



Universidad  
Nacional  
de Rosario

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO**

**Facultad de Psicología**

**TIF- 2024**

**Una historia posible. Condiciones para un futuro deseable en la enfermedad de Alzheimer**

**Alumno:** Mazzoni, Emiliano

**Legajo:** M-5142/1

**E-mail:** emilianomazzoni@hotmail.com.ar

**Docente responsable:** Scaglia, Romina

**Modalidad:** Investigación Bibliográfica

Esta investigación bibliográfica propone generar una articulación entre las neurociencias y el psicoanálisis que permita reflexionar sobre el concepto de memoria. Su propósito es disponer un marco conceptual y clínico terapéutico más abarcativo e integral de la enfermedad de Alzheimer y los sujetos que la padecen.

Para lograr tal articulación se considera a la memoria, no únicamente como un dispositivo básico del aprendizaje, sino en su función historizadora a cargo del yo. En este recorrido se indaga sobre los modos actuales de definir y tratar la enfermedad de Alzheimer desde las neurociencias, se explora los modos de conceptualizar la memoria desde el psicoanálisis y las neurociencias, y se sitúan algunos aportes sobre la función historizadora de la memoria tal como la plantea el psicoanálisis. La bibliografía seleccionada proviene del psicoanálisis, de las neurociencias y de la psiquiatría dinámica, desde donde se acercan definiciones sobre las demencias y la enfermedad de Alzheimer como un tipo de demencia, y su tratamiento. Se reflexiona sobre el concepto de envejecimiento, sus significaciones y los efectos que pueden generar en los sujetos que lo habitan; extrapolando estas reflexiones a los sujetos enfermos de Alzheimer. Y se trabaja con el concepto de memoria como articulador central para el escrito.

Se concluye, en virtud de considerar al psicoanálisis como una disciplina que se estructura desde la escucha de un sujeto con el objetivo de atesorar una verdad singular con efecto reivindicador para ocupar la existencia, que el sostenimiento de una historia como posible, es condición para habitar un futuro deseable.

### **Palabras clave**

Enfermedad de Alzheimer; memoria; función historizadora; psicoanálisis; neurociencias.

A mi familia. Especialmente a Carina Berggesio (mi madre) y a Marcelo Mazzoni (mi padre), por acompañar y ser sostén de mi historia.

A Ludmila López, compañera incondicional. Por posibilitar que juntos creemos nuestra propia historia. Y también por traer a India a nuestras vidas.

A los amigos.

A todos y cada uno de los que lucharon y luchan por el sostenimiento de la educación y la salud pública. Especialmente a cada compañero/a y profesor/a que pude conocer.

# Contenido

<b>Introducción:</b> .....	
5	
<b>Objetivos</b> .....	
8	
<b>El demente y el enfermo de Alzheimer</b> .....	9
<b>Envejecimiento</b> .....	12
<b>Memoria: el mapa no es el territorio</b> .....	14
<b>Un tratamiento posible</b> .....	18
<b>Construir un recuerdo</b> .....	
20	
<b>Conclusiones</b> .....	
22	
<b>Referencias bibliográficas:</b> .....	24

**Introducción:**

Esta investigación bibliográfica titulada, *Enfermedad de Alzheimer: Una historia posible. Condiciones para un futuro deseable en la enfermedad de Alzheimer*, intenta generar una articulación entre las neurociencias y el psicoanálisis, con el fin de reflexionar sobre el concepto de memoria para disponer de un marco conceptual y de abordaje clínico-terapéutico más abarcativo de la enfermedad de Alzheimer y los sujetos que la padecen.

Se considera que una perspectiva que explore a la memoria desde su función historizadora y no sólo como un dispositivo básico del aprendizaje, puede aportar herramientas que permitan reflexionar sobre la enfermedad de Alzheimer y brindar un marco clínico terapéutico que produzca diversos efectos sobre los sujetos que la padecen.

Se acerca una primera definición sobre las demencias en general, para luego

adentrarse en la demencia de tipo Alzheimer en particular.

Bagnati, Allegri, Kremer & Tarango (2003) define a las demencias como:

una afección cerebral adquirida, que produce una alteración de las funciones intelectuales y/o de la conducta del sujeto (respecto a un estado anterior conocido o estimado), de suficiente importancia como para interferir ampliamente con las actividades del diario vivir, e independientemente de alteraciones del estado de consciencia. (p. 12)

El término demencia se aplica a una variedad de padecimientos, que generalmente se caracterizan por ser enfermedades crónicas, progresivas y de etiología neurológica. Y que, en contrapartida con la creencia popular, no es una parte normal del envejecimiento y no afecta exclusivamente a las personas mayores.

Las demencias son definidas como un síndrome, y son diferenciadas de otros cuadros psicopatológicos como las neurosis, psicosis y perversiones. Aunque una demencia puede ser padecida por un sujeto que habite una de estas estructuras. La enfermedad de Alzheimer es un tipo de demencia (existen otros). La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que es la forma más común, representando entre un 60 y un 70 % de los casos y calcula que entre un 5 y un 8 % de la población general de 60 años o más, la padece, lo que representaría 82 millones de casos para el 2030 y 152 millones para el 2050 (citado en Castiblanco Montañez *et. al.*, 2021). La enfermedad de Alzheimer es degenerativa por lo que de manera lenta y progresiva destruye células en el cerebro. Presenta características neuropatológicas detectables como placas y nódulos neurofibrilares que afectan no sólo a la memoria sino también a todo el funcionamiento mental produciendo estados de confusión, cambios de humor y desorientación en tiempo y espacio (Bagnati *et al.*, 2003).

Respecto de la enfermedad de Alzheimer, el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-IV, 1995), en el capítulo: Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos, define que su inicio es gradual, implicando un deterioro cognoscitivo continuo, y puntualiza que la presencia de los múltiples déficit cognoscitivos se manifiesta por: deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente) y por una o más de las siguientes alteraciones cognoscitivas: afasia (alteración del lenguaje); apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta); agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta) y alteración de la ejecución (p. ej., planificación, organización, secuenciación y abstracción). En este punto se advierte al lector que si bien el DSM-5 se encuentra en vigencia desde el 18 de mayo del 2013, fecha de su publicación, esta investigación se enmarca en la clasificación propuesta por el DSM-IV (1995) por el motivo de que la literatura utilizada desde las neurociencias se basa en tal edición, con su propuesta de clasificación categorial de los síntomas, síndromes y trastornos desde donde define a

5

la demencia y la enfermedad de Alzheimer en el capítulo mencionado. En el DSM-5, en cambio, esta categoría principal ahora se denomina Trastornos Neurocognitivos, y se propone una clasificación espectral, describiendo los diferentes trastornos neurocognitivos en sus dimensiones leves y mayores. La demencia se incluye bajo la entidad trastorno neurocognitivo mayor, y la enfermedad de Alzheimer como trastorno neurocognitivo, mayor o leve, debido a enfermedad de Alzheimer.

En el artículo escrito por Pérez Fernández y Guevara Álvarez (2022) titulado *La construcción sociohistórica de las demencias y la enfermedad de Alzheimer* se encuentran algunas reflexiones que merecen ser compartidas. Los autores destacan que las demencias constituyen una de las principales afecciones del campo de la

salud mental, y si bien se ha diagnosticado a sujetos con demencias preseniles, es decir a personas que no han alcanzado la edad de 65 años, la realidad estadística muestra que las personas mayores tienen más incidencia y prevalencia de padecerlas, y se las considera un síndrome dependiente de la edad.

Refiriéndose concretamente a la enfermedad de Alzheimer ellos escriben:

al ser conceptualizadas formalmente desde un enfoque biomédico, se pone el énfasis en la patología y en los aspectos biológicos de estos fenómenos, subordinando al mismo las demás dimensiones (sociales, económicas, políticas, afectivas, etc.) que operan en la constitución y desarrollo del propio síndrome. Uno de los primeros efectos que tiene esta concepción biomédica es la de asimilar el síndrome a la enfermedad, universalizando y homogeneizando las múltiples modalidades de vivir la misma, por lo que la patología queda disociada de la persona que la padece y de los procesos por los que puede atravesar. (p. 34)

Y en la misma página refiriendo a las demencias, expresan:

las significaciones de las demencias se entrelazan fácilmente con los imaginarios sociales prejuiciosos sobre la vejez como sinónimo de deterioro –“viejismo”, – y de enfermedad mental, tales como la pérdida de la razón, de las capacidades intelectuales y de la humanidad. Se potencian así las discriminaciones sociales que llevan a que las personas con demencia soporten un doble estigma: el de la vejez deficitaria y el de la enfermedad mental como algo deshumanizante. (p. 34)

El concepto *viejismo* al que refieren los autores fue definido por Salvarezza (1993) como “el conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminaciones que se aplican a los viejos simplemente en función de su edad”. (p. 23) Pérez Fernández y Guevara Álvarez (2022) aseguran que estas concepciones facilitan prácticas de cuidados y atención deshumanizantes que se centran en la enfermedad y no en las personas y sus modalidades de sufrimiento.

La literatura muestra que las conceptualizaciones sobre envejecimiento suelen apuntar a su biología, reduciendo y generalizando este campo a otros. A su vez, suelen plantear un esquema evolutivo-involutivo que lleva a concebir el envejecer como un proceso que se sintetiza en el deterioro progresivo. Desde esta perspectiva la idea de vejez se define de un modo instrumental, como una significación que produce un corte en lo social y que determina una *ratio* o razón de medida en la noción de edad (Iacub, 2011).

Para pensar estas conceptualizaciones, Salvarezza (1993) propone que existen dos grandes teorías, que de hecho son antagónicas y por tanto generan realidades opuestas. Se trata de la teoría del desapego de Cummings & Henry, publicada en 1961, en la que definen el concepto de desapego como un proceso universal, es decir que ha ocurrido y ocurre en cualquier cultura y tiempo histórico; que es inevitable porque se apoya en procesos psicobiológicos; e intrínseco, es decir que no está condicionado ni determinado por variable social alguna. En contraposición, Salvarezza (1993) propone una teoría del apego, producto de apuntar las críticas que desde 1963

6

tomaron distintos autores en relación a la teoría del desapego. Se comprende su posicionamiento cuando declara que:

la teoría del apego, es la correcta y la que hay que tratar de utilizar operativamente, pero tampoco tengo dudas de que la otra, la del desapego, está mucho más arraigada y extendida, consciente o inconscientemente, en todos los estratos de nuestra sociedad, y que produce un fenómeno que, parafraseando a la teoría, podríamos llamar de

Posicionamiento que nos brinda herramientas para poder pensar en los sujetos con la enfermedad de Alzheimer.

El DSM IV (1995) puntualiza al deterioro de la memoria como el síntoma central de la enfermedad de Alzheimer. Ahora bien, ¿qué se entiende por memoria? Desde las neurociencias, Carrillo Mora (2010) la define como un proceso en el que el sistema nervioso codifica, organiza y almacena sucesos pasados, permitiendo en ocasiones, recordar de manera consciente eventos del pasado como si se experimentaran ahora nuevamente. Y agrega: “estos recuerdos con frecuencia traen consigo experiencias emocionales intensas que van desde lo maravilloso hasta lo atemorizante”. (p. 86) También enfatiza que no es una función cerebral estática, por lo que resulta correcto denominarla en términos de sistemas de memoria. Este modo de conceptualizar la memoria responde a los métodos con los que, mediante la experimentación en laboratorios, se logró detallar y describir las localizaciones del sustrato anatómico de la memoria, los tipos de información que procesan y sus modos. Y se la relaciona con una función adaptativa del organismo al medio.

Ahora bien, existe un modo de teorizar la memoria que el psicoanálisis descubre y conceptualiza desde su trabajo clínico. Plantea que el pasado es tratado en una actualidad propiciada por el encuentro con un analista. Y en ese dispositivo que reescribe; la historia no es ni se confunde con el pasado (Buttini, 2012).

En este sentido se comparte lo expresado por Merlin (2018) en su texto *Trauma y memoria*, cuando escribe:

Con Freud sucumbe la concepción del tiempo lineal y cronológico basada en un continuum. En su lugar, propone una nueva temporalidad: la retroactividad. Siendo que el pasado no es estático, pasivo, inmóvil, ni mucho menos está muerto, se lo hace existir y se lo produce por la vía del recuerdo y de la interpretación. No se trata en Freud de la memoria o el recuerdo en tanto sistema enciclopedista, retórico y congelado que supone la virtud de recordar bajo el modo de describir, acumular elementos y datos de un pasado clausurado. Por el contrario, desde la perspectiva psicoanalítica, la memoria es más bien una operación de producción de un pasado que comporta un dinamismo actual. Para el psicoanálisis la memoria es actual e implica un pasado que se hace carne en la experiencia, por lo que el recuerdo es recuperado en una nueva red, una nueva constelación que deviene potencia del pensamiento. Como acto, la memoria hace presente el recuerdo, el cual permite recortar un pasado, que se funda cada vez y que apunta al porvenir. (p. 103)

Este modo de conceptualizar la memoria implica un sujeto activo frente a su presente. Invita a reflexionar sobre su función de crear historia. Ese interjuego entre lo histórico acontecido (*geschichte*) y la historia conjetural (*historien*) tal como Freud lo trabaja en su libro *Moises y la religión monoteísta* (Freud, 1939/1994).

Es decir que el recuerdo permite posicionarse frente al futuro mediante una elaboración activa del presente, en donde la historia es destacada tal como ocurre para cada sujeto. Y en un sostenimiento en el que el otro es fundamental. Se trata de la importancia de lo histórico vivencial (*historich*) y de lo que implica la realidad psíquica para la verdad de un sujeto en su singularidad.

Así, el psicoanálisis no se ubica como una disciplina de la historia arqueológica o genética, ni del presente absoluto, ya que su objeto es el inconsciente (Blanck Cerejido, 2006). En relación a esto Freud (1920/1992) expresa en *Más allá del principio de placer*, “tenemos averiguado que los procesos anímicos inconscientes son

en sí «atemporales»". Esto significa, en primer término, que no se ordenaron temporalmente, que el tiempo no altera nada en ellos". (p. 28)

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

- Generar una articulación entre las neurociencias y el psicoanálisis con el fin de reflexionar sobre el concepto de memoria.

### **Objetivos específicos**

- Indagar sobre los modos actuales de definir y tratar la enfermedad de Alzheimer desde las neurociencias.
- Explorar los modos de conceptualizar la memoria desde las neurociencias y desde el psicoanálisis.
- Situar algunos aportes sobre la función historizadora de la memoria tal como la plantea el psicoanálisis.

## **El demente y el enfermo de Alzheimer**

Etimológicamente demencia está compuesta por el prefijo de (ausencia), mente (mente) y el

sufijo ia (condición o estado), por lo que se podría asumir que demencia es aquella “condición en la cual se pierde la mente” (Custodio, Montesinos & Alarcón,2018).

En el libro *Tratado de Psiquiatría* de Ey, Brisset & Bernard (1960/1996) la demencia es definida como “*debilitamiento psíquico profundo, global y progresivo*, que altera las funciones intelectuales basales y desintegra las conductas sociales. Afecta a la personalidad hasta en su estructura de -ser razonable-”. (p. 545)

Esta expresión de “ser razonable” hace referencia a los sistemas de valores lógicos que permiten a las personas la adaptación al medio social. Y los autores refieren que el yo del sujeto “ha quedado vacío -o está en camino de ello-”. (p. 545) Más adelante agregan, “puede decirse que la demencia da lugar, en psiquiatría, a la más grave “deshumanización” del hombre”. (p. 545)

Establecen una clasificación que las divide en, demencias orgánicas: determinadas por afecciones orgánicas; y demencias vesánicas: las demencias que sobrevienen a continuación o al término de la evolución de una psicosis, por lo general de larga duración. En este último caso la demencia no forma parte integrante del conjunto sintomático sino que constituye una complicación progresiva, es decir, es un estado secundario a una evolución psicótica (Ey, Brisset & Bernard, 1960/1996). La demencia consiste en un síndrome de deterioro adquirido y global de la función intelectual, con un estado de consciencia clara que afecta a nivel del vivenciar cotidiano y su curso suele ser progresivo aunque no se excluye que algunos casos sean estables e incluso reversibles (Palomo, 2009).

La sintomatología de desintegración cognitiva que afecta al sujeto que padece el síndrome, puede producir como efecto de revote en sus familiares y conocidos más cercanos, la sensación de que dejaron de ser las personas que conocieron, como si ahora fueran otros. Sensación de desconocimiento que se sintetiza en la frase: ya no es el mismo de antes, refiriéndose al demente.

La enfermedad de Alzheimer es un tipo de demencia. Ballesteros (1999) la define y explica la razón biológica de los síntomas que afectan la memoria. Escribe:

Es una enfermedad degenerativa que va haciéndose más grave a medida que la enfermedad avanza. Se trata de una demencia progresiva asociada a la aparición de placas y nudos neurofibrilares que se extienden de un modo difuso por distintas regiones de la corteza cerebral y el hipocampo. A pesar de que la neuropatología de la enfermedad es difusa, al principio estas placas se concentran sobre todo en la región temporal media diencefálica y en el hipocampo. Con todo, se trata de un grupo de enfermos heterogéneo. La zona diencefálica está implicada en el establecimiento de nuevas memorias explícitas. Se trata de un sistema que permite integrar los distintos componentes de la vida diaria en registros integrados de experiencia (lo que vemos, oímos, pensamos, sentimos). Esta zona es vital para el establecimiento de la memoria episódica y también contribuye a la formación de nuevas memorias semánticas. Uno de los primeros y más pronunciados síntomas de la enfermedad es el déficit severo de la memoria. La amnesia suele ser la única señal patológica que presenta el enfermo hasta que se produce un deterioro global inevitable de su funcionamiento intelectual. (p. 720)

Para realizar una descripción más detallada sobre el proceso de esta enfermedad, se la divide en etapas demarcadas por los componentes cognitivos que a lo largo de su evolución se ven afectados.

Así, en una *etapa Inicial* aparece una clara pérdida de memoria que comienza a interferir en las actividades. Los enfermos fallan en el aprendizaje de nuevas informaciones y no recuperan la información que olvidaron cuando se les ofrece

claves. Se vuelven reiterativos, tienen intrusiones y falsos reconocimientos. Se olvidan de lo que realizaron recientemente pero conservan muy bien la memoria lejana. La

memoria semántica está intacta. En el resto de su parte cognitiva aparece alguna dificultad en su orientación temporal, se observan fallas en el pensamiento abstracto y en la capacidad para planificar sus actividades o comportamientos complejos.

En una *etapa intermedia*, después de varios años (2 a 10), el enfermo se desorienta en tiempo y a veces en espacio. Aparecen síntomas afásicos (fallas en el lenguaje, faltan las palabras), apráxicos (dificultades para resolver tareas cómo vestirse) y agnósicos (trastornos en el reconocimiento). La memoria semántica se afecta más: faltan las palabras, fallan en darle el nombre a objetos y a familiares, y empiezan a mezclar unas palabras con otras.

Y en una *etapa tardía*, después de una duración variable de 8 a 12 años, la sintomatología se completa y se alcanza la fase de estado de la enfermedad con una demencia masiva, comprometiendo todas las funciones intelectuales, con graves alteraciones globales de la memoria. Comienzan a desconocer su domicilio y a sus familiares cercanos. Retienen algunos elementos de su pasado, pero de forma muy imprecisa. En este momento están comprometidos todos los tipos de memoria, el lenguaje se vuelve telegráfico y muchas veces inadecuado, evolucionado hacia un mutismo con expresiones limitadas a sonidos (Bagnati *et al.*, 2003).

Es pertinente destacar que los modos de concebir las afecciones en salud mental construyen sentidos, no sólo sobre las afecciones mismas sino también sobre los sujetos que las padecen y sus posibilidades de tratamiento. En este sentido, Pérez Fernández & Guevara Álvarez (2022) se refieren a los modos de conceptualización dominantes que tuvo la enfermedad de Alzheimer históricamente, expresando:

uno de los primeros efectos que tiene esta concepción biomédica es la de asimilar el síndrome a la enfermedad, universalizando y homogeneizando las múltiples modalidades de vivir la misma, por lo que la patología queda disociada de la persona que la padece y de los procesos por los que puede atravesar. (p. 34)

Y más adelante agregan que “desde este enfoque, la atención se centra en la enfermedad, no en la persona, tomando a los componentes bioquímicos y neuroanatómicos como principal línea de acción” (p. 44).

En este punto es necesario mencionar que la particularidad que presenta el descubrimiento freudiano emerge de que fue en la vida cotidiana en donde encontró su psicopatología: en su interés por los olvidos a primera vista inocentes, los lapsus y las supersticiones. Y en una clínica que se interesó por la formación de los sueños y los chistes. Todas ellas, consideraciones que permitieron situar al sujeto del inconsciente en el centro de la clínica, y este no puede reducirse al yo, como expresa Freud (1917/2012) en su famosa frase “el yo no es dueño y señor en su propia casa”. (p. 2436) En esta misma dirección teórica leemos en el *Yo y el ello* del mismo autor (1923/2014) que, “el psicoanálisis no puede situar en la conciencia la esencia de lo psíquico, sino que se ve obligado a considerar la conciencia como una cualidad de lo psíquico que puede añadirse a otras cualidades o faltar”. (p. 15)

Desde el psicoanálisis se considera la existencia de procesos anímicos o representaciones muy intensas que tienen consecuencias en la vida anímica, pero que ellos mismos no devienen conscientes porque fuerzas se resisten a ello. No obstante, pujan por llegar a la consciencia desde diversos caminos. Es desde el yo que parten las represiones, raíz de las cuales ciertas aspiraciones anímicas deben excluirse de la conciencia. Freud en este mismo texto escribe,

nos hemos formado la representación de una organización coherente de los procesos anímicos en una persona, y la llamamos su yo. De este yo depende la conciencia; él gobierna los accesos a la motilidad, vale decir: a la descarga de las excitaciones en el mundo exterior. (p 18)

Pero también una parte del yo (su núcleo) es inconsciente, por lo que se encuentra en disputa con el mundo interior a la vez que se enfrenta a las exigencias y contradicciones que se le presentan desde el mundo exterior para dominar las exigencias internas (Freud, 1923/2014). El yo no sólo tiene por función servir a esos vasallajes del mundo externo e interno (exigencias pulsionales del ello), también tiene por función dar unidad al cuerpo y dar unidad histórica, es decir, unidad subjetiva. Ambas funciones son indisolubles. En este sentido Goldfarb (2004) define que en las demencias el yo como instancia psíquica,

sufre de una capacidad cada vez menor de hacer asociaciones, de juicios, por una incapacidad de analizar la realidad, de poner el placer al servicio de la censura. El yo está disminuido, es más observador que participante, más atravesado por impulsos que capaz de guiarlos". (p. 174)

Se trataría de un yo que pierde la capacidad de controlar sus impulsos en aras de conseguir una satisfacción mayor en el futuro. Si el yo está deteriorado y en riesgo de quedar vacío (Ey *et al.*, 1960/1996), se plantea la pregunta, ¿qué ocurre con su función de dar unidad histórica?

A su vez se destaca que el concepto psicoanalítico de pulsión permite considerar una psicopatología en la que se incluye la relación entre el cuerpo y el aparato psíquico como indisolubles. En *Pulsiones y destinos de pulsión* Freud (1992/1915) escribe:

la pulsión nos aparece como un concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático, como un representante psíquico, de los estímulos que provienen del interior del cuerpo y alcanzan el alma, como una medida de la exigencia de trabajo que es impuesta a lo anímico a consecuencia de su trabazón con lo corporal. (p. 117)

Estas conceptualizaciones son introducidas para comprender que lo propio del psicoanálisis es la consideración por los modos de sufrimiento de los sujetos. Es paradigmático de una posición epistémica que jerarquiza el mantenimiento de las diferencias en contraposición a una otra, considerada tradicional que busca elementos universalizantes. Su perspectiva funciona al darle a la singularidad un lugar central en el tratamiento (Carvalho da Silva, 2020).

En este punto, y entendiéndose la complejidad que implica pensar al sujeto enfermo de Alzheimer, se considera interesante reflexionar sobre el valor de una patología fundamental. Conceptualización que propone Pierre Fédida conformada a partir de su trabajo universitario y teórico, entendiéndola como un área de reflexión sobre el sufrimiento psíquico. Se propone como punto de encuentro de diferentes disciplinas en relación al sufrimiento humano, con el fin de plantear interrogantes metodológicos tales como establecer un diálogo que articule distintos recortes teóricos y de qué manera tratar las diferencias. Se trata de una transdisciplina (Signer, 2000), en tanto reuniría los saberes particulares de cada disciplina sin perder sus singularidades, formando una red de significados en interacciones concretas. No estaría interesada en la descripción y clasificación, sino en lo que el sujeto expresa sobre su sufrimiento.

La transdisciplina no se centra en lo universalizante de un diagnóstico, sino en formular los aspectos propios de un sujeto que lo convierten en único dentro del conjunto de todos los que padecen la misma enfermedad.

## Envejecimiento

Conviene observar que los viejos quieren con frenesí a los niños, y éstos a los viejos, sin duda porque (como dice el poeta Homero) “los dioses se complacen en poner siempre juntos a los que se asemejan” ¿En qué otra cosa se diferencian, sino en que el viejo tiene más arrugas y más años? Por lo demás, todo es igual entre ellos: cabellos descoloridos, boca desdentada, balbuceo, charlatanería, frivolidad, olvido de las cosas y falta de reflexión. (de Rotterdam, 1511/1984, p.44)

Según los cálculos de la Organización de Naciones Unidas (ONU), entre los años 1950 y 2025 la población mundial total se multiplicará por tres. Pero, considerando el mismo período, los mayores de 60 años crecerán 6 veces y los mayores de 80 se incrementarán 10 veces. En la última mitad del siglo XX en Argentina, según los datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), entre los años 1950 y 2000, la población total aumentó un 116%. Pero los mayores de 65 aumentaron un 398%; y los mayores de 80 años un 682%. (Bagnati *et al.* 2003).

Se recuerda que en la introducción de este escrito se planteó que la realidad estadística muestra que las personas mayores tienen más incidencia y prevalencia de padecer demencias, y se las considera un síndrome dependiente de la edad (Pérez Fernández & Guevara Álvarez, 2022).

En la literatura existen numerosas definiciones sobre lo que se considera que es el envejecimiento. Según Alvarado García & Salazar Maya (2014), la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como:

el proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida; esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales. (p.58)

En el *Tratado de Psiquiatría* Ey, Brisset & Bernard (1960/1996) definen que el proceso de la senescencia o del envejecimiento es un fenómeno biológico general que se manifiesta en todos los niveles de integración del organismo: molecular, celular, tisular y orgánico; y de sus funciones. También a nivel de la personalidad y podríamos añadir igualmente a nivel de los grupos humanos. Fenómeno directamente ligado a la vida, que desemboca tarde o temprano en el estadio senil o senilidad. Estado deficitario que por sus manifestaciones clínicas constituye una condición patológica. Y agregan que si bien es probable que exista una senescencia fisiológica no patológica del cerebro, es difícil captar las condiciones y los límites de la misma. Se puede admitir una psicología de la senescencia, condicionada por: (a) el estado fisiológico; y (b) por el estado de las relaciones y posibilidades de adaptación social propio de esta edad, o si se quiere, por la posición existencial del hombre en la última parte de su vida y frente a la muerte.

No existe una definición universal para explicar la vejez, pero se encuentran puntos de acuerdo entre la mayoría de los autores al considerarla como una interrelación entre

diferentes campos. Puesto que se suceden cambios inevitables del cuerpo que se degenera comenzando desde el nacimiento, se referencia la vejez con el campo de lo biológico. También está implicada la forma en que los sujetos se ajustan a esos cambios; aquí se considera el campo de lo psicológico. Finalmente, lo que la sociedad piensa y espera de la población mayor o anciana; refieren a consideraciones sobre el campo de lo social (Montalvaro Toro, 1997).

Desde estos diferentes campos se producen significaciones que tienen efecto sobre los sujetos que habitan el envejecimiento. Se desprende de aquí, que los sujetos con la enfermedad de Alzheimer se verán afectados por estas consideraciones además de las que emergen de la enfermedad concreta. Respecto de este punto Pérez Fernández & Guevara Álvarez (2022) refieren:

12

las significaciones de las demencias se entrelazan fácilmente con los imaginarios sociales prejuiciosos sobre la vejez como sinónimo de deterioro y de enfermedad mental, tales como la pérdida de la razón, de las capacidades intelectuales y de la humanidad. Se potencian así las discriminaciones sociales que llevan a que las personas con demencia soporten un doble estigma: el de la vejez deficitaria y el de la enfermedad mental como algo deshumanizante. (p. 34)

En la introducción de esta investigación se hizo referencia a dos posiciones teóricas fundamentales y que siendo diametralmente opuestas se conforman como generadoras de posicionamientos frente al concepto de vejez. Por un lado, la teoría del desapego que Cummings & Henry definen en 1961, propuesta en un libro que se ha constituido en referencia para todos los que se interesen sobre los aspectos psicosociales de la vejez. Define que a medida que el sujeto envejece se produce una reducción de su interés vital por las actividades y objetos que lo rodean, lo cual va generando un sistemático apartamiento de toda clase de interacción social. Gradualmente la vida de las personas viejas se separa de la vida de los demás, se van sintiendo menos comprometidas emocionalmente con problemas ajenos, y están cada vez más absortas en los suyos propios y en sus circunstancias. Los autores de esta teoría declaran que el proceso de desapego, no sólo pertenece al desarrollo normal, sino que es deseado y buscado por los sujetos, apoyado en el lógico declinar de sus capacidades sensoriomotrices, lo que les permite una redistribución adecuada de sus mermadas reservas sobre menos objetos, pero más significativos para los sujetos.

Salvarezza (1993) entiende que de esta premisa se desprende que la conducta aconsejable a seguir frente a los viejos ya sea como profesionales, como familiares o como amigos, debe ser inducir o favorecer un apartamiento progresivo de sus actividades como un paso de preparación necesaria para la muerte. Este autor se ocupa de agrupar puntos fundamentales de diferentes críticas sobre tal posicionamiento postulando lo que llama la teoría del apego. Sobre ella refiere:

toda posibilidad de *ser* dentro del contexto humano es posible solamente en relación con *otro*, o con los objetos contingentes. Toda satisfacción de necesidades o deseos es provista sólo en estas relaciones objetales, y la separación o el aislamiento deben ser comprendidos como formando parte de la patología o de la acción prejuiciosa y segregacionista contra los viejos de ciertas estructuras sociales, pero de ninguna manera como normalidad. (p. 21)

Esta reflexión permite retomar lo enunciado sobre la función unificadora del yo, tanto como unidad corpórea y también en tanto unidad histórica. Puesto que el yo se estructura a partir del lazo con los demás esta función unificadora siempre son posibilidades y sostenidas en la relación con otros. Más adelante, en la misma página el autor continúa,

cuando se invoca la disminución de las capacidades sensoriomotrices como el argumento de apoyo que sostiene la teoría del desapego, se está cometiendo el error de juzgar la posibilidad de satisfacción que pueden obtener los viejos en sus actividades con la óptica comparativa de las personas más jóvenes. (p. 21)

Se entiende que posicionarse desde la perspectiva de la teoría del apego frente a los sujetos que habitan la vejez invita a un acompañamiento que motive la obtención del máximo de satisfacción, con el máximo de las fuerzas que en cada momento se disponga. El objetivo es tratar de mantener a los sujetos apegados a sus objetos y actividades la mayor cantidad de tiempo. Y cuando esto ya no sea posible, tratar de encontrar sustitutos derivativos. Esta será la única forma de hacerles sentir que la vida aún vale la pena de ser vivida (Salvarezza, 1993).

Se considera que estas son reflexiones no pueden dejarse de lado en el tratamiento de un sujeto enfermo de Alzheimer.

13

## **Memoria: el mapa no es el territorio**

Los criterios diagnósticos para la enfermedad de Alzheimer consideran la pérdida de memoria como un síntoma nuclear.

Siguiendo a Carrillo Mora (2010) en su texto *Sistemas de memoria: reseña histórica, clasificación y conceptos actuales*, se puede realizar un breve recorrido histórico recuperando los antecedentes y la evolución que obtuvo el concepto de memoria desde las neurociencias. Este autor sostiene que el estudio teórico de la memoria y el aprendizaje se inició desde los tiempos de Platón y Aristóteles. Sin embargo, hasta antes del siglo XIX se limitaba a métodos más empíricos y filosóficos que científicos, es decir, para su estudio se utilizaban métodos como la lógica, la introspección, la comparación y la reflexión. Fue en el siglo XIX que comenzaron los primeros reportes y estudios respecto a la memoria y sus trastornos. Las diferencias entre los distintos tipos o sistemas de memoria no es nueva y se puede encontrar ya en la literatura de los siglos XVIII y XIX, en escritos psicológicos que distinguen, por ejemplo, la memoria de los hábitos (habilidades mecánicas). Hasta ese momento, a los procesos de memoria no se les reconocía un sustrato anatómico específico. La primera asociación anatómica entre las lesiones cerebrales focales y la memoria se atribuye a Bekhterev en 1899. A principios del siglo XX, desde la corriente científica del conductismo, se estudiaron las características y componentes de un tipo particular de aprendizaje y memoria: el que se deriva de la asociación repetida entre un estímulo y una respuesta (condicionamiento clásico) o entre un estímulo y una conducta (condicionamiento operante). Fue Lashley quien, en 1929, inició formalmente el estudio experimental de la memoria con su investigación llevada a cabo en ratas, encontrando que el deterioro en el desempeño en laberintos se correlacionaba más con la extensión de las lesiones cerebrales que con la localización de las mismas. Con estos resultados se sostuvo la hipótesis de la equipotencialidad de las áreas corticales la cual establecía que, con excepción de las áreas motoras y sensitivas primarias, en el resto de las funciones cerebrales complejas contribuyen, de igual forma, todas las áreas corticales. Dicha hipótesis se encuentra en oposición directa con el concepto actual sobre los distintos sistemas y sustratos anatómicos para la memoria, aunque se trató sin duda de la primera aproximación de la memoria en el laboratorio. El estudio, la descripción detallada y el seguimiento de uno de los casos de Scoville, en 1954, sentaron un antecedente muy importante, contradiciendo de forma casi definitiva la noción de la equipotencialidad cortical cerebral. Por otro lado, el estudio de los pacientes con amnesia también puso en evidencia que al afectarse selectivamente la memoria para

hechos recientes y conservarse relativamente intacta la memoria para hechos remotos, existía, como ya se sospechaba, una diferencia entre el sustrato anatómico de las memorias de corto y de largo plazo. Además, se documentaron disociaciones importantes en cuanto al manejo de la información de la memoria según el contenido de lo que es recordado; es decir, que existían algunos aspectos de ella que parecían no afectarse en los pacientes amnésicos. Esto sucedía en las décadas del 1950 y 1960.

Squire propuso en 1986, una clasificación de la memoria, dividiéndola en dos grandes subsistemas, la memoria declarativa y la no declarativa. Casi al mismo tiempo, Tulving propuso un modelo que comprendía tres sistemas que trabajaban de forma conjunta, la memoria procedimental, la memoria semántica y la episódica.

En una clasificación más reciente e incluyente Tulving & Schacter en 1990, definen cinco sistemas de memoria según los mecanismos cerebrales involucrados, el tipo de información que se maneja y los principios con los que operan cada uno de los sistemas:

1. Memoria procedimental: hábitos y destrezas. Condicionamiento simple.
2. Sistemas de presentación perceptual: Priming.
3. Memoria de corto plazo: información rápidamente disponible sobre eventos cognoscitivos recientes.

14

4. Memoria semántica: conocimiento general del mundo.

5. Memoria episódica: recolección consciente del pasado.

Squire en 2004, incluye además las principales estructuras anatómicas relacionadas con cada subtipo de memoria, las categorías de aprendizaje asociativo y no asociativo, y una distinción entre los componentes emotivos y motores asociados con el condicionamiento clásico.

En una breve explicación sobre los procesos componentes de los sistemas de memoria según estas clasificaciones se establecen dos grandes categorías principales, que son los sistemas de memoria de largo plazo y los sistemas de memoria de corto plazo.

*Los sistemas de memoria de largo plazo*, en los mamíferos, se consideran conformados por dos grandes categorías de información, (A) la declarativa y la (B) no declarativa.

(A.i) La memoria declarativa contiene información de la cual se tiene un registro consciente y que se puede verbalizar o transmitir a través de algún medio a otro individuo. Se compone por dos variedades de memoria: la *semántica* y la *episódica*. La primera refiere a la información almacenada sobre las características y atributos que definen los conceptos que no están vinculados con la historia personal, así como los procesos que permiten su recuperación de forma eficiente para su utilización en el pensamiento y el lenguaje. (A.ii) La memoria episódica comprende una memoria compuesta por información sensorial de muy distintas variedades sobre un marco temporal y espacial definido acerca de hechos que ocurrieron en el pasado personal. Se define como la memoria de los sucesos experimentados personalmente o el recuerdo del qué, dónde y cuándo ocurrió cierto hecho de la experiencia personal. Es necesario detallar que esta definición de la memoria episódica cumple con una función asociativa entre las distintas modalidades de información (visual, espacial y temporal) que origina un estímulo, dando por resultado una configuración compleja que denominamos suceso, en el cual los eventos recordados deben haber sido experimentados personalmente, por lo que también es referida como memoria autobiográfica. Es decir, necesita que la persona sea consciente de que lo que recuerda sea algo que le ocurrió personalmente. Otro componente importante de la memoria episódica es la ubicación de los eventos en un marco temporal subjetivo, lo

cual provee del conocimiento sobre la secuencia de eventos que han ocurrido en el pasado (memoria retrospectiva), así como el orden preciso en que ocurrieron éstos (memoria de orden temporal). Todo esto requiere además de un conocimiento sobre sí mismo como una entidad distinta del resto del mundo.

(B) La Memoria no declarativa o implícita comprende información que no se verbaliza fácilmente, o cuyo aprendizaje puede ser inconsciente e incluso involuntario. Contiene diversas subcategorías heterogéneas en su contenido y función.

Encontramos la (B.i) Memoria procedimental, que refiere al almacenamiento y recuperación de información sobre las habilidades motoras; es decir, el aprendizaje relacionado a saber cómo hacer distintas tareas: desde prender una luz, abrir una puerta, o atarse los cordones de las zapatillas, hasta andar en bicicleta o manejar un auto. El (B.ii) Priming es un tipo de memoria implícita que no requiere de ninguna recolección consciente de experiencias previas, y que comparte algunas características con la memoria procedimental, pero también con la memoria semántica. Al igual que la memoria procedimental, el priming significa un incremento de habilidades, pero en este caso perceptuales. También se asemeja a la memoria semántica en que involucra representaciones cognitivas del mundo exterior y su expresión es más cognitiva que conductual.

También se encuentran los sistemas de memoria de corto plazo, con el concepto de memoria de trabajo planteado por Baddeley & Hitch en 1974. Es considerada como un sistema encargado de almacenar y administrar transitoriamente toda la información que se encuentra actualmente en uso para la realización de una tarea específica. Este sistema se basa en tres componentes principales: un sistema de control con

15

capacidad atencional limitada que denominaron componente central ejecutivo, el cual es asistido por dos sistemas subsidiarios de almacenamiento; el circuito fonológico, que está basado en sonido y lenguaje y el tercer componente es el esquema visuo espacial. Este modelo de tres componentes de la memoria de trabajo enfrenta algunas dificultades cuando trata de explicar cómo ocurre la interacción de este sistema con la memoria de largo plazo, además de que no cuenta con un mecanismo mediante el cual los dos subsistemas, el fonológico y el visuo-espacial, interaccionan entre sí. Por esta razón, se ha propuesto un cuarto componente, el Buffer episódico, sugerido como un almacén de capacidad limitada que permite unir toda la información para integrar episodios congruentes, controlado atencionalmente por el componente ejecutivo, que es accesible a la conciencia (Carillo Mora, 2010).

Es necesario destacar que este modo de definición del concepto de memoria considera los procesos de conciencia como centrales para su funcionamiento. Con respecto a esto, y en la misma dirección, Ballesteros (1999) declara que:

El engranaje y los mecanismos que rigen el funcionamiento de este colosal proceso psicológico funcionan con tal grado de perfección que la persona sana apenas es consciente de que todas sus acciones y todas sus comunicaciones verbales dependen del correcto funcionamiento de su memoria. Sólo comprendemos el exacto valor de la memoria cuando falla. Esta función no es otra que codificar, registrar y recuperar grandes cantidades de información que resultan fundamentales para la adaptación del individuo al medio. Por esto, podemos decir sin miedo a equivocarnos que la adaptación a las demandas de la vida cotidiana es posible gracias a su funcionamiento adaptativo. (p. 705)

Si bien existen algunos componentes de la memoria cuyos procesos son inconscientes, como la memoria no declarativa o implícita, que contiene información de la que el sujeto no sabe decir cómo, dónde y cuándo la aprendió; se evidencia que en estas clasificaciones impera una concepción de sujeto que se sostiene en sus

procesos de consciencia y su capacidad de adaptación al medio. Sujeto definido por su capacidad de procesar información con cierta finalidad y en una concepción de tiempo lineal. Como si el presente subjetivo fuera una consecuencia directa del pasado, y el sujeto un mero espectador de su propia experiencia psicológica.

Desde esta perspectiva se podría plantear la pregunta sobre si una falla en la memoria se corresponde con un error en la continuidad de la propia historia. También en este sentido es que en el título de este apartado se propone jugar con la interrelación que define la frase atribuida a Korzibsky en 1937, el mapa no es el territorio. Aquí se enuncia para considerar la relación posible entre lo real objetivo, es decir el territorio que es igual para todos; y lo real vivencial refiriéndolo al mapa, que es un recorte singular habilitado por cada sujeto en función de su verdad. Es decir, para su realidad psíquica y por tanto para la propia historia que habita.

También se debe tener en cuenta, y retomar aquí la pregunta surgida en el apartado titulado envejecimiento, respecto de ¿qué ocurre en un yo que se está deteriorando y en riesgo de quedar vacío, con su función de dar unidad histórica? Al respecto el psicoanálisis describió fallas en la memoria que no eran de causa orgánica, sino psicógena: la represión de un suceso displacentero. Todos los sujetos sufren de alteraciones de la memoria y aún así, tales alteraciones son parte de la propia historia y ayudan a crearla. Respecto de esto Freud (1914) en *Recordar, repetir y reelaborar (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, II)*, especifica que “el analizado no recuerda, en general, nada de lo olvidado y reprimido, sino que lo actúa. No lo reproduce como recuerdo, sino como acción; lo repite, sin saber, desde luego, que lo hace”. (p. 152) Será tarea del analista y el analizado reelaborar ese material que se encuentra al servicio de la repetición, es decir de la pulsión de muerte, para que pueda ser apropiado por el sujeto y dispuesto a las tendencias de la pulsión de vida, del Eros, y al fin ser reconducido como parte de su propia historia (Freud, 1920/1992).

16

Desde las teorizaciones enmarcadas en el psicoanálisis se puede pensar al presente como una construcción. El pasado no contendría por sí mismo las significaciones del presente de un sujeto. Es desde el presente que el sujeto puede construir un significado para su pasado, resignificándolo con las coordenadas significantes del presente.

Así, el psicoanálisis viene a romper con la idea de tiempo lineal, proponiendo otras maneras de temporalidad, y otras maneras de significar el pasado. Sobre todo, como elemento para la transformación y construcción de subjetividad (Goldfarb, 2004).

Merlin (2018) plantea que:

el psicoanálisis aportó una nueva realidad psíquica, subjetiva y representacional; Freud también la denominó memoria inconsciente y la explicó conforme al modelo del arco reflejo. Sucintamente, estableció que de lo percibido quedan marcas en el aparato que, en un segundo tiempo, a posteriori, se significan como huellas que forman la memoria. Las marcas devienen sistemas de huellas mnémicas que se asocian por cierta legalidad regida por procesos primarios y cargas móviles que se desplazan y condensan (metonimia y metáfora, respectivamente, a partir de la lingüística) entre las huellas, las cuales se reordenan continuamente siguiendo la menor resistencia. Dichos sistemas forman la memoria, por lo que desde la teoría de Freud es posible hablar de pensamientos y de memoria inconsciente. (p. 105)

Para una mejor comprensión de lo anterior, y destacando los puntos pertinentes para este escrito, se realiza con Martínez Ruiz (2010) un recorrido por los textos claves en los que se menciona el modo en como Freud conceptualiza el aparato psíquico. En *La interpretación de los sueños* de 1900, el autor hace una manifiesta petición al lector de

imaginar este aparato como si fuera un microscopio compuesto o un aparato fotográfico. Este propósito tiene dos características fundamentales: primero, invita a comprender mecánicamente al aparato y segundo, es irreducible a cualquier órgano anatómico materialmente aprehensible; y su característica principal es que la inscripción que produce puede ser vista desde varios lentes de los que se compone el aparato. En *Nota sobre la pizarra mágica* de 1925, en términos de la concepción freudiana de la memoria el mecanismo de escritura de la pizarra mágica muestra a la inscripción, que en el aparato psíquico corresponde a la huella mnémica, como modificable. Ya, en 1896, en la *Carta 52* enviada a Wilhelm Fliess describe un mecanismo de escritura donde el aparato psíquico sufre, de cuando en cuando, retranscripciones: "Tú sabes que trabajo con el supuesto de que nuestro mecanismo psíquico se ha generado por estratificación sucesiva, pues de tiempo en tiempo el material preexistente de huellas mnémicas experimenta un reordenamiento según nuevos nexos, una retranscripción"(citado en Martínez Ruiz, 2010, p. 204).

Se trata de un aparato psíquico, que en principio está basado sobre el arco reflejo y en el que la actividad psíquica parte de estímulos que recibe desde un polo sensorial o perceptivo y que terminará con una respuesta desde el polo motor. De cada percepción que llega quedará una huella llamada mnémica, alteraciones permanentes cuya función será la memoria, y este será el lugar en el que se pondrá en juego el asunto del inconsciente. En esta línea de teorización, Blanck Cerejido (2006) escribe:

Desde una concepción psicoanalítica la memoria constituye la trama subjetiva de la identidad, sostiene la imagen del sujeto a lo largo de su tiempo vital. La memoria no es un depósito inamovible de huellas mnémicas ya que estas huellas siempre se re inscriben a posteriori, como consecuencia de nuevos acontecimientos o de nuevas comprensiones, de modo que la memoria es un archivo en perpetua construcción a lo largo de la vida. La memoria es la trama sobre la que se asienta la psique y sobre la que se constituye. Pensamos en el aparato psíquico como algo que excede la anatomía del sistema nervioso. (p. 43)

17

Se comprende entonces que, para el psicoanálisis, la memoria no se trata de un archivero en el que los eventos pasados son depositados y retomados con el fin de generar en nuestros cuerpos esa sensación similar a la vivida en el suceso en cuestión. La memoria es un proceso que implica un sujeto activo en su elaboración y tiene como emergente una historia que produce identidad y diferencia; en una temporalidad que se actualiza cada vez, sostenida por modos singulares de significar. Y esto nunca se logra sin un otro.

Esta concepción implica un sujeto que reinscribe constantemente su historia vital y la reinterpreta a la luz de los nuevos sentidos que puede ir elaborando. Esto indica que la memoria no es un depósito inmóvil de huellas mnémicas, sino que con cada trayecto de vida y conocimiento nuevo que se obtiene sobre sí mismo, se va modificando el carácter de las huellas y su sentido constitutivo. Así, el psicoanálisis no se ubica como una disciplina de la historia arqueológica o genética, ni del presente absoluto, ya que su objeto es el inconsciente (Blanck Cerejido, 2006).

## **Un tratamiento posible**

En reiteradas ocasiones a lo largo del escrito se puntualiza a la pérdida de memoria como síntoma central de la enfermedad de Alzheimer. Cabe destacar que los olvidos son muy frecuentes en el curso de todo envejecimiento normal, pero por supuesto que

también lo son en las demencias. Respecto de esto encontramos que la queja de olvidos se encuentra en el 70% de los sujetos mayores de 70 años. Ocurre que el 60 % de los consultantes, tienen un rendimiento normal en las pruebas de evaluación neuropsicológica, en tanto que del 40 % restante, la mitad tiene fallas mnésicas debidas a trastornos emocionales como ansiedad y depresión, que se normalizan con el tratamiento adecuado y sólo un 20 % tiene una enfermedad orgánica cerebral que en la mayoría de los casos corresponde a la enfermedad de Alzheimer. Lo destacable de los olvidos patológicos que aparecen en las demencias es que los sujetos olvidan toda la situación y no la recuerdan más, a su vez presentan frecuentes reiteraciones de relatos o preguntas. Pero, sobre todo, son los familiares y no los padecientes directos los que presentan más preocupación frente a estos síntomas (Bagnati *et al.* 2003). Se resalta que los sujetos que habitan este tipo de olvido patológico de un recuerdo concreto no parecen presentar mayores preocupaciones ante el episodio, a diferencia de lo que ocurre en las neurosis o trastornos funcionales, esto es no orgánicos, de la memoria. Puesto que en las neurosis se padece de lo que no se puede recordar, ello aparece bajo la forma simbólica del síntoma como sustituto. En los casos orgánicos habría olvido total y ninguna formación sustitutiva. Pero en ambos casos (neurosis y demencias) hay repetición de lo no recordado. Es decir, esto que no pudo ser recordado porque no se pudo inscribir, insiste para ser inscripto, para ser elaborado como recuerdo y al fin ya no retornar desde una actualización en acto (Freud, 1914/1991).

En el campo de la salud mental el paradigma dominante para abordar la enfermedad de Alzheimer es el de las neurociencias y se basa en un modelo, que heredero del positivismo, se propone establecer las relaciones causales que permitan controlar los padecimientos. Para ello jerarquiza la pregnancia biológica de los fenómenos psíquicos, por lo que concibe la patología como una enfermedad cerebral que debe ser abordada tomando ese plano de intervención como el central (Pérez Fernández, 2016).

En forma amplia y abarcativa se pueden clasificar los modos de tratamiento para la enfermedad de Alzheimer con más aceptación en la actualidad como: No farmacológicos (dedicados a la familia y al paciente) y farmacológicos. Se denominan no farmacológicas a las intervenciones ambientales, conductuales, psicológicas, terapias sociales y recreacionales, que dirigidas a los aspectos psicosociales de la persona, colaboran para mejorar la enfermedad en su evolución.

18

Junto al tratamiento farmacológico, comparten los mismos objetivos generales, esto es: retrasar el deterioro; recuperar funciones perdidas y tratar de mantener las aún preservadas; mejorar los síntomas conductuales; conservar todo lo posible las actividades de la vida diaria (AVD); aumentar la calidad de vida; aliviar al cuidador.

Aplicar ambos tratamientos permite que al efecto benéfico de los fármacos, se le sume el hecho de que dicho fármaco sea administrado en un medio contenedor, activador, y socializante (Bagnati *et al.* 2003).

Estas estrategias de tratamiento se centran en eliminar o disminuir los síntomas que mayormente se desprenden de la degeneración cognitiva. Es un paradigma que pone el énfasis en el déficit de memoria, al lograr su operatividad mediante instrumentos diseñados en laboratorios con el propósito de establecer mediciones que permiten definir qué podemos considerar como lo normal y qué podemos considerar como lo patológico. Esta disociación y jerarquización de lo cognitivo, principalmente de la memoria como sistema de procesamiento de información, subordina lo psicopatológico al daño en el tejido cerebral por fuera de los sujetos y sus modos de vida, es decir que no habilita al propio deseo como motor para la cura.

Como ya se mencionó, la enfermedad de Alzheimer afecta a la subjetividad. Por otro

lado, es necesario considerar que la enfermedad psíquica incluye la relación con el cuerpo y el lenguaje en lo psíquico. Y también que desde el punto de vista psicoanalítico no hay universalidad o generalidad, sino que existen diversidad de síntomas y de estructuras subjetivas que pueden desempeñarse mejor o peor en diferentes aspectos (Carvalho da Silva, 2020).

Pero se comprende que esto no es homologable a no tener consideración por el diagnóstico médico, puesto que como escribe Carvalho da Silva (2020), citando a Barreto e Ianini:

una clasificación diagnóstica debe ser precisa y fundamental hasta el punto de permitir una estrategia de conducción del tratamiento, pero debe ser lo suficientemente abierta para pensar en la forma en que cada sujeto se vuelve inagrupable, es decir, uno debe reconocer la forma en que cada uno se diferencia de otros miembros de su propia clase. (p. 96)

En la sintomatología de la enfermedad de Alzheimer, al igual que la del resto de las demencias, es muy probable que el sujeto afectado, antes de morir, pase por un largo, lento y paulatino proceso de despersonalización que ataque a los atributos de su personalidad. Es decir, a las características que hicieron de él un ser con sus particularidades, gustos, modos de pensar, de sentir y de relacionarse únicos, reconocidas por él y por los otros. Por lo tanto, aquí se sostiene que considerarla memoria desde su función historizadora y no sólo como un dispositivo básico del aprendizaje puede aportar herramientas interesantes para una comprensión más abarcativa e integral sobre la enfermedad de Alzheimer y los sujetos que la padecen, tanto en lo teórico como en lo práctico-clínico.

Se trata de comprender la memoria, pensando en el enfermo de Alzheimer, desde su función historizadora. De modo que frente a un sujeto enfermo de Alzheimer en tratamiento, se implique al grupo social cercano como facilitador de un material que permita identificaciones que sostengan al sujeto que tiene en riesgo su subjetividad. Que este material aportado entregue un pasado que se haga presente con el fin de soportar un real que devenga en un futuro posible. Y no que sea un material dispuesto a una repetición mortificante.

Se trata de colaborar de manera conjunta en la creación de contenidos. Construir una forma, una razón, para que aquella singular historia no se diluya en una repetición mortificante que desemboque en el puro aislamiento.

Para considerar el párrafo anterior se comparte la reflexión de Blanck Cerejido (2006):

En la historia de la clínica psicoanalítica, al comienzo se pensó que la meta para la cura era la recuperación del recuerdo traumático reprimido; hoy diríamos que lo que

19

buscamos es la construcción de un sentido distinto para la historia y que para conseguirlo el instrumento más valioso es la transferencia que pasó de ser considerada un obstáculo a ser vista como un instrumento privilegiado. La relación transferencial pone en presente la organización subjetiva del individuo, es un lazo afectivo intenso, automático y hasta cierto punto independiente de todo contexto de realidad. (p. 48)

Se trata de crear un espacio en el que se integre al analista, al sujeto padeciente y al grupo social inmediato en tanto sostenedor de lo representable y no en una posición que afirme el olvido como principal problemática. Espacio que permita expresar la totalidad del presente del sujeto, y desde allí posibilitar lazos de sentido para que a partir de ese material pueda repensarse la propia vida. Desde ese punto es que la prospectiva puede cambiar.

La presencia de alguien que escucha de una manera inédita abre un circuito, convierte una situación solipsista (*geschichte*) en un sistema abierto (*historische*) para que así,

el sujeto sostenido en un vínculo de amor intente salir de su universo repetitivo y estéril (Blanck Cerejido, 2006).

No se trata de negar los efectos que la enfermedad de Alzheimer ocasiona en la memoria con sus consecuencias en un aparato de identificaciones que progresivamente va dejando de tener el mismo efecto cohesivo para el yo. Sino que se trata de rescatar al sujeto de donde se anula en la dimensión del déficit, poniendo en cuestión cómo lo utiliza en su singular forma de ser parte del mundo que le rodea (Carvalho da Silva, 2020).

## Construir un recuerdo

Le menciono como siempre el nombre de mi madre, como al pasar, desprovisto de referentes precisos y siempre en el presente -me ha dicho Julia que mañana va a haber tormenta-, para ver si logro hacerla recordar, hacer que una de las hebras sueltas de su memoria por un momento se enrosquen al nombre y desencadenen un relato. (Molly, 2011, p. 90)

Desde la práctica psicoanalítica se considera que el recuerdo funciona como límite divisorio de dos campos temporales, el pasado y el presente, lo que implica que el recuerdo es lo único que permite recortar un pasado. Es decir, recordar sin que esté implicado el exceso característico de lo traumático en su retorno, como si el tiempo no hubiera transcurrido. Es el recuerdo puesto en palabras el que se ofrece como herramienta de tramitación para un aparato psíquico afectado por una marca. Recuerdo que se pone al servicio de la vida y no de la muerte (Merlin, 2018).

Freud en *Construcciones en el análisis* (1937/1991) se pregunta qué materiales son ofrecidos por el analizado y aprovechados para conducir el camino hacia la conquista de los recuerdos perdidos. Y se responde diciendo:

Son de muy diversa índole: jirones de esos recuerdos en sus sueños, en sí de incomparable valor, pero por regla general asaz desfigurados por todos los factores que participan en la formación del sueño; ocurrencias que él produce cuando se entrega a la «asociación libre», de las que podemos nosotros entresacar unas alusiones a las vivencias reprimidas, retoños de las mociones de afecto sofocadas, así como de las reacciones contra estas; por último, indicios de repeticiones de los afectos pertenecientes a lo reprimido en las acciones más importantes o ínfimas del paciente, tanto dentro de la situación analítica como fuera de ella. (p. 260)

Y agrega, “con esta materia prima —por así llamarla—, debemos nosotros producir lo deseado. Y lo deseado es una imagen confiable e íntegra en todas sus piezas esenciales, de los años olvidados de la vida del paciente”. (p. 260)

20

El trabajo que se propone el analista es el de, como el autor escribe, “colegir lo olvidado desde los indicios que esto ha dejado tras sí; mejor dicho: tiene que construirlo”. (p. 260)

Pero ¿a qué se hace referencia con construir un recuerdo en psicoanálisis? Una respuesta posible se acerca siguiendo la reflexión que hace Freud (1937/1991) en el mismo texto sobre las formaciones delirantes, encontrando en ellas equivalencias respecto de las construcciones que los analistas edifican en los tratamientos, como unos intentos de explicar y restaurar. Escribe refiriéndose a la formación delirante, “lo esencial en ella es la afirmación de que no sólo hay método en la locura, como ya lo discernió el poeta, sino que ésta también contiene un fragmento de verdad histórico

vivencial (*historisch*)". (p. 269) Y concluye:

Así como nuestra construcción produce su efecto por restituir un fragmento de biografía (Lebensgeschichte, «historia objetiva de vida») del pasado, así también el delirio debe su fuerza de convicción a la parte de verdad histórico vivencial que pone en el lugar de la realidad rechazada. (p. 270)

Se propone construir memoria para que el sujeto enfermo de Alzheimer no se desvanezca en una repetición de recuerdos que insisten de manera compulsiva. Esto no se refiere al recuerdo de un olvido concreto, es decir, al olvido de un evento específico en lo biográfico, sino a una elaboración que permita lazos asociativos con el material que aparece en el presente, puesto que la realidad psíquica tiene más valor que la realidad objetiva para un sujeto. Se trata de crear lazos asociativos que armen un presente en favor del Eros en su propósito de configurar a partir de la sustancia viva unidades cada vez mayores, para obtener así la perduración de la vida y conducirla a desarrollos cada vez más altos, y en contraposición de las fuerzas pulsionales que trabajan en el fundamento sin ruido, persiguiendo la meta de conducir el ser vivo hasta la muerte (Freud, 1923/2014).

Es importante el trabajo por encontrar los modos que permitan destituir la posición en la que el déficit de la enfermedad toma al sujeto en contra de las fuerzas de su deseo como posibilitador de un futuro posible. En esta dirección y a modo de cierre de este recorrido se comparte la reflexión de Goldfarb (2004) cuando expresa que: "no hay historización posible en el aislamiento narcisista. No hay subjetivación posible fuera del otro. No hay historia fuera de la alteridad y esta alteridad es histórica en sí misma". (p. 93)

## **Conclusiones**

Esta investigación bibliográfica ha tenido como propósito establecer un marco conceptual y de abordaje clínico-terapéutico más abarcativo e integrador sobre la enfermedad de Alzheimer y los sujetos que la padecen. Su objetivo general permitió reflexionar sobre la memoria como punto articulador entre las neurociencias y el psicoanálisis, conceptualizándola no sólo como un dispositivo básico del aprendizaje, sino también en su función historizadora y creadora de subjetividad.

El recorrido de la investigación permitió indagar sobre los modos actuales de definir y tratar la enfermedad de Alzheimer desde las neurociencias, concluyendo que en la determinación de conceptualizarla desde un enfoque biomédico se pone el énfasis en la patología y en los aspectos biológicos de estos fenómenos, subordinando al mismo las demás dimensiones que operan en la enfermedad. Es decir que no convocan al sujeto que la padece y no se escucha sobre su sufrimiento o el modo de habitar la enfermedad (Pérez Fernández & Guevara Álvarez, 2022).

Aquí es donde se valoriza la idea de una psicopatología fundamental, en donde lo transdisciplinario no se confunde con lo interdisciplinario, sino que es una invitación a reunir los saberes particulares de cada disciplina sin perder sus singularidades, formando una red de significados en interacciones concretas que permitan comprender y abordar el sufrimiento psíquico desde la expresión de un sujeto. Esto no es homologable a desestimar una clasificación diagnóstica como estrategia de conducción del tratamiento, pero sí debe ser lo suficientemente abierta para pensar en la forma en que cada sujeto se vuelve inagrupable. Es decir que se debe reconocer la forma en que cada uno se diferencia de los otros miembros de su clase (Singer, 2000; Carvahlo da Silva, 2020).

Se determinó que los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos que se proponen desde las neurociencias, en su mayoría, se centran en eliminar o disminuir los síntomas que mayormente se desprenden de la degeneración cognitiva. Sin desmerecer la postura de las neurociencias, se remarcó que la enfermedad de Alzheimer afecta a la subjetividad y es de importancia considerar que la enfermedad psíquica incluye la relación con el cuerpo y el lenguaje en lo psíquico. En este punto se hizo relevante la propuesta de Salvarezza (1993) y su definición de una teoría del apego, que invita a propiciar un acompañamiento que permita el máximo de satisfacción respetando cada momento y el deseo de los sujetos que habitan la vejez. Manteniéndolos apegados a sus objetos y actividades la mayor cantidad de tiempo posible. Se extendió esta conceptualización a los sujetos con la enfermedad de Alzheimer, a sabiendas de que se verán afectados por un doble estigma social, el de la vejez deficitaria y el de la enfermedad mental como algo deshumanizante (Pérez Fernández & Guevara Álvarez, 2022). Se entiende que permitir un acompañamiento que sostenga el deseo del sujeto afectado por la enfermedad es necesario para que no quede detenido en la significación que propicia el carácter del déficit, impidiendo la construcción de un futuro como posible.

Se exploraron los modos en que se define a la memoria. Desde las neurociencias se define como un proceso en el que el sistema nervioso codifica, organiza y almacena sucesos pasados, permitiendo en ocasiones recordar, de manera consciente, eventos del pasado como si se experimentaran ahora nuevamente. Este modo de conceptualizarla responde a los métodos con los que, mediante la experimentación en laboratorios, se logró detallar y describir las localizaciones del sustrato anatómico y los tipos de información que procesan y sus modos. Si bien para las neurociencias existen algunos componentes de la memoria cuyos procesos son inconscientes, como la memoria implícita o no declarativa, se evidencia que en estas clasificaciones impera una concepción de sujeto que se sostiene en sus procesos de consciencia y su capacidad de adaptación al medio. Sujeto definido por su capacidad de procesar información con cierta finalidad y en una concepción de tiempo lineal. Como si el

presente subjetivo fuera una consecuencia directa del pasado, y el sujeto un mero espectador de su propia experiencia psicológica.

Desde el psicoanálisis se definió a la memoria por su condición de realidad psíquica subjetiva y representacional. Se estableció que de cada percepción que tenemos

quedará una huella llamada mnémica que conforman sistemas que se asocian por cierta legalidad y con cargas móviles que se desplazan y condensan entre ellas, reordenándose continuamente siguiendo la menor resistencia. Desde esta perspectiva la memoria constituye la trama subjetiva de la identidad y sostiene la imagen del sujeto a lo largo de su tiempo vital donde las huellas se re-inscriben como consecuencia de nuevos acontecimientos y de nuevas comprensiones. La memoria se encuentra en perpetua construcción a lo largo de la vida (Merlín, 2018; Martínez Ruiz, 2010; Blanck Cerejido, 2006).

Por otra parte, la conceptualización propuesta por Freud (1923/2014) sobre las funciones de la instancia psíquica llamada yo, permitió concluir junto a Goldfarb (2004) que es esta instancia quien se encuentra disminuida en la enfermedad de Alzheimer. A su vez, con la definición de pulsión se advirtió que es necesario considerar como indisociables la relación entre el cuerpo y el aparato psíquico a la hora de considerar la psicopatología (Freud 1915/1992). Finalmente, a partir de *Construcciones en el Análisis* (1937/1991) se comprendió que la posibilidad de sostenimiento de un yo que se desarma puede estar propiciada al entender la función de verdad que implica para el sujeto lo histórico vivencial (*historich*).

Tomar el concepto de memoria como punto de intersección entre ambas disciplinas, no implica que los modos de concebirla sean sustituibles ni superponibles, sino que permite comprender que si bien es necesario un enfoque que se centre en los síntomas de deterioro cognitivo, buscando enlentecer la evolución de los mismos, recuperar las funciones perdidas y tratar de mantener las aún preservadas, no resulta conveniente que tales perspectivas disocien la enfermedad de la persona que la padece (Bagnati *et al.* 2003; Pérez Fernández & Guevara Álvarez, 2022). Es el sujeto junto a su historia el que se encuentra enfermo. Por tanto, es imprescindible habilitar la posibilidad de sostenerlo desde la construcción de una memoria para que el sujeto enfermo de Alzheimer no se desvanezca ante una repetición mortífera. Elaboración que permita lazos asociativos que armen un presente en favor del Eros en su propósito de configurar a partir de la sustancia viva unidades cada vez mayores, para obtener así la perduración de la vida y conducirla a desarrollos cada vez más altos, y en contraposición de las fuerzas pulsionales que trabajan en el fundamento sin ruido, persiguiendo la meta de conducir el ser vivo hasta la muerte (Freud, 1923/2014). Es en la habilitación por el deseo que la cura analítica se pone en marcha, dando lugar a modos de re-significar el presente y posibilitar lazos de sentido que permitan pensar la propia vida. Desde ese punto es que la prospectiva puede cambiar.

Es en este sentido se concluye que el sostenimiento de una historia como posible es condición para habitar un futuro deseable en la enfermedad de Alzheimer. Reflexión que propone disponer de un marco más abarcativo e integrador para comprender y tratar a la enfermedad de Alzheimer y a los sujetos que la padecen.

- AAP (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM- IV)* Barcelona. Masson.
- Alvarado García, A. & Salazar Maya, A. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*. 29(3), 459-473.
- Bagnati, P., Allegri, R., Kremer, J., & Taragano, F. (2003). *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Manual para los familiares y el equipo de salud*. Buenos Aires. Polemos.
- Ballesteros, S. (1999). Memoria humana: investigación y teoría. *Psicothema*. 11(4), 705-723.
- Blanck Cerejido, F. (2006), La memoria en el diván. *Acta Poética*. 27(2), 44-63.
- Butini, M. (2012). La memoria de Freud. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Carvalho da Silva, V.C. (2020). Más allá del déficit intelectual. Una perspectiva psicoanalítica sobre la demencia; debilidad y psicosis. *Tiempo psicoanalítico*. 25(1), 90-120.
- Carrillo Mora, P. (2010). Sistema de memoria: reseña histórica, clasificación y conceptos actuales. Primera parte: historia; taxonomía de la memoria; sistema de memoria de largo plazo: la memoria semántica. *Salud mental*. 33(1), 85-93.
- Carrillo Mora, P. (2010). Sistema de memoria: reseña histórica, clasificación y conceptos actuales. Segunda parte: sistemas de memoria de largo plazo: memoria episódica, sistemas de memoria no declarativa y memoria de trabajo. La memoria semántica. *Salud mental*. 33(2), 197-205.
- Castiblanco Montañez, R., Ángel Camelo, L., Díaz Gómez, J. & García, L. (2021). Influencia de las redes de apoyo social en la evolución de la enfermedad de Alzheimer. *Salud UIS*, 53.
- Custodio, N; Montesinos, R& Alarcón, J. (2018); Evolución del concepto y criterios actuales para el diagnóstico de demencia. *RevNeuropsiquiatr*. 81(4), 235-250.
- Ey, H., Bernard, P. & Brisset, Ch. (1996). *Tratado de psiquiatría*. Barcelona. Masson.
- Freud, S. (1991) Construcciones en el análisis. En, Stratchey (Ed.) & J. L. Etcheverry (Trad.) *Sigmund Freud Obras completas* (1ª ed. en castellano, 2ª reimpression. Vol. 23), pp 255-270. Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1937).
- Freud, S. (1992). Dos artículos de enciclopedia: «Psicoanálisis» y «Teoría de la libido». En, Stratchey (Ed.) & J. L. Etcheverry (Trad.) *Sigmund Freud Obras completas* (1ª ed. en castellano, 4ª reimpression, Vol. 18), pp 227.264. Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1923-1922).
- Freud, S. (2014). El yo y el ello. En, Stratchey (Ed.) & J. L. Etcheverry (Trad.) *Sigmund Freud Obras completas* (2ª ed. 15ª reimpression, Vol. 19), pp 1-66. Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1923).

- Freud, S. (1992) Más allá del principio de placer. En, Stratchey (Ed.) & J. L. Etcheverry (Trad.) *Sigmund Freud Obras completas*. (1ª ed. en castellano, 7ª reimpresión, Vol. 18), pp 1-64. Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1920).
- Freud, S. (1991). Moisés y la religión monoteísta. En, Stratchey (Ed.) & J. L. Etcheverry (Trad.) *Sigmund Freud Obras completas*. (1ª ed. en castellano, 2ª reimpresión Vol. 23), pp 1-132. Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1937)
- Freud, S. (1992). Pulsiones y destinos de pulsión. En, J. Stratchey (Ed.) & J. L. Etcheverry (Trad.), *Sigmund Freud Obras completas* (1ª ed. en castellano, 4ª reimpresión, Vol. 14, pp 105-134). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1917).
- Freud, S. (1991). Recordar, repetir y reelaborar (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, II). En, Stratchey (Ed.) & J. L. Etcheverry (Trad.) *Sigmund Freud Obras completas* (1ª ed. en castellano, 3ª reimpresión. Vol. 12), pp 145-158. Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1914).
- Freud, S. (2012). Una dificultad del psicoanálisis. En, Numhauser Tognola, J. (Ed.) & López Ballesteros y de Torres, L. (Trad.), *Sigmund Freud Obras completas* (1ª ed. en castellano, 2012, pp. 2433-2436). Buenos Aires: Siglo Veintiuno. (Trabajo original publicado en 1917).
- Goldfarb, D. (2004). *Del tiempo de la memoria al olvido de la historia: un estudio psicoanalítico de las demencias*. Sao Paulo.
- Iacub, R. (2011). *Identidad y envejecimiento*. Argentina. Paidós.
- Martínez Ruiz, R. (2010) Memoria y psique freudiana en el juego de la fantología. *Andamios*. 7(14), 201-224.
- Merlin, N. (2018). Trauma y memoria. *Educar em revista*. 34(70), 101-116.
- Molly, S. (2011). *El común olvido*. Buenos Aires. Eterna Cadencia.
- Pérez Fernández, R. & Guevara Álvarez, A. (2022). La construcción sociohistórica de las demencias y la enfermedad de Alzheimer. *Salud mental y comunitaria*. 9(13), 32-55.
- Pérez Fernández, R. (2016). Tesis doctoral: las dolencias de la mente. Prácticas de atención y cuidado de personas con demencia en Uruguay.
- de Rotterdam, E. (1511/1984). *Elogio de la locura*. Argentina. Ediciones Orbis.
- Saez, P. (2009). Demencias y otros cuadros psico-orgánicos. En T. Palomo & M. Jimenez Arrioso (Comp.), *Manual de psiquiatría* (pp 249-266). Argentina. ENE publicidad.
- Salvarezza, L. (2002). *Psicogeriatría: teoría y clínica*. Argentina. Paidós.
- Singer, F. (2000). Psicopatología fundamental. *Revista latinoamericana de*

*psicopatología fundamental*. 3(4), 112-121.