



Asociación de Psiquiatras
Argentinos
Residentes en el país
y en el exterior



Sinopsis

APSA REVISTA

SUMARIO • Dos hermanos y un caso probable de delirio compartido | *A madness shared by two brothers* | Sabrina Arenas, Mariela Paola Bátiz, María Boggiano, Romina Andrea Farinola, Matías Fonseca, María Soledad Mastucci, Guillermo Federico Rodríguez, Gustavo Javier Roux, Pedro Sebastián Zurita • Trastornos de la Conducta Alimentaria y autolesiones en la piel: manifestaciones de la clínica actual | *Eating Disorders and skin-cutting: current clinical manifestations* | Dra. Liliana Mato • Entrevista: Dr. Hernán Kesselman | *Interview: Dr Hernán Kesselman* | Dr. Hugo Dramisino • La experiencia del Lanús | Dr. Horacio Vommaro • Trastorno Dismorfo Corporal en poblaciones de riesgo | *Body Dysmorphic Disorder in population at risk* | Dra. Tania Borda, Dra. Fugen Neziroglu, Dr. Ricardo Pérez Rivera • Bibliografía Recomendada: Literatura Universal y Vejez | Dr. Hugo Pisa, Martín Ruiz



**Asociación de Psiquiatras
Argentinos**
residentes en el país
y en el exterior



APSA

Miembro de la Asociación Mundial de Psiquiatras (WPA)

Miembro de la Asociación de Psiquiatras de América Latina (APAL)

Miembro de la World Federation for Mental Health

APSA

Rincón 355 - (C1081ABG)

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Tel / Fax: (54 11) 4952-1249 - línea rotativa

www.apsa.org.ar • apsa@apsa.org.ar

Comisión Directiva de APSA

Presidente

Dr. Alfredo Cía

Vicepresidente

Dr. Horacio Vommaro

Secretario

Dr. Luis Herbst

Tesorero

Dr. Darío Lagos

Vocales Titulares

Dr. Gustavo Gómez

Dr. Analía Ravenna

Dr. Darío Romero Crusellas

Dr. Laura Rosales

Vocales Suplentes

Dr. Humberto Velásquez

Dr. Hugo Dramisino

Órgano de Fiscalización Titulares

Dr. Nora Leal Marchena

Dr. Graciela Onofrio

Órgano de Fiscalización Suplentes

Dr. María Lilia Rodríguez

Dr. Juan Carlos Turnes

Comité Editorial (2011-2013)

Director: Hugo
Dramisino

Comité Editorial:

Guillermina Berkunsky

Tania Borda

Eduardo Burga Montoya

Gabriel Brarda

Julio Brizuela

Enzo Cascardo

Miguel Angel Castro

Andrés Flichman

Octavio Gallego Luesma

Jorge Garramuño

Mariana Lagos

Nora Leal Marchena

Pedro Pieczanski

Hugo Pisa

Analía Ravenna

Pablo Resnik

Sergio Rojtemberg

Martín Ruiz

Comité Científico Nacional

Dr. Lucila Agnese

Prof. Dr. Ricardo

Angelino

Dr. Sebastián Alvano

Dr. Sara Amores

Dr. Valentín Barembli

Prof. Dr. Héctor Basile

Dr. Jorge Berstein

Dr. Raquel Bianchi

Dr. José Bozzo

Dr. Carlos Calatroni

Dr. Gustavo Carlsson

Dr. Hugo Carroll

Dr. Enzo Cascardo

Dr. Alfredo Cía

Dr. Norberto Conti

Dr. Javier Didia Attas

Dr. Guillermo Dorado

Dr. Lucila Edelman

Dr. Luis Ellerman

Dr. Eduardo Espector

Dr. Andrés Ferdman

Dr. Lía Marcela Fernández

Dr. Alejandro Ferreira

Dr. Pablo Gabay

Dr. Anibal Goldchuk

Dr. Nieves Grieco

Dr. Sergio Griselli

Dr. Rafael Groisman

Dr. Sergio Halsband

Dr. Alicia Kabanchik

Dr. Eduardo Kalina

Dr. Daniel Kersner

Dr. Elías Klubok

Dr. Néstor Koldobsky

Dr. Diana Kordon

Dr. Gabriel Kunst

Dr. Darío Lagos

Dr. Carlos Lamela

Dr. Elena Levin

Dr. Graciela Maltagliatti

Dr. Liliana Mato

Dr. Daniel Matusevich

Dr. Verónica Mora Dubuc

Dr. Cecilia Moise

Dr. Liliana Moneta

Dr. Eliana Montuori

Dr. Carlos Moretti

Dr. Víctor Ocampo

Dr. Luis Ohman

Dr. Oscar Olego

Dr. Graciela Onofrio

Dr. Federico Pavlovsky

Dr. Adhelma Pereira

Dr. Ricardo Pérez Rivera

Dr. Humberto Persano

Dr. Elba Picot

Dr. Mónica Pucheu

Dr. Lía Ricón

Dr. Carlos Repetto

Dr. Roberto Reynero

Dr. Carlos Rodríguez Peña

Dr. Héctor Rubinetti

Dr. Viviana Sala

Dr. Darío Saferstein

Dr. María del Carmen

Salgueiro

Dr. José Schliapochnik

Dr. Gabriel Schraier

Dr. Débora Serebrinsky

Dr. Ernesto Serrano

Prof. Dr. Juan Carlos Stagnaro

Dr. Enrique Stein

Dr. Juan Cristóbal Tenconi

Dr. Elba Tornese

Dr. Ana María Vaernet

Dr. Emilio Vaschetto

Dr. Laura Valbonesi

Dr. Humberto Velásquez

Dr. Víctor Vergara

Dr. Juan José Vilapriño

Dr. Horacio Vommaro

Dr. Norberto Yellati

Dr. Diana Zalzman

Dr. Rodolfo Zaratiegui

Comité Científico Internacional

Dr. Julio Arboleda Florez

(Canadá)

Dr. Manoel Albuquerque

(Brasil)

Dr. José Arias (Paraguay)

Dr. Othon Bastos (Brasil)

Dr. Edgard Belfort (Venezuela)

Dr. Carlos Berganza

(Guatemala)

Dr. Eugenio Bayardo Canela

(Uruguay)

Dr. Jean Garrabé (Francia)

Dr. Marco Antonio Brasil

(Brasil)

Dr. Enrique Camarena Robles

(México)

Dr. Oswaldo Caro (Puerto

Rico)

Dr. Rigoberto Castro (Costa Rica)

Dr. Eduardo Correa (Chile)

Dr. José Miguel Fortín (San

Salvador)

Dr. César González Caro

(Colombia)

Dr. Ricardo González Menéndez

(Cuba)

Dr. Nady Guebaly (Canadá)

Dr. Miguel Jorge (Brasil)

Dr. Robert Lespinasse

(Venezuela)

Dr. Marco López Butrón

(México)

Dr. Juan Maass (Chile)

Dr. Gustavo Matute (Ecuador)

Dr. Romeo Lucas Medina

(Guatemala)

Dr. César Mella (Rep.

Dominicana)

Dr. Juan Mezzich (EE.UU.)

Dr. Luiz Salvador Miranda Sa

(Brasil)

Dr. Ariel Montalbán (Uruguay)

Dr. Rafael Navarro Cuevas (Perú)

Dr. Eduardo Ordaz Ducunge

(Cuba)

Dr. Marcel Penna (Panamá)

Dr. Marcelo de la Quintana

(Bolivia)

Dr. Pedro Ruiz (EE.UU.)

Dr. Rubén Rendon Aponte

(Venezuela)

Dr. Antonio Ruiz Taviel (México)

Dr. Clara Sánchez (Nicaragua)

Dr. Elard Sánchez Tejada (Perú)

Dr. Octavio Sánchez (Honduras)

Dr. Carlos Sayavedra (Panamá)

Dr. Fior Solís (Rep. Dominicana)

Dr. Horacio Taborda (Colombia)

Dr. Alejandro Uribe (Rep.

Dominicana)

Dr. Ángel Valmaggia (Uruguay)

Dr. José Vera Gómez (Paraguay)

Dr. Mauro Villegas (Venezuela)

Dr. Felipe Vintimilla (Ecuador)

INDICE

Psiquiatras Argentinos Dra. Carolina Tobar García	3
Editorial Comité de redacción	5
Editorial Comisión directiva	6
Dos hermanos y un caso probable de delirio compartido <i>A madness shared by two brothers</i>	7
Sabrina Arenas, Mariela Paola Bátiz, María Boggiano, Romina Andrea Farinola, Matías Fonseca, María Soledad Mastucci, Guillermo Federico Rodríguez, Gustavo Javier Roux, Pedro Sebastián Zurita	
Trastornos de la Conducta Alimentaria y autolesiones en la piel: manifestaciones de la clínica actual <i>Eating Disorders and skin-cutting: current clinical manifestations</i>	11
Dra. Liliana Mato	
Entrevista: Dr. Hernán Kesselman <i>Interview: Dr. Hernán Kesselman</i>	15
Dr. Hugo Dramisino	
La experiencia del Lanús	21
Dr. Horacio Vommaro	
Trastorno Dismórfico Corporal en poblaciones de riesgo <i>Body Dysmorphic Disorder in population at risk</i>	25
Dra. Tania Borda, Dra. Fugen Neziroglu, Dr. Ricardo Pérez Rivera	
Bibliografía Recomendada: Literatura Universal y Vejez	29
Dr. Hugo Pisa, Dr. Martín Ruiz	

El material publicado en la revista Sinopsis representa la opinión de sus autores y no refleja indispensablemente la opinión de la Dirección o de la Editorial de esta revista. La revista Sinopsis es propiedad de APSA.

Foto de tapa: Avenida Corrientes, Obelisco - Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Diseño y armado de la revista Sinopsis

Q+D Diseño - (011) 20.55.97.93 - mdpdiez@gmail.com - virginia.quiles@gmail.com

Caricaturas: Mauricio Giacomino - maurigiacomino@yahoo.com

Psiquiatras Argentinos



Doctor José Tiburcio Borda (1869 - 1936)

Nació el 28 de enero de 1869 en Goya (Corrientes), allí realizó sus estudios primarios y secundarios, mientras que en 1891 ingresó en la Facultad de Medicina de Buenos Aires.

Fue practicante del Hospicio de las Mercedes, lugar donde su nombre quedaría grabado a partir de 1967, año en el que fuera rebautizado con el nombre de José Tiburcio Borda al que en ese momento se denominaba "*Hospital Nacional Neuropsiquiátrico de Hombres*", nombre surgido en los tiempos del Dr. Ramón Carrillo. Ingresó en él, en 1894 y allí vivió hasta 1930, consagrándose a pleno en el terreno de las investigaciones, y desplegando intensa labor tanto en la clínica psiquiátrica como en la docencia.

Se graduó en 1897 con su tesis: "*Algunas consideraciones sobre el pronóstico de la alienación mental*", donde daba cuenta de la experiencia por él vivida durante sus años de pregrado en el Hospicio de las Mercedes. Entre 1899 y 1911 trabajó en investigaciones neurobiológicas con quien fuera su maestro, el psiquiatra alemán Christofredo Jakob del cual Borda fue su primer discípulo. Continuó desempeñándose como médico interno hasta 1921, y al año siguiente se acogió a la jubilación extraordinaria para pasar a desempeñarse hasta 1931 como el tercer profesor titular de la Cátedra de Clínica Psiquiátrica de Buenos Aires -sin dejar de vivir en el hospicio, habiendo permanecido allí por espacio de 36 años-.

Se destacó también trabajando con el profesor Cabred, juntos hicieron un notable estudio de la demencia precoz. Fue también profesor honorario y miembro de la Academia Nacional de Medicina en el año 1930.

Su trabajo publicado en 1902, "*Topografía de los núcleos grises de los segmentos medulares del hombre*", fue juzgado por algunos científicos europeos como el más completo análisis de la sustancia gris de la médula efectuado hasta principios de siglo, y el del año 1906, "*Parálisis general progresiva: contribución al estudio de su anatomía y de su histología*", fue reconocido en América y Europa por su alto valor científico.

En 1914 se anticipó a Henri Baruk, dando pauta de los síntomas neurológicos y psiquiátricos de los tumores cerebrales que éste describiera en 1926 en "*Les troubles mentaux dans les tumeurs cérébrales*", haciendo hincapié en los del lóbulo frontal.

Nerio Rojas lo recordó así: "*En el trato con el doctor Borda todo era sencillo. Los jóvenes lo veíamos como a un amigo o un hermano mayor, pues él acortaba las distancias y ésa era la característica de su actitud en el trato personal y en el trabajo docente. Su buen humor era proverbial, con sus maneras exuberantes, su voz sonora con tonada de provincia, en la broma o en la anécdota a veces de tema escabroso, con el sano humor de su bonhomía optimista y sabor de sal gruesa. Así era con los colegas, los enfermos y los alumnos.*"

Concurso Premio Revista Sinopsis

Reglamento de participación

1. El presente concurso (en adelante el "Concurso") es organizado por la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) a través del Comité Editorial de la Revista Sinopsis (en adelante el "Organizador"). La participación en el Concurso atribuye la condición de participante o participantes (en adelante, el "Participante") única y exclusivamente en la medida en que los interesados cumplan con la totalidad de las condiciones establecidas en el presente Reglamento e implica la aceptación plena e incondicional del mismo.
2. El presente concurso es válido en Argentina, como así también para socios residentes en el exterior.
3. Podrán participar en este concurso aquellas personas que se encuentren registrados como socios –titulares y adherentes- de APSA y con su cuota societaria al día. Quedarán exceptuados de participar del mismo los socios que integran la Comisión Directiva de APSA, los miembros del Comité Editorial de la Revista Sinopsis, autoridades del Instituto Superior de Formación de Postgrado y ex-presidentes de nuestra Asociación, como así también los miembros titulares y suplentes del Jurado del referido concurso.
4. El Organizador llevará a cabo la realización del concurso promocionándolo a través de diferentes medios institucionales.
5. Operatoria: los participantes deberán enviar un correo electrónico a la dirección secretaria@apsa.org.ar con el asunto: Concurso Premio Revista Sinopsis.
y en el cuerpo del mensaje: Nombre y apellido
DNI / Dirección / TE / Correo electrónico de referencia
Domicilio: calle / ciudad / provincia / país
Título y año de graduación (de grado y postgrado)
Universidad de origen (de grado y postgrado)
6. Texto para el concurso: Regirá el reglamento de publicación de artículos de nuestra Revista* (ver reglamento completo en la página web de APSA). Es condición indispensable para la participación en el Concurso que los derechos de propiedad intelectual y de publicación de cada Obra presentada sean de titularidad del Participante que la presente al Concurso. Es responsabilidad de los Participantes asegurarse que las obras presentadas cumplan con todos los requisitos estipulados en el presente Reglamento. De lo contrario, el Organizador tendrá la facultad de excluirlos del Concurso sin que ello implique derecho a reclamo alguno por parte de los Participantes.
7. Recepción de Obras: Las Obras deberán ser presentadas con fecha límite a designar según lo estipulado para la publicación de cada número de la Revista.
8. Selección y Jurado: Las Obras recibidas serán puestas a consideración de un jurado (en adelante, el "Jurado") que estará integrado por tres socios titulares de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) que serán para esta ocasión: Dr. Alfredo Cía, Prof. Dr. Juan Carlos Stagnaro y Prof. Dr. Manuel Suárez Richards. En caso de vacante de un titular su puesto será cubierto por los miembros del jurado suplente (también socios titulares) que en esta oportunidad lo integrarán: Dra. Graciela Onofrio, Dr. Horacio Vommaro y Dr. Rodolfo Zaratiegui. La selección del ganador, de conformidad con el presente, estará a cargo del jurado cuya decisión será inapelable y será anunciada en ocasión de los congresos anuales de APSA.
9. Premio: El jurado premiará al ganador con una obra de arte elegida por la Comisión Directiva de APSA (el premio es intransferible y no podrá ser canjeado).
10. El Ganador será notificado a la dirección del correo electrónico desde la cual remitió el envío, dentro de los veinte días hábiles contados a partir de la finalización del concurso cuya fecha coincidirá con la del cierre del último número de la Revista previo a los congresos anuales de APSA.
11. Para poder acceder al premio el ganador deberá presentar un documento nacional de identidad y los datos del mismo deberán coincidir con los datos registrados.
12. Derechos de Exhibición: Los Participantes aceptan que con motivo de la realización del Concurso su Obra pueda ser difundida por el Organizador a través de todos los medios que el Organizador considere oportuno. Asimismo, el Participante autoriza expresamente al Organizador a compaginar y editar las Obras –a su criterio- para efectuar promociones del Concurso. Para el caso que la Obra presentada fuese seleccionada como ganadora, el Participante acepta que la misma pueda ser publicada por el Organizador en ulteriores ediciones del Concurso.
13. Generalidades: Cualquier situación relacionada con la interpretación del presente Reglamento será dirimida, en primera instancia por el Organizador.
El Organizador podrá cancelar, suspender y/o modificar el presente Concurso a su solo criterio en cualquier momento y sin previo aviso.
El Participante declara y garantiza que tiene todos los derechos y autoridad para participar del Concurso y que no existe limitación legal, contractual, ni de cualquier otra índole que pudiera restringir y/o interferir y/o impedir el más amplio y libre ejercicio por parte del Organizador de aquellos derechos que puedan derivarse directa y/o indirectamente de lo estipulado en este Reglamento, en particular con relación a la facultad de publicar la Obra presentada.
14. El Participante se compromete a mantener indemne al Organizador, frente a cualquier reclamo y/o acción judicial o extrajudicial que por cualquier concepto sea efectuada y/o dirigida y/o encausada contra el Organizador por cualquier tercero alegando directa o indirectamente que los derechos sobre la Obra, su título, los libros, el formato, la bibliografía y/o cualquier otro elemento integrante de la Obra violan y/o infringen y/o afectan y/o limitan y/o de cualquier otra manera lesionan un nombre comercial y/o una marca y/o un "copyright" y/o un derecho de propiedad intelectual o industrial, de un tercero.

* La extensión de los trabajos no debe ser superior a los 24.000 caracteres con espacios ni inferior a los 20.000. Deben incluir un resumen de aproximadamente 700 caracteres con espacios, alrededor de seis palabras (o expresiones) clave y las traducciones al inglés del título, del resumen y de las palabras clave. El conteo total de caracteres con espacios no incluye las referencias bibliográficas –estas pueden tener hasta 9.000 caracteres con espacios-. Enviar también datos del CV abreviados el autor.

Cantidad de caracteres con espacios:

CV del autor: 200 caracteres con espacios

Texto principal: entre 20.000 y 24.000 caracteres con espacios

Resumen / Abstract: 700 caracteres con espacios (en cada idioma)

Palabras claves / keyword: 6 o 7 palabras en cada idioma

Bibliografía: 9.000 caracteres con espacios. (si el texto es de menos de 24.000, la bibliografía puede aumentar)

EDITORIAL

Comité de Redacción

Coincide este número con la realización del XXVII Congreso Argentino de Psiquiatría que como siempre constituirá un acontecimiento científico y social que convocará todo nuestro apasionamiento hacia nuestra profesión. En tal sentido, hemos querido participar del mismo tratando de reflejar un tiempo de “oro” de la Salud Mental de nuestro país: “el Servicio de Psicopatología del Dr. Goldenberg”. Lo hacemos a través de un artículo especial sobre el “Lanús” y una entrevista al Dr. Hernán Kesselman. Nuestro propósito no se circunscribe solamente en producir una evocación a *in illo tempore* o rendir un tributo a nuestros maestros sino también queremos reafirmar una forma de “ser psiquiatra”: apasionados por la clínica, la docencia y la investigación, abiertos a distintos saberes y teorías, defensores de la Salud Pública y, sobre todo, solidarios con los colegas y comprometidos humanamente con los “pacientes”.

Además, se presentan tres artículos científicos de un significativo nivel clínico que abordan temáticas tan interesantes como son el probable caso de una *folie a deux* entre hermanos; autolesiones en piel, en Trastornos de la Conducta Alimentaria y el Trastorno Dismórfico Corporal en poblaciones en riesgo. También presentamos una muy interesante sección de Bibliografía Recomendada dedicada a la vejez en la literatura.

Por último, tenemos el agrado de anunciar el lanzamiento del **Premio Revista Sinopsis** y su debida reglamentación. Con este concurso anual tratamos de promover un mayor estímulo y reconocimiento a los autores de artículos científicos destinados para ser publicados en nuestra revista y que constituyen los auténticos artífices de Sinopsis.

Comisión Directiva

El sábado 17 de marzo se llevó a cabo la Asamblea General Ordinaria de nuestra Asociación. La misma se desarrolló en un marco de emotiva cordialidad, habiendo participado más de ciento treinta socios. Nuestro Presidente se refirió a la gestión efectuada por la Comisión Directiva durante el año pasado destacando los avances en diferentes áreas, incluyendo el lanzamiento de la Red Científica Virtual, que se encuentra a disposición de los asociados para facilitar el intercambio y actualización permanente desde cualquier punto del país y el incremento del número de alumnos en la carrera de especialización de postgrado. Luego, el Tesorero de nuestra institución dió tratamiento y puso a consideración de los socios, la Memoria y Balance de los estados contables del ejercicio concluido el 31 de diciembre de 2011. En tal sentido, resulta importante destacar que APSA no sólo presenta balance positivo del período 2011 sino que, por primera vez, ha alcanzado el objetivo presupuestario de autofinanciamiento de sus gastos fijos mediante las cuotas societarias. Todo ello ha sido ratificado por una contundente aprobación unánime de los socios. A posteriori, se procedió a la renovación de la mitad de los cargos de la CD; por unanimidad y por el término de un año han sido elegidos: el Dr. Horacio Vommaro como Vicepresidente, el Dr. Darío Lagos como Tesorero, la Dra. Laura Rosales como Segundo Vocal Titular, el Dr. Gustavo Gómez como Tercer Vocal Titular, el Dr. Hugo Dramisino como Primer Vocal Suplente, la Dra. Graciela Onofrio como Miembro Titular del Órgano de Fiscalización y el Dr. Juan Carlos Turnes como Miembro Suplente del Órgano de Fiscalización.

Nos encontramos abocados a pleno en la organización de nuestro XXVII Congreso de Psiquiatría que contará con importantes presencias de personalidades del exterior y con significativos auspicios entre los que es dable destacar, entre tantos, los otorgados por la Presidencia de la Nación, por el Ministerio de Salud de la Nación, por la *World Psychiatric Association –WPA–*, por la Asociación Psiquiátrica de América Latina –APAL– y por la Academia Nacional de Medicina.

El altísimo número de trabajos inscriptos nos genera una gran expectativa sobre el éxito que esperamos alcanzar con este congreso, prueba de ello resultan los más de cuarenta cursos intracongreso, los quince simposios internacionales y treinta y ocho nacionales, los más de veinte libros que se presentarán y las más de veinticinco instituciones que participarán en catorce foros, además de la enorme cantidad de talleres, mesas redondas, comunicaciones científicas y pósters.

Nos despedimos augurando la concreción de un congreso exitoso que seguramente será fruto no sólo del notable esfuerzo desplegado por un eficiente y solidario Comité Organizador sino también por el entusiasmo de todos los participantes por construir un espacio de ameno y fructífero encuentro científico y social.

Dos hermanos y un caso probable de delirio compartido | *A madness shared by two brothers*

Resumen

La inducción o la construcción interpersonal de diversas formas de pensamiento delirante ha sido objeto de reiteradas observaciones en la clínica psiquiátrica, y su existencia continúa siendo aceptada en la actualidad. La primera descripción al respecto se realizó en 1871 por H. Legrand du Saulle. Poco después, en 1877, Ch. Lèsague y J. Falret publican su famoso artículo "la folie à deux o locura compartida".

A partir del caso de un paciente internado en el servicio N° 5 del Hospital J. T. Borda y su hermano, en tratamiento ambulatorio -en el mismo hospital-, se intenta, valorar la relación entre la psicosis de ambos, reflejada en un delirio compartido.

Se desea estudiar la relación de los rasgos de carácter de la personalidad, como hallazgo de una probable causa-consecuencia en el estado actual de los pacientes. A su vez, a partir de las diferencias que presentan en el temperamento y carácter, hallar la causa del estado actual de ambos pacientes, internación de uno y tratamiento ambulatorio del otro.

Palabras clave: Folie à deux – Delirio – Hermanos – Historia – Esquizoide – Esquizotípico – Sugestión

Abstract

The induction or the interpersonal construction of the different forms of delusional thinking have been object of repeated observations in the psychiatric clinic, and its existence is still accepted until today.

It was first described in 1871 by H. Legrand du Saulle. Soon after, in 1877, Ch. Lèsague and J. Falret published their famous article "La folie à deux" or "A madness shared by two".

From the case of a patient hospitalized in Service Number 5 of the Hospital José T. Borda and his brother, in ambulatory treatment in the same hospital. Using the information available in the patients' medical records and through direct in-depth interviews, this paper tries to assess the relationship between their psychosis, which is reflected in a shared delusion.

This paper also studies the relationship between the different personality features, as a finding of a potential cause-consequence in the patients' current state. Moreover, from the patients' different temperament and character, the paper seeks to find the cause for the current state of both patients, the inpatient treatment of one and the outpatient one of the other.

Keywords: Folie à deux – Delirium – Brothers – Story – Schizoid – Schizotypal – Suggestion

Autores

Sabrina Arenas

Médica Concurrente en Psiquiatría, primer año, Hospital José T. Borda

Mariela Paola Bátiz

Médica Concurrente en Psiquiatría, primer año, Hospital José T. Borda

María Boggiano

Médica Residente en Psiquiatría, cuarto año, Hospital de Clínicas "José de San Martín"

Romina Andrea Farinola

Médica Concurrente en Psiquiatría, tercer año, Hospital José T. Borda

Matías Fonseca

Médico Residente en Psiquiatría, cuarto año, Hospital José T. Borda

María Soledad Mastucci

Médica Concurrente en Psiquiatría, segundo año, Hospital José T. Borda

Guillermo Federico Rodríguez

Médico Concurrente en Psiquiatría, segundo año, Hospital José T. Borda

Gustavo Javier Roux

Médico Concurrente en Psiquiatría Infante Juvenil, tercer año. Hospital Tobar García

Pedro Sebastián Zurita

Médico Concurrente en Psiquiatría, segundo año, Hospital José T. Borda

folieadeux@hotmail.com

A partir del caso presentado del paciente C. internado en el servicio N° 5 del Hospital J. T. Borda y su hermano, el Sr. F., en tratamiento ambulatorio del mismo hospital, quienes han presentado un cuadro delirante se intenta, bajo una revisión bibliográfica, valorar la relación de las psicosis de ambos pacientes partiendo de la premisa de delirio compartido o *folie a deux*.

Introducción

La folie a deux o locura compartida fue descrita por primera vez por Lasegue y Falret en 1877, se caracteriza por presentar síntomas psicóticos (particularmente una creencia paranoica o delirante) que deviene compartida por dos o más personas que viven en asociación estrecha o íntima con aquel.

Las parejas más comunes suelen ser de hermanas, marido y esposa, madre e hijo, dos hermanos o amigos íntimos. Una condición casi imprescindible para la gestación de la patología es una estrecha convivencia y un íntimo vínculo emocional entre las dos personas afectadas.

Se desarrolla inicialmente a partir de aquellas situaciones en las cuales un delirante auténtico va armando poco a poco con sus convicciones iniciales, una historia plausible junto a su pareja o en el ámbito de sus familiares allegados. El iniciador de una psicosis inducida o compartida puede ser una esquizofrenia con franco predominio de contenidos paranoides, con ideas de grandeza, con particular adaptación al mundo y una profunda relación con la otra persona que, por lo general, se encuentra en una posición dependiente.

Casos Reportados

CASO I. Sr. C., paciente de 62 años quién se encuentra internado en el Servicio N° 5 del Hospital J. T. Borda desde comienzo del año 2009 como consecuencia de un cuadro delirante de tinte paranoide y megalómano, acompañado de alucinaciones cenestésicas.

Refiere una primera internación, de aproximadamente 40 días de duración, en una clínica psiquiátrica en el año 1989. Luego, estuvo internado en dos oportunidades en el Hospital J. T. Borda (en 1998 y en 2005). A raíz de la última internación es derivado a una institución geronto-psiquiátrica. Antes de la primera hospitalización el paciente no había recibido tratamiento psiquiátrico alguno, luego entre los periodos de dichas internaciones recibió tratamiento ambulatorio.

Con respecto a su escolaridad, su último año del secundario lo rinde en carácter de alumno libre, manifestando que para él no era sólo un desafío, sino también una presión, ya que su padre y su hermano habían seguido este camino. Presenta estudios universitarios incompletos, debido a según refiere “era desorganizado para estudiar”.

En cuanto a su historial laboral, ejerció como visitador médico y trabajó en dos laboratorios. También se desempeñó en este ámbito como supervisor. No quedan claros los motivos de sus despidos. Durante el periodo que permaneció desocupado se solventaba económicamente “vendiendo cosas y con los ahorros del trabajo”.

Sr. C. tiene un hermano mayor y una hermana menor. El paciente siempre convivió con sus padres y una tía materna. Refiere que su hermano Sr. F., es odontólogo, al igual que su padre, y estuvo internado en varias oportunidades por trastorno delirante con ideas persecutorias y de perjuicio, “cuadro similar al que yo padecí”. El resto de la familia, según comenta carece de antecedentes psiquiátricos.

El paciente refiere que su internación del año 2005 coincide con la hospitalización de su hermano. El paciente comenta: “mi hermano recibió agresiones de seres espirituales y fue dado de alta antes que yo”.

En el servicio se muestra a diario tranquilo, introvertido, con falta de proyectos y no se relaciona con el resto de los pacientes.

Su hermano relata que siempre fue así: “un tipo tranquilo que se adapta a cualquier cosa... una especie de ameba que se conforma a cualquier recipiente que uno le ponga... él siempre hacía lo que yo hacía... leía todo lo que dejaba, entre ellos, los libros de ocultismo”. En referencia a esto último, se identifica uno de los núcleos centrales del delirio que motivó la internación de ambos.

Dice el Sr. C. “siempre me interesó el yoga y la energía al igual que a mi hermano... para mí él siempre fue un referente en cuanto a las cuestiones del saber... intercambiábamos opiniones acerca de los temas de interés común”. En esta temática mística, refiere que su hermano “es superior... un ser evolucionado, que todo el mundo lo reconoce como tal”. Las interpretaciones delirantes durante sus internaciones giran en torno a estas cuestiones. Seres extraterrestres que le absorben la energía o lo persiguen para destruirlo. Ideas de influencia, paranoides y fantásticas.

CASO II. Sr. F. paciente de 66 años que se encuentra bajo tratamiento ambulatorio en el servicio 31 del Hospital J. T. Borda.

Sufrió múltiples internaciones: en el año 2003 (58 años) ingresa por primera vez a éste hospital, acompañado por personal policial y caratulado como “supuesto demente”. En la Historia Clínica se describe: cuadro delirante de temática persecutoria, de perjuicio (en referencia a su mujer) y mística (refiere ser predicador de Jesús). Su mujer explica: “fue internado por un cuadro delirante místico, al igual que su hermano el Sr. C., salvo que éste se hallaba atrincherado en su casa y no dejaba entrar a nadie”.

Hermano del Sr. C. describe a su padre como un hombre violento. Respecto de su madre dice, “era una ferviente católica... sumisa ante el clero” y su hermana era “la niña mimada”. Manifiesta que el Sr. C. siempre fue soltero, que “no conoció mujer y no tenía habilidad para relacionarse socialmente”.

Luego de que éste abandonara la carrera de física “por su extrema lentitud” y ante la dificultad de encontrar empleo, le facilita el ingreso, como visitador médico, a un laboratorio.

En relación a la problemática mental de su hermano comenta: “escuchaba las voces de los visitantes médicos que le gritaban insultos... se sentía aislado, apartado”. Relata situaciones de la infancia y adolescencia, donde acude a él, frente a las amenazas de sus compañeros del secundario.

Según comenta, él logró apartarse de las restricciones impuestas por su madre sobre las temáticas sexuales: “Ella me pedía que trate a todas las mujeres como si fueran mi hermana... yo pensaba... ¿qué quiere que le haga a mi hermana?”. Comenta que la rebeldía lo salvó y que por el contrario, su hermano siempre hacía lo que le pedían.

En la década del ochenta comienza a interesarse por el ocultismo: “A mí gustaba leer de todo, me interesaba por todo, primero me interesé por la parapsicología, luego en las ciencias ocultas y en los fenómenos paranormales... me puse a investigar sobre brujería y métodos de influencia... hice una investigación de campo... me hizo muy mal”. Respecto a su hermano, quien también se interesó en estas temáticas, dice, “vivía solo... yo lo metí en esto y está peor que yo... siempre fui un referente para él”. Y agrega, “cuando uno se mete en esas cosas lo más probable es que termine loco; yo me volví loco, estaba esperando un contacto supranormal, un acercamiento a espíritus benéficos de la naturaleza”.

Estado actual de los hermanos C. y F:

Actualmente C. se encuentra internado en el Hospital Borda y F. recibe tratamiento ambulatorio en el mismo. Ambos se ven con la frecuencia de una vez por semana aproximadamente. Durante los encuentros, que suelen ser breves, se puede observar un buen vínculo entre ellos y como la personalidad de F. influye sobre C., mostrándose el primero con una actitud activa respecto al tratamiento de su hermano y el segundo con una actitud pasiva. El Sr. C. refiere en cuanto a las visitas de su hermano, “*la pasamos bien, es bueno estar en familia...*”, refiere que al momento F. y su sobrino son los únicos familiares con quienes mantiene un vínculo. Comenta de su hermana menor, “*ella no acepta lo que nos pasó, creo que le impresionan los neuropsiquiátricos... hace más de 6 años que no la veo... sólo sé que está divorciada y no tiene hijos...*”. Respecto al desarrollo de la enfermedad, C. afirma que le sucedían las mismas cosas que a F. durante los periodos de internación de ambos, refiriéndose específicamente a delirios sistematizados de tinte místico y a las alucinaciones auditivas. C. estuvo internado en

el mismo periodo (año 2010) que F., realizando este último, visitas recurrentes al servicio, encontrándolas C. como una compañía muy importante:

“Imagínese (dice C.), ingresar al Borda y no conocer a nadie, tener a mi hermano era muy bueno...”. Si bien mantiene la postura de que F.no influyó en su tratamiento psiquiátrico actual, comenta que le daba consejos en lo que respecta a la toma de medicación, *“me decía (comenta C.) que no deje la medicación para que no le suceda lo mismo que a él y pueda estar de alta lo más rápido posible...”*, por otro lado, afirma que mientras estaban internados no compartían los delirios, al respecto dice C.: *“cuando yo estaba compensado me dolía ver a mi hermano así, nunca hablábamos de nuestros delirios, pero entendíamos el proceso que atravesaba cada uno...”* Para C., la única razón por la que su hermano se encuentra en tratamiento ambulatorio y él internado es sólo por una cuestión habitacional, ya que él no tiene a dónde ir. Frente a esta situación F. mantiene una participación activa por la salud de su hermano, ya que en forma sistemática trata de “convencer” a C. para continuar con su tratamiento en una casa de medio camino, ya que según nos afirma F., su hermano no tiene la voluntad de irse del hospital.

Revisión

La *folie a deux*, es una condición psiquiátrica caracterizada por la presencia de síntomas psicóticos similares, comúnmente ideas delirantes, en dos o más individuos. Los individuos incluidos en el trastorno son miembros de una misma familia o sujetos que comparten una relación cercana y que, en la mayoría de los casos, presentan aislamiento social. Generalmente, sólo uno de los individuos sufre de un auténtico trastorno psicótico, llamado caso primario, quien induce en el otro la aparición de síntomas similares^(1, 4).

A finales del siglo pasado, Lasegue y Falret publican las primeras descripciones del síndrome, aunque habían sido Baillarger y De Saule los primeros autores en aportar referencias del mismo a la literatura científica.

En los años siguientes, la observación de nuevos casos de *folie a deux* cristalizó, a través de autores como Regis y Montyel, en el establecimiento de cuatro subtipos del síndrome general. Esta clasificación, que también ha llegado a nuestros días sin apenas modificaciones, comprende las siguientes categorías⁽¹⁾.

- a) **Psicosis impuesta:** Corresponde clínicamente al cuadro descrito por Lasegue y Falret. Es el hallazgo más frecuente.
- b) **Psicosis simultánea:** Su descripción se debe a Regis. Se trataría aquí de dos individuos predispuestos que, sometidos a un contacto íntimo y prolongado, desarrollan una psicosis de forma simultánea. A consecuencia del contacto estrecho entre ambos, el delirio llegaría a ser temáticamente común. No existen, por tanto, roles activo y pasivo en esta forma de *folie a deux*; el grado de afectación de ambos miembros sería el mismo y su separación no tendría efecto terapéutico alguno.
- c) **Psicosis comunicada:** Corresponde a las aportaciones de Montyel y Baillarger. Sus características resultan idénticas a las de la psicosis impuesta salvo en lo referente al efecto terapéutico de la separación, que en este caso sería negativo.

- d) **Psicosis inducida:** En un paciente previamente psicótico aparecen nuevas ideas delirantes bajo la influencia de otro paciente asimismo psicótico.

Los dos primeros tipos se cree que son los principales y los últimos dos tipos se consideran variaciones de *folie imposée*⁽¹²⁾. En la mayoría de los casos, la *folie a deux* incluye sólo a dos individuos⁽¹³⁾. En la literatura científica se ha publicado que el mayor número de casos se produce entre parejas de hermanas, seguidas por orden de frecuencia por parejas de madre e hijos y de hermanos. Más allá de la diada se han descrito familias^(13, 14) y grupos de personas (guía espiritual-seguidores)⁽²⁾ que comparten las ideas delirantes. Desde la época de Lasegue y Falret, cuando se consideraban ciertos grupos de la sociedad, como sumisos y sugestionables, se propagó el concepto que el trastorno psicótico compartido se presentaba con mayor frecuencia en mujeres y niños. Se supone este hecho haciendo referencia a los roles restringidos que las mujeres desempeñan dentro del sistema social y el efecto que ello produciría en cuanto a la génesis de una estructura de carácter favorable a la identificación con una figura dominante.

Se han diagnosticado varios trastornos en los casos del polo primario, pero la esquizofrenia es el diagnóstico más comúnmente encontrado en este grupo⁽¹²⁾. Además de la esquizofrenia, están los trastornos del afecto, los trastornos delirantes y los procesos demenciales. El mecanismo mediante el cual se genera la inducción de las ideas delirantes en la persona del polo secundario es poco entendido. Han surgido varias teorías que intentan explicar el fenómeno, incluidas las ideas originales del ambiente, los procesos adaptativos y la susceptibilidad. Pero, hasta el momento, ninguna ha demostrado ser más verosímil que otra. Autores⁽¹²⁾ sugieren que la disfunción de las relaciones interpersonales es por sí sola uno de los factores más importantes implicados en el desarrollo de la *folie a deux*; esto se evidencia en cómo desaparecen rápidamente las ideas delirantes en el polo receptor luego de implementar la separación. Generalmente, la pareja, o diada, experimenta una relación de dominancia y pasividad. La persona dominante, la fuente de la psicosis, comúnmente representa autoridad para la persona pasiva, el receptor de la psicosis, quien es típicamente dependiente, menos inteligente y sugestionable^(7, 8, 9). Como Lasegue y Falret (1877) señalaban, “la primera condición en él, el receptor del delirio, es que éste sea de menor inteligencia y esté más dispuesto a la docilidad pasiva que a la independencia”. Típicamente, la diada ha experimentado una relación de larga duración, en relativo aislamiento de los pares y bajo condiciones de pobreza⁽⁷⁾. Los autores coinciden en afirmar que la transferencia del delirio y las alucinaciones en la *folie a deux* ocurren con el fin de satisfacer las necesidades tanto de la fuente como del receptor, aunque la naturaleza exacta de estas necesidades es tema de actual debate. McClure (1989) propone que la *folie a deux* permite que la persona mentalmente enferma mantenga el contacto con la realidad. Para la persona mentalmente más sana, la *folie a deux* puede ser una manera de satisfacer necesidades de dependencia, evitando la amenaza y hostilidad por parte del individuo dominante, disfrazándola de psicosis^(5, 9).

Discusión

Nos planteamos a partir del caso, la posibilidad de la existencia de delirio compartido en estos dos pacientes. A través de la información obtenida a partir de las historias clínicas y entrevistas directas, podemos inferir que ambos presentan un terreno predisponente para el desarrollo de la patología psiquiátrica. En esta viñeta, entendemos como terreno a los rasgos de personalidad, que en el Sr. F. presentarían características de personalidad del tipo esquizotípico, que constituyen la base de los pensamientos extraños que movilizan su interés. C. quién tendría rasgos compatibles con una personalidad esquizoide, sería inducido a interesarse por dicha temática, debido a la influencia del primero.

Además, y a partir del contenido del delirio que ambos hermanos comparten -ideas místicas-megalómanas-, se podrían deducir la intervención de mecanismos psicopatológicos más allá de lo constitucional que incluirían la sugestión, idealización e identificación que extralimitan esta exposición meramente descriptiva. Pero serán tema de una próxima investigación.

Referencias bibliográficas

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistic manual of mental disorders. 4th ed. Washington: APA, 1994.
2. Bender L, Yarell Z. Psychoses among followers of Father Divine. *J Nerv Ment Dis* 1938; 87-9.
3. Carranza Almansa. J. Herrera Arroyo. Un caso atípico de folie a deux entre madre e hija. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* Vol. XII, N.º 42, 1992.
4. Clérambault G. Contribution a l'étude de la folie communiquée et simultanéé. *Ouvres psychiatriques.* París 1987.
5. Coleman S, Last S. A study of folie a deux. *Journal of Mental Sciences.* 1939; 8: 1212-23.
6. Christodoulou GN, et al. Shared delusion of doubles. *Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1995; 58: 499-501.
7. Ghaziuddin M (1991) Folie a deux and mental retardation: review and case report. *Can J Psychiatry,* 36: 48-49.
8. Glassman JNS, Magulac M, Darko DF. Folie a famille: shared paranoid disorder in a Vietnam veteran and his family. *Am J Psychiatry* 1987; 144: 658-60.
9. Hart J, McClure GM. Capgras' syndrome and folie a deux involving mother and child. *Br J Psychiatry,* 1989; 154: 552-4.
10. Stagnaro, Juan Carlos, *Alucinar y delirar,* Editorial Polemos, 1ª edición (2006).
11. Swanson OW. *El mundo paranoide.* Barcelona (1973).
12. Sony SO, Rocklely GJ. Socio-clinical substrates of folie a deux. *Br J Psychiatry* 1974; 15: 230-5.
13. Waltzer H. A psychotic family-folie a douze. *J Nerv Ment Dis,* 1963; 137: 67-75.
14. Wehmeier P, Barh N, Remschmidt H. Induced delusional disorder: a review of the concept. *Psychopathology.* 2003; 36: 37-45.

Trastornos de la Conducta Alimentaria y autolesiones en la piel: manifestaciones de la clínica actual | *Eating Disorders and skin-cutting: current clinical manifestations*

Resumen

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria han aumentado significativamente en los últimos años y, muy frecuentemente, aparecen asociados con autolesiones en la piel, sobre todo, en los cuadros bulímicos. Tales autolesiones consisten en cortes realizados sin intencionalidad suicida; y, al igual que los trastornos de la conducta alimentaria, predominan en la población adolescente. El objetivo de este trabajo es destacar la importancia del vínculo materno así como también establecer relaciones entre conductas autoagresivas y situaciones de violencia familiar. Reflexionamos sobre la transmisión transgeneracional de modalidades vinculares de violencia y maltrato y sus consecuencias clínicas. A partir de un caso clínico, destacamos la importancia del trabajo psicoterapéutico en el marco de un abordaje de trabajo interdisciplinario.

Palabras clave:

Autolesiones – Síndrome de cortarse – Trastornos de la conducta alimentaria – Violencia familiar – Transmisión transgeneracional

Abstract

Eating disorders have significantly increased in recent years and they are very frequently associated with skin-cutting, especially in bulimic patients. Said self-harm includes skin-cutting without suicidal intentions and, like eating disorders, predominates in the adolescent population. The aim of this study is to highlight the importance of maternal bonding and to establish connections between self-aggressive behaviors and family violence situations. We have explored transgenerational transmission of bonding modalities of violence, maltreatment and their clinical implications. From a clinical case, we emphasize the value of psychotherapy within the frame of an interdisciplinary approach.

Key words:

Self-harm, skin-cutting, self-cutting syndrome, eating disorders, family violence, transgenerational transmission

Dra. Liliana Mato

Médica Psiquiatra
Presidenta del Capítulo de "Trastornos de la Conducta Alimentaria en la Cultura Contemporánea"-APSA
Miembro de la Sección de Trastornos de la Conducta Alimentaria de APAL -Asociación Psiquiátrica de América Latina
Docente del Curso Anual de Postgrado: "Trastornos de la Conducta Alimentaria en la Cultura Contemporánea"
Instituto Superior de Formación de Postgrado-APSA
Directora de IAB- Interdisciplina en Anorexia, Bulimia-Equipo Interdisciplinario-
Ex Directora del Programa de Actualización para Graduados en Trastornos de la Conducta Alimentaria. Facultad de Medicina. UBA
Ex Directora del Programa de Actualización para Graduados en Trastornos de la Conducta Alimentaria. Facultad de Psicología.UBA
lilianamato@hotmail.com

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) han aumentado significativamente en las últimas décadas poniendo de manifiesto su innegable relación con características e ideales propios de ciertos contextos culturales contemporáneos. Si bien los cuadros de anorexia y bulimia han sido descriptos desde hace muchos años, la martirizante exigencia de delgadez es característica de las actuales descripciones y coincide con valores e ideales característicos de una cultura que pone la imagen y la estética como valores centrales. Cada vez más frecuente es también su asociación con el Síndrome de cortarse (*Self-Cutting Syndrome*), especialmente en los cuadros bulímicos.

Self-Cutting Syndrome o *Self-Harm Syndrome* (*Síndrome de cortarse* o *Síndrome de daño autoinflingido*) es el nombre que le asignan los manuales clasificatorios a fenómenos clínicos que se enmarcan en el grupo de las autolesiones. También descriptos desde hace mucho tiempo, preocupa su cada vez más frecuente aparición en la clínica, afectando a un grupo cada vez mayor de jóvenes en América, al punto de que algunos autores los mencionan como "*la nueva anorexia*" (Favazza, 1996). Karl Menninger describió estos comportamientos ya en 1930 y los llamó "*wrist cutting syndrome*" (*síndrome de cortes en la muñeca*), dado que los cortes más frecuentes se observaban en las muñecas.

Se trata de cortes en la piel, no muy profundos, medidos, calculados y que se mantienen en secreto durante mucho tiempo, ocultando las cicatrices que a veces dejan como marca. Justamente, con el objetivo de mantenerlos ocultos, en la actualidad es frecuente que se realicen en zonas no tan expuestas y visibles como brazos y muñecas. Es fundamental para su diagnóstico descartar intencionalidad suicida: en el intento de suicidio a través de los cortes se busca la muerte, en estos casos el cortarse es una manera de mantenerse vivo. Se los describe en distintas entidades clínicas: depresión, trastornos de ansiedad, trastornos del control de impulsos, de la conducta alimentaria, de personalidad, abuso de sustancias, entre otros.

Al hablar de marcas en la piel surgen aproximaciones al tema de los tatuajes, pero señalamos una diferencia entre estos "cortes" y los tatuajes. En estos últimos las imágenes se exhiben, se ofrecen a la vista o a la lectura en forma explícita, tienen un valor simbólico; los cortes de las autolesiones se ocultan y no tienen valor de representación.

Si bien los trastornos de la conducta alimentaria y las autolesiones en la piel son cuestiones clínicas distintas, podemos subrayar algunas características coincidentes entre ambos fenómenos. La primera característica a destacar es que tanto en uno como en otro caso, el cuerpo aparece como el destinatario en el que estas conductas dejan sus marcas. Tanto en un caso como en otro las mismas se mantienen en secreto, a veces durante varios años.

En ambos casos también hay una mayor incidencia en la población adolescente y ha habido un significativo aumento de casos en los últimos tiempos. Ambos tienen una fuerte presencia en páginas web que promueven su difusión. Son ya muy conocidas las páginas sobre anorexia y bulimia, y también en el caso de las autolesiones varias tribus urbanas las han incorporado como rasgo de pertenencia. Además muchas páginas de Internet las promueven, mientras la sociedad se sorprende, pero rápidamente tolera y absorbe estos fenómenos con llamativa indiferencia. Así como “Ana” y “Mía” designan destacando y alentando a aquellas muchachas que a través de la anorexia (Ana) y la bulimia (Mía) han decidido encarar su lucha en la vida, también los jóvenes que se autolesionan la piel mediante estos cortes superficiales (“cutters” es la nominación que los identifica), se abrieron un lugar en la realidad contemporánea y también en la realidad virtual; existen hoy innumerables páginas, blogs y foros sobre, de y entre “cutters”.

La clínica de los trastornos de la conducta alimentaria en particular, y también “estos cortes en la piel” ofrecen un campo privilegiado de investigación para indagar las articulaciones entre determinantes psicológicos, familiares, socioculturales y biológicos en juego. Precisamente, dada la complejidad de estos fenómenos es preciso en estos casos, un enfoque de abordaje interdisciplinario que contemple las distintas intervenciones terapéuticas.

Proponemos algunas reflexiones sobre estos temas a partir de un recorte clínico que fue presentado en el Panel “Violencia y Agresión - Conductas autoagresivas y su expresión clínica-”, en el marco de la Jornada Intercapitular: “Encuentro entre la clínica familiar y los trastornos de la conducta alimentaria - Violencia visible e invisible-”^{*}. No me extenderé en la presentación del todo el caso, sino expresaré algunas reflexiones sobre las autolesiones en la piel.

En este caso, el análisis permitió develar la relación entre estos cortes en la piel y situaciones de violencia familiar, de la que nunca se había hablado, por tratarse de una violencia “naturalizada” en el contexto familiar. Por tal razón decíamos en la presentación del caso en nuestra Jornada, que estos “cortes” pueden presentarse, en algunos casos, como uno de los “rostros de la violencia”.

Se trata de una paciente de 16 años que es traída a la consulta por sus padres, después que ella les confiesa que padece atracones de comida, vómitos autoprovocados y se “corta”.

Respecto a los cortes insiste:

“Me corto. En los brazos, las piernas, la panza desde hace dos años. Con un cutter. Me alivia, me da tranquilidad”.

Así se presenta esta muchacha, a la que llamaremos Ana. Ha decidido contarle a sus padres que se hace cortes en la piel después de haberse hecho un último corte muy profundo, con derrame de mucha sangre y del que refiere que ya no le había ocasionado tanto alivio. Se asustó. Decide entonces contarle a sus padres que se corta y que se provoca vómitos para no engordar desde hace varios años.

Tal como decíamos anteriormente, dado que se trata de fenómenos complejos es preciso un abordaje de trabajo interdisciplinario, y sin pretender reducir estos fenómenos a la simplicidad, nos proponemos en ésta ocasión, subrayar cuáles son los aportes de la clínica psicoanalítica para comprender los fenómenos clínicos en cuestión.

En el caso de las autolesiones en general y de estos “cortes en la piel” en particular, habrá que investigar en cada caso cuál es la estructura de base y, sobre todo, qué significaciones tienen en cada caso, rescatando a cada paciente en su singularidad, más allá de su inclusión en diagnósticos generales.

En algunos casos suelen ser un modo de autocastigo, subyace entonces un sentimiento de culpa, consciente o inconsciente que encuentra su alivio en la autopunición. En otros, es la búsqueda de una sensación para “sentirse vivo”, un corte a un estado de profundo desinterés. Mientras en otros otorga un sentimiento de autocontrol; otras veces es el modo de aliviar un estado de intensa angustia, pena o ansiedad. Y en otros, como en el caso que mencionamos de Ana, el tratamiento posibilitó ligar estos cortes en la piel a sentimientos de profundo enojo y angustia vinculados a situaciones de su historia que nunca había podido poner en palabras.

Luego de varios meses de tratamiento y a partir de poder establecer un vínculo transferencial Ana recuerda:

“Desde chica empecé a cortarme: en los brazos, las piernas y la panza. Siento como una presión en el pecho y quiero gritar. Pero me siento ahogada, cansada. El cuerpo me pesa, me molesta sentir el peso de mi cuerpo y la presión en el pecho. Me empieza a doler la cabeza y entonces, me corto y entonces me alivia, y entonces me siento mejor, más tranquila. No quiero escuchar la voz de nadie, sobre todo de mis padres, me irrita escucharlos. Mi papá me arruinó la infancia. Todos los fines de semana, estaba borracho, hacía pavadas y se ponía violento. Por eso me refugié en mi abuelo”.

Aparecen asociaciones, recuerdos en relación al alcoholismo del padre y de las situaciones de violencia física y verbal en su familia. Situaciones de las que nunca antes había hablado. También habla de la muerte de este abuelo en el que encontraba refugio.

De su madre dice: “siempre estuvo enferma, ausente”.

El tema de la violencia, las peleas, aparecen una y otra vez, se angustia, llora. De este tema no se hablaba, ambos padres habían padecido situaciones de violencia en su propia infancia. Era la primera vez que Ana podía cuestionar estos vínculos y reconocer que se había sentido siempre muy sola.

Aparecen una y otra vez recuerdos en relación a momentos de violencia en su familia. Puede empezar a nombrar situaciones vividas como situaciones verdaderamente violentas.

Estos hechos de violencia física y verbal, no tenían un carácter egodistónico en la familia, el maltrato estaba naturalizado, la historia se repetía y se transmitía de padres a hijos sin generar cuestionamientos, casi a modo de pauta cultural transgeneracional: así era como los padres criaban a sus hijos. Así había sido la historia en la familia materna y paterna.

En el caso de Ana, a medida que puede empezar a hablar de su historia, deja de “cortarse”. Si bien en su relato, no aparece una asociación entre ambas situaciones, ni se pone en evidencia un fantasma masoquista, no podemos dejar pensar en la hipótesis, en este caso, de una violencia vuelta sobre sí, vinculada a las situaciones de violencia familiar que atraviesan su historia.

^{*} Jornada Intercapitular realizada entre el Capítulo de Salud Mental y Familia y el Capítulo de Trastornos de la Conducta Alimentaria y Cultura Contemporánea-APSA- Julio 2011-

Los cortes en la piel aparecen aquí como impulsos desesperados que intentan aliviar un dolor psíquico, bajo esta hipótesis se avanza en el tratamiento y nos permite descubrir que en ocasiones estos “cortes” en la piel pueden ser uno de los rostros de la violencia.

Ahora bien, Ana no podía relacionar en un comienzo cuáles eran las situaciones frente a las cuáles buscaba alivio. Se precipitaba en soledad a la acción de tajearse, no había asociaciones ni podía nombrar afectos o emociones: un tajo, un puro corte sin registro ni mediación simbólica.

Al incluirnos en una clínica en el dominio del actuar, no estamos trabajando en el plano de los conflictos típicos y organizaciones estables. Nos encontramos con pacientes que en la mayoría de los casos no sólo no consultan por sí mismos, sino que además no tienen conciencia de enfermedad y se niegan a realizar tratamiento.

El acercamiento a esta clínica, conmueve también las referencias convencionales del trabajo analítico, implicando necesariamente modificaciones del encuadre y de la técnica habitual.

Si revisamos los conceptos freudianos de trauma y repetición desarrollados en el texto de “*Más allá del principio del placer*”, lo traumático insiste a modo de repetición vinculado a la irrupción de lo no-ligado. En esta hipótesis hay un planteo económico que tiene que ver con la tendencia a la descarga de magnitudes de excitación que resultan insoportables. Lo insoportable, no sólo tiene que ver con un *quantum* de magnitud sino con la posibilidad de ligadura. Y es precisamente por este carácter de no-ligado que deviene traumático.

¿Qué se repite entonces? Lo que no pudo ligarse, lo traumático, lo anterior.

Es preciso un trabajo de reconstrucción, que requiere de intervenciones activas por parte del analista, teniendo en cuenta no sólo el relato sino también lo gestual y las vivencias corporales.

El trabajo interpretativo, el trabajo sobre el sentido, puede devenir en un segundo tiempo, cuando el trabajo de elaboración pueda tomar el lugar de la conducta actuada.

En el panel de la Jornada -anteriormente mencionada- se desarrolló la relación entre la violencia y las conductas autodestructivas. Tanto los cuadros de anorexia y bulimia nerviosa como las autolesiones en general nos plantean el interrogante sobre las razones por las cuáles alguien podría actuar contra sí mismo, generándose sufrimiento, dolor y hasta poner en riesgo su propia vida.

Intentaré articular y diferenciar a la vez: violencia- agresividad- autoagresividad.

La violencia adquiere connotaciones negativas cuando se trata de situaciones de abuso de poder sin tener al otro en cuenta. El sujeto que ejerce la violencia tiene una posición de poder para hacerlo y el que la recibe por lo general está, por distintas circunstancias, en una posición inerte y queda inmovilizado por la fuerza del otro, decimos, violentado. Lo violento conlleva a un exceso que sobrepasa la tolerancia al límite ofrecido por ese sujeto, su mente y/o su cuerpo. Alude a una invasión del otro, bloqueando la capacidad crítica, de discernimiento y deviene en una situación traumática.

En relación a la agresividad, podemos subrayar que la misma no tiene connotaciones negativas en la obra freudiana en los textos

anteriores a 1920: la agresividad está implicada en la dinámica pulsional, no tratándose de una pulsión especial sino de un atributo universal e indispensable de todas las pulsiones, de su centro mismo y corresponde a su característica esencial: el empuje.

La agresividad en el hombre se manifiesta en distintas fantasmagorías simbólicas tales como los sueños, los juegos infantiles: es común en los niños el destripar y descabezar muñecos, las competencias deportivas, y también se manifiesta en expresiones artísticas: escultura, pintura y tantas otras, destacándose justamente en todas ellas el carácter simbólico, ligada a representaciones.

Pero a partir de los textos del 20, se investigan aquellas situaciones en las cuáles la agresividad puede devenir en destrucción: cuando aparece desligada de las pulsiones de vida y al servicio de pulsiones tanáticas.

La respuesta dependerá de la intrincación pulsional entre Eros y Tánatos. Eros como garantía de estabilidad y conservación de la cultura de la humanidad, que exige una renuncia a la destrucción y posibilita la exteriorización de la agresividad en un entramado simbólico.

Nuevamente la posibilidad de ligadura es lo que posibilitará que la agresividad pueda estar al servicio de ideales culturales, de crecimiento y cambios.

Es la función materna, por excelencia, la que despliega la capacidad de ligar lo pulsional desde los primeros momentos de la vida. Desde sus primeros trabajos Freud enfatiza la importancia del vínculo materno y las consecuencias en la vida futura.

En el caso de Ana, la paciente que comentamos anteriormente, respecto a la relación con su madre refiere: “siempre estuvo enferma, ausente”, la madre no puede cumplir esa función de ligadura y ofrecerse como un otro confiable a quien recurrir, porque estaba atrapada también en sus propios sufrimientos.

Los cortes en la piel, aparecen, como impulsos desesperados, desgarros del cuerpo que intentan aliviar el dolor psíquico provocado por una larga historia signada por la violencia y el desamparo. En las entrevistas familiares se manifiesta también la soledad y el desconcierto de los propios padres, ya que ambos habían tenido una historia individual atravesada por situaciones de alcoholismo, maltrato y abandono. Parecía que así era como se vivía y se criaba a los hijos. Situaciones de violencia familiar que mal elaboradas pueden derivar en conductas autoagresivas, que ceden en la medida en que el conflicto familiar puede ser nombrado, simbolizado y se abre así la posibilidad de recrear los vínculos.

En la actualidad hay sumo interés investigativo, desde distintas disciplinas, en la transmisión transgeneracional en relación a diversos temas clínicos: trastornos de la conducta alimentaria, alcoholismo, depresión, violencia familiar, situaciones de abuso sexual, toxicomanías, entre otros.

En situaciones como en el caso mencionado, toman un lugar preponderante las significaciones que se van legando de generación en generación: ideales, mitos, modelos identificatorios y enunciados discursivos que involucran tanto lo dicho como lo no dicho. También es importante investigar las lealtades visibles e invisibles, que encubren “pactos de silencio”, que merced a mecanismos de repudio y renegación transmiten como herencia su potencialidad traumática.

Al centrar el dolor en el desgarramiento en la piel se alivian otros desgarramientos, no situados en la piel sino a nivel del lazo con el otro.

Recientes investigaciones provenientes del campo de la epigenética y basadas en evidencia, destacan la importancia del cuidado materno y los efectos que sus fallas pueden acarrear en la vida futura. Lejos de extrapolaciones antagónicas genético-intersubjetivo, enfatizan que la relación madre-hijo y los factores ambientales durante los primeros tiempos del infante pueden silenciar o activar genes regulando su expresión sin modificar su estructura.

Se demostró que las madres pueden influenciar la forma en que los genes se expresan en sus crías después de su nacimiento. La privación del cuidado materno actuando en etapas tempranas del desarrollo neonatal, puede dejar impresiones en la expresión de genes, a través de complejos procesos de metilación, cuyos efectos se pueden mantener hasta la edad adulta y transmitirse de una generación a otra.

Para concluir, cabe preguntarnos:

¿Qué lugar tienen en este contexto las redes sociales?

Cuando el contexto familiar falla en su función de contención, puede el entramado social suplir esa función a través del lazo social.

Los “cutters” on line ofrecen cierto lazo posible, un anclaje identificatorio y un nombre: cutters, significante que intenta bordear

un sufrimiento innumerable, presencia virtual pero presencia al fin que despliega una escucha posible, otorgando una pertenencia y un sostén imaginario: no se está tan solo. Pero la respuesta es más de lo mismo, a modo de una encerrona sin salida: “cortarse” alivia.

Es interesante pensar el aumento de estos fenómenos en un momento como el actual, en el que se han señalado diversas características del lazo social, tales como tendencia al aislamiento, falta de proyectos colectivos, tendencia a la masificación, pobreza en procesos elaborativos entre otros.

Tanto en el caso de los trastornos de la conducta alimentaria como en las autolesiones, estamos en el terreno de lo comportamental, de trastornos de conducta que infligen un daño al cuerpo. Sostenemos que el cuerpo aparece como escenario privilegiado en el que dejan sus marcas situaciones de conflicto que no pueden expresarse de otro modo.

Conjuntamente con otras intervenciones terapéuticas que resulte necesario instrumentar, es de crucial importancia desplegar el relato de cada historia, favoreciendo la expresión de emociones y conflictos, y poder así comenzar a construir un camino diferente. Intervenciones simbólicas que pondrán en evidencia, una vez más, la función pacificadora del lenguaje.

Referencias bibliográficas

Alderman, T. (1997). *The scarred soul: Understanding and ending self-inflicted violence*: Oakland, CA: New Harbinger.

Amores, S. (2002). *Violencia invisible en la familia*. Revista: “Problemáticas actuales en la clínica familiar: recursos para afrontar la crisis”. Capítulo Salud Mental y Familia.

Berenstein, I.: (1990) *Psicoanalizar una familia*. Buenos Aires, Paidós.

Berenstein, I. y otros: (2000) *Clínica familiar psicoanalítica*. Buenos Aires, Paidós.

Canetti L., Kanyas K., and Lerer B. (2008). *Anorexia Nervosa and Parental Bonding: The Contribution of Parent-Grandparent Relationships to Eating Disorder Psychopathology*. *Journal of Clinical Psychology*, 2008.

Favazza, A. R. (1996). *Bodies under siege: Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry* (2nd ed.). Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Favazza, A. R., & Conterio, K. (1989). *Female habitual self-mutilators*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79, 283-289.

Favazza, A. R., & Rosenthal, R. J. (1993). *Diagnostic issues in self-mutilation*. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 134-140.

Freud, S.: (1915) “Pulsiones y sus destinos”, *Obras completas*, T II, Madrid, Biblioteca Nueva, 1973.

Freud, S.: (1920) “Más allá del principio del placer” en S. Freud, *Obras completas*, T III, Madrid, Biblioteca Nueva, 1973.

Freud, S.: (1929) “El malestar en la Cultura” en S. Freud, *Obras completas*, T III, Madrid, Biblioteca Nueva, 1973.

Hawton, K., Arensman, E., Townsend, E., Bremner, S., Feldman, E., Goldney, R., Gunnell, D., Hazell, P., Van Heeringen C., House, A., Owens, D., Sakinofsky, I., & Träskman-Bendz, L. (1998). *Deliberate self-harm: A systematic review of the efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition*. *British Medical Journal*, 317, 441-447.

Käes, R.: (1996) *Transmisión de la vida psíquica entre generaciones*. Buenos Aires, Amorrortu.

Klonsky, D., Oltmanns, T., & Turkheimer, E. (2003). *Deliberate self-harm in a nonclinical population: Prevalence and psychological correlates*. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1501-1508.

McAllister, M. (2003). *Multiple meanings of self-harm: A critical review*. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12, 175-185.

Simeon, D., Stanley, B., Frances, A., Mann, J. J., Winchel, R., & Stanley, M. (1992). *Self-mutilation in personality disorders: Psychological and biological correlates*. *American Journal of Psychiatry*, 149(2), 221-226.

Szyf Moshe and cols. (2010): *Epigenetics: changing the way we view physical and mental disease*. Montreal. *Bulletin on early childhood development*. Vol.9. N° 2. December 2010. Page 2.

Szyf Moshe and cols. (2005): *Maternal care effects on the hippocampal transcriptome and anxiety-mediated behaviors in the offspring that are reversible in adulthood*. Edited by Bruce S. McEwen, The Rockefeller University, New York, NY, and approved December 11, 2005 (received for review September 2, 2005)

Entrevista: Dr. Hernán Kesselman

ENTREVISTA

Dr. Hugo Dramisino

Entrevistador

Dr. Hernán Kesselman

El “maestro” Hernán Kesselman es médico psiquiatra, psicoanalista, psicodramatista y psicólogo social. Fue Jefe de Docencia del Servicio de Psicopatología del Policlínico de Lanús, bajo la dirección del Dr. Mauricio Goldenberg. En el año 1976 fundó y dirigió en Madrid la Escuela de Psicología Social, promoviendo las ideas de Pichon Rivière, siendo Presidente de la Sociedad Española de Psicología Social. En España también fue co-fundador de la Revista “Clínica y Análisis Grupal”, y junto al Dr. Juan Campos Avillar de “Convergencia Analítica Internacional” (Grupo Análisis Operativo).



En nuestro país fundó y dirige el CPO -Centro de Psicoterapias y Técnicas Operativas-. Es Consultor Psicológico de la OMS (Organización Mundial de la Salud) para América Latina, desde 1966, Buenos Aires - México. Catedrático de Psicología Médica, en la Facultad de Medicina de la UBA. Co-Fundador del Grupo Plataforma Internacional (1968, Roma). Miembro del Board of Directors de IAGP (International Association of Group Psychotherapy).

En la actualidad es Miembro Correspondiente de la SEPTG (Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo), desde 1977. Full Member de la GAS (Group Analytic Society), Londres, desde 1978. Miembro de Honor de la Sociedad Española de Psicología y Medicina Psicosomática. Miembro de Honor de la “Arbours Association” (Londres). Miembro de la FEAP (Federación Europea de Psicoterapia). Profesor Invitado en Universidades e Instituciones españolas (Madrid, Sevilla, Bilbao, Murcia, Barcelona, Santander, Alicante, San Sebastián, Salamanca, Zaragoza); Profesor Invitado al Master de Psicoanálisis, Facultad de Psicología de San Sebastián. Invitado por el Göteborg Psykoterapi Institut, de la Universidad de Gotemburgo (Suecia); Docente Invitado por el Profesor Giovanni Jervis, al Departamento de Psicología de la Universidad de Roma (Italia) 1976; Profesor Invitado, Cátedra del Prof. Olivier Pajot. Universidad París VII (Francia); Profesor Invitado en Bahía (Brasil), por el Círculo Psicoanalítico, 1995; Profesor del Curso de Posgrado, en la Cátedra de “Psicodrama Analítico” de la Facultad de Psicología, UBA; Profesor Invitado de la Cátedra de “Teoría y Técnica de Grupos”, Facultad de Psicología UBA.

Sus libros publicados son Psicoterapia Breve y La Psicoterapia Operativa (Tomo I, Crónicas de un Psicoargonauta y Tomo II, El Goce Estético en el arte de curar). Pero también ha sido co-autor de: Cuestionamos: 1971 Plataforma-Docemento. Ruptura con la A.P.A. (con Marie Langer, Gregorio Barembliitt, José Bleger, Santiago Dubcovsky, Miguel Matrajt, Eduardo Pavlovsky, Fernando Ulloa, Hugo Vezzetti, Juan Carlos Volnovich y otros); Psicología Argentina Hoy (con Fernando Ulloa, Wilbur R. Grimson, Mario O’ Donnell y otros); Las Escenas Temidas del Coordinador de Grupos y Clínica Grupal II (ambos con Eduardo Pavlovsky y Luis Frydlewsky); Espacios y Creatividad y La Multiplicación Dramática (ambos con Eduardo Pavlovsky); Psicología Dinámica Grupal (con Juan Campos Avillar, Francisco Peñarrubia, Nicolás Caparrós, Mario O’ Donnell, Pablo Población y otros); Escenas-Multiplicidad: estética y micropolítica (con Eduardo Pavlovsky y Juan De Brasi) y Corpodrama (con Susana Kesselman, Martín Kesselman y Mariana Kesselman).

-¿Cómo resuena en vos, hoy, ser médico psiquiatra?

En principio vos sabés que consonancia y resonancia son dos temas muy trabajados por mí y por Eduardo “Tato” Pavlovsky en la multiplicación dramática, en las escenas temidas. En algún momento de mi vida, elegí estudiar juntas Medicina y Filosofía –no la pude terminar, era mucho esfuerzo-, tuve como maestro a Mauricio Goldenberg –allá por el año 1958- y fue cuando sentí que la psiquiatría conjugaba, de alguna manera, mi pasión por las letras, mi pasión por la literatura, mi pasión por la poesía, mi pasión por la música y por la danza. Éramos un grupo de jóvenes entre ellos, Carlos Sluzki, Dora Romano, Gerardo Stein, Aurora Pérez, Lía Ricón; todos amantes de las artes, queríamos ser científicamente artísticos o artísticamente científicos. La psiquiatría fue una forma de integración; un “y”, en lugar de un “o”, al decir de Gilles Deleuze. Ese “y” conjuntivo para juntarse con el “o” disyuntivo; así te marca, “o” médico “o” artista. Resuena desde mi época juvenil de dudas, de estudiante del Colegio Nacional Buenos Aires por la mañana y jugador de fútbol por la tarde, en la cortadita de Valentín Gómez en el barrio de Almagro. Resuena en mí desde mis más tempranos años, continúa resonando en toda mi etapa en Lanús... Todo esto me hace recordar el miedo a la locura que teníamos en los tiempos del hospital neuropsiquiátrico, miedo a la locura de los otros, y el ser psiquiatra se podía interpretar como un seguro contra la locura. Pero el médico psiquiatra, durante muchos años, nunca fue revisado como loco posible, salvo en los casos de locuras muy grandes. Médico psiquiatra resuena en mí también, cuando descubro a la literatura que cura, que el escribir sana, a Enrique Pichon Rivière y sus ingenierías con el Conde de Lautréamont, sus andanzas con Artaud, con Breton y con toda la escuela surrealista. Sigo resonando... Pero ves que todo, de alguna manera, habla de los maestros que me permitieron integrar... Así como Goldenberg me permitió integrar la Fenomenología, la Clínica Psiquiátrica Clásica, la Farmacología, la Medicina y el Psicoanálisis... Y a pensar grupalmente... El psiquiatra aparece como un sujeto con el que se está en intimidad y que lo que pasa socialmente, pasa afuera de las paredes de su consultorio. Médico psiquiatra resuena en mí como aquel “antropófago cultural”, donde nada de lo humano le es ajeno; como aquel cartógrafo que ya es un inclinado –por sus conocimientos- hacia la cura y que es también modificado por el histórico social de su tiempo.

-Me permito jugar con una metáfora: fueron psiquiatras y terapeutas preparados para ser “artesanos”, no para brindar tratamientos “prêt-à-porter”.

Sí, fuimos “artesanos”... En mi experiencia hospitalaria donde aprendí mucho de los colegas, de los estudiantes y también de los pacientes... Uno se cura curando... La salud es un estado de arte. Para algunos hay una “gorda salud”, que es una salud que se debe mantener, en dónde el médico y el psiquiatra no pueden tener ningún problema, son modelos de salud, que para mí es ilusoria. Hay una quebradiza salud, de cuyos intersticios nacen las mejores ideas, los mejores territorios de cambio para el médico psiquiatra.

-Creo que uno de los primeros ha sido Leopold Szondi, en el contexto de su hipótesis del “genotropismo”, en plantear que dentro de un psiquiatra hay un loco.

Sí... Me hace acordar que Artaud no quería atenderse con ningún psiquiatra que no admitiera ser loco, porque si no, lo querían ver loco a él... Incluso Pichon no lo pudo ver... Yo creo que detrás de cada uno de nosotros hay un loco “lindo” o un loco de “mierda”, según la clasificación de locos que hacía Pichon Rivière. Me analicé muchos años con Marie Langer, esa vieja dama sabia que cuidó mi salud, mis ideas políticas, mis acontecimientos. Yo tenía mucho temor de ir al neuropsiquiátrico, temor a los locos que se me podían abalanzar a pedir cigarrillos. No tenía ninguna conciencia del loco que había en mí; los que vivían conmigo sí lo sabían. Creo que en mi secreta soledad también sabía del loco que había en mí, y que sigue habiendo, por supuesto... Con Pavlovsky y Luis Frydlewsky dijimos, si la psicología es vincular también la psicopatología es vincular; por lo tanto hay un loco diagnosticado como loco por otro que también es loco pero que sí sabe que es loco por su propio análisis o lo sabe porque su paciente le va indicando los caminos del vínculo que le ayudan a reconocerse como loco conflictuado. Así se nos ocurrió reunir un laboratorio, allá por los años setenta, al que llamamos “laboratorio de escenas temidas de los coordinadores de grupos”, y seguimos trabajando... Hay muchos escritos sobre mi conocida fobia a las palomas, un hecho que ha motivado muchas interpretaciones... Y las palomas siguen invadiendo Buenos Aires, digamos... De todas maneras, nos interesó mucho la locura, analizamos las fobias, la psicopatología pasó a ser vincular. Lo mismo nos pasó con la farmacología: si a un loco se le administraba un medicamento, cómo nos aseguramos como actúa la locura del medicador, en la forma de administrarlo, en la manera de apreciarlo. No se hablaba de eso. También hay una psicofarmacología vincular.

En “escenas temidas” estamos trabajando las fobias a lo económico, a lo social, diferenciando lo temible de lo temido. Lo temido era una escena familiar, consonante, que se podía interpretar psicoanalíticamente, en esa época; luego lo tratamos psicodramáticamente y se nos ocurrió que a la profundidad se podía llegar no sólo por la verticalidad del estudio individual sino también por la horizontalidad de la multiplicidad personal de la grupalidad. Así que nunca consideramos al grupo como un tratamiento superficial y seguimos pensando así. En “escenas temidas” lo experimentamos, intercambiamos “escenas temidas”; yo con mi fobia a las palomas o a todo lo que vuela, Tato Pavlovsky con su temor a quedarse encerrado en un ascensor y Frydlewsky otro tipo de claustrofobia, la vincular, por eso se casó varias veces... Pero esto no se podía decir a los pacientes porque les hacía mal, teníamos que ser modelos. Así fue que medio en broma medio en serio hicimos el libro sobre “escenas temidas”.

Mi primer libro fue “Psicoterapia Breve” y surgió de mi experiencia en Lanús donde fui jefe de Docencia y de Clínica, desde 1958 hasta 1970 estuve iniciando mis primeros pasos con el maestro Goldenberg y fue con él que aprendí lo que se llamó “multirrecursos”. Todo un paradigma. ¿Por qué pensar que sólo la palabra cura? Se puede pensar que sólo la palabra

cura, quizás sea el escalón más alto, así como lo piensan lacanianos y kleinianos, pero también están los gestálticos, los corporalistas, los comunicacionistas, distintas teorías ... Nada es mal venido, cualquier entrada es buena siempre que la salida resulte saludable, o sea un beneficio en el vínculo entre pacientes y terapeutas.

-Hoy hay jóvenes profesionales colegas que parecen haber “descubierto” el trabajo interdisciplinario, ¿qué reflexión te merece?

Nosotros en Lanús, ya a fines de los cincuenta, teníamos grupos transdisciplinarios. Trabajaban con nosotros, psicólogos, sociólogos, antropólogos, filósofos, educadores, lingüistas, creadores, literatos, todos integraban mi equipo de Docencia, pero también estaban en otros sectores con Sluzki, con Lía Ricón y con otros compañeros de servicio. Y hoy se descubre que el paradigma de la asepsia que nos pedían como encuadre, “el paradigma de la asepsia” en donde uno no podía “ensuciarse” con literatura o filosofía que no eran científicas; hoy con los nuevos paradigmas de la subjetividad están descubriendo los jóvenes médicos psiquiatras a través de Michel Foucault, de Baruch Spinoza, de Friedrich Nietzsche, a través de lecturas que se han vuelto actuales que estos paradigmas de la subjetividad globalizada se apoyan fundamentalmente en la transdisciplina y que es la clave de lo que se llamó en la Psicología Tropicalista -tan desarrollada en Brasil, con gente que venían de la escuela surrealista de Oswald De Andrade- que esa integración transdisciplinaria es justamente un seguro contra la mala locura y también un seguro para la buena locura, creativa, que es el camino de la cura. Cualquiera que sea la teoría que abraza el terapeuta, incluyendo la integración con la psicofarmacología y la psiconeuroinmunología que son fractales, que en nuestro campo desarrollan la acción. Llama la atención que se está descubriendo después de cincuenta años... Pasó la dictadura en el medio, ése es el histórico social que borró todo lo que hacíamos en Lanús, donde hacíamos grupos terapéuticos, grupos familiares, hemos traído gente desde Palo Alto, ateneos clínicos. Nosotros hicimos algo importante, así como Pinel rompió las cadenas del paciente, Goldenberg nos enseñó que el paciente debía caminar el hospital como si fuese su ciudad, allí hay mucho de transdisciplina. De los filósofos aprendíamos mucho, León Rozitschner era docente de Filosofía, el lingüista era Luis Prieto, y mi supervisor y gran maestro, José Bleger, hablaba de transdisciplina. Mi libro *Psicoterapia Breve* -usado aún en España con cinco ediciones- aparece atravesado por la transdisciplina que no es lo mismo que la multidisciplinaria, ésta es ver la misma cosa con representantes de distintas disciplinas hablando de una cosa. En la transdisciplina, desde la subjetividad foucaultiana y nietzscheana que es confundirse... Lo bueno de confundirse, pero siempre existía temor... Pero ¿cómo puede haber cambio si no hay confusión en el estado de pasaje? Justamente el filósofo enseña a interrogar la cura, por eso escribí “*La Psicoterapia Operativa*” -mi último libro-, la llamo psicoterapia abierta, abierta a la interrogación; el filósofo interroga, el artista interroga, abre...

-La transdisciplina, ¿no te parece que requiere de un renunciamiento narcisista?

Sí, claro... Pero resulta casi imposible, porque está la cultura dominante, la cultura farmacológica, la clínica psiquiátrica clásica y la norteamericana con su DSM IV. Muchas veces hay una postura absolutamente negativa ante la transdisciplina, dicen que no hay que mezclar una cosa con otra, que se hace filosofía en otro lado. Requiere de un renunciamiento narcisista grande; hay un médico psiquiatra en nos, pero también hay un cómodo en nos, hay un temor en nos para no ser calificado como “no” serios, como “no” científicos, si nos mezclamos con los locos y con otras disciplinas...

Nosotros íbamos a la mañana con Bleger, con Pichon, con Armando Bauleo, con Fernando Ulloa al hospital pero antes tomábamos una copita de grapa para combatir el frío, no para mitigar la angustia como decían las malas lenguas...

-Ni porque hubiesen palomas...

Ni porque hubieran palomas... De todas maneras, hubo un renunciamiento narcisista, ya que yo mismo fui becario de un laboratorio junto a Pichon por una gestión de Goldenberg para estudiar, administrar y tomar la imipramina... Dijo bien, tomar, ya que probábamos nosotros mismos, además había una insistencia de familiares de colegas que tenían algún conocido depresivo; preferían las psicodrogas a tener que pasar por experiencias como el electroshock o el coma insulínico... Hay un renunciamiento narcisístico muy grande a la gran confiabilidad en tomar distancia de la gran necesidad de rápidamente suprimir el síntoma, porque el síntoma es muy alcahuete, entonces no hay que dejarlo hablar porque ensordece, porque confunde...

-Tampoco hay que dejarlo que goce...

Ni que goce... El terapeuta transdisciplinario en este renunciamiento narcisista recibe el premio de una “flaca salud”, a veces quedamos mal parados ante los que tienen una “gorda salud”, pero desde esa “flaca salud” uno aparece resiliente buscando otros territorios que le ayuden a compensar desde el arte muchas veces, desde la filosofía, desde el humor en el quehacer cotidiano que también para Tato, para Luis y para mí es algo fundamental... Por eso cuando escribimos “*La Multiplicación Dramática*” -distintas ediciones, incluso en Argentina- vimos que la multiplicación dramática es donde más pudimos gozar de la renuncia narcisística y el placer que implica contagiarse de distintas disciplinas, el goce de sacarse el lastre de tener que entender todo, poder invitar a la gente a multiplicar, a salir a escena y no tener que explicar por qué hace lo que hace y cómo está conectado con la escena inicial. Sólo sabemos que sale su interior que se hace otro. Ese “otrase” que tanto me preocupó y me llevó, en los últimos años, a releer y conectarme con la obra de Fernando Pessoa, ese gran escritor portugués que tenía sus 73 heterónimos “guardados en un baúl” como decía Antonio Tabucchi y que me hicieron pensar que uno puede tener “disponibles”

personajes que representan sus núcleos a los que llamé así siguiendo el concepto de enfermedad única de Pichon Rivière, diferenciando tres grandes núcleos que todos tenemos: melancólico, esquizofrénico y confusional, con algún predominio de uno de ellos.

-¿Coincidís en que los nuevos psiquiatras sufren cierto vaciamiento de su capacidad psicoterapéutica y que se los trata de convertir tan sólo en “prescriptores” de psicofármacos?

Yo incluso me pregunto hasta cuánto la ida de muchísimos pacientes a medicinas alternativas, a creencias mágicas, a curas desvinculadas de la medicina han promovido esa cerrazón de la que tú hablas. Es un peligro. Pienso que los jóvenes profesionales deberían pensar antes de creer ciegamente que todo puede curarse con un fármaco.

-Alguna vez leí que Juan David Nasio afirmaba que si en algo Goldenberg superaba claramente al propio Lacan era en su capacidad de “pescar” a los pacientes... ¿Qué te parece?

Ahí tenés una foto con Nasio despidiéndome de París, con él estudiamos juntos en el Lanús, en el equipo de Psicopatología. Sí coincidí, pero “pescaba sin anzuelo”...

Yo lo conocí a Mauricio Goldenberg de una manera singular, era el terapeuta de mi hermana. Una vez le llevé el caso del hermano de una amiga y me dijo que sólo podía verlo en el hospital pero que, mientras tanto, le hiciera una historia clínica, entonces yo cursaba el último año de Medicina e incluso no había cursado Psiquiatría. Lo cierto es que le gustó como hice la historia clínica, por lo que cómo él estaba reemplazando médicos de planta y estaba rodeándose de gente joven, terminó invitándome a ir al Lanús...

-¡Te pescó!

Me pescó, claro... Y ahí entendí por qué mi hermana había mejorado tanto con la psicoterapia que le hacía Mauricio... Él “amaba” a sus pacientes, ése “amor” por sus pacientes era una “carnada positiva”... Era su actitud natural... Tanto los pescaba y conseguía que sacó a María Ester Duffau, la famosa Raulito, de Retiro, en donde regenteaba a los lustrabotas cocainómanos y la llevó al Lanús, allí la cuidamos, le regalamos sus primeros aritos... Tanto la pescó, que María Ester ahuyentaba a los vendedores de cocaína de los otros que estaban en tratamiento de desadicción. Mauricio Goldenberg pescaba sin carnada, y el paciente, por lo general, era derivado a otro colega que había sido “pescado” por él... Él también tenía ese ojo de saber dirigir, de saber conducir...

Tanto lo quería a Mauricio que mi hijo se llama Martín Mauricio. Es más, cuando me casé en 1960, nos fuimos de luna de miel a Guarujá, dónde estaba vacacionando Goldenberg con su mujer e hijos.

Era una época en la que habían maestros y reinaba la psiquiatría hospitalaria por sobre las obras sociales y los negocios médicos... Tené en cuenta que el Lanús nos quedaba lejos, había que tomar tres colectivos para ir, pero la gente iba, crecía y sentía la ayuda de Bleger, Usandivaras, Ulloa y tantos otros maestros...

Fernando Pessoa también fue un gran “pescador de almas” como diría el médico de “Sostiene Pereira”. Un pescador silencioso. Atendía en el café La Brasileira, allí dónde va la gente a peregrinar; yo también fui y llevé una carta a su estatua de bronce... Él era un pescador tan silencioso, con tantos heterónimos, y sin embargo pescó tanta gente... Tenía otra forma de pescar, silenciosa... Un pescador melancólico, él mismo decía que era un neurasténico... Por eso me gusta tanto dedicarme a la Heteronimia en la Clínica, para trabajar la psicopatología como personajes de la vida cotidiana en lugar de ponerles los nombres que ya conocemos: fóbico, hipocóndrico, obsesivo, etc...

-¿Por qué no nos explicas las heteronimias?

De chico, cuando Pessoa regresó a Portugal desde Durban, se le presentaron personajes con biografías propias, sobre todo, en una noche tormentosa, tres personajes: Ricardo Reis, Alberto Caeiro y Álvaro De Campos. Caeiro era un pastor de ovejas, rubio como su padre que había muerto tempranamente; De Campos era un fogoso pescador y Ricardo Reis era un médico brasileño, pagamista; en su corazón no había lugar para un solo altar, sino para muchos altares y muchos dioses... ¡Esto tiene mucho que ver con la transdisciplina!

Deleuze y Guattari también se ocuparon de Pessoa y sus heterónimos...

Pessoa tenía una tía que era médium, según muchos biógrafos y yo creo lo mismo, él en realidad no descubría personajes sino que los personajes llegaban a él, hablaban y escribían por él... A mí también se me aparecen a veces, pero no en la forma que le aparecían a Pessoa... Un día me preguntás ¿cómo estoy? Y me puedo sentir sombrío y musical como El fantasma de la Ópera... Empecé a invitar a jugar a familiares, amigos y colegas que trabajan conmigo, y no les llamé heterónimos porque estos te invaden, sino “personajes disponibles” que uno puede elegir para corporizarlos, ponerlos en escena para que haya una “asamblea de almas”, al decir de Cardoso, el médico de “Sostiene Pereira”. Y con esta corporalización de personajes le hago como una gambeta al aburguesamiento y rigidez que existe ya en los diagnósticos, que cada vez se van buscando más variaciones sinfónicas sobre el mismo tema, pero no distintos temas... Busqué transitar otros territorios dónde podría aprender más, como el de la literatura, más que por los terrenos conocidos de la medicina, la farmacología y aún de la psiquiatría... En eso ando ahora, intentando desarrollar esto, lo que llamo la Heteronimia en la Clínica. Permite instalar el sentido del humor, si bien hay cosas con las que no se puede jugar, pero a veces sí... El sentido del humor es una forma de hacer de la vida una obra de arte, porque no puede haber pasión alegre como diría Spinoza que no transforme el objeto siniestro en lúdico, y lo lúdico en maravilloso como diría Pichon Rivière...

-Sería, el arte estético de curar...

Sí... Al segundo tomo de mi libro lo llamé "El goce estético en el arte de curar"... al primero lo llamé "Crónicas de un Psicoargonauta", en homenaje a Emilio Rodríguez, con quién compartimos el exilio, aprendimos juntos y le prologué libros...

El "otrarse", hacerse otro que se trabaja en la multiplicación dramática que se parece a un ensayo de teatro, dónde uno puede hacer cualquier cosa, porque es otro... Al ser otro, uno se des-aliena de la alienación, aliena su alienación... Ese "otrarse" me fascinó siempre... Y ante esto de los heterónimos de Pessoa, propongo los "personajes disponibles" que son los personajes disponibles que todos tenemos y que nos sirven, incluso en la relación con nuestros pacientes, a quienes podemos ayudar para iniciar diálogos, como recursos para conversar, para mantener lo que a veces ciertas reglas asépticas indican que no se debe hacer...

-Qué pena que vayan desapareciendo los maestros, más allá de estar sentado frente a uno...

Te agradezco mucho Hugo... Trato de hacerlo con todos los colegas... Yo tuve tres etapas vitales como psiquiatra, hasta el año 1976 cuando me exilié en España, un país casi de adopción que me recibió y acogió amorosamente, allí fundé la Escuela de Psicología Social con las ideas de Pichon Rivière, también estuve trabajando en Londres, en Gotemburgo y en Roma... Y habían maestros porque los hospitales los proveían. Hoy en su lugar hay libritos y se busca información en Google porque no hay quien les dé indicaciones. Eso lo hacían los maestros, que deben tener algo de paternal como creo que es mi caso. A mi regreso, creo el Centro de Psicoterapias Operativas, retorné en 1986, aunque había vuelto a la Argentina dos años antes, pero desde entonces hasta mi retorno definitivo, Tato se pasó escribiéndome una carta por día, preguntándome qué hacía allá si ya estábamos todos acá... Antes del exilio llegué a ser profesor en la cátedra de Psicología Médica de Insúa, no fue una experiencia muy feliz pero sí muy interesante, llevé gente del grupo Plataforma, e hicimos cosas muy lindas como Grupos de Diagnóstico para pacientes y exámenes grupales para los médicos, aunque no les gustaba mucho... También inicié la Psiquiatría Social, nos seguían mucho, éramos maestros jóvenes, porque los viejos maestros también estimulaban a los jóvenes para serlo... Después trabajé en la CGT de los Argentinos junto a Raymundo Ongaro, allí me ocupaba junto a Vázquez de asuntos médicos, y mi mujer junto a Rodolfo Walsh estaba en el grupo de literatura... También fue una etapa de mucho compromiso, formamos el grupo Plataforma. El viejo Pichon Rivière nos llevó a Armando Bauleo y a mí al Congreso de Psiquiatría Social de Londres y nos hizo hacer un "espionaje". Así fue como terminamos haciendo una escisión en la Asociación Psicoanalítica. El movimiento Plataforma fue un antes y después para el psicoanálisis argentino. Nos fuimos unos cuantos, muchos maestros entre ellos Marie Langer, Emilio Rodríguez, Diego García Reynoso, Gregorio Barenblitt, Tato y muchos más. El caso de Emilio fue muy importante ya que entonces

era firme candidato a ser Presidente de la Internacional de Psicoanálisis...

-¡Ése sí fue un renunciamiento narcisista!

Sí, y bien narcisista...

Al regresar al país esperaba encontrar los grupos políticos solidarios que había dejado. Ya que al dejar el Lanús seguí trabajando en las barriadas del sur: Quilmes, Ezpeleta, Lanús... Incluso trabajando y fundando dispensarios, haciendo cosas para el barrio... Pero con el exilio algo se congela, hay un daño psicológico, al exiliado se le congela el tiempo, y espera encontrar a su regreso todo igual... El "insiliado" también sufre un daño psicológico por toda la toxicidad de la dictadura... Se perdieron los hospitales y los maestros... Así fue que dónde esperaba reencontrar gente solidaria encontré gente muy solitaria... Y todo esto tiene que ver con la falta de maestros ya que estos se forjan en los hospitales...

Ahora tengo muchos amigos, aún con distintas ideas políticas. Me reencontré con mucho cariño con Lía Ricón, también con Gerardo Stein y Dora Romano, Valentín Barenblitt y Carlos Sluzki –ellos dos, aún están en el exterior-.

-Otro maestro que hemos perdido ha sido Fernando Ulloa que lamentablemente creo que no escribió mucho.

Fernando además de un maestro ha sido un gran amigo. No escribió mucho pero escribió muy bien... Ahí tengo un libro suyo que le he prologado... Lo conocí a través de Bleger cuando Ulloa tenía la cátedra de Psicología Institucional, fue el primero, y la hizo florecer en la Argentina. También se decía de Pichon que escribió poco, pero sembraba con semillas al viento... En todo pensador argentino bien formado hay rastros radioactivos del pensamiento pichoniano. Fue un maestro diferente a Goldenberg, era pícaro y satírico, maestro de la noche, me introdujo a la filosofía, a la literatura, a Oliverio Girondo, al arte, particularmente al surrealismo...

Con Fernando junto a Tato y Emilio Rodríguez conformamos un grupo de cuatro grandes amigos. Ulloa era sumamente campechano pero también un investigador riguroso. Sufrí mucho su muerte como la de Emilio.

-Buceando en tu obra encuentro mucho de Foucault, de Deleuze, de Guattari, de Pavlovsky, pero creo que hay también un existencialismo en vos, y me refiero, lejos del rigor filosófico, a un ser que manifiesta su agrado por existir ¿qué te parece?

Bueno, te agradezco, día a día me pasa eso, y ahora de grande, más... Hay dos existencialismos, el de Martin Heidegger y el de Jean-Paul Sartre, y ahí sí me reconozco. Reconozco la gran influencia de los libros de Sartre. Así que me resuena lo que me decís, en cuanto lecturas y vivencias. No sé si sé es-

peculiar pero creo que a través de charlas que hemos tenido, en vos también veo ese existencialismo, ese tratar de ver qué hacemos con nuestras pobreza y nuestras riquezas...

-¡Y con nuestras locuras!

Claro... Cómo la vivimos, cómo la enriquecemos, cómo las hacemos crecer...

-¿Cuál es tu mensaje para los jóvenes psiquiatras?

No sé si me atrevo, porque muchos me pueden dar consejos a mí... Quizás el concepto es que no pierdan cierta conexión con el histórico – social con el que se está viviendo la subjetividad... Igual podría citar como un mensaje para los jóvenes que empiezan para que lo piensen bien, un poema del poeta brasileño Fernando Sabino (muerto hace poco, en el 2004) que a veces se lo confunde con Pessoa, él escribió en "Del secreto de las certezas": De todo me quedaron tres cosas / La certeza que estaba siempre comenzando / La certeza que había que seguir / La certeza que sería interrumpido antes de terminar.

-¡Maravilloso! En el comienzo de tu respuesta me resuena un aforismo de Nietzsche, aquel en el que expresaba que un auténtico maestro anhela que su discípulo lo supere.

Evidentemente no hay alegría más grande que un hijo o un discípulo te supere, es una alegría nietzscheana, es la potencia de la superación, la del súper hombre... Eso es superación, no la idea de superioridad del nazismo. El súper hombre nietzscheano es generoso...

-Ahí está reflejada también la veta existencialista a través del trascender

Espero haber dicho algo que pueda servir a la gente que comienza y hacerle recordar a mucha gente que nos hemos cruzado y mantenido relaciones en todos estos años...

Te agradezco mucho haber tenido este encuentro, una charla entre amigos...Y debo reconocer que me has "pescado"...

-Gracias maestro por dejarse "pescar"... Y, sobre todo, gracias por ayudarnos a encontrar nuestra locura como psiquiatras...

La experiencia del Lanús

Dr. Horacio Vommaro

Médico Psiquiatra – Docente Universitario
– Jefe de Psiquiatría de INEBA – Presidente
Honorario del Capítulo
Violencia Social y Salud Mental
Vicepresidente de APSA

Mucho se ha escrito sobre la experiencia iniciada en el año 1956 por el Dr. Mauricio Goldenberg en el Hospital de Lanús, hoy, HIGA “Evita”.

Luego de la entrevista que realizara mi amigo el Dr. Hugo Dramisino al Dr. Hernán Kesselman para que contase como nació y se fue organizando el Servicio de Psicopatología en el Lanús, me invitó a que pudiese escribir también sobre mi paso por el mismo. Es importante aclarar que me crié, en lo que atañe a mi formación profesional, en el Lanús cuando el jefe del Servicio era el Dr. Valentín Barenblit, un verdadero maestro que sucedió al Dr. Goldenberg.

La experiencia del Lanús correspondió a un momento histórico concreto, bastante diferente, en aspectos fundamentales, al actual.

Pensar en escribir sobre una parte muy importante de mi formación profesional me genera variados recuerdos, lo cual me hace pensar que si se recuerda lo aparentemente olvidado, no es exactamente olvido. Me resisto a que el recuerdo se tiña de la nostalgia del pasado, en general frecuente cuando se recuerdan momentos vividos en una edad joven que rápidamente conecta con la añoranza por las épocas jóvenes.

El ejercicio recuerdo- memoria - olvido es una construcción constante acerca de la verdad y lo ficcional. Esta construcción subsume continuidad y discontinuidad que para las generaciones posteriores implica adquirir un saber distinto sobre hechos “pasados” pero que tienen implicancias presentes.

Me parece importante subrayar que no hay memoria y olvido sin polémica. Muchas veces es importante mirar atrás para producir lo nuevo. Mirar atrás no es sin diferencias. La ética de la memoria y el olvido presupone un mirar atrás, no en el sentido de la nostalgia del pasado o la mistificación de una época sino como parte de construir lo nuevo que conlleva, inevitablemente, el disenso con la subjetividad dominante.

Cabe recordar que pocos años después irrumpió la dictadura en nuestro país, nada más ni nada menos que el terrorismo de Estado con su política de silenciamiento con sus trágicas consecuencias.

Uno de los aspectos fundamentales que marcaron la experiencia “lanusina” fue el de sustentar una ética de compromiso con el sufrimiento humano y de profundo respeto a los derechos humanos. Una concepción pluralista, democrática e interdisciplinaria de perspectivas teóricas y clínicas, lo cual implicó una transformación en el sistema ideico de los profesionales desde los inicios de su formación y capacitación. Implicó un intento de modificar la concepción de “enfermedad mental”. Cuestionó la vieja creencia de locura como sinónimo de encierro y peligrosidad, posibilitando la reubicación de la salud mental dentro del espectro general de la salud. Siendo el hospital general el lugar habitual donde la población demanda asistencia, puso al alcance de la misma, la prevención y atención de la patología mental, atenuando el carácter estigmático que muchas veces adquiría la consulta en un hospital monovalente.

La incorporación de un servicio de Psicopatología en un hospital general, posibilitó, no a nivel de una escuela teórica, sino como una práctica institucional compartida, una experiencia distinta para los profesionales de la Salud Mental, entre ellos mismos y con los de otras especialidades.

Una de las experiencias que me dejó Lanús es la importancia que tiene en una institución de salud sentir que se forma parte de una estrategia general del servicio.

Por lo tanto cómo se resolviesen o no las distintas situaciones, incidía de una forma u otra hacia el resto del servicio. Se generaba una interacción muchas veces conflictiva que exigía en muchas ocasiones un esfuerzo de creatividad. Opuesto a la idea del saber cómo lo útil y operativo, que puede cercenar el pensamiento crítico y la posibilidad de interrogarse como acto que pueda inaugurar lo diferente.

Se desarrolló una modalidad de abordaje con el paciente-familia-acompañantes, cuya estrategia era poner en acción los recursos de la institución, y movilizar los propios recursos de la persona o grupo demandante y de interacción, desde las posibilidades reales y no ideales. Hoy más que nunca este criterio es válido, ya que no hay estrategia de intervención que pueda soslayar la cuestión social. Se generan malestares donde las cuestiones sociales son inevitables. No se las puede abordar desde formulaciones reduccionistas. Es esta una de las situaciones donde es necesario apelar al trabajo en equipo para poder abordarlas de acuerdo a la complejidad que expresa el fenómeno.

Otro aspecto a remarcar concierne a la relación terapeuta - paciente donde aprendí el significado del sentido diádico de esta relación. Toda forma de relación en la atención en salud expresa un modo de lazo social, por lo tanto no se trata de una mera tarea individual, sino de carácter social donde están comprometidos tanto el profesional como el paciente. Es fundamental mantener y no renunciar al sentido integral de esta problemática. La participación de los que trabajan en los distintos sectores de la salud, individual y agrupadamente, es primordial para que se respete y practique el derecho a la salud, como derecho social. No se trata sólo de exigir que el Estado asegure este derecho, sino de ejercerlo desde los diferentes ámbitos de trabajo.

Formé parte de la primera camada de psiquiatras de guardia en la guardia general de un hospital general. La idea de un psiquiatra en la guardia general de un hospital polivalente estaba relacionada con profundizar la reubicación de la Salud Mental dentro del contexto de la Salud Pública.

Nuestro grupo de psiquiatras en una guardia general entendía al psiquiatra de guardia como bisagra, como juntura entre el servicio de Psicopatología, el resto del hospital y la demanda de la población en situación de crisis o emergencia.

Una guardia habitualmente concurrida por los habitantes de la zona, ponía al alcance de todos, la posibilidad de un medio de consulta psiquiátrica.

Por tratarse de un hospital polivalente, la guardia brindaba asistencia a las distintas demandas en salud de la población, a través de sus diferentes especialidades. La inclusión de un psiquiatra permitía extender y profundizar uno de los criterios que dieron base al servicio: promover un abordaje interdisciplinario de la problemática de la salud. Psiquiatras de guardia integrados y articulados en lo interno del servicio y con el resto del hospital y la comunidad.

En un primer momento, el grupo se sentía como “embajador” de un servicio que si bien se consideraba “integrado” al conjunto del hospital, no lo era tanto como para que se nos aceptase de entrada. La tarea realizada en años anteriores por el equipo de interconsulta y los médicos residentes nos allanó el camino.

Tuvimos que esforzarnos en múltiples ocasiones para demostrar que teníamos derecho a ser iguales y a la vez diferentes a los demás integrantes de la guardia. La tarea principal consistió en rescatar la patología mental de su condición marginal, asignando un lugar a la enfermedad mental que humanizara el sufrimiento psíquico. El objetivo fue que la guardia no replicara la marginación y segregación de la locura.

Al cabo de un año de trabajo, el quince por ciento del total de las prestaciones en la guardia correspondían a la asistencia psiquiátrica, que ocupaba el tercer lugar después de las de clínica médica y pediatría. Demostración de que instalada la oferta, aparece la demanda desde la comunidad y la generada en el propio hospital, tanto por pacientes y familiares como por el equipo de salud.

Los psiquiatras de guardia conformábamos un grupo expuesto y de múltiple tarea. Llegaban a la guardia una diversidad de patologías y se presentaban innumerables situaciones que debían ser resueltas en el día. Es de destacar que en aquel momento se planteaban las dificultades de legitimación de una tarea pensada por muchos colegas como una actividad menor o marginal. No pertinente a la concepción de un encuadre coagulado o rígido del espacio analítico. Como si las urgencias no fueran parte de las vicisitudes y posibilidades de comprensión de la teoría y legitimación de una práctica psi.

La validez de esta experiencia se sustentó entre otros en tres conceptos:

- El valor del reconocimiento subjetivo del dolor individual como modificador del proceso salud-enfermedad.
- El interactuar a través de la generación del lazo social, como posibilidad de recrear dispositivos que eviten sufrimiento innecesario y faciliten el proceso de resolución del motivo de consulta.
- El ser parte de una estrategia general del servicio.

Me parece importante describir cómo era la estructura asistencial y cuáles eran los dispositivos con que se contaba. Comenzaré por la Sala de Internación cuyo jefe era el Dr. José Kuten, Consultorios Externos que era coordinado por la Lic. Alicia Yacoy, Hospital de Día dirigido por la Dra. Susana Siculer, Interconsultas por el Dr. Juancho Criscaut, “Club Amanecer” por la Lic. Elena de la Aldea. Los pacientes podían ingresar al sistema de atención fundamentalmente por Consultorios Externos -que atendía niños, adolescentes y adultos, y cuyo número de consultas superaba las 40.000 por año-, y por Guardia Externa.

La Internación contaba con treinta y dos camas, dieciséis de hombres y dieciséis de mujeres. Las treinta y dos camas se dividían en cuatro grupos de ocho camas. El lema era “la internación para la externación”, lo cual implicaba pensar un abordaje que tenía en cuenta una diversidad de modalidades con el fin de lograr la reinserción familiar, no siempre posible, y/o laboral, educacional y social del paciente. No sólo se humanizaba la atención al paciente, sino que se tenían en cuenta sus aspectos sanos para lograr una más rápida reinserción social. “La internación para la externación” se fundamentaba en un trípode compuesto por los objetivos por los que se interna un paciente, la consiguiente dirección del tratamiento y cumplidos los objetivos trazados se desprendían los criterios de externación.

Los pacientes con patologías más crónicas transitaban generalmente por internación, hospital de día, tratamiento ambulatorio, algunos por las actividades del "Club Amanecer"; y para los que mayor grado de autonomía habían logrado se hicieron convenios con empresas de la zona para que pudiesen trabajar en ellas con una remuneración estipulada.

Este sistema de organizar la atención del paciente teniendo en cuenta su posterior reinserción, consideraba por un lado las dificultades que se presentaban para los pacientes al tratar de salir adelante de sus propios conflictos emocionales, y por otro que las personas con enfermedades mentales se enfrentan a muchos problemas, entre otros tienen que enfrentarse a la discriminación y la estigmatización social asociadas a su condición. En el Lanús aprendí que quitar el peso estigmático, no se resuelve sólo con explicaciones "teóricas" sino con la práctica de poder hacer que circule la palabra y se resignifiquen experiencias vividas en esos diferentes espacios terapéuticos.

Por lo tanto, se consideraba importante en la internación organizar los distintos espacios que tengan en cuenta al paciente y su familia, sus aspectos "sanos" y favorezcan el lazo social. Junto a preservar y priorizar el derecho del paciente a saber qué es lo que le ha pasado a él y a sus modalidades vinculares.

Los convenios con diferentes empresas de la zona se fundamentaban en que la disolución del estigma está vinculada con una evolución y pronóstico más favorable, y con que se pueda restituir la indispensable red de sostén de todo viviente humano y con su mejor inserción social, laboral o educacional. Por eso los pacientes que habían desarrollado un mayor grado de autonomía, para facilitarles su reinserción social, se los hacía ingresar a las empresas con las que había convenio para que realizaran trabajos posibles, lo cual les daba un lugar de "utilidad social".

También se organizaron consultorios psiquiátricos en los barrios más modestos cercanos al hospital.

En algunas ocasiones se trabajaba con los vecinos del lugar donde el paciente vivía. Recuerdo a un paciente que cursaba un cuadro de esquizofrenia y al que su madre le administraba la medicación, luego de ser externado. Se utilizaba el clásico haloperidol con sus conocidos efectos secundarios. Su madre lo sobre medicaba y cuando se aliviaba sintomatológicamente dejaba de darle la medicación. Por lo tanto, el paciente se reinternaba con cierta frecuencia. Decidimos ir al domicilio y reunir a los vecinos significativos en el vínculo con el paciente y su familia. Planteamos que la madre no podía hacerse cargo de administrarle la medicación a su hijo y preguntamos a los vecinos qué soluciones se les ocurrían. Una de las vecinas se ofreció a administrarle la medicación de acuerdo a la indicación médica correspondiente. El paciente, por lo menos hasta que estuve en el hospital, no volvió a internarse y ocupaba un lugar en el vecindario: era el que realizaba los mandados para muchos de los vecinos.

El golpe de Estado de 1976 truncó muchas de estas modalidades. A poco tiempo de iniciada la dictadura, el jefe del Servicio, Dr. Valentín Barenblit, fue secuestrado por fuerzas militares y torturado en un centro clandestino de detención. Liberado algunas semanas después, emigró hacia Barcelona, donde continúa residiendo actualmente.

No podría finalizar esta rápida reseña sin referirme a la queri-

da Martha Brea. A Martha la arrastraron del hospital de Lanús de los cabellos, el 30 de marzo de 1977 al mediodía, en pleno funcionamiento del servicio, en la antesala de donde se reunía la dirección del servicio. Nos dimos cuenta que no se encontraba la custodia habitual en la puerta del hospital. Enseguida fuimos con otros dos médicos a la comisaría primera de Lanús donde luego de mucho discutir nos dijeron que le habían ordenado sacar la custodia y no actuar bajo ninguna circunstancia (la típica zona liberada) y que había actuado el ejército. Así de seguros se sentían los hombres de botas y uniformes.

Cuando retornó la democracia me llamaron a declarar a La Plata. Allí conocí a su hermana, Cristina, quien me contó las penurias pasadas por su familia. También conocí a Ana María Di Salvo, sobreviviente del método de "desaparición de personas". Ana María llevaba puesto en ese momento un pequeño echarpe, y me comentó cómo en el horror y la cobardía del poder, entre los humillados, crecía la flor de la solidaridad. Recordó que Martha Brea le tejía a ella, con los dedos, una pequeña bufanda al crochet con restos de lana que obtenía de harapos. Empezó a tejérsela un día en que Ana María le había dicho que sentía frío en el cuello. Pasaron muchos años y en el trigésimo aniversario del Golpe tuve la oportunidad de hablar en un acto que se realizó en el Hospital "Evita". El 30 de marzo de 2011, en el marco del "Día Nacional de la Memoria", en el hospital se realizó un acto al cumplirse treinta y cuatro años de su desaparición y por el hallazgo de sus restos. El equipo argentino de Antropología Forense exhumó varios esqueletos de fosas comunes en el cementerio de Lomas de Zamora en el contexto de "la búsqueda de la verdad" Entre los restos se encontraron los de Martha Brea quien había sido asesinada salvajemente a tiros y rematada cobardemente con un tiro en la nuca.

Finalizo con las palabras de Valentín Barenblit pronunciadas en el año 1992, en ocasión de cumplirse treinta y seis años de la creación del Servicio de Psicopatología en Lanús por parte del Dr. Mauricio Goldenberg: *"El "Lanús" se inscribe en las instituciones comprometidas socialmente, para que el presente no se haga omnipresente. Se debe tomarlo como una preparación para los presentes venideros. A los que no están, a los que los acogieron en el exilio, a los que se quedaron, merecen nuestro respeto, para que el fuego siga prendido. Se debe transformar y actualizar el legado. Es un proyecto aún válido, que permitirá tejer nuevas utopías realizables. Soñar con sueños que nos permitan despertarnos si nos caemos en el vacío. Contra todo olvido"*.

Trastorno Dismorfo Corporal en poblaciones de riesgo | *Body Dysmorphic Disorder in population at risk*

Dra. Tania Borda

Doctora en Psicología.
Investigadora del Conicet.
Prof. Titular de la UCA.

Dra. Fugen Neziroglu

Directora clínica del Bio - Behavioral Institute
(Filial Nueva York).

Dr. Ricardo Pérez Rivera

Médico psiquiatra.
Director médico del Bio - Behavioral Institute
(Filial Buenos Aires).
Coordinador de la Sección
Trastornos de Ansiedad de la Asociación de
Psiquiatría de América Latina -APAL-
rperezrivera@hotmail.com

Resumen

Aunque el trastorno dismórfico corporal (TDC) ha recibido cierta atención en los últimos diez años, todavía es un trastorno relativamente poco estudiado en muchas partes del mundo. Argentina, por ejemplo, se caracteriza por ser un país que tiene una tasa muy alta de cirugía plástica y una alta preocupación con la insatisfacción corporal (Bernstein, 2006). Sin embargo, el TDC es poco investigado. A continuación realizamos una revisión de este trastorno con el fin de alertar en la necesidad de su diagnóstico en poblaciones de riesgo.

Palabras clave: trastorno dismórfico corporal - adolescencia - depresión

Abstract

Although Body Dysmorphic Disorder (BDD) has received some attention in the past ten years, it is still a relatively misunderstood and understudied disorder in many parts of the world. Argentina, for example, is characterized as a country that has a very high rate of plastic surgery and a high preoccupation with bodily dissatisfaction (Bernstein, 2006). Yet, despite that fact, research in this area is relatively limited. This study therefore describes the prevalence, quality of life, and presentation style of BDD in a depressed adolescent population. Below we carry out a review of this disorder in order to alert the need for its diagnosis in populations at risk.

Key words: *body dysmorphic disorder - adolescent - depression*

Índices de suicidio, de otros países, alertan sobre la presencia de ideación suicida (80%), intentos de suicidio y suicidios completados (entre 24% y 28%), en sujetos que padecen Trastorno Dismórfico Corporal -TDC- (Phillips, 2007). Estos índices son entre 6 y 23 veces mayor que el riesgo poblacional, que el riesgo de los pacientes ambulatorios con diagnóstico de depresión y que el riesgo de los pacientes con trastornos de pánico y agorafobia (Asnis y col., 1993; Beck y col., 1991; Goisman, 1994). Debemos además recordar que el suicidio es una causa frecuente de muerte entre los adolescentes y adultos jóvenes. La tendencia suicida, es por ende, aun más importante en estos pacientes con TDC, ya que la edad prevalente de esta enfermedad es la adolescencia (Phillips y col., 2005).

Los pacientes con TDC, presentan muchos factores de riesgo además de los altos índices de ideación e intentos de suicidio, a saber: hospitalizaciones psiquiátricas, dificultades escolares, pobre soporte social y emocional, historia de abuso (Veale y col., 1996; Phillips y col., 2005; Perugi y col., 1997), comorbilidad con trastorno depresivo mayor, trastornos de la alimentación, abuso de sustancias (Hollander y col., 1993; Gunstad y Phillips, 2003) y baja auto-estima, impulsividad y hostilidad (Bilby, 1998).

En este trastorno, la preocupación por la apariencia es obsesiva, de bajo "insight", es decir, sobre-valorada o delirante. En otras palabras, muchos pacientes están completamente convencidos de poseer áreas del cuerpo que en su apariencia son anormales, defectuosas, feas, no-atractivas. Estos pensamientos negativos, frecuentes e intrusivos, acerca de la apariencia, son firmemente mantenidos, de modo tal que, el paciente no puede obtener alivio al reconocerlos como inadecuados o sin-sentido (Neziroglu y col. 1993, 1996, 1997, 2001, 2009; Borda y Pérez Rivera, 2003). Más aún, presentan ideas de referencia, ya que sostienen que los demás notan particularmente ese defecto, del cual ellos son absolutamente conscientes de poseer, rechazándolos y/o burlándose por su apariencia ("la gente al mirarme comenta para sí, lo fea que soy, lo dicen con sus ojos"). Aproximadamente, todos los pacientes con TDC, tienen conductas compulsivas relacionadas con las obsesiones. El objetivo de estas conductas es generalmente esconder, camuflar, chequear, eliminar o recibir reaseguramiento, en torno al supuesto defecto ("antes de bajar a desayunar me pongo base entre los ojos para disimular la profundidad de la nariz"), ("me miro la piel hasta en los cubiertos en los restaurants, cuando voy con mis amigas porque ellas me mienten sabiendo lo que sufro") (Yaryura-Tobías y col., 2003; Pérez Rivera y Borda, 2001).

La frecuencia, intrusión, contenido y naturaleza cognitiva (obsesiva-sobre-valorada o delirante) de los pensamientos negativos relacionados con el TDC, no pueden ser debidamente neutralizados con los rituales (Saxena y col., 2001; Rowa y col., 2005; Phillips y col., 2007) luego, conllevan siempre distrés y aislamiento social ("cuando me miro las manchas que tengo de este lado de la cara, necesito agarrar algo para arreglarlo, a veces necesito una tijera para escarbar bien") (Pérez Rivera y Borda, 2001).

A los ojos de mucha gente estos pacientes padecen de vanidad y narcisismo, sin embargo, deberíamos pensar qué cosas podemos hacer sin estar en sociedad, qué cosas podemos hacer sin nuestra apariencia, qué es lo primero que se vincula ("Mi deseo más profundo es ser invisible, así nadie se reiría de mí, ni pensaría que soy horrible"... "Éste es mi máximo temor") (Yaryura-Tobías y col., 2003).

Una expresión popular napolitana "cualquier cucaracha es bella a su madre", subraya la importancia del componente emocional subjetivo en el proceso de adquisición y elaboración de estímulos sensoriales. De hecho, la percepción puede ser incluso

distorsionada, aquello que es feo o repugnante, es mostrado como bello o placentero, o viceversa. Dichas representaciones distorsionadas ocurren en el TDC (Vallat y col., 1971; Fiori y Giannetti, 2009).

TDC o Dismorfofobia, deriva del griego antiguo *dismorfia* (dis = anormal, y *morfia* = forma del cuerpo), Herodoto usó este término para referirse al mito de la niña más fea de Esparta (Neziroglu & Yaryura-Tobías, 1993; Yaryura-Tobías y col., 2002). La palabra literalmente significa fealdad con relación a la apariencia facial (Birtchnell, 1988).

Fue en primer lugar, Enrico Morselli, quien describió la existencia de una serie de enfermos atrapados por la duda del padecimiento de alguna deformidad; más aún, subrayó este padecimiento como un sentimiento subjetivo de fealdad o defecto físico, que el paciente siente que es notado por los otros, si bien, la apariencia de la persona está dentro de los límites normales (Morselli, 1886). Más tarde, Janet (1903) y Kraepelin (1908) hicieron hincapié en la función egodistónica e incluyeron a estos enfermos, dentro de la psicastenia (trastornos obsesivos y fóbicos) y los caracterizó por la presencia de ideas obsesivas acerca de la forma del cuerpo. Por su parte, Jaspers (1959) observó que las manifestaciones clínicas de los pacientes tienden a empeorar, desde un mínimo de inquietud a la preocupación persistente, obsesiva y a veces, perturbando aspectos básicos de la vida.

Sin embargo, la dismorfofobia no fue incluida en el ICD-8, ICD-9 o DSM-I, ni DSM-II como un trastorno mental. Recién, con la aparición del DSM III (*American Psychiatric Association*, 1980), la dismorfofobia aparece por primera vez como una entidad independiente con la denominación de “Trastorno Dismorfofóbico” y quedó incluida en la sección de los “Trastornos Somatomorfos”. Birtchnell, más tarde, estableció que la dismorfofobia, en vez de implicar un miedo a la fealdad, como indicaría el término, es realmente una preocupación por la apariencia física propia (Yaryura-Tobías y col., 2003). Así, en 1987, el DSM III-R (*American Psychiatric Association*, 1987), consideró incorrecto el término de dismorfofobia, ya que no es un trastorno que conlleve una evitación fóbica, y acuñó el término de “*Trastorno Dismórfico Corporal*” para este sufrimiento. Sin embargo, el término dismorfofobia, es comúnmente utilizado en Europa, a tal punto que en el ICD-10, este trastorno sigue la tradición y está incluido dentro de los desordenes hipocóndricos (Yaryura-Tobías y col., 2003).

El DSM III-R, no consideraba necesaria la existencia de un deterioro en el ámbito socio laboral, lo cual daba lugar a una sobre inclusión de pacientes dentro de esta entidad. Por ello, el DSM-IV (1994), lo clasifica como un síndrome dentro de los trastornos somatoformes, en el cual, el paciente debe demostrar un sentimiento persistente que involucre una creencia de fealdad o defecto en la apariencia física; el paciente debe estar convencido que este defecto es obvio a los demás; esta preocupación por el defecto debe ser excesiva y no transferible rápidamente a otro defecto. Y debe causar deterioro en importantes áreas de la actividad del sujeto (*American Psychiatric Association*, 1994). En su última versión DSM-IV-TR (*American Psychiatric Association*, 2000), los criterios para el TDC se mantienen sin modificaciones, conservando el criterio de disfuncionalidad en el área laboral, social o personal para ser considerado un trastorno, de lo contrario sería considerado un cuadro subclínico.

Una manera más dimensional de pensar un caso clínico es desde el espectro al que pertenece el paciente. Un espectro es una manera abarcativa de abordar un grupo de trastornos, tomando como eje un trastorno psiquiátrico mayor. Están propuestos espectros afectivos, de psicosis, de autismo y, entre otros, el obsesivo-compulsivo. Para mayor detalle se sugieren los capítulos del Dr. Pérez Rivera (Pérez Rivera y Borda, 2001; Yaryura-Tobías y col., 2003; Pérez Rivera, 2006) donde se discuten en profundidad los modelos de espectro obsesivo-compulsivo que aparecen en la literatura. En esta línea, los artículos presentados en la edición de *Psiquiatría de Investigación* en una conferencia titulada “El futuro de Diagnóstico Psiquiátrico: Perfeccionar el programa de investigación: el comportamiento obsesivo-compulsivo de Spectrum” (Hollander y col., 2009), fueron el resultado de una colaboración internacional de investigaciones para el DSM-V, donde se examinaron las posibles similitudes en la fenomenología, la comorbilidad, características familiares y genéticas, los circuitos del cerebro, y la respuesta al tratamiento cognitivo-conductual y farmacológico, entre el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) y varios trastornos relacionados que se caracterizan por pensamientos o comportamientos repetitivos. Estos datos apoyan un nuevo examen del DSM-IV-TR en la clasificación del TOC y los trastornos de ansiedad, con la posible inclusión de un grupo de trastornos del espectro obsesivo-compulsivo (OCSDs) en el DSM-V (Hollander y col., 1993, 2009). Diversos trastornos, fueron examinados sistemáticamente para su inclusión en la agrupación de este tipo, y más tarde, un número menor estaban decididos a cumplir con los criterios para la inclusión en la OCSDs (Phillips y col., 2007). Los trastornos que originalmente se examinaron incluían el TOC, el Trastorno Obsesivo-Compulsivo de personalidad (TOCP), síndrome de Tourette (TS) y otros trastornos de tics, corea de Sydenham, Trastornos neuropsiquiátricos asociados con infecciones por estreptococo (PANDAS), la tricotilomanía (TTM), el trastorno dismórfico corporal (TDC), autismo, trastornos de la alimentación, corea de Huntington, enfermedad de Parkinson, los trastornos de control de impulsos, así como de sustancias y las adicciones conductuales (Hollander y col., 2009).

El TDC, es tal vez el desorden que más criterios cumple para estar incluido en este espectro obsesivo (Hollander y col., 1993; Frare y col., 2004; Hollander y col., 2009); el paciente padece de ideas con características obsesivas en relación a su apariencia, las cuales son involuntarias e imposibles de controlar y, por lo general, arman una serie de rituales con la finalidad de disminuir o esconder el defecto y/o el malestar generado por las ideas, como ser el chequear el supuesto defecto en espejos o superficies que reflejen, tocar repetidamente el área en cuestión (ej. nariz, cabello, etc.), evitar situaciones en donde sienta expuesto su defecto (ej. reuniones, citas, etc.) y perder más de una hora diaria en la confección de los rituales. El TDC suele presentarse con mayor frecuencia (en comparación con el TOC) con ideas sobrevaloradas, bajo o nulo *insight* y pensamientos bizarros (Yaryura-Tobías y col., 2003; Frare y col., 2004).

Es importante remarcar, que desde 1994 (DSM-IV), se han distinguido variantes no psicóticas y psicóticas del TDC. Por ello, actualmente el TDC, está conceptualizado como un *continuum de insight*, de incertidumbre obsesiva a ideas sobrevaloradas y certeza delirante (Fiori y Giannetti, 2009; Hollander y Phillips,

1993; Nakata y col., 2007; Marazziti y col., 2006; Yaryura-Tobías y col., 2003; Phillips, 2006).

Durante el siglo pasado, los pacientes con TDC fueron descritos como padeciendo de una angustia muy profunda debido a la "fealdad", por lo cual pensaban, intentaban o cometían el suicidio (Phillips, 1991; Cotterill y Cunliffe, 1997; Yamada y col., 1978). Ideación suicida, intentos de suicidio y suicidio consumado parecen comunes en los individuos que padecen TDC (Phillips, 1991; Borda y Pérez Rivera, 2003; Yaryura-Tobías y col., 2003; Neziroglu y col., 1996). La evidencia disponible indica que aproximadamente el 80% de los individuos con TDC han experimentado ideación suicida a lo largo de su vida; y el 24% a 28% han intentado suicidarse (Phillips, y col., 2007).

La relación entre el TOC y el TDC ha sido estudiada por muchos investigadores clínicos durante la última década. Estos estudios sugieren que el TDC y el TOC tienen muchas similitudes y diferencias (Yaryura-Tobías y col. 2003; Borda y Pérez Rivera, 2003; Pérez Rivera y Borda, 2001; Phillips y col., 2007), y que ambos trastornos pueden estar íntimamente relacionados. La probabilidad a lo largo de su vida de que un paciente con TOC padezca TDC es estimada en un promedio de 7% (Yaryura-Tobías, 2000) a 12% (Hollander y Wong, 1995), aunque un estudio estimó el riesgo en 37% (Hollander y col., 1993). Inversamente, se ha diagnosticado TOC en un 34% a 78% (Phillips y col., 2007, 2005, 2006) en pacientes previamente diagnosticados con TDC.

Asimismo, debido a la importancia cualitativa y cuantitativa que los síntomas de depresión presentan con este trastorno, también nos interesó estudiar en una población que buscaba tratamiento por depresión de edad y género similar, los índices de preocupación por la imagen corporal y de TDC. Los resultados corroboraron la percepción social de que las adolescentes mujeres de Argentina, tienen índices de preocupación en torno a la imagen corporal que son sustancialmente mayores que adolescentes de EE.UU., Alemania, Turquía y Brasil (Borda y col., 2010).

Esta comprensión, sobre cómo las niñas y adolescentes, comienzan a considerar sus cuerpos como objetos para ser vistos, ha tenido un impacto importante en la investigación psicológica sobre la imagen corporal. Sin embargo, al hablar del TDC debemos remarcar que esta variable de exigencia social debe encontrar una predisposición biológica – cognitiva y afectiva determinada, para conformar un cuadro de las características arriba descripto (Pérez Rivera y Borda, 2001).

Este desorden de la imagen corporal que se simboliza en el proceso de pensamiento patológico, se acompaña de una mezcla de emociones que puede ser difícil de articular o desenmarañar. Los pacientes sienten disgusto hacia su cuerpo, lo cual deviene más insostenible cuando están expuestos a situaciones asociadas con el defecto percibido (Yaryura-Tobías y col., 2003). Además, sienten ansiedad y una respuesta fisiológica del sistema nervioso central periférico, aumentada por situaciones sociales. Estos síntomas depresivos pueden ser secundarios a la ansiedad social, donde es la crítica ajena la temida y/o evitada; y/o al aislamiento social y frustración de no ser capaz de convencer a los otros del defecto que ellos perciben en sí mismos y de la veracidad de sus creencias (Borda y Pérez Rivera, 2003; Pérez Rivera y Borda, 2001; Neziroglu y col., 1999).

Las conductas que cronifican el TDC pueden ser excesivas, en término de horas de auto-inspección y chequeo en espejos o superficies que reflejan (vidrieras, discos compactos –CD-, anteojos, vasos, cubiertos, hebillas de carteras, fotos digitales, etc.); o de evitación de situaciones sociales o de encontrarse con el defecto (Yaryura-Tobías y col., 2003) ("salgo cuando baja el sol porque si no me pueden ver"). Se pueden clasificar un número de diferentes rituales de chequeo y repetición, que tienen distintas funciones en los pacientes (Bohne y col., 2002; Dyl y col., 2006; Phillips y col., 2005; Yaryura-Tobías y col., 2003). En nuestra experiencia (Pérez Rivera y Borda, 2001; Borda y Pérez Rivera, 2003; Yaryura-Tobías y col., 2003; Borda y col., 2010) el 80% de los pacientes con TDC, deben ser clasificados como chequeadores, el 18% como evitadores, y un 10% comentan realizar alternativamente una u otra conducta, dependiendo del estado de ánimo, situación y área del cuerpo en cuestión. Las conductas de chequeo acompañan los altos montos de ansiedad (búsqueda de certeza y confort); mientras que las conductas de evitación acompañan los altos montos de depresión (Yaryura-Tobías y col., 2003). Debido a ambas conductas de chequeo o evitación del defecto percibido, los pacientes con TDC evitan las situaciones sociales y públicas. Muchos pacientes, evitan relaciones íntimas o de contacto físico, trabajos, salir de compras y hasta quedan confinados a su domicilio (Phillips y col., 2005; Fiori y Giannetti, 2009; Yaryura-Tobías y col., 2003).

Este trastorno prevalente en adolescentes, que ya parece incluir casos en niños (Borda y col., 2010) también se está observando en adultos. En hombres y mujeres con desarrollo tardío del TDC, se observa, deterioro en el funcionamiento psicossocial, y una alta tasa de ideación suicida e intentos de suicidio. Realizamos un estudio comparativo de características clínicas, de personalidad, comorbilidades y disfuncionalidades en una población de TDC adulta y adolescente. En todos los casos las ideas eran sobre-valoradas; los rituales comprendían desde el camuflaje, la evitación de situaciones sociales hasta las intervenciones caseras o quirúrgicas; y las características psicológicas de perfeccionismo, baja auto-estima y necesidad de aprobación, estaban presentes. Sin embargo, las áreas de preocupación prevalentes, eran siempre más de una, pero variaban del torso medio – inferior (prevalente en adolescentes) al torso superior, a medida que aumentaba la edad. Además, con la edad disminuía la comorbilidad con consumo de sustancias y alcohol (Borda y Pérez Rivera, 2003; Pérez Rivera y Borda, 2001; Borda y col., 2010).

Conclusiones

El trastorno dismórfico corporal (TDC) es una enfermedad psiquiátrica relativamente frecuente que, a menudo, se presenta a los profesionales de la Salud Mental, así como a los médicos no psiquiatras. Sin embargo, el TDC frecuentemente no es reconocido ni diagnosticado en entornos clínicos. Es importante reconocer y con precisión diagnosticar el TDC, porque esta enfermedad mantenida en secreto, puede ser debilitante. Los pacientes con TDC tienen típicamente marcado deterioro de la actividad, en particular, la calidad de vida es pobre, y una alta tasa de ideación suicida y de intentos de suicidio. Por lo tanto, es importante indagar en población pre-puberal y adolescente, en especial aquellos que presenten signos de depresión, la presencia de este síndrome.

Referencias bibliográficas

- Asnis, G., Friedman, T., Sanderson, W., Kaplan, M., Van Praag, H., Harkavy-Friedman, J. (1993). Suicidal behaviors in adult psychiatric outpatients, I: description and prevalence. *Am J Psychiatry*, 150: 108-112.
- Beck, A., Steer, R., Sanderson, W., Skeie, T. (1991). Panic disorder and suicidal ideation and behavior: discrepant findings in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry*, 148: 1195-1199.
- Bilby, E.L. (1998). The relationship between body dysmorphic disorder and depression, self-esteem, somatization, and obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychol*, 54:489-499.
- Birtchnell, S.A. (1988). Dismorphophobia: a centenary discussion. *Br J Psychiat*, 153: 41-43.
- Bohne, A., Keuthen, N., Whilhem, S., Deckersbach, T., Jenike, M. (2002). Prevalence of symptoms of body dysmorphic disorder and its correlates: a cross-cultural comparison. *Psychosomatics*, 43: 486-490
- Borda, T. (2004). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno dismórfico corporal. *Anxia*, 8: 23-26
- Borda, T., Neziroglu, F., N Santos, K Donnelly, R Perez Rivera Pérez Rivera, (2010). Status of body dysmorphic disorder in argentina.. Status of Body Dysmorphic Disorder in Argentina. *Journal of Anxiety Disorders* 25: 507-512
- Borda, T., Pérez Rivera, R. (2003). Trastorno de la Imagen Corporal. *Anxia*, 9: 27-30.
- Borda, T., Sansalone, P. & Pérez Rivera, R. (2010). Trastorno Dismórfico Corporal: descripción clínica de un desorden siempre severo. *Sinopsis*, 23(44),11-14.
- Cotterill, J.A., Cunliffe, W.J. (1997). Suicide in dermatological patients. *Br J Dermatol*, 137: 246-250.
- Dyl, J., Kittler, J., Phillips, K., Hunt, J. (2006). Body dysmorphic disorder and other clinically significant body image concerns in adolescent psychiatric inpatients: prevalence and clinical characteristics. *Child Psychiatry Hum Dev*, 36: 369-382
- Fiori, P., Giannetti, L. (2009). Body dysmorphic disorder: a complex and polymorphic affection. *Neuropsych Dis Treat*, 5:477-481.
- Frare, F., Perugi, G., Ruffolo, G., Toni, C. (2004). Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: a comparison of clinical features. *Eur Psychiat*, 19: 292-298.
- Goisman, R., Warshaw, M., Peterson, L. (1994). Panic, agoraphobia, and panic disorder with agoraphobia. *J Nerv Ment Dis*, 182: 72-79.
- Gunstad, J., Phillips, K. (2003). Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry*, 44: 270-276.
- Hollander, E., Cohen, L., Simeon, D. (1993). Body Dysmorphic Disorder. *Psychiatric Annals*, 23: 359-364.
- Hollander, E., Cohen, L.J., & Simeon, D. (1993). Obsessive-compulsive spectrum disorders: body dysmorphic disorder. *Psychiat Ann*, 23: 359-364.
- Hollander, E., Kim, S., Braun, A., Simeon, D., Zohar, J. (2009). Cross-cutting issues and future directions for the OCD spectrum. *Psychiat Res*, 170: 3-6
- Janet, P. (1903). *Les obsessions et la Psychasténie*. Parigi: Alcan
- Jaspers, K. (1959). *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin: Springer Verlag
- Jerome, L. (1987). Anorexia nervosa or dysmorphophobia?. *Br J Psychiatry*, 150: 560-561
- Kraepelin, E. (1908). *Compendium der Psychiatrie*. Leipzig: Barth
- Marazziti, D., Giannotti, D., Catena, M.C., Carlini, M., Dell'Osso, B., Presta, S., Pfanner, C., Mungai, F., Dell'Osso, L. (2006). Insight in body dysmorphic disorder with and without comorbid obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectr*, 11: 494-498.
- Morselli, E. (1886). *Sulla Dismorfobia e Sulla Tafobia*. Geneva: Bollettino della Reale Accademia di Genova
- Nakata, A., Diniz, J., Torres, A., de Mathis, M., Fossaluza, V., Bragancas, C., Ferrão, Y., Miguel, E. (2007). Level of insight and clinical features of obsessive-compulsive disorder with and without body dysmorphic disorder. *CNS Spectr*, 12: 295-303.
- Neziroglu, F. (1993). "Body dysmorphic disorder: phenomenology and case descriptions". *Behav Psychother*, 21: 27-31.
- Neziroglu, F., Anderson, M., Yaryura-Tobías, J. (1999). An in-depth review of obsessive-compulsive disorder, body dysmorphic disorder, hypochondriasis, and trichomania: therapeutic issues and current research. *Crisis Interv*, 5: 59-94.
- Neziroglu, F., McKay, D., Todaro, J., & Yaryura-Tobías, J.A. (1996). Effect of cognitive behavior therapy on persons with body dysmorphic disorder and axis II diagnoses. *Behavior Therapy*, 27: 67-77.
- Neziroglu, F., Stevens, K., McKay, D., & Yaryura-Tobías, J.A. (2001). Predictive validity of the overvalued ideas scale: outcome in obsessive compulsive and body dysmorphic disorders. *Behav Res Ther*, 39: 745-756.
- Pérez Rivera, R. (2006). El espectro obsesivo-compulsivo (pp 223-238) en el trastorno Obsesivo-compulsivo y su espectro. Ed.Polemos, Buenos Aires, Argentina.
- Pérez Rivera, R., Borda, T. (2001). Neurobiology of body dysmorphic disorder. *Psychiatric Ann*, 31: 559-563.
- Perugi, G., Giannotti, D., Frare, F. (1997). Prevalence, phenomenology and comorbidity of body dysmorphic disorder (dysmorphophobia) in a clinical population. *Int J Clin Pract*, 1: 77-82.
- Phillips, K. (2006). Delusional versus nondelusional body dysmorphic disorder: Clinical features and course of illness. *J Psychiatr Res*, 40: 95-104.
- Phillips, K. (2007). Suicidality in body dysmorphic disorder. *Prim Psychiatry*, 14: 58-66.
- Phillips, K., Coles, M., Menard, W., Yen, S., Fay, C., Weisberg, R. (2005a). Suicidal ideation and suicide attempts in body dysmorphic disorder. *J Clin Psychiatry*, 66:717-725.
- Phillips, K., Didie, E., Feusner J., Whilhem, S. (2008). Body dysmorphic disorder: treating an underrecognized disorder. *Am J Psychiatry*, 165: 1111-1118.
- Phillips, K., Pinto, A., Menard, W., Eisen, J., Mancebo, M., Rasmussen, S. (2007). Obsessive-compulsive disorder versus body dysmorphic disorder: a comparison study of two possibly related disorders. *Depress Anxiety*, 24: 399-409.
- Phillips, K.A, Menard, W., Fay, C., Pagano, M.E. (2005c). Psychosocial functioning and quality of life in body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry*, 46: 254-260.
- Rowa, K., Purdon, C., Summerfeldt, L.J., Antony, M.M. (2005). Why are some obsessions more upsetting than others? *Behav Res Ther*, 43: 1453-1465.
- Saxena, S., Winograd, A., Dunkin, J., Maidment, k., Rosen, R., Vapnik, T., -Tarrow, G., Bystritsky, A. (2001). A Retrospective Review of clinical Characteristics and Treatment Response in Body Dysmorphic Disorder Versus Obsessive-Compulsive Disorder. *J Clin Psychiat*, 62: 67-72.
- Vallat, J.N., Leger, J.M., Destruhaut, J., Garoux, R. (1971). Dysmorphophobias, syndrome or symptom?. *Ann Med Psychol (Paris)*, 2: 45-65
- Veale, D., Boocock, A., Gournay, K. (1996). Body dysmorphic disorder: a survey of fifty cases. *Br J Psychiatry*, 169: 196-201.
- Yamada, M., Kobashi, K., Shigemoto, T. (1978). On dysmorphophobia. *Bull Yamaguchi Med Sch*, 25: 47-54.
- Yaryura-Tobías, A., Neziroglu, F., Pérez Rivera, R., Borda, T. (2003). *Obsesiones Corporales*. Ed. Polemos, Buenos Aires, Argentina
- Yaryura-Tobías, J., Neziroglu, F., Chang, R., Lee, S., Pinto A., Donahue, L. (2002). Computerized perceptual analysis of patients with body dysmorphic disorder. *CNS Spectrum*, 7: 435-445

Literatura Universal y Vejez

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Dr. Hugo Pisa

Médico Especialista en Psiquiatría.
Coordinador Sala de Internación Hospital
Italiano de Buenos Aires

Dr. Martín Ruiz

Médico Especialista en Psiquiatría.
Coordinador Sala de Internación Hospital
Italiano de Buenos Aires

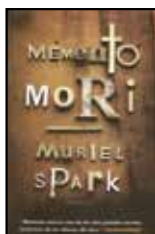
La intención de esta sección es despertar interés sobre el prejuicio en la vejez. Veamos un ejemplo. Año 2004: la prestigiosa agencia de publicidad francesa Saatchi&Saatchi, mostró a una joven de cara triste y lágrimas tímidas. Al pie de la foto el siguiente texto: Esta joven sufre de Alzheimer. ¿Por qué la imagen causó tanto impacto? ¿Qué hubiese ocurrido si en vez de una joven, hubiera aparecido una anciana? La respuesta que más se acerca es: nada, porque el Alzheimer le corresponde a los viejos. Se asocia a ellos, por el hecho de que sus probabilidades de enfermar se correlacionan con la edad. En la inversión de lo natural, se encuentra lo genial de esta publicidad. Juega con lo imaginario. Golpea justo en la creencia que vincula a la enfermedad con el anciano. Al anciano con la pérdida de memoria. Trabaja con lo que Leopoldo Salverezza desarrolló bajo el concepto de "viejismo", que es el prejuicio relacionado con la vejez. Constituye una conducta social compleja y abarcativa, con dimensiones históricas, culturales, sociales, psicológicas e ideológicas, que se utilizan para la desvalorización y discriminación de las personas en función de su edad. Escoger entre la oceánica literatura escasas obras que reflejen un tema tan espinoso como la vejez es un imposible. Sólo pretendemos acercarlos algunos libros... Porque en definitiva, la ficción es lo que nos aproxima a la realidad.



El Animal Moribundo

Philip Roth - Alfaguara. 2002

Una novela excelente. Un ejemplo de cómo piensa un anciano la sexualidad, el matrimonio, los vínculos, y el paso del tiempo. El protagonista, profesor de renombre y crítico de arte, David Kepesh, ya tiene ochenta años. Es un viejo conocido para quienes seguimos la trayectoria literaria de Roth, ya que apareció por primera vez en *El Pecho*, y volvió a asomarnos en *El Profesor del Deseo*. Ahora encarna su vejez revelando a un personaje desconocido una de sus últimas experiencias sentimentales: la que mantuvo con Consuelo Castillo, una joven americana de origen cubano, casi cincuenta años más joven que él. Hoy, presagiando el final de sus amoríos, rememora lo que ha sido su vida: sus padres, su matrimonio roto, mil y una aventuras con alumnas, y trata de darle un sentido para enfrentarse a la muerte.



Memento Mori

Muriel Spark. Plataforma. 2000

Memento mori es una frase latina que significa "recuerda que morirás". Recordar la mortalidad como ser humano.

Una llamada anónima avisa a un grupo de viejos que deben morir. Los ancianos se relacionan entre sí dentro de una red social tejida a base de mentiras, manteniendo amistades que tienen más antagonismo que semejanzas. La autora se ensaña con la soledad: una soledad fruto del egoísmo, de la mezquindad que subyace en muchos de nuestros tratos con otras personas. Aunque suene paradójico esta novela celebra la vida. El recuerdo del pasado se utiliza para asomarse al futuro, para continuar elaborando proyectos y sueños: en algunos casos se trata de reuniones para tomar el té; en otros, la escritura de un tratado gerontológico. Incluso la señora Taylor, reclusa en un sanatorio para ancianos, es consciente de la necesidad de vivir cada momento con intensidad: «Todos nos parecemos a nosotros mismos frustrados en nuestra vejez», dice, «porque nos agarramos demasiado a todo. Pero en realidad aún estamos completando nuestras vidas». Muriel Spark pone a sus protagonistas ante la certidumbre de su condición mortal, asustándoles y provocando sus dudas.



Desarticulaciones

Sylvia Molloy. Eterna Cadencia. 2010

El mal de Alzheimer avanza sobre ML, desalojando de su mente los recuerdos que configuraban una historia personal, un "yo". Los modos en que la mente elige empezar a olvidar, dejando intactas algunas habilidades para asolar otras.

La narradora visita casi diariamente a ML, con quien compartió una estrecha amistad y ahora padece mal de Alzheimer. A partir de esos encuentros y los fragmentos de memoria de ML va construyendo un relato poderosamente conmovedor sobre la desarticulación de una mente que progresivamente va borrando todo de una manera peculiar.

Un intento, a través de la escritura, de "hacer durar una relación que continúa pese a la ruina, que subsiste aunque apenas queden palabras". "¿Cómo dice yo el que no recuerda...?", se pregunta la narradora frente a esa mujer que le muestra la casa como si la visitara por primera vez o que es incapaz de decir que ha sufrido un mareo, pero puede traducir al inglés perfectamente un mensaje donde se dice que ella ha sufrido un mareo.



La Vida en Sordina

Davis Lodge. Anagrama. 2010

Una novela sobre los esfuerzos de un hombre por asumir la sordera y la muerte, la vejez y la mortalidad.

El profesor Desmond Bates se jubila anticipadamente, pero no la disfruta: añora la rutina del año académico y perdió el interés por la investigación. El éxito profesional de su mujer, Winifred, reduce al marido al papel de acompañante y amo de casa, al mismo tiempo que el aspecto rejuvenecido de la cónyuge torna más incómoda la conciencia de la edad que les separa. Sólo interrumpen la monotonía de la vida cotidiana de Desmond los viajes a Londres para controlar el estado de su padre, un anciano de ochenta y nueve años, antiguo músico de una orquesta de baile, que tercamente se niega a mudarse de la casa a un geriátrico.

A esto se suma la pérdida auditiva, que es una fuente constante de fricción doméstica y de dificultad social. El profesor observa que en la imaginación popular, la ceguera es trágica y la sordera es por el contrario cómica. Por culpa de su sordera, Desmond Bates se ve enredado con una joven cuya conducta caprichosa e imprevisible amenaza con desestabilizar completamente su vida de jubilado.



La Humillación

Philip Roth. Mondadori. 2010

El actor Simon Axler atraviesa por una crisis: no puede actuar, su mujer y el público lo abandonaron. Es momento de enfrentar las realidades de la vejez, la enfermedad y la muerte. En medio de ella, el deseo vuelve en una forma inesperada para trastornar su vida por última vez. En esta novela Roth nos sumerge sin piedad en un narcisismo quebrado, decadente y doloroso. Nos atormenta como mudos testigos de un fracaso que culmina de la peor manera. Es muy recomendable, luego de leer la novela, el artículo que el Dr. Daniel Matusevich publicó en la revista Vertex Nro. 92 donde desarrolla el tema del narcisismo y el suicidio en la vejez a partir de este relato.

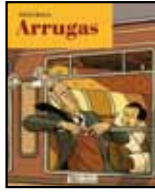


Ahora Tocad Música de Baile

Andrés Barba. Anagrama. 2004

Proyectar el propio ser hacia un desdichado es asumir inmediatamente su desdicha; eso es lo que hacen los personajes de esta novela en torno a Inés Fonseca, cuando enferma de Alzheimer. Asumir esto por parte de los familiares, que la persona que les ha conformado tal y como son está enferma, es asumir el vacío en la que tanto ellos como ella deben ser reelaborados, recreados.

Novela familiar. Es un estudio sobre la irreversibilidad de una enfermedad que impone su propia urgencia. La urgencia de saber quién se escondía verdaderamente tras el rostro vacío de quien se había creído amar o despreciar. La urgencia de sentenciarlo o perdonarlo.



Arrugas

Paco Roca. Astiberri. 2007

Premio Nacional de Cómic 2008 (España).

Emilio, pasados los setenta años comienza a tener pérdidas de memoria. Su carácter se volvió impredecible e irritable, por lo que sus hijos deciden ingresarlo a un geriátrico. Allí comparte la habitación con Miguel, un jubilado algo “psicopatón” que se divierte a costa de los demás residentes. La rutina de su vida se rompe cuando Emilio descubre que tiene Alzheimer, y que pronto no podrá valerse por sí mismo.

Miguel no quiere darse por vencido y traza un plan para engañar a los médicos y evitar que se lleven a Emilio a la planta de los que no son autoválidos.



La Casa de las Bellas Durmientes

Yasunari Kawabata. Noguer y Caralt. 2005

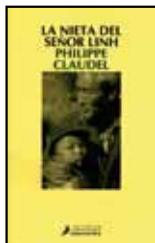
La casa de las bellas durmientes se desarrolla en una posada, situada a las afueras de Tokio. Ahí, unos ancianos adinerados se entregan a un último y voluptuoso placer: pagan por la compañía de hermosas y jóvenes vírgenes que duermen desnudas junto a ellos bajo los efectos de narcóticos. Estos viejos pueden disfrutar de la presencia de las muchachas, pero cumpliendo con una serie de exigencias: no pueden mantener relaciones sexuales, ni despertarlas, ni tampoco estar más de un día con la misma mujer. Esta novela es una reflexión sobre la vejez, la soledad y la cercanía de la muerte.



Hombre Lento

JM Coetzee. Mondadori. 2005

Paul Rayment, fotógrafo profesional, pierde una pierna en un accidente de bicicleta. A partir de ahí su vida solitaria cambia radicalmente: Paul rechaza la posibilidad de que le coloquen una prótesis. Al alta hospitalaria vuelve a su piso de soltero en Adelaida. Incómodo ante la nueva situación de dependencia que conlleva su invalidez, Paul pasa por períodos de desesperanza al reflexionar sobre sus sesenta años. Sin embargo, su ánimo se recupera al enamorarse de su enfermera. Mientras Paul busca el modo de conquistar a su ayudante, recibe la visita de Elizabeth Costello, que lo desafía a retomar su vida. Esta novela lleva a cabo una meditación acerca de lo que nos convierte en seres humanos, al mismo tiempo que reflexiona sobre la vejez.



La Nieta del Señor Linh

Philippe Claudel. Salamandra. 2005

Una novela sobre el exilio y la soledad, o lo que es lo mismo, la lucha por preservar la identidad.

Un anciano desembarca en un país. No conoce a nadie e ignora el idioma. El señor Linh huye de una guerra que ha acabado con su familia y destrozado su aldea. La guerra le ha robado todo menos a su nieta, una bebé llamada Sang Diu, una niña tranquila que duerme siempre que el abuelo tararee su nana, la melodía que han cantado durante generaciones las mujeres de la familia. El señor Linh sólo se preocupa por su nieta, su única razón de existir hasta que conoce al señor Bark, un hombre cuya mujer ha fallecido recientemente. Hablan distintas lenguas, pero que son capaces de comprenderse en silencio y a través de pequeños gestos. Ambos se encuentran regularmente en un banco del parque hasta que, una mañana, los servicios sociales conducen al señor Linh a un hospicio que no está autorizado a abandonar. Pero consiguen escapar con Sang Diu decidido a encontrar a su único amigo.