



# CONEXIONES

REVISTA ARGENTINA DE SALUD MENTAL  
PUBLICACION DE LA ASOCIACION ARGENTINA DE SALUD MENTAL

Año 3 Nº 10 Septiembre de 2007  
DISTRIBUCION GRATUITA



**¿Paranoia? ¿Esquizofrenia Paranoide?¿O qué? // Diversidad y diferencia. Reflexiones sobre la cuestión intersex // Teoría psicosocial de las dementizaciones crónicas progresivas, llamadas alzheimer // El rol profesional y su formación en la educación chilena actual**



## COMISIÓN DIRECTIVA

PRESIDENTE: Dr. Eduardo Grande  
 VICEPRESIDENTE: Dr. Pablo Fridman  
 SECRETARIO GENERAL: Lic. Alberto Trimboli  
 SECRETARIO CIENTÍFICO: Dr. Juan Carlos Fantin  
 TESORERO: Lic. Belen Baudron  
 SECRETARIO DE ACTAS: Dr. Nestor Saborido  
 SECRETARIO DE ÉTICA: Dr. Ricardo Soriano  
 SECRETARIO DE ASUNTOS PROFESIONALES: Lic. Gustavo Bertrán  
 SECRETARIA DE RELACIONES INTERINSTITUCIONALES: Lic. Silvia Raggi  
 SECRETARIO DE PRENSA: M. T. Ruben Gallardo  
 SECRETARIO DE PUBLICACIONES: Dr. Carlos Marachlian  
 SECRETARIO DE CULTURA: Lic. Dario Galante  
 SECRETARIO DE BIBLIOTECA: Dr. Ariel Falcoff  
 VOCALES TITULARES: Dra. Susana Calero, Lic. Irma Dominguez, Beatriz Kennel  
 COMISION REVISORA DE CUENTAS:  
 TITULARES: Dr. Horacio Rodriguez O'Connor, Lic. Rosa Daniel  
 SUPLENTE: Lic. Irma Zurita

## MIEMBROS FUNDADORES

Grande Eduardo, Trimboli Alberto, Soriano Ricardo, Fridman Pablo, Raggi Silvia, Fantin Juan Carlos, Calabrese Alberto E., Bertrán Gustavo, Arocha Jose, Barcan Amalia, Carrega Juan Miguel, Daniell Rosa, Marachlian Carlos Alberto, Galante Dario, Saborido Nestor, Coquet Carlos Alberto, Calero Susana Elena, Calonico Fabiana, Pardo Roberto, Schiavo Claudia, Baudron Maria Belen, Bilotta Roberto, Busquets Macarena, Camigliano Andrea, Casal Héctor, Castellano Teresa, Contreras Estela, Diaz Tolosa Pablo, Dokser Eduardo Mario, Domínguez Irma Teresa, Aguerre Ercilia, Falcolff Ariel Dario, Frechino Jorge, Gallardo Ruben Dario, Garcia M<sup>a</sup> Fernanda, Gaspar Verónica E., Gutierrez Clarisa, Kahn Clara, Kennel Beatriz, Marquis Ana Ines, Morazzani Ivan Demian, Naddeo Silvana Edith, Nisembaun Adriana, Olivera Patricia Beatriz, Pontiggia Susana, Rodriguez O'Connor Horacio, Rago Carina, Reggiani Hector, Romanella Arturo, Sacerdote Máximo Bruno, Saucedo Rose Mary, Savignone Nicolas, Scannapieco Maria J., Stigliano Javier, Tenca Mabel Liliana, Torreiro Marcela Alicia, Treister Mario Luis, Ugarte Rene Raul, Villa Nora, Zirulnik Jorge

## MIEMBROS DE HONOR DE LA AASM

Dr. Samuel Basz, Dr. Pedro Boschan, Dr. Juan Carrega, Lic. Jorge Chamorro, Dr. Carlos Coquet, Dr. Horacio Etchegoyen, Lic. Osvaldo Delgado, Dr. Enio Linares, Dra. Andrea Lopez Mato, Dr. Gabriel Lombardi, Dr. Roberto Mazzuca, Dr. Roger Montenegro, Lic. Sara Slapak, Dr. Ricardo Soriano, Dr. Jaime Yospe

## PRESIDENTES DE CAPITULOS

COORDINACION GENERAL: JUAN CARLOS FANTIN

**SALUD MENTAL DE LA MUJER**  
 PRESIDENTE: MARIA DE LAS MERCEDES BACCARO

**PREVENCION EN SALUD MENTAL**  
 PRESIDENTE: MARIO PUENTES

**PSICOFARMACOLOGIA Y PSIQUIATRIA**  
 PRESIDENTE: DIEGO ROBATTO

**ANSIEDAD, DEPRESION Y SOMATIZACION**  
 PRESIDENTE: ARIEL FALCOFF

**EPISTEMOLOGIA Y METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION**  
 PRESIDENTE: BEATRIZ KENNEL

**PSICOTERAPIAS**  
 PRESIDENTE: FABIO CELNIKI

**PSICOSOMATICA**  
 PRESIDENTE: BEATRIZ GARDEY (EN FORMA INTERINA)

**PSICOANALISIS Y SALUD MENTAL**  
 PRESIDENTE: PABLO FRIDMAN

**ADICCIONES**  
 PRESIDENTE: SUSANA CALERO

**ANTROPOLOGIA Y SALUD MENTAL**  
 PRESIDENTE: ARTURO SMUD

**SALUD MENTAL Y LEY**  
 PRESIDENTE: RENE UGARTE

**VIH-SIDA: ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO**  
 PRESIDENTE: GRACIELA FERNANDEZ CABANILLAS

**MUSICOTERAPIA Y SALUD MENTAL**  
 PRESIDENTE: PATRICIA CABRERA

**TERAPIA FAMILIAR: ENFOQUE COGNITIVO SISTEMICO**  
 PRESIDENTE: LILIANA CHAZENBALK

**REALIDAD URBANA Y SALUD MENTAL**  
 PRESIDENTE: ALBERTO MENDES

**CUIDADOS PALIATIVOS Y SALUD MENTAL**  
 PRESIDENTE: ANA INES MARQUIS

**ABORDAJES TERAPEUTICOS INTERDISCIPLINARIOS**  
 PRESIDENTE: JUAN CARLOS BASANI

**SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL**  
 PRESIDENTE: LILIANA MONETA

**PSICOONCOLOGIA**  
 PRESIDENTE: INES BOUSO

**SALUD ESCOLAR - SALUD MENTAL**  
 PRESIDENTE: SILVIA VOJILLAT

**NEUROCIENCIAS**  
 PRESIDENTE: GUSTAVO TAFET

**PSICOPROFILAXIS CLINICA Y QUIRURGICA**  
 PRESIDENTE: IRMA ZURITA

**ESTRES Y TRAUMA**  
 PRESIDENTE: ROBERTO SIVAK

**PSICOGERONTOLOGIA**  
 PRESIDENTE: MARIA DELIA CAMINO

**PSICONEUROINMUNOENDOCRINOLOGIA**  
 PRESIDENTE: YANNY JARITONSKY

**PSICOANALISIS Y PSICOSIS**  
 PRESIDENTE: BEATRIZ SCHLIEPER

**NEUROPSIQUIATRIA**  
 PRESIDENTE: SERGIO GUILLERMO CZERWONKO

**NEUROPSICOLOGIA**  
 PRESIDENTE: GABRIELA PISANO

**CLINICA Y PSICOPATOLOGIA**  
 PRESIDENTE: HECTOR FISCHER

**SALUD MENTAL Y UNIVERSIDAD**  
 PRESIDENTE: NORBERTO PISONI

**DEPORTE Y SALUD MENTAL**  
 PRESIDENTE: RAFAEL GROISMAN

**CREACIÓN, SUBJETIVIDAD Y LAZO SOCIAL**  
 PRESIDENTE: SILVIA KLEIBAN

**MEDICINA INTERNA Y SALUD MENTAL**  
 PRESIDENTE: GABRIEL SCIANCA

**NEUROSIQUIATRIA Y PSICOSIS**  
 PRESIDENTE: ALBERTO COSTITORE

**NIÑO - DERECHOS Y SALUD MENTAL**  
 PRESIDENTE: GUSTAVO GUROVICH

**TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION**  
 PRESIDENTE: HORACIO RODRIGUEZ O'CONNOR

**POLITICAS EN SALUD MENTAL**  
 PRESIDENTE: PABLO BERRETONI

**CONTENIDO**

**5**

*Juan Carlos Basani*  
*Alberto Eduardo Cositore*  
¿Paranoia?  
¿Esquizofrenia Paranoide?  
¿O qué?

**10**

*Vera Gorali*  
Diversidad y diferencia  
Reflexiones sobre  
la cuestión intersex

**18**

*Luis María Sánchez*  
Teoría psicosocial  
de las dementizaciones crónicas  
progresivas, llamadas alzheimer

**26**

*Olga Ginzález Mesa*  
*Anais Aluicio González*  
El rol profesional y su formación  
en la educación chilena actual



Imagen de tapa:

*Curación del loco (c. 1496)*  
*(The Healing of the Madman)*  
VITTORE CARPACCIO  
Tempera sobre lienzo, 365 x 389 cm  
Gallerie dell' Accademia, Venice

PUBLICACION DE  
LA ASOCIACION ARGENTINA  
DE PROFESIONALES SALUD MENTAL  
Año 3 • N° 10 • Septiembre de 2007

**Directores:**

*Eduardo Grande*  
*Alberto Trimboli*

**Director Asociado:**

*Carlos Marachlian*

**COMITE EDITORIAL**

*Pablo Fridman*  
*Juan Carlos Fantín*  
*Alberto Trimboli*  
*Silvia Raggi*  
*Gustavo Bertran*  
*Dario Galante*

**COMITE CIENTIFICO**

*Daniel Millas*  
*Alberto Carli*  
*Ruben Gallardo*  
*Pedro Boschan*

CONEXIONES Revista Argentina de Salud Mental es una publicación científica editada por la Asociación Argentina de Salud Mental. ISSN en trámite, Registro de la Propiedad Intelectual en trámite. Editor Propietario: Asociación Argentina de Salud Mental. Se permite la reproducción total o parcial del contenido de esta publicación siempre se cite el nombre de la fuente (Conexiones Revista Argentina de Salud Mental), el número del que ha sido tomado y el nombre del o los autores. Se ruega enviar 3 ejemplares de la publicación de dicho material. Ayacucho 234 (1025) Ciudad de Buenos Aires - Argentina Teléfono: (54 11) 4952-8930

diseño  
**carlos de pasquale**  
4697-4934

# AASM

Asociación Argentina  
de Profesionales de  
Salud Mental



WORLD FEDERATION  
FOR MENTAL HEALTH

# AASM 2008 III Congreso Argentino de Salud Mental

## MODERNIDAD, TECNOLOGIA Y SINTOMAS CONTEMPORANEOS

Buenos Aires. 27, 28 y 29 de Marzo de 2008

Panamericano Buenos Aires Hotel & Resort  
Av. Carlos Pellegrini 551 Ciudad de Buenos Aires

### Ejes Temáticos

Epidemiología - Investigación - Universidad -  
Educación - Neurociencias - Psiquiatría - Psicoanálisis -  
Dispositivos psicoterapéuticos - Psicoeducación -  
Hospital - Ley - Adicciones - Trastornos de la  
alimentación - Violencia Social y Familiar -  
Estrés y Trauma - Musicoterapia - Trabajo Social -  
Terapia Ocupacional - Psicopatología - Neurología -  
Instituciones - Infanto-Juvenil - Lazo Social -  
Psicodiagnóstico - Prevención - Políticas -  
Antropología - VIH-SIDA - Psicoprofilaxis - Medicina y  
Salud Mental - Discriminación y exclusión Social -  
Interconsulta e Interdisciplina - Internación en Salud  
mental - Salud Mental Comunitaria - Formación -  
Pícopatología - Arte y Salud Mental - Cuidados  
Paliativos y Salud Mental - Filosofía - Sociología -  
Cultura - Educación - Tecnología - Cuerpo - Identidad -  
Derechos Humanos - Medios de comunicación -  
Inmigración - Migración - Bioética - Universidad -  
Psicogerontología - Neurología - Mujer -  
Psicofarmacología - Musicoterapia - Psicopedagogía -  
Terapia Ocupacional - Antropología - Terapia Familiar  
y Grupal - Urgencia - Psicooncología - Psicoprofilaxis -  
Psiconeuroinmunoendocrinología - Neuropsicología -  
Neuropsiquiatría - Deporte - Creatividad - Medicina -  
Acompañamiento Terapéutico -

INFORMES E INSCRIPCIÓN: AASM Ayacucho 234. Ciudad de Buenos Aires  
Tel: 4952-8930 / [www.aasm.org.ar](http://www.aasm.org.ar) / [administracion@aasm.org.ar](mailto:administracion@aasm.org.ar)

adhieren: DIRECCION GENERAL DE SALUD MENTAL DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Realización y comercialización Integ

**GRUPO UNO**  
eventos congresos

[www.gu-producciones.com](http://www.gu-producciones.com)  
[info@gu-producciones.com](mailto:info@gu-producciones.com)

adhesión:

**ELEA**  
DIVISION  
NEUROPSIQUIATRIA

**Shoras**  
El sueño posible

# ¿Paranoia?

## ¿Esquizofrenia Paranoide?

### ¿O qué?

Juan Carlos Basani \*  
Alberto Eduardo Cositore \*\*

#### INTRODUCCIÓN

Se indagará en un tema tratado desde los principios de la Psiquiatría por ilustres hombres. Nuestro intento es ordenar y dispensar ideas sobre el mundo de la Paranoia, la inquietud surge porque más allá del síntoma, se debe captar la esencia para arribar a un diagnóstico, requisito tan indispensable como el tiempo de observación que inevitablemente debemos dejar transcurrir.

#### DESARROLLO

Clásicamente se escucharon éstas voces que caracterizan "lo paranoide".

- Sistema delirante duradero no quebrantable (Kraepelin)
- Ideación autóctona (Wernicke)
- Fenómenos ideoafectivos nucleares, colocados a un paso de las Psicosis Alucinatorias Crónicas (De Clérembault)
- Construcción del yo y su mundo - Sistema de persecución imaginario - castigo deseado desde el inconciente (Quedan englobados en estas frases Jaspers, Freud, Lacan).

Ahora bien, desde un punto de vista organicista o dinámico los síntomas son los mismos.

En este artículo no hay nada revelador, quién lo lea debe considerar que esto ya fue escrito y que no se persigue la idea de ningún descubrimiento, tal vez sea simplemente un pequeño recordatorio.

Veamos entonces la sintomatología más frecuente:

Delirios Sistematizados	Delirios de Persecución
Influencia	Alucinaciones Acústicas
Desconfianza al prójimo	Telepatía
Querulancia	Clara tendencia a la interpretación
Invencciones	Idealismo
Celotipias y Erotomanía	

Caracterología más frecuente:

Rigidez Psíquica	Frustración Agresiva
Reivindicación Afectiva	Altanería
Alteraciones en el Juicio	

En general encontramos consenso cuando leemos distintos autores en cuanto a las alucinaciones y los delirios. Clínicamente hablamos que son de persecución, a veces directas agresiones o enviadas fantásticamente para perju-

\* Médico Psiquiatra  
Hospital Braulio Moyano  
Presidente del Capítulo  
"Abordajes Terapéuticos  
Interdisciplinarios "  
de la AASM.  
Postgraduado en  
Administración Hospitalaria.

\*\* Médico Psiquiatra  
Hospital Braulio Moyano  
Presidente del Capítulo  
"Neuropsiquiatría y Psicosis"  
de la AASM.  
Postgraduado en  
Administración Hospitalaria.

dicar sea su pensamiento, su cuerpo, o su desenvolvimiento como individuo.

Raramente faltan objetos electrónicos en el delirio (por ejemplo satélites).

De Clérembault habla de frecuente posesión por otra persona, siguiéndolo, podríamos decir que son en principio, por lo menos perseguidos o influenciados (Kleist - Seglás).

También nos da una idea conciliadora y muy figurativa cuando dice que “la alucinación es un fenómeno mecánico que será el sostén del delirio”, metafóricamente el habla de un pedestal (Delirio) que sostiene la estatua (Alucinación).

En nuestra vida cotidiana nos tropezamos con la paranoia hasta en los libros de novelas, ¿qué lector de Kafka no reconoció al paranoico de “El Proceso”? él es el centro del proceso y ese mismo proceso acaba amenazándolo. Sin querer se deslizó “El delirio sensitivo de Relación” (Kretschmer), pero la idea que nos guía no es precisar cuadros de la paranoia, comenzando con esos casos que tan frecuentes vemos al ingreso al Hospital, esos cuadros “ruidosos” que nos muestran un temperamento afectivo muy elevado, nos amenazan y han radicado montones de denuncias policiales y judiciales contra vecinos, médicos, jueces, políticos, etc.

El Doctor Juan Carlos Goldar, mencionó la frecuencia alta de paranoia, aquí y allá, dentro y fuera de un Hospital Psiquiátrico, creaba definitivamente una puerta abriéndonos los ojos sobre las patologías y personalidades anormales pertenecientes al Círculo Paranoico.

K. Schneider delimita en sus “Personalidades Psicopáticas” a una que nos atañe: “Los Fanáticos” que los caracteriza como de naturaleza luchadora (¿combativos?), dice que el término Personalidad Paranoide no es afortunado pues se comprende que debe existir una propensión Autoreferencial, y lo que para este autor se observa en primer plano, es la Sobrevaloración.

También trata el problema de los Desarrollos expansivos (¿Paranoia Expansiva?) y el de la Paranoia de Lucha que se da en Personalidades Primitivas, sensitivas, (¿Paranoia Sensitiva?) o expansivas y también en otro tipo de personalidades.

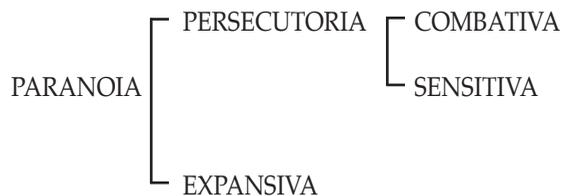
Schneider pone el fin de la Personalidad Psicopática en cuanto aparecen las “percepciones delusorias”, ya no es una reacción anormal, comenzó la transición: la transición hacia la Parafrenia.

Continúa Schneider: “Nosotros, lo mismo que Kolle quisiéramos abandonar totalmente el concepto de Paranoia y oponer la Esquizofrenia Paranoide o Parafrenia al Desarrollo Paranoide Psicopático reactivo. Litigantes hay aquí como allí, pero una delusión

de los litigantes sólo la hay en el primer grupo”. La idea es que llamamos Psicopatías Paranoides a “sus Fanáticos” cuando son perturbadores socialmente (por supuesto según el juicio de valores).

El Sensitivo paranoide se siente ofendido por el ambiente y se retira de éste (actitud autística que puede compartirse con los Psicópatas Esquizoides).

Podemos entonces esquematizar:



Los expansivos interpretan los hechos pertenecientes a su mundo externo en forma de autorreferencias (recordemos que siempre el primer plano para Schneider es la sobrevaloración), éstos psicópatas expansivos, presumen, y allí surge la idea sobrevalorada. Se eleva el afecto que oscila del placer al dis-placer. Puede ser un gran creador,regonador de nuevas doctrinas y siempre encuentran quien los aclama.

En el año 1899 Kraepelin define a la Paranoia como un desarrollo incidioso, dependiente de causas internas, evolución continua de un sistema delirante inquebrantable, con conservación del orden y claridad en la esfera del pensamiento, la voluntad y la acción.

Tal vez en ese “desarrollo incidioso” se encuentra la idea de K. Schneider (“cuando aparecen las delusiones se acabó la psicopatía o reacción anormal, comienza la Parafrenia”).

En cuanto a los delirios calificados como “Sistemati-zados”, han sido objeto de estudio de notables, de la Escuela Francesa y de la Escuela Alemana, más tarde también por los psicoanalistas. Aquí se presenta algo muy interesante, por lo menos en cuanto a los rasgos paranoicos, encontramos cierto consenso, ese mismo consenso hallado en cuanto a Alucinaciones y delirios.

Nos damos cuenta que la intención es tomar a la Paranoia en principio, como lo que para tantos autores es: una Psicopatía.

E. Kretschmer nos habla de personalidades expansivas y sensitivas, y que los desarrollos psicopáticos expansivos pueden llegar a dar lugar a cuadros con querulancia, delirios celotípicos y de persecución, no esquizofrénicos, la personalidad no sufre desintegración. Así otra vez la Paranoia queda separada de la Esquizofrenia Paranoide Delirante. Al paso, es Kleist quien nos muestra un fanático querulante con

un desarrollo expansivo (Michael Kohlhaas). Se ocupa muy especialmente en el Delirio Sensitivo de Referencia: “difícil su distinción de una esquizofrenia”, donde aparecen nuevamente las ideas sobrevaloradas concientes y dominantes en los actos de su vida.

Para Kretschmer el delirio sensitivo SE AGOTA, LO TOMA COMO UNA REACCIÓN PSICOPÁTICA. “No hay paranoia, hay paranoicos”, la vivencia indignante hace al paranoico luchador, la vivencia retenida al paranoico sensitivo y la fantástica al desiderativo. “El delirio sensitivo de referencia SOLO ES POSIBLE EN PERSONALIDADES NO DESINTEGRADAS”.

#### OTRAS CLASIFICACIONES

El DSM III R bajo el título de Trastornos Fronterizos considera al paranoide, al esquizoide, y al esquizotípico como “trastornos de la personalidad”, no hay mucho más sobre la PSICOPATÍA PARANOIDE, está ausente. Más tarde se ocupa de las Psicosis Paranoides: “Esquizofrenias de inicio tardío y estados delirantes”.

El CIE 10 y EL DSM IV logran agrupar variadas patologías en un solo ítem diagnóstico por un lado, y por otro, síntomas aislados son en sí un diagnóstico. Los psiquiatras alemanes y franceses coinciden en que en la PARANOIA se parte de las mismas realidades clínicas: “Los cuadros cambian de lenguaje, pero no de síntomas”.

Esquirol sospechó la constitución paranoide antes de la aparición de un cuadro clínico.

Kart Kleist describe la constitución “Hipoparanoide”, cuyos rasgos esenciales son la desconfianza, la elevada conciencia de sí mismo y la alteración del yo comunitario y social, no sería un estado afectivo, sino una determinada manera de sentir y actuar un individuo para con otro.

Mayer Gross piensa que no existe certeza respecto a la existencia de una Psicopatía Paranoide, pero señala rasgos que definen a una Personalidad anormal de tipo paranoica.

#### POSICION QUE DETERMINA EL TRATAMIENTO

Dos opciones: se llega a la Psicosis a partir de una Psicopatía Paranoica o se parte de un estado patológico franco. Desde la reacción vivencial paranoica a la Esquizofrenia paranoide se huele un proceso endógeno, y un desarrollo aún cuando no se haya percibido una personalidad paranoica previa.

Otra vez debemos elegir una clasificación: el ORDENAMIENTO de mayor utilidad en la práctica clínica es el de Kart Kleist:

Esquizofrenias Paranoides

- a) Fantasiofrenia
- b) Confabulosis Progresiva
- c) Alucinosis Progresiva
- d) Somatopsicosis Progresiva
- e) Autopsicosis Progresiva
- f) Psicosis Progresiva de Inspiración
- g) Psicosis Progresiva de Referencia

Estas subformas son incluidas por Kleist en “Esquizofrenias Sistemáticas”.

En el grupo de “Esquizofrenias Paranoides Asistemáticas” coloca a:

- a) Psicosis Progresiva de Referencia y Significación.
- b) Psicosis Delirante Circunscripta Progresiva.

**a) La Fantasiofrenia:** Descrita en 1914, los síntomas esenciales son las fantasías y falsos recuerdos, con un temperamento afectivo, respecto al contenido del delirio, pobre.

El comienzo es agudo, la edad es de los 30 a 40 años, existe mejoría con el tiempo quedando un residuo.

El pensamiento es rico, las ideas de grandeza junto a las absurdas y falsos reconocimientos dibujan el cuadro. El color fantástico alucinatorio aparece frecuentemente de noche.

Cabe destacar a las cenestopatías y a la alegría que presentan, a veces se agitan y a veces se tornan logorreicos.

**b) La Confabulosis Progresiva:** Los falsos recuerdos ocupan un plano más que importante, la sintomatología se torna rica al evocar el pasado.

La narración es coherente, a pesar de lo fantástica, son ordenados y aparecen ideas de grandeza desmesuradas, el humor es alegre y la felicidad a veces los empuja a tomar un tinte extático.

**c) La Alucinosis Progresiva:** el síntoma predominante son los fonemas, con un temperamento afectivo elevado, alucinaciones que no molestan demasiado y a veces eco del pensamiento.

Su desenvolvimiento en la vida social los muestra bastante equilibrados, están acostumbrados a las voces que oyen, es también habitual que deshagan lo que hicieron para luego retomar la tarea.

Es común que este tipo de pacientes reciban como diagnóstico TOC.

No se observan menoscabo mental.

**d) La Somatopsicosis Progresiva:** es la forma hipocondríaca de las Esquizofrenias Paranoides. Aparecen las cenestopatías con el agregado de alteraciones psicosenoriales acústicas siendo éstas muy extrañas.

El delirio alucinatorio contiene ideas aclaratorias respecto a las alucinaciones, a enemigos personales y a diversos aparatos.

Dice Kleist: "No es posible comprobar con certeza si las cenestopatías son tan atormentadoras como lo relatan, o su ánimo sombrío da el color afectivo de las alucinaciones".

También resulta llamativa la falta de atención y concentración de estos enfermos y las alteraciones en la somatopsique son muy grotescas.

e) La Autopsicosis Progresiva: alteración de la personalidad con predominio de ideas de grandeza, aunque el temperamento afectivo no es elevado hay notable expansividad.

Llama la atención su pose de distinguidos, solemnes y rebuscados cuando hablan, da la sensación de que siempre están mandando y enseñando. Muy extravertidos y con el tiempo resultan patéticamente monótonos.

Se expresan con neologismos y giros agramaticales (trastorno del pensamiento y del lenguaje).

Cabe destacar que clásicamente estos enfermos no alucinan. Por otro lado Kleist delimita una Paranoia

con Flujo de Ideas, nos dice que se trata de casos raros, ideas delirantes unidas a flujo ideatorio e impulsos verbales y motores, mal humor y a veces erotismo. Aparición tardía (34 a 45 años).

f) La Psicosis Progresiva de Inspiración: es un trastorno afectivo con ideas que fascinan al pensamiento y a la acción, generándose una convicción que se trata de una revelación, de una Inspiración que el enfermo atribuye a Dios, a los Santos, a Ángeles. Existen alteraciones sensorio-perceptivas acústicas. Muestran delirio de salvación hacia al prójimo, de prosperidad, junto a voces relacionadas con la inspiración. Siempre la tendencia a la religiosidad. Es un cuadro que va a la remisión dejando apenas una religiosidad llamativa.

g) La Psicosis Progresiva de Referencia: se trata de un cuadro con tendencia a la periodicidad.

Predominan las ideas de referencia, desconfianza y hostilidad muy manifiesta, abundantes ideas de prejuicio y es muy frecuente que hayan realizado múltiples denuncias por supuestos daños para con ellos de vecinos, amigos, familiares, autoridades, etc. Todo les perjudica.



## Para un mayor desarrollo profesional Capacítese en Gestión de Salud

Si necesita dar un salto cualitativo en su formación profesional, porque su carrera laboral se lo exige, porque su experiencia requiere de nuevas perspectivas, o porque desea trascender hacia el desarrollo de políticas y estrategias de salud, capacítese con los especialistas.

### Maestría en Gestión de Servicios de Salud Mental

Director de la Carrera: Dr. Hugo Barrionuevo

Aprobada por Resolución N° 499/02 MCE - Acreditada por la CONEAU Resolución 411/04

### Especialización en Gestión de Servicios para la Discapacidad

Director de la Carrera: Mag. Arturo Schweiger

Aprobada por Resolución N° 184/99 - M.C.E.-Acreditada por la CONEAU Resolución 474/06

### Maestría en Gestión de Servicios de Gerontología

Directora de la Carrera: Mag. Silvia Gascón

Aprobada por Resolución N° 275/00 ME - Acreditada por la CONEAU Resolución N° 88/02



INSTITUTO UNIVERSITARIO  
**ISALUD**

informes@isalud.org  
www.isalud.edu.ar

**5239-4000**

El temperamento afectivo es muy elevado, lo que llevó a Leonhard llamar al cuadro Parafrenia Afectiva. Llama mucho la atención la tendencia a la labilidad. Partiendo de una Psicopatía Paranoica la enfermedad progresa en su sintomatología y aparecen errores psicosensores acústicos.

La cenestopatías son interpretadas al principio como influencias, más tarde se tornan muy groseras. Nos muestran ideas de grandeza, la aparición de rasgos fantásticos y confusionales más falsificación de recuerdos.

El contenido delirante se mantiene, con ciertos límites dentro del plano de lo posible.

Nada hay de revelador en esta especie de recordatorio, todo esto ya fue escrito, pero que útil es para quien debe seguir a ese paciente o para quien debe actuar en la emergencia encontrar un diagnóstico basado en una verdadera Nosología u Ordenamiento. Hay ejemplos, aclaraciones y descripciones de formas puras y combinadas que nos muestran una nosología basada en HECHOS.

## CASOS CLINICOS

1- Paciente de 48 años, sexo masculino, realizaba tareas de albañilería, si hacía una pared, una vez terminada y perfectamente hecha la volteaba, pues decía que estaba torcida. Contaba que se hablaba a sus espaldas, se lo criticaba por haber llevado una vida mala, se criticaba su comportamiento sexual, la radio murmuraba aspectos sobre su vida. No había cenestopatías. Se entendía bien con el médico, pues su temperamento afectivo, aunque elevado, resultaba adecuado para sus relaciones interpersonales.

Luego de recibir tratamiento psicofarmacológico y asistencia terapéutica confiesa que toda su vida había escuchado críticas sobre su trabajo y su limpieza. Las voces solo se atenuaron.

Es un caso de Alucinosis Progresiva.

2- Llega a la Guardia del Hospital Moyano acompañada por su familia una mujer de 45 años. Refería que el abdomen le temblaba, que algo muy raro ocurría con sus piernas, que estaban engrosadas y que por eso se le doblaban los tobillos, su aparato digestivo estaba "dado vuelta" y que ello le impedía comer. Además se le habían electrocutado los órganos genitales.

Su humor era muy malo, estaba disgustada y no faltaba los rasgos querellantes.

Presentaba cenestopatías y sufría tormentos producto de influencias.

Mejora luego de dos meses de tratamiento con neu-

rolépticos y psicoterapia pasando las cenestopatías a ser solo molestias.

Es un caso de Somatopsicosis Progresiva.

## CONCLUSION

Como mensaje de cierre queremos señalar que todo lo descrito se ve de manera cotidiana y frecuente en un Hospital Neuropsiquiátrico monovalente como el nuestro, es solo cuestión de agudizar los sentidos y recordar siempre el pensamiento de los grandes maestros que han dedicado su vida al estudio de la ciencia neuropsiquiátrica.

## BIBLIOGRAFIA

Clérambault G. de: AUTOMATISME MENTAL ET PSYCHOSSES HALLUCINATOIRES  
Chroniques - 1942.

Ewald G.: Paranoia und Munich-depressivas Irresein.  
Zeitsch f.d.ge.Neur. u Psych, Bd 49,1919.

Freud S.: Obras completas.

Goldar - Rojas - Outes: Introducción al diagnóstico de la Psicosis. Editorial Salerno - 1994.

Goldar J. C.: Cerebro Límbico y Psiquiatría - 1975  
Anatomía de la mente - 1993.

Kleist K.: Die Involutionen paranoia. Zeitschr. F. Psych, Bd, 70, 1913.

Conferencias en Instituto Psiquiátrico Pedro Mata, Reus, 1950.

Folia Clin. Interna, I, 8, 1951.

Primer traducción al castellano Diez Comunicaciones - Prof. Dr. Diego L.

Outes - Dr. Luis Florian - Dr. José Víctor Tabasso - Edit. Polemos 1997.

Kretschmer E.: Constitución y Carácter - Barcelona 1947.  
Psicología Médica - Traducción 10ª. Edición alemana por Solé-Sagarra. Editorial Labor 1957.

Kraepelin E.: Dementia Proecox and paraphrenia - Robertson Editorial Edimburgo,1919

Leonhard K.: AUFTEILUNG DER ENDOGENEN PSYCHOSEN AKADEMIC VERLAG -Berlín 1980.

Rof Carballo: Cerebro interno y Mundo emocional - Barcelona 1952.

Solé-Sagarra:Manual de Psiquiatría - 2da. Edición - Madrid - Octubre 1956.

Schneider K.: Las Personalidades Psicopáticas - Editorial Novata - 1920.

Weitbrecht H. J.: Manual de Psiquiatría. Editorial Gredos - Madrid 1970.

Wernicke C.: GRUNDISSE DER PSYCHIATRIE, primer traducción al castellano Prof. Dr. Diego L. Outes y Dr. José Víctor Tabasso. Ed.Polemos.1996.

# Diversidad y diferencia

## Reflexiones sobre la cuestión intersex

Vera Gorali

*“El sexo es una trampa de la naturaleza para no Extinguirse”*

*F.Nietzsche*

*“Trabajar un concepto es hacer variar su extensión y su comprensión, generalizarlo por la incorporación de rasgos de excepción exportarlo fuera de su región de origen.... Conferirle progresivamente por transformaciones regladas la función de una forma*

*G.Canguilhem*

### LOS ANTECEDENTES

Entre octubre de 1995 y febrero de 1996 tuvimos la posibilidad de asistir a una muestra en el Centre National d'Art et de Culture Georges Pompidou, de fuerte repercusión en los medios parisinos.

Su título fue “femininmasculin” El sexo del Arte, o sea una condensación de ambos géneros en una sola expresión. Por lo que se dijo después consiguió sus objetivos. FranCois Barre dijo que se trataba de una “exposición-síntoma en medio de la desaparición brutal de los grandes relatos que aseguraban la expansión del ser individual y social”.

En sus palabras el fin del siglo XX libero en el ser humano una consciencia de sí que daba lugar al sexo y al cuerpo, marcando la forma infinita de los poderes de la vida y la muerte.

Por su luminosidad la muestra alumbra, con su aire de libertad, un rechazo de las visiones atemorizadas de cuerpos fustigados y de alteridades destructivas para dar paso al destello de la diversidad.

El propósito de la muestra era doble:

1 - rehabilitar con la unión dos términos que habían sido devaluados por una oposición inscripta en la tradición de pares jerarquizados propios de la tradición occidental (materia/ forma, verdad/ mentira, ser/ apariencia, superficie/ profundidad)

2 - mostrar que el sexo forma parte del proceso creativo mismo.

Mientras Pablo Picasso encarnaba la genealogía clásica y hegeliana de la diferencia sexual, Marcel Duchamp inaugura otra lógica. Hace circular las valencias masculinas y femeninas porque las extrae de entidades anatómicas, identificatorias y formales.

La exposición hizo gala de un saber hacer erótico de alto impacto sobretodo porque la antepuso a cierta complacencia melancólica propia de la moral y la estética contemporáneas.

Veamos como narra Kathy Acker su experiencia en Seeing gender (La visión y el sexo). Cuenta allí que desde pequeña había sentido el anhelo de ser un pirata, mundo que se le antojaba viviente frente a lo mortífero de un entorno que la forzaba al guante blanco. En algún momento toma consciencia de

que la imposibilidad de ser un pirata no se encuentra en ningún obstáculo externo sino en el hecho de ser una niña.

Ya adulta se da cuenta de que es la mirada la que le da vida y para obtenerla necesitaba un cuerpo. Se aboca a su búsqueda, como todo sujeto que se pregunta ¿Quién soy?

En este recorrido se encuentra con la Alicia de "Del otro lado del espejo" de Lewis Carroll.

Y, como ella, tiene la sensación de que su cuerpo podría no reducirse a su materialidad.

El sentimiento de reducirse al cuerpo en su pura materialidad es, según J. Lacan, una fuente de angustia. El ser hablante necesita agregarle deseo a la pura necesidad corporal de subsistencia.

Concluye entonces que el cuerpo podría estar profundamente ligado al lenguaje, mas bien a una multiplicidad de lenguajes que reducen las oposiciones entre la percepción, el percipiente y lo percibido, entre el sujeto y el objeto, ente el sueño, el que sueña, el acto de soñar.

A estos lenguajes los llama lenguajes del cuerpo y los liga a la identidad.

Nos encontramos entonces con un determinado marco conceptual, que no necesariamente coincide con el nuestro punto por punto, aunque en algunos casos parecen recubrirse.

Pasemos entonces a nuestra orientación.

#### INTRODUCCION DEL TEMA

En la actualidad se escucha con mayor frecuencia el concepto de diversidad. Su uso no es nuevo pero lo es en las aplicaciones que hoy agregan amplitud a su espectro semántica.

¿Como definimos diversidad? Es toda alteridad, diferencia, desemejanza. Puede indicar cualquiera de estos tres o todos en conjunto, o la simple distinción numérica.

La diversidad es la pura y simple negación de la identidad. Christian Wolff, en su Ontología (1930), la definía diciendo que dos cosas son diferentes cuando no pueden sustituirse las unas a las otras. quedando sólidos los predicados que se atribuyen a una de ellas, absolutamente o en determinada condición. Es una forma de pensarla que en cierta medida se puede poner en tensión con la definición estructuralista del signo, que lo piensa en su diferencia con los otros, con la mínima oposición del par inicial, diacrítico y opositivo, para lo cual alcanza con un solo rasgo que se sostenga de modo permanente.

Vemos que diversidad y diferencia no se recubren totalmente. La primera refuta la noción de a=a, la segunda plantea que a ≠ a

En este sentido subrayamos que el psicoanálisis se

desmarca de la noción de identidad y sostiene que para el ser hablante rige la identificación. Este implica necesariamente al Otro. Por eso Lacan toma la frase del poeta cuando concluye "Je est un autre" Estas identificaciones no son rígidas, se desplazan, cambian, se sustituyen unas por otras.

El punto de fijeza no esta en el yo, del cual Lacan dice en 1977 que no hay nada que garantice que el yo no delire sino en la marca singular y única que dejo el significante al horadar el cuerpo.

Lo cual por cierto no fue suficiente para impedir que la diferencia, indicada por el Otro social, impulse su nombre los genocidios mas horrosos y los clasismos mas denodados.

Por eso en sus albores la noción de diversidad fue la bandera de las razas dominadas, esclavizadas, victimizadas, abolidas cuando las ansias expansivas del poderoso de turno así lo requirieron.

La diferencia, sobre todo la pequeña diferencia sucumbe, al decir de Freud, frente al imperio del narcisismo, que eleva su propia imagen al rango de objeto amable.

Y pese al inveterado romanticismo de algunos pocos, la historia de las civilizaciones demuestra que la justicia es todo menos distributivo y que el padre es



**COLEGIO DE PSICOLOGOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES**

**DISTRITO XII**



**ESCUELA DE ESPECIALIZACION Y POSGRADO**

CLÍNICA PSICOANALÍTICA CON ADULTOS  
 CLÍNICA PSICOANALÍTICA CON NIÑOS Y ADOLESCENTES  
 CLÍNICA SISTÉMICA  
 PSICOLOGÍA JURÍDICA  
 PSICOLOGÍA EDUCACIONAL.

**ABIERTA LA INSCRIPCIÓN PARA EL CICLO LECTIVO 2008. SOLICITE ENTREVISTA SEGÚN EL ÁREA.**

*Seminarios teóricos, Talleres, Ateneos de casos clínicos, Pasantías, Supervisiones, Monografía anual y Publicaciones.*

**ACREDITACIÓN:** para la obtención del **CERTIFICADO DE ESPECIALISTA** otorgado por el Consejo Superior del Colegio de Psicólogos. Únicamente a Psicólogos o Lic. en Psicología egresados de Carrera Mayor Universitaria.

**RECONOCIDO POR:** Ley 10.471 **CARRERA PROFESIONAL HOSPITALARIA.**  
 La Cámara Civil de la Ciudad Autónoma de Bs. As. **PSICOLOGÍA JURÍDICA**  
 Duración 3 años y 1 cuatrimestre.

*CUERPO DIRECTIVO Y DOCENTE: María Teresa Almada, Claudia Bilotta, Patricia Chavero, María Rosa D' Angelo, Esther De Castro, Viviana Espósito, Graciela Jolodenco, Viviana Kalmanowiecki, Susana Lentino, Ana María Lestón, Alicia López, Liliana Mauas, Jorge Mosner, Marta Mosner, Marta Ríos, Lía Ruiz, Paula Sánchez Ayala, Gloria Seijo, Mónica Straschnoy, Diego Timpanaro, Raquel Vargas, Susana Vivas*

**INFORMES:** Tel: 4224-2831 [escspecpd12@speedy.com.ar](mailto:escspecpd12@speedy.com.ar)



solo una tumba vacía recubierta por semblantes que intentan en vano garantizarla.

Sin embargo, - quizás por una oleada general de expresionismo, como señaló hace poco un periodista, las voces se hacen oír, siendo así que hasta hace poco prevalecía "el rechazo de su voz y visibilidad por parte de los medios o editores de libros, incrementando exponencialmente la ignorancia social que la gente intersexual experimenta en relación a sus experiencias cotidianas "(esta cita esta tomada de un escrito de Antke Engel).

Como señala Engel la "diversidad" se asocia casi siempre con "violencia" o "abuso", dando lugar a una serie de reivindicaciones mas o menos justificadas desde cualquier discurso democrático.

Donde se origina esta violencia, este abuso de los cuerpos diversos?

#### CUERPOS ABUSADOS

No cabe duda que el cuerpo fue el sitio privilegiado para afirmar las huellas de una cultura determinada. Los ejemplos abundan.

Niñas japonesas de pies deformados hasta impedirles caminar normalmente, lo que las obligaba a pasar la mayor parte de sus vidas recluidas en el hogar, dejando el movimiento como un patrimonio de los hombres.

Tatuajes que dan a ver la condición social o el lazo simbólico.

Nuestra costumbre de perforar las orejas de las bebés recién nacidas con los llamados aros abridores de oro o de diminutas perlas para evitar cualquier confusión entre varones y nenas, provocada por la falta de cabellos indicadores y hoy acentuada por el uso de colores unisex en reemplazo de los tradicionales rosados y celestes.

La ablación clitoridiana, de raigambre musulmana, contestada por mujeres que se ven obligadas a buscar amparo en países donde el estado las proteja de semejante mutilación.

La circuncisión ritual, si bien renueva el pacto presentificando la pérdida necesaria al deseo, no deja de incluirse en la serie de determinaciones corporales no consensuadas por el "propietario" de ese cuerpo. Poseer un cuerpo nos remite al derecho jurídico y al derecho de cada cual sobre su cuerpo frente al Estado o quien lo represente o sea el Habeas Corpus.

Es un término que en latín significa, en la segunda persona singular del subjuntivo "que tengas (tu) cuerpo (para mostrar).

Era la manera que tomo en el derecho anglosajón la protección contra la arbitrariedad.

Para capturar a alguien o enviarlo a prisión privándolo de hacer con su cuerpo lo que se le antojara fue preciso desde entonces presentificarlo delante de los jueces y tribunales para ser juzgado previamente.

La Carta Magna de 1215 estableció las primeras coordenadas de la libertad individual poniendo un límite a la voluntad real. Nadie podía ser castigado sin una sentencia legal, por puro capricho.

El Habeas Corpus, instituido en Inglaterra hace ya 800 años, es la piedra fundamental de la arquitectura jurídica para garantizar la libertad y derechos de la persona humana frente a los abusos de poder. El pueblo inglés siempre se caracterizo por no soportar las tiranías. De hecho fue el primero que despertó contra el absolutismo monárquico.

El Habeas Corpus tutela dos derechos fundamentales, la libertad de movimientos y el derecho a la integridad personal, a no ser objeto de daños a su persona, torturas, etc.

La pregunta que nos hacemos es hasta donde puede ser abusado un cuerpo dentro del marco de la legalidad jurídica ya que este depende de los parámetros que organizan dicho marco.

Cuando un medico, en un hospital, en representación de las normas vigentes, decide indicar una serie de operaciones, al fin de la cual, como vemos por

**asappia**

**Asociación Argentina de Psiquiatría y Psicología  
de la Infancia y la Adolescencia**  
Fundada en 1969

**Psicoanálisis e Interdisciplina**

Presidente: Lic. Jorge Cantis

Vicepresidenta: Dra. Mabel Belçaguy

**JORNADA ANUAL 2007**  
**Viernes 26 y sábado 27 de octubre**

**VIGENCIA Y ACTUALIZACIÓN  
DEL PSICOANÁLISIS DE NIÑOS  
Y ADOLESCENTES**

INTERDISCIPLINA: UNA CONCEPCIÓN COMPARTIDA DE LA SUBJETIVIDAD  
MOTIVO DE CONSULTA, DIAGNÓSTICO E INDICACIÓN TERAPEUTICA  
PSICOPATOLOGIZACIÓN DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

Disertantes:

Invitados especiales y Miembros Titulares de Asappia  
Trabajos Libres

Lugar de realización:

ESCUELA DEL CAMINANTE  
Avda. Luis María Campos 889 - Capital

**INFORMES EN ASAPPÍA**

**4 9 5 3 - 5 7 8 9**

www.asappia.com.ar

asappia@intramed.net

una cantidad de testimonios, el supuesto “paciente” queda reducido a la condición de “víctima” involuntaria ¿en que se autoriza?

Esta es para nosotros una pregunta crucial.

En la década de los cincuenta un pediatra y endocrinólogo, John Money, popularizó una teoría más o menos delirante: la neutralidad de la identidad de género en el momento del nacimiento y en la infancia. Y se determina posteriormente, por los genitales asignados, la crianza y la socialización.

John Money definió la identidad de género como la “afinidad, unidad y persistencia de la individualidad de uno mismo como hombre o mujer, en mayor o menor grado ya que es experimentada en la conciencia y la conducta. El rol del género es todo lo que una persona dice y hace para indicar al ego que uno es masculino o femenino (o, raramente, ambivalente) Identidad y rol de género son inseparables. La identidad de género es la experiencia privada del rol de género y el rol de género es la manifestación pública de la identidad de género”

Estas tesis pueblan su libro acerca del hermafroditismo de 1952, al que consideraba un experimento de la naturaleza y, años después a los hermafroditas como “individuos nacidos con un defecto congénito de sus órganos sexuales “cuando no “niños con una anatomía sexual impropriamente diferenciada, es decir sexualmente inacabado”

Resulta sencillo ubicar el punto de vista político que sostiene esta posición y que justifico las prácticas médicas más aberrantes, eco horroroso de los experimentos que se llevaban a cabo en los campos de concentración nazi:

Frente esas afirmaciones nos encontramos hoy con un sinnúmero de modificaciones en el abordaje de la diversidad.

En primer lugar una moralización de la clasificación de hermafrodita, al que en la actualidad se denomina intersexual o transgénero.

Y la posición política se aclara cuando, por ejemplo, dice Mauro Cabral en una entrevista que le realizara María Moreno para Página 12, que la intersexualidad no puede pensarse como una identidad más porque “la intersexualidad como posición identitaria se sostiene de una diferencia que es ética antes que corporal”.

Y continúa: “quienes nos llamamos intersex lo hacemos considerando este nombre como una marca de extranjería. En el género, que es una de las formas de la ley, somos tratados como extranjeros admitidos en la ciudad pero a trabes de medios que son abyectos, mutilantes”.

No podemos menos que subrayar la pertinencia de lo expuesto por JAMiller acerca de la extranjerización en el inicio de su curso de este año.

## LA MEDICINA Y EL DERECHO OBLITERAN EL SEXO?

Hace unos años, en el 2002, el Departamento de Estudios sobre el Cuerpo (DEC) fue convocado por la Fundación del Campo Freudiano a responder a la siguiente pregunta: ¿La medicina oblitera el sexo?

Para el psicoanálisis es una pregunta un tanto tendenciosa, que incluye la solución en su misma formulación. Basta sacarle los signos que la encierran para transformarla en el paradigma de todo lo que el psicoanálisis enarbola acerca de la sexualidad desde que Freud publicara sus polémicos Tres Ensayos Para una Teoría Sexual en 1905-1915, donde todavía se percibe la importancia de lo anatómico.

Ya en ese temprano texto, en el que recién se esbozan sus teorías acerca de la sexualidad queda claro que si bien la biología puede responder a la lógica de la clase y el atributo hay un universal que entra en juego en la fase fálica y el complejo de castración. El N° es un perverso polimorfo que mas bien tardíamente y tras un complejo proceso de la pulsión sexual deviene hombre o mujer.

Más aun, no lo deviene en estado puro, pues ni en lo biológico ni en lo psicológico existen la masculinidad o la feminidad absolutas.

Sin embargo nos abocamos a una investigación que tenía, entre otros, el propósito de delimitar el campo de la medicina, diferenciarlo de las biotecnologías en perpetuo avance y situar al psicoanálisis, tal como lo hizo Lacan en 1966, como el heredero natural de esa medicina que incluía la persona del médico entre los remedios que prescribía.

Entre la bibliografía que consultamos en ese momento se encontraba el libro de reciente aparición “Sexing the body” de la bióloga americana Anne Fausto-Sterling.

Cuando lo recibimos no pudimos sustraernos a la fascinación que ejerció sobre nosotros la historia de María Patiño, pues iba exactamente en el sentido de lo que intentábamos argumentar. A saber que nada en la anatomía de un ser hablante determinaría su destino sexual.

La historia de María Patiño es sencilla: un examen clínico funcionó a modo de denuncia e hizo estallar su vida en pedazos. María, ganadora hasta entonces de varios premios que la hacían acreedora a integrar el equipo español femenino de atletismo en las Olimpiadas de 1988, fue inhibida de competir por el Comité Olímpico Internacional.

Las causas? Una extracción de celular reveló una combinatoria cromosómica XY y absoluta ausencia de útero y ovarios. Por lo demás sus genitales y caracteres sexuales secundarios correspondían al sexo femenino. (1)

Su caso hace serie con el de Wallis Simpson, mas conocida como Duquesa de Windsor, la famosa divor-

ciada por quien el ya coronado rey Eduardo VIII de Inglaterra abdicó al trono.

Un informe médico publicado en la revista *Vanity Fair* hacía constar que no era casual que Wallis, dominante e irreverente como era, no había quedado embarazada de ninguno de tres maridos.

Tras algunas placas radiológicas sus médicos afirmaron que la Duquesa padecía de feminización testicular y en su dossier completo figura la anomalía de sus genitales.

Ambos casos, pese a su diversidad tienen en común lo que en la jerga médica se denomina síndrome de insensibilidad a los andrógenos, razón por la cual sus células no registran la producción efectiva de testosterona. En consecuencia no inhiben el crecimiento de los caracteres secundarios femenino tal como el crecimiento de los pechos, el ensanchamiento de las caderas, etc.

Por otra parte en ambos casos se registra la profunda convicción de ser mujeres y de ser atraídas por los hombres. Y como demostró Wallis Simpson cuyos tres maridos renunciaron a familia, esposa y aun a un trono por ella, la capacidad de ser, a su vez, un polo de atracción para estos!

La cuestión intersex parecía en principio un alegato que se inclinaba del lado de la causa analítica, pues se oponía a concebir el sexo como resultado automático de la sumatoria naturaleza + influencia cultural. Sirvió de fundamento para algunas ponencias de esos años y artículos publicados a continuación. Pero posteriores investigaciones nos obligan hoy a poner algunas certezas en el banquillo del caso por caso que nos impulsa a rever ya sea algunos paradigmas que sostienen nuestra práctica ya sea a una lectura más ajustada de la política intersexual.

#### PROBLEMAS ACTUALES

Hasta la actualidad el debate acerca de la sexualidad que tenía lugar en el seno del discurso analítico se centraba en la diversidad de interpretaciones de la letra freudiana que separaba a la IPA del Campo freudiano. Los enigmas de la sexualidad se reducían al ¿qué quiere una mujer? heredado del límite freudiano y al que las múltiples corrientes de la IPA respondían. Su contrapartida venía con la mujer lacaniana a informar al mundo analítico que si bien el falo es la única función y medida de la satisfacción hay dos maneras de posicionarse respecto del mismo: como todo o como no-todo fálico.

A partir de la segunda enseñanza de Lacan no se trataba de un ser o de un tener el falo sino de cómo se articula la satisfacción sexual para cada ser hablante. Más adelante desplegaremos estos dichos axiomáticos y un tanto oscuros para quien no haya seguido

los seminarios de Lacan de los 70.-

Por el momento nos interesa destacar que este tercer paso de la sexuación que supone una elección del sujeto por el lado masculino o por el femenino, su asunción obligada de un sexo o del Otro sexo es hoy cuestionada por algunos sujetos intersex.

No es una idea recién inventada.

Foucault quiso romper con la noción de un sexo verdadero cuya supremacía inclinaría la balanza sexual de un lado o del otro, cuando prologó las memorias de Alexina B.

En su lugar se dedicó a defender la posibilidad de pasarse de un lado y del otro de lo femenino y lo masculino como por una banda de Moebius, pero siempre sosteniendo un binarismo radical.

De modo que en realidad seguía justificando sus tesis acerca del poder y la libertad, lo normal y lo patológico, el capitalismo y la ética, etc.

El planteo intersex es actualmente, según creemos entender, el de una diversidad sexual radical, de variaciones que en algunos casos implican no pasar por el Edipo.

Un ideal preedípico estaría en la mira, fundado en la utopía de un igualitarismo del derecho al goce, generalizable. Aunque en algunas entrevistas se plantea la absoluta necesidad de tener en cuenta lo singular, se plantea sin embargo en este rechazo absoluto de cualquier universalidad, otro tipo de universal, como si la trampa hegeliana se volviera a cernir sobre el contexto pero como un universal vaciado, pura forma.

Esta dificultad no se le oculta a los teóricos de la política intersex como J. Butler, por ejemplo, para quien estas formas vacías de la universalidad aportan “pruebas” de las exclusiones mediante las cuales ese universal de forja.

No entraremos en el terreno por si o por no de considerar al capitalismo como telón de fondo de la hegemonía, pues nos alejaríamos de nuestro tema: una elucidación de las formulas de la sexuación para el hablanteser.

Pero si el planteo intersex es la abolición del binarismo sexual, lo cual deberíamos justificar también, sería necesario suponer que nuevas anatomías permiten una tercera forma de gozar, lo cual se aparta de las teorías analíticas acerca de la sexuación propuestas por la orientación lacaniana y las que por el momento la nueva clínica del síntoma nos permite todavía mantener.

#### EL DEBATE: LA NORMALIZACION FORZADA

Un diálogo extraído del libro “Mi querida señorita” de Jaime de Arminian (1971) parodia lo que es cotidiano para un protocolo médico de determinación

de sexo.

AC: "¿Es algo grave, Doctor?"

Doc: "No, no, en absoluto. Aunque habrá que intervenir, desde luego"

AC: "Intervenir?"

Doc: "Si, pero no se alarme, será muy sencillo"

AC: Perdone doctor, pero yo físicamente me encuentro muy bien. No veo la relación que...

Doc: "Pues la hay. Claro que la hay. No se puede tener la mente enferma sin que el cuerpo lo este también. Y no se trata precisamente de una dependencia o interrelación, sino de una completa y total identidad.

AC: "Le agradeceré que me hable sin rodeos. Yo soy una mujer fuerte y valiente"

Doc: "Ya lo se. Y tiene razón en todo, excepto en una cosa: es Ud. fuerte y valiente, pero no es Ud. una Mujer, no lo es".

A grandes rasgos este dialogo representa una situación que se repite. La imposición de intervenir quirúrgicamente, sin que medie ni la demanda ni, muchas veces, el consentimiento informado del paciente, por mas cuestionable que ese consentimiento sea a la luz de la subjetividad del mismo.

Esto es moneda corriente en el caso de niños que nacen con lo que el lenguaje médico cataloga de ambigüedad sexual.

No es solo en estos casos que se despliega el empuje al quirófano.

En su edición del 9-12-2006 el suplemento de Clarín llamado N aparece un artículo de un psicoanalista de la SPP escandalizado porque "Francia quiere curar la neurosis por medio de la cirugía".

Se trata de un informe que la HAS (Alta autoridad en Salud) dirigió a los psiquiatras con el siguiente título: "Trastorno obsesivo compulsivo (TOC) resistente: Asunción y lugar de la neurocirugía funcional".

Dice allí que la nueva colección de terapias del comportamiento presenta a los sujetos declarados TOC (que padecen Trastorno Obsesivo Compulsivo, a veces también adjetivado como resistente) y les proponen tratamientos adecuados a su condición deshumanizada de animales de laboratorio. El primer nivel es una cura medicamentosa con antidepresivos asociados a la terapia conductista intensiva y cognitiva. Con lo que logran crear en el paciente una severa adicción a las drogas prescriptas.

Pero aun si esto no funcionara, anuncian la posibilidad de operar con neurocirugía.

En lo que llama un deseo de poder ciego dice que anuncian "un florilegio de técnicas", una más mutiladora que la siguiente. Según afirma el autor, los que prescriben la operación no saben siquiera sise debe hacer "una capsulotomía anterior o una tractotomía subcaudada o un leucotomía líbica "porque se opera a la buena de Dios.

Pese a este desconocimiento de lo que prescriben no dejan de describir las lesiones irreversibles que pueden producir las ablaciones y las califican de "complicaciones".

Que omiten enumerar en las entrevistas previas - tales como hemorragias e infecciones cerebrales.

Traemos este tema a colación por la, a nuestro juicio, evidente relación entre la toma de poder cognitivista frente a lo que podría significar la búsqueda del sentido del síntoma que rige un tratamiento por la palabra.

Una de las hipótesis que se barajan es que no hay mejor manera de hacer callar a un sujeto que amenazarlo in situ con el cuchillo si declara algún tipo de obsesión. Especialmente porque, como se sabe, la obsesión incluye una gama amplia de conductas tales como verificar repetidamente si uno ha cerrado bien todas las perillas de luz, gas y/o canillas de la casa o postergar indefinidamente -hasta la muerte del amo y la propia, la realización del acto que se supone una demanda del Otro. Cualquiera puede sentirse identificado.

Con esta increíble incitación al silencio nos encontramos también en el caso de los intersex: según nos cuentan una y otra vez, un velo de misterio rodea los

## JORNADAS

### ***Jornada sobre Toxicomanías y Conductas Adictivas***

Susana Calero, Silvia Raggi,  
Alberto Trimboli

Fecha aproximada  
de realización: última semana  
de noviembre de 2007

### **Informes e Inscripción:**

Lunes a viernes  
de 13.00 a 19.00 hs.  
Ayacucho 234  
Ciudad de Buenos Aires  
Tel. (0054) (11) 4952-8930  
administración@aasm.org.ar  
info@aasm.org.ar  
www.aasm.org.ar

actividades 2007

sucesos biológicos invariablemente considerados como desviaciones de la norma sexual; los sujetos no son ni escuchados ni informados acerca de lo que ocurre y de los planes que se van instrumentando en el proceso de normalización, y se llega, como se lee en mas de un testimonio, a la mentira flagrante.

Muchos se enteran recién en la adolescencia o en la franca juventud de su ambigüedad sexual infantil y de las operaciones a las que fueron sometidos.

Las consecuencias, como es dable concebir, no se hacen esperar en esta época tan proclive a esgrimir un derecho al goce para cada ciudadano. Nuevas comunidades y asociaciones vieron la luz, fundadas en el rechazo al abuso de poder sobre sus organismos infantiles y que con alarmante frecuencia contrariaron su convicción mas íntima respecto del sexo al que pertenecen.

Los sujetos víctimas involuntarias de ese ejercicio de un presunto "saber" de neonatólogos, obstetras y pediatras empezaron a hacerse oír, con reivindicaciones justas si se toman en cuenta otros paradigmas que se apartan de la medicina y del discurso jurídico.

Una de las razones que hoy podemos esgrimir es la falta de responsabilidad de que hacen gala tanto médicos como legisladores cuando se les exige hacerse cargo de las decisiones tomadas o de los argumentos falaces con que obtuvieron en ocasiones, el consentimiento parental, completamente desinformado o a lo sumo tendenciosamente informado.

Esa es la entrada posible en el debate para una teoría del cuerpo diferente, no centrada en la forma perceptible pese a la importancia que Freud le otorgara en 1925 en su trascendente artículo acerca de las consecuencias psíquicas que puede tener la percepción de la diferencia sexual anatómica y que por cierto no ponemos en duda. Axial como Freud lo explica esta claro que tiene, pese a la perversión polimorfa infantil, la convicción de que hay dos sexos, el de la hembra y el del varón, que no responden del mismo modo esa diferencia. En el varón esa percepción primera no produce otros efectos iniciales mas que de desinterés, repudio o atenuación. Solo se significa mas adelante, bajo el efecto del discurso social, como horror o desprecio por lo femenino.

Para la niña el juicio es inmediato y por comparación, mantendrá durante años la esperanza de alcanzar el tamaño del pene masculino, compartirá el desprecio masculino a la mujer, lo utilizara para el desarrollo de su femineidad o rechazara de plano su inferioridad, lo cual para Freud implica entrar en el terreno del diagnóstico.

La importancia de la anatomía persiste aun cuando se considera al falo en su vertiente simbólica.

Sin embargo el problema no es tan lineal. Si bien la presencia o ausencia del pene.

Que sostiene las identificaciones aparece como priori-

tario en la elección de sexo, ya desde el inicio, al considerar el cuerpo imaginario, en la neurosis y en la perversión, el organismo tiene un estatuto particular. Este organismo no es el organismo puro y vivo sino que una vez que el ser viviente ha quedado afectado por el lenguaje el cuerpo imaginario i(a), tiene un agregado, el órgano libidinal que se inserta en las zonas erógenas. Este agregado libidinal es crucial pues es el que permite al sujeto investir libidinalmente al otro.

#### i(a)+ libido

Este abordaje teórico resulta de importancia cuando se plantea la relación entre la posición sexual del ser hablante y la elección de objeto.

Es por este aspecto de la sexualidad entonces que resulta necesario introducir otra vertiente del cuerpo que no responde a la imagen del mismo sino que lo concibe como sustancia gozante.

Es un cuerpo que no significa solo como materialidad orgánica ni como un compuesto de materia y género, de naturaleza y cultura, de organismo y prácticas discursivas que delimitan sus posibilidades.

Es un cuerpo cuya matriz es informe y agujereada, que no una tiene imagen especular a la que alienarse ni que le muestre como debe ser.

Lo que debemos entonces definir es el campo de la elección de sexo y de la política que implica.

Para ello revisaremos primero algunos testimonios, para luego intentar algunas definiciones que nos permitan precisar de qué hablamos cuando decimos ambigüedades sexuales.

Por otra parte intentaremos un debate, desde el psicoanálisis lacaniano con las teorías que subyacen la política intersex, como J. Butler, M. Foucault, etc.

Para ello recurriremos a las nociones de inclasificable y de síntoma que orientan nuestra clínica actual, que deja un poco de lado la clasificación psiquiátrica clásica y aun las más actuales, que se caracterizan por largas listas de lo que llamamos síntomas sociales.

Creemos que es por la herramienta teórica que nos ofrece el síntoma como nombre de goce singular que podemos echar una mirada al sesgo sobre la cuestión intersex.

#### \* ALEXINA B.

Es una historia que M. Foucault considera banal a no ser por las coordenadas en que se presenta: un momento histórico donde se puso en primer plano la búsqueda de la identidad sexual que llega, según sus palabras a constituir una auténtica "cacería".

Si bien el caso no tuvo mucho eco en su época, se registro en una revista titulada *Question de identité*, de 1836 y en un libro de Tardieu, *Question medicolegale de l'identité*

Luego apareció en dos relatos, *Hermaphrodite*, de A. Dubarry y en *Un scandale au couvent*, de Panizza. Las memorias de Alexina fueron escritas con el horizonte del suicidio, en medio del dolor del exilio y las penas de la soledad.

Declara tener 25 al momento en que se acerca al final de su existencia. Pero el punto de inflexión de su vida es el pasaje de la infancia, instancia de felicidad, a la juventud, donde se evidencio su falta de lugar en este mundo.

Sin embargo, a continuación de estas afirmaciones que enuncia con claridad, todo en el relato es confuso y ominoso, la precariedad de su salud, sus amores. Su futuro, narra el sufrimiento de su entrada en un asilo para huérfanos a la edad de siete años y en sus descripciones pasa de un género al otro a veces dentro de un mismo párrafo.

Un ejemplo: "Inquieto y soñador, mi frente parecía hundirse por el peso de oscuras melancolías. Yo era fría, tímida, insensible...."

Acto seguido cuenta su enamoramiento de una compañera en el internado de niñas ricas y nobles al que la enviaron así como el placer que obtenía de sus abrazos y caricias. Después, siempre anunciando lo penoso que le resultaba la existencia, relata su deslumbramiento por una joven a la que acompañaba en calidad de doncella.

#### \* El caso Jim

En nuestra opinión corresponde al grupo b).

Se destaca por comenzar con una pregunta de tinte freudiano: cuando un padre es verdadero? El mismo se presenta como el padre adoptivo de un niño y como intersexual.

Es uno de los testimonios que afirma no haber conocido la "realidad de su cuerpo" hasta los 40 años. Esta realidad consistía en órganos femeninos subdesarrollados, correspondientes a un cromosoma 46 XX, pero virilizados. Pero de pequeño le habían dado hormona testosterona para ayudar a desarrollar mejor lo que se considero un genital masculino insuficiente.

En lugar de sufrir, saber la verdad le produjo alivio, sensación de completad e integridad y una nueva libertad "que me hizo celebrar lo que soy en lugar de sentirme inferior por lo que no era".

Es uno de los pocos caso que escapo a la cirugía normalizante y se reconoce como un intersexual gay en pareja con un compañero de cuya hija es padrastro. Considera que todos somos realmente hombres y mujeres.

\*Hale (publicado en la compilación de Alicia Dreger) Hale nació con órganos genitales masculinos de un tamaño inferior al habitual. Gracias a que sus padres exigieron un examen genético se supo que era un bebe masculino. Por lo tanto no otorgaron su con-

sentimiento a las cirugías propuestas, salvo una: por falta de crecimiento testicular (síndrome de Kallman) los médicos insistieron en extirpar los testículos no descendidos a fin de evitar un desarrollo canceroso de los mismos. Luego supo que con determinados tratamientos hormonales hubiera sido fértil. Hale afirma que a pesar de ciertas dificultades su condición no fue motivo de infelicidad, que lleva una vida sexual y afectiva plena. Pero en cambio denuncia fuertemente la posición perversa de los profesionales en cuyas manos sufrió un maltrato.

#### ¿CLASIFICACION O CONTINUIDAD?

Este punto se introdujo en nuestros desarrollos a partir de la introducción de Judith Butler a su libro "Des-hacer el genero", publicado en el original en 2004.

En ella Butler reconoce la utilidad del psicoanálisis para una crítica de la adaptación cultural y para comprender que la sexualidad no se conforma a las normas sociales que la regulan. También para entender hasta que punto la fantasía forma parte de la relacionalidad humana y el saber incognoscible de la misma un parte constitutiva de la existencia.

En esta misma línea, la sexualidad excede cualquier regulación, no se deja capturar por las reglas.

Sin embargo, al menos en la traducción, aparece una incongruencia pues afirma al mismo tiempo que "la sexualidad no es consecuencia del genero "y a continuación que "el genero que tu <eres> determina el tipo de sexualidad que <tendrás>".

Además esta lectura de los textos analíticos aparece un tanto tergiversada cuando considera los orígenes de la diferencia sexual, cuya importancia en la vida psíquica de u individuo le parece fundamental. Butler parece entender que la diferencia sexual se apoya en la presunción de que el ovulo y el esperma corresponden a un coito heterosexual de los padres y que las personas llamadas padre y madre son los que hacen el amor.

Nos llama la atención puesto que J. Lacan no deja de insistir en que papa y mama no se refiere a las personas que encarnan dichos términos. Son funciones vacías y cuando habla de Nombre del Padre y de Deseo de la Madre se trata de la operación signifiicante de la metáfora paterna, uno sustituye al otro. Es una clínica de la sustitución. Mas adelante, el Nombre del Padre pasa a ser un subconjunto privilegiado del conjunto de "suplencias "sintomáticas cuya función es ocultar que la relación sexual no se inscribe, lo que Miller llama la "página en blanco "que no lleva el registro de ella, no es un puro vacío sino una falta que no se escribe pero de todos modos funciona como un elemento.

En este sentido el Nombre el Padre es un instrumen-

to como cualquier otro que el sujeto se pueda inventar. Es un síntoma mas en el continuum de síntomas que consiguen el anudamiento de las dimensiones real, simbólica e imaginaria que constituyen la trama borromea.

No sin cierta curiosidad vemos que tanto J. Butler como Mauro Cabral y otros involucrados en la política intersex utilizan la misma palabra, la continuidad, como índice del rechazo a las clasificaciones.

Dice Butler: "Al resistirse a la cirugía coactiva, la comunidad inercial hace un llamamiento para que se comprenda que los niños de condición intersexual son parte del continuum de la morfología humana y que deben ser tratados desde el supuesto de que sus vidas son y serán no solo viables sino también ocasiones para su florecimiento como personas. Así, las normas idealizadas que gobiernan la anatomía producen un sentido de la diferencia entre quien es humano y quien no lo es, que vidas son habitables y cuales no".

Mas o menos el mismo argumento esgrime Mauro Cabral en una entrevista con el grupo de integrantes de La consulta para afirmar que de todo cuerpo, incluso aquellos afectados por una amplia gama de discapacidades visibles -pues para las no visibles rigen otras problemáticas -es digno de ser "celebrado", cualquiera sea su constitución materia.

Nos llama la atención la homología entre esta posición y la del psicoanálisis de orientación lacaniana respecto del dilema "clasificación versus continuidad".

Para Lacan implica un debate entre el nominalismo y el realismo sobre todo cuando se trata del diagnóstico.

Decir diagnóstico significa remitirse en cierta medida, a la clínica psiquiátrica clásica, cada vez mas desdibujada en la serie de los DSM, que privilegia el síndrome y lo fenoménico frente a la rigidez de la clasificación. La gran clasificación tripartita en neurosis, perversión y psicosis, y que en rigor se puede reducir a dos: neurosis y psicosis, remite a la posición de cada sujeto frente a este vacío de la significación que supone el sintagma "no hay relación sexual".... La

posición puede ser de consentimiento, aunque sea desmentido, y la aceptación de una significación compartida -el fallo- o de rechazo forclusivo, para el que el "no hay" constituye un agujero absoluto.

Ahora bien, la teoría de la forclusion generalizada y del síntoma como suplencia a tomar o inventar implica imponer entonces una clínica del caso por caso, lo que en apariencia barre con las clasificaciones...

Es tributaria de la famosa navaja de Occam, es decir; la tesis filosófica según la cual todas las clasificaciones son semblantes y lo único que se debe tomar en cuenta son los individuos según lo que cada uno es. Este es el "punto de vista nominalista que se libera del peso y del horror de las clasificaciones" (J. A. Miller). Esta es nuestra bandera: la singularidad e cada cual en lo que respecta a su goce, a su nombre de goce, que es su nombre mas "verdadero".

Esta posición nos permite además incluir los casos raros, difíciles de encuadrar, de meter en un rubro preestablecido. Se retoman así las tesis de Leibniz.

Este observa con agudez que cuando se hace una bipartición, siempre hay una zona gris, de acumulación de casos en la zona del corte, dándole a la línea fina de separación un cierto espesor.

Se abre así una nueva clase, la de los difíciles de encasillar y la de los imposible de encasillar, los inclasificables propios de toda clasificación.

Si imaginamos esta zona en crecimiento, como para que pueda abarcar la totalidad de los casos que no se pueden clasificar, la línea desaparece y llegamos en teoría a un continuum, desde el inicio hasta el final.

Sin embargo el psicoanálisis no adhiere totalmente a las tesis nominalistas. Si bien sostiene la fundamental importancia de llegar, al termino de un análisis, a la diferencia absoluta inherente a cada ser hablante, mantiene al mismo tiempo una posición realista respecto de la estructura. Hay "tipos clínicos" dice Lacan, afirmando así que ciertos rasgos son generalizables, en un segundo nivel de análisis, en el que lo incomparable y único en un primer momento luego es preciso ubicarlo respecto de la estructura.

---

**Para publicitar en esta revista comunicarse con  
Anabella Romano (Representante Comercial)  
Tel 4431-1233 / 15-4436-2154**

# Teoría psicosocial de las dementizaciones crónicas progresivas, llamadas alzheimer

Luis María Sánchez

Neurobiólogo  
stopalz@gmail.com  
Concepción del Uruguay,  
Entre Ríos

## INTRODUCCION

Dementización o demenciación se denomina al proceso por el cual a partir de una persona que satisface todas las actividades que le son exigidas por la vida diaria y puede cuidarse de sí misma y a otros, comienza a tener comportamientos o efectuar actos novedosos que directa o indirectamente afectan su bienestar y su calidad de vida, y que además no son esporádicos o pasajeros sino que vuelven a repetirse, ampliarse y agudizarse. El progreso del deterioro es detectable en meses al inicio, y en años cuando está ya avanzado, y aunque depende del estado psicológico y las enfermedades crónicas que padecen simultáneamente, se concluye entre uno o dos años los más acelerados, a 25 o 30 años los más lentos. En todos los casos está imbricada la personalidad de base de la persona afectada. Sólo puede definirse un patrón muy general del avance del deterioro, y puede decirse que no hay dos casos iguales, lo que marca el profundo carácter individual del mismo.

Algunos de estos novedosos comportamientos, como los olvidos sobre hechos recientes, son comunes también con el envejecimiento normal, pero en las dementizaciones esos olvidos se extienden a muchos actos y situaciones, y luego se continúan y agravan, haciéndose persistentes, y no pueden ser superadas con simples invocaciones verbales o gestuales. Por eso es sólo una evaluación de cada caso pero distanciada de la primera en al menos seis meses permite comenzar a suponer en una dementización, pero nunca a afirmarlo rotundamente, ya que además no son pocos los casos que remiten espontáneamente en el inicio del proceso.

En los adultos y adultos mayores este tipo de dementización es más frecuente en personas que han tenido una personalidad introvertida con caídas en depresión<sup>1</sup> culpable, con escasas vinculaciones sociales interactivas y una red afectiva comprometida limitada, y que a propósito de la pérdida de su pareja, de un ser con el que estaban entrañablemente unidas, la pérdida de su capacidad de ser y/o hacer u otra situación equivalente, no saben o no pueden afrontar la misma y entran entonces en un proceso de encapsulamiento, de aislamiento progresivamente más activo (1). Aparece luego la apatía cada vez más generalizada y seguidamente la pérdida de la motivación vital. Expresan, incluso abiertamente en ciertas oportunidades, su deseo de no seguir viviendo, o de la inutilidad de hacerlo, o de ellos mismos (1-3). Precisamente en este aspecto reside la clave identificatoria del proceso de este tipo de dementización, que permite discriminar los casos del envejecimiento normal o de epifenómenos semejantes de ciertas patologías o estados de ánimo.

En ciertos casos una pérdida aparentemente menor los remite a otra sí muy

<sup>1</sup> Tratadas o no

significativa ocurrida mucho tiempo atrás (4), con introyección culposa. Algunas incapacitaciones importantes, sean físicas o psicológicas, o hasta las propias del envejecimiento normal subjetivamente exageradas o amplificadas por ellos mismos o su pareja, sus familiares, sus médicos o sus relaciones sociales, hacen creer a la persona que ya no sirve para más nada, que no son capaces de resolver sus vidas y ayudar a su familia, que se han convertido en una carga, por lo que son también disparadores del proceso.

Otro tipo están constituidas por las asociadas a procesos patológicos previos, desencadenantes o no, tal como microinfartos cerebrales<sup>2</sup>, trastorno bipolar<sup>3</sup>, diabetes mal controlada, Huntington, Parkinson, ACV, cirugías cardíacas, ELA, neurosis obsesiva, VIH-SIDA, cirrosis hepática, comportamiento psicopático, etcétera.

Cuando el proceso de encapsulamiento ocurre en una persona psicológica y físicamente sana o perfectamente controlada, hablamos de casos puros de dementización -que en nuestra casuística de 293 casos analizados en los últimos 18 años significan aproximadamente un quinto de ellos-, y cuando está presente ya anteriormente una patología física o psicológica, es una dementización asociada a ese problema previo. La distinción es importante porque a los comportamientos anormales propios del proceso de encapsulamiento se le suman los que son de otro origen como dolor, ansiedad, inquietud, movimientos involuntarios repetitivos, en ocasiones agresividad, inmovilidad, contracturación generalizada, etc. También ocurre que en una persona sana al entrar efectiva o supuestamente en este proceso es medica-

da fuertemente, y entonces los efectos secundarios de las drogas presentan signos propios que es necesario discernir, ya que muchos, como con las benzodiazepinas u otras, simulan los mismos comportamientos anómalos.

A partir de entonces, aunque con oscilaciones y vaivenes durante el día o en distintos días, la persona así afectada concentra su atención sobre esa idea penosa y vuelve a ella permanentemente. De esta manera, y tal como ocurre también ocasionalmente en personas sanas, la fijación de la atención sobre una idea abstracta lo desconcentra e impide que lleguen al cerebro las informaciones que normalmente lo hacen por los distintos canales sensoriales (3). Así, lo que se denomina vulgarmente alzheimer, no es un problema de la llamada memoria sino de su etapa anterior la atención, que en estos casos se halla dirigida casi exclusivamente o sostenidamente a la idea de muerte o cualquiera de sus equivalentes. Al comienzo esta fijación no es absoluta y terminante sino relativa y oscilante, pero progresivamente se va consolidando, tornándose más difícil de replegar frente a estímulos positivos masivos esporádicos. Es habitual que se presenten casos en que habiendo comenzado el proceso una aproximación real a la muerte misma, como en un accidente automovilístico, el vacío de un elevado balcón, el electroshock o un intento suicida, produzca el abandono del proceso, en un mecanismo que ya había sugerido Pichón Rivière (21).

Comienza entonces a no recordar lo que hizo, lo que escuchó, lo que dijo (por eso pide que le repitan las preguntas o repite ella misma las preguntas que hace) o lo que ha visto, porque en realidad su atención

2 Las discapacidades puntuales que producen los microinfartos cerebrales, que no son reversibles pero que no progresan (aunque pueden repetirse), se denominan abusivamente demencia vascular.

3 Antes llamado síndrome maníaco depresivo, que es una ciclotimia entre la euforia y la depresión de origen en el comportamiento dual contradictorio aceptación-rechazo de los padres hacia el niño, quien luego y por toda la vida hasta ser tratado cree ver en su derredor signos de aceptación y entonces se euforiza, o bien signos de rechazo, y por lo tanto se deprime. En los hombres constituye una psicopatología conducente al fracaso laboral permanente.

Centro de Psicoterapias y Orientación

**ACOMPAÑANTES TERAPÉUTICOS**

Tratamientos Ambulatorios e Internaciones Domiciliarias

Asistencia y contención en casos agudos y crónicos a pacientes y familiares.

Acompañamiento en procesos de transición a externación.

Lic. Daniel Argibay

Tel. 4861-8312  
Cel. 15-6025-4466

danielargibay@psi.uba.ar  
www.cpyo.org.ar

estaba en aquel otro “lado”, porque al estar fijada sobre aquella idea abstracta y paralizante, bloquea los estímulos que llegan habitualmente al cerebro para la esencial tarea del reconocer, que es previo a actuar y a pensar. Y eso le impide reconocer los rostros y las cosas que ya tenía cargada en el cerebro desde mucho tiempo atrás, o las palabras, y a no reconocer el significado de los gestos, los lugares, los significados. Y al bloquear de esta manera y en forma cada vez más masiva esos estímulos, al impedir que lleguen a las neuronas de los mecanismos de reconocimiento, se desarman las redes neuronales implicadas en ese sistema sensorial, ya que éstas forman parte de todas las redes neuronales que se arman para el hacer y el pensar. Si el bloqueo perdura mucho tiempo, no sólo se desarman sino que también se desintegran, y pueden morir por falta de energía por un mecanismo ya conocido de interrupción de las sinapsis (5). Comienza recién entonces a producirse el daño cerebral, que por entonces tampoco es demasiado importante porque se trata de aquellas que ya formaban partes de redes (eventos ya vividos). Es importante porque al parecer ello ocasiona una mayor acumulación de proteínas amiloides que son enteramente normales debido a la muerte neuronal (5), bien por este proceso demencial que deja ociosas a vastas redes neuronales de los sistemas de reconocimiento, o normalmente por diversas causas, habiendo creado su acumulación una gran confusión interpretativa, al punto de haber adjudicado la causa del problema y pretender desarrollar una vacuna en base a esa proteína que es normal en la fisiología cerebral, aunque se presentara en mayor cantidad, eventualmente, en los casos de demetizaciones de este tipo.

Si no todos, la mayoría de los comportamientos no habituales que van sucediendo son la consecuencia de la fijación de la atención obsesivamente en aquella idea penosa, terrible para él, y por eso se muestra desconcentrado, perdido, obnubilado. Por invocaciones firmes y cargadas de múltiples estímulos positivos simultáneos (gestos, sonrisas, palabras, caricias, etc.), puede momentáneamente salir de su ensimismamiento y volver a la normalidad o acercarse a ella, y aunque el efecto sea esporádico ello muestra claramente el origen del problema y también que para entonces el cerebro todavía no está dañado. Lo que se llama entonces vulgarmente Alzheimer no es, recalamos, un problema de lo que se da en llamar memoria, sino de la atención, perspectiva hacia la cual han contribuido diversos estudios con metodologías diferentes (6-11). Ya esta afirmación implica un cambio notable del paradigma de

interpretación del problema de este tipo de demetizaciones.

No se trata entonces de una enfermedad<sup>4</sup>, sino de un proceso individual en el que además aflora siempre la personalidad de base de la persona. Cuando se inicia e incluso hasta bastante avanzado el proceso no hay daño cerebral alguno o demasiado significativo, por lo que es totalmente inútil pretender verlo reflejado en imágenes<sup>5</sup>, por más sofisticada que sea la técnica de su obtención. Ello puede colegirse por los casos que se han reportado recientemente de reversibilidad del proceso (12).

En adultos muy mayores (> 80 años?) el proceso puede iniciarse simplemente por pérdida de la motivación vital, del interés en seguir viviendo. El saber popular, acuñado en todos los tiempos, todas las lenguas, etnias y culturas, lo denomina entregarse<sup>6</sup>. Pero el camino hacia la desintegración del cerebro es el mismo posteriormente: la fijación de la atención en la muerte, en alguna de sus múltiples acepciones y lecturas.

En ese trayecto de bloqueo del sistema neuronal de reconocimiento asociado a los diferentes canales sensoriales, el desarme cerebral que ocasiona se topa con redes profusamente estimuladas y emotivas del pasado (la casa de su familia en la niñez, los patrones físicos y fenotípicos de los parientes y los vínculos de su familia de entonces que retoman actualidad al reemplazarlos con lo que cree ver, su lengua madre que perdió después de décadas de haber inmigrado, etc.). Pasan a vivir el pasado como si fuera su presente, porque son las redes neuronales que permanecen intactas o casi intactas y se resisten a su desintegración por haber sido extraordinariamente reforzadas, fuertemente emocionales, es decir, cargadas de gran cantidad y calidad de estímulos sensoriales.

Pero con lo que ahora sabemos que es la génesis del proceso de demetización, no sólo es posible descartar su origen genético, sino también que sea considerada una enfermedad, y más aún, que tenga que ver con el envejecimiento normal, aunque resulte paradójico. Porque si bien es cierto que es más frecuente a mayor edad, ello se debe sencillamente a que con el paso de los años es más frecuente que tengamos pérdidas muy penosas, y en las generaciones muy anteriores socio-antropológicamente a nosotros ciertos modos de andar la vida se transforman al final en el marco fuertemente predisponente para incluirse en el proceso: rígida estructuración del ser, individualismo, sedentarismo, aislacionismo, etapas estereotipadas, etcétera.

De la lógica expuesta, conocida como la teoría alter-

4 *Enfermedad (disease) es un conjunto de signos y síntomas que atraviesan etnias y culturas, cuya causa se conoce, en tanto que malestar (illness) es más difuso, particularizado y la causa se desconoce.*

5 *Por otra parte tan inútiles como terriblemente costosas para los familiares o para los contribuyentes.*

6 *Puede verse el Opúsculo de Don Quijote de La Mancha, de Miguel de Unamuno, 1904.*

nativa psicosocial del alzheimer, se deducen las acciones a llevar a cabo para intentar revertir el proceso, cuya posibilidad de éxito parece depender de lo relativamente reciente o avanzado en que se halle el proceso de dementización, de acuerdo a resultados recientes (12).

De lo que tradicionalmente se incluye dentro de lo cognitivo, la percepción sensorial merece un ulterior análisis exhaustivo desde la fisiología y desde la perspectiva de las demencias.

## LOS SENTIDOS; SUS COMPONENTES

Los sentidos son capacidades especiales naturales que permiten una comunicación con el medio exterior y con nuestro cuerpo en forma interactiva. Contamos con la posibilidad de recibir estímulos de tres tipos, químicos, eléctricos y mecánicos, provenientes del exterior y de nuestro propio cuerpo, pero ya dentro de nuestro cerebro la comunicación es por vía eléctrica y química. Todos los sentidos tienen dos componentes: la periférica, involuntaria, por la cual se reciben y transmiten estímulos al cerebro por los diferentes canales, y otra central y voluntaria, asociada a la anterior pero cuya función es reconocer al objeto genérico del cual provienen los estímulos que entran por ese canal. También se denomina componente de identificación, y actúa en total interacción con la información ya cargada en el cerebro por experiencias anteriores, en forma de redes neuronales, que siempre tienen una componente sensorial del sistema de reconocimiento ya utilizado previamente. La componente primaria básica y periférica de los sentidos utiliza los distintos canales para llevar información del exterior al cerebro, y que en forma automática genera la respuesta de acuerdo a la intensidad de la misma. En cambio, las respuestas frente al contenido semántico de los estímulos recibidos son variados y dependientes del mismo, como son las respuestas frente a lo que se reconoce (un rostro conocido o desconocido, un lugar, una palabra, un sonido, una textura, etc.).

Los sistemas sensoriales periféricos automáticos fueron evolucionando y volviéndose cada vez más efectivos y complejos, pero siempre manteniendo la no intervención del procesamiento cerebral, precisamente porque lo fundamental es la inmediatez de la respuesta. Son sistemas inherentes a los seres vivos y presentes en todas las especies animales y en algunas plantas, exquisitamente elaborados en los mamíferos, e íntimamente relacionados con la defensa y el ataque (sistema simpático-parasimpático), y simulados ahora por el desarrollo tecnológico. Por el

contrario, el sistema neuronal de reconocimiento que se encuentra asociado a cada uno de los sentidos, toma la información transportada por los canales, la coteja con la que ya se encuentra en el cerebro en forma de redes neuronales y brinda el saldo del análisis a otros sistemas de redes neuronales que realizan la integración y determinan a su vez el tipo de acción a llevar a cabo. Su acción y su efecto está mediatizada o intermediada por la atención y obviamente por la vigilia. Y precisamente en la atención reside propiamente la influencia de la voluntad en el sistema de reconocimiento.

La atención podría bloquear en forma directa el reconocimiento, o bien inhibir la acción que ello determina, como en el mecanismo habitual que utilizamos para bloquear el sonido del ruidoso camión que pasa cuando el interlocutor se descuelga con algo muy interesante (discriminación de la atención hacia lo que resolvemos como prioritario).

Pero el sistema de discriminación de la atención<sup>7</sup>, que obviamente ha tenido y tiene una importancia clave en la elaboración de respuestas de defensa y ataque luego del procesamiento de la información que nos llega, más lentas pero más precisas que las meramente reactivas del sistema automático de los sentidos, puede fijar como prioritaria la atención sobre una idea abstracta con connotaciones muy intensas. Una muerte penosa, la posible propia muerte, el vacío, la de creerse un inútil, una situación terrorífica, espantosa o siniestra y muchas otras ideas muy especiales y personales, paralizan o pueden paralizar al fijar la atención sobre aquello que no es capaz de generar acción alguna. Todos hemos vivido en algún momento la situación de estar pensando concentradamente en algo y al mismo tiempo bloquear la transmisión de información por el sistema de reconocimiento en alguno o varios canales.

Pero este mecanismo no es exclusivo ni mucho menos de este tipo de dementizaciones, sino que es mucho más general y se expresa de múltiples maneras, como en el síndrome confusional, el estupor, la obnubilación, el delirio, los brotes esquizofrénicos, el coma no farmacológico no traumático, etc. Por ejemplo, si el paciente está próximo a una intervención quirúrgica importante en que objetiva o subjetivamente podría irle la vida, el espanto de su muerte puede transformarse en lo prioritario para atender y bloquear así los estímulos provenientes de los sentidos, con lo cual no reconoce lo que ve, lo que escucha o lo que toca. Pero como lo que ha priorizado es una "mera" idea, queda paralizado, y entonces pasa a estar en estupor, alucina porque no reconoce lo que ve ni lo que escucha, no puede cotejar con ninguna información o patrón ya cargado en su

<sup>7</sup> La discriminación de la atención es parte del más amplio sistema de modulación atencional (*attentional modulation* en la bibliografía anglosajona)

cerebro y entonces delusiona porque los movimientos de personas o cosas pasan a entenderse como persecuciones o ataques porque los desconoce, delira, e incluso puede arremeter contra las enfermeras y los médicos porque no las reconoce como tales, como quienes están para contenerlo, y aflora su personalidad de base.

El sistema de reconocimiento asociado a los sentidos es de una importancia esencial en todas las actividades de la vida diaria y del pensamiento. Cualquier acción que pretendamos realizar requiere que previamente se reconozcan imágenes, voces, olores, texturas, etc. Sin ello es imposible realizar ninguna acción ni elaborar un pensamiento coherente, aunque tanto desde el punto de vista motor como de lo cognitivo los restantes sistemas estén intactos. Durante décadas diversos investigadores llamaron la atención sobre el problema sensorial en este tipo de dementizaciones (13-20), y muchas de sus aportaciones pueden interpretarse actualmente bajo esta nueva perspectiva.

El pensar también requiere del sistema de reconocimiento, dado que todo pensamiento toma coherencia y consistencia a partir de un contexto desde el cual ese pensamiento emerge y que se encuentra previamente cargado en el cerebro en forma de redes neuronales<sup>8</sup>. Y se dirige también hacia otro contexto que debe ser reconocido, que puede ser el mismo que el anterior para diferentes objetivos (el análisis de textos o de situaciones, por ejemplo).

Puede decirse entonces que tanto el hacer como el pensar requieren previamente el reconocer, sistema este último en que están implicados los estímulos sensoriales de identificación, o en otras palabras, emocionales. Que adquiere por ello la categoría de un postulado universal de importancia aun no asignada para el análisis de todas las situaciones en que está involucrado el ser humano.

Las consecuencias de los conceptos generales previos son muchas, pero resaltaremos aquí cuatro:

1. las afectaciones sobre este tan sensible sistema normal y natural de reconocimiento tendrán conse-

cuencias inmediatas sobre el comportamiento del individuo. Cuando se desconocen estos fundamentos, suelen atribuirse muy diferentes orígenes y asignarles categorías totalmente distanciadas de la realidad (enfermedad, patología, daño cerebral, genes mutantes que se expresan súbitamente, etc.)

2. en un sistema en el que está implicada la voluntad, algunas afectaciones serán decisiones del individuo aunque no afloren al consciente, y requerirá entonces diagnosticar en cuáles casos ello es así, con la dificultad que ello entraña para sonsacarlo al estar implicada la voluntad.

3. Los mensajes que como trenes de estímulos se hacen llegar al paciente en esas circunstancias, o las terapias de estimulación sensorial, deben orientarse al envío de mensajes emotivos satisfactorios reconstruidas y vueltas operativas a partir de una previa anamnesis psicosocial de la historia de vida del individuo, y no a la mera estimulación física, química o mecánica, que al no ser reconocidas y procesadas integralmente por el cerebro no influirán en el comportamiento sino mínimamente.

4. Son objetables las pruebas psicológicas o cognitivas, como el Mini Mental State Examination (MMSE), el NINCDS-ADRD u otros, en un individuo que

<sup>8</sup> Hay que tener en cuenta que la recepción de paquetes de estimulaciones que conforman una imagen, por ejemplo, y luego son tomadas para cotejarlas con patrones ya cargados previamente en el cerebro, no necesariamente darán lugar a una dada reacción, porque allí interviene el inconsciente. Si el patrón ya cargado corresponde a una experiencia funesta, emocionalmente fuerte aunque remota, es probable que no haya respuesta alguna porque es bloqueado, y si corresponde a una experiencia frustrante puede dar lugar a otro tipo de reacción al sesgar la dirección de la misma de acuerdo a lo que ya estaba cargado en el cerebro. Hace más de 100 años Sigmund Freud sorprendió al mundo al anticiparse a describir, aunque sin explicar, los mecanismos inconscientes.

**Fundación Etiem**  
Enseñanza Tratamiento e Investigación de las Enfermedades Mentales

---

**PROGRAMA 2007**

**"CURSO PREPARATORIO PARA EXÁMEN DE RESIDENTES Y CONCURRENCIA EN PSICOLOGÍA",** Coord. Carlos Gustavo Motta

---

**CURSOS PARA GRADUADOS**

**"Clínica de la psicosis" (en el Hospital Borda),** Beatriz Schlieper  
Supervisión, Beatriz Schlieper

---

**SEMINARIOS/PASANTIAS**

**"Síntomas contemporáneos y la dirección de la cura en la época actual",** Carlos Gustavo Motta

**"Abordaje psicoanalítico de anorexias y bulimias",** Santiago Mazzuca y Florencia Surmani

**"Inhibición, síntoma y angustia en los tiempos de la infancia",** Irene Kuperwajs

**"Clínica de las toxicomanías",** Marcelo Olmedo

**"Introducción a la clínica de la última enseñanza de Lacan",** Nestor Rozenberg

---

**ATENEOS**

**"Encuentros clínicos sobre la práctica con niños",** María Celia Tavelli y Débora Nitzcaner

---

**DERECHO Y PSICOANÁLISIS, Ciclo "Hacia una praxis jurídico psicoanalítica"**

**"El psicoanálisis y el derecho de familia",** Horacio Gárgano

---

Guatemala 5070 - (CP 1425) Buenos Aires - Tel (5411) 4774-2389  
Fax (5411) 4831-5872 - fundacion@etiemp.com.ar - www.etiemp.com.ar

se evalúa como encontrándose bajo el bloqueo parcial o total del sistema de reconocimiento, ya que sus respuestas estarán por lo tanto necesariamente teñidas o totalmente alteradas por esa situación (no sabrá hacer, no sabrá decir; no sabrá reconocer, no sabrá entonces decidir).

Es paradójico que el sistema de reconocimiento no haya alcanzado el estatus que debiera dado su importancia crucial. Ello entendemos que ha jugado en contra de la comprensión cabal de los comportamientos anómalos que aparecen en el proceso de demenzación crónica progresiva o alzheimer, y ha demorado sobremedida la interpretación científica del mismo.

Se han desarrollado (12) diversas pruebas expeditivas para la evaluación de la componente periférica y de la componente central o voluntaria de todos los canales sensoriales, que se utilizan ahora para el diagnóstico más preciso y para separar los casos de envejecimiento normal en adultos mayores y muy mayores de los de inicio del proceso demencial, que constituye una herramienta objetiva e independiente del estado neuropsicológico del paciente.

#### CONCLUSIONES

Sin duda han sido múltiples los factores que han determinado que el proceso de demenzación más frecuente en la actualidad haya permanecido hasta

ahora lejos de la adecuada interpretación científica, y cuyo origen se remonta a los enfrentamientos de paradigmas kraepelianos y freudianos ya a fines del siglo XIX. Capturado el problema por un paradigma organicista que ha desencadenado un bombardeo continuo de hipótesis orgánicas y propiamente genéticas en los últimos 30 años que han sucumbido una tras otra, ello ha impedido hasta recientemente el acceso de otras miradas efectuadas desde otros posicionamientos, que no por casualidad vienen a confluír con el ancestral y universal saber popular sobre la cuestión. Quedará para epistemólogos, filósofos e historiadores de la ciencia, periodistas científicos y muchos otros, explicar cómo ha sido posible que en la supuesta sociedad abierta de saberes que circulan libremente haya sido posible construir un muro casi inexpugnable para dominar un campo determinado de la salud humana.

Diversos profesionales de la salud mental contarían ya con una teoría psicosocial sobre el origen de este tipo de demenzación que les proveería un arma lógica de entendimiento e interpretación a partir de lo cual pueden, y ya lo están haciendo incipientemente en distintos lugares, articular acciones de intervención profesional que permita dar respuesta adecuada al problema y comenzar a disolver la estigmatización a la que condujo la anomia. Con toda seguridad la acumulación de experiencias plurales habrá de enriquecer la teoría y logrará una aproximación más certera a la realidad.

#### AGRADECIMIENTOS

A las enfermeras y enfermeros, psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, acompañantes terapéuticos, médicos, sociólogos, neurólogos, informáticos, psicoanalistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, bioquímicos y terapeutas ocupacionales que colaboraron en forma honoraria en los distintos proyectos que a lo largo de quince años condujeron a la elaboración de la presente teoría.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sanchez LM. Teoría de la articulación de factores psicosociales y sensoriales deficientes en la desintegración cerebral en casos de Alzheimer. *Geriatrionet.com* 2006; Vol. 8 (2).
2. Sanchez LM. Progressive to acute social and psychosocial introversion features and behaviors toward Alzheimer's process. *I J of World Health and Societal Politics* 2005; Vol. 2 (1).
3. Sanchez LM. Introversión social, déficit de afrontamiento de pérdidas personales, desmotivación y bloqueo perceptivo precursores de la desintegración de las funciones cerebrales (Alzheimer). *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 2004. 39(6):353-404.
4. Conde-Sala JL. Eventos vitales precoces y enfermedad de Alzheimer. *Geriatrionet* 2005, Vol 7(2).

# AASM

Asociación Argentina  
de Salud Mental

Ayacucho 234  
Ciudad de Buenos Aires  
Tel.: 4952-8930  
[www.aasm.org.ar](http://www.aasm.org.ar)  
[administracion@org.ar](mailto:administracion@org.ar)

# Libro del II Congreso

5. Rapoport, SI. Coupled reductions in brain oxidative phosphorylation and synaptic function can be quantified and staged in the course of Alzheimer Disease. *Neurotoxicity Research* 2003, 5(6):385-390.
6. Galinotti G, Marra C, Villa G. A double dissociation between accuracy and time of execution on attentional tasks in Alzheimer's disease and multi/infarct dementia. *Brain* 2001; 124(4):731-8.
7. Pignatti R, Rabuffetti M, Imbornone E, Mantovani F, Alberoni M, Farina E, Canal N. Specific impairments of selective attention in mild Alzheimer's disease. *J Clin Exp Neuropsychol*. 2005 May;27(4):436-48.
8. Gorus E, De Raedt R, Lambert M, Lemper JC, Mets T. Attentional processes discriminate between patients with mild Alzheimer's disease and cognitively healthy elderly. *Int Psychogeriatr*. 2006;18(3):539-49.
9. Levinoff EJ, Saumier D, Chertkow H. Focused attention deficits in patients with Alzheimer's disease and mild cognitive impairment. *Brain Cogn*. 2005;57(2):127-30.
10. Ballard C, O'Brien J, Gray A, Cormack F, Ayre G, Rowan E, Thompson P, Bucks R, McKeith I, Walker M, Tovee M. Attention and fluctuating attention in patients with dementia with Lewy bodies and Alzheimer disease. *Arch Neurol*. 2001;58(6):977-82.
11. Weissman DH, Roberts KC, Visscher KM, Woldorff MG. The neural bases of momentary lapses in attention. *Nat Neurosci*. 2006;9(7):971-8.
12. Ferrari ED, Martínez GA, Santa Cruz NE, Sastre SR, Portillo LA, Leites M<sup>a</sup>A, Jaliffe AM<sup>a</sup>, Delmonte LB, Gómez Salgado J, Molina Ruiz D, López I y Sánchez LM. Proyecto Alzheimer Colón : reportando tres de meses de intervenciones profesionales en la recuperación de casos de demencias crónicas progresivas (alzheimer), agosto-noviembre 2006. *Revista de Psicogerontología* 19, dic.2006.
13. Gates GA, Karzon RK, García P, Peterein J, Storandt M, Morris JC et al. Auditory dysfunction in aging and senile dementia of the Alzheimer's type. *Arch Neurol* 1995; 52: 626-634.
14. Kawas CH, Corrada MM, Brookmeyer R, Morrison A, Resnik SM, Zonderman AB et al. Visual memory predicts Alzheimer's disease more than a decade before diagnosis. *Neurology* 2003; 60(1,2): 1089-1093.
15. Zonderman AB, Kawas CH, Giambra LM, Arenberg D, Costa PT. Changes in immediate visual memory predict cognitive impairment. *Arch Clin Neuropsychol* 1995;10: 111-123.
16. Kaskie B and Storandt M. Visuospatial deficit in dementia of the Alzheimer type. *Arch Neurol* 1995; 52: 422-425.
17. Schiffman SS, Graham BG, Sattely-Miller EA, Zervakis J, Welsh-Buhmer K. Taste, smell and neuropsychological performance of individuals at familial risk for Alzheimer's disease. *Neurobiology of Aging* 2002; 23: 397-404.
18. Coumeau D, Forquet S et Chunlier JA. Etude de le perte gustative des sujets âgés à domicile et en institution. *L'Année Gériatrique* 2004; 18.
19. Kurylo DD, Corkin S, Allard T, Zatorre RJ, Growdon JH. Auditory function in Alzheimer's disease. *Neurology* 1993; 43: 1893-1899.
20. Devanand DP, Michaels-Marston KS, Liu X, Pelton GH, Padilla M, Marder K et al. Olfactory deficits in patients with mild cognitive impairment predict Alzheimer's disease at follow up. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 1399-1405.
21. Lema VZ. Conversaciones con Enrique Pichon Riviere. *Sobre el Arte y la Locura*. Ed. Cinco, BA, 1988, pp.115-123.

El libro de 624 páginas, incluye 230 trabajos seleccionados de los casi 1000 aceptados para participar del II Congreso Argentino de Salud Mental - II Encuentro Interamericano de Salud Mental, realizado en 22, 23 y 24 de marzo de 2007 en el Hotel Panamericano de Buenos Aires y organizado por la Asociación Argentina de Salud Mental (AASM).

Esta obra, será sin ninguna duda, un manual de consulta indispensable en la que se incluyen los mas variados temas relacionados con la Salud Mental. Los mismos son de gran nivel científico y sus autores provienen de universidades, hospitales, instituciones y organismos de varias provincias argentinas, de América Latina, España e Israel, entre otros.

Valor del Libro:  
\$68 pesos (Argentina) o U\$S 22 (Exterior)

## FORMAS DE PAGO:

**Socios AASM  
10% de Descuento**

Tarjeta de débito  
Tarjeta de crédito

Además, para Argentina puede pagarse con tarjeta de crédito en:

### 3 cuotas sin interés

6 cuotas de	\$11,98 pesos
9 cuotas de	\$8.32 pesos
12 cuotas de	\$6,42 pesos
24 cuotas de	\$3,70 pesos

### INFORMES Y VENTA:

AASM. Ayacucho 234 - Tel 4952-8930  
E-mail: [www.aasm.org.ar](http://www.aasm.org.ar) - [administracion@org.ar](mailto:administracion@org.ar)

# El rol profesional y su formación en la educación chilena actual

Olga Ginzález Mesa\*  
Anais Aluicio González\*\*

\* Profesora de Psicología  
Universidad del Mar,  
Universidad Bolivariana

\*\* Estudiante de Psicología  
Universidad Santo Tomás  
Santiago de Chile - Chile

*Este trabajo obtuvo Primera  
Mención del jurado dentro  
del marco del II Congreso  
Argentino de Salud Mental,  
en marzo de 2007.*

Muchas veces los profesores exigen a sus discípulos que se comporten como profesionales, -o sea, que no pidan pautas para los trabajos, que creen, que "piensen"- tarea bastante difícil cuando la educación de la que estamos siendo parte, es de "estudiantes", no de profesionales en formación. Al respecto Labarrere, Ilizástigui y Vargas (Labarrere, Ilizástigui y Vargas, 2002:220) plantean:

"Enfocada la cuestión desde la dimensión participativa, no resultan equivalentes que el psicólogo en formación se incluya en las actividades considerándose un estudiante, como fue el caso de los períodos anteriores, a que lo haga desde el prisma de un profesional en desarrollo; en este último caso es más factible la activación de modelos y patrones de comportamiento profesional acordes a las demandas de la profesión en un momento determinado".

No es un secreto que la interacción entre los agentes que participan del proceso enseñanza-aprendizaje constituye un factor primordial en la educación. Esta interacción suele caracterizar el proceso, la construcción de conocimientos y el estilo, tanto del profesor, como de sus alumnos. Estudios como los de Gallo y Rey (2000); Mann y Quezada, (2002); Campos, León y Piñeda, (2002) han demostrado que cuando la interacción se caracteriza por la validación tanto del profesor como del alumno se genera un ambiente que les permite crecer a ambos, y que cuando la relación está sesgada por la superioridad de uno y la invalidez de otros se inhibe la participación y la interacción es bien pobre. Desgraciadamente la mayoría de las aulas en la actualidad se caracterizan por una relación del segundo tipo.

Si se asumiera una concepción tridimensional, como la que denominan los autores más arriba citados, en el proceso formativo de los profesionales se consideraría la participación del profesional en formación "como uno de los ejes principales, de hecho se plantea la profesionalización como un proceso de adquisición de los instrumentos culturales que permiten ampliar progresivamente la actuación profesional extendiéndola a través de diversos contextos de la actividad." (Labarrere, Ilizástigui y Vargas, 2002). Estos autores proponen la integración de tres componentes: "1) Una aproximación al desarrollo institucional desde la dimensión formativa; 2) una aproximación a los procesos participativos de los profesionales en formación y 3) una aproximación que redefina la posición, roles y atribuciones de los psicólogos en formación a partir de la profesionalización temprana". "La idea es que se debe establecer una relación, que evoluciona con el tiempo, donde el crecimiento institucional (está conectado con) genera la participación del profesional en formación y viceversa." (Labarrere, Ilizástigui y Vargas, 2001 en Labarrere, Ilizástigui y Vargas, 2002). Esta visión posibilita que los significados y mapas cogni-

tivos que construyan las personas estén en concordancia con el rol profesional, pues son distintos cuando se construyen desde la autopercepción de estudiantes.

Al respecto de la profesionalización temprana, consideramos que además de ser ésta un proceso que se asocia con la eficacia de la educación, la caracteriza. Los autores antes citados comentan: "Dado que la noción de profesionalización temprana implica en primer lugar considerar que las relaciones que se mantienen, desde el mismo inicio al interior de los sistemas formativos (instituciones, aulas, y otros espacios de desarrollo) deben ser vistas como relaciones entre un profesional en formación y un profesional que lo forma, entre colegas, diríamos, que actúan en un espacio formativo de responsabilidades compartidas." (Labarrere, Ilizástigui y Vargas, 2002:220).

Por otra parte, Mann y Quezada, (2002:71) afirman que "la interacción profesor - PEF presenta características que sólo es posible comprender considerando el contexto histórico-cultural en que se desarrollan". En el caso de Chile, se debe tener en cuenta el contexto de la Reforma Educacional, así como las características socio-culturales e históricas del país, que sin dudas caracterizan a la educación chilena.

## EL CAMINO HACIA EL PREGRADO

Una de las variables fundamentales en el proceso de enseñanza y aprendizaje es la interacción profesor - alumno. Según Campos, León y Piñeda, (2002:63) "se da una interacción unidireccional con los profesores, especialmente en dos fenómenos: el primero de ellos, se da al momento de la entrega de contenidos académicos, en la cual los educadores presentan un rol activo y los alumnos uno pasivo. El segundo, se encuentra relacionado con el uso de la autoridad para establecer el manejo de grupo donde las reglas, actividades y sanciones son determinadas por el educador. Un aspecto relacionado con esta última situación es la ausencia de una actitud de escucha en este actor, lo cual afecta en la comunicación y por ende en la interacción".

En resumen, el profesor es visto como el dueño de una verdad absoluta: la verdad del conocimiento, y los alumnos, son percibidos como el origen de la palabra lo plantea: alumno, o sea, sin luz. Estas concepciones generan interacciones que no favorecen una relación bidireccional que les aporten desarrollo tanto al profesor como al alumno.

Existen además otros factores que refuerzan estas percepciones: la comunidad, la familia y las institu-

ciones suelen legitimar, -mediante sus representaciones históricamente conformadas- esta concepción de un profesor omnisapiente y omnipotente que deja inválidos todos los intentos de los alumnos por romper ese ciclo, y los de los profesores por cambiar su estilo de enseñanza.

En la comunidad inculcan desde pequeños que las personas mayores poseen más conocimiento, pues como tienen una mayor experiencia tienen más elementos para opinar de cualquier tema. Los profesores "son los adultos en el aula, por tanto, ellos tienen que determinar las reglas" (Campos, León y Piñeda, 2002, pág. 74). Como sabemos, no siempre es así: si es cierto que han vivido más, también es cierto que han vivido épocas distintas, y las diferencias generacionales juegan a favor tanto del profesor como de los alumnos. Por otra parte, socialmente un profesor tiene más credibilidad que un estudiante, existe la concepción de que el estudiante "aprende" y el profesor "enseña", y ésto lo interiorizan, como parte de la comunidad, tanto el maestro como el alumno.

La familia, como parte de la comunidad, comparte muchos de sus valores y creencias, como las que expone con anterioridad, pero además, son actores clave en la educación de sus hijos, son el núcleo fundamental de la sociedad, por lo que no sólo le transmiten, sino que le refuerzan a sus hijos la concepción de un profesor superior, casi infalible, tal como lo hicieron sus familiares con ellos y en consecuencia con el rol que ellos cumplieron durante su época de estudiantes.

La institución educacional, por su parte, con sus mecanismos de funcionamiento, refuerza esta interrelación unidireccional. Los libros de asistencia, los agentes represivos como los inspectores, los cuadernos de anotaciones, entre otros, no son más que mecanismos que perpetúan esta visión de que es el estudiante el que se debe adecuar a un sistema del cual el profesor es víctima también, pero en el que juega el papel de controlador, no de mediador.

Todas estas variables hacen al profesor un ente inaccesible y al estudiante un actor secundario en la obra de la enseñanza-aprendizaje.

## ¿ESTUDIANTES O PROFESIONALES EN FORMACIÓN? ¿PROFESOR O COLEGA?

Resulta esperable, según la educación que reciben los estudiantes en años anteriores, que lleguen a la enseñanza superior con estas representaciones de sí mismos y de sus profesores: "un modelo de educación tradicional internalizado por los interactuantes restringe la participación del profesor en el aprendi-

zaje del estudiante al salón de clases, amén de no considerar el rol de los pares como un aporte al coaprendizaje". (Mann y Quezada, 2002, pág. 72) Es así que esta visión que hemos compartido anteriormente del profesor y del estudiante, se hace duradera hasta la etapa universitaria también.

Los profesores no son vistos como colegas, aún cuando los "estudiantes" están mucho más cerca de serlo que en los niveles educacionales anteriores. Esto genera en los discípulos una ansiedad relacionada con su actividad profesional, provocando mucha inseguridad en el momento de enfrentarse con tareas profesionales.

Como habíamos dicho con anterioridad, estos no son fenómenos que se evidencien aisladamente, sino en la interrelación entre ambos agentes, una interrelación donde, en un contexto determinado, ambos potencian el rol propio y el del otro, perpetuando las diferencias que los alejan de las vivencias de igualdad y crecimiento en conjunto.

Según Mann y Quezada (2002) se evidencia una polaridad en el quehacer de los supervisores académicos, específicamente de Psicología, "ubicándose en un extremo aquellos docentes que cumplen un rol formal, centrados en el cumplimiento de las exigencias académicas pautadas por la dirección de la Escuela de Psicología, con escaso involucramiento afectivo con los supervisados, una actitud distante y pasiva, que no le exige mayor compromiso y desarrollo personal al docente"; y en el otro polo, "se ubican los supervisores que asumen un rol que adquiere principalmente características de vinculación afectiva y que postergan a un segundo plano los requerimientos académicos", asumiendo así una actitud activa que promueve el desarrollo tanto en los PEF como en sí mismo.

En general, y según lo evidencia el estudio realizado por Mann y Quezada (2002), por lo general, las interrelaciones profesor-alumno se caracterizan por:

- Escaso involucramiento afectivo.

- Actitud distante y pasiva del profesor, que lo aleja de su desarrollo personal y del compromiso afectivo con la labor pedagógica.

- Alejamiento de la teoría con respecto a la práctica en las interrelaciones: tanto profesores como alumnos consideran importante la interrelación cercana y comprometida, pero esto no se evidencia en la práctica.

- El estudiante juega un rol pasivo: asume los conocimientos que le imparte el profesor; mientras que el profesor asume la responsabilidad de transmitir estos conocimientos.

- La relación no es considerada como un espacio para el enriquecimiento mutuo.

- No existen las habilidades necesarias en los docentes para asumir un rol mediador, privilegia los aspectos formales y académicos, en desmedro de la contención emocional que demandan los alumnos supervisados.

- El profesor se ubica en un nivel jerárquico superior que no favorece la participación y el despliegue de recursos personales de los alumnos, a la vez que mantiene la asimetría de los roles diferenciados.

- Existen falencias en la formación personal de los alumnos, las cuales condicionan el rol que asumen alumnos y profesores.

El tipo de relación que considera una interacción entre "alumno" y "profesor" genera el fenómeno "sorpresa del despertar" (Labarrere, 1993, en Labarrere, Ilizástigui y Vargas, 2002); que se relaciona con el concepto de "hito de transición" estudiado por la Antropología. El "estudiante" se duerme un día antes de su graduación y a la siguiente mañana se despierta, después de haber discutido su diploma, siendo un profesional. Este no constituye sólo un hecho curioso, sino que además genera una ansiedad y un sentimiento de inadecuación producto del cambio súbito en las personas que durante tantos años de su vida cumplieron con un rol que de repente cambia, considerando las exigencias que este cambio conlle-



**moebius**  
**difusión psi**

**MOEBIUS DIFUSIÓN se especializa en difundir actividades y eventos relacionados con la salud mental y la cultura en general: congresos, jornadas, cursos, reuniones, presentación de libros y cualquier otra información que pueda interesar a la comunidad psi. Contamos con la lista mas grande de e-mails de profesionales e instituciones psi Argentinas y del Mundo. Si desea difundir un evento o actividad psi, contáctese con nosotros a:**

**[info@moebiusdifusion.com](mailto:info@moebiusdifusion.com)**

va. Es así como la mayoría de los profesionales comenta que se siente “desnudo” al salir de la universidad, pues durante muchos años fueron preparados para ser alumnos, en el mejor de los casos buenos alumnos, pero no para ser profesionales.

Tanto el profesor como el profesional en formación tienen experiencia previa en el sistema educacional, o sea, el profesional en formación no llega a la sala de clases sin conocimientos, con el propósito de que “le enseñen” lo que la directiva de la institución educacional considera que él debería saber. Estas actitudes afianzan el rol pasivo de los estudiantes y la invalidación de grupo que componen.

### EL CAMINO DEL CAMBIO

Seamos realistas: una transformación como la que se propone no se conquista con la facilidad con que se cambia de “etiqueta” al recibir un título universitario, ya que implica un cambio de concepciones muy fuerte y el accionar de varios actores, sin embargo, aquí se proponen vías que pudieran favorecer el inicio de este cambio tan necesario para la educación actual.

### CAMINAR DESDE LA INSTITUCIÓN

Si consideramos que lo que se necesita cambiar es la manera en que enseñamos y aprendemos, se debe partir por el análisis de qué en específico y a quiénes se deben motivar para alcanzar este cambio. En este caso se consideran cuatro variables: los programas educativos, los procesos evaluativos, los estudiantes y los profesores.

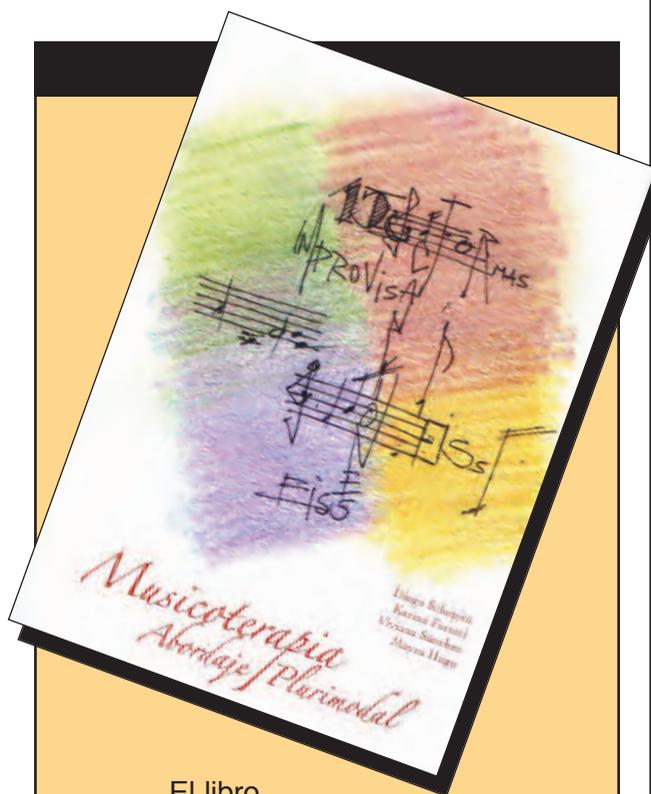
#### Programas educativos

En la actualidad los programas están diseñados para ser impartidos por un profesor a un alumno, o sea, constituyen el qué y el cómo de los conocimientos que un profesor debe transmitir a sus estudiantes. En la actualidad un programa educativo no es la herramienta que co-construyen los P. E. F. con sus profesores, que permite la guía de ambos hacia la ampliación de sus conocimientos. Se impone, por tanto, una nueva mirada hacia la construcción de los programas de estudio. Esta importante actividad requiere, decididamente, mayor participación desde los estudiantes; una mayor implicación y responsabilidad en la medida en que se va avanzando en la formación, de manera que exista, de parte de ellos un mayor nivel de implicación y responsabilidad. Los cambios y posiciones de los estudiantes, que

hoy se viven en el país, acaso reflejan la búsqueda de un nuevo rol, de una posición distinta a la que se les ha conferido tradicionalmente. Desde luego, las demandas en este sentido no siempre han sido bien encaminadas ni adecuadamente formuladas. En este camino debe avanzar la educación, lo único que no puede obviarla.

#### Procesos evaluativos

Hoy las evaluaciones perpetúan la visión de comprobación de conocimientos, son la herramienta fundamental para comprobar cuánto aprendió el estudiante y en ocasiones, cuánto fue capaz de enseñar el profesor; de esta manera refuerzan el rol de profesor que tiene conocimiento y que comprueba si el alumno obtuvo esa sabiduría. Las calificaciones no se obtienen, se reciben. Los procesos evaluativos de hoy -por lo general- no son una actividad que



El libro

#### "Musicoterapia. Abordaje Plurimodal"

de Diego Schapira, Karina Ferrari, Viviana Sánchez, Mayra Hugo surge del trabajo cotidiano en

el programa ADIM (Asistencia, Desarrollo e Investigación en Musicoterapia).

Para información sobre donde adquirir la obra comunicarse con la Lic. Karina Ferrari al mail [kferrari@programaadim.com.ar](mailto:kferrari@programaadim.com.ar)

contribuye a la construcción de nuevos saberes, y que posibilita una interrelación entre el P. E. F. y el profesor.

#### *Los estudiantes*

Los estudiantes, en su gran mayoría, son aquellas personas que llegan a una sala de clases sin saber los temas que se tratarán en la asignatura y esperan la aparición de otra persona que tiene más conocimiento que ellos y que se los va a transmitir. Ellos tienen la responsabilidad de estudiar, para que esos conocimientos formen parte de sus haberes académicos. Los estudiantes, por lo general, no son profesionales en formación, se convierten en profesionales un día en que alguien, que también tiene más conocimiento que ellos, les da un título universitario. Ellos no guían el proceso de su aprendizaje, ni son un agente activo en él, sólo reciben la información que deben manejar, y esperan poder demostrar en los momentos designados para esto que memorizaron adecuadamente el contenido que les expuso su profesor. Se echa de menos un cambio de concepción en los roles: que un estudiante no sea sólo el que estudia y que un profesor no sea sólo el que enseña, se impone el compartir esos roles, el desempeñar las acciones necesarias para que ambos agentes se activen y generen conocimiento: para sí mismos, para los otros, y para la comunidad académica en general; es por esto que ser un profesional en formación debería implicar ser más que estudiante, y más que profesor, debería significar ser ambos, compartir los roles, sentirse ambos un tanto aprendices y un tanto expertos -según las concepciones vigentes- no sólo en teoría, sino en la práctica profesional y académica.

#### *Los profesores*

Profesor: persona mayor que los estudiantes que tiene conocimientos que le transmite a los alumnos. Posee una fuerte concepción de que sus pupilos no manejan los temas que él va a tratar en clase. Antónimo de profesional que colabora con otros que se están formando y que en el espacio de la sala de clases conforman un ambiente colaborativo de co-construcción de conocimientos.

Según esta definición, la cual es lamentablemente vigente, se menosprecia el valor de los estudiantes, pero también de los profesores, así como sus capacidades de agencia: un maestro puede ser mucho más que un transmisor de conocimientos, pudiera dejar de significar omnisapiencia para representar potenciación (propia y de otros). Visto de esta manera, el profesor no sólo será un receptáculo de conocimiento, sino además un generador del ambiente y de la

posibilidad para la creación del mismo, no sólo en su quehacer, sino en el de sus discípulos. Entonces, si el estudiante debería desempeñarse como profesional en formación, quizás el profesor debería actuar como profesional en desarrollo. Los profesores también están necesitando reivindicación, están necesitando cierta "liberación", que además, les permita interactuar de una forma más equilibrada con sus estudiantes, de una manera en la que si se acercan afectivamente, no necesariamente se alejen académicamente, pues estos aspectos no tienen por qué significar polaridades.

#### CAMINAR JUNTOS

---

Teniendo en cuenta el panorama expuesto con anterioridad, se necesita entonces un cambio que posibilite una transformación. En éste deben estar incluidos los agentes antes mencionados.

Considerando que la institución es uno de los agentes de cambio fundamentales, podría convertir en protagonistas a los profesionales en formación, involucrándolos en la elaboración de los programas de las asignaturas, pues de esta forma, y con la colaboración de los profesores, podrán utilizar los conocimientos previos (de ramos anteriores y de su experiencia académica) para diseñar las vías de apropiación de los nuevos. Esto sería un proceso de co-construcción que además permitiría a los P. E. F. estar mejor preparados para las horas académicas en que participarán después, y a los profesores les ayudaría en el proceso de enseñanza-aprendizaje, transformando además su concepción de dicho proceso. Además, predispondría positivamente a los alumnos de primer año, para la labor que realizarán más adelante y para el nuevo rol que desempeñarían. Podría proponerse que los P. E. F. de los últimos años, además, co-diseñaran, según sus experiencias y conocimientos durante sus años de formación, las asignaturas que recibirán los de primer año. La elaboración de estos programas, además, pudiera formar parte de un proceso evaluativo, que además coincide con el modelo de que se ha hablado, así también cambiaría la concepción de la actividad evaluativa, y se crecería su valor agregado.

Según los ejes propuestos, si caminamos todos desde donde actuamos y en la misma dirección, "llegaremos a Roma", aunque en este caso no todos los caminos nos conduzcan hacia ésta: en esta ocasión, sería prudente meditar acerca de cómo y por dónde transitar. Sin embargo, si lo hacemos juntos, nuestro peregrinar podría resultar ameno y sobre todo, muy productivo.

## CONCLUSIONES

En la actualidad sucede, -como en casi todos los procesos que comienzan-, que las etiquetas que se vinculan con un proceso más efectivo de enseñanza-aprendizaje no son más que eso: nombres, y cuesta mucho llevarlos a la práctica. Uno de esos términos es el de profesional en formación. En el presente trabajo hemos visto cómo, además de ser bonito para los oídos, es un término que implica muchas transformaciones en el proceso educacional y en las concepciones de quienes participan en éste; (profesores, instituciones, comunidades, alumnos, etc.). Sin embargo, existen voces que cada vez se escuchan más fuertes, que nos brindan pautas e ideas acerca de cómo transformar una visión social y profesional del proceso de enseñanza-aprendizaje, y que nos hacen considerar cada vez menos utópica la interrelación entre profesores y alumnos como profesional-profesional en formación, con todo lo que esto implica.

Una visión tridimensional del proceso nos ayudará a concretar una mejor educación y a reducir la brecha que actualmente existe entre un "alumno" y un "profesional en formación".

La implementación de transformaciones en el funcionamiento de las instituciones impulsará a la evolución de los agentes que influyen en el proceso de

enseñanza-aprendizaje, iniciando un cambio que en el futuro puede significar una mutación de las concepciones y los métodos de enseñanza actuales; las instituciones tienen un rol primordial en esto.

## BIBLIOGRAFÍA

Campos, M., León, M. y Piñeda, L. (2002). *Interacción profesor-alumno y su representación social en Educación General Básica. Memoria para optar al título de Psicólogo, Escuela de Psicología, Universidad Santo Tomás, Santiago, Chile.*

Gallo, F. y Rey, M. C. (2000). *Representaciones sociales de los profesores y aprendices acerca de sus interacciones en el proceso formativo de los Psicólogos. Memoria para optar al título de Psicólogo, Escuela de Psicología, Universidad Santo Tomás, Santiago, Chile.*

Mann, S. y Quezada, C. (2002) *Interacción profesor-profesional en formación y su representación social: un estudio en la Educación Superior. Memoria para optar al título de Psicólogo, Escuela de Psicología, Universidad Santo Tomás, Santiago, Chile.*

Labarrere, A., Ilizástigui, L. y Vargas, A. T. (2003) *La formación del Psicólogo: contribuciones desde una concepción tridimensional del proceso formativo. En Villegas, Marassi y Toro Editores. Problemas centrales para la formación y el entrenamiento profesional del psicólogo en las Américas. (pp. 197-224). Santiago: Universidad Mariano Egaña, Universidad Central, Universidad Diego Portales.*

## REGLAMENTO DE PUBLICACIÓN DE ARTICULOS

- Los trabajos deberán ser enviados al director de la Revista Conexiones, Dr. Eduardo Grande.
- El Comité Editorial de la revista se reserva el derecho de rechazar los originales que no considere apropiados o cuando no cumplan con los requisitos mínimos.
- Los trabajos serán evaluados por el comité científico de la revista.
- Los trabajos no deberán haber sido publicados anteriormente ni presentados simultáneamente a otra publicación. Si fue publicado anteriormente, y el artículo sea considerado de sumo interés, el autor deberá presentar la autorización del editor que lo haya publicado con anterioridad.
- Se presentará el trabajo original acompañado de tres copias (texto, gráficos e ilustraciones si las hubiere) en diskette o CD, aclarando el formato de los mismos.
- Deberá tener una extensión total de entre 4 y 7 páginas con letra arial N° 14.
- Deberá figurar: Título del artículo, nombre y apellido de los autores, institución a la que pertenecen, localidad y país. Dirección, teléfono, e-mail y fax de los autores.

Los autores son los responsables exclusivos de toda la información que se incluya en el artículo.

- Resumen del trabajo y palabras clave en castellano y en inglés y no excederá las 200 palabras.
- Si el artículo fuera resultado de un trabajo de investigación, deberá constar de las siguientes partes: Introducción, Material y Método, Resultados y Conclusiones.
- Referencias bibliográficas: Bibliografía de Revistas: Apellidos e iniciales de todos los autores (a partir de tres autores se añadirá "y cols."), título del trabajo en su idioma original, nombre de la revista, número de volumen, primera página y año. Bibliografía de Libros: Apellidos e iniciales de todos los autores, título del libro en su idioma original, páginas, editorial, ciudad y año, en este orden.
- Las publicaciones presentadas para que sea considerada su publicación que no cumplan con los requisitos explicitados anteriormente serán remitidos al autor responsable para su modificación.

Hipnótico no benzodicepínico de rápida absorción

**NUEVO**

*Desde ahora  
tratar exitosamente  
el insomnio  
ya no es más  
un sueño imposible*

# 8horas<sup>®</sup>

Eszopiclona

*El sueño posible*

**8horas** Mejora la conciliación del sueño y disminuye el número de despertares.

**8horas** Excelente tolerabilidad y mínimo perfil de efectos adversos.

**8horas** Sin efectos sedativos o cognitivos al despertar.



Presentaciones:

**8horas 1 mg y 3 mg:**

Envases conteniendo  
30 comp. recubiertos

**8horas 2 mg:**

Envases conteniendo  
10 y 30 comp. recubiertos

Para mayor información  
llámenos al: 0800 999 2495  
o visite nuestro sitio web:  
[www.elea.com](http://www.elea.com)



**ELEA**  
DIVISION  
NEUROPSIQUIATRIA