además, igualmente prescinde del ejemplo, ya tradicional, que constituyen los denominados documentales de Arte; es decir, aquellas películas que utilizan la obra pictórica para los fines de una síntesis cinematográfica.

Especie de diario elaborado a partir de la captación directa de los hechos (todas las personas que aparecen en las imágenes se representan a sí mismas, y lo que dicen les pertenece), El sol del membrillo trata, más bien, de buscar una relación menos evidente entre la pintura y el cine, observados ambos en lo que tienen de instrumento de captura de lo real; es decir, como formas distintas de llegar al conocimiento de una posible verdad.

A lo largo de este siglo, los pintores y los cineastas no han dejado de observarse, quizás porque han tenido, y siguen teniendo, más de un sueño en común -entre otros, capturar la luz-, pero, sobre todo, porque su trabajo obedece, como señaló André Bazin, a un mismo impulso mítico: la necesidad original de superar el tiempo mediante la perennidad de la forma; el deseo, totalmente psicológico, de reemplazar el mundo exterior por su doble.

La fotografía primero, y el cine después, explican en cierto modo algunos de los aspectos más sustantivos de la evolución de la pintura moderna. Con su aparición, estas dos invenciones provocaron una mutación profunda del estatuto de la imagen, de su producción y consumo, que se ha extendido hasta nuestros días.

Ampliando extraordinariamente el horizonte de esa mutación, la televisión y el vídeo han tomado el relevo precipitando la crisis del cine, su conciencia de la propia caducidad. Acaso por todo esto, la pintura y el cine contemporáneos transitan por más de un territorio común, compartiendo incluso parecidas frustraciones y esperanzas.

Porque en un momento como el presente, en el que la inflación audiovisual ha llegado a extremos inimaginables, la cuestión que se impone, más que nunca, es la siguiente: cómo hacer visible pintar, filmar una imagen.

*Víctor Erice

*Director del espíritu de la Colmena y de El Sur

Fuente: http://www.clubcultura.com/clubcine/sol_membrillo/home.htm

7- Congresos, Seminarios , Talleres

Bert Hellinger en Argentina en Agosto del 2007

Informes: www.centrohelligerargentina.com.ar

8- Actividades del Grupo ConVivir

Orientación Familiar a cargo de Lic. Lili Calvo

Preparación pre quirúrgica con recursos como la música y el arte a cargo de la Lic. Anabella Ossani

Talleres de Trabajo corporal coordinados por la Lic. Virginia Grassi

Grupo de Reflexión para mujeres Lic. Virginia Grassi

Supervisiones a cargo Lic. Lili Calvo y Lic. Guillermo Ossani

9- Una carta para compartir

XV

Fundar otras culturas de cuidado...

Hola Eu:

Puedo comprender el estado de angustia con que me escribiste porque a mí también me afectó fuertemente lo del boliche. Ver a los chicos corriendo, entrando y saliendo del mismo tratando de rescatar a sus amigos, a sus compañeros, o tan sólo a otros pares con quienes compartieron por separado la idea de acudir esa misma noche a ese lugar. Esas escenas dantescas me dejaron por unos momentos sin palabras.

Sin pensarlo, a las pocas horas del hecho, decidí salir a colaborar con los sobrevivientes y sus familiares. La sensación de extrañeza, de empobrecimiento de la vivencia de los chicos, al tomar contacto con ellos, también me hizo recordar a Benjamin cuando relaciona la Segunda Guerra Mundial y el estado en el que volvieron los sobrevivientes a sus respectivos países. Estos chicos, Eugenia, habían salido de un escenario que jamás imaginaron que podría haber sido tan doloroso, tan angustiante. Un escenario que horas antes era sinónimo de fiesta, de alegría, se transformó súbitamente en una zona de terror y de desolación. Cuando llegamos con mis compañeros a uno de los lugares de atención, la respuesta de los padres fue bastante similar: “nuestro hijo está como enojado con nosotros, no nos quiere ni hablar, intenten ustedes, pero no creo que lo haga”.

Si bien la mayoría pudo hablar con nosotros, luego de un tiempo y voluntariamente ya que esa era la idea, el modo en que se dio me hizo pensar que estaba en retirada esa facultad de intercambiar experiencia, de narrar de boca en boca los hechos ocurridos y la posibilidad de los adultos de escuchar estos hechos. Aquí el narrador no sería aquel que tiene consejos para el que escucha, pues el consejo es sabiduría, y “la sabiduría se está extinguiendo”.

Ésta, Eugenia, es una historia que nadie quiere que continúe, pero sí que se le ponga un fin con justicia. Este narrador joven está, como dice Benjamín, imposibilitado de dar un consejo, está inmerso en una perturbación que lo sujeta.

Mientras tanto, la narración en los medios fue reemplazada por la información, cargada de explicaciones, imágenes siniestras, y con alguna que otra novedad para mantener el interés del público.

Pero, si bien el arte de narrar historias siempre ha sido el arte de seguir contándolas, y este arte se pierde si ya no hay capacidad de retenerlas, creo que esta historia no se agota, pues demanda la memoria de todos, como así también la reflexión.

Por otra parte, la narración de los chicos se vio perturbada por ciertos sentimientos de culpa que comenzaron a expresar luego de la segunda o tercera vez que los vimos.

Sentimientos que no deberían haber sentido, es cierto, pero que los interpeló a ellos acerca de su imposibilidad de haber podido hacer algo por aquellos otros que no pudieron sobrevivir.

Acuerdo con vos en aquello de: ¿quiénes de nosotros adultos, podríamos contarles a nuestros hijos experiencias como nos contaban nuestros padres, ya sea para calmarnos o atemorizarnos? si en realidad todo lo que sucede nos espanta y supera nuestra experiencia e imaginación. Citás a Lacan refiriéndose al poder de anticipación que tienen los poetas, a Kavafis, gran poeta griego, y no puedo dejar de nombrarte a Malevich, artista ucraniano que supo sobrellevar su propia pobreza al compararse con la precisión de Leonardo como pintor, y a partir de ese vacío, desarrollar su propia potencia, generando una nueva creación, impensada para la época. Es decir, no se resignó a abandonar la pintura como podría haber hecho cualquier otro artista o ser humano en semejante situación. Este hecho lo llevó a una profunda introspección, a una aguda reflexión sobre qué experiencia era posible desplegar frente al obstáculo imperante.

Si esto lo llevamos a la realidad de estos días, vemos que este movimiento de *tabula rasa* no es privilegio de las vanguardias, como sostiene Benjamin, al referirse a los bárbaros; a la filosofía, con Descartes y la famosa cita "Pienso y luego existo"; a la modernidad, como tiempo histórico, negando las pasadas tradiciones por considerarlas poco racionales, equivocadas en sus concepciones, con toda la carga que implica tirar abajo los principios de solidez y perdurabilidad de lo que habían criticado.

Por eso, tal vez, este es el momento en que frente a las cosas que nos ocurren -en las escuelas, que es nuestro espacio de trabajo, pero también

en la vida en general- la *tabula rasa* puede ser un punto de inflexión para pensar nuevas formas de abordaje.

Por lo pronto, y volviendo a esta terrible experiencia que te estoy relatando, lo que intentamos fue acercarnos a estos jóvenes a través de la escucha, de la palabra que contiene, que abraza, pero no a través de nuestra propia experiencia.

Algo, Eu, que reconforta en medio de tanto dolor y pesadumbre tiene que ver con que de la pobreza, tanto externa como interna, pueda surgir algo que nos gratifique: hace poco, en una escuela, charlando con unos chicos y chicas que habían estado en el boliche esa noche y que afortunadamente pudieron sobrevivir, nos contaron que habían conformado algo así como una agrupación cuya función es la de promover el cuidado de ellos mismos en los espacios a compartir como adolescentes. “Generar en nuestros compañeros conciencia, estar alerta si vemos que algo puede llegar a producirnos daño”, nos dijeron.

Me pareció una actitud que, en medio de nuestra pobreza como humanidad, en que nos hemos desprendido de los retazos de herencia que nos quedaba, apunta a fundar otras culturas de cuidado para sobrellevar esta realidad que nos toca compartir.

Te comento que quedé en ir a visitarlos al lugar donde se reúnen. Están con mucho empuje. Si querés, podríamos ir juntos.

Un beso grande

Alejandro

Del libro: Tiempos Diluídos, de Luis Raúl Calvo y Nora Nardo .

Edit Generación Abierta

Luis Raúl Calvo: Nació en Buenos aires Argentina en 1955. Psicólogo clínico, poeta, dirige la Revista Generación Abierta (Letras-Arte-Educación) desde su fundación en el año 1988. Se ha especializado en el Psicodiagnóstico de Rorschach; en Psicología Clínica de la Niñez y Adolescencia; y en Gestión y Conducción de las Instituciones Educativas. Trabaja como psicólogo en instituciones educativas desde el año 1982.

Nora Patricia Nardo: Profesora para la enseñanza primaria, Licenciada en Ciencias de la educación, Posgrado en Psicopedagogía Clínica y especialista en Gestión y Conducción de las Instituciones Educativas .

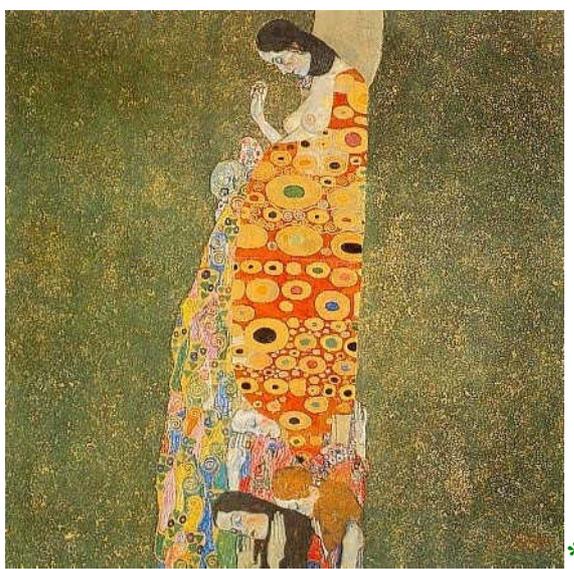
Jefa de Redacción de la revista generación Abierta(Letras-Arte-Educación). Se desempeña como psicopedagoga en el sistema Educativo desde el año 1982.

10- Una poesía para inspirarse

Poesía seleccionada en el Certamen del año 2006 de la Editorial Dunken,
A fin de integrar la Antología Poética
“Poesía Encontrada” de César Melis. Editorial Dunken

“Constelación de Vida”

A mamá



Soñabas con un vientre dulce, aquellos días de Noviembre.

Al paso, tejías siete hebras de ilusión en cada vuelta.

Desesperabas por dar a luz y alumbrar vida.

Es tu identidad, de parto sufriente,

niña madre, dadora gigante.

Madre: juro que esta tarde te pido el abrazo.

Aquél que se perdió en la nostalgia de la pérdida.

Qué el mandala azul nos ilumine a ambas, constelemos juntas.

Llego decidida, a darte los jazmines,

Y a cruzar miradas.

Madre, gracias por la vida.

Lili Calvo

Buenos Aires 2006

*** Imagen Cuadro de Gustav Klim : Esperanza II**