

ISSN 1668-3927

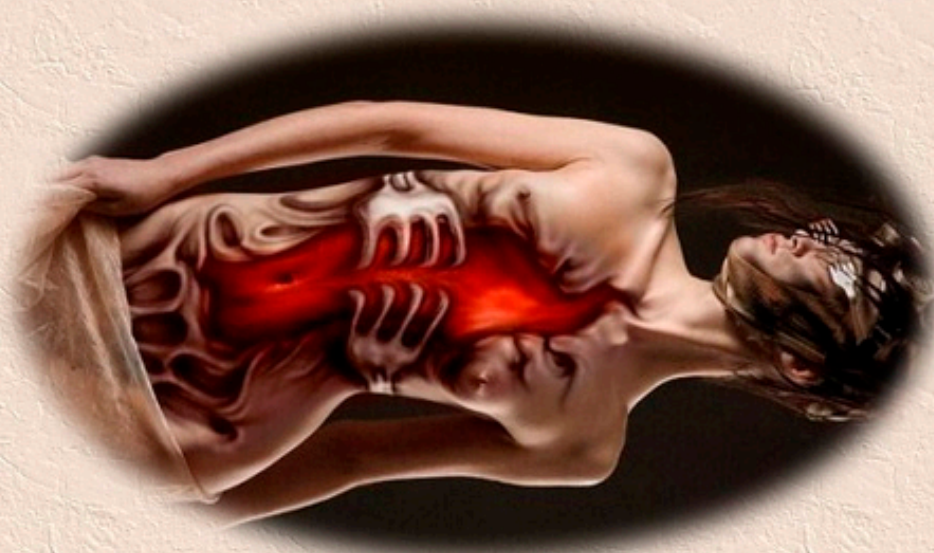
Tatuajes

REVISTA DE PSICOSOMÁTICA

www.psicomundo.com/tatuajes/

Número 4

Enero 2001



www.psicomundo.com

PsicoMundo

El portal de los psicoanalistas
y profesionales de la salud mental

Sumario

■ Editorial

Susana Torok - Psicoanalista Directora de Tatuajes. Integrante de E.A.I.P. (Equipo de asistencia e investigación en psicopatología - Hospital Dr. Cosme Argerich - Buenos Aires - Argentina)

■ La "demanda psicopatológica". Intervenciones del analista.

Judith Ben David - Psicoanalista
Integrante del Equipo de Asistencia e Investigación en Psicopatología, Hospital Dr. Cosme Argerich (Buenos Aires - Argentina).

■ Trastornos alimentarios y psicopatológicos

Mabel Malinowski - Psicoanalista

■ El abordaje multidisciplinario de la enfermedad cardiovascular

Dra Laura Bochatay - Dr Alberto Brondino - Dr Daniel Flichtentrei
Instituto de Prevención y Rehabilitación Cardiovascular. Morón. Pcia. de Bs. As.

■ Aproximaciones psicoanalíticas sobre el "Síndrome de Muerte Súbita del Lactante" (ALTE)

Orlando R. Barrionuevo - Médico psiquiatra y psicoanalista. Presidente de la Fundación Nombrar.

Editorial: Propuesta abierta

Susana Torok

Podrá creerse que dejamos en el olvido el compromiso asumido para la publicación de nuestra revista, esta vez, en su cuarta edición. Pero con el nuevo número renovamos la propuesta, que es posible por la insistencia de la dirección en lograr el compromiso de aquellos que habitan la inquietud de seguir escribiendo.

Cada publicación requiere del compromiso de ambas partes y aunque el mismo cuesta, invitamos a renovarlo cada día y en cada publicación.

La mención inicial al olvido, nos lleva a evocar al *tiempo*; el olvido lo es de algo ya acontecido, de un *tiempo* que fue. Curiosamente la evocación la hacemos en un tiempo que será, el del siglo XXI que inauguramos con esta edición.

¿Cómo será leído este ejemplar, si persistiera sin olvido, cuando se editorialice el inicio del siglo XXII?

¿Qué dirán entonces nuestros colegas de las ideas ya bicentenarias de Freud?

¿Será la Psicósomática, entonces, el lugar de lo no dicho, de la marca que como *Tatuajes* teorizó Lacan en un entonces lejano siglo XX?

En este número, el Dr. Orlando Barrionuevo, basado en una bibliografía médica del Síndrome de Muerte Súbita en el Lactante, y a modo de ensayo nos ofrece una hipótesis posible surgida de una articulación de conceptos psicoanalíticos.

Las licenciadas Judith Ben David y Mabel Malinowski presentan dos maneras de abordar la problemática del cuerpo en la clínica.

Un aporte desde la medicina hacen los doctores Laura Bochatay, Alberto Brondino, y Daniel Flichtentrei, médicos cardiólogos, con una propuesta de abordaje transdisciplinario de la enfermedad cardiovascular; nuevos interrogantes acerca de la caracterización de la enfermedad y la superación de fronteras metodológicas que operan como obstáculo para la visualización del fenómeno. La rehabilitación como espacio apropiado para ampliar la percepción de la patología y la formulación de procedimientos posibles, forman parte de su presentación.

Con todos ellos renovamos la propuesta.

La "demanda psicósomática" Intervenciones del analista

Judith Ben David

Mi intención en este trabajo es abrir a distintas preguntas que se nos presentan cotidianamente a aquellos que trabajamos con pacientes con afecciones en el cuerpo.

Surgen entonces interrogantes respecto al tipo de demanda que aparece en estos pacientes, o mejor dicho a la no-demanda, ya que en general estos pacientes son derivados por los médicos especialistas y en muchos casos el paciente no sabe por qué.

Vale decir entonces que aparece cierta dificultad en cuanto a la posibilidad de que se instale un espacio propicio para iniciar las entrevistas preliminares, a que se instale la neurosis de transferencia, ya que no hay pregunta, no hay síntoma inicial del cual -tal como Freud lo planteaba- podamos apoderarnos de él, para ponerlo a trabajar dando lugar al síntoma bajo transferencia. Otra de las cuestiones que aparecen es si hay una dirección de la cura específica.

Por eso más, que nada es mi intención hoy hablar de las reales dificultades que se nos presentan a los analistas, o por lo menos en mi caso en particular cuando recibimos -voy a nombrarlas en principio así- a estas personas con consecuencias reales en el cuerpo y, cuando digo consecuencias reales me estoy refiriendo a esos momentos donde lo real atraviesa al cuerpo del sujeto, donde se afecta lo imaginario del cuerpo, no bajo la forma sintomática- como Isabel de R- sino en aquellos puntos donde el cuerpo no habla, sino más bien, podemos decir que grita o se muestra. Podemos escribirlos así: irrupción de lo real en lo imaginario del cuerpo R-I

A esta altura tendríamos que, por lo menos mencionar, que para el psicoanálisis hay una íntima relación que se establece entre el cuerpo y el inconsciente, vale decir, que en el síntoma histérico por ejemplo hay una articulación entre cuerpo e inc. Podemos decir entonces, que en las afecciones psicósomáticas se produce una desarticulación entre esa noción y ese concepto fundamental. Hay fallas, desarticulaciones, algo que irrumpe de una manera salvaje, como una topadora, sin límite frene a eso que aparece con un quantum desmesurado. A ese goce Lacan le da un nombre: goce específico, sería un goce que trasciende los propios límites del fantasma.

Es por todo esto, que para esta ocasión pensé que más que hablar de teorizaciones respecto al fenómeno psicósomático, sería mejor plantear los problemas clínicos, las cuestiones que tienen que ver con las maniobras, las intervenciones, las apuestas e invenciones que el analista se ve obligado a hacer, - y lo digo en sentido fuerte del término-, pero no desde el punto de vista superyoico de la obligación, sino más bien en el sentido de cierta lógica que hace a la posibilidad de causar la puesta a punto del dispositivo analítico. A veces esto es posible, a veces solo queda en el intento. A veces por cuestiones del consultante, a veces por resistencias del analista.

Voy a pasar ahora, entonces a comentar una viñeta clínica que tiene que ver con esos momentos iniciales, de la primera, o de las primeras entrevistas, y la posición del analista en cada uno de ellas.

Es sólo por el sesgo de las consecuencias de las intervenciones, que uno puede dar cuenta de la práctica clínica que sostiene.

Vamos al caso: Elvira tiene aproximadamente 54 años y viene derivada por neurología ya que tuvo un accidente de tránsito, quedándole como consecuencia de ello un dolor en sus vértebras cervicales que ella refería como un clavo que tenía en su cuello que le pinchaba todo el día

con distintas intensidades de dolor. Le habían indicado usar cuello de Filadelfia, el cual venía usando hacía como dos años. Si bien esta señora había tenido en otra oportunidad tratamiento psicológico había sido por otras circunstancias y eso no facilitaba para nada que se instalara en el discurso analítico, ya que en este momento lo que irrumpía era:

- dolor intenso e insoportable en la zona afectada.
- desmayos y mareos frente a la analista
- interconsultas por la guardia general del hospital, debido a sus desmayos
- sacadas del cuello y puestas del cuello, como ella lo llamaba durante la entrevista,
- amenazas a la analista de que iba " a ver " un desmayo seguro.

Quiero aclarar en este caso que la paciente tenía- tal como Freud citaba en uno de sus textos- inteligencia asociativa, tenía inquietudes y preguntas respecto de algunas de las cosas que le estaba sucediendo (a nivel laboral, de pareja, sexualidad, etc.), pero había una insistencia de algo que irrumpía y no daba tregua para que se facilitara el trabajo analítico. El dolor, los desmayos, los mareos, los gritos, no paraban de irrumpir.

Vamos ahora a algunos de los dichos de la paciente y Algunas de las intervenciones:

En cierta ocasión la paciente dijo: "mire que me voy a desmayar, estoy segura de eso...."

La analista interviene diciéndole que no se asuste, que está en un hospital y que si eso llegara a ocurrir están los médicos que van a poder ayudarla.

Esa intervención posibilitó que pudiera desplegar en esa primera entrevista algunas cuestiones en relación a su historia familiar.

En otra entrevista retorna el dolor como tema o mejor dicho como grito, dolor que la aniquila como sujeto, que la deja sin posibilidad para tomar la palabra. Entrecortadamente la paciente refiere que está muy enojada con los médicos (visitó a una cantidad bastante considerable) ya que nadie le da un diagnóstico de lo que tiene, que nada le alivia el dolor, dice: "yo siento como si tuviera un clavo en la nuca , y por momentos es como si alguien me martillara ese clavo, ahí es más insoportable " Intervengo: ningún médico le pegó en el clavo?, corto la sesión y le sugiero que si puede me gustaría escucharla nuevamente en aproximadamente 45' . La paciente se retira un poco confundida por la propuesta, pero a la hora señalada vuelve.

Entra como una lady, en esos minutos de espera, se pintó los labios, se maquilló, se peinó. y dice : "no sé muy bien que decirle, ¡espere!, ¿me puedo sacar el cuello, así estoy más cómoda? Contesto: Mire, si Ud. quiere sacarse el cuello puede hacerlo, pero no delante mío, soy muy impresionable a eso...

Aparecen las carcajadas, aparece el alivio. Tanto del lado de la paciente como del lado del analista. Le digo que seguimos la semana próxima. Responde: ¡pero si recién entré! Le digo: ¿a dónde? Se ríe y dice: entré en confianza con Ud. Abro la puerta y hago semblante de que me pinche con un clavo del picaporte (era cierto que había un clavo) y digo alzando el tono de la voz: Ay! la pucha...me pinche con el clavo... ahora el dolor está en el dedo. Responde: "Ahora Ud. va a saber lo que es sentir el dolor". Fin de la sesión.

A partir de esa sesión, y digo sesión (después explicaré por qué) -y no entrevista -algo se produjo, algo se perdió, y pudieron entonces aparecer las miserias neuróticas, las inhibiciones, la neurosis infantil...

Pero vayamos ahora al punto más complejo: ¿qué fue lo que pasó? ¿Cómo es posible que a partir de esas intervenciones las cosas comenzaron a cambiar y tan rápidamente?

¿Qué tipo de lectura de las intervenciones podemos efectuar? ¿Qué fue lo que se perdió?

¿Qué paso con el dolor, con el cuello, con los desmayos y todas esas escenas del principio del relato?

Fíjense que podemos ubicar a Elvira más del lado de una clínica que no tiene que ver con las formaciones del inc. -no hay síntoma, no hay sueños, no hay fallidos...- sino más bien irrupciones o podemos decir con esa irrupción de goce que no condice con el goce fálico, es un padecimiento casi sin medida -me atrevería a decir. Es un goce enloquecido, un goce que no para, que no se enmarca, y que trompea al sujeto dejándolo desmayado, ¿será la única posibilidad que tiene de descansar? ¡Vaya descanso!, sin dejar lugar para que ese sujeto pueda aparecer representado en algún significante, sino más bien para volver a soportar en el cuerpo.

Ahora bien, voy a empezar por la última sesión y trataré de explicar por qué ubico allí una sesión y no una entrevista.

De lo que es una entrevista podríamos decir muchas cosas. La primera entrevista con el analista, las primeras entrevistas analíticas, pero me gustaría ubicar en este caso en particular lo siguiente:

Quiero ubicar a todo ese momento de escenas casi obscenas que ya relaté, como las entrevistas en el sentido de entre-dos -vistas, y cuando digo entre dos vistas me estoy refiriendo al eje imaginario entre dos, y dos vistas en el sentido de lo que se da a ver (ver como se desmaya, ver como se saca o se pone el cuello, ver su rouge, verla en la guardia, donde comenzaban a aparecer ciertas demandas, por ej. me pone la chata... me hago pis.....). Punto álgido para el analista, para la responsabilidad del analista, responsabilidad no en el sentido de las respuestas, como sería según el discurso médico, sino responsabilidad sostenida desde una ética. Ética de lo real. Voy a parafrasear a Lacan cuando decía que los analista no tienen que retroceder frente a lo real, en la psicosis, yo diría que cuando hablamos de esos pacientes no deberíamos retroceder frente a lo real que irrumpe en el cuerpo, pero no al modo del accionar del médico, -quien interviene sobre el goce dando respuestas- sino haciéndole frente a lo real, rechazando el goce que se muestra, y digo rechazando el goce y no rechazando al sujeto. Muchas veces el analista no puede intervenir frente a lo real -es más, Lacan dice en el Seminario del acto- que el analista tiene horror frente al acto, dando lugar a que aparezca la resistencia; resistencia del analista; son esos momentos donde el analista no está bien instalado, vacila, se asusta, se impresiona, el analista no se anima, cree que no le corresponde tal cosa, aparecen los ideales, la moral. Que quede claro que no estoy diciendo que no sintamos estas cosas muchas veces, es más,- y les confieso algo- yo detestaba a esta paciente, me producía mucho rechazo, me daba mucho trabajo, pero al poder revisar la posición del analista -vía la supervisión y el análisis del analista- se empezó a correr ese eje del entre dos y a partir de las intervenciones, se dio lugar a la instalación del eje simbólico, el eje del equívoco y donde al encontrarle la vuelta, algo giró, algo viró, algo se dio y algo cedió, por eso ubico allí la sesión, que no es ni más ni menos que cesión de goce. Goce maléfico, por cierto, goce tóxico, que inundaba al sujeto sin que este pudiera aparecer representado por un significante para otro significante.

Entonces podemos revisar las intervenciones, haciendo una lectura retroactiva para situar que estatuto tuvieron, si fueron intervenciones afortunadas -como dice Lacan- y los efectos en la dirección de la cura con este tipo de pacientes.

Vayamos a cada una de las intervenciones

_ aquella en la cual la analista se muestra sin temores frente a la casi certeza por parte de la paciente que se iba a desmayar , es más había amenaza de que iba a ver un desmayo. Podemos ubicar en esa entrevista lo que Lacan plantea como disyunción de campos, disyunción del discurso médico del discurso analítico. Se separa lo que es del orden médico y lo que es del dispositivo analítico. Hay una apuesta a esperar la emergencia del sujeto y no esperar a ver cuándo se desmaya. Esa intervención funcionó como "a priori" a la confección de la novela familiar.

_ en el segundo recorte de las intervenciones, aparecen dos momentos:

Uno donde la analista le pega en el clavo, o es el clavo mismo. Se produce, podríamos decir, una transferencia del clavo, ahora el analista lo soporta, como soporte, no como padecimiento, ya no lo tiene el sujeto. Hay un corte, una escansión en ese punto donde el equívoco irrumpe. Y luego un segundo momento donde a partir de escandir entre un significante y otro, entre el " recién entré " y el " entré en confianza " dejan de lado el entre de las entre-dos-vistas y donde además se produce una transferencia del dolor, en el cuerpo del analista. Aparece un saber acerca del dolor articulado a la figura del analista. Podríamos decir un Dolor Supuesto Saber, jugando con lo que sería la instalación del sujeto supuesto saber, punto donde se articula la transferencia simbólica.

Entonces este recorte, lo que intenta. es ubicar este tipo de clínica con la que nos encontramos los analistas, donde aparece un tiempo podríamos decir pre-analítico, donde hay que despejar toda esa maraña de signos, donde el analista allí no tiene nada que hacer desde la perspectiva de dar respuesta las afecciones, pero sí, en todo caso, con lo que eso muestra o da a ver. Entonces no podemos contar -en principio- ni con el significante, ni interpretando, ya que todavía no hay qué cosa interpretar, pero donde sin embargo tenemos una responsabilidad, vale decir , estamos llamados a un qué hacer con eso que irrumpe en el cuerpo, apostando a hacerlo pasar por el desfiladero de los significantes, Entonces en este primer tiempo, estaríamos trabajando con algo que no es de la materialidad del significante, es decir, este recorte nos muestra que de lo que se trata es : ¿ qué hacemos con ese goce que hace falta que no haya? Por eso creo que el analista tiene que afilar sus orejas para poder ir acotando ese goce del cuerpo incivilizado y que no es por la vía de la interpretación que vayamos a poder ir recortando a ese cuerpo, sino más bien- y esta es mi apuesta y lo que quiero transmitir hoy- lo es por la vía del acto, del corte, del suspenso. Es decir rechazando a ese goce que se nos da a ver y donde el sujeto no puede aparecer como efecto sujeto.

Una cosa más para ir terminando. Para esto no hay recetas, no se enseña cómo se hace, espero no desilusionarlos. En el punto del acto analítico no hay socios, no hay entre-dos-vistas- más bien, hay soledad del analista, y es por el sesgo de la invención - y creo que es lo que cada día nos causa a seguir- la vía regia para poder abordar a esta particular clínica de las afecciones psicósomáticas.

Voy a concluir entonces, con un párrafo de la conferencia que Lacan da en Ginebra en 1975, sobre el síntoma, en relación a una pregunta que le formulan sobre lo psicósomático. Él contesta: "... es por la revelación del goce específico, que hay en su fijación como siempre debe tenderse a abordar al psicósomático. En esto podemos esperar que el inconsciente, la invención del inconsciente pueda servir para algo.

Trastornos alimentarios y psicopatológicos

Mabel Malinowski

Introducción:

En este trabajo, se intenta mostrar, como una paciente que presenta manifestaciones somáticas, trata a través de un modo de funcionamiento particular, resolver sus estados depresivos, sin conexión con sus estados internos, y la imposibilidad de ligar sus vivencias a un universo simbólico.

Se describe la inermidad yoica, los ensambles con otras corrientes psíquicas y los mecanismos defensivos.

Historia clínica:

Alberta es una paciente de 47 años. El padre murió en el año 96. En el transcurso del año de tratamiento, queda viuda. A los dos años de la muerte de su padre se le detecta un cáncer de mama.

La paciente tiene una hija de 15 años. Trabaja como empleada administrativa.

Cuando viene por primera vez a la consulta, me cuenta en un tono monótono, que está operada de cáncer, datos, fechas, operaciones, tratamientos, etc. Cuando le pregunto por su peso (es hiperobesa), me dice:

Ay!, metiste el dedo en la llaga!

Le digo que me cuente desde cuando es obesa, que me cuente la historia de su gordura:

-"Cuando quedé embarazada pesaba 63 kilos, Cuando estaba embarazada en el quinto mes de embarazo, nos enteramos con mi marido que mi suegra quería la casa donde estábamos viviendo, y en el octavo mes, nos desalojó, nos dejó en la calle". "No podía parar de comer, no terminaba los tratamientos para adelgazar, tragaba sin sentir sabor" (aprieta los dientes cuando dice esto). Le pregunto si comía con rabia y me dice que sí, con mucha rabia, con furia.

Refiere constantemente la preocupación que tiene por su hija, que no la ve bien, como desganada, que no acepta la muerte del padre. Tiene miedo de su mal rendimiento en el colegio, que repita el año. No quiere que pierda nada más.

Le pregunto si su hija es obesa y me dice que desde que murió el padre engordó 12 kilos.

Le pregunto por su suegra y aduce: "La incursión de mi suegra me molesta. Ella estaba loca porque Horacio, cuando estábamos de novios, me empezó a dar el dinero de su sueldo, ella se puso loca". Yo después de la última quimioterapia estaba desganada, me metía en la cama y no quería levantarme, ni bañarme. Cuando me enteré que iba a visitarme mi suegra, me levanté, me bañé y me puse a limpiar la casa, para que esté todo brillante".

-¿Por qué?

-Porque la quiero cagar con altura.

_¿Cómo es eso?

_Sí, yo quiero que aunque estemos mal, ella nos vea bien, que nos vea armadas.

Le pregunto acerca de la relación con su madre:

"Bien, me llevé bien con mi mamá, ella siempre hizo diferencias entre nosotros, pero eso no me afectó. Lo que sí, me molesta es la diferencia que hace con mi hija. Lo mío no me jode pero que no me toquen a mi hija porque exploto. Mi hija dice que su abuela es una intrusa, yo no me doy cuenta. Eso sí me costó mucho despegarme de mi madre cuando murió mi papá. Yo siempre fui una hija muy dócil, muy complaciente."

Funcionamiento del psiquismo:

Se puede verificar una relación vincular con la madre, alterada. Pareciera apresada en una estructura muy intrusiva y pegoteada. Para ella la separación del objeto parece implicar la pérdida de contexto, (estando embarazada, la suegra la expulsa de la casa junto con el marido). Cobra vitalidad, se arma y se organiza, pero también incorpora indiscriminadamente a partir de un vínculo de hostilidad con la suegra.

Se advierte que su fachada caracteropática preexistía al desencadenamiento de su adicción a la ingesta indiscriminada. Es decir, recurrir a la incorporación implicó tratar de neutralizar un vínculo celotípico, que se avivó con el nacimiento de su hija.

Esto se ve muy claramente cuando me dice: "metiste el dedo en la llaga", con lo cual se supone que alude a una herida no cicatrizada que persistía con anterioridad, que con el nacimiento de su hija se reactivó. Su hija le permite objetivar la llaga, refiriéndose a un mundo celotípico que se aviva con la expulsión de la suegra del entorno familiar.

La suegra prefiere a la otra hija (la cuñada, vive con la madre), que sustituye a: "la madre prefiere a la otra hija", (cuando aduce que su madre hacía diferencias, pero que a ella no le afectaba).

La hipótesis de trabajo es que ese vínculo familiar violento que la paciente proyecta en sus padres políticos, es parte de su realidad psíquica. La violencia despótica queda proyectada afuera, y en ella aparece la desestimación del sentir, que sustituye por la ingesta indiscriminada, la cual implica un modo de interferir los procesos psíquicos. El yo recurre a un acto compulsivo que atenta contra la autoconservación. La pulsión de muerte, promueve una alteración orgánica, en lugar de un procesamiento psíquico. Predomina en ella la adicción con retracción autoerótica, y se le agrega a ello una afección somática.

El mundo de los celos:

En el abordaje clínico se toma en consideración el hecho de que su obesidad, comenzó en el quinto mes de embarazo cuando se entera de que la suegra los va a desalojar y queda en la calle.

La ingesta alimentaria indiscriminada, se supone tiene como meta, neutralizar la furia contra su suegra; la cual Alberta supone muy celosa, porque su hijo a raíz de las peleas con la madre, corta la relación con sus padres.

El pánico hipocondríaco:

Freud, sostuvo que la adicción constituye una forma particular de autoerotismo, como sustituto de un autoerotismo primordial. La sustancia intoxicante es una réplica mundana de la toxicidad de la pulsión. Autoerotismo tóxico en que la libido narcisista queda estancada. Se supone que en la paciente hay un tipo particular de angustia que no puede ser procesada psíquicamente, es decir no hay palabras y tampoco escucha para esas palabras. Se trataría de un pánico hipocondríaco suprimido: "He llegado a levantarme a las dos de la mañana, mientras mi marido dormía para hacerme fideos con manteca que no le sentía el gusto".

La falta de escucha supuesta en el marido, se expresa en esta incorporación tóxica, que sustituye al pánico mudo.

Auto supresión subjetiva, eliminación de pensamientos, de recuerdos y de la conciencia misma. (Tal vez suprimiendo los pensamientos y celos de lo que su marido podría estar soñando y no poder incursionar en ellos, suprimiéndola de su conciencia?).

En el abordaje clínico, también se privilegió su relación con los estados de furia impotente y rabia, como motor de su energetización, ordenamiento y armado como procesamiento psíquico.

Suponiendo que el mundo está poblado de personas "locas, rabiosas y que siempre pretenden expulsarla, cada vez que ella concreta un proyecto, el cual tratan de arruinar".

En el abordaje terapéutico, se le señala, que el vínculo que tiene con la suegra, es un funcionamiento, muy típico, muy antiguo y familiar.

La pulsión de dormir:

Pese a que Freud, relacionó la pulsión de dormir con la autoconservación, hay casos en que parece estar más relacionado con el dejarse morir.

El insomnio que padece, parece estar relacionado con el supuesto de que si se duerme, pueden desalojarla, suprimirla. Esto es lo contrario a recibir una investidura tierna desde el mundo.

Ella refiere que en los primeros meses de embarazo tenía mucho sueño, después recibe la carta de desalojo. Desde entonces no durmió como antes.

Dormirse es sinónimo de desalojo, y mientras está insomne, se intoxica para no sentir pánico.

La aparición del proceso psicósomático:

El abordaje clínico de esta paciente, me lleva a pensar que el proceso canceroso aparecido, si bien se puede pensar en un duelo patológico por la muerte del padre, ocurrido dos años antes, es el resultado de un funcionamiento que es muy antiguo.

A la manera de una formación caracterial, con patologías somáticas que van apareciendo en distintas etapas de su vida, y comprometiendo cada vez órganos más importantes (alergia, hipertensión, obesidad y cáncer).

Funcionar sin fallas, de manera permanente, siendo una hija dócil y buena, una hermana ejemplar, una esposa fiel, una nuera que sólo quiere demostrar que todo está bien, cuando por dentro un cáncer la devora, exige una profunda modificación caracterial, con un desgaste de energías que la deja abúlica.

Las exigencias familiares incorporadas, las internas desestimadas, la subjetividad suprimida, hacen suponer que su problemática se sitúa muy tempranamente. La paciente ahora advierte que ha sido la conformista "perfectamente educada", sobre todo cuando le hago alguna pregunta y responde: "correcto, nunca tuve problemas, las diferencias no me afectan".

Conformismo, que como dice Samí-Alí, no es astucia ni estratagema, sino dificultad radical de ser diferente, y que determina tanto el comportamiento social, como la sensibilidad, las percepciones, la imaginación y el pensamiento.(.)

La cultura en este sentido, se supone que incorpora, instituye fronteras registrables, decide sobre los individuos que la integran, y sobre todo los que deben ser considerados extraños, excluye lo que ella considera incompatible.

Esta paciente, se supone que incorpora un sistema de valores y normas legitimados por un super-yo muy severo (··), que atribuye un fundamento irreductible y un sentido preestablecido a las prácticas y a la vida, en tanto instituye una forma de pensar y de sentir. Una instancia que sofoca e impide el acceso de cada persona al estatuto de un sujeto que siente y actúa por sí misma y poseedora de características discriminantes y en consecuencia, del reconocimiento de la alteridad.

Psicoimmunología:

La relación entre el intercambio de los factores psicosociales y los parámetros inmunitarios, forma parte de una investigación de una ciencia reciente denominada: PSICOINMUNOLOGIA.

Define a la disciplina que estudia en modo sistemático el sistema inmunitario, el endocrino y la dimensión emocional-relacional-

La primera investigación, focaliza su atención, sobre los componentes stresantes (Fischer, 1972), que conduce a la hipótesis de la influencia del estrés sobre el proceso inmunitario. Se ha avanzado en la hipótesis de que los factores de estrés psicosocial, pueden aumentar la predisposición de un individuo a padecer determinadas categorías de enfermedades infecciosas, autoinmunes, neoplásicas, o déficit inmunitario.

Mc Kinnon, ha observado un gran número de individuos, donde los linfocitos T, han disminuido en presencia de estrés crónico. (···)

Los linfocitos T (forman parte de las células encargadas de la defensa inmunitaria), se renuevan sin cesar y deben aprender a distinguir el propio ser, del no propio ser. Existe una creación continua de la identidad inmunológica, cuyas patologías muestran que este sistema, puede desarreglarse con el paso del tiempo. El fenómeno psíquico de la creatividad, es también una actualización continua a partir de las formas innatas.

El abordaje de las afecciones psicósomáticas: (el problema económico planteado por la organicidad)

En Introducción al Narcisismo, Freud, señala la concentración libidinal que se produce en el órgano enfermo.

Estos son objeto de una sobreinversión narcisista. Parece que esta condición no es tolerada mucho tiempo y exige emprender una nueva acción psíquica, cuyo objetivo es la evacuación de la cantidad en exceso.

La función de la proyección cuyo papel es decisivo, se encuentra en condiciones de realizar esta tarea.

M^Uzán, toma el término curación como sinónimo de desenlace de un proceso de servidumbre. En el análisis se pretende que se establezca, lo que nunca existió. Los pensamientos y sentimientos que el analizado tiene en forma potencial, se moldean en el analista. "Este magma fértil, puede convertirse en una obra de arte".(····)

En el abordaje terapéutico, se remarca el pasaje de una corporalidad ligada a la necesidad-exigencia, a otra que se organiza en torno a la creatividad imaginaria.(·····)

Subjetividad y somatización tienen una relación opuesta. La subjetividad entendida como producto de lo imaginario y principalmente de los afectos.

Notas

(1): Samí-Alí, M: Pensar lo somático.

(2): ob. cit.

(3): De Cor, A. Facoltà di psicologia dell'Università di Roma: "La Sapienza": il Lupus Eritematoso Sistemico.

(4): M'Uzan, M.: La Boca del inconsciente. Amorrortu. (199).

(5): Lic. Susana Rotbard: Artículo sobre la T.I.M: en prensa

Bibliografía General:

Freud, Sigmund:

- A propósito de la crítica a la Neurosis de Angustia. (1895)
- Puntualizaciones Psicoanalíticas. Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente. (1922)
- Introducción al Narcisismo. (1914)
- Inhibición, síntoma y angustia. (1926)
- Más allá del principio del placer. (1920)
- El yo y el ello) Amorrortu, editores.

Maldavsky, David.:

- Teoría y Clínica de los procesos tóxicos. (1992) Amorrortu.
- Pesadillas en vigilia (1995) Amorrortu.

M'Uzan, M.:

- La boca del inconsciente. Amorrortu. (1994)
- De l'art a la mort. (1977).

Sami-Alí, M:

- Pensar lo somático. Paidós-
- El cuerpo, el espacio y el tiempo. Amorrortu. (1993)

El abordaje transdisciplinario de la enfermedad cardiovascular

Dra Laura Bochatay, Dr Alberto Brondino, Dr Daniel Flichtentrei.

Introducción:

Las enfermedades cardiovasculares constituyen un ejemplo paradigmático en el que pueden reconocerse la confluencia: *compleja, múltiple, interactiva y en ocasiones impredecible* de numerosas causas y factores moduladores que intervienen en su génesis.

Se trata de la patología de mayor mortalidad del mundo industrializado, relacionada claramente con los hábitos culturales e históricos (alimentación, sobrepeso, sedentarismo, tabaquismo), con las condiciones simbólicas de la existencia socialmente conformadas (competitividad, condiciones de trabajo, inseguridad, stress, etc), con la genética, con la biología molecular y la bioquímica sanguínea (factores hereditarios, dislipidemias, trombogénesis, disfunción endotelial, HTA).

Los abordajes de un cuadro con las múltiples determinaciones que este exhibe no admiten las modelizaciones reduccionistas ni la superficialidad de los esquemas de causalidad lineal y determinista.

La evolución de las ideas que la medicina ha propuesto respecto de las enfermedades cardio-cerebro-vasculares da cuenta de un itinerario histórico que se desplaza desde las concepciones centradas en los aspectos hemodinámicos y las causalidades únicas y directas hasta las que reconocen interacciones recíprocas entre innumerables elementos que participan en su fisiopatología más íntima.

Incuso en el interior del *modelo biológico* de estudio de la enfermedad se ha operado una transformación *epistémica* significativa. Las hipótesis actuales establecen modelos de interpretación que diseñan un espectro de relaciones etiológicas y fisiopatológicas entrelazadas en un *plexo* sobre el que la obstrucción arterial se establece y que la precede en años, que es responsable de su evolución y sus complicaciones.

Se desplaza el énfasis de la obstrucción misma como causa determinante de la enfermedad hacia las condiciones subyacentes que permiten que ésta se produzca, se complique, se estabilice o involucre.

La complejidad se instala definitivamente sustituyendo al reduccionismo y a la simplificación.

El reconocimiento de lo inacabado e incompleto de los saberes, su carácter provisorio y su replanteo crítico permanente están presentes en la descripción actual de los procesos aterogénicos y su continua transformación constituye la manifestación más rotunda de éste fenómeno.

La aleatoriedad, la impredecibilidad, el caos relativos a algunos aspectos fenoménicos de la enfermedad son incorporados al esquema del análisis científico expandiendo nuestras posibilidades de comprensión antes limitadas por esquemas de pensamiento que desterraban aquellas categorías.

En los últimos años han adquirido relevancia algunas propuestas que relacionan los biológico y lo psicológico aportando una mirada relacional que enriquece el conocimiento de la enfermedad.

La *psiconeuroinmunoendocrinología* pone de manifiesto el papel trascendente de una serie de mediadores bioquímicos que modulan la interacción entre los fenómenos psíquicos y las respuestas orgánicas.

El dispositivo así descrito hace ingresar en el terreno de las verdades *científicamente aceptadas*, algunas de las antiguas consideraciones que antropólogos como *Claude Lévi Strauss* ya habían descrito como: "*eficacia simbólica*" y cuyas respuestas biológicas a menudo no difieren en cuanto a la cadena de acontecimientos celulares y moleculares a los de la *eficacia farmacéutica*.

Sin embargo pareciera que aún quedan fuera de estas descripciones tan estimulantes el rol del ambiente, la cultura, la sociedad, a las que no podemos separar sin desgarrar un tejido que está indisolublemente unido.

Los conceptos con los que la medicina construye su saber y de los cuales los médicos extraemos los criterios que guían nuestra *praxis*, lejos de ser una traducción genuina de lo real sin interposiciones o mediaciones de ningún tipo, se encuentran profundamente insertos en la cultura de la que formamos parte, en los paradigmas históricos del tiempo que nos toca vivir y responden a un modelo de racionalidad vigente. Toda situación médica implica una mediación, es decir un nexo indisoluble con *lo social*.

El tipo de causalidad consagrado por nuestra *cultura médica* vigente como la única posible y la que detenta la exclusividad de los prestigios canónicos de la ciencia es aquella que recibe la legitimación social e histórica.

Estas situaciones en el campo del conocimiento se sustentan no en criterios de verdad o pertinencia de orden científico sino simplemente en la hegemonía social que un discurso adquiere respecto de otros posibles.

Aún cuando secretamente perseguimos la quimera de estar dando cuenta de la realidad más desnuda y objetiva ponemos en juego todo un arsenal ideológico que, a la vez que sustenta esta ilusión, oculta sus procedimientos bajo la fachada de la *transparencia y la objetividad* totales.

El *modelo hegemónico en ciencias* se sustenta en una fragmentación de los saberes a menudo mutilante y disyuntora. La parcelación y especialización extremas del conocimiento disponible carente de articulaciones transdisciplinarias y encapsulado en una versión unidimensional de la realidad desgarran y fragmentan el tejido complejo del mundo haciéndonos creer que el corte *arbitrario* operado sobre la realidad es la *realidad misma*.

Esta modalidad del conocimiento desnuda actualmente sus fracasos como sistema de *comprensión*, enmascarados hasta hoy por sus éxitos como sistema de *manipulación*.

La propia historia del pensamiento occidental fundamenta el abismo, a menudo insalvable, entre las disciplinas. Esa esquizofrenia heredera de la *metafísica platónica* y la *dicotomía cartesiana* subsiste hasta nuestros días en el doble carácter de la organización del conocimiento y en la incomunicación y la irreductibilidad de los saberes alambrados en fronteras tan estrechas como inútiles.

Como no podía ser de otra manera, toda perspectiva que, liberada de estas ataduras ancestrales y dogmáticas logre inscribirse en el fecundo campo de la transdisciplinariedad, hará temblar el robusto edificio de la institución burocratizada y será por ello estigmatizada como: "*indisciplina*".

El modelo de ciencia institucional y cristalizada resiste el menor cuestionamiento y rechaza con violencia mediante el argumento de lo "*no científico*" todo aquello que no responde a sus propios esquematismos tan estrechos como impermeables.

La realidad de la enfermedad y el padecimiento escapa al campo de las disciplinas, las excede y las atraviesa incluso cuando, presas de su propia ceguera y su propia arrogancia, estas se atribuyen la potestad indelegable de explicarlas, analizarlas y modificarlas de manera completa y autosuficiente.

La enfermedad admite analizar sus mecanismos profundos y decisivos que permanecerían ocultos a la ciega mirada de un espíritu dogmático y cuantificador. No pocas de sus aristas más relevantes escapan a lo que nuestros tradicionales procedimientos hacen visible, permaneciendo debido a ello por fuera del campo de estudio de las disciplinas y restando posibilidades de comprensión de los fenómenos y de resolución de los problemas.

Una visión estrecha no sólo limita la capacidad de encontrar soluciones adecuadas sino que hace imposible dar el paso previo fundamental y decisivo: impide reconocer las problemáticas a consecuencia de una ceguera metodológica que, recorta un campo de visibilidad y decibilidad arbitrariamente para luego, ocultando este detalle, exhibirse como sujeto de la visibilidad total.

El individuo en situación de enfermedad participa del *principio de recursividad* siendo al mismo tiempo producto y productor, rompiendo con la linealidad mecanicista de las causas y los efectos. El enfermo no es un ente aislado sino que se encuentra en permanente intercambio con el ambiente del que forma parte. A la manera de la estructura *fractal*: "*la parte está en el todo y el todo está en las partes*".

Del mismo modo que cada persona constituye una unidad de la sociedad de la que forma parte, la sociedad se encuentra inscrita en cada individuo de manera profunda e indeleble a través de esa *herencia extrasomática* constituida por las marcas culturales cuya impronta modula y condiciona todos los hechos de la vida humana. La enfermedad no podía permanecer ajena a esta característica pese a los intentos del modelo médico hegemónico de reducirla a un fenómeno estrictamente biológico y dotado de una ontología propia.

¿Dónde aparecen la cultura, los procesos de simbolización y de asignación de sentido en la descripción de las enfermedades que nos aquejan?

¿De qué modo nuestros actos médicos los toman en cuenta y operan sobre éstas variables determinantes a la hora de enfermar?

Si bien es cierto que algunos de estos aspectos son enunciados entre los factores intervinientes en la enfermedad, el acto médico, preso de un modelo de acción centrado en la prescripción farmacéutica y la utilización de tecnología de punta, no parece ponerlo en práctica.

El médico se encuentra en una situación de encierro, cercado por una formación de neto corte *biologicista-positivista* y unas condiciones de trabajo degradadas en base a la imposición de los criterios de la eficacia y la productividad heredados de la empresa y la industria. Esta doble condición es la responsable de la dificultad en la comprensión profunda y la asignación real de un papel trascendente en su idea de enfermedad a las variables sociales, antropológicas, culturales que a menudo quedan circunscriptas a una retórica hueca y superficial sin repercusiones concretas en el ámbito de las conductas efectivas. La enfermedad percibida como una "*realidad en sí*", descontextualizada y carente de representaciones simbólicas y de subjetividad se hace ilusoriamente aprehensible sin necesidad de apelar a profundizaciones ni requerimientos de otros saberes. Los discursos que sobre ella se hagan desde otras perspectivas, lejos de ser integrados expandiendo la mirada, resultan descalificados o relegados al terreno de la literatura, las habladurías o las "*trivialidades*" de las ciencias blandas.

Proyecciones hacia un futuro que no cesa de comenzar:

“La realidad es una perra. ¿ Qué tiene de asombroso, por otra parte, ya que ha nacido de la fornicación de la estupidez con el espíritu de cálculo – desecho de la ilusión sagrada entregada a los chacales de la ciencia”.

Jean Baudrillard. "El crimen perfecto". Anagrama., Bs As, 1.996.

Hoy, posiblemente estemos asistiendo a una de las mayores transformaciones epistémicas en las propias bases científicas sobre las que asienta la práctica médica. Los fundamentos sobre los que se funda el estudio de las patologías humanas, sufren una modificación nada superficial proveniente de los territorios de la Biología molecular, la Genética y la Bioquímica.

La postmodernidad en la ciencia, disuelve las referencias clásicas del tiempo, del espacio, de la causalidad, en aras de una nueva determinación, cuyas coordenadas aún no acaban de definirse

El siglo XVIII produjo, con la introducción de la Anatomía Patológica, una alteración radical en los modos de representación espacial de la Medicina. La enfermedad adquiere su lugar en las dimensiones de un espacio nuevo, el órgano como estructura tridimensional ocupa el centro de la atención del investigador. Se abandonan las lisuras de los tejidos y las clasificaciones, el oscuro corazón de las cosas revela su lugar.

En nuestros días se gesta una nueva alteración de ese espacio donde el núcleo de la patología esconde su verdad más recóndita.

Poco a poco nuestros modos de comprender los fenómenos abandonan la espacialidad moderna, para sustituirla por ese lugar intangible, donde habitan las moléculas, los genes, los priones, las partículas virales.

La representación tridimensional del órgano como centro originario de los procesos de la enfermedad estalla, sus fragmentos se diluyen dispersos en el limbo de un microcosmos sin espacio preciso.

Los dispositivos de comprensión de esta nueva realidad, aún no establecidos de modo sistemático, pugnan por organizar un nuevo estatuto de la representación. Momentáneamente conviven nuevas teorías con antiguas representaciones, caos transicional cuyo destino definitivo aún ignoramos, pero cuyas perturbadoras implicancias alcanzamos a vislumbrar.

Esta nueva realidad, no agota sus dislocaciones en el ámbito del espacio, involucra el eje temporal con un cambio radical en los momentos del diagnóstico e incluso de la terapéutica. Ya no resulta necesario que el acontecimiento ocurra para su diagnóstico, ya no se requiere la presencia de las devastaciones de la enfermedad para emprender la terapéutica, hoy es posible su detección desde el propio instante del nacimiento y, mediante una ingeniería que diseña los rasgos del futuro, emprender el tratamiento de aquello que aún no tuvo lugar.

Qué quedará de aquellos momentos remotos en que el acontecimiento, con su presencia contundente era el inicio de la cadena de intervenciones médicas?

La realidad, con su carga de tangibilidad y presencia, abandona su lugar en el centro de la escena. Su materialidad sucumbe al asesinato, la ilusión material del mundo da lugar a otra, de meras apariencias, virtualidades y transparencias.

El signo se convierte en objeto, abandona su condición de metáfora, se precipita en materia bruta con una conmovedora eficacia homicida.

La imagen ya no imagina lo real, ella misma lo sustituye.

La realidad ha sido expulsada, las cosas han engullido los espejos y son transparentes a sí mismas.

El mundo se transforma en mundo de signos puros, que no "significan" realidad alguna.

Un discurso en el que no hay nada que decir para un mundo en el que no hay nada que ver.

El azar se introduce en la lógica del pensamiento científico, su presencia se ha convertido en purgatorio de la causalidad.

Las cosas reconocen otro encadenamiento que el de sus causas, el principio determinista de la causalidad es puesto en cuestión.

Subsiste, sin embargo, una arcaica melancolía, cada uno de nosotros prefiere secretamente un orden arbitrario y cruel, a las angustias de un orden liberal en el que ya no sabe lo que quiere.

Antes sucumbíamos a la determinación máxima, ahora a la indiferencia absoluta.

En silencio se ansía la tibia protección de un Código de Manú.

Inutilidad de los esfuerzos de identificación.

Incandescencia insoportable del presente.

Menos mal que la realidad ha dejado de existir, fragmentos solitarios de sus signos vacíos circulan inconexos en las desoladas pantallas de la ciencia.

Las condiciones sociales y la naturaleza de los saberes:

"Una cultura determinada a la vez abre y cierra las potencialidades antropológicas del conocimiento. Las abre y las actualiza, al proveer a los individuos su saber acumulado, su lenguaje, sus paradigmas, su lógica, sus esquemas, sus métodos de aprendizaje, de investigación, de verificación, etc. Pero al mismo tiempo las cierra e inhibe con sus normas, reglas, prohibiciones, tabúes, su etnocentrismo, su autosacralización, su ignorancia de su ignorancia. Aquí también lo que abre el conocimiento es lo que lo cierra".

Edgar Morim.

La cultura, ambiente propio de la sociedad humana, está *organizada* y es a la vez *organizadora* mediante el vehículo cognitivo por excelencia que es el lenguaje y a partir del capital simbólico colectivo de los conocimientos adquiridos, de las habilidades aprendidas, de las experiencias vividas, de la memoria histórica, de las creencias míticas de una sociedad. De allí el poder estructurante de una cultura y un lenguaje.

Hay épocas que se caracterizan por un sacudimiento general de las conciencias; momentos históricos que destronan los saberes canónicos y que inauguran un tiempo de frenética búsqueda.

Los procesos de *enseñanza-aprendizaje* se llevan a cabo en el interior de una sociedad y en un momento histórico determinado. Los valores que circulan en estos impregnan y condicionan esta tarea, le asignan significados específicos, sancionan sus modos de legitimación y modulan fuertemente el tratamiento de sus contenidos en tanto, de ello se derivan los criterios de verdad y su condición epistémica.

El saber científico es una clase de discurso, sus rasgos definitorios, los criterios de consenso y la asignación de valores a sus productos son, todos ellos, elementos socialmente determinados.

En un segmento de la historia plagado de transformaciones vertiginosas en los aspectos relacionados a la circulación de la información, al papel de las máquinas y la cibernética así como otros factores novedosos, la propia naturaleza del saber no podía quedar intacta.

Aparecen nuevos criterios valorativos: el saber es y será producido para ser vendido; deja de ser en sí mismo su propio fin, pierde su valor de uso.

El saber se torna entonces *realizativo* según la terminología de *Gastón Bachelard*; aparece el criterio de *performatividad* descrito por *Jean François Lyotard*.

Surge de este modo una concepción *instrumental* del saber en las sociedades más desarrolladas cuyos mecanismos de legitimación son tanto socio-políticos como epistemológicos.

Establecidos socialmente estos criterios, se produce un recorte en el conocimiento posible de acuerdo a su pertinencia a este conjunto de prescripciones culturales. Ese consenso, que permite circunscribir el saber y diferenciar al que sabe del que no sabe, es lo que constituye la *cultura* de un pueblo. La ciencia no es más que un subconjunto específico de ellos.

Los relatos, aquellos saberes narrativos que rodean el discurso de la ciencia cambian históricamente y dejan la impronta del lazo social en el discurso científico. La educación representa la fase institucionalizada de esta compleja trama de relaciones mutuas e interdependencias recíprocas:

" La verdad del enunciado y la competencia del que lo enuncia están, pues, sometidas al asentimiento de la colectividad de iguales en competencia. Es preciso, por tanto, formar iguales. La didáctica asegura esta reproducción." **Jean François Lyotard**.

" Si la enseñanza debe asegurar no sólo la reproducción de competencias, sino su progreso, sería preciso, en consecuencia que la transmisión del saber no se limitara a la de la información, sino que implicara el aprendizaje de todos los procedimientos capaces de mejorar la capacidad de conectar campos que la organización tradicional de los saberes aísla con celo". **Jean François Lyotard**.

Este nuevo espíritu de *performatividad* y *utilitarismo* del saber lo contamina de tal modo que sus criterios de eficiencia, más propios de la producción industrial que de los ámbitos universitarios, han ingresado y se han establecido en las aulas.

El criterio de performatividad es invocado permanentemente por las autoridades universitarias para habilitar o rechazar las iniciativas de investigación.

Los planes de estudio se diseñan de acuerdo a la estricta aplicabilidad de sus contenidos y se publicitan en dirección a un mercado en base a los sacrosantos criterios del marketing.

Los saberes así seleccionados ingresan en un circuito de consumo y acumulación, que reproduce en su interior la lógica del capital aplicada a estos bienes simbólicos.

En estas condiciones la aptitud para debatir críticamente cualquier aspecto de la realidad, incluso la jerarquía de nuestros propios recorridos formativos, dista mucho de haberse generalizado. El resultado de esta compleja ecuación social es la difusión de un modelo de profesional acrítico y absolutamente integrado a un universo de valores que no está en condiciones teóricas de impugnar. Otra vez el poder se ejerce más por aquello que premia que por aquello que prohíbe.

Apuntes para una crítica de idea tradicional de ciencia:

(Sobre una lectura de Gastón Bachelard).

"...el sentido del vector epistemológico nos parece bien neto. Va seguramente de lo racional a lo real y de ninguna manera a la inversa como lo profesaron todos los filósofos desde Aristóteles a Bacon..."

Gastón Bachelard.

Las nuevas direcciones que incluso en el interior de las disciplinas más tradicionales y básicas toma la investigación contemporánea obligan al replanteo epistémico. La naturaleza misma de los más recientes desarrollos teóricos y experimentales requieren de un drástico cambio conceptual en el abordaje de los conocimientos. Ya no se trata simplemente de imponer a la información científica el tamiz de una concepción positivista de la ciencia, más grave aún, estas viejas concepciones impiden la comprensión de los propios fenómenos recientemente descritos. Esta limitación a menudo obcecada y reiterativa es hoy más que nunca un obstáculo epistemológico infranqueable para quien se resista a analizar sus supuestos filosóficos acerca del mundo. Estos nuevos rumbos de extraordinaria fecundidad y alta potencia heurística se fundan en su capacidad integradora de puntos de vista contrarios, en la dialectización de ciencia y filosofía en la confluencia de posiciones y enfoques supuestamente opuestos e irreconciliables. Ciencia de la complejidad y no de los reduccionismos simplificadores, de la integración creativa y no del esquematismo binario a ultranza.

La ciencia actual tiende a complicar la experiencia, no a simplificarla.

Algunos pensadores paradigmáticos en el campo de la epistemología como **Gastón Bachelard** enfatizan acerca de la necesidad de considerar a la realidad como un complejo de múltiples estratos o niveles resultantes de los métodos y de los instrumentos conceptuales o materiales con que nos acercamos a ella. Para Bachelard no es posible eliminar el polo subjetivo de ninguna observación, medición o experimentación, por lo cual concluye que nunca se accede al objeto en estado puro, sino en cuanto modificado por la acción del sujeto. Esta modificación puede ser analizada científicamente e incluso controlada como sucede con las ecuaciones de Heisenberg en la microfísica.

La ciencia entonces no se ocupa de reflejar la realidad en sí misma sino más bien de la producción de conceptos con los que abordar el estudio de lo real. No existe una realidad una y homogénea, sino una función múltiple que se ofrece en distintos estratos. Los objetos son, de este modo, el producto de los métodos con que nos aproximamos a ellos.

En este aspecto se imbrican implicancias de orden social que denotan la estrecha relación entre saber y poder. Respecto de la objetividad como valor en sí mismo, Bachelard aclara que: "...toda doctrina de la objetividad viene siempre a someter el conocimiento del objeto al control del otro". Este aspecto fundamenta la necesidad de cuantificar las mediciones como producto de la necesaria socialización del conocimiento. Las prácticas mensurativas se establecen con el propósito de someter el saber a la verificación de los pares.

Resulta muy enriquecedor utilizar el concepto de obstáculo epistemológico que Bachelard desarrolla a lo largo de su obra con gran profundidad. En su descripción de la tipología del obstáculo menciona como ejemplos esclarecedores, los siguientes:

- La opinión aceptada sin crítica.
- El conocimiento que no se problematiza.
- La inercia y el espíritu conservador.
- El narcisismo intelectual tan frecuente en la cultura universitaria.
- El conocimiento general y vago.
- El obstáculo verbal.
- El conocimiento unitario.

experiencial y de los fenómenos únicos y de las propiedades múltiples, sino del mundo de las regularidades cuantificadas".

Esta percepción se arraiga en una larga serie de fracturas que hundieron sus orígenes en el nacimiento del mundo moderno y en la aparición del pensamiento cartesiano.

Esta escisión se hizo inevitable en la medida en que obedecía al paradigma cartesiano: el mundo de la cientificidad es el mundo del objeto, y el mundo de la subjetividad es el mundo de la filosofía, de la reflexión. Ambos dominios quedaban legitimados, pero eran mutuamente excluyentes. Se establecen de este modo una serie de criterios de demarcación rígidos, entre naturaleza e historia, racional e irracional, entre normal y patológico, entre ciencia y metafísica, etc.

Su existencia no ha pasado inadvertida para numerosos pensadores, aunque su denuncia no parece conmover las estructuras culturales sobre las que se asienta.

Los desarrollos actuales mantienen esta fractura, en la era de la "post-cultura", donde tal como señala Steiner se observa un retraimiento general de la palabra, donde a menudo el texto se utiliza como ilustración de la imagen; los hechos parecen confirmar la unilateralidad y la simplificación por sobre las propuestas de la complejidad y el pensamiento profundo e integrador. Las nuevas semánticas de la post-cultura, desde la ingeniería genética, biorrobótica, biología molecular, etc. rozarán incluso nuestras reservas morales en tanto queden desvinculadas de las disciplinas que le otorguen sentido, criterios valorativos, en fin, humanidad a sus propuestas.

Las Humanidades se refieren a los valores, a los fines, al porqué y al para qué de lo que hacemos, mientras que las tecnologías, la ciencia, se refieren a los medios. Privilegiar una posición subordinando -cuando no relegando a la trastienda de las ideas- a la otra es una actitud cultural francamente bárbara que, privilegiando los medios sobre los fines instala un paradigma que tiene del hombre una visión unilateral y empobrecida.

A ella dedica a nuestro juicio la universidad de nuestros días gran parte de sus limitados recursos pedagógicos, impulsando la adquisición de unos saberes que se valoran en función de su instrumentalidad, subordinando el diseño curricular a los requerimientos de las grandes empresas, convirtiéndose en proveedora de materia gris dócil y entrenada en las sacrosantas virtudes de la eficacia y la utilidad.

Del determinismo al paradigma de la complejidad:

"Por difícil que resulte hay que intentar conocer los problemas clave del mundo so pena de imbecilidad cognitiva. *Y ello es tanto más imperioso cuanto que hoy en día el contexto de cualquier conocimiento, es el mundo mismo*"
Edgar Morin.

"El paradigma de la complejidad preconiza reunir, sin dejar de distinguir. El pensamiento complejo es, esencialmente, el pensamiento que integra la incertidumbre y es capaz de concebir, contextualizar, globalizar, pero reconociendo lo singular y lo concreto"
Edgar Morin.

"El determinismo- sutil antropomorfismo- dice que todo sucede como en una máquina, tal como yo lo concibo. Pero toda ley mecánica es, en el fondo, irracional, experimental.(...) El significado del término determinismo es tan vago como *el de la palabra libertad (...)* El determinismo riguroso es profundamente **deísta**. *Ya que haría falta un dios para percibir esa absoluta concatenación infinita. Hay que imaginar un dios, un cerebro de dios para imaginar tal lógica. Es un punto de vista divino. De manera que al dios atrincherado en la creación del universo lo restablece la comprensión de ese universo. Se quiera o no, el pensamiento determinista contiene necesariamente a un dios- y es una cruel*

ironía".
Paul Valéry.

El status de las ciencias contemporáneas define una situación de interdependencia entre disciplinas, donde cada ámbito del saber implica a los demás. Al encarar la actividad docente, esta característica debe estar contemplada en la elaboración de los curriculum así como en el tratamiento de los contenidos.

Hay una serie de concomitancias que merecen establecerse como puntos de partida:

Todos saber conlleva una construcción.

Ya no es admisible la idea de realidad como algo dado.

Durante varios siglos, desde la fundación de la física por Galileo, Descartes y Newton, la idea de simplicidad, la búsqueda de un universo fundamental, estable a través de las apariencias, ha predominado en las ciencias naturales.

Hoy en día, la ciencia ya no se aviene a este paradigma clásico

Las ciencias físicas se encuentran en un proceso de reconceptualización que desborda ampliamente el terreno científico propiamente dicho.

Asistimos al desmoronamiento de los conceptos a veces simplistas con los que se pretendía describir el mundo.

Reconocer la complejidad, hallar los instrumentos para describirla y efectuar una relectura dentro de este nuevo contexto de las relaciones cambiantes del hombre con la naturaleza son los problemas cruciales de nuestra época.

Los modelos que adoptamos para el estudio del mundo natural deben necesariamente presentar un carácter pluralista que refleje la variedad de los fenómenos que observamos. Esta nueva condición evidencia el progresivo deterioro de nuestras posiciones epistemológicas tradicionales.

El sueño del ser todopoderoso capaz de manipular lo real por medio de la razón y el conocimiento en un universo controlable hasta en sus más mínimos detalles, se desvanece ante nuestra a menudo atónita mirada.

La ciencia deja con pleno derecho de ser la expresión de una fase cultural aislada, la del siglo XVIII europeo. Ahora son aceptables otros discursos elaborados en contextos culturales distintos.

El cambio de perspectiva nos obliga a contemplar el uso de una serie de nuevos conceptos: bifurcaciones, no linealidad, fluctuaciones.

Estos nuevos puntos de enfoque de la realidad deben quedar incluidos en el modo de abordar los contenidos específicos de un programa de enseñanza post-universitaria.

Resulta a menudo desalentador observar la dificultad que plantea la comprensión de los desarrollos más actuales y complejos de la ciencia, cuando estos son abordados mediante los esquemas reduccionistas y simplificadores, hoy inevitablemente agotados. Desplegar los aspectos multidimensionales así como la complejidad inherente a lo real son también tareas que responden a una imperiosa demanda para la actividad docente.

Producir un salto cognitivo de naturaleza tal que resulte posible percibir ese plexo de relaciones mutuas e interdependientes que ofrece el mundo material y simbólico que habitamos. Ser

capaces de estimular un pensamiento crítico y creativo, capaz de interrogarse sobre los fenómenos que enfrenta al mismo tiempo que fundar criterios explicativos que incorporen las dimensiones subjetivas, la imprevisibilidad, las estructuras disipativas, etc, escapando del determinismo reduccionista que brinda un pobre repertorio de certezas incapaces de dar cuenta des complejidades de un universo que se resiste a la simplificación y la vulgaridad.

Desafío pedagógico que requiere del valor de unos hombres dispuestos a renunciar a la comodidad de unos esquemas agotados y a los beneficios de unos patéticos poderes.

"Veintiséis tentativas precedieron la génesis actual y todas estuvieron destinadas al fracaso. El mundo del hombre ha salido del seno caótico de estos detritus anteriores, pero no tiene un certificado de garantía: también está expuesto al riesgo de fracasar y retornar a la nada. – Esperemos que funcione- exclamó Dios al crear el mundo, y esa esperanza, que ha acompañado toda la historia ulterior del mundo y de la humanidad ha subrayado desde el inicio de qué manera esta historia está signada por la marca de la incertidumbre radical".

Imagen talmúdica citada por: Ilya Prigogine-Isabelle Stengers.

Los factores de riesgo, los demonios y las cruzadas:

Con el concepto de *factores de riesgo* se han introducido una serie de circunstancias reconocidas que contribuyen estadísticamente a la aparición de la enfermedad. Allí aparecen el *ambiente* y la *conducta* de las personas como determinantes mayores de la posibilidad de desarrollar patología vascular. El multifacético perfil biológico se integra de este modo con el medio social que lo contiene y con la personalidad de las mujeres y los hombres que: reciben, transforman y procesan las influencias ambientales de un modo particular.

El aspecto *biológico* se integra con lo *social* y lo *psicológico* y otra vez la *complejidad* se hace presente, (ahora en un nivel superior), describiendo los múltiples modos de determinación recíproca entre unas y otras esferas comprometidas en la génesis de la enfermedad.

El concepto de *factores de riesgo* que quienes nos dedicamos al ámbito de las enfermedades cardiovasculares esgrimimos a diario, (*y no sin motivos*), exhibe el peligro de desvirtuar su verdadera naturaleza y convertirse en algo que decididamente no es.

La búsqueda, a menudo compulsiva, del agente patógeno exterior y responsable de los males que la enfermedad encarna nos lleva a metamorfosear lo que es un factor entre otros en una verdadera *causa* específica, única y exclusiva. La necesidad de erigir a uno o varios elementos en razón suficiente del mal que se intenta explicar responde a un modelo de pensamiento con una profusa tradición cultural y que facilita la degeneración conceptual responsable de los excesos y el reduccionismo que a menudo se hacen presentes en la búsqueda etiológica de las enfermedades.

La imputación causal a términos que no son más que una frecuencia estadística, constituye un verdadero sofisma, un error metodológico grave y fundamental. Asignar el estatuto de *causa responsable* a un elemento aislado, sin establecer sus relaciones con el individuo en situación de enfermedad o con el medio social que lo contiene es, en el mejor de los casos, una "ingenuidad epistemológica".

Esta verdadera "sed de causalidad" es más propia del pensamiento mágico que del pensamiento científico, se emparenta más con las premisas de antiguos sistemas de representación del mundo que con las ideas de complejidad, multicausalidad, recursividad, polidimensionalidad y otras que los planteamientos más actuales consideran.

Parece acertado pensar que si bien nuestro aparato *lógico-matemático-estadístico* se adapta muy bien a ciertos aspectos de la realidad fenoménica, deja de lado otros no menos importantes de la naturaleza ciertamente compleja del fenómeno que intentamos aprehender.

La disyunción que fragmenta, la reducción que evita y niega la complejidad, la abstracción que formaliza y matematiza lo real son a esta altura de los acontecimientos obstáculos epistemológicos importantes; si bien no debe dejar de reconocerse la decisiva fecundidad heurística con que enriquecieron el desarrollo de las ciencias en su momento.

No se trata, sin embargo, de desechar recursos analíticos, sino más bien de ensanchar nuestro horizonte y multiplicar nuestras herramientas de investigación.

La *cuantificación*, (es decir la administración de la prueba mediante la medida), es lo que nuestra sociedad reconoce como criterio referencial de lo verdadero y lo falso, lo objetivo y lo subjetivo. Esta prioridad de lo cuantificable es especialmente notoria en los dominios de la epidemiología y el diagnóstico y responsable a la vez de una forma riquísima de abordaje de la enfermedad pero también de una *aberración metodológica* que consiste en confundir la medición con aquello que ésta mide procediendo a una *reificación* de la cifra.

Nadie dudaría de la utilidad de determinaciones tales como la glucemia o la tensión arterial o el índice de masa corporal, pero merece recordarse que la glucemia *no es* la Diabetes, ni las cifras de TA la Hipertensión Arterial, ni el BMI la obesidad. Esta reducción cuantitativa de los fenómenos de la enfermedad y la salud responden a motivaciones profundamente enraizadas en nuestra cultura y, por cierto, a esta altura de los acontecimientos empobrece y obstaculiza nuestro crecimiento en la aplicación de las ciencias para el conocimiento de sus objetos de estudio.

El modelo *ontológico* de la enfermedad, que considera el hecho patológico como una realidad "en sí", dotada de una existencia autónoma y exterior a quien la padece, proveniente de causas externas identificables y aislables de manera absoluta fundamenta la adopción de algunas *conductas terapéuticas*.

La necesidad inherente al modelo de contar con un agente responsable del mal predispone a la *demonización* de las causas y a una fuerte vocación penitenciaria del acto médico cuando estas son el producto, aparentemente "perverso", de las conductas autónomas de los hombres.

Fumar, comer en exceso, ser sedentario, etc, serán entonces conductas no sólo no deseables sino decididamente sancionadas haciendo responsables y estigmatizando a las víctimas.

Una multitud de textos a lo largo de la historia han hecho y hacen aportes de un valor incalculable al conocimiento de la enfermedad. Lamentablemente casi la totalidad de ellos permanecen ausentes del currículum en la formación médica. Como se comprenderá, las conductas y modelizaciones de la patología que los médicos esgrimimos estarán entonces doblemente determinados, por la influencia innegable de aquellos que conocemos y por la no menos contundente ausencia de los que ignoramos.

De la *demonización* de las supuestas causas a los excesos de las "cruzadas" hay un solo y efímero paso que resulta casi imposible no dar. De la asociación de las conductas, sin otras mediaciones, con la génesis del mal a la sanción moral y la estigmatización, una delgada y frágil línea incapaz de contener los excesos.

Mediante una serie de deslizamientos, a menudo imperceptibles, el saber biológico se erige como justificación de determinadas prácticas sociales procediendo a una abusiva *medicalización* de los fenómenos, (dilatación *ad infinitum* del ámbito de lo médico), y asumiendo funciones de control social y patrón moral y ético de los comportamientos ignorando que carece por completo de los saberes o la autoridad para ejercerlo.

No es científico ni operativo separar la medicina como ciencia de la medicina como práctica social y por ello resulta imprescindible analizar ambos fenómenos en un mismo acto integrador.

La tendencia del *modelo hegemónico biomédico* a mostrarse como paradigma insuperable, autosuficiente y perfectamente neutro mientras se exhibe como dotado de una absoluta

extraterritorialidad social se basa en un *artificio estratégico* que, habitualmente se disimula bajo las mejores y más loables intenciones.

El funcionamiento como dispositivo moral que prohíbe, sanciona, culpabiliza y dramatiza o como religión quimérica y laica que promete lo que resulta imposible alcanzar bajo la forma de la juventud eterna o el conjuro de una muerte que no acaba de integrar a su horizonte la acerca peligrosamente a las fronteras de la hipocresía y la hace menos científica y racional.

La alta valoración que tenemos de nuestros colegas nos impide suponer que alguien pudiera interpretar estas afirmaciones como una negación del indudable papel que algunos hábitos tienen en la génesis de las enfermedades cardiovasculares o que en nuestra práctica cotidiana no las tomemos en cuenta como estrategias de tratamiento.

Sencillamente creemos que siendo como son factores de riesgo estadístico, distan mucho de ser responsables únicos del hecho patológico sino que más bien se insertan en una compleja trama que incluye al individuo y a la sociedad de la que forma parte. Pensamos también que existen otros elementos responsables que por no adecuarse al paradigma de la cuantificación y la medida no son accesibles a los instrumentos de análisis que el modelo médico hegemónico legitima y sanciona como el único pertinente haciendo gala de un dogmatismo y una rigidez epistémica que no facilita sino entorpece la comprensión acabada de los fenómenos que intenta analizar.

Las metodologías son construcciones sociales que un imaginario histórico legitima y entroniza, incluso cuando pretenda afirmar lo contrario. Por lo tanto su análisis denuncia unas condiciones del pensamiento y unas raíces sociales que no pueden silenciar.

En una modelo que premia la trivialidad y el consumo, que ofrece como fuentes del placer la intrascendencia y la superficialidad, algunas estrategias teñidas de las mejores intenciones y declamando objetivos ciertamente loables son en sí mismas la confirmación de lo peor del medio en que vivimos y la muestra clara del desconocimiento del que hacemos gala respecto del papel degradante y patogénico que estos rasgos sociales juegan a la hora de contribuir a la enfermedad.

No es reproduciendo tácitamente la matriz de significados que banaliza la existencia de los hombres que se deba trabajar para la salud que, en su dimensión más compleja y abarcativa, incluye la dignificación y la superación de las personas.

No son los objetivos explícitos los que nos preocupan sino las metodologías y los valores implícitos los que verdaderamente nos alarman. No son los resultados inmediatos los que nos asustan, sino la confirmación desde el sacrosanto *Olimpo de la Medicina* de unos procedimientos que no sólo nos resultan indeseables sino corresponsables en la socio génesis de muchas de las enfermedades que pretenden combatir.

Rehabilitación cardiovascular:

La rehabilitación cardiovascular constituye una instancia terapéutica que admite diversos tipos de análisis, que enriquece el espectro que la medicina ofrece a los enfermos y que reclama la problematización de sus fundamentos y de su práctica concreta.

Resulta revelador el hecho de que siendo una alternativa que amplía los recursos de tratamiento en las enfermedades cardiovasculares sea también, probablemente, el recurso más *subutilizado* en la práctica en casi todos los países. Su implementación está avalada por las recomendaciones de los comités de expertos más prestigiosos del mundo, lo que no ha resultado suficiente para que su difusión en la práctica médica alcance los niveles de otras propuestas que, rápidamente se incorporan de modo masivo a los estándares terapéuticos.

Este hecho pone en evidencia una vez más los rasgos más destacados del paradigma vigente, las concepciones más profundas de un *modelo médico hegemónico* que centra sus

concepciones en los argumentos biologicistas incluso mientras declama la participación de lo psicológico y lo social.

Los supuestos implícitos que organizan la interacción entre médicos y enfermos limitan, cuando no impiden, que estas ideas se traduzcan en acciones concretas.

En tanto la enfermedad sea percibida como la suma de determinados factores biológicos cuantificables mediante la utilización de una sofisticada batería de procedimientos tecnológicos y la terapéutica como un repertorio de propuestas destinadas básicamente a la modificación de aquellos mediante el uso de la farmacología; el espacio disponible para el desarrollo de estrategias integradoras estará condenado a la marginalidad y a la excepción.

No es inocente ni aleatorio que la rehabilitación cardiovascular quede limitada a un escaso número de pacientes, incluso en países desarrollados y con un alto grado de organización médica.

No es únicamente a consecuencia de las carencias económicas y organizativas (cuya influencia resulta indiscutible) que el recurso de la rehabilitación se encuentre escasamente implementado.

Su pobre difusión obedece a razones que se inscriben profundamente en las concepciones que gobiernan la actividad del médico, en el modelo de ejercicio profesional vigente, en la epistemología que subyace a los contenidos durante el aprendizaje y la práctica médica.

Las razones de su subutilización se hunden en las profundidades de las concepciones más elementales que definen históricamente un conjunto de saberes, una profesión y naufragan en las aguas de la pauperización de la salud y la mercantilización de los conocimientos.

¿Cómo encontrar un espacio significativo en un ámbito donde la investigación y la formación se encuentran cada vez más patrocinadas, condicionadas, constreñidas por las grandes empresas?

¿A qué industria beneficia la utilización de estrategias que se centren en el intercambio entre personas, en la modificación de hábitos perniciosos, en la problematización de las conductas como agentes de enfermedad?

La rehabilitación cardiovascular se constituye como un espacio de intercambio entre médicos, pacientes y familiares donde las premisas sobre las que esta relación se establece difieren de las que funcionan en la consulta médica tradicional.

El contacto resulta cuantitativa y cualitativamente más intenso, la circulación de información en ambas direcciones es más fluida constituyendo una verdadero *aprendizaje mutuo* que sustituye el flujo de órdenes imperativas y militarizadas que la práctica ha impuesto.

La rehabilitación se organiza como una instancia destinada al abordaje integral y multidisciplinario de la enfermedad (médico, nutricional, psicológico, ocupacional, etc), para el manejo de los factores de riesgo identificados, para el monitoreo cercano de la evolución de patología y para la problematización conjunta de las condiciones biológicas, psicológicas y sociales que confluyen en la enfermedad.

La rehabilitación cardiovascular puede así mismo materializarse bajo la *apariencia* de la transdisciplinariedad y el reconocimiento de lo complejo de la enfermedad pero, contaminada por los criterios hegemónicos, convertirse en un escenario más de la medicina de la simplificación.

En el interior de este modelo se esperan resultados específicos únicamente de aquellos aspectos que acuerdan con los esquemas de *cuantificación y biologicismo* imperantes. Las variables intervinientes *no mensurables mediante el uso de la cifra* quedan marginadas por no

adecuarse a la estrecha naturaleza de las metodologías canónicas y, no pocas veces, se les atribuyen resultados exagerados a las únicas que son capaces de evaluar.

Nuestro grupo, luego de 20 años de ejercicio de la Cardiología clínica y la docencia de la especialidad y como producto de la reflexión continua sobre la propia práctica, decidió emprender una experiencia capaz de poner en acción algunas de sus ideas y donde intentar desmontar el dispositivo al que considerábamos responsable de muchos de nuestros fracasos.

De acuerdo con nuestra premisa fundamental: *conservar el más alto nivel científico de acuerdo a los estándares recomendados internacionalmente* pero, careciendo de una metodología establecida para incorporar los aspectos sociales, culturales y antropológicos que nos permitieran concretar un abordaje ampliado de la enfermedad se inició el recorrido.

A poco de comenzar nuestro trabajo aparecieron las primeras conclusiones:

- Las propias herramientas del modelo biológico, (que nunca descartamos), se vieron reforzadas en su cumplimiento, en su eficacia y en la evaluación atenta de sus resultados.
- Mejoró la adherencia a los tratamientos farmacológicos.
- Fueron modificados favorablemente los parámetros biológicos cuantificables. (Laboratorio, TA, capacidad funcional, intensidad de la angina, etc).
- La tasa de eventos coronarios agudos resultó visiblemente menor en nuestro grupo que en otras series de pacientes a los que nosotros mismos asistíamos pero en distintos ámbitos.

A los protocolos habituales de control médico, nutricional, ejercicio físico supervisado y programado se fueron integrando tentativamente otras actividades a las que evaluamos sobre la práctica.

En cada sesión de trabajo físico se incorporó desde el comienzo un momento final de reunión conjunta donde se problematizaban diversos aspectos vinculados inicialmente con la enfermedad.

Allí se ponían en cuestión las relaciones entre sociedad, cultura, personalidad y enfermedad, el análisis crítico del modelo médico vigente, el relato desde sus perspectivas personales de los acontecimientos de su padecimiento, la participación familiar, las angustias y los miedos, etc.

Los procesos de simbolización de la enfermedad son analizados en conjunto, lo que permite poner en evidencia la impronta cultural y el capital simbólico de pacientes y médicos en el momento de asignar significados al proceso de salud-enfermedad.

En este ámbito, que no era el de la clínica psicológica, las problemáticas subjetivas y colectivas encontraron un espacio de rico intercambio cuyo papel nos resulta indudable a la hora de evaluar los factores responsables de los buenos resultados obtenidos. Aquí la familia tenía un lugar abierto para participar cuando lo creyera conveniente, lo que ocurrió no pocas veces.

Es en este ámbito donde luego de cierto tiempo de desarrollo surge la necesidad de la asistencia psicológica profesional y del soporte nutricional especializado que desde entonces quedó incorporada en un tiempo diferenciado y específico y a cargo de profesionales que se integran al equipo de trabajo.

Esta instancia produce un encuentro de nuevo tipo entre médicos y pacientes, rescata los aspectos afectivos y humanos y vehiculiza la relación terapéutica de acuerdo a nuevas coordenadas.

Los tratamientos farmacológicos no sólo no se descartan sino que se refuerzan en el cumplimiento y en el monitoreo de sus efectos.

El enfermo encuentra por fin argumentos que den sentido a los cambios profundos que de él se reclaman y no meras órdenes autoritarias.

El ejercicio, el juego, la comunión con sus pares y el estrechamiento de los vínculos generan el terreno favorable para que la terapéutica se consolide y la voluntad refuerce sus estímulos.

Conclusiones:

*Desconfíen del gesto más trivial
y en apariencia más sencillo
y sobre todo examinen lo habitual.*

No acepten sin discusión las costumbres heredadas.

*Ante los hechos cotidianos, por favor,
no digan: "es natural".*

*En una época de confusión organizada
de desorden decretado
de arbitrariedad planificada
y de humanidad deshumanizada...*

Nunca digan: "es natural", para que todo pueda ser cambiado.

Bertold Brecht

Resulta difícil, sino imposible, extraer conclusiones definitivas de un proceso que se va conformando durante su propia marcha, que construye su metodología de manera permanente desde la experiencia cotidiana, desde el acierto y el error.

No pueden ser otra cosa que inacabadas y provisionales, pura tentativa y pura penumbra, cuando surgen desde las fisuras y los interrogantes de un modelo que se nos propone como sólido y consistente y al que sospechamos frágil e insuficiente.

Afrontamos un momento histórico donde prevalecen las consignas del individualismo y el consumo como marcas de pertenencia y sustentos del prestigio social.

El individuo se encuentra ante exigencias desbordantes, sobre adaptado acriticamente, expuesto a demandas permanentes y todo ello en un contexto de inseguridad, precarización laboral, descreimiento en sus propias capacidades. El impacto subjetivo de tales condiciones de existencia no podría transcurrir inadvertidamente y sin dejar su impronta en el equilibrio emocional y en la salud física de las personas.

Desprovisto de las coordenadas sociales que históricamente le permitían elaborar una representación del mundo y de sí mismo, el hombre contemporáneo sucumbe al empobrecimiento psíquico, a la falta de simbolización, al desamparo y a menudo se ve compelido hacia la búsqueda de satisfacciones sustitutivas entre las que predominan las conductas adictivas.

La dilución y el disgregamiento de las creencias y los valores compartidos se materializa en nuevas formas de individualización y fragilización. Abandonados a la construcción existencial aislada los sujetos se tornan vulnerables y una nueva forma de patología se instala incluso bajo la forma de antiguas enfermedades que se modifican afectando a diversas poblaciones y en distintos momentos de la vida.

El derrumbe sistemático de sus proyectos existenciales, la fragmentación progresiva de su simbolización del mundo enmarcan el ataque masivo a la subjetividad individual, a la

construcción de la propia identidad y a la escisión de un sujeto incapaz de autoconformarse en el interior de un contexto social que se convierte en patogénico.

Las condiciones sociales de la existencia quedan inscriptas en la subjetividad de las personas, sus huellas estigmatizan los comportamientos y modelan el terreno donde la enfermedad se instala y su desarrollo se encuentra decididamente favorecido.

Las patologías de la frustración colectiva e individual, las consecuencias del desencanto y la inestabilidad, tal vez demanden la conformación de un espacio transdisciplinario que aún no se termina de constituir.

¿Puede la medicina permanecer ajena al reconocimiento de tales condicionantes?

¿Es lícito y científico limitar el espectro de los factores intervinientes en la enfermedad al interior de las fronteras de lo mensurable y lo biológico?

La creación de instancias que propongan: la toma de conciencia, la elaboración y el procesamiento resignificante de una situación a menudo capturada por un imaginario social alienante y engeguecedor, podrían potenciar las solidaridades, abrir canales de participación y habilitar a las personas en situación de enfermedad para la resolución de su conflictiva personal y de los obstáculos que no cesan de producirla, entorpecerla, ocultarla.

Si el modelo médico hegemónico no ofrece tales alternativas, si sus procedimientos obstaculizan o proscriben dichos intercambios, tal vez habrá llegado el momento de impugnar el modelo y, a ciegas, tanteando en un territorio desconocido abrir nuevos caminos y recobrar aquellos antiguos ingredientes del conocimiento: *la incerteza, el asombro, la creatividad.*

La rehabilitación cardiovascular se instala en el polo de la prevención, (*primaria o secundaria*), en el extremo opuesto al de la actitud médica en la que hemos sido formados y que se centra casi exclusivamente en la terapéutica y en la intervención ante la enfermedad como hecho consumado.

Estamos ubicados en una geografía en la que vislumbramos un relieve rico y múltiple al que a menudo no podemos nombrar, que excede el ámbito estrecho de nuestros significados y para cuyo reconocimiento profundo posiblemente no estemos preparados.

Percibimos unos beneficios que sólo quedan escasamente explicados por las causas que manejamos y unos fenómenos que no se ajustan a las fronteras de las disciplinas que suponemos dominar.

Nuestra propuesta se limita a la problematización del campo de las enfermedades cardiovasculares, al planteo de interrogantes acerca de su caracterización y a la ambición de crecer superando las fronteras metodológicas que nos impiden visualizar el conjunto multifacético y revelador del fenómeno de la enfermedad.

La rehabilitación podría constituirse en el espacio que nos permita expandir nuestra percepción de la patología y ensanchar el espectro de los procedimientos posibles para lograr las condiciones de dignidad y bienestar que todos anhelamos.

Bibliografía

Alan F. Chalmers, *¿Qué es esa cosa llamada ciencia?*. Siglo veintiuno. Feb. 1986, España.

Angell Marcia. *¿Is Academic Medicine for Sale? The New England of Medicine*. Mayo 18 de 2.000.

Bachelard Gastón. *Epistemología*. Anagrama, Madrid 1.974.

Bases y normas para la práctica de Ergometría y Rehabilitación Cardiovascular. En Revista de la F.A.C. Vol IV. Nº 1-2.000.

Bateson Gregory. Pasos hacia una ecología de la mente. Planeta, Bs. As 1.991.

Bertolasi Carlos. Cardiología 2.000. Ed. Panamericana. Bs. As, 2.000.

Bleichmar Silvia, Temporalidad, determinación, azar. Paidós. Bs. As.1.994.

Bodenheimer T. Uneasy Alliance. Clinical Investigators and the Pharmaceutical Industry. The New England Journal of Medicine. Mayo 18 de 2.000.

Bourdieu Pierre. Contrafuegos. Anagrama. Barcelona, 1.999.

Bourdieu Pierre. Los usos sociales de la ciencia. Claves. Bs. As. 1.994.

Bourdieu Pierre. Meditaciones pascalianas. Anagrama, Madrid 1.999.

Braunwald Eugene. Heart disease. Saunders editors. U.S.A. 1.997.

Canadian Guidelines for Cardiac Rehabilitation. Canadian Association of Cardiac Rehabilitation.1.998.

Cardiac Rehabilitation ans secondary prevention. Public Health Division, Department of human services, Victoria, Australia. 1.998.

Cardiac Rehabilitation Programs. American Heart Association. 1.997.

Castroiadis Cornelius. El avance de la insignificancia. Eudeba. Bs As, 1.999.

Cerejeido Marcelino. La nuca de Houssay. F.C.E. Bs. As. 1.990.

Clavreul Jean; El orden médico. Argot. Barcelona 1.982.

Cortazzo Inés. Estado, salud, desocupación. Paidós. Bs As, 2.000.

Díaz Esther, La sexualidad y el poder. Almagesto. Abril de 1993 ..

Díaz Esther. La postmodernidad. Biblos. Bs As. 1.999.

Díaz Esther; Michel Foucault. Editorial Almagesto, 1.992.

Escohotado Antonio. Retrato del libertino. Espasa hoy. Barcelona, 1.997.

Fischer H.R. El final de los grandes proyectos. Gedisa. Barcelona, 1.992.

Foucault Michel, Defender la sociedad. F.C.E México, 2.000.

Foucault Michel. Enfermedad mental y personalidad. Paidós. Bs. As. 1.999.

Foucault Michel. Hermenéutica del sujeto. Altamira. Argentina, 1.996.

Foucault Michel. La arqueología del saber. Siglo XXI. Madrid, 1.996.

Foucault Michel. Las palabras y las cosas. Siglo XXI. Madrid, 1.986.

- Foucault Michel. Saber y verdad. La piqueta. Madrid, 1.991.
- Foucault Michel . El nacimiento de la clínica. Siglo XXI. México, 1.996.
- Fracchia Eduardo Antonio, Apuntes para una Filosofía de la resistencia. U.N.E. Arg. 1997.
- Gadamer Hans Georg. El estado oculto de la salud. Gedis. Barcelona, 1.992.
- García Raúl , El archivo de Occidente. Eudeba. Argentina 1998.
- Geltman Pedro. Gastón Bachelard. Almagesto. Bs As, 1.998.
- Giuliani. Mayo clinic proceedings. Mosby editors. U.S.A, 1.995.
- Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología sobre la actividad física en el cardíopata. En Revista Española de Cardiología. 2.000; 53: 684-726.
- Hurst Willis, The Heart. Panamericana. 1.997.
- Jameson Frederic. Ensayos sobre postmodernismo. Imago Mundi. Argentina, 1.998.
- Jonas Hans. El principio de la responsabilidad. Herder, Barcelona, 1.994.
- Khun T.S. La estructura de las revoluciones científicas. F.C.E. México, 1.971.
- Klimovsky Gregorio, Las desventuras del conocimiento científico. AZ Ed.Brasil.Agosto 1994.
- López Gil Marta. El cuerpo, el sujeto, la condición de mujer. Biblos. Bs As, 1.999.
- López Gil Marta. Filosofía, modernidad, postmodernidad. Biblos. Bs As, 1.998.
- Liotard Jean François. La postmodernidad. Gedisa, Barcelona, 1.990.
- Morin Edgar, Introducción al pensamiento complejo. Gedisa. Barcelona 1997.
- Muñoz Redon. Filosofía de la felicidad. Anagrama, Madrid, 1.999.
- Najmanovich Denise: Seminario de Epistemología. Psiconet. 1.999.
- Nieto Blanco Carlos compilador. Saber, sentir, pensar. Debate. Santander, 1.997.
- Pashkow Frederic. Successful cardiac rehabilitation. Heart Watchers press. USA. 1.998.
- Prigogine Ilya, ¿Tan solo una ilusión?. Metatemas 3. Barcelona 1.982.
- Prigogine Ilya, Stengers Isabelle. Metamorfosis de la ciencia. Alianza Univ. Madrid 1.994.
- Prigogine Ilya. La nueva alianza. Alianza Universidad. Madrid, 1.990.
- Sabino Carlos A. Los caminos de la ciencia. Panamericana. Colombia, 1.996.
- Schnitman Frida. Nuevos paradigmas y subjetividad. Paidós. Bs. As. 1.994.
- Sontag Susan. La enfermedad y sus metáforas. Taurus. Madrid, 1.996.

2.000 Heart and Stroke, statistical update. American Heart Association, 2.000, Dallas, Texas, U.S.A.

Aproximaciones psicoanalíticas sobre el "Síndrome de Muerte Súbita del Lactante" (ALTE)

Orlando Barrionuevo

Introducción:

Varias veces he tratado casos hospitalarios y madres que inician su análisis a consecuencia de esta situación, lo cual me motivó a realizar un pequeño ensayo sobre el mismo debido a las implicancias psicológicas que se producen. Las conversaciones con otros colegas que han tenido algún tipo de intervención sobre estas situaciones fue sumamente valiosa, lo mismo que los parientes y allegados al caso porque, aportaban datos lo suficientemente interesantes para el tema.

Consustanciarme con el tema me produjo un sinnúmero de tipos de inquietudes, y un eco afectivo persistente ante las distintas ocasiones, casi siempre sin respuesta –¡esto que ha pasado es increíble, no tiene nombre! –.

El impacto emocional que genera este síndrome de causa desconocida, provoca verdaderos estragos sobre las familias y la sociedad en general e indica la necesidad de aproximar algunas ideas sobre esta dolencia que provoca la muerte y/o aqueja al lactante. Desde el punto de vista psicoanalítico es factible aportar lineamientos de trabajo, pero sin desestimar o sobrestimar cualquier criterio probabilístico causal, ya que hasta el momento la problemática se encuentra conceptualizada como multifactorial, y por qué no, afirmar multidisciplinaria.

Me situé azarosamente en una lectura médica en particular, y en una de las últimas bibliografías circulantes. Me pareció impresionante, la envergadura de un estudio multicéntrico, al que luego me referiré con más detalle, de un estilo científico inmejorable. En una segunda lectura, me detuve a reflexionar sobre el mismo y supuse: están trabajando con los afectos conjugados con la inteligencia.

A partir de allí recordé una frase de Lacan sobre la que comencé el recorrido:

Dice: la inteligencia no es más que un afecto entre otros, y este último está basado en la inteligibilidad.

Indudablemente el cuerpo está en el centro de la problemática, y en una forma de presentación que no escapa a las formaciones de objeto a, terminología del autor Juan D Nasio.

Entonces vi que cuatro elementos entraban en juego:

- La inteligencia
- El afecto
- El cuerpo
- Las formaciones del objeto a

El desarrollo del artículo lo dividiré en dos partes: el primero, el cuadro clínico desde el punto de vista médico, a fin de informar sobre los rasgos generales para aquellos que no conocen el tema. La segunda parte, sobre los aspectos psicoanalíticos mencionados, los contextualizó con los avances epidemiológicos sobre el tema, y por último volqué conclusiones psicológicas a manera de ensayo.

Desarrollo

Primera parte (área médica):

Se lo define como 1 "la muerte repentina e inesperada de un lactante o niño de primera infancia, en la que los estudios post- mortem no demuestran una adecuada causa de muerte.

En los países industrializados es la causa post-neonatal más frecuente de mortalidad infantil.

En nuestro país según datos estadísticos en el año 1994, 484 defunciones fueron categorizadas como muerte de causa desconocida. Pero en 1969 en el Instituto Nacional de Salud de (EE.UU), se reconoce la necesidad de investigar la muerte súbita frustra (actualmente llamada Evento de aparente amenaza a la vida (**ALTE**).

Según la definición del **SMSL** (síndrome de muerte súbita del lactante), en teoría cualquier niño puede ser presumiblemente candidato a presentar este síndrome y sabemos también que el total de los niños fallecidos súbitamente, más del 75% de los casos, no posee antecedentes de prematuridad, ni de hermanos con muerte súbita, ni han padecido episodios relacionados con apneas o eventos de aparente amenaza a la vida (ALTE). De aquí los enormes problemas que existen en definir aquella condición de "niño de alto riesgo para SMSL".

Los factores epidemiológicos ponen de manifiesto una gran variedad de circunstancias que se asocian pero cuya causa permanece **aún desconocida**.

Los principales factores epidemiológicos generales son:

Edad: La edad promedio es entre los 3 y 4 meses mayoritariamente, siendo los hijos de madres fumadoras los que fallecen a edades más tempranas.

Sexo: Ocurre con más frecuencia en varones, en una proporción de 2/1

Clima: Se duplica en los meses de invierno con una media de 11 grados y mínima de 7 grados.

Recurrencia en hermanos: Se ha observado en gemelos que han muerto con un intervalo de 24 hs. Y en los casos de no gemelos la frecuencia es menor al 1%. Por este motivo el Instituto de Salud de USA recomienda el monitoreo domiciliario.

Las familias con mayor riesgo son las que padecen errores congénitos de metabolismo (deficiencia de Acetilco-A deshidrogenasa, alteraciones cardíacas: síndrome de QT largo) y otras: víctimas del maltrato (síndrome de Münhausen).

Factores de riesgo maternos: (No son específicos por pertenecer a otras afecciones)

- Familias en situación económica desfavorable.
- Madres jóvenes (menores de 20 años).
- Enfermedades durante el embarazo (anemia, hemorragias).
- Intervalos intergestacionales cortos.
- Deficientes cuidados y controles prenatales.
- Cigarrillos durante el embarazo.
- Adicción a diferentes drogas.
- Madres solteras.

Factores de riesgo neonatal y postneonatal.

- Se pueden mencionar:
- Prematuridad y bajo peso al nacer.
- Apnea del prematuro.
- Displasia broncopulmonar.
- Signos de enfermedad que preceden a la muerte y "síntomas siniestros": o sea cambios vagales difusos relatados por los padres, y sensaciones inciertas del estado del bebé previos al suceso.
- Lactancia artificial.
- Posición del lactante para dormir: boca abajo es más frecuente

Evento de aparente amenaza a la vida (ALTE)

Episodio caracterizado por alguna combinación de apnea (central u obstructiva), cambio de color (cianótico, pálido o rubicundo), alteración en el tono muscular (flacidez o hipertonia) ahogos o arcadas. Requiriendo el mismo ser revertido por una estimulación externa vigorosa o reanimación cardiopulmonar.

A su vez se subdivide en mayor: caracterizándose por necesitar maniobras de resucitación y en menor: caracterizado por aparecer a los 30-60 días, con antecedentes de prematuridad, suele darse durante el día y en vigilia o sueño.

Es crucial la internación bajo monitoreo cardiorrespiratorio en un período de 48 a 72hs y un plan de complejidad creciente.

Etiologías más frecuentes:

Patología digestiva:, neurológica, respiratoria, cardiológico, metabólica endocrina y otras

Aspectos medico legales:

Hay una línea muy importante a demarcar, y es si se produce por maltrato infantil, o muerte en cuna no traumática.

Por ultimo hay cuatro hipótesis de SMSL:

1. Inmadurez del SNC: alteraciones del núcleo arcuato.
2. Trastornos respiratorios: por apneas centrales y obstructivas
3. Anemia e hipoxemia: por déficit de oxigenación cerebral
4. Respuesta inmunológica: Presencia de la interleucina-1mediador entre las respuestas infecciosas y la apnea hipóxica.

Duelo familiar:

La familia necesita de una urgente atención psicológica y explicarle que

- No hay medios para evitarla
- No hay forma de predecirlo.
- No es contagioso
- No es hereditario.
- Ocurre rápidamente y sin sufrimiento.

Hasta aquí un somero panorama del síndrome tomado de la Sociedad Argentina de Pediatría.

Hipótesis médica como punto de partida:

¿Será factible incluir los factores psicológicos como una causa más?:

En mi opinión considero factible esta hipótesis.

Para tal efecto me he servido de los aportes y un artículo del Departamento de Pediatría de la universidad de Washington 2.

Creo que es importante subrayar los aportes longitudinales y transversales del cuadro:

"El riesgo de muerte súbita del lactante no se incrementa durante el fin de semana, según afirman los Dres. Spiers y Guntheroth del Departamento de Pediatría de la Universidad de Washington. Los expertos estudiaron durante los 28 y 364 días de vida a todos los recién nacidos en los Estados Unidos entre enero de 1989 y diciembre de 1991".

O sea durante dos años, monitorearon multicéntricamente 336 días los lactantes en todo EE.UU. O sea la envergadura del trabajo y la hipótesis es impresionante y admirable.

Las primeras frases de este equipo en red multidisciplinaria expresan:

"Trabajos anteriores enunciaban que los niños nacidos en hogares económicamente carenciados estarían expuestos a mayor riesgo de muerte en la cuna durante el fin de semana. Ocurriría lo contrario con los hijos de padres perteneciente a un nivel socioeconómico más ventajoso".

Estos estudios los llevaron a analizar una segunda hipótesis a considerar:

"El riesgo de muerte súbita durante un día hábil para los hijos de madres con menos de 12 años de escolarización fue 3.9 veces mayor que el de los descendientes de madres con 16 años de estudio o más"

Hasta aquí, creo entender que el mensaje es bastante claro a mayor culturización y tiempo **Real** es menos factible la presencia del síndrome. O sea, si esto es directamente proporcional en principio y si es a la inversa el riesgo es mayor.

Entonces para este tipo de riesgo afirmo con prudencia que es factible complementar una área de comorbilidad enmarcada como **factores psicológicos**.

O sea es un existente demostrable.

Desarrollo segunda parte (área psicoanalítica)

El análisis del mismo me pareció muy apropiado para trabajar conceptos, el primero es de Lacan, el segundo es una suposición mía.

"Enuncia que la inteligencia es un afecto"

¿Será factible que una recarga de un tipo particular de afecto facilite la predisposición a la vulnerabilidad y de esto a la muerte haya un corto paso?.

Ambos puntos enmarcan dos de los cuatro elementos mencionados al comienzo, o sea la inteligencia y el afecto.

Me propuse investigar esta ligazón en la obra de Freud y Lacan sobre el afecto y su relación con la inteligencia y encontré:

En la clase del 20 de noviembre de 1963, que corresponde al controvertido seminario sobre "Los nombres del padre", Lacan sitúa al afecto y a la inteligencia de una forma bastante particular. Dice que la inteligencia no es más que un afecto entre otros y que este último está basado en la inteligibilidad o discernimiento.

"En esa perspectiva, la inteligencia no es más que un afecto entre otros, un afecto basado sobre un afecto, la inteligibilidad 3".

Hablando de la inteligencia y inteligibilidad describe dos pasos lógicos: la inteligibilidad es una inteligencia oscura que conduce a la inteligencia y a su vez ambas son afectos.

Si bien la situación descripta remite a algo sin descubrir, por ejemplo, el deseo de otra cosa, el seminario de la carta robada es un claro ejemplo de esta dialéctica de velamientos y encuentros.

Pero lo que queda evidenciado es que: en la temporalidad de la misma hay una latencia, una suspensión del contenido en el tiempo, a la posibilidad de abrirse paso alguna vez.

Pero retomar a Freud en su explicación de la negación de 1925 me parece fundamental, éste dice:

Que los pensamientos inconscientes se abren paso a la conciencia, con la condición de ser negados o no, siendo esta una forma de tomar contacto con los contenidos de lo reprimido, la inteligibilidad se hace presente parcialmente, pero lo esencial de la represión se conserva. Esto no hace más que mediatizarse con un juicio atribución: o sea, negar o afirmar una cualidad de un contenido, en cambio el juicio de existencia concede a la imagen un estatuto de reconocimiento en la realidad a través del yo real definitivo que se desarrolla desde el yo placer inicial.

De esto último se desprende una división entre interior y exterior, además de una relación de concordancia entre los dos ámbitos. El yo placer originario acepta todo lo bueno y expulsa todo lo malo. Es necesario aclarar que las claves de aceptación en la imaginación están dadas por el recreamiento placentero de la misma, en cambio si no es así genera un rechazo y un no registro. Por lo tanto la antítesis entre lo subjetivo y objetivo se construye en el desarrollo del sujeto.

El examen de la realidad se convence de que aún existe eso que ocasiona placer. O sea el juicio es un acto intelectual que a su vez decide una acción motora o aplazamiento de la misma. Esto ocurre en el polo perceptual del aparato psíquico a través de tanteos o pequeñas pruebas. Las cosas quedan entonces afirmadas, en relación de pertenencia o negadas, en relación de expulsión.

Entonces estas intersecciones crean el "no" como una forma de simbolización o "marca", de juicio por la fusión de ambas pulsiones, estando ausentes en la psicosis como consecuencia de una desinvestidura libidinal.

Retomando los principios del trabajo es posible arribar a una primera pregunta:

¿Qué sucede si se produce una forclusión parcial en la estructura, que no realice acto de inteligencia por la ausencia de simbolización del no, " o sea "falta la marca" (Bejahung - aufhebung)?

Al respecto pienso que no aparece el cuerpo, como el adentro y el afuera.

Veamos la siguiente tabla para ilustrar lo dicho hasta ahora: conviene leerlo de izquierda a derecha y luego comparar las celdas superiores con las inferiores.

Comparación entre los procesos que comprometen al cuerpo.			
Bejahung –aufhebung : Quiere decir afirmación primordial más superación- conservación.	Verneinung: Negación	Ausstossung: Expulsión	Propicia el mecanismo de la negación
Inteligibilidad –inteligencia: Se han podido generar los dos afectos, por la suma de los dos actos mencionados arriba			
Falta de Bejahung-aufhebung: No se construye la marca		Verwerfung: Rechazo de lo inconsciente, no adviene la representación,	Formación de objeto a
No existe el adentro y el afuera			
NO HAY CUERPO			
En el afecto sin inteligibilidad: No se genera el molde de la inteligencia		Posible vulnerabilidad en el vínculo madre – lactante. (ALTE)	Lesión de órgano

Retomando los dos conceptos que mencioné: ¿ si no se genera este acto se produce una recarga de afecto? ¿En esta oportunidad cabe subsumir dentro de esto un concepto, el goce específico?

En realidad poco tienen que ver las palabras afecto y goce, a veces se las confunde pero corresponden a dos campos semánticos conceptuales distintos, pero esto, no excluye la posibilidad de se pueda realizar una cierta correlatividad.

Me parece apropiado repasar que para Lacan el concepto de afecto no es la forma bruta emocional de expresión de un sujeto sino el efecto que la estructura simbólica tiene como posibilidad; la generación de una dimensión del cuerpo a saber: lo incorporal.

O sea Lacan discierne tres registros del cuerpo Real, simbólico e imaginario. Lo simbólico produce el cuerpo y cuando éste se incorpora surge el afecto.

La diferencia con la angustia es que esta es factible pensarla temporalmente como posterior, aunque no siempre.

También es aceptable decir que mientras los dos cuerpos Real e imaginario se construyen por la operación de lo simbólico, se produce el afecto 4, cuando lo simbólico finaliza, enraíza y trama la tripartición de las dimensiones anudando la producción de la misma: la angustia.

La angustia es una característica del deseo que captura una vacilación cuando el sujeto se ve confrontado con el Otro, "Es lo que no engaña".

Entonces la recarga de afecto representa una etapa, un déficit de o en la construcción del cuerpo, siendo éste el goce específico, no sexuado que conlleva la lesión de órgano (ALTE).

Respecto a las "formaciones de objeto a" propuestas por Juan D. Nasio, sus teorizaciones sirven para aclarar aún más esta temible patología, dice: las caracteriza el hacer y no el decir, pero bajo la forma de una detención bien definida en un hecho compacto y terminal.

Conclusión.

Creo que el trabajo hipotético y estadístico de Washington, concuerda con conceptos también hipotéticos psicoanalíticos: en el sentido que la culturización y presencia física en las configuraciones vinculares de esas madres evita el ALTE.

En mi experiencia construyo ideas con el apoyo de la teoría Lacaniana que ALTE es la consecuencia de que algo no llega a ser reconocido, está suspendido en el decir y remplazado por el hacer.

"¿Quizás son vínculos suspendidos en los tiempo de otros, animados pero sin sombra, sin vida a la espera de un tiempo que les pertenece?"

Notas

1 Dr. Rocca Rivarola, Manuel, Dr Carlos Navari, Programa nacional de actualización pediátrica Pronap 98, Ed. Ideográfica, Bs As. 1998.

2 Dres. Spiers y Guntheroth, [*Pediatrics 104(5): p.e.58, Nov 1999 - SIIC*], Riesgo de muerte súbita del lactante, Seattle, EE.UU.

3 Lacan Jaques, seminario de los nombres del padre inédito, clase del 20 de noviembre de 1963

4 Nasio Juan D., El libro del dolor y del amor, Barcelona, Ed Gedisa, 1998.