

Helena Lunazzi

Colaboradoras:

María José Sánchez Vazquez

María Laura Luciani

Relectura del Psicodiagnóstico

*El juicio clínico, problemáticas epistemológicas,
metodológicas y éticas*

(Vol. 1)

 **Lugar**
Editorial

MARRADI, A.; ARCHENTI, N. y PROVANI, J. I. (2007) *Metodología de las Ciencias Sociales*. Buenos Aires. Emecé.

MARTÍNEZ MAZOA, F. (2001) *Historia de la Filosofía Antigua*. Madrid. Akal.

MARTÍNEZ MIGUÉLEZ, M. (1995) "Enfoques metodológicos en Ciencias Sociales". Ponencia presentada en el Seminario sobre Enfoques Metodológicos en las Ciencias Sociales. Universidad Simón Bolívar, 26, 27 de Enero de 1995. Obtenido de <http://prof.usb.ve/miguelm/enfoquesmet.html>

MARTÍNEZ MIGUÉLEZ, M. (1999) "Criterios para la superación del debate metodológico 'Cuantitativo/Cualitativo'". *Revista Interamericana de Psicología*, 33 (1), pp. 79-107. Obtenido de <http://miguelmartinezm.atspace.com/articulos.html>

MATURANA, H. (1987) *Ontología del observar*. Santiago de Chile. Editorial Universitaria.

MORIN, E. (1999) *La cabeza bien puesta: Repensar la reforma* *sà Reformar el pensamiento*. Buenos Aires. Nueva Visión.

ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS (1948) Declaración Universal de los Derechos Humanos. Obtenido de <http://www.un.org/es/documents/udhr/>

ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS (1963a). Pacto de Derechos Civiles y Políticos Obtenido de <http://www2.ohchr.org/spanish/law/ccpr.htm>

ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS (1963b). Pacto de Derechos Económicos, Culturales y Sociales. Obtenido de <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cesr.htm>

RICOEUR, P. (2003) *Lo justo*. Vol. I. Madrid. Caparrós.

RICOEUR, P. (2006) *Caminos de reconocimiento*. México. FCE.

RICOEUR, P. (2008) *Lo justo*. Vol. II. Madrid. Trotta.

SÁNCHEZ VAZQUEZ, M. J. y LAHITTE, H. B. (2013) Ciencias del hombre e investigación". En M. J. Sánchez Vazquez (Coord.) *Investigar en Ciencias Humanas. Reflexiones epistemológicas, metodológicas y éticas aplicadas a la investigación en Psicología*. La Plata. Edulp, pp. 18-43. Versión on line <http://hdl.handle.net/10915/27889>

SCHWARTZ, L. (1998) "Algunas problemáticas epistemológicas relacionadas con el psicodiagnóstico". *Psicodiagnosticar*, VIII, Año VIII, pp. 26-32.

TOULMIN, S. (1977) *La comprensión humana. El uso colectivo y evolución de los conceptos*. Madrid. Alianza.

UNIÓN INTERNACIONAL DE CIENCIA PSICOLÓGICA Y ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE PSICOLOGÍA APLICADA (2008) Declaración Universal de Principios Éticos para Psicólogos y Psicólogos. Obtenido de <http://bvs.psi.uba.ar/local/File/DeclaracionPrinEticosSIPPDF>

VASILACHIS DE GIALDINO, I. (2008) "Los fundamentos epistemológicos de la investigación cualitativa". En N. Cohen y J.I. Piovani (Comps.) *La metodología de la investigación en debate*. Buenos Aires. Eudeba, pp. 197-218.

WHITEHEAD, A. (1961) *Aventura de las ideas*. Buenos Aires. Compañía General Fabril.

Pensando la salud y la enfermedad

Helena Lunazzi

La salud y la normatividad

"La salud es un estado estadísticamente raro y, sin embargo, en absoluto anormal."

Kubie, L. (1974)

"Las estadísticas me producen la misma impresión que las minifaldas: muestran lo atractivo y ocultan lo vital."

Doris Band (Houston Gerontology Society, 2006)

Pensamos que es de interés revisar este tema para prepararnos en distinguir categorías que habitualmente pasan por la mente del psicodiagnóstico y que la demanda requiere en sus interrogantes. Nos pregunta un paciente con diagnóstico de fibromialgia, desconcertado cuando todos los estudios médicos descartan que sea una fuente orgánica su padecimiento: "Yo ¿estoy enfermo?", o cuando otro paciente se plantea dejar la psicoterapia y declara "¡Ahora estoy sano!". O, en otra situación, también, cuando luego de revelarnos vivencias muy confusas y problemáticas otra paciente nos interroga angustiada: "Lo que a mí me pasa, no es normal, ¿verdad?".

Desarrollaremos el tema "la salud y la normatividad" retomando y actualizando lo expresado en *Lectura del Psicodiagnóstico* (Lunazzi, 1992).

Preguntas al lector:

- ¿Cómo pensar la normalidad? No ser normal, ¿es estar enfermo?
- ¿Contribuyen los criterios de adaptación social para estimar la enfermedad y salud de un sujeto?
- La normalidad ¿se configura durante toda la vida del sujeto? ¿Es estable?
- La libertad ¿es saludable?
- Tener conflictos ¿es sano?
- La búsqueda de la salud ¿enferma?

Si bien las nociones de salud, normalidad, patología son de uso cotidiano, pueden llegar a constituir marcos excesivamente estrechos cuando se trata de dar cuenta de las especiales constelaciones subjetivas en que pueden diferenciarse, a la vez que hacerse reconocibles, los sujetos. Ya que los supuestos teóricos a su vez se apoyan sobre ciertas concepciones antropológicas, revisaremos los criterios de referencia dentro de nuestro contexto específico, el psicodiagnóstico, intentando explicitarlos y examinarlos desde el ángulo de nuestros requerimientos.

Normalidad

Comenzaremos con la noción de normalidad. Como sabemos, se trata de una noción que puede ser definida por quienes detentan la autoridad médica, política, social, económica, moral, jurídica o filosófica, siendo cualquiera de ellos un hecho muy riesgoso, pues puede ser manipulada en función de intereses y valores sectarios. De esto tenemos muchos crueles ejemplos en la historia antigua y contemporánea que dan sustento a actitudes discriminatorias y/o persecutorias.

Concebida la normalidad en términos numéricos –"el porcentaje mayoritario" de ciertos comportamientos o puntos de vista– constituye un lugar de exclusión respecto de las minorías (discapacitados, negros, judíos, aborígenes, migrantes y otros grupos).

Ala vez, al referirnos a la normalidad, se nos aparece como una noción poco confiable, que puede usarse para inducir soluciones conformistas. La referencia a la "norma" se halla presente implícitamente en múltiples trabajos de evaluación teórica y práctica donde los juicios de valor consistentemente se filtran.

Al respecto, resulta interesante lo que señala Nina Rausch de Trauben-berg, cuando se pregunta:

Pero ¿qué sentido dar al término normalidad? ¿Un sentido de media, como la referencia estadística que se asimila al mayor número? ¿O un sentido de organización ideal? ¿Pueden confundirse estos dos sentidos?, lo que parece ocurrirle a la Escuela de Hartmann cuando hace de la adaptación a la realidad uno de los criterios de la conducta normal. (Rausch de Trauben-berg, 1989).

Por otro lado, como reflexiona Jean Bergeret, de hecho, normalidad se enfoca en la mayoría de los casos en relación con los demás, con el ideal o la regla.

El niño se identifica con los mayores, el ansioso los imita, se preguntan ¿cómo hacen los otros?, ¿cómo hacen los mayores? (Bergeret, 1983).

Se destaca, de este modo, que es mediante los procesos de identificación al otro vivido como organizador valioso, que el sentido de la normalidad se incorpora en la construcción de la subjetividad.

Entonces, ¿qué noción de normalidad habremos de considerar en psicodiagnóstico ya que anormalidad muchas veces se equipara con enfermedad?

Werner Wolf (1950) distingue, anticipando el sentido axiológico implícito, tres tipos de definiciones de normalidad:

- a) estadística,
- b) normativa, y
- c) clínica.

Vamos a analizar y discutir la utilidad para nosotros, los psicólogos, los psicodiagnostificadores de cada una de estas dimensiones:

a) *El concepto estadístico*: una persona es normal cuando está próxima a la tendencia de un grupo típico de individuos.

Este criterio no nos sirve porque hay enfermedades que se dan en la mayoría de la población, por ejemplo, la gripe o la desnutrición en algunas zonas superpobladas, y la tuberculosis en ciertas zonas donde es endémica. Por otra parte, hay ciertos fenómenos como el virtuosismo para la música o el alto nivel intelectual que están fuera del término medio y no por ello podrían considerarse rareza o enfermedad.

Entraríamos en el riesgo de equiparar –si nos sometemos a la curva de Gauss– mediocridad con normalidad y conducta superior con anormalidad.

Diferenciar desde la norma estadística, enunciado que puede parecer-nos a los psicólogos bastante verosímil cuando trabajamos con criterios nomotéticos, implica el riesgo de asimilar como enfermo lo “especial” o “distinto” inmerso en la cultura, el desvío de la norma con anormalidad y con enfermedad.

En psicodiagnóstico la información estadística queda siempre en suspenso, pues nos posicionamos en la subjetividad. Es el modo de organización peculiar y permanente más profundo y característico de ese ser humano único. Las estadísticas pueden solo comparar características observables o comunicadas conscientemente por las personas, es decir, niveles “visibles y externos” manifestos del comportamiento.

Más específicamente, revisemos algunas limitaciones importantes cuando buscamos basarnos en la metodología estadística. En relación con los resultados de estudios clínicos, C. Ochoa Sangrador, plantea:

¿Importancia clínica o significación estadística? Una diferencia indispensable para tomar decisiones. Mientras que los criterios para juzgar la significación estadística de los resultados de estudios clínicos cuentan con suficiente consenso, no existen estándares reconocidos a la hora de establecer su importancia clínica. Menciona que es frecuente que a la hora de resaltar la importancia de los resultados de un estudio se emplee el término “significativo” (ejemplo: “encontramos un significativo descenso de la duración de los síntomas”), cuando lo “significativo” no es el tamaño del efecto encontrado (ejemplo: descenso en la duración de un síntoma de gripe de 0,5 días) sino la probabilidad de que no se deba al azar (su significación estadística). Debemos ser precisos a la hora de presentar los resultados científicos diferenciando claramente lo que es “clínicamente importante” y lo que es “estadísticamente significativo”. Para evitar confusión parece recomendable limitar el uso del vocablo “significativo” a la indicación

del nivel de significación estadístico de un contraste de hipótesis (Ochoa Sangrador, 2010)¹ (los términos destacados son nuestros).

Tomemos en cuenta, cuestionando la definición estadística de normalidad, donde la diferencia entre normal-anormal se presenta como numérica y cuantitativa, que supone la distribución simétrica estadísticamente esperada. Suponen que las conductas, las personalidades, las predisposiciones, las capacidades, los rasgos, se distribuyen según la curva de Gauss. El rango medio reuniría a los psicológicamente normales, los dos extremos corresponderían a la psicopatología, la anormalidad o la desviación. Pero la línea que separa estos grupos es antojadiza, de fronteras laxas. Son entonces obvias algunas limitaciones de este enfoque estadístico, sintéticamente:

Limitaciones:

1. no necesariamente lo más frecuente es normal. Es muy usual que los escolares presenten pediculosis, sin embargo, no deberíamos aceptar que es un fenómeno normal.

Como anticipamos,

2. al no estar definido el punto de la curva de frecuencia en el cual el normal pasa a ser anormal, no sirve en la práctica como instrumento normalizador, capaz, por ejemplo, de indicar con precisión quién necesita ayuda.

Pasemos ahora al segundo significado de normal planteado por W. Wolff:

¹ Compartimos un ejemplo proveniente de nuestras propias investigaciones: Presentación de las normas regionales de Argentina para la Técnica Rorschach, Sistema Comprehensivo Investigación (2004-2007), I Congreso Iberoamericano sobre Técnicas de Investigación de la Personalidad, 11-15 de septiembre de 2011, Goyania. Brasil. El análisis comparativo entre Regiones, según Medias de Sum T:

La Plata	0.71
Alto Valle	0.72
Río Gallegos	0.74
Mar del Plata	0.78
Rosario	0.84
La Pampa	0.90

La Plata difiere solo significativamente según estudio estadístico de La Pampa. No difiere de las demás zonas. Notemos sin embargo, que la significación clínica de Sum T, se considera cuando supera 1.00.

b) *El concepto normativo*: es normal aquella persona que cumple con las reglas éticas (las normas) del grupo al que pertenece: se muestra asimilada a las expectativas de conducta habituales de su grupo de pertenencia.

Es decir, se prescribe como normal ser haragán, infiel, boca sucia, ladrón si el "grupo" lo demanda. Esta dimensión, especialmente en tanto escena de la legalidad acordada por la convención compartida en determinado tiempo y cultura, es muy poco confiable pero de notable peso ideológico larvado en la mente del psicólogo. Naturalmente, también en tanto pauta identificatoria y adaptativa de los sujetos es una adquisición que resuelve conflictos que se plantearían si resisten al grupo de pertenencia.

En este sentido que acabamos de considerar, normalidad se aproxima mucho al concepto vulgar de adaptación. Así, normalidad se confundiría con el mejor ajuste adaptativo. La cuestión particular es si el mejor ajuste adaptativo se asemeja con la población mayoritaria o, contrariamente, con grupos transgresores o especialmente peculiares. Desde la perspectiva de la adaptación, según la cultura mayoritaria, la pareja fiel, el alumno comprometido y activo, la o el joven de vocabulario "higiénico", pasarían a hallarse dentro de cierto rango "anormal" o "enfermo". Igualmente, podría concebirse a un severo enfermo mental simplemente como "un hombre no adaptado a su medio".

No es útil confundir "ajuste" con "adaptación" porque confundiremos adaptación con criterio de conformismo social. Es una forma reduccionista de concebir el proceso de adaptación que, tal como lo desarrollara Jean Piaget, implica complejos procesos entre las estructuras de las personas y sus medios. La adaptación, recordemos, se realiza entre dos tipos de equilibrios: el equilibrio interno (homeostasis) y el equilibrio externo. Adaptación como el equilibrio entre la asimilación (acción del medio sobre el organismo) y la acomodación (o modificación) que sufre el organismo en su esfuerzo por transformar el medio (Piaget, 1981). Estamos incorporando esta nota para distinguir adaptación como ajuste externo, como falsa acomodación del "sí mismo" (*Self*) respecto de involucramientos críticos y creativos con el contexto familiar y social de pertenencia, lo que marcaría un verdadero involucramiento adaptativo.

Reflexionando sobre un ejemplo, se vuelve -esperamos- más explícito que erróneo asimilar adaptación (conformismo social-salud) versus inconformismo (inadaptación).

Sabemos que transitamos un amplio cuestionamiento acerca de los roles tradicionales femenino y masculino. Repetir ajustadamente los roles de los propios padres y abuelos sería una pauta muy "adaptada",

pero muy "enferma" en términos de cristalización de lo aprendido y así como cerrado al cambio y la transformación. El hombre y la mujer van creando nuevas experiencias vinculares que pueden ser vistas como "inadaptadas": ilustrativamente, que el hombre planche o cocine en el hogar o saque las telarañas, o que la mujer no tolere ser golpeada y sostenga, aun en pareja, un espacio para desarrollar una profesión o realizar viajes en forma individual, puede aún, en ciertas culturas, resultar muy desviado.

Nuevamente el criterio de la normalidad ética no nos sirve, pues pueden aparecer como no éticos y anormales sujetos lo suficientemente sanos como para cuestionar y transformar sus medios. O, por el contrario, muy normales sujetos que han hipotecado sus recursos fantasmáticos, energéticos o críticos en pro del ideal social, del "deber ser".

Según el modo en que nos posicionemos respecto del proceso de adaptación del hombre en el mundo, podrían afectarnos e infiltrarse en nuestras evaluaciones e intervenciones si pensamos en la adaptación tanto como un proceso estático como dinámico. La estática es una forma de adaptación a las normas que deja inalterada toda la estructura del carácter e implica simplemente la limitación para adoptar un nuevo hábito. Por adaptación dinámica entendemos aquella especie de adaptación que ocurre, por ejemplo, cuando un niño sometido a las órdenes de un padre severo, se transforma en un "buen chico" (porque lo teme tanto que no puede actuar de otra forma). Pero conserva en él la posibilidad de respuestas y comportamientos espontáneos y elegidos, cuando el contexto vincular cambia. La sociedad, las leyes, la cultura, no solo son imposiciones a las cuales al sujeto le cabe someterse. No solamente el hombre es producto de la historia, sino que también la historia es producto del hombre, de su capacidad de involucramiento y transformación.

Fuimos perfilando nociones que apuntan al aspecto subjetivo, variable y matizado de "normalidad" puesto de manifiesto en el trato con la realidad externa, pero además, en función de las realidades y capacidades psíquicas de cada individuo.

Retomemos ahora el punto tres de la propuesta de W. Wolf:

c) *El concepto clínico*: la perspectiva clínica nos provee parámetros más aceptables que la estadística o el ajuste a la cultura de pertenencia, parámetros que permiten concebir a la salud y a la enfermedad no como expresiones de dicotomías irreconciliables, sino como puntos dentro de un continuum.

El punto extremo de anormalidad del continuum estaría representado por aquel sujeto que no puede gobernarse a sí mismo poniendo en peligro su vida y la de los demás: su peligrosidad es destructiva. Pondríamos en

el otro extremo como normal "el amor" por la vida y su cuidado. Dijimos polos extremos, pero reflexionemos: ¿en cuántos grados e intensidades pueden dichos polos dispersarse en cada sujeto?

Entramos nuevamente a reconocer que aun estableciendo polos, también resultarían criterios evasivos. Por ejemplo, si el principio "normal, sano" de conservación y amor por la vida (polo positivo) que parecería subyacer, queda supeditado a "valores" o "ideales" superiores como en las inmolaciones de los bonzos o kamikazes. En tales casos, el valor de la vida no oficia de criterio, ya que hay elecciones o ideales más valiosos que la propia vida, siempre desde la perspectiva de la gente con tales ideales, se encontrarían aquí los muchos casos de razones heroicas. ¿Dónde situar la desmesura del adicto, en quienes el objeto droga captura al sujeto? ¿O la de la anoréxica, cuyo modelo de figura ideal la aniquila como cuerpo y sujeto?

En el abordaje clínico, para organizar nociones diferenciales en el continuum de salud, proponemos introducir cuestiones de gratificación, satisfacción, libertad, permanencia, acción, sublimación versus sufrimiento, malestar, rigidez, inestabilidad, detención o regresión.

Al decir de Sigmund Freud en "Introducción al psicoanálisis":

La diferencia entre la salud y la neurosis no es sino, pues una diferencia relativa a la vida práctica y depende del grado de goce y de actividad de que la persona todavía es capaz, reduciéndose probablemente a las proporciones relativas que existen entre las cantidades de energía que permanecen libres y aquéllas que se hallan inmovilizadas a consecuencias de la represión (Freud, 1968).

Trátese, pues, de una diferencia de orden cualitativo y no cuantitativo o ¿es que la cualidad se expresa o puede estimarse además según la cantidad?

En el campo contemporáneo de la Psicopatología psicoanalítica interesa igualmente acentuar la noción de variabilidad dentro de un *continuum*. Dice Hugo Bleichmar:

El campo de la Psicopatología no es un campo independiente. Uno denomina fenómeno psicopatológico a lo que es una variación a la cual, de alguna manera, le atribuye el carácter de desviación a la norma. De modo que la Psicopatología es una extensión de la comprensión del funcionamiento del psiquismo (Bleichmar, 1997, p. 25).

En nuestra propia línea de pensamiento, el estatus de "la normalidad" quedaría en suspenso, se operaría un borramiento de la norma para reconocer la enfermedad como graduación dentro de un continuum. No existiría una entidad llamada anormalidad o enfermedad, sino manifestaciones extremas de reacciones que se observan también en individuos normales.

Los juicios de valor, empero, se infiltran en el concepto de normal, como lo ha señalado Henry Ey:

Lo normal no es una media correlativa a un concepto social, no es un juicio sobre la realidad, es un juicio de valor (Ey, H., 1978).

Normalidad, etimológicamente significa dar cumplimiento a una norma. Para entender el concepto de normalidad debemos, necesariamente, abordar el tema de la norma en sí misma, tal como es usado en la actualidad. En nuestra opinión, cabe distinguir dos significados del término norma como regla de referencia: la *norma natural*, *constitutiva o funcional* y la *norma ideal*.

Respecto de la *norma ideal*, se consideraría normal todo aquello que cumple con un cierto modelo que el hombre valora y supone ser y al que debe tratar de tender. Sería un estado convencional de perfección que no siempre es posible lograr, pero es la norma a la que se debe aspirar. Aquello considerado como norma ideal puede provenir de un modelo creado por el hombre, el cual supone debe cumplirse para poder considerarse normal o aceptable, al que se le dar el carácter de paradigma en que basarse para calificar lo sano de lo desviado. Profundizaremos en este significado cuando nos ocupemos del punto "Nuevos paradigmas de salud del PDM" (Manual de Diagnóstico Psicoanalítico).

La *norma natural*, *constitutiva o funcional* constituye, en cambio, un ordenador de la conducta en un contexto cultural dado. Remite a una especie de eje invisible, pero incorporado como regulador y compartido en la cultura que declara los comportamientos correctos y esperables, y sanciona como no pertinentes o desubicados otros. Cuando lo "desubicado" adopta características transgresoras o delictivas, pasa a ser materia de los códigos procesales legales.

Relatividad de la norma

Es adecuado concebir que las normas, en tanto construcciones cognitivas de las sociedades humanas para autoregularse naturalmente, serán

variables y dinámicas. Un comportamiento normal en un ambiente y en una época no lo será en otro lugar o en otro momento.

Evoquemos ilustrativamente algunos ejemplos, en el año 1968 la American Psychiatric Association en el DSM I clasificaba a la homosexualidad como un trastorno mental que figuraba entre las desviaciones sexuales. Se lo situaba en el grupo de las neurosis, trastornos de la personalidad y otros trastornos psíquicos no psicóticos. El 15 de diciembre de 1973, el DSM III elimina de su lista oficial la homosexualidad. Desde ese día, todos los homosexuales (al menos los americanos), dejaron de ser trastornados: "los anormales que eran hasta 24 horas antes, se curaron como por encanto" (Capponi, 1987).

Entre los indios Kwakiutl de la isla Vancouver de la costa noroccidental de USA notamos otro ejemplo, la cultura se basa en el *potlatch*, lucha por el prestigio. Megalomanía, agresividad, desconfianza, son privilegios y exaltadas por medio de sus costumbres en los torneos, en la provocación y en las batallas por el dominio. Ruth Benedict sostiene que el germen de la paranoia se busca y se cultiva en la criatura en un coherente sistema educativo, donde el comportamiento sumiso y pacífico se considera anormal (Capponi, 1987).

Por último otra ilustración de la relatividad de las normas: en el otoño de 1979 se promulgó en Italia la ley que permite el uso de la marihuana y del hashisch, el cual se volvió tan normal como el consumo de alcohol, tabaco y café, mientras que un masticador de coca de la zona andina, que pasa como uno más entre los suyos, sería puesto en prisión o en un centro de recuperación de adictos en nuestra sociedad.

De lo anteriormente dicho podríamos concluir que el comportamiento anormal es solo aquel que se desvía notablemente de la norma de una cierta cultura en un momento histórico dado. Al respecto, la sanción de normas drásticas desde las instituciones dominantes en una sociedad genera la organización de agentes determinados a ejecutarlas e imponer su cumplimiento. El cuestionamiento de la norma rígida y opresora de los siglos pasados, señalado por Nietzsche, reforzado por las teorías psicoanalíticas de Freud y por los análisis sociológicos de Marx, crearon las condiciones para el surgimiento de una actitud relativista frente a la norma que cuestiona lo establecido pensado convencionalmente como verdadero.

Podemos decir entonces que sano-enfermo, normal-anormal son antinomias culturales y juicios relativos de valor. Apuntemos que tal juicio valorativo desde una perspectiva ética no es una mera instancia subjetiva ni objetiva, sino una categoría que debe elaborarse y pensarse en miras al mundo de la praxis, su comprensión y construcción.

La libertad

"Sin embargo la sumisión no es el único método para evitar la soledad y la angustia. Hay otro método, el único que es creador y no desemboca en un conflicto insoluble: la relación espontánea hacia los hombres y la naturaleza, relación que une al individuo con el mundo, sin privarlo de su individualidad. Este tipo de relación -cuya expresión más digna la constituye el amor y el trabajo creador- está arraigado en la integración y en la fuerza de la personalidad total y por lo tanto se halla sujeto a aquellos mismos límites que existen para el crecimiento del yo."

Erick Fromm (1968) *El miedo a la libertad*. Capítulo II: "La emergencia del individuo y la ambigüedad de la libertad"

"El libre albedrío y la libertad, son ilusiones necesarias."

Jorge Luis Borges. "Nota sobre Mallea", en *La Nación*, 15 de agosto de 1976, 3ª sec., p. 1

Es muy interesante, en términos de reconocer la salud y la enfermedad, incorporar el parámetro libertad que proponen algunos significativos autores, por lo que vamos a revisar esa noción².

S. Freud, desde una óptica psicopatológica, planteó a la anormalidad como pérdida de la libertad:

El neurótico es incapaz de gozar y de obrar; de gozar, porque su libido no se halla dirigida sobre ningún objeto real; y de obrar, porque se halla obligado a gastar toda su energía para mantener a su libido en estado de represión y protegerse contra sus asaltos.

2 Libertad: "La facultad natural que tiene el hombre de obrar o no obrar y de obrar de una manera o de otra (siendo por ello responsable de sus propios actos". *Diccionario Enciclopédico Larousse* (1983) Editorial Planeta.

No podrá curar más que cuando el conflicto entre su yo y su libido haya terminado y tener de nuevo el yo la libido de sus ataduras actuales, sustraídas al yo, y ponerla nuevamente al servicio de este último (S. Freud, 1917).

Desde un enfoque de reaprendizaje conductual, Julian Rotter, indicó:

El propósito de la terapéutica no está en resolver todos los problemas del paciente, sino más bien en aumentar la capacidad de éste para que él resuelva sus propios problemas (Rotter, 1966).

Postura igualmente presente en la psiquiatría:

El razonable equilibrio bajo la guía del yo lleva a la capacidad de la libre adaptación por la facultad de elegir, a cada instante, sin modificarse necesariamente a sí mismo, sino modificar la realidad externa (Krapf, E.E., 1992).

Han sido fundantes, en Psicología, las enseñanzas de C. Rogers:

Lo que estoy tratando de indicar es que no podría explicar el cambio positivo que ocurre en psicoterapia si tuviera que omitir la importancia del sentimiento de libertad y de opción responsable por parte de mis clientes. Creo que esta experiencia de la libertad de elección es uno de los elementos más profundos subyacentes al cambio. La libertad, rectamente comprendida es un cumplimiento por la persona de la ordenada secuencia de eventos de su vida. El hombre libre se mueve voluntaria, libre y responsablemente para desempeñar su importante papel en un mundo cuyos eventos determinados pasan por él y por su elección y voluntad espontánea (Rogers, C., 1964).

Viktor E. Frankl, psicoanalista existencial plantea:

Toda libertad tiene un "de que" y un "para que". Si preguntamos "de que" es libre el hombre, la respuesta es: de ser impulsado, es decir que su yo tiene libertad frente a su ello. En cuanto a "para que" el hombre es libre, contestaremos: para ser responsable. La libertad de la voluntad humana consiste, pues, en una libertad de ser impulsado para ser responsable, para tener conciencia (Frankl, 1985).

Alguna cita más en este tema:

La actividad psíquica es la integración de las funciones en una serie de actos cada vez más indeterminados; puede definirse como una marcha hacia la libertad, hacia la autonomía de la razón y de la personalidad. La enfermedad mental es siempre la subintegración de la actividad psíquica en ciclos cada vez más automáticos y determinados (Ey, 1936).

En definitiva, la anormalidad sería una patología de la libertad que impide la expansión de la existencia, del existir, del "ex-sistere", del ser del hombre.

Jorge Amado enriquece estos conceptos poniendo especial énfasis en el proceso creador, como conductor de la realización de nuestra existencia. Dice:

No debemos dejamos influenciar por errados prejuicios ampliamente difundidos ni de inútiles sentimientos de culpa: ni tampoco intervenir con una especie de violencia farmacológica sobre el psiquismo y la personalidad del paciente; nosotros debemos en cambio intervenir con los psicofármacos sobre el sufrimiento, y sobre una serie de disturbios que han alterado su modo de vivir y que lo degradan gravemente en su existencia; sobre aquellos trastornos que él no ha deseado en absoluto, y mucho menos escogido, que en ningún caso constituyen para él una experiencia más o menos fabulosa, sino una experiencia puramente dramática, inútil y negativa para el desarrollo de su vida futura (Amado, 1985).

Una nota final con respecto a este punto del psiquiatra existencialista Jürg Zutt:

Es propio de la esencia de la vida psíquica y es prerrogativa del hombre la capacidad de elegir las múltiples dependencias del ser (Dasin). La decisión libre se mueve en el ámbito de esta sintética visión generalizadora. Cuando esta posibilidad se altera, el hombre cae. Su comportamiento no tiene más la impronta de la elección libre (Zutt, 1963).

Este pensamiento que destaca la necesidad del existir humano en libertad, como capacidad de elección y transformación de las condiciones

impuestas, será afirmado por Georges Canguilhem al definir normatividad.

El enfermo es enfermo por no poder admitir más que una norma.

El enfermo no es tal por falta de norma, sino por la incapacidad de ser normativo (Canguilhem, G., 1966).

Hemos recorrido citas de algunos autores representativos con el fin de mostrar cómo el problema del logro de libertad está presente en sus preocupaciones fundamentales en relación con la enfermedad o anormalidad.

Theodora Alcock, nos ofrece una propuesta interesante en tanto articulación posible entre la noción de libertad, la interpretación del estudio psicodiagnóstico y el informe a las demandas que lo hubieran originado. Presenta un marco referencial clínico y filosóficamente consistente, legible en el dispositivo psicodiagnóstico que da base a criterios a referir en la devolución.

Pensaremos la salud, con Theodora Alcock, bajo las premisas de formas de libertades:

1. Libertad para pensar de acuerdo a su capacidad intelectual.
2. Libertad para actuar sin compulsión o inhibición exagerada.
3. Libertad para sublimar impulsos instintivos y conflictos inconscientes.
4. Libertad para establecer, mantener y gozar de los vínculos humanos (Alcock, 1965, p. 53).

Gozar y disponer de estas libertades configuraría situaciones vitales "saludables". Entonces, la salud mental pasa a pensarse en términos de libertades³.

El concepto de libertad de muchas maneras está presente en la ideología a través de los diferentes abordajes psicoterapéuticos concebidos como estrategias para el restablecimiento de circuitos obstruidos o rigidizados, a la vez que hace que fluya la libertad. Lía Ricón (1991), por ejemplo, en nuestro medio, dice:

Por parte del analista el trabajo se basa en develar las situaciones conflictivas transformadas en traumas mediante la interpretación

3 Utilizamos "gozar" como equivalente a una capacidad regulada de disfrutar y sentir placer y satisfacción. Debe distinguirse de "goce" (Lacan), aludiendo a un más allá del placer, que está del lado de lo mortífero: la satisfacción pulsional en estado bruto.

de las resistencias y de la transferencia, teniendo en cuenta los intereses y axiologías que el paciente hubiera podido desarrollar y sostener si hubiera podido lidiar adecuadamente con sus conflictos. No hay modelo a seguir, no hay saber absoluto. No me pasa inadvertido que estoy describiendo una tarea imposible. Como sea, esto es lo que intentamos hacer los psicoanalistas y solemos tener la satisfacción del éxito cuando le devolvemos al individuo su libertad.

Distintas dimensiones son enfatizadas en diferentes orientaciones psicoterapéuticas, tal como citamos anteriormente, la "responsabilidad" en las terapias cognitivas, la "afirmación de la propia autonomía", las intrusiones paradojas que actúan sobre el sistema patológico liberando el cambio, etcétera. Necesitamos hacerle el debido espacio a esta noción ya que se nos aparece como el despejamiento de un criterio de salud de especial valor clínico. Mientras que la enfermedad mental pasa a ser vista como una forma de "esclavitud", restricción o limitación son despojadas de connotaciones estadísticas o éticas.

Retomando, incorporaremos mínimas definiciones sobre un tema tan profundo, tratado en tantas disciplinas, como leemos en las fuentes del Derecho que libertad es "el poder inmanente al sujeto en orden a su realización, que puede definirse como la capacidad de decidirse o de autodeterminarse" y "estado del que no sufre ni sujeción ni impedimento".

D. Winnicott enfatizó particularmente la idea de libertad a la luz de los conceptos de salud y creatividad. Precisa Winnicott:

En la buena salud mental existe una flexibilidad en la organización de las defensas, mientras que en la mala salud las defensas son relativamente rígidas. En la buena salud es posible por ejemplo descubrir la presencia del sentido del humor, es en el área de la organización de defensas una suerte de espacio libre. Dicho espacio procura un sentimiento de libertad tanto para el individuo en cuestión como para los que están relacionados o quieren relacionarse con él. [...] En la medida en que la libertad se ausenta de la economía interna del individuo no se la puede destruir fácilmente [...] Ciertamente una amenaza prolongada puede corroer la salud psíquica de cualquiera, lo específico de la crueldad está en destruir en un ser aquella parte de la esperanza que le da un sentido al impulso, al pensamiento, a la vida creadora (Winnicott, 1978 [1996]).

Theodora Alcock se refiere en términos de libertades que deben "basarse en una armonía interna, en una triple alianza entre el ello, el yo y el superyó o dicho en otros términos, en una interacción amistosa entre energía libidinal, capacidad de modulación y control, y el reconocimiento de las exigencias y limitaciones internas y externas. Hacemos pues un pasaje de lo Psicológico a lo metapsicológico en este estudio de las libertades.

Revisaremos más detalladamente estos conceptos proporcionando algunos ejemplos clínicos.

1. Libertad de pensar con efectividad dentro de los límites de su capacidad intelectual.
2. Libertad de actuar sin un serio grado de compulsión o inhibición.
3. Libertad para usar conflictos inconscientes para fines constructivos conscientemente deseados, es decir, para disponer de su energía sublimatoriamente.
4. Libertad para formar, mantener y disfrutar de las relaciones humanas".

Veamos en este ejemplo: un niño de 10 años es traído a consulta por dificultades en el rendimiento escolar, aprendizaje y aislamiento de sus compañeros. Nos enteramos en la entrevista que años antes había sido un excelente alumno y que disfrutaba y compartía juegos y proyectos con sus compañeros.

Se muestran dramáticamente afectadas sus libertades: su capacidad intelectual no está disponible y no es efectiva, aparece en el plano de la acción inhibido y retraído, la organización defensiva se muestra poco operante ya que la energía queda bloqueada por necesidades represivas; también ha dejado de (procesos fantasmáticos y pensamientos) jugar y leer, de disfrutar las relaciones humanas y los productos de la cultura.

¿Podríamos interponer como hipótesis algún constructo del orden de la angustia inconsciente, factor traumático, duelo para ligar con la causalidad o multicausalidad de esta ruptura de las previas libertades del niño?

A partir del análisis del test de Rorschach realizado, observamos, por ejemplo, que se manifestaría su falta de libertad para pensar en las pocas respuestas, pocas que no sean vulgares, la limitación y la restricción del abanico de los contenidos y localizaciones, la cualidad de sus respuestas de forma muestran escasa diferenciación y articulación. Veríamos la conducta inhibida en el escaso rango de determinantes y localizaciones, los tiempos lentificados en este caso, en el poco equilibrio de la distribución de los determinantes -muy acentuada la Forma- y secuencia,

con acentuadas necesidades de control y represión, así como la escasez de simbolización y externalización de conflictos. La restricción de la proyección de respuestas de movimientos, totalmente ausentes, reforzaría el impedimento para sublimar. Se observa poca movilización, tanto de las partes de las respuestas entre sí, como de las partes con el todo y sus relaciones. El establecimiento de un vínculo con la prueba de movilización fantasmático-perceptual se ve muy impedido así como en el vínculo con el psicólogo, sin estar en condiciones de experimentar una situación creativa y nueva de intercambio. Este estado de la situación de su disponibilidad psíquica actual también se mostró insistentemente en el conjunto de la batería psicodiagnóstica, poniendo de relevancia una severa constricción de su capacidad de afrontamiento. O, desde las reflexiones presentes, de su libertad para usar sus recursos y afrontar la vida.

Además, no hace falta reiterar que en Psicodiagnóstico tomamos en cuenta grandes nociones y marcos teóricos, pero que cada caso es inédito y lo que nos interesará es acceder a sus propios y especiales patrones organizativos, las constantes estructurales con que se maneja cada sujeto y su modo de configurar estructura o de configurarla frágilmente. Por otro lado, se trata de disponibilidades que habremos de poner en cada situación particular y en la fluctuación dinámica que hace al ejercicio de estas libertades que requieren ser conservadas dentro de la dialéctica vital.

Así como contamos con aspectos cristalizados en las configuraciones cognitivas y afectivas, patrones defensivos y conflictivos y estilos de funcionamiento mental, también tenemos la capacidad potencial de recurrir a la fluidez y transformación propia de los seres vivos, cada sujeto afectado intensamente por sucesos y exigencias internas y externas.

Intentaremos captar y conceptualizar por un lado, los aspectos fijos producto de la interiorización de la larga experiencia vital, y los críticos y desorganizantes, explorando las dimensiones estructurales y formales de las técnicas por un lado, y revisando sus dinámicas y aspectos de contenido, por otro, para dar cuenta de lo actual del sujeto en su ambiente vincular. En suma: nos referiremos a salud asociada a la noción de buen funcionamiento interior de un sujeto teniendo en cuenta los datos particulares de cada individuo. Nos remitiremos a un aspecto subjetivo de la normalidad en función de las realidades psíquicas de cada uno y en cómo estas se han avenido con la realidad externa, material y vincular.

Georges Ganguilhem cuestionó el adjetivo normal por ser un término equívoco dado que liga el estado habitual con el estado ideal y propuso sustituir el término normalidad por normalividad, expresando esta

última la polaridad dinámica de la vida. Señaló, el hombre normativo es capaz de utilizar nuevas normas en función de las fluctuaciones de sus requerimientos externos e internos.

Para que la conducta normal sea sana, debería ser conducta normativa, es decir, capaz de producir acomodaciones y soluciones nuevas frente a lo sancionado como esperable o debido.

La necesaria flexibilidad deseable para las conductas saludables fue reconocida, mucho antes en Psiquiatría, así en 1935 Henry Ey, expresó:

La psiquiatría se distingue de la psicología, porque tiene por objeto no la variación del comportamiento en relación con la historia personal, a los eventos, al ambiente, sino a las modificaciones del ser que impiden se lleve a cabo esta conducta plástica (Ey, 1935).

Hablamos de márgenes, no de fronteras fijas, que aun permaneciendo el sujeto reconocible, admitan cambios y modificaciones. Los considerados "síntomas" o perturbaciones, particularmente en la estructura neurótica, pueden ser un saludable grito de libertad. Por ejemplo, María, de 37 años, conocida como obediente esposa y dedicada madre, planea y realiza la instalación de un negocio con empleados a su cargo. Este hecho aparece "sostenido" subjetivamente en una historia previa (latente) reconocible de intentos relativos e inhibidos de realizar tal proyecto significativamente catectizado en su imaginario. El cambio de María es visto como anormal y amenazante por su familia, que reclama enfáticamente su vuelta exclusiva a la posición anterior, pues está, según ellos, "muy dislocada, loca, muy enferma". La entrevista con un psiquiatra habla de faz maníaca en una bipolaridad, lo que patologiza el cambio. En la consulta psicológica individual y posteriormente familiar se trabaja para integrar este cambio saludable en la vida de todos.

Así, podemos llegar a considerar en situación "normal" a estructuras psíquicas neuróticas o psicóticas si no se hallan "descompensadas", es decir, reconocidas por el sujeto o su grupo como no "dislocadas". Estar normal, como vimos en el ejemplo de María, puede no ser suficientemente bueno.

La definición de Jean Bergeret, sobre normalidad, es especialmente explícita, abarcativa y exenta de juicios de valor. Para dicho autor, normalidad será cómo el sujeto se entiende con su propia estructura psíquica (Bergeret, 1983). Su modo de entenderse, considerado positivamente (una reconstrucción del presente al pasado), nos permitirá reconocer un cierto estilo de trazado que nosotros llamaremos su normatividad, cuyos márgenes exhiben su estilo de vivir. Se trata de

pensar categorías internas a cada sujeto y no de atribuirle clasificaciones externas a él, donde sea acomodable. Su pensamiento nos guía para captar el hábitat de su normalidad que ha edificado cada sujeto.

Proponemos una noción de normatividad personal al dar un giro especial a la definición de Canguilhem. Tal noción nos facultaría para incluir estados considerados por otros como patológicos dentro de los límites de "lo normal" en la medida en que estos estados pueden expresarse y continuar una relación de normatividad con la propia vida particular de cada sujeto, consigo mismo.

Así, normalidad sería cómo el sujeto se entiende con su propia estructura psíquica, sus patrones vinculares, cognoscitivos y afectivos según su "dotación natural" y el sistema interpersonal-social-cultural que lo ha acompañado en la historia de su vida y con el que podido configurar un cierto "estilo" y estructura. Si el sujeto está normal consigo mismo, ha elaborado su propia normatividad.

Estas consideraciones anticipan el tema importante de las grandes estructuras de personalidad y del concepto de estructura en tanto cristalización de relaciones objetales interiorizadas, estructuras diferenciables clínicamente. Tema que abordaremos en el Volumen 3 de esta misma serie.

Dentro de ese enfoque estructural, la enfermedad o la patología reflejarían la ruptura del entendimiento del sujeto con su estructura. Dicha ruptura puede surgir cuando los sucesos internos o externos de carácter disruptivos, los funcionamientos y sus cargas energéticas desbordan los límites estructurales, se descompensa.

Hasta acá hemos tratado de precisar los criterios que subyacen al acto de señalar un fenómeno como normal o anormal, pero también, consecuentemente, como sano o enfermo. Ambos términos pueden usarse con una connotación diferente. Por anormalidad entendemos una falla o una deficiencia en aspectos estructurales del ser humano, habitualmente mantenidos y persistentes a través del tiempo. El término enfermedad, en cambio, si bien puede también significar lo anterior, en muchos casos apunta a fenómenos totalmente diversos y beneficiosos. Tratando de precisar algún comportamiento como la retracción y el aislamiento en una niña adolescente, previamente bulliciosa, que por su extrañeza puede categorizarse como enfermedad, puede representar el tránsito por un proceso de elaboración de los duelos naturales en su período vital.

El concepto de enfermedad ha atravesado y atraviesa esfuerzos de cuestionamiento y reflexión. En relación con la enfermedad mental, Robert Kendell, psiquiatra británico planteó hace cuatro décadas atrás que debemos admitir que no poseemos una definición de enfermedad como concepto global, por lo que trató de situarla en la disfunción

orgánica exclusivamente. En razón del borroso y azaroso estado de sus límites, en su tiempo, movimientos sociales y antipsiquiátricos relativos, zaron completamente la noción de "enfermedad mental", hasta llegar a negar su existencia. Por su interés, reproducimos la cita:

Creo que mi conclusión anterior está todavía justificada: tenemos pruebas suficientes de que esquizofrenia y enfermedad maniaco-depresiva y también algunos trastornos sexuales y algunas formas de dependencia de las drogas, llevan consigo una desventaja biológica intrínseca y por estos motivos se consideran justificadamente como enfermedad. Pero no está todavía claro si lo mismo es cierto de la "enfermedad neurótica" y del territorio mal definido de trastornos de la personalidad. ¿Cuál es el significado de esta conclusión? En primer lugar, es una respuesta al argumento de que no existe tal cosa como enfermedad mental. Al menos una parte del territorio considerado por los psiquiatras como enfermedad mental cumple los mismos criterios que los requeridos para la enfermedad física. Pero sólo una parte de él lo hace. Muchas de las condiciones que psiquiatras han llegado a considerar como enfermedad y por lo tanto, lo que requiere tratamiento, no califican, o más bien hay poca evidencia en la actualidad de que lo hagan. Esto no significa necesariamente que los psiquiatras no tienen derecho a intervenir en estas áreas, o que las personas que están ansiosas o deprimidas deben ser disuadidas de visitar a sus médicos. Por un lado, parto y planificación familiar proporcionan antecedentes para la participación de la medicina más allá de las fronteras de la enfermedad. Aun así, se recomienda a los psiquiatras reconsiderar dónde deberían poner fin a su esfera de responsabilidad. Hace un siglo estaban preocupados sólo con la locura. Pero desde ese momento en adelante el concepto de su papel se ha ampliado constantemente hasta que se llegó a la etapa, particularmente en América del norte, en la que algunos reclamaban un mandato y la posibilidad para tratar a quien era infeliz por cualquier motivo y a alguien cuyo comportamiento era molesto o alarmante a otras personas. Vale la pena reflexionar que si los muchos intentos que hemos presenciado recientemente para desacreditar el concepto de enfermedad mental no pueden ser una reacción a las afirmaciones igualmente absurdas que hemos hecho sobre que toda infelicidad y todo comportamiento indeseable son manifestaciones de la enfermedad mental (Kendell, R.E., 1975).

Tales cuestionamientos y revisiones anteceden cambios posteriores como el enfoque salutogénico en medicina (que veremos en el punto "normatividad") y acerca de qué profesionales no médicos pudieran ser admitidos para trabajar en psicoterapia. Ya que las definiciones de quién es sano y quién no lo es pueden proceder de criterios estadísticos o adaptativos ajenos al sujeto, sugerimos capturar tales dimensiones desde el interior de la normatividad construida por cada sujeto.

Normatividad

Georges Canguilhem ha acuñado lo que denomina la normatividad para indicar que la enfermedad denuncia que se trata del deterioro actual o potencial de la capacidad de normatividad. Con este término el autor señala el recurso que tiene un sujeto de instituir sus propias normas.

Ser sano o normal significa no solo tener una norma en una situación dada, sino ser normador en ésta y en otras eventuales situaciones. La sanidad y la normalidad poseen un margen de tolerancia frente a las adversidades del ambiente. [...] El enfermo es enfermo por no poder admitir más que una norma... El enfermo no es tal por falta de norma, sino por la incapacidad de ser normativo (Canguilhem, 1966[2005]).

En nuestro dispositivo diagnóstico nos interesa subjetivizar la noción de normalidad y, además, separar diagnóstico de estructura mental, de diagnóstico de normalidad psicopatológica.

La normalidad que nos interesa es la construida por el sujeto en la historia de su vida con respecto a la cual uno o muchos sucesos pueden o no crear "disloques" que desorganicen esa normalidad. Normalidad que puede ser patológica (en términos de sujeción, por ejemplo, a la repetición de vínculos primarios) así como esos disloques, "crisis" o "descomposiciones" que puedan tener, desde una reflexión sobre lo saludable, consecuencias de cambio saludable o no. Proponemos un uso especial del concepto de normatividad, como lo desarrolla Canguilhem para llamar su normatividad -la de cada sujeto-, a la dimensión que permite y sostiene la construcción del estilo de ser y vivir de cada cual.

Necesitamos detenernos especialmente en esta dimensión del concepto de normatividad ya que su aplicación en nuestra tarea psicodiagnóstica se vuelve fundamental. Lo planteado por Canguilhem como recurso deseable de regulación de reglas, para todos los seres humanos,

desplacémoslo ahora al nivel personal, en cada sujeto, su "normatividad". En lugar de la normatividad, tratemos de aprehender la de cada sujeto (suya).

Cada sujeto construye su propio hábitat regulador dentro del cual cuentan la variedad y grado de intimidad de sus vínculos, las exploraciones del cuerpo, del mundo del trabajo y del geográfico, el desarrollo de intereses, trabajos y hábitos: construye su propia legalidad. Llamaremos síntomas a los desequilibrios y/o severos disloques de sus propios y profundos marcos de referencia vital.

La normatividad aparece entonces, constituyéndose a modo de un cierto eje que a la vez que sostiene, articula. La polaridad dinámica de la vida que puede ser pensada en el equilibrio móvil de aperturas y cierras, por ejemplo, frente a demandas vitales, o al juego tánatos-eros, sedimenta o cristaliza una cierta línea invisible solo aprehensible en sentido posdictivo, que es lo que conceptuamos como la normatividad. Recortar este concepto estructural y funcional habrá de permitirnos dimensionar las magnitudes y cualidades de sus transformaciones. Por ejemplo: una "descompensación" o una "recuperación" serán procesos que "atañen a la ruptura o restablecimiento de un eje normativo subjetivamente especificado".

Estimar la magnitud de la desorganización en sentido negativo como patológico, o lo contrario, solo es adecuado hacerlo respecto de la normatividad previa del sujeto: de lo que él mismo se ha establecido como normal. Criterios teóricos y descriptivos, muy valiosos como pensar a la "enfermedad como si fuera el punto extremo en la graduación de un continuo y, análogamente, lo que se denomina salud, sería un equilibrio ideal en el otro extremo del continuo", como expresamos previamente, dejan de ser apropiados en cada caso particular.

Es en la lectura desde el interior de su propio eje, su normatividad, desde donde podríamos estimar la magnitud y dirección del cambio. Mediante una ilustración simple pensemos que se nos presenta el estudio de un niño de 12 años que, junto a otros problemas, carece de lazos de intimidad y amistad con otros niños de edad semejante. Dice "nunca tuve amigos". Si nuestro criterio fuera "normalidad", señalaríamos que su conducta no sería normal. Si analizamos su normatividad, reconoceríamos, por ejemplo, que lo normal para esa familia aquí hipotética, pero nada rara entre sectas de distinto tipo, es excluir a todo extraño que no pertenezca a la misma ideología. Por ello, más que trabajar con el niño el abordaje apuntaría al sistema familiar. Su aislamiento esta largamente establecido y se inscribe dentro de un contexto familiar muy violento, controlador, donde las relaciones con los extraños son rechazadas. Tal entendimiento

nos orientaría a trabajar con el sistema familiar para favorecer las aperturas vinculares del niño.

Como síntesis de los párrafos anteriores, en psicodiagnóstico poco aporta el concepto de normalidad, ya que lo que nos interesa es la subjetividad de la normalidad, es decir, el acceso al sujeto que puede o no representarse como normal.

No nos interesa la norma como expresión de mayorías, pues justamente son los sujetos nuestro objeto.

Pensaremos nuestros sujetos como posiblemente viajando a lo largo de un continuo, con diferentes "paradas" según sucesos históricos en su ciclo vital.

Sí, nos importará reconocer su normatividad en tanto capacidad de fluctuación dinámica entre su realidad y recursos psíquicos y la realidad externa. Pero no obstante esa fluctuación, subyace un hilo narrativo, a veces de gran estabilidad y continuidad, otras fisurado o desarticulado. A esta fluctuación la hemos llamado su normatividad.

Los desarrollos de síntomas y desequilibrios (descompensaciones) y reequilibramientos rígidos o permeables, habremos de estimarlos con relación a la normatividad subjetiva.

La salud

Pasemos ahora a reflexionar sobre la noción de salud.

Retomando lo recién expresado con relación a normatividad, la salud implicaría también la noción de equilibrio móvil.

De este modo, una adaptación rígida, inamovible, incuestionable a ciertas pautas de involucramiento implicaría una pérdida de salud, concebida esta como interjuego, movilización y transformación.

Experimentar conflictos, ¿será sano?

No solo es sano, inherente a la salud y a la vida humana, en tanto se pueda experimentar rupturas dentro de una homeostasis fluida y recuperar nuevas organizaciones inestables equilibrantes. Así como la rigidez queda ahora asociada a enfermedad psíquica, salud psíquica sería la posibilidad de reorganizaciones adaptativas, creativas. Veremos más adelante que estos procesos creativos cuando se manifiestan en transformación de la severa adversidad, permiten reconocer la resiliencia de los sujetos (Cyrulnik, 2004[2013]).

José Rafael Paz, describe la personalidad como "una organización móvil y cambiante que se desplaza en el ámbito de lo real siguiendo

líneas de intencionalidad que constituyen el proyecto legible de su estar en el mundo". Dice al respecto:

En un polo, el de la normalidad, tendríamos a las distintas formas de ser en el de la patología, la transformación de aquel proyecto, parcial o totalmente, en la repetición de formas anacrónicas de intencionalidad y respuesta (Paz, 1973).

La patología sería entonces la cristalización, la rigidez, la dificultad de elección de otras posibilidades ante las exigencias internas y/o externas y no la presencia de conflictos, generadora característica del ser humano que si es suficientemente sano, los vive, los atraviesa y accede a nuevas propuestas conflictivas de experiencias enriquecedoras tanto afectiva como cognitivamente. Los conflictos que atravesamos, por un lado nos ponen en contacto con nuestros propios impulsos y deseos, a veces, o rechazables por nosotros mismos, o con la vivencia de límites e impotencia para satisfacer nuestra demanda. Vivir, afrontar, incluso resolver y superar conflictos es nuestro estar en el mundo y con los demás, y de los conflictos podemos aprender mejor quiénes somos, quiénes queremos ser y quiénes son las personas y el mundo que nos rodea.

La hipótesis central que subyace a estas afirmaciones es considerar el conflicto como inherente al funcionamiento mental. De algún modo, la propulsión, o sea, la energía la fuerza de la pulsión o el deseo que atrae viscosidades ante fuerzas o presiones externas e internas:

La salud no es, entonces, ausencia de patología, sino capacidad de desarrollo y cambios conducentes a un crecimiento humano; estar en buen estado de salud significa poder enfermarse y restablecerse, pasando a ser la salud mental "un estado de relativo equilibrio e integración de los elementos conflictivos constituyentes del sujeto", al decir del ya mencionado Jean Bergeret:

No equiparamos salud con ausencia de conflicto sino salud con medios de resolución o equilibración (Bergeret, 1983).

Una postura de este tipo puede conmovir posiciones ideológicas de un psicólogo que cuando haga psicodiagnóstico tenga vigente en su trabajo el ideal de integración y coherencia -ausencia de conflicto- que forma el "paradigma racional". Estimaré como adecuados en el sujeto, mecanismos de disociación, negación o regresión que lo "defiendan" de la experiencia o contacto con representaciones conflictivas. También

consideraría "índices de patología", "enfermas" o "inmaduras", cualquier manifestación de confusión, descontrol o ambivalencia.

Una posición semejante, que vamos a revisar, en la cual se excluye todo malestar o conflicto, fue expresada en la definición de Salud, de la Organización Mundial de la Salud en 1948, que aunque cuestionada, sigue vigente.

Si, en cambio, la ideología del psicodiagnostificador fuera el paradigma de la racionalidad dialéctica psicoanalítica, admitiría la existencia de conflictos, la ambivalencia y se focalizará en las regulaciones especiales que el sujeto realiza con relación a sus marcas conflictuales.

Cuando hablamos de las ideologías del psicólogo, hacemos referencia al hecho de que sus conceptos de salud y enfermedad estarán afectados por la concepción antropológica en la que se inscriba.

Siguiendo a J. Bergeret, nos ofrece un intento de definición como síntesis bastante aproximada a nuestra opinión acerca de a qué aludimos al hablar de salud:

La persona verdaderamente "sana" no es la que se declara simplemente como tal ni mucho menos un enfermo que se ignora, sino un sujeto que conserva en sí, tantas fijaciones conflictuales como la mayoría de la gente, que no ha encontrado en su camino dificultades internas o externas que superen su equilibrio afectivo hereditario o adquirido, sus facultades personales de defensa o de adaptación, que se permita un juego bastante flexible de sus necesidades pulsionales, de sus procesos primarios y secundarios, tanto en los planos personales como sociales, evaluando la necesidad con exactitud y reservándose el derecho de comportarse de manera aparentemente "aberrante" en circunstancias excepcionalmente anormales (Bergeret, 1983, p. 32).

Con respecto al tema de la salud y lo normal será siempre la "norma" la que establece la referencia de lo aceptado y lo rechazado y, en ese sentido, la definición psicosocial de lo normal se hace en relación con el fenómeno de adaptación como proceso de inserción creativa del sujeto en su cultura.

Pero, estar sano y ser normal no son hechos totalmente equivalentes porque la patología puede presentarse como una especie de normalidad.

Estar sano no es solo ser normal en una situación dada, sino en situaciones imprevisibles, o poder superar la norma, tolerar infracciones a la norma habitual e instituir normas nuevas.

Dijimos que estar en buen estado de salud significa –poder enfermarse y restablecerse–, gente que parece muy sana, muy normal y muy adaptada, “muy normales”, pueden, en verdad, estar psíquica y somáticamente en estado de riesgo y “no estar nada sanos”.

Este es el ejemplo que nos aportan los llamados enfermos “sobreadaptados”, comúnmente identificables dentro de los enfermos psicósomáticos: los típicos casos de la patología cardíaca que hacen infartos masivos como consecuencia de una desvinculación del sujeto con su cuerpo, en pro de cumplimentar exigencias ideales que la cultura promueve (éxito, eficiencia, excelencia, competitividad).

El eje de nuestros criterios de salud mental estaría en la posibilidad de “hacer un camino hacia la desalienación, el desentramamiento, la discriminación (desaglutinación de la impronta de los vínculos primarios), al reconocimiento del otro y su cuidado”, como expresó Etel Kacero (1988).

Finalmente, es importante no solo saber acerca de sí, sino de la construcción de la subjetividad en el cuerpo y en el mundo. El “ser sí mismo” o “ser lo que se es” de Bion, o el “sentirse real” que implica una forma de existir como uno mismo de Winnicott. O, en los términos de Lacan, “desalienarse del deseo del Otro y constituirse en sujeto de su cultura”.

La norma ideal, prescriptiva del deber

Se considera normal (*norma ideal*) a todo aquello que cumple con un cierto modelo que el hombre valora y supone al que debe tratar de tender. Sería un estado convencional de perfección que no siempre es posible lograr, pero es la norma a la que se debe aspirar.

Aquello considerado como norma ideal puede provenir de un modelo creado por el hombre, por ejemplo, “silueta femenina 90 cm. de busto y cadera y 60 cm de cintura en 1 metro 70 de altura”, el cual se supone debe cumplirse para poder considerarse normal, o de un modelo extraído de la naturaleza de los seres vivos, al que se le da el carácter de paradigma en que basarse para calificar lo sano de lo desviado, ejemplo: “sería normal procrear y ser heterosexual”.

En la norma del deber, *normal* es aquello que es como debe ser, y desviado o anormal, aquello que no es como debe ser. Este deber ser se plantea en relación con una hipótesis coherente que da cuenta de cómo sería el funcionamiento óptimo del sujeto.

Un ejemplo de norma prescriptiva o ideal en psiquiatría y psicoanálisis se aprecia cuando un profesional se refiere al complejo problema de definir criterios de tratamiento exitoso en salud mental que deriva

de considerar a la normalidad como una matriz de funciones altamente integradas. Tal hipótesis, postula la relación de los diversos componentes constitutivos del yo en una interacción que se describe como un funcionamiento ideal y óptimo.

Sin embargo, Freud dijo:

Un yo normal es, como la normalidad en general, un ideal ficticio (Freud, 1973. Tomo, 1. p. 167).

Si es un ideal ficticio, ¿no debería ser denunciado en lugar de ser exigido o pretendidamente expuesto como alcanzable? En nuestra cultura somos testigos de los estragos que sobre el bienestar psicológico de las personas produce la publicidad del modelo ideal. Otros ideales imposibles, como el de la juventud eterna, hacen padecer a las personas que naturalmente van envejeciendo.

Encontramos un ejemplo interesante en el *Psychodynamic Diagnostic Manual*, el sistema norteamericano de clasificación diagnóstica que como su nombre lo dice, estuvo elaborado por las más importantes organizaciones psicoanalíticas internacionales. Cuando allí se expone el “perfil de funcionamiento mental”, se advierte que ningún perfil puede capturar la completa riqueza de la vida mental, sino que se trata de destacar un conjunto de áreas cruciales, que podrían contribuir en la evaluación de los casos (PDM. 2006, p. 73).

Perfil de funcionamiento mental, Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM, 2006, p. 73)

Categorías

1. Capacidad para la atención y el aprendizaje. Subyace a los procesos fundamentales que capacitan a los seres humanos a atender, registrar y aprender de sus experiencias.
2. Conciencia para la intimidad y las relaciones (incluye profundidad, amplitud y consistencia).
3. Cualidad de la experiencia interna (nivel de confianza y autocuidado o consideración hacia sí mismo (*self regard*)). Esta categoría, trata de capturar el nivel de confianza y respeto propio, caracteriza la relación del sujeto con los otros y con el mundo o contexto social más amplio.

4. Delinea la naturaleza básica de la capacidad del sujeto para la expresión y comunicación de su experiencia afectiva y la capacidad del sujeto para expresar un amplio rango de los patrones pre-presentacionales y representacionales del afecto.
5. Los patrones y capacidades defensivas que destaca, o enfatiza, o subraya la forma en que el sujeto intenta lidiar, afrontar, mediar con sus propios deseos y los deseos de los otros y los afectos, las experiencias y el grado en el cual distorsiona la experiencia de dicho proceso.
6. Capacidad para formar representaciones mentales que apunta a la capacidad del sujeto para simbolizar significativamente la experiencia afectiva (organizar la experiencia en una forma mental más que somática o conductual) y esta capacidad de mentalizar le permite al sujeto utilizar ideas para nombrar a su experiencia, describir y expresar su vida interna.
7. Capacidad para la diferenciación e integración. Implica la habilidad del sujeto para construir puentes lógicos entre sus representaciones internas y de separar fantasía de realidad y construir conexiones entre representaciones internas de deseos, afectos, sí mismo y representaciones de objeto del pasado, presente y futuro.
8. Capacidad de autoobservación (*Psychological mindedness*). Concierte a su capacidad para observar su vida interior. Es una extensión de la capacidad de diferenciación e integración, pero es suficientemente significativa como para merecer su propia descripción.
9. Implica la capacidad para construir o hacer uso de costumbres (hábitos, creencias, principios) e ideales (sentido ético o moral). La capacidad para formular valores e ideales refleja la propia consideración en el contexto de las experiencias presentes y futuras.

No obstante el significativo aporte que representan estas pautas, podrían llegar a ser aplicadas de modos desafortunados como normas ideales si no se emplean con la suficiente flexibilidad en la comprensión de las dificultades de los consultantes. Consideradas esas categorías en forma separada, podríamos pensar que resultarían útiles para precisar en qué área o categoría, el sujeto muestra mayor dificultad o eficacia. Sin embargo, la propuesta de "perfil" puede guiar a suponer que se aspira idealmente a que cada sujeto alcance satisfactoriamente todas las categorías enunciadas, que constituirían –en conjunto– un gráfico de propiedades a reunir.

La discusión sobre normas ideales incluye también cuando se aplican, ya no a la salud sino a la enfermedad. Provenientes del taoísmo

filosófico, veamos algunos de los numerosos requisitos que permiten identificar cuando se está enfermo y que pueden resultar desconcertantes en nuestra cultura occidental.

Sobre la enfermedad, dice el Tao-te ching (Hua-Ching Ni, 2010, p. 75):

El hombre superior sabe lo que debe saber. El enfermo, en cambio, lo desconoce. Por consiguiente, aquel que está enfermo de sentirse enfermo, puede liberarse de su enfermedad.

La enfermedad está causada por obstáculos, y para poder alcanzar la madurez espiritual es preciso vencerlos. A continuación transcribimos algunas frases de lo que Lao Tse indica distinguir como enfermo (Hua-Ching Ni, Op. cit.):

- Difamar la reputación de otros para vanagloriarte, es estar enfermo.
- Ser codicioso y no respetar la rectitud, es estar enfermo.
- Odiar a los demás y desear su muerte, es estar enfermo.
- Ser lascivo e ignorar la propia virtud, es estar enfermo.
- Cautivar y engatusar al ingenuo, es estar enfermo.
- Vanagloriarte de tu inteligencia y usarla con sarcasmo contra otros, es estar enfermo.
- Usar el poder social para amenazar a otras personas, es estar enfermo.

Y muchas otras, cerca de cien premisas espiritualmente conmovedoras, que colisionan para poder ser puestas en práctica según los medios sociales con los que se interactúe.

En la perspectiva médica, "enfermedad" pasa a definirse como:

Tipo de estado interno con impedimento de una capacidad funcional normal, es decir, la reducción de las capacidades por debajo de su funcionalidad típica (Boorse, 1977).

Dejando de lado la perspectiva médica y volviendo a la salud, hagámonosle espacio al abordaje que del tema hace la Psicología en uno de sus destacados pensadores, Theodore Millon.

La puntuación interesante que podemos destacar, en nuestro territorio psicológico, es que pasamos ahora a hablar de patrones o equipos que portan, identifican y construyen los sujetos –sus personalidades– y nos alejamos de nociones abstractas e impersonales como la salud y la

enfermedad. También el concepto de personalidad será un constructo hipotético que ayuda a explicar las conductas de los sujetos.

Millon cita la definición de personalidad de G. Phares, quien en 1988 dijo:

Personalidad es ese patrón de pensamientos, sentimientos y conductas características que distinguen a las personas entre sí y que persiste a lo largo del tiempo y a través de las situaciones.

Pero la enriquece y profundiza con la suya propia:

La personalidad: Se concibe actualmente como un patrón complejo de características profundamente arraigadas que son en su mayor parte inconscientes y difíciles de cambiar, y que se expresan automáticamente en casi todas las áreas de funcionamiento del individuo. Estos rasgos intrínsecos y generales surgen de una complicada matriz de determinantes biológicos y aprendizajes y en última instancia comprenden el patrón idiosincrásico de sentir, pensar, afrontar y comportarse de un individuo. La Personalidad es el estilo de comportarse, relacionarse, pensar, sentir y afrontar las dificultades (Millon, 1976).

Más adelante precisa:

La Personalidad es el estilo adaptativo que exhibe un organismo o especie frente a sus entornos habituales. Es como un cuadro impresionista..., a distancia es "todo una pieza", de cerca es un entramado de estados de ánimo, cogniciones, motivaciones... Los procesos de Personalidad son fenómenos estables, pero no estáticos. Son patrones consistentes de cambio. La variable tiempo tiene una importancia fundamental.

Respecto de "lo enfermo", para Millon, "los trastornos de la personalidad no son entidades médicas, ni perversidades humanas... son estilos problemáticos de adaptación humana. Los TP serían estilos de funcionamiento desadaptativo" (Millon y Davis, 1998), serían disfuncionalidades que pueden abordarse y modificarse. Marcó así un principio de estudio de la psicopatología: no solo los trastornos sintomáticos, más fluidos y evidentes, deben formar parte de la nosología, sino también los patrones de psicología patológica, a menudo más larvados y ocultos, de los cuales emergen los trastornos sintomáticos.

Mientras, en consonancia con la postura de T. Millon, la Asociación Americana de Psicología (APA) señaló en 1994 que "los Rasgos de personalidad son patrones persistentes de percibir, relacionarse con y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo, que se manifiestan en una amplia gama de contextos sociales y personales".

Especialmente la APA pregunta: ¿Cuáles son las características de una personalidad sana?

La personalidad psicológicamente sana y equilibrada tiene las siguientes características:

- Es flexible. Se trata de personas que saben reaccionar ante las situaciones y ante los demás de diversas formas. Es decir, poseen un repertorio amplio de conductas y utilizan una u otra para adaptarse a las exigencias de la vida, en vez de comportarse de un modo rígido e inflexible.
- Lleva una vida más variada, realizando diversas actividades, en vez de centrar su vida alrededor de un mismo tema.
- Es capaz de tolerar las situaciones de presión y enfrentarse a ellas y no se viene abajo ante las dificultades y contratiempos.
- Su forma de verse a sí misma, al mundo y a los demás se ajusta bastante a la realidad.

Mientras que, por lo contrario, la personalidad anormal o no saludable:

- Intenta afrontar las responsabilidades y las relaciones cotidianas con inflexibilidad y conductas desadaptativas.
- Las percepciones de sí y del entorno son fundamentalmente autofrustrantes.
- Los patrones de conducta tienen efectos perniciosos para la salud.

Como muy bien explican Millon y Davis:

La medicina ha aprendido que ni los síntomas –los estornudos y las toses– ni tampoco las infecciones intrusas –los virus y las bacterias– son la clave de la salud o la enfermedad. Más bien, el último determinante es la competencia de la propia capacidad defensiva del cuerpo. Así, también en la psicopatología, la clave del bienestar psicológico no es ni la ansiedad ni la depresión, ni los estresores de la temprana niñez o de la vida contemporánea. Más bien, es el equivalente mental del sistema inmunológico del cuerpo –aquella estructura y estilo de procesos psíquicos que

representan nuestra capacidad general de percibir y de afrontar nuestro mundo psicosocial— es decir, el constructo psicológico que denominamos personalidad (Millon y Davis, 1998, p. 191).

Retomando el modelo evolutivo de la personalidad de Theodore Millon, en nuestro medio, F. Berdichevsky y G. González destacan que “la personalidad está orientada en un continuo, en el cual encontramos en un lado la personalidad normal y en el otro la patológica... no existe una línea que separe tajantemente lo normal y lo patológico, ya que la patología tiene los mismos determinantes que el funcionamiento normal...”, y proponen preguntas para explorar el grado personal de salud:

¿Cuál es mi tendencia a adaptarme de forma eficaz y eficiente a mi entorno social? ¿Qué sensación subjetiva tengo de satisfacción? ¿Cómo es mi capacidad para poner en marcha o mejorar mis propias potencialidades?

Cuando el individuo puede enfrentarse a su medio ambiente en forma flexible y apropiada y cuando sus percepciones y conductas características favorecen incrementos de satisfacción personal, entonces puede decirse que posee un patrón de personalidad sano y normal.

De este modo, cuando se responde a las responsabilidades corrientes y a las relaciones diarias de forma rígida o deficiente, o cuando las percepciones y las conductas características del individuo favorecen un aumento de molestia personal o reducen sus oportunidades de aprendizaje y desarrollo, entonces puede decirse que existe un patrón de personalidad patológico (Berdichevsky y González, 2005, pp. 20-21).

Limitaciones de la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

La definición actual de salud de la OMS, promulgada en 1948, describe la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Esta definición incluye un componente subjetivo importante que se debe tener en cuenta en las evaluaciones de los riesgos para la salud”.

En ese momento, este enunciado fue innovador por su amplitud y su ambición. Superó la definición negativa de la salud como ausencia de

enfermedad e incluyó las esferas física, mental y social. Aunque la definición ha sido criticada durante los últimos 60 años, no se la ha oficialmente modificado. Las críticas actualmente se están intensificando y a medida que las poblaciones envejecen y los patrones de enfermedad cambian, esta definición puede ser incluso contraproducente.

En un artículo publicado en *The British Medical Journal*, pregunta ¿qué es “salud”? ¿Debería modificarse la definición de salud de la OMS? Planteó:

El aumento de la expectativa de vida de las últimas décadas, sumado a la habitual concurrencia de las enfermedades crónicas, cuestiona la definición de salud de la OMS como “estado de completo bienestar”. ¿Cuál debería ser la definición actualizada de salud, en medicina? (Huber, 2011).

La mayor parte de las críticas hacia la definición de la OMS son sobre lo absoluto de la palabra “completo” en relación con el bienestar. El primer problema es que contribuye involuntariamente a la medicalización de la sociedad. La exigencia de completo bienestar dejaría a la mayoría casi siempre con mala salud. Por lo tanto, apoya las tendencias de las industrias farmacéuticas y de tecnología médica, en asociación con las organizaciones profesionales, a redefinir las enfermedades y ampliar las posibilidades del sistema sanitario. Desde 1948 la demografía de las poblaciones y la naturaleza de las enfermedades han sufrido cambios considerables. En esa época las enfermedades agudas representaban la mayor carga de enfermedad y las enfermedades crónicas llevaban a la muerte prematura. Desde entonces, los patrones de enfermedad cambiaron con medidas sanitarias tales como mejor nutrición, higiene y saneamiento y mejores intervenciones para la asistencia sanitaria. La cantidad de personas que viven con enfermedades crónicas durante décadas está en aumento en todo el mundo⁴.

Se han hecho diversas propuestas para adaptar la definición de salud. La más conocida es la Ottawa Charter, en 1986, que hace hincapié en los recursos sociales y personales, así como en la capacidad física. Sin embargo, la OMS no tomó ninguna de estas propuestas y las limitaciones de la definición actual están afectando cada vez más las políticas sanitarias. Por ejemplo, en los programas preventivos y la asistencia sanitaria la definición de salud determina los parámetros de resultados: los años de supervivencia pueden ser menos importantes que la participación en la

sociedad, y el aumento de la capacidad de afrontamiento puede ser más importante y realista que la recuperación total.

La resiliencia y el paradigma salutogénico

Para los psicodiagnostadores que trabajamos en la promoción del bienestar de nuestros consultantes y de la población es auspicioso compartir esas propuestas que definen resiliencia y que dan base a los actuales enfoques salutogénicos.

Los especialistas que asistieron a la conferencia canadiense dieron amplio apoyo para cambiar la definición actual a una más dinámica basada sobre la resiliencia o la capacidad de enfrentamiento y de mantener y restablecer la propia integridad, equilibrio y sentido de bienestar. La formulación preferida de salud fue "la capacidad de adaptación y de autogestión".

El primer paso para emplear el concepto de salud como "la capacidad de adaptación y de autogestión" es identificar y caracterizar este concepto para las tres esferas de la salud: física, mental y social.

En la esfera física, el organismo sano es capaz de "alostasis", es decir, de mantener la homeostasis fisiológica a través de circunstancias cambiantes. Frente al estrés fisiológico, el organismo sano puede organizar una respuesta protectora para reducir la posibilidad de daño y restablecer el equilibrio (adaptación). Si esta estrategia de enfrentamiento fisiológica no tiene éxito, el daño (o "carga alostática") continúa y finalmente se puede producir la enfermedad (Sterling y Eyer, 1988; McEwen, 2003).

En la esfera mental, Antonovsky menciona el "sentido de coherencia" como el factor que contribuye a la capacidad de enfrentamiento, de recuperación de un fuerte estrés psicológico y de prevención de los trastornos por estrés posttraumático. El sentido de coherencia comprende las facultades subjetivas que intensifican la comprensión, manejo y significado de una situación difícil. El fortalecimiento de la capacidad de adaptación y autogestión —relata— a menudo mejora la sensación subjetiva de bienestar y puede producir una interacción positiva entre mente y cuerpo, por ejemplo, pacientes con síndrome de fatiga crónica tratados con terapia cognitiva conductual comunicaron efectos positivos sobre sus síntomas y bienestar. Esto se acompañó por el aumento de volumen de la sustancia gris en el cerebro (Antonovsky, 1988[1996]).

Las explicaciones para esta asociación son actualmente objeto de las neurociencias y de la psiconeuroinmunoendocrinología.

El término "salutogénesis" fue creado por el médico y sociólogo Aaron Antonovsky en las últimas décadas del siglo XX. Proviene del latín *salus*, "salud", y del griego *genesis*, "origen", "creación de". Su significado es, por lo tanto, "génesis de la salud". Esta palabra compuesta trae en sí una nueva mirada, un nuevo paradigma en lo que a la salud se refiere, y surge como contraposición a lo que durante los últimos siglos la medicina tuvo como vector hegemónico: la búsqueda de las causas de la enfermedad, el origen de las dolencias, lo cual ha constituido la "patogénesis".

Resiliencia implica superar la situación traumática o adversa y volver a la normalidad. Como tal, la resiliencia es la capacidad de volver al estado natural, especialmente después de alguna situación muy crítica e inusual. Es un término derivado del latín, del verbo, *resilio*, *resilire* que significa "saltar hacia atrás, rebotar". Boris Cyrulnik considera que no se puede ser resiliente cuando desde temprana edad no se ha disminuido su nivel, pues la resiliencia florece en interacción con el entorno y con el medio social. Aunque se considera que todos nacemos con resiliencia, esta va siendo disminuida por los padres y maestros de los 2 a los 19 años de edad, convirtiéndola en anomia asiliente (Cyrulnik, 1999).

La resiliencia es ahora de interés de la Sociología, la Antropología, la Psicología Social y la Psicología Positiva.

En el campo del Psicodiagnóstico, en nuestro país, la categoría resiliencia recibe gran atención e investigación, dada su enorme importancia al evaluar situaciones de grave vulnerabilidad. Se incorpora a pie de página un intercambio muy actual y de interés entre miembros de la Asociación Argentina de Psicodiagnóstico (ADEIP)⁵.

5 Me alegro que siga tan vigente el interés por un tema tan relevante. Coincido con la expresión de "estar" resiliente y no ser resiliente. Mi impresión es que hay varios caminos diferentes que pueden llevar o facilitar el estar resiliente y no todos, en mi opinión, son intrapsíquicos. Hay discursos sociales en contextos determinados que facilitan u obstaculizan la posibilidad de resiliencia. También hay estudios de dinámicas familiares que facilitan la resiliencia. Es decir, me parece que hay grupos sociales que históricamente han facilitado una elaboración resiliente si se la puede llamar así y otros que no, o menos.

Quizás entonces, la resiliencia deba ser evaluada en distintas etapas, como condiciones, procesos y resultados, cada una de las cuales exija un abordaje específico, y también en distintos procesos contextuales, tal como sociales, familiares y sublimatorios. Es decir (continúa) como un conjunto de hechos complejos imbricados y no una capacidad única detectable con una buena técnica específica. Absolutamente de acuerdo con el planteo. Mal que nos pese, la resiliencia es un pez que se escapa de la red... Lo que se puede explorar las condiciones que suelen rodear el desarrollo del proceso resiliente, ya sea en individuos o grupos. Pero no se puede medir como un rasgo, ni es estable; y en cuanto a la predicción, puede dar grandes sorpresas, porque los encuentros azarosos de la vida pueden despertar un proceso completamente nuevo. A través de la construcción de un sentido que historicice la adversidad sufrida, el resiliente primero resiste y luego

Retomaremos ahora las preguntas que iniciaron el capítulo.

Confiamos que el recorrido realizado sostenga las reflexiones y respuestas que siguen:

1. *¿Son útiles los criterios de salud? ¿Por qué?*

Son importantes para desprenderse de posturas que se posicionen en lo patológico y disfuncional. La salutogénesis propone un cambio de paradigma. Debemos posicionarnos en el lugar de la salud y comprenderla integrada a la propia existencia del hombre, como un potencial para atravesar adversidades de todo tipo. Mientras la visión patogénica se pregunta por qué nos enfermamos, la salutogénesis se pregunta cómo podemos mantenernos sanos.

2. *¿Contribuyen los criterios de adaptación social para estimar la enfermedad y salud de un sujeto?*

El criterio de adaptación social es valioso. La salud no se construye en soledad, sino en vínculo activo con un otro, en un compromiso con el contexto social de pertenencia. Interesa la adaptación creativa, con grados de libertad y transformación, como opuesto al mero ajuste.

3. *La normatividad ¿se configura durante toda la vida del sujeto? ¿Es estable?*

G. Canguilhem denomina la normatividad a la capacidad que tiene un sujeto de instituir sus propias normas, de ser "normador" y no sumiso acatador de las normas. Naturalmente, esto implica flexibilidad dentro de los límites del derecho y no extrema transgresión.

Ser sano o normal significa no solo tener una norma en una situación dada, sino, ser normador en esta y en otras eventuales situaciones. La sanidad y la normalidad poseen un margen de tolerancia frente a las adversidades del ambiente (Canguilhem G., 1966).

En otros términos, convivir con las reglas, pero dejarse espacio para la sorpresa.

Proponemos extender esta denominación de normatividad a una topología de cada sujeto, al espacio vital, afectivo, cognitivo y vincular en el cual cada sujeto organizado "normado", se ha vuelto normal para sí mismo de acuerdo a su modo de existir. Las rupturas de ese equilibrio, de

se relanza, modificado. ¿En qué momento del proceso lo "medimos", y qué recordamos para medir? Me parece que este tema debe ser abordado con el método clínico más riguroso.

Fragmento intercambio entre miembros red de ADEIP El 28 de septiembre de 2013, María Elena Ocampo, Fernando Silberstein, María Teresa Ravagnan.

ese entendimiento con su propia estructura y norma podrán leerse como descompensaciones.

4. *¿Es sano tener conflictos?*

Si pensados los conflictos como colisión, choque o pulseada de fuerzas contrarias, decimos que Sí, es inherente al ser vivo. Enfrentar problemas, pérdidas, la propia responsabilidad, reconocimiento de los propios límites y de los externos son procesos dinámicos saludables que motivan el aprendizaje de las experiencias y la búsqueda de mejores respuestas y satisfacciones.

Los conflictos pueden no ser sanos cuando conducen a la repetición, limitaciones de cambios y creciente rigidez.

5. *¿Cómo pensar la normalidad? No ser normal, ¿es estar enfermo?*

Es sensato eludir las categorizaciones de normalidad, enfermedad, patología en nuestras evaluaciones por el fuerte impacto ideológico ligado. También es sensato apuntar a la normalidad clínica y no a la estática o ética.

Recordar que los criterios de lo normal varían según las culturas, las subculturas, las edades y las épocas históricas. A veces también varían al servicio de excluir o sancionar al diferente.

6. *La libertad ¿es saludable?*

Es un criterio importante de salud. Se asimila a la capacidad de expansión y desarrollo de las propias capacidades, deseos y elecciones. Sin embargo, lo regula la libertad de los otros y la aceptación de los propios límites.

7. *La búsqueda de la salud ¿enferma?*

Sí, puede enfermar cuando se convierte en un valor en sí misma y se pierde la dimensión del bienestar.

Resumen

Hemos realizado, en esta sección, un recorrido de revisión de normas como reglas externas e internas de referencias, destacamos lo variables que son en tanto atravesadas por tiempos históricos y culturas diversas.

Propusimos pensar la normatividad de cada sujeto como sus propias y únicas pautas dentro de las cuales organiza su vida. Lo que es para él lo normal.

Hemos expresado la importancia de discriminar cuando se encuentran implícitas normas ideales con pretensión de regular los comportamientos.

También, considerar que la psicopatología está conformada según los mismos procesos y principios que los que intervienen en el desarrollo normal y el aprendizaje; sin embargo, debido a diferencias en el carácter, el tiempo, la intensidad o la persistencia de determinadas influencias, algunos individuos adquieren hábitos y actitudes mal adaptados, en tanto que otros no lo hacen. La distinción entre normalidad y patología sería en gran parte una construcción social y cultural. El criterio de uso más común a la hora de distinguir entre normalidad y anormalidad es el estadístico. Más allá de tales apreciaciones, cabe tomar en cuenta las vivencias de satisfacción personal de los sujetos consigo mismos.

También nos ocupó acercarnos junto con el importante esfuerzo investigativo de las causas y descriptores de las enfermedades, la perspectiva de la salutogénesis. En ella cabe preguntarse cómo favorecer que esta persona pueda recuperarse y mantenerse sana.

Resumiendo, la salud se refiere siempre a un sujeto y es un atributo comprensivo del mismo porque abarca todas sus dimensiones, como lo explica el modelo biopsicosocial, sustrato científico en el que nos manejamos. Pensamos en un sujeto no como agente voluntario de sí mismo, sino atravesado por lo inconsciente.

Son expresiones de salud los grados de satisfacción en trabajos y vínculos y/o en el cuidado de sí mismo. La capacidad de aprendizaje activo, la búsqueda de nuevos logros así como la capacidad para gozar, manifestar y compartir las formas del placer. Todo ello manifiesta expresiones saludables, incluso dentro de cuadros de personalidad o de limitación y deterioro físico, que caracterizaríamos en estado de padecimiento o de enfermedad.

Esperamos haber ofrecido una lectura estimulante, en la cual las citas a los principales representantes pueden devolvernos una vivencia de equipo y compañía en nuestro continuo afrontamiento de los padecimientos humanos. Compartimos reflexiones sobre el complejo tema de los alcances y limitaciones del concepto que llamamos salud y sobre normalidad, enfermedad y otros conceptos que comprenden tantas variables sociales, éticas, médicas y epistemológicas.

Referencias bibliográficas

- ALCOCK, T. (1965) *The Rorschach in Practice*. Londres. Ed. Tavistock.
 AMADO, G., (1985) *Fundamentos de la Psicopatología*. Barcelona. Ed. Gedisa.
 ANTONOVSKY, A. (1979) *Health, stress, and coping*. Londres. Ed. Jossey-Bass.

- ANTONOVSKY, A. (1996) The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health Promot. Int. *Oxford Journals Medicine & Health*. Gran Bretaña. Oxford University Press. Vol. 11 (1), pp. 11-18.
 BERDICHEVSKY, F. Y GONZÁLEZ, G. (2005) *Personalidad, estilos y trastornos. Diálogos sobre reformulaciones actuales y psicoterapia*. Introducción y Capítulo I. Buenos Aires. Akadia, pp. 1-40.
 BERGERET, J. (1983) *Personalidad normal y patológica*. México. Editorial Gedisa.
 BLEICHMAR, H. (1997) *Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas*. Barcelona. Paidós.
 CANGUILHEM, G. (1983) *Lo normal y lo Patológico*. México. Siglo XXI.
 CAPPONI, R. M. (1987) *Psicopatología y Semiología Psiquiátrica*. Santiago. Chile. Depto. Psiquiatría Facultad de Medicina. Universidad Católica de Chile.
 CYRULNIK, B. (1999) *Un Merveilleux Malheur*. París. Odile Jacob.
 CYRULNIK, B. (2004) *El realismo de la esperanza: testimonios de experiencias profesionales en torno a la Resiliencia*. Barcelona. Gedisa.
 CYRULNIK, B. (2013) *Los patitos feos*. España. Penguin Random House.
 EX, H.; BERNARD, P. Y BRISSET, C.H. (1978) *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona. Toray-Masson.
 FRANKL, E. V. (1991) *El hombre en busca de sentido*. Barcelona. Herder.
 FRANKL, E. V. (2009) *Psicoanálisis y existencialismo. De la psicoterapia a la logoterapia*. México. FCE.
 FREUD, S. (1916-1918[1968]) "Introducción al psicoanálisis", en *Obras Completas*. Volumen II. Madrid. Biblioteca Nueva, p. 151.
 FROMM, E. (1968) *El miedo a la libertad*. Buenos Aires. Paidós.
 GOLDSTEIN, K. (1995) *The organism: a holistic approach to biology derived from pathological data in man*. Nueva York. Zone Books.
 HUA-CHING NI (2010) *El Tao de la vida cotidiana*. Madrid. Ed. Oniro.
 HUBER, M. et al (2011) *How should we define health?* BMJ.
 KACERO, E. (1988) "Consideraciones previas al psicodiagnosticar". *Actualidad Psicológica*. Agosto 1988.
 KENDELL R. E. (1975) "The Concept of Disease and its Implications for Psychiatry". *The British Journal of Psychiatry*. Oct 1975, 127 (4) pp. 305-315.
 KRAFT, E. (1992) *Psiquiatría*. Buenos Aires. Paidós.
 KUBIE, L. (1974) "The Drive to Become Both Sexes". En *The Psychoanalytic Quarterly*, Vol. 43(3), pp. 349-426.
 LUNAZZI, H. (1992) *Lectura del Psicodiagnóstico*. Capítulo V "Criterios de Salud y Enfermedad". Buenos Aires. Editorial de Belgrano.
 McEWEN, B. S. Y WINGFIELD, J. C. (2003) "The concept of allostasis in biology and biomedicine". *Hormones and Behavior*. 43 (1), pp. 2-15.
 MILLON, T. (1976) *Psicopatología moderna: Un enfoque biosocial de los aprendizajes erróneos y de los disfuncionalismos*. Barcelona. Salvat.
 MILLON, T. Y DAVIS, R. (1998) *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona. Masson.
 OCHOA SANGRADOR, C. (2010) "Los resultados de estudios clínicos. ¿Importancia clínica o significación estadística?". *Estadística y Clínica Evidencias en Pediatría*, 6 Jul. 10.

Criterios de salud y enfermedad

María Laura Luciani

- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1986) Ottawa Charter for Health Promotion. PAZ, J. R. (1973) Psicopatología: Sus fundamentos dinámicos. Buenos Aires. Ediciones Nueva Visión.
- PIAGET, J. (1981) "Infancia y Aprendizaje". *Journal for the Study of Education and Development*. Vol. 4, Supplement 2, Special Issue. Taylor & Francis online.
- PSYCHODYNAMIC DIAGNOSTIC MANUAL. PDM (2006) *Manual de Diagnóstico Psicodinámico PDM*. Maryland. Estados Unidos. Ed. Alliance of Psychoanalytic organizations.
- RAUSCH DE TRAUBENBERG, N. (1989) «La Santé Mentale. Différents niveaux de prédiction au Rorschach». VII Congreso Latinoamericano de Rorschach y Técnicas Proyectivas. Buenos Aires.
- RICON, LÍA (1991) "Aproximación psicoanalítica al tratamiento de la psicosis. Hoy". *Revista Vertex* N° 4. Asociación Psiquiátrica Argentina. Buenos Aires.
- ROGERS, C. (1961) *On Becoming a Person*. Boston. Houghton Mifflin.
- ROTTER, J. B. (1966) "Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement". *Psychological Monographs*, 80, N° 609.
- STERLING, P y EYER, J. (1988) "Allostasis: A new paradigm to explain arousal pathology". En Fisher, S. y Reason, J. T. *Handbook of life stress, cognition, and health*. Nueva York. Wiley & Sons.
- WINNICOTT, D. W. (1997) *Realidad y Juego*. Barcelona. Gedisa.
- WINNICOTT, D. W. (1996) *Vivir creativamente. El hogar, nuestro punto de partida. Ensayos de un psicoanalista*. Barcelona. Paidós, pp. 48-65.
- WINNICOTT, D. W.; GREEN, A.; MANNONI, O.; PONTALIS, J. B. et al. (1978) *La capacidad de estar solo*. Buenos Aires. Trieb.
- WINNICOTT, D. W. (1989) *Exploraciones psicoanalíticas I*. Barcelona. Paidós.
- WOLFF, W. (1950) *Values and personality. An existential psychology of crisis*. Nueva York. Grune & Stratton.
- ZUTT, J. (2012) *La pérdida de la libertad y la privación de la libertad*. Berlín. Ed. Verlag.

Preguntas para el lector

1. ¿Cuál sería el interés de revisar los criterios de salud y enfermedad que subyacen al juicio clínico del psicodiagnostador?
2. ¿Podría anticipar rasgos diferenciales entre anomalía-anormal, o entre enfermedad-estado mórbido, o estado patológico?
3. ¿De qué modo podrían asemejarse y diferenciarse, normal-normal-maturo-normatividad?
4. ¿Sería posible "enfermar positivamente"? ¿Cómo intervenirían en los casos clínicos las nociones de determinismo y plasticidad?
5. ¿Podría explicar por qué la plasticidad se considera un puente entre las neurociencias y el psicoanálisis?
6. ¿Cómo entiende Bergeret a los síntomas? ¿De qué modo nos sería útil su aporte en nuestras evaluaciones?
7. ¿Por qué sería la clínica el lugar para pensar cuando lo normal es una dimensión cuantitativa? ¿cuándo cualitativa?

Las neurociencias. El apego

El intento de reflexionar acerca de la salud y la enfermedad nos remite inexorablemente a cuestionar certezas y sumar matices e incertidumbres. Por ejemplo: ¿cómo pensar lo sano y lo enfermo? ¿Sería pertinente