

EL SIGNIFICADO INCONCIENTE ESPECÍFICO DEL SIDA

**L. Chiozza, D. Boari, G. Chiozza, H. Corniglio,
M. Funosas, R. Grus, J.M. Pinto y R. Salzman**

**Centro de consulta médica Weizsaecker
Departamento de investigación
20 de Octubre de 1995**

***La peste que trastorna y destruye las ciudades
son los discursos engañosos, las bellas palabras.
No es cuestión de agradar a los oídos:
deben decirse cosas***

Eurípides (siglo V a. C.)

EL SIDA DESDE EL PUNTO DE VISTA MEDICO

I. INTRODUCCIÓN

II. EL SISTEMA INMUNITARIO

III. VIRUS Y RETROVIRUS

IV. LAS INMUNODEFICIENCIAS

V. EL SIDA

1. La infección por el virus de SIDA
2. Epidemiología
3. Etapas de la evolución del SIDA
4. Manifestaciones clínicas
5. Detección, prevención y tratamiento

EL SIDA DESDE EL PUNTO DE VISTA PSICOANALÍTICO

I. ACERCA DE LA IDENTIDAD

- 1.- Acerca del concepto de identidad
- 2.- El concepto de identidad en psicoanálisis
- 3.- La identidad y la pertenencia. El sentimiento de pertenencia
- 4.- Un aspecto de la identificación primaria: la estirpe y el mestizaje
- 5.- Identidad e intercambio: el ejercicio de la tolerancia y la intolerancia

II. ACERCA DE LA CULTURA

- 1.- La cultura y la identidad
- 2.- La crisis cultural actual

III. ACERCA DE LA FAMILIA

- 1.- La familia
- 2.- La crisis de la familia actual

IV. EL SIDA

- 1.- La identidad y la pertenencia: La disposición para enfermar de SIDA
- 2.- Variantes defensivas frente al sentimiento de no pertenencia
- 3.- Significado de la fisiología y la patología de los linfocitos T4. La clave de inervación del sentimiento de pertenencia
- 4.- Aproximación a la interpretación de la infección por retrovirus en general.
- 5.- Aproximación al significado específico de la infección por HIV

SÍNTESIS

CASOS CLÍNICOS

I. ERNESTO

II. ADOLFO

EL SIDA DESDE EL PUNTO DE VISTA MEDICO

I. INTRODUCCIÓN

El SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) es una enfermedad caracterizada por una deficiencia inmunitaria vinculada a la presencia de un virus que, para replicarse, utiliza como huésped determinadas células del sistema inmunitario.

A fines de la década del 70 apareció una forma inusualmente agresiva del sarcoma de Kaposi¹ entre hombres blancos jóvenes de clase media, un grupo en el cual la presencia de dicho tumor era extremadamente rara. Muchos de los nuevos pacientes tenían, o habían tenido, prácticas homosexuales.

En 1981 se publicaron los primeros informes que hacían referencia a un "nuevo síndrome", que incluía, además del sarcoma de Kaposi, infecciones por agentes oportunistas² y depleción de linfocitos T4. Poco tiempo después, el *Center for Disease Control*, (U.S.CDC) detectó un incremento llamativo en las neumonías causadas por *Pneumocystis carinii*, un protozoo diseminado pero generalmente inocuo.

Había surgido una forma infecciosa de deficiencia inmunitaria y, para describirla, se acuñó la sigla inglesa *AIDS* (*Acquired Immuno-Deficiency Syndrome*), cuyo equivalente castellano es "SIDA". Se observó que esta inmunodeficiencia se estaba extendiendo entre los homosexuales, los adictos que usaban drogas endovenosas y los receptores de frecuentes transfusiones sanguíneas.

En mayo de 1983 Luc Montagnier y sus colegas Françoise Barré-Sinoussi y Jean-Claude Chermann publicaron el primer informe acerca de un nuevo virus, al que denominaron **LAV** (*Lymphadenopathy-associated virus*) por encontrarse en un paciente con linfadenopatías, típicas de algunos casos de pre-SIDA. El nombre de Virus de la Inmunodeficiencia Humana (**HIV**) fue acuñado más tarde.³

II. EL SISTEMA INMUNITARIO

Cada individuo posee una identidad bioquímica que lo caracteriza y lo diferencia no sólo del resto de las especies sino incluso de sus congéneres. El sistema inmunitario, a través de mecanismos complejos y refinados, tiene como función reconocer lo propio y defenderlo de la acción de partículas y/o células ajenas, extrañas para ese individuo. También actúa contra células propias infectadas o contra las células que hayan sufrido una transformación neoplásica.

Está constituido por unidades móviles (por ejemplo, linfocitos, moléculas de anticuerpo y sistema monocito-macrofágico) y por estructuras fijas (como son el timo, el bazo y los ganglios linfáticos). Entre los distintos componentes se producen múltiples interacciones.

El sistema inmunitario puede dividirse en dos clases, innato y adaptativo.

¹ El sarcoma de Kaposi, como veremos luego con más detalle, es un tumor maligno del tejido vascular-sanguíneo que se presenta en la piel o en los órganos internos.

² Agentes oportunistas son aquellos que suelen estar presentes en el organismo sin producir enfermedad en individuos con una defensa inmunitaria bien organizada, pero que, en virtud de una inmunodeficiencia, proliferan generando infecciones que pueden ser graves.

³ Recientemente se describió otro virus que da lugar al SIDA y se lo denominó **HIV-2**. Su estructura es diferente, ya que las pruebas de anticuerpos para HIV-1 sólo captan al HIV-2 la mitad de las veces. Se sugiere que este virus surgió independientemente del HIV-1.

La inmunidad innata es una primera barrera inmunitaria que actúa de un modo **inespecífico** frente a los agentes infecciosos, a través de células tales como los neutrófilos, monocitos, macrófagos y las "asesinas naturales" (AN o NK - *Natural Killer* -), y también a través de factores solubles (por ej. la lisozima y el sistema del complemento, entre otros).

Si la defensa innata es superada, el organismo cuenta con una segunda línea de defensa, **la inmunidad específica o adaptativa**, que le permite elaborar una respuesta más específica para los distintos antígenos⁴ y conservar la **memoria** del agente patógeno, preparándose para un futuro encuentro, es decir, es capaz de remodelarse o adaptarse permanentemente para mejorar la respuesta inmunitaria (Roitt y Male, 1991).

La inmunidad específica se cumple a través de un mecanismo muy elaborado, en el que participan células con receptores de alta especificidad -- **los linfocitos T y B** --, capaces de reconocer a los agentes extraños que ingresan al organismo. Se subdivide a su vez en dos formas:

La acción de los linfocitos B culmina con la producción de anticuerpos⁵ que, circulando en el torrente sanguíneo, ejercen la respuesta defensiva. A esta forma de **inmunidad** se la denomina **humoral**.

Cuando el agente extraño logró alojarse en el interior de las células, la defensa inmunitaria debe ser ejercida por un tipo particular de linfocitos T (T citotóxicos). Se la llama entonces inmunidad mediada por **células (linfocitos) o inmunidad celular**.

Tanto los linfocitos **T** como los **B** tienen su origen en células madres (*Stem cells*) de la médula ósea. El linfocito B es un estadio madurativo intermedio en la progenie B; su diferenciación terminal es el plasmocito. Los linfocitos T, en su proceso madurativo, deben pasar

⁴ Las sustancias capaces de generar una respuesta inmunitaria son denominadas antígenos. Pueden ingresar al organismo por distintas vías y su capacidad inmunogénica dependerá de numerosos factores: la forma de ingreso, la cantidad, el tamaño molecular, la complejidad química, etc.

⁵ Los anticuerpos son moléculas proteicas que tienen la capacidad de combinarse con el antígeno y neutralizar de este modo su acción sobre el huésped. Los principales son las inmunoglobulinas (IgG, IgM, IgA, IgE), glucoproteínas secretadas en la sangre por las células B. Una pequeña fracción de estos anticuerpos secretados, en lugar de circular en sangre, se encuentran fijados a la membrana de ciertas células, actuando como receptores para el reconocimiento antigénico.

El anticuerpo reconoce la forma global, tridimensional, del determinante antigénico, lo cual induce a suponer entre ambos una complementariedad estructural que, metafóricamente, se representa con la imagen de una llave y su respectiva cerradura.

La unión entre la inmunoglobulina y el antígeno se lleva a cabo en regiones muy específicas de sus respectivas estructuras. En el antígeno esa región específica se llama determinante antigénico o epitopo. El conjunto de las regiones equivalentes del anticuerpo se denomina idiotipo.

El sistema inmunitario se perfecciona en la formación de nuevos idiotipos, de modo tal que la célula B que posea el anticuerpo cuyo idiotipo mejor se adapte al antígeno que se presenta, es la que se replicará más rápidamente formando un clon de células B todas iguales. Cuando se presenten nuevos antígenos para los cuales no existan anticuerpos, existe la posibilidad de crearlos mediante la recombinación de partes de los anticuerpos preexistentes.

Los anticuerpos se sintetizan de la misma manera que cualquier otra proteína del organismo, a partir de códigos existentes en los genes y a través de los ribosomas. Las células B del embrión recién formado no llevan una serie de genes completos y activos para fabricar anticuerpos, sino que contienen trozos y piezas de genes para facilitar la recombinación posterior en las células del sistema inmunitario, a medida que éstas se desarrollan y maduran (Leder, 1982). Así, cada individuo hereda a través de sus genes "potencialidades idiotipo". Cada uno de estos trozos de genes guarda la huella de antiguos contactos antígeno-anticuerpo en la filogenia. Cuando en la vida postnatal un anticuerpo encuentra al antígeno correspondiente, se dice que lo "reconoce", porque se admite la existencia de un conocimiento previo que proviene del antiguo contacto filogenético.

obligatoriamente por el timo (Timo-dependientes). Allí se dividen⁶ en sub-poblaciones, diferentes en su morfología y su función. De este modo llegan a constituirse dos grandes poblaciones que se designan respectivamente como **linfocitos T4 y T8**.

La población **T8** (T citotóxicas, *Killer*, K) incluye células T efectoras citotóxicas, es decir las que llevan a cabo la destrucción de células infectadas por virus o las células neoplásicas, y células supresoras activas que pueden inhibir las reacciones de hipersensibilidad tardía y la producción de anticuerpos (Stobo, 1984).

Los linfocitos **T4**, por su función, son llamados también ayudantes (*helpers*), cooperadores, activadores o coadyuvantes. Sus varias funciones tienen por objeto regular la respuesta inmunitaria de modo que son considerados una "central de inteligencia" para el sistema:

- a) Ayudan a las células B a que maduren al estado de plasmocitos y así puedan producir anticuerpos. Este fenómeno es conocido como **cooperación T-B**.
- b) Ayudan al desarrollo de las células efectoras citotóxicas.
- c) Pueden inducir la generación de células supresoras activas.
- d) Son los efectores para la respuesta de hipersensibilidad retardada (que da una medida de la sensibilización de las células T).
- e) Pueden, en algunos casos particulares, tener actividad citotóxica (Roitt.; Brostoff, J.; Male, D., 1986).

En todas las células nucleadas del organismo existen moléculas que, al modo de un distintivo, marcan o identifican a las células de ese organismo de modo que el sistema inmunitario las reconoce como propias. Dado que fueron identificadas por primera vez en el suero de pacientes politransfundidos se las llamó **Antígenos de Leucocitos Humanos (HLA)**. Esta designación aún se mantiene aunque no sea del todo exacta ya que su función, en el propio organismo, es la de ser un distintivo de la propia identidad, y sólo adquiere capacidad antigénica al ser inoculada en otro organismo (Haas, Verruno y Raimondi, 1986).

Los antígenos **HLA** desempeñan una función fundamental en la inmunidad mediada por células. Los linfocitos **T**, protagonistas de este tipo de defensa (a diferencia de los linfocitos **B**), sólo podrán reconocer a su antígeno específico cuando éste se presente acoplado a la molécula de HLA. A este fenómeno de reconocimiento doble se lo denomina "*restricción del reconocimiento T por el HLA*". Se ha sugerido que sirve para evitar la activación de los linfocitos T por antígenos libres circulantes, guardándose así su potencialidad para actuar sobre las células infectadas (Haas, Verruno y Raimondi, 1986).⁷

Los antígenos HLA se clasifican en clase I y clase II. A la clase I pertenecen los antígenos A, B y C; a la clase II, los antígenos DP, DQ y DR. En el conjunto de la población humana existen múltiples variedades para cada uno de los seis tipos de antígenos mencionados (A, B, C, DP, DQ y DR), de modo que resulta altamente improbable encontrar dos individuos que compartan el

⁶ Las distintas etapas de diferenciación de los linfocitos T durante su estancia intratímica se correlacionan con la expresión en su membrana de moléculas de superficie específicas, que se designan con las letras CD (cluster de diferenciación) y números. Algunas de estas moléculas se pierden durante las fases madurativas y otras se expresarán luego en el linfocito ya maduro, correlacionándose su expresión con la función de dicho linfocito. Así, por ejemplo, el linfocito T4, recibe esta designación por poseer el CD 4 positivo y el CD 8 negativo; el linfocito T8 posee la configuración inversa.

⁷ Escriben Marrack y Kappler (1988) que, en esencia, se observan tres tipos de fenómenos de reconocimiento. En primer lugar, la célula T no responde a las proteínas HLA propias, es decir, existe tolerancia hacia lo propio. En segundo lugar, la célula T responde a la presencia de un antígeno cuando éste va acompañado de una proteína HLA propia, pero no suele hacerlo si la proteína HLA pertenece a otra cepa de animales. En tercer lugar, en ausencia de antígeno, la célula T responde también a una proteína HLA foránea; es éste el caso de los rechazos de injertos o trasplantes de tejidos.

mismo HLA. Por este motivo, los antígenos HLA configuran un distintivo bioquímico o “patente de yoicidad” (Haas, Verruno y Raimondi, 1986).⁸

Los antígenos **HLA** son sintetizados mediante el código contenido en un conjunto de genes llamado **Complejo Mayor de Histocompatibilidad (CMH)**. En cada uno de los dos cromosomas del sexto par se encuentran ubicados, en forma de racimo, una media docena de genes que dará lugar a la docena de antígenos HLA (Haas, Verruno y Raimondi, 1986).

La herencia de los genes que codifican antígenos HLA se caracteriza por:

Herencia en bloque: La media docena de genes del CMH de un cromosoma están fuertemente asociados entre sí como en un bloque, de modo que sólo raramente se recombinan con los genes del otro par antes de la división haploide de las células genésicas. En otras palabras, uno puede transmitir a un hijo o bien los genes del CMH que recibió de su padre o los que recibió de su madre (Haas, Verruno y Raimondi, 1986).⁹

La codominancia: Tanto el CMH recibido del padre como el recibido de la madre se expresará en las células del individuo, constituyendo la docena de antígenos HLA que lo identifica bioquímicamente (Haas, Verruno y Raimondi; 1986).

La herencia en bloque y la codominancia del CMH permiten recorrer en línea ascendente o descendente dos de las líneas genealógicas de las que proviene un individuo y de ese modo, podemos afirmar que los HLA constituyen también una marca bioquímica del linaje de un sujeto.

Otras células que intervienen en la respuesta inmunitaria son los **macrófagos**. Por derivar del monocito forman parte del **sistema monocito-macrofágico**. Son células llamadas **basureras** (carroñeras) porque fagocitan distinto tipo de sustancias y también **presentadoras de antígenos** (CPA) porque engloban a los agentes patógenos y presentan en su membrana los antígenos -unidos a moléculas de HLA - a los linfocitos T4, de forma tal que pueda desarrollarse adecuadamente la respuesta inmunitaria.

Existe, como dijimos, otro tipo de linfocitos, los linfocitos **AN** (asesinos naturales, *Natural Killer*, NK, ni T ni B). Estas células, para ejercer su función, no requieren de la clásica presentación por moléculas HLA. Constituirían la primer línea de defensa citotóxica antiviral hasta la aparición de citotóxicos específicos. Son capaces de atacar células transformadas, células embrionarias o células infectadas por virus y son las responsables de la reacción injerto contra huésped. En pacientes infectados con el virus HIV, el número de células **AN** es similar a la de los individuos normales; sin embargo la funcionalidad de dichas células se encuentra perturbada (Fainboim y Satz, 1992).

III. VIRUS Y RETROVIRUS

1) Virus

Pese a no ser organismos celulares se considera que los virus son parásitos infecciosos. Otros parásitos pueden llevar vida libre por lo menos en algún

⁸ Los antígenos clase I (A, B y C) se encuentran en casi todas las células del organismo, exceptuándose los glóbulos rojos y el sincicio trofoblasto. Mientras que los antígenos clase II (DP, DQ y DR) sólo se encuentran en algunas células del organismo: células B, linfocitos T activados, sistema monocito-macrofágico y en algunas células tumorales (leucemias, linfomas, melanoma, etc.) (Haas, Verruno y Raimondi, 1986).

⁹ Se deduce que las mencionadas combinatorias de las variantes de los antígenos A, B, C, DP, DQ y DR se mantienen relativamente constantes en cada población en equilibrio genético y constituyen “sellos” de cada población. “Así, por ejemplo, el haplotipo A1/B8 es característico de la población europea, el A2 /B44 es muy frecuente en la Argentina, el A3/B7 lo es en la población europea” (Haas, Verruno y Raimondi; 1986).

momento de su ciclo biológico, pero los virus nunca son de vida libre: su parasitismo es total, completo y obligatorio.

La estructura y el comportamiento de los virus actuales es compleja. Cuando un virus se adhiere a la superficie de una célula inyecta en ella, a través de la membrana, su contenido de ácido nucleico (ácido desoxirribonucleico o ácido ribonucleico) dejando afuera la cubierta de proteína -o cápside- que lo envuelve. El virus utiliza la maquinaria celular para replicarse y fabricar nuevas cápsides. Los nuevos virus se escapan de la célula huésped y ésta se desintegra en el proceso.

Los virus, mientras permanecen fuera de la célula, pueden ser eliminados por los mecanismos humorales de la respuesta inmunitaria, pero tales mecanismos son insuficientes cuando penetran en una célula. La célula infectada será atacada por los mecanismos de la llamada inmunidad mediada por células (lisis celular mediada por linfocitos T8 citotóxicos, *natural killer* y en menor medida linfocitos T4)¹⁰.

2) Retrovirus

El virus del SIDA (HIV) es un retrovirus aislado en 1983 (Barré-Sinoussi, F.; Cherman, J.; Rey, F.; Montagnier, L. et. al.;1983).

Los retrovirus constituyen una familia atípica de virus de ARN (ácido ribonucleico), ya que, por poseer una enzima denominada **transcriptasa reversa**, tienen la capacidad de sintetizar ADN (ácido desoxirribonucleico) a partir del ARN viral (Gatell, J. N. y colab.; 1992). Esta capacidad del retrovirus constituye una novedad que desmiente el llamado "dogma central" de la biología, según el cual el pasaje de la información contenida en los cromosomas sigue la secuencia unidireccional del ADN al ARN.

Cuando los retrovirus entran en la célula huésped, la enzima viral llamada **transcriptasa reversa** utiliza al ARN viral como un modelo para ensamblar una molécula correspondiente de ADN. El ADN viral viaja al núcleo celular y se inserta entre sus cromosomas, siendo entonces imposible diferenciarlo del ADN celular. A la molécula de ADN transcripta a partir del ARN vírico, e integrada en los cromosomas de la célula, se la denomina **provirus**. Desde el núcleo, utiliza la "maquinaria" celular para sintetizar las distintas porciones virales, proceso que se denomina **replicación**. Este proceso culmina con la muerte celular y la liberación de gran cantidad de viriones que reinician el ciclo infectante (Nájera, R., 1992).

¹⁰ Los virus ingresados al organismo tienen tres tipos de diseminación:

- 1) Tipo 1 -extracelular- : los viriones infectantes se liberan de la célula y se esparcen por vía extracelular.
- 2) Tipo 2 -intracelular- : el virus se disemina célula a célula a través de los puentes intercelulares (desmosomas) sin contacto con el espacio extracelular.
- 3) Tipo 3 -nuclear- : el genoma viral está latente o se integra al genoma de la célula huésped y es transmitido a la progenie de dicha célula durante la división de la misma. El virus HIV se disemina siguiendo este mecanismo (Drutz y Mills, 1984).

IV. LAS INMUNODEFICIENCIAS

La ausencia o alteración patológica de cualquiera de los elementos participantes en el funcionamiento del sistema inmunitario determinará una inmunodeficiencia.

Amman y Bernier realizaron, en 1989, la siguiente clasificación:

1. Enfermedades por inmunodeficiencia de anticuerpos (células B) tales como la *Agamaglobulinemia tipo Bruton*, la *inmunodeficiencia común variable* y las *deficiencias selectivas de inmunoglobulina*.
2. Enfermedades por inmunodeficiencia celular (células T) como el *Síndrome de DiGeorge*.
3. Enfermedades por inmunodeficiencia combinada mediada por anticuerpos (Células B) y por células (T) como la *Inmunodeficiencia grave combinada*.
4. Disfunción fagocitaria como la que se observa en la *Enfermedad granulomatosa crónica*.
5. Anormalidades del complemento.

Hoffbrand y Pettit (1994), en cambio, agrupan los trastornos por inmunodeficiencia en primarios y secundarios, en relación con las células B y las células T.

La mayor parte de las inmunodeficiencias primarias son congénitas. Muchas de ellas son hereditarias con transmisión genética ligada al cromosoma X, autosómicas recesivas y, con menor frecuencia, autosómicas dominantes.

Según Fainboim y Satz (1992) las inmunodeficiencias secundarias o adquiridas son mucho más frecuentes que las primarias. Estos autores las agrupan en dos categorías fundamentales atendiendo a sus causas:

- a) Las que son consecuencia de distintas enfermedades capaces de alterar cuali o cuantitativamente al sistema inmunitario: desnutrición, estadios avanzados de tumores malignos, enfermedades autoinmunitarias, enfermedad de Hodgkin, enteropatías, síndrome nefrótico, infecciones principalmente por virus (como el HIV).
- b) Las provocadas por el uso de drogas citostáticas o inmunodepresoras. Se las llama, en general, inmunodeficiencias iatrogénicas.

V. EL SIDA

1) La infección por el virus de SIDA¹¹

La infección por HIV puede ser iniciada por virus libres o por virus transportados en células infectadas. Cuando una persona es primariamente infectada por el HIV, su sistema inmunitario responde produciendo anticuerpos. Sin embargo, esta respuesta humoral es insuficiente y el virus subsiste. En muchos casos los linfocitos comienzan a proliferar anormalmente en los nódulos linfáticos hasta que la intrincada estructura nodular se desorganiza y disminuye el número de linfocitos que contiene (Gallo, R.; 1995).

¹¹ Hemos sintetizado en esta sección las teorías médicas más aceptadas y reconocidas por la Infectología y la Inmunología. No consignamos otras hipótesis sobre la enfermedad que no gozan de consenso médico (SIDA sin la presencia del HIV, posibilidad de "curación" con negativización de las pruebas de laboratorio, etc.), difundidas generalmente a través de medios masivos de comunicación.

Una vez que el virus está en el interior del cuerpo su objetivo consiste en infectar células que expresen la molécula CD4 en su membrana. Esa molécula que, como vimos, define la categoría de linfocitos T4, puede hallarse también en monocitos y macrófagos. Al parecer estos últimos se encuentran entre los primeros blancos de la infección por el virus del SIDA. El siguiente paso sería la infección de los linfocitos T4 durante la interacción que estos mantienen con los macrófagos.

Progresivamente disminuye el número de linfocitos T4 en sangre, cuyo recuento sigue siendo el marcador pronóstico más empleado. Durante el período de latencia clínica, comienza una intensa replicación viral, especialmente en los ganglios linfáticos, diseminándose luego por todo el organismo. En los pacientes infectados asintomáticos se observa un aumento del número de linfocitos T8 citotóxicos en sangre periférica. Mediante el reconocimiento específico del antígeno, este linfocito puede ejercer su función de destruir a la célula enferma que transporta y es fuente del HIV (Sen, L., 1996).

Al igual que todos los retrovirus, el HIV, gracias a la enzima **transcriptasa reversa** sintetiza ADN utilizando como modelo la secuencia de su ARN; a partir de este ADN codificado por el virus (**provirus**), la maquinaria celular sintetizará proteínas virales. Una de ellas, una glicoproteína denominada gp41, posee alta afinidad para la molécula CD4 de los linfocitos T4 y de otras células. La otra glicoproteína de la cápside recibe la denominación de gp120 (Greene, W., 1993) (Gallo, R.; 1995).

Como hemos visto, el proceso de replicación culmina con la muerte de la célula huésped y la liberación de gran cantidad de viriones que reinician el ciclo infectante.

2) Epidemiología

En la población general de los países occidentales la incidencia de infección por HIV-1 es inferior al 0,5%, oscilando entre el 0,1 y el 0,8% (Gatell y colab., 1992).

La estadística de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indicaba que el número de casos notificados al 15 de diciembre de 1995 a nivel mundial era de 1.291.810. Esto representa un incremento del 26% con respecto a la estadística del 3 de enero del mismo año que señalaba un total de 1.025.073 casos reportados. En el continente americano, los casos de SIDA reportados alcanzan un total de 659.662, vale decir un 51% de la estadística global llevada a cabo por la OMS (1995).

La OMS estima que el número de adultos infectados por el HIV alcanza en 1995 a los 17.000.000. La mayoría de los infectados se encuentran en Africa sub-Sahariana (11.200.000) y en el Sur y Sudeste asiático (3.000.000) (OMS, 1995).

Quinn (1995) realiza un cuadro estadístico que describe la población afectada por el SIDA en los EE.UU. Del 100% de casos notificados, el 98,3% corresponde a adultos, mientras que el 1,7% restante, a niños menores de 13 años de edad. Entre los adultos, el 90,8% pertenece al sexo masculino y el 9,2% al femenino. La edad promedio fue de 37 años. De los hombres, un 66% refirió antecedentes de actividad homosexual o bisexual sin empleo de drogas intravenosas, el 18% admitió el uso de drogas intravenosas sin actividad homosexual o bisexual y el 8% reconoció tanto la actividad homosexual como el uso de drogas intravenosas. Un 2% tuvo antecedentes de transfusión sanguínea, 1% tuvo hemofilia u otro trastorno de la coagulación

sanguínea. En los Estados Unidos el SIDA es la principal causa de muerte entre los adultos jóvenes y la cuarta causa de muerte entre las mujeres jóvenes (Quinn, 1995).

Un estudio realizado en las clínicas para enfermedades de transmisión sexual (STDs) en los Estados Unidos, con controles cruzados entre la sintomatología clínica, la edad, y la raza/etnicidad, señala que la seroprevalencia de HIV ha disminuido entre todos los homosexuales y bisexuales, pero especialmente entre los hombres blancos. Entre mujeres y hombres heterosexuales blancos, la seroprevalencia de HIV también ha disminuido y, en un grado menor, entre Hispanos, pero ha permanecido estable, a través de los años, entre afroamericanos. Entre consumidores de drogas inyectables (IDUs) heterosexuales, la seroprevalencia ha permanecido también sin cambios. Estos resultados reflejan cambios en la epidemia de HIV, que se encuentra, cada vez más, caracterizada por heterosexuales infectados e IDUs, especialmente dentro de las poblaciones minoritarias (Weinstock, H. S. et. al., 1995)

Un estudio sobre los datos epidemiológicos de pacientes infectados con HIV realizado en la provincia de Buenos Aires por Avolio J. y colab. (1994) muestra los siguientes resultados: desde enero de 1989 a abril de 1993 fueron diagnosticados 3000 casos; un 56,7% de contagios entre quienes usaban drogas inyectables; 23,1% de contagios heterosexuales; 8,3% de contagios homosexuales; 4,2% de contagio en receptores de sangre o de productos sanguíneos; 9,4% factores desconocidos. La proporción de mujeres de la muestra alcanzó al 29,9%. La proporción que sufrió mayor aumento fue la de contagios heterosexuales que aumentó desde un 11,8% en 1989 a un 30,7% en 1993. La mayor disminución se observó en el grupo de usuarios de drogas inyectables, que desde un 70% en 1989 disminuyó a un 39,4% en 1993, a pesar de lo cual continúa siendo el grupo de mayor riesgo tanto en la provincia de Buenos Aires como en el área metropolitana.

El Programa Nacional de Lucha Contra los Retrovirus del Humano y SIDA informó que al 30 de noviembre de 1995, en la República Argentina el crecimiento porcentual, desde el año 1987 hasta esa fecha, es del 8108%. La notificación de casos en el año 1995 es 50% menor que en el año anterior atribuyéndose este descenso a la demora en el arribo de la información al Programa Nacional.

3) Etapas de la evolución del SIDA

La infección por HIV produce una enfermedad crónica caracterizada por un síndrome primario, un período de latencia clínica y una fase de manifestaciones de incremento de la inmunodepresión.

Poco tiempo después de la infección con el HIV hay un período de transición, asintomático, caracterizado por una intensa replicación viral. En las siguientes semanas aparecen generalmente las primeras manifestaciones clínicas de la infección. Se instala así el síndrome primario, cuyos síntomas por lo habitual no son específicos y el paciente puede no distinguirlos de un resfriado o de un estado gripal. Los síntomas pueden incluir fiebre, artralgias, mialgias y fatiga. Son comunes también los dolores abdominales y las diarreas tanto como las manifestaciones neurológicas. El examen físico puede ser normal o revelar linfadenopatías generalizadas (Tindall, B.; 1992). Los órganos linfáticos son los verdaderos reservorios del HIV en una persona infectada ya que solo el 1 al 3% de los linfocitos se encuentran en la sangre periférica (Esparza, 1995).

El paciente ingresa luego en la fase de latencia clínica, asintomática. Se detectan los primeros anticuerpos anti-HIV, que son la respuesta a una variedad de proteínas virales. Estos anticuerpos son identificados por el test de ELISA

(*Enzyme-Linked Immunosorbent Assay*) y confirmados por el test de *Western blot*, más específico (Gatell, J. M. et al; 1992).

La extensión de la fase de latencia clínica depende de una variedad de factores que incluye la cepa viral, la fuente de la infección y la edad del paciente. Las personas que se contagian de alguien con una infección avanzada estarían expuestas a recibir una cepa más virulenta. Los niños y los adultos de más edad parecen tener una fase de latencia más corta (Libman, 1992).¹²

A pesar de que el número de linfocitos T4 comienza a declinar poco después del inicio de la infección por el HIV, y continúa haciéndolo gradualmente, cuando disminuye por debajo de 500 por milímetro cúbico -fase de incremento de la inmunodepresión-, comienzan los síntomas y se hacen presentes las primeras infecciones oportunistas. Cuando el recuento disminuye por debajo de 200, pueden aparecer infecciones más graves, como la neumonía por *Pneumocystis carinii* y la toxoplasmosis cerebral. Cuando la cifra de linfocitos T4 disminuye por debajo de 100 por milímetro cúbico aparecen las infecciones por *mycobacterium avium-intracellulare* y por citomegalovirus (Miró, J. M.; 1992).

Libman (1992) clasifica en tres grupos a la infección por HIV. En el primer grupo, los síntomas se encuentran generalmente ausentes y el recuento de linfocitos T4 es igual o mayor a 500. En este estadio no se administra tratamiento. En el segundo, los síntomas pueden estar presentes o ausentes. El recuento linfocitario muestra una cifra mayor que 200 y menor que 500. La terapéutica instituida es anti-retroviral, como veremos luego. El tercer grupo se caracteriza por la presencia ineludible de los síntomas. El recuento linfocitario muestra una cifra menor a 200. El tratamiento incluye la terapéutica anti-retroviral a la que se agrega la profilaxis contra la neumonía a *Pneumocystis carinii*.

4) Manifestaciones clínicas

La apariencia característica del enfermo de SIDA en estado de evolución avanzado se debe a la asociación de dos sintomatologías que se combinan en distinta proporción. Por un lado se trata de una persona con una infección crónica: enflaquecido, débil y con síndrome febril. Por otro, se muestra deprimido, letárgico y con aspecto abandonado, pero con una modalidad diferente a la esperable por su síndrome infeccioso. Se trata en realidad de trastornos neurológicos cuyas manifestaciones pueden incluir signos de disminución de la memoria, retardo psicomotor, apatía, etc.

El paciente puede padecer períodos prolongados de síndrome febril que alternan con otros períodos afebriles. La hipertermia -leve o severa- puede ser intermitente o constante en el transcurso de un día. Suelen estar presentes los

¹² Según Libman (1992) los niños infectados perinatalmente suelen desarrollar los síntomas de la enfermedad dentro de los dos primeros años de vida.

Los pacientes que adquieren la infección por transfusiones sanguíneas, habitualmente la población de mayor edad, desarrollan el SIDA entre 5 y 7 años después de la transmisión viral.

El grupo más grande de personas infectadas por el HIV, aquellos que se contagian entre los 20 y los 50 años, tienen un tiempo medio aproximado de 10 años antes del desarrollo del SIDA.

sudores nocturnos, típicos de los síndromes febriles. La fiebre puede ser atribuida a alguna infección o tumor asociado al SIDA, pero muchas veces no es posible identificar la causa.

La pérdida de peso es severa y fácilmente perceptible, ya que el enfermo de SIDA puede bajar de 10 a 15 Kg. en un breve período de tiempo (3 a 6 meses).

La presencia de un síndrome de inmunodeficiencia adquirida se sospecha cuando, según Bartlett (1994), se detecta alguna de estas afecciones:

1. Linfadenopatía generalizada persistente¹³.
2. "Citopenias"¹⁴.
3. Síntomas pulmonares que sugieren neumonía por *Pneumocystis carinii*.
4. Sarcoma de Kaposi.
5. Infecciones candidiásicas localizadas¹⁵.
6. Síntomas constitucionales¹⁶.
7. Infecciones bacterianas¹⁷.
8. Tuberculosis.
9. Enfermedades de transmisión sexual.
10. Síndromes neurológicos¹⁸.

Sarcoma de Kaposi

Hasta la aparición del SIDA este sarcoma era muy raro. En los EE.UU., por ejemplo, se lo encontraba en personas de edad, sobre todo de ascendencia mediterránea, y en pacientes inmunodeprimidos por acción farmacológica, principalmente en los pacientes sometidos a trasplante renal. Gallo sostiene que el sarcoma de Kaposi no es el resultado de la deficiencia inmunológica. Según este autor, los orígenes se encuentran en la activación inmunológica crónica de un sistema inmune dañado (Gallo, R. C. ; 1994).

En la actualidad, la propagación de la inmunodepresión por HIV hace que se registren numerosos casos de este sarcoma, con pronóstico más severo. Aparece en sujetos más jóvenes, la magnitud de las lesiones es mayor y la modalidad evolutiva, más agresiva, variada y proteiforme (Kaplan, L.; 1990)..

¹³Se caracteriza por adenomegalias en dos localizaciones no contiguas extrainguinales.

¹⁴ Anemia, leucopenia y/o trombocitopenia.

¹⁵ Mughet, esofagitis y vaginitis candidiásicas.

¹⁶ Pérdida de peso, sudoración nocturna, fiebre y/o diarreas crónicas (no menor de 30 días de duración).

¹⁷ Neumonía neumocócica y otras infecciones bacterianas.

¹⁸ Los más habituales son la demencia (20-30%) y la neuropatía periférica (20-30%).

Se manifiesta por la aparición difusa de lesiones que afectan piel, mucosas, ganglios linfáticos y vísceras. Se presenta con mayor frecuencia en las palmas de las manos, las plantas de los pies y los genitales, pero las lesiones pueden aparecer en cualquier zona de la piel: en la cara, en el tronco o en las extremidades. En algunos casos las distintas localizaciones se revelan sucesivamente, en otros son simultáneas en diferentes territorios. Es frecuente, además, la invasión a diversos órganos: vías aéreas superiores, corazón, hígado, diafragma, páncreas, vesícula, vejiga, epidídimo (Kaplan, L.; 1990). Este sarcoma, por las lesiones pigmentadas de la piel que ocasiona, le dio su primer sobrenombre al SIDA, la "peste rosa".

El sarcoma de Kaposi es la dolencia inicial en aproximadamente el 30% de los casos de SIDA, pero aparece en el 35% del total de los enfermos. En algo más de la mitad de estos pacientes se lo encuentra en forma aislada, es decir, no asociado a otras consecuencias posibles de la inmunodepresión. En estos casos la sintomatología es menos florida, las molestias son menores y la expectativa de vida es mayor. En cambio cuando se halla asociado con una infección oportunista, los síntomas, la evolución y el pronóstico son más severos (Kaplan, L.; 1990).

Además del sarcoma de Kaposi, en los pacientes enfermos de SIDA **los linfomas**¹⁹ adquieren particular gravedad, la mortalidad elevada y se presentan en localizaciones inusuales (por ejemplo el linfoma cerebral primario) (Gatell, J. M., et al; 1992).

Neumonía por *Pneumocystis carinii*

En el paciente con SIDA el pulmón es, tal vez, el órgano más afectado por un espectro muy variado de gérmenes oportunistas. Entre todos ellos se destaca un protozoo, el *Pneumocystis carinii*²⁰.

Esta forma de neumonía es la manifestación inicial más frecuente del SIDA. Su comienzo es insidioso y la evolución prolongada. El paciente presenta fiebre, tos, escalofríos, dolor torácico, expectoración abundante y una disminución más o menos intensa de la oxigenación. La disnea es progresiva, comenzando por la que se genera ante esfuerzos comunes hasta llegar a la disnea de reposo (Hopewell, 1992).

¹⁹ El término "linfoma maligno" abarca un grupo variado de enfermedades proliferativas que se originan en los ganglios linfáticos o en el tejido linfático extraganglionar. Se dividen en linfomas de Hodgkin y no Hodgkin. En todos los linfomas hay un reemplazo del tejido linfático normal por células atípicas.

²⁰ Chagas identificó por vez primera al *Pneumocystis carinii*, en tejido pulmonar humano, en 1911. Recién a principios de 1950, se describió la enfermedad clínica producida por este microorganismo. Casi todos los primeros pacientes fueron lactantes, pero después se diagnosticaron también neumonías en niños mayores y adultos. Los pacientes con esta neumonía tenían una alteración en su capacidad de respuesta inmunitaria, lo cual dio lugar a la clasificación del microorganismo como oportunista.

En los individuos inmunocompetentes el *Pneumocystis carinii* no determina sintomatología. Su presencia es tan habitual que se lo ha encontrado en el 90% de las autopsias realizadas en los EE.UU. Hopewell (1992) escribe que la infección ocurrió en una etapa temprana de la vida y que si bien curó gracias a los mecanismos de defensa normales, el protozoo no fue eliminado del organismo.

Aún en pacientes con SIDA esta neumonía remite con tratamiento antibiótico, pero se vuelve a presentar una y otra vez en el mismo paciente. **Es una de las causas de muerte de mayor incidencia en los pacientes afectados de SIDA.** No obstante, su evolución raramente es fulminante. Se sostiene (Hopewell, 1992) que la neumonía por *Pneumocystis carinii*, en el enfermo de SIDA, se debe a la exacerbación de una primitiva infección temprana (ver nota 20).

Otras infecciones oportunistas

En los pacientes con SIDA suelen presentarse distintos cuadros infecciosos²¹, aislados o asociados a otras patologías, infecciosas o no. Por su frecuencia se destacan las candidiasis, las criptococcidiasis y las toxoplasmosis (Valls, M. E.; Domínguez, M. A.; García, C.; Pérez, J. L.; 1992). Si bien estas infecciones no son "en sí mismas" oportunistas (ya que suelen aparecer en personas no inmunodeprimidas), en los pacientes con SIDA, favorecidas por la inmunodepresión, su modo de presentación y evolución --recidivante, rebelde, etc.-- hacen que se las considere oportunistas.

Manifestaciones neurológicas

Aproximadamente el 60% de los pacientes con SIDA tienen sintomatología neurológica en algún momento del proceso y del 80 al 90% de las autopsias muestran evidencia de un daño que puede ser atribuible a la acción del virus.

La afinidad que el HIV-1 posee por algunas de las células del tejido cerebral de sostén (glía), vinculadas a la defensa inmunitaria, ha permitido explicar los síntomas neurológicos que se presentan²². La forma más común es la encefalitis subaguda en la que pueden observarse los siguientes síntomas: disminución de la memoria, falta de concentración, apatía, retardo psicomotor, trastornos de carácter y aislamiento social. Los pacientes tienen alteraciones en el conocimiento, en la motricidad y en la esfera sensorial. En la mayoría de los enfermos las lesiones progresan rápidamente y muchas veces llegan a producir demencia²³ (López, O. I.; Becker, J. T.; Sudilovsky, A.; 1994).

²¹Entre las infecciones que se han descrito podemos agrupar las siguientes: **Esofagitis** debidas a Cándida, Citomegalovirus o Herpes simple. **Enterocolitis** de curso mayor que un mes, recidivante, rebelde al tratamiento. Se destacan las debidas a *Cryptosporidium* y a *Mycobacterium avium*. **Lesiones mucocutáneas**, de curso mayor de un mes, recidivantes y rebeldes al tratamiento. Suelen ser producidas por Herpes virus homini tipo I y II. También se describen toxoplasmosis cerebrales, meningoencefalitis, encefalitis y enfermedades pulmonares debidas a Cándida, *Cryptococcus*, Citomegalovirus, *Mycobacterias*, etc. (Valls, M. E.; Domínguez, M. A.; García, C.; Pérez, J. L.; 1992).

²² Las células predominantemente infectadas parecen ser monocitos y macrófagos y éstos son precisamente los tipos celulares predominantes en las áreas del cerebro infectadas. Se han detectado antígenos del HIV en múltiples regiones del cerebro. El virus HIV fue aislado del encéfalo, de la médula espinal, de los nervios periféricos y del líquido cefalorraquídeo.

²³ La Academia Americana de Neurología propuso, para esta demencia, el nombre de "complejo cognoscitivo-motor asociado al VIH-1" (López, O. I.; Becker, J. T.; Sudilovsky, A.; 1994) .

5) Detección, prevención y tratamiento

Detección

Se infiere la presencia del virus por la detección de anticuerpos antiviral HIV a través del test de ELISA (*Enzyme-Linked Immunosorbent Assay*). Suele utilizarse el test de *Western blot*, de mayor especificidad (menor cantidad de resultados falsos), para corroborar los resultados positivos del test de ELISA (Bartlett, 1994).

Cuando, en ausencia de enfermedad, estos test demuestran la existencia en sangre de anticuerpos antiviral HIV (resultado positivo), se considera que el sujeto ha estado en contacto con el virus y por lo tanto es un sujeto portador sano, con una infección en estado de latencia.

Es posible recurrir a técnicas -complejas y costosas- para la detección directa del virus. Las que se utilizan son: 1) El cultivo viral. 2) La detección de antígeno viral en sangre o tejidos. 3) La reacción en cadena de la polimerasa (PCR) o hibridación que permite detectar el ADN del virus en los linfocitos T4 (detección de genoma viral) (Crowe, S.; 1994).

Prevención

Dado que aún no se ha desarrollado una terapéutica eficaz, las campañas sanitarias están orientadas a evitar el contagio, teniendo en cuenta la circunstancia de que las personas HIV positivo, aún siendo asintomáticas, son agentes potenciales de contagios.

Las medidas de prevención para la población en general sugieren el uso de preservativo en las relaciones sexuales y la precaución en cualquier circunstancia en la que puede haber contacto con sangre ajena. En el caso de los adictos, por ejemplo, se indica que debe evitarse el intercambio de jeringas.

A los profesionales de la salud se les recomienda especial atención en la manipulación de la sangre. Se indica, entre otras cosas, el uso de guantes de goma y manoplas, la utilización de instrumental y utensilios descartables en todas las ocasiones posibles, y el calentamiento discontinuo de los preparados hematológicos, ya que **el virus es termolábil**.

Tratamiento

La terapéutica tentativa se centra en dos aspectos: la acción sobre el virus y la acción sobre el sistema inmunitario. Sobre el primero, tratando de crear un antivírico, y sobre el segundo, con vacunas, inmunomoduladores, trasplante de timo, citostáticos, etc. **Los resultados, hasta ahora, son negativos en todos los casos.**

Los agentes anti-retrovirales pueden estar dirigidos a evitar la ligadura del virus con el linfocito, a obstaculizar la función de la transcriptasa reversa, a inhibir la síntesis de proteínas virales, o a frenar el desarrollo de los virus en ciernes.

La zidovudina (ZDV, también denominada azidotimidina o AZT), es un análogo de la timidina que interfiere a la transcriptasa reversa e inhibe la replicación viral (Fischl, M.; 1990).

El dideoxynosine o didanosine (ddl) también desarrolla actividad anti-transcriptasa reversa como el zalcitabine (ddC) e inhibe la replicación viral (Fischl, M.; 1990).

La Administración para las Drogas y los Alimentos de los Estados Unidos (*US Food and Drug Administration*) (1996), ha aprobado cinco drogas nuevas para el tratamiento de la infección por HIV: Stavudine (D4T) y lamivudine (3TC), que son análogos de nucleósidos similares a la zidovudina (AZT), al didanosine (ddl), y al zalcitabine (ddC). También ha aprobado una nueva clase de drogas anti-HIV que son inhibidores de la proteasa: Saquinavir, ritonavir e indinavir .

Norley y Kurth (1992), del Instituto Paul Erlich, sostienen que, a pesar de todos los esfuerzos realizados en favor de la prevención, la diseminación del SIDA progresa sin intermitencias. En consecuencia, consideran que la única esperanza real de control epidemiológico reside en el desarrollo de una vacuna.

En la actualidad se están realizando ensayos de diferentes tipos de vacunas. Desde la vacunación que busca la producción de anticuerpos a partir de la inyección combinada de un virus que estimule al sistema inmunitario y que exprese la glicoproteína 120 del HIV (Gorse y colab., 1994) hasta la presentación de péptidos virales por las moléculas HLA clase I y clase II a las células T8 (Becker, Y., 1994). Son varios los tipos de vacunas ensayadas que se encuentran ya en la etapa de experimentación con voluntarios humanos. Una de ellas combina la glicoproteína 120 con una droga adyuvante que se administra en dos ensayos. Después de tres inmunizaciones todos los sujetos desarrollaron anticuerpos neutralizantes del tipo de HIV del cual provino la GP 120. Pero además un 67% desarrolló también una neutralización cruzada de otro tipo de HIV (Kahn, J. O. y colab., 1994).

EL SIDA DESDE EL PUNTO DE VISTA PSICOANALÍTICO.

I. ACERCA DE LA IDENTIDAD

1.- Acerca del concepto de identidad

El **diccionario** define "identidad" como "calidad de idéntico", en tanto que idéntico es "lo que en sustancia y accidentes es lo mismo que otra cosa con que se compara" (Real Academia Española, 1992).

La psicología, como ciencia derivada de la filosofía, toma de ella el concepto de identidad.

En **filosofía** este concepto se examina desde varios puntos de vista. Los dos más destacados son el ontológico y el lógico. El primero es patente en el llamado "principio ontológico de identidad", según el cual toda cosa es igual a sí misma (*ens est ens*, el ser es el ser). El principio lógico de identidad es considerado por algunos filósofos como derivación del principio ontológico. De acuerdo a la lógica, 'a pertenece todo a a'. Según otra formulación lógica este principio reza: 'si p, entonces p'. También puede describirse como la exigencia de no afirmar y negar, a la vez y en el mismo sentido, una proposición cualquiera. En este caso se evidencia que el principio de identidad es una transformación del principio de **no contradicción** y se deriva fundamentalmente de él.

Etimológicamente "identidad" proviene del latín, *identitas*, de "*idem*", "mismo" y "*entitas*", "entidad". "Entidad", como "ente", deriva de "*ens-entis*" (el que es), participio presente del verbo *esse* (ser). Literalmente deberíamos traducir, entonces, "*identitas*" por "la misma entidad", "el mismo ser" (Corominas, 1961).

En griego "identidad" se dice "*tautotes*". Esta palabra es la construcción de un sustantivo abstracto a partir del adjetivo "*to autós*", que significa "el mismo". Su traducción literal sería entonces "mismidad", ya que en esta construcción del idioma griego no se utiliza, como vimos que lo hace el latín, el participio "*on-ontos*" equivalente griego del "*ens-entis*" latino.

En derecho en cambio, "identidad" es el "hecho de ser una persona, o cosa, la misma que se supone o se busca" (Real Academia Española, 1992).

De lo dicho hasta aquí podemos extraer la siguiente conclusión: el concepto de identidad se establece a partir de una comparación, o sea a partir de contrastar o contraponer de a pares, en la búsqueda de semejanzas o diferencias, considerándose identidad la plena semejanza. Entendemos que en el concepto filosófico y en la significación derivada de la etimología, la comparación de la que hablamos se halla implícita: se establece respecto de la cosa consigo misma.

2.- El concepto de identidad en psicoanálisis

Para el **Psicoanálisis** la identificación comenzó siendo descripta como un mecanismo psicológico entre otros. Con el desarrollo de la teoría, al comprenderse más y más su importancia, **"llegó a ser la operación en virtud de la cual se constituye el sujeto humano"** (Laplanche y Pontalis, 1971, pág. 191). En este sentido la identificación es un proceso según el cual el sujeto adquiere las cualidades de otro tomado como modelo. La identidad, por su parte, es el producto de una particular combinatoria o ensambladura del conjunto de identificaciones de una persona. El psicoanálisis utiliza el término "identidad" para referirse al resultado de un proceso por el cual nos constituimos en diferentes entre nosotros mismos (Chiozza, 1986).

De acuerdo a lo que hemos desarrollado en forma detallada en otra oportunidad (Chiozza, 1963), el yo se configura a imagen y semejanza del ideal del yo que forma parte del ello (identificación) mediante un proceso que puede describirse en dos fases. Por una parte, el yo introyecta estímulos o ideas, que configuran el plano, proyecto o modelo a copiar. Dadas las características predominantemente visuales del "copiado de modelos" y la condición ideal de los estímulos (en el doble sentido de que es una idea y un ideal), llamamos a esta introyección "visual-ideal". Por otra parte el yo incorpora la sustancia, la materia necesaria para dar cuerpo al modelo. Debido a que puede ser simbolizada por la función orgánica del hígado y teniendo en cuenta su carácter material, a esta incorporación la denominamos "hepático-material". En este sentido el yo "hepático-material", que asimila y transforma en carne propia los ideales, es la sede principal del sentimiento de identidad.

Ambas fases confluyen en el proceso de asimilación. Asimilación "proviene de asemejar, o sea hacer semejante a dos cosas diferentes. En estricto contenido semántico la identificación sería un paso más, o sea hacer de dos cosas una misma, hacerlas idénticas, que es decir más que hacerlas iguales" (Chiozza, 1963).

En efecto, la etimología nos muestra que la identificación es un proceso de copia de un modelo. El término "identificar" proviene de "idéntico" y del verbo latino *ficare*, deformación de *facere*, "hacer". Cuando se usa como verbo reflexivo, "identificarse uno con otro" significa "llegar a tener las mismas creencias, propósitos, deseos, etc. que él" (Real Academia Española, 1992).

De acuerdo a la idea de que la identidad se logra a través de un proceso de "copia" (identificación) podríamos pensar que la identidad lograda o bien establecida es aquella en la que lo concretado materialmente se asemeja al proyecto ideal, de modo que puede ser reconocido como una copia del modelo. Los aspectos que no llegan a materializarse y permanecen como modelos ideales generan lo que el psicoanálisis estudió como la primera disociación del yo: la constitución del ideal del yo. Sabemos también que la debilidad del yo incipiente -que no puede mantenerse unido frente a los estímulos ideales-

(Freud, 1923b) es considerado el principio explicativo de la metapsicología: a partir de él se pueden explicar todas las patologías (Chiozza, 1978i).

Cuando hablamos de fortaleza o debilidad del yo nos referimos a un concepto relativo respecto a los ideales. Desde este punto de vista puede decirse que un yo fuerte es aquel capaz de materializar (integrar) identificaciones más alejadas de sus formas originarias.

Al establecer un correlato simbólico entre lo corporal y lo psíquico se hace evidente que la adquisición y el mantenimiento de la identidad es un proceso dinámico: en rigor de verdad puede decirse que, por un lado, no termina nunca y que, por otro, permite (dentro de ciertos límites) constantes modificaciones. Para la instalación progresiva del sentimiento de identidad intervienen las sucesivas identificaciones que tienen lugar en el individuo a lo largo de su desarrollo.

La identidad posee entonces aspectos o núcleos primarios -inamovibles e invariantes- y otros secundarios donde las variaciones se tornan más posibles y hasta necesarias. Se entiende así que por un lado permanecemos siendo siempre los mismos -conservación de la identidad a lo largo del tiempo- y que por otro estemos en constante cambio -dinamismo de la identidad-.

Si imagináramos la identidad como constituida en círculos concéntricos, podríamos concebir un primer círculo, muy amplio, que representaría la identidad de especie dentro del cual se inscriben otros, sucesivamente más pequeños, como los de la identidad de raza, la identidad de clan o linaje y finalmente el círculo que representa la identidad individual. Esta metáfora resulta adecuada también para obtener una figuración plástica en la que se evidencia que la identidad individual se inserta en el marco más amplio de la identidad de clan, raza, especie, etc.²⁴

Como dijimos, la adquisición de la identidad es un proceso dinámico y esencialmente continuo. No obstante, artificialmente y para su descripción, el psicoanálisis clásicamente distingue dos tipos de identificaciones: las primarias y las secundarias. Las **identificaciones primarias** son aquellas en las que se adoptan en forma directa las cualidades de los objetos inconscientes heredados. Se trata de las identificaciones con las imagos heredadas de los padres y arquipadres.

Hoy, en la medida en que pensamos que todo proceso anímico es sólo un modo de manifestarse a la conciencia lo que desde otro ángulo se presenta como proceso corporal y viceversa, podemos pensar que las identificaciones primarias corresponden, desde lo psíquico, a aquello que la biología describe como desarrollo del plan genético. Con la expresión "plan genético" hacemos referencia al conjunto entero de lo heredado, incluyendo entonces la herencia de características generales que definen la identidad de especie, como así también

²⁴ También resultaría lícito representarnos esta metáfora con un modo inverso. Tendríamos entonces un núcleo central figurando la identidad de especie y sobre él la sucesiva estratificación de otros aspectos de la identidad, como son la raza, la familia y lo individual.

otras, más particulares, como las que determinan la identidad de una raza, de un clan y de un linaje familiar.²⁵

Parece posible y útil señalar una diferencia o salto cualitativo entre la identidad de especie y las identidades de raza, clan, etc. La identidad de especie se configuró "una vez" mediante un proceso que podemos llamar **identificación primordial**. Esta identificación primordial supone la adquisición de un ensamble particular de cualidades propias de la especie e implica paralelamente una **renuncia** a aquellas configuraciones y cualidades ajenas a dicha especie²⁶. Si consideramos que la existencia individual se inaugura con la unión de las gametas, es dable imaginar que la identidad de especie la adquiere cada individuo en tal acontecimiento. Así, por ejemplo, cada hombre, en el momento de su concepción, repitiendo aquella adquisición y aquella renuncia ancestral, **se constituye como perteneciente al género humano**.

La biología establece una relación entre la pertenencia de los individuos a una u otra especie y la cantidad y forma de sus cromosomas. Por otra parte, es sabido que **salvo raras excepciones, no es viable la unión de gametos de especies diferentes**. Estos hechos nos permiten afirmar que **el número y la forma de los cromosomas se prestan para representar simbólicamente la identidad de especie**.

El proceso de "copia" de la información **contenida** en los cromosomas, que se traduce en el individuo como desarrollo, sería, por su parte, un adecuado símbolo de lo que llamamos identificación primaria. Si bien este proceso se cumple a lo largo de toda la vida, es característico y preponderante durante el período pre-natal (cigótico, embrionario y fetal).

Las **identificaciones secundarias** son aquellas que se realizan a partir de vínculos con los objetos que por alguna circunstancia adquieren el valor de modelos. Las identificaciones secundarias pueden modificar o reforzar las cualidades obtenidas por identificación primaria y conforman el carácter del yo. Mediante ellas se hacen propios los valores de cada cultura en las que los individuos se realizan.

En síntesis:

Llamamos **identificación primordial** al proceso por el cual se alcanza la identidad de especie. Simbólicamente esta identidad queda representada por la constitución del número y la forma de los cromosomas.

²⁵ Debe comprenderse, por otro lado, que cuando hablamos de "herencia" nos referimos tanto a la transmisión de información genética que la ciencia médica reconoce como vehiculizada por el ADN, como a la que Freud (1939a) llamaba "herencia arcaica". Freud, tanto en *Tótem y tabú* (1912-13) como en *Moisés y la religión monoteísta* (1939a), desarrolla con amplitud la idea de una "continuidad psíquica de las generaciones" que no proviene de la tradición oral sino de la herencia del vivenciar colectivo de la humanidad.

²⁶ La "disposición" a dichas cualidades ajenas a la especie se conserva en el plasma germinal, como lo testimonia el hecho de que durante la ontogenia embrionario-fetal se recorran estadios que remedan a los de la filogenia.

La **identificación primaria** es el proceso por el cual cada ser humano desarrolla las características y cualidades que ha recibido hereditariamente. Freud (1923b, pág. 33) consideró que este tipo de identificación es "directa e inmediata (no mediada)" porque "...no parece el resultado ni el desenlace de una investidura de objeto".

La **identificación secundaria** corresponde especialmente al período postnatal. Mediante ella el sujeto adopta las cualidades de la cultura en la que se inscribe. Este tipo de identificación es la que Freud (1923b) considera como sedimentación de las investiduras de objeto resignadas.

Si las distintas identificaciones descritas, estratificadas unas sobre otras, se integran armoniosamente, permiten el establecimiento de una identidad sólida en la que se amalgaman de un modo estable distintas cualidades. Entendemos que esta armonía, desde el punto de vista subjetivo, se experimenta como el natural **amor propio**, tanto de ser quien se es, como el de **pertenecer** a una raza, a un linaje, a un pueblo. En este caso la cultura, en tanto conjunto de *mores*, costumbres o hábitos, es vivenciada como un ámbito congruente donde se despliegan las cualidades individuales recibidas por herencia.

La falta de integración y armonía entre los distintos aspectos y "niveles" de la identidad condiciona una identidad menos coherente y por lo tanto más endeble.

3.- La identidad y la pertenencia. El sentimiento de pertenencia

"Pertenecer" proviene del latín *pertineo, pertinere*. Está compuesta por el prefijo *per*, que en composición con un verbo significa llevar la acción hasta el fin y sin interrupción (Spes, 1960), y por el verbo *teneo*, que significa tener, coger, sujetar; poseer, ocupar, etc. Etimológicamente el per-tenecer, la per-tenencia es un grado superlativo de la tenencia. El diccionario (Real Academia Española, 1992) define "pertenencia" como "derecho de propiedad que tiene uno sobre una cosa". Sin embargo, cuando hablamos, por ejemplo, de "sentimiento de pertenencia", se resignifica el concepto mediante un "enroque", de modo que el sujeto pasa a ocupar el lugar del objeto de la propiedad: ya no se trata de algo que me pertenece o que poseo, sino de algo que me tiene a mí como "una de sus pertenencias" y ese "tenerme" adquiere una significación tal que me caracteriza, me identifica, es decir, me otorga identidad.

Se trata entonces de dos acepciones distintas -una vinculada a la posesión y otra a la identidad- pero, como veremos, profundamente relacionadas.

La vinculación entre identidad y pertenencia se nos hace evidente si tomamos en cuenta el concepto de niveles o tipos lógicos. Un clavel, por ejemplo, por su misma identidad de clavel, es inevitablemente un miembro de la clase "claveles", pertenece a ella. Se inscribe y pertenece, también, a los sucesivos y más amplios niveles, como pueden ser, en este caso, las flores, los vegetales, etc. Desde este punto de vista, ser es inseparable de pertenecer y, mejor aún, ser equivale a pertenecer.

Esta pertenencia, dada en el hecho mismo de ser, adquirida a través de lo que hemos llamado identificación primaria, forma parte de nuestro "estado constitutivo" y suele permanecer, por eso mismo, inconciente. Podemos entonces llamarla **pertenencia primaria** ²⁷.

Sin embargo, en el transcurso del vivir nos incluimos y pertenecemos a otros círculos de pertenencia que no están inevitablemente ligados a la esencia de nuestro ser. Podemos, por ejemplo, integrarnos, formar parte y pertenecer a un club, y podemos también dejar de pertenecer a ese club. Este segundo tipo de pertenencia también define nuestra identidad pero no forma parte del núcleo de la misma. Es una cualidad, un accidente, un atributo, adquirido a través de identificaciones secundarias. Podría ser llamada **pertenencia secundaria**.

En el caso de la pertenencia como propiedad, el concepto no se refiere, en primera instancia, a la identidad, sino a una posesión del yo. Sin embargo también a las cualidades o atributos de un sujeto se le llama "propiedades". Son algo que el sujeto tiene, pero también son, esas propiedades, atributos o cualidades que definen su identidad.

La íntima vinculación entre identidad y pertenencia nos conduce a señalar dos formas de vivenciar la pertenencia. Cuando el sujeto actúa de un modo acorde a su identidad y su pertenencia, ésta última no necesita ser conciente y permanece como un **estado inconciente** que determina el ser y el actuar. Es para el sujeto, una **pertenencia sustantiva**. En cambio, cuando el sujeto por alguna circunstancia toma conciencia de su pertenencia y piensa, por ejemplo, que debe actuar en consecuencia, experimenta su pertenencia como una cualidad o un atributo que lo define, de modo que en ese momento su pertenencia es una **pertenencia cualitativa (adjetiva)**.

Esta distinción que señalamos es independiente de que la pertenencia que se hace conciente sea parte de la esencia del sujeto o sea una cualidad secundaria. Una persona puede por ejemplo tomar conciencia de su condición de ser humano o de su condición de afiliado a determinado club. ²⁸

Nos hemos acercado así al **sentimiento de pertenencia**. Sabemos que una acción llevada a cabo eficazmente se tramita sin registro conciente; en cambio, una acción que no ha logrado ser totalmente eficaz deja un remanente insatisfecho que se registra en la conciencia con la cualidad de un determinado

²⁷ Incluimos aquí, para simplificar, dentro de la pertenencia primaria, también a la que proviene de las identificaciones primordiales.

²⁸ Al hablar de pertenencia sustantiva y cualitativa tomamos como modelo la concepción freudiana acerca del complejo de percepción (Freud, 1950a). Freud se refiere con ello a las comparaciones que establece el pensamiento entre lo ya conocido y las nuevas percepciones. La conciencia sólo percibe las diferencias y las nomina como atributos o cualidades. Aquellos aspectos en los que hay coincidencia no pueden ser objeto de la conciencia y constituyen entonces la cosa o sustantivo que permanece inconciente. La cosa o sustantivo es una representación abierta e inaferrable, ya que al no haber diferencias registrables permanece indeterminada e incognoscible, aunque su nombre proviene siempre (!) de un adjetivo que denota alguna de sus cualidades (Chiozza, 1986b).

sentimiento. En este sentido, acción eficaz y sentimiento conforman una serie complementaria.

En el caso de la pertenencia, si fracasa la acción de pertenecer --que, cuando es exitosa, se traduce como identificación lograda o pertenencia sustantiva y no necesita hacerse conciente-- deja un remanente insatisfecho cuya descarga será registrada por la conciencia como sentimiento de pertenencia. También es posible que se registre como sentimiento de no pertenencia. Ambos sentimientos remiten al fracaso de la acción eficaz de pertenecer, de modo que, en última instancia, se trata siempre del sentimiento de no pertenecer. Sin embargo cuando el fracaso en la acción eficaz es pequeño, el sujeto, frente a su sentimiento de no pertenencia, suele recurrir al sentimiento de pertenencia como encubrimiento de la vivencia de no pertenecer.

Freud (1921c), al referirse a la diferencia entre identificación y elección de objeto, afirmaba que es la misma que existe entre ser y tener. No toda elección de objeto debe devenir necesariamente en identificación. Pero, como es obvio, cuando la identificación ocurre, el tener, es una etapa previa del ser.

La referencia de Freud remite al modelo que desarrollara en la melancolía, donde el sujeto, ante la pérdida inadmisible de un objeto que era "su posesión", lo conserva dentro de sí identificándose con él. Este proceso que Freud (1917e) describiera primariamente asociado a una patología, se hace extensivo luego al modo de adquisición de todas las identificaciones secundarias. Este tipo de identificación puede ocurrir aun sin la pérdida de objeto (Freud, 1921c). El desarrollo de este trabajo nos conduce a subrayar la existencia de una estación intermedia entre el tener y el ser.

a) Cuando la identidad se ha logrado el sujeto "es" y, al mismo tiempo, pertenece, en el sentido de lo que hemos llamado pertenencia sustantiva. Esta pertenencia no necesita ser proclamada.

b) Cuando la identidad no se ha consumado plenamente, el sujeto siente que no es y, en esa misma medida, siente que no pertenece. Necesita, entonces, proclamar que "pertenece" (pertenencia cualitativa) para defenderse del sentimiento de no pertenecer sustantivamente, porque todavía no es. La etimología de pertenencia, tal como ya lo señalamos, avala esta consideración. En efecto, per-tenecer es, literalmente, un modo superlativo del tener, de manera que el sujeto, al afirmar su pertenencia, denuncia que si bien "tiene" firmemente lo que desea, no ha logrado aún su aspiración de "serlo".

El deseo de pertenecer testimonia un déficit en la pertenencia, es decir, denuncia una identificación que no se ha logrado plenamente y equivale al sentimiento conciente de no pertenencia. La proclamación conciente de la pertenencia, si se trata de una proclamación sincera, nace, en cambio, del sentimiento conciente de pertenencia, que como dijimos, encubre la vivencia de una pertenencia insuficiente. En este sentido, el deseo de pertenecer, el sentimiento de pertenencia y la proclamación de una

pertenencia, constituyen una estación intermedia entre el tener (pertenencia como posesión) y el ser (pertenencia como identidad).

Por su parte, la palabra “impertinencia”, y el correspondiente adjetivo “impertinente”, aluden en primer lugar a algo que no viene al caso, que no es concerniente al tema de que se trata o que no pertenece al asunto. Secundariamente adquirió el significado de insolencia, irreverencia, etc.

Cuando el conflicto con la identidad y la pertenencia adquiere suficiente importancia, la imposibilidad de reconocer la propia pertenencia da lugar a la pretensión de otra pertenencia, impropia, que transforma al sujeto en un impertinente, en el sentido de quien está fuera de lugar, no pertenece o no concierne al asunto.

Dado que la pertenencia es convivencia pasada e historia en común, al hablar de un sentimiento de impertinencia (o sentimiento de no pertenencia) se alude a un dolor muy particular. Quien siente que se le desdibuja la pertenencia, mucho más que un sentimiento circunstancial de exclusión, siente la penosa vivencia de una exclusión permanente: la carencia de un ámbito de convivencia y participación, experimentada, entonces, como si se tratara de una impertinencia sustantiva.

4.- Un aspecto de la identificación primaria: la estirpe y el mestizaje. El HLA como código bioquímico y como símbolo del linaje.

En lo atinente a la identidad primaria debemos considerar que esta no surge de la adopción arbitraria de rasgos aislados; surge, contrariamente, de la inserción del sujeto en una historia compartida y "hecha carne". Una historia que configura lo que se hace manifiesto como **raza, linaje o estirpe**, “visible”, por ejemplo, en las características corporales que diferencian a las distintas **etnias**. Dicho de otro modo: **todo individuo actual es el producto o la manifestación en el presente de una historia que se fue plasmando a lo largo de generaciones. Esa historia compartida por los antepasados constituye, desde lo inconciente, el suelo ancestral, la herencia, lo que otorga pertenencia al sujeto.**²⁹

Por otra parte, todo ser vivo nacido de reproducción sexual no hermafrodita es un producto **mestizo** en tanto es una combinatoria o **mezcla** de la información genética de sus padres, de modo que **toda identidad implica inevitablemente cierto grado de mestizaje** (Chiozza y colab., 1992f).

Sin embargo, con la herencia de los genes que codifican antígenos HLA, sucede algo llamativo. Estos marcadores están presentes en todas las células de cada individuo. A través de ellos se ejerce el reconocimiento de lo propio. A diferencia de lo que ocurre con la herencia de otros caracteres, no provienen de la

²⁹ En el idioma alemán, el término *Sexualität* es relativamente reciente, tomado en el siglo XX del inglés *sex*. La palabra más antigua, utilizada por Weizsaecker, es *Geschlechtlichkeit* y proviene del verbo, *schlagen* que, entre otras acepciones, significa “salir a”, “parecerse a”, y se vincula con la idea de genitalidad, linaje, descendencia y familiaridad (Busch, 1994).

combinatoria de los cuatro abuelos. Por el contrario provienen solamente de dos, uno de los abuelos maternos y uno de los abuelos paternos. De modo que el sujeto, que en su identidad (psicosomática) es el representante de un conjunto completo, en lo que al sistema inmunitario se refiere, se autorrepresenta a sí mismo mediante un código bioquímico abreviado para el cual utiliza solamente dos líneas de ascendencia. En el ámbito del sistema inmunitario sucede entonces algo semejante a lo que ocurre con los apellidos según una costumbre cultural. Si bien el sujeto proviene de cuatro abuelos (o, si se quiere, de ocho bisabuelos) cada uno con su respectivo apellido, utiliza para su reconocimiento, uno o dos de estos apellidos.³⁰

Podemos decir entonces que el sistema inmunitario ejercita el autorreconocimiento mediante un código semántico y, por lo tanto, abreviado, sin necesidad de reconocer puntualmente todos los constituyentes. Recurre de este modo a un sistema de representación económico y eficaz hasta un margen de error despreciable: los HLA. Estos tienen el valor de "patentes" o "etiquetas", a semejanza de los *made in...* que marcan el origen o procedencia de un producto.

Dado que el modo peculiar de heredar los HLA se presta para recorrer en forma ascendente (o descendente) un *filum* o línea genealógica, **los HLA son una expresión somática de un conjunto más amplio que llamamos el linaje, es decir, lo simbolizan.**

De modo que en lo que se refiere a mi **herencia**, mi **pertenencia** y mi **identidad**, yo soy la combinación de mis cuatro abuelos, o de mis ocho bisabuelos, etc. Pero cuando me tengo que representar, me represento por la mezcla de dos, que se mezclan sólo a los efectos de la representación, y se volverán a separar en mis hijos.

De acuerdo con lo dicho es posible establecer una diferencia entre **identidad** y **linaje**. Mi identidad se configura con todo lo que me constituye incluyendo la particular combinatoria de los caracteres heredados que **me insertan en una pertenencia**. El **linaje**, en cambio, es una representación abreviada de mi identidad. Puedo, a voluntad, recorrer distintos linajes ascendentes hasta reconocermelo descendente de un determinado antepasado. Únicamente dos de esos diferentes linajes son "elegidos" por mi combinatoria de HLA para tipificarme inmunitariamente.

Esta diferenciación permite discernir patologías de la identidad que se vinculan con el sistema inmunitario y otras que no. A modo de metáfora podemos decir que una persona que encuentra dificultades para pronunciar, escribir o leer su apellido tiene un trastorno de identidad, pero no todo trastorno de identidad se manifiesta como dificultad en relación con el apellido.

Como vimos, el sistema de antígenos HLA está constituido por **mitades que se mantienen genéticamente puras**, es decir, se constituye sobre una "mezcla"

³⁰ Podemos pensar que la costumbre de que los hijos lleven el apellido paterno proviene del hecho de que la maternidad es cierta, en tanto que la paternidad necesita ser reconocida.

que no es una "combinación"³¹. En otras palabras, cada una de sus mitades, permite establecer la doble genealogía de cada individuo. En un trabajo anterior (Chiozza y colab., 1992f) decíamos que esta particular configuración por mitades del HLA **constituye un símbolo de la dificultad con la que se unen en un hijo las distintas herencias de sus progenitores**. Imaginamos entonces la existencia de un "clivaje fisiológico" en la base misma de la identidad, clivaje que justificó concebir un punto de fijación "autoinmunitario". Se nos hizo evidente así que **ya en el proceso de la constitución de la identidad, mediante lo que llamamos identificación primaria, se pone en juego, como veremos, el par antitético tolerancia-intolerancia**.

5.- Identidad e intercambio: el ejercicio de la tolerancia y la intolerancia

Tal como vimos, el individuo, constitutivamente, es producto de una congregación (representada por una "mezcla"): la identidad no es la pura repetición de moldes anteriores ya que surge de la combinatoria genética.

Luego, el desarrollo pleno del sujeto exige modificaciones adaptativas en un continuo intercambio con otros, en sucesivas agregaciones, ahora "secundarias". El encuentro entre lo selectivo (lo ya configurado, lo prefijado por la herencia o el núcleo invariante de la personalidad) y lo aleatorio del acontecer vital figuran lo que Bateson (1979) denomina un proceso estocástico, es decir, un proceso que combina componentes aleatorios y otros selectivos, de tal manera que en la combinatoria sólo perdurarán algunos resultados del componente aleatorio.

Podríamos afirmar entonces que el individuo parece signado por un doble interés: **ama su identidad y necesita preservarla en su integridad y al mismo tiempo siente el atractivo y la necesidad de interactuar, de intercambiar con otros, de "mezclarse" y "combinarse", dos grados diferentes de lo que durante la convivencia llamamos "integración"**. La convivencia humana exige constantemente el ejercicio de un equilibrio entre el deseo de mantener las diferencias y la necesidad ineludible de integrarse. El hombre -del mismo modo quizás que todos los seres vivos- se debate así en el juego pendular de la intolerancia y la tolerancia.

La tolerancia propia del buen sentido permite integrarse con el otro, disolviendo las diferencias, en función de un bien superior o principal. La intolerancia, por su parte, deberá ejercerse contra aquello que, siendo incongruente con lo principal, de ser aceptado destruiría el sentido organizador.³² **La fisiología del sistema**

³¹ Las palabras "mezcla" y "combinación" remiten aquí al significado que les asignan la física y la química. Mezcla equivale a una simple agregación de dos o más elementos y puede ser "fácilmente" revertida a su estado de separación original. En una combinación, en cambio, los elementos que la constituyen pierden sus cualidades diferenciales formando un nuevo producto, de modo que es más difícil revertir la combinatoria a su estado original.

³² Lo que denominamos "mezcla" es un estado intermedio entre ambas situaciones que se da, por ejemplo, cuando un individuo "se integra" transitoriamente en un "equipo" al cual no siente

inmunitario es, en el terreno de lo corporal, un símbolo privilegiado del proceso que constituye y mantiene el equilibrio entre tolerancia e intolerancia.

Desde un enfoque psíquico, entendemos que el adecuado ejercicio de la tolerancia y la intolerancia se sustenta en una identidad bien establecida o, lo que es lo mismo, en un “estado” de pertenencia, o pertenencia sustantiva.

pertenecer completamente, para separarse pronto y volver al que siente como “suyo” (“su-yo”(?)).

II. ACERCA DE LA CULTURA

1.- La cultura y la identidad

En los apartados anteriores hemos descripto el modo en que, mediante la integración de las sucesivas identificaciones, va constituyéndose la identidad individual. Este proceso, que artificialmente descompusimos para su comprensión, es unitario, constante a lo largo de la vida y esencialmente dinámico.³³

Como aspecto fundamental en el desarrollo del proceso, destacábamos la importancia del recíproco interjuego entre las identificaciones primarias y las secundarias, es decir, entre lo que el sujeto trae consigo hereditariamente y aquello nuevo que encontrará en su ámbito **socio-cultural**.

El ámbito **socio-cultural**, en tanto conjunto de *mores*, costumbres o hábitos, representa privilegiadamente el terreno de las identificaciones secundarias. Es allí donde, precisamente, el sujeto encontrará los modelos para llevarlas a cabo, como asimismo el “espacio” para desplegar las cualidades individuales recibidas por herencia.

La existencia de un ámbito socio-cultural coherente que, como el individuo, lleve dentro de sí núcleos de mayor invariancia que permitan una relativa estabilidad será, por lo tanto, un factor facilitador del buen desarrollo de la identidad. **Una cultura de tales características ofrecerá el marco apropiado para que las identificaciones secundarias refuercen -o modifiquen con relativa naturalidad- las identificaciones primarias, posibilitando la integración congruente y armónica entre las distintas identificaciones.**

Entendemos que una cultura se encuentra en estado de relativa estabilidad, coherencia o autenticidad, cuando se da una concordancia entre los valores que postula y los que encarnan efectivamente sus miembros más relevantes. En una cultura de estas características los valores que la distinguen se materializan en personas concretas, quienes, como máximos representantes de la misma, son a la vez los modelos adecuados para quien debe insertarse en ese marco cultural. En estas circunstancias **alcanzar los valores apreciados por esa cultura vigoriza el amor propio, orgullo o autoestima, y significa además un reconocimiento de lo familiar en el contexto de las diferencias**, tanto en el seno de la propia cultura como en relación a otras coexistentes.

En el individuo, el encuentro con un marco cultural de esas características abre la posibilidad de que pasado y presente, en congruencia, se aúnen en la misma dirección, contribuyendo a la génesis de una **"identidad saludable"**. Tal

³³ Estas características, discernidas por el psicoanálisis, coinciden, desde nuestro punto de vista, con las representaciones de la biología que nos muestran un sistema inmunitario (que, como dijimos, expresa y simboliza el cuidado de la identidad) dinámico y en perpetuo proceso de autorregulación (Jerne, 1973).

identidad será aquella que, conservando un grado óptimo de flexibilidad,³⁴ sea capaz, en su propio estilo, de cambios e integraciones nuevas sin dejar de ser "la misma".

Los neognósticos de Princeton (Ruyer, 1974), en una línea de pensamiento análoga a la que venimos desarrollando, dicen que en un universo donde el sentido o significado es tan primario como la materia, el individuo, que emerge en él como singularidad, debe "**conjugarse**" con los "**sentidos**" del organismo psíquico más amplio para ser plenamente sí mismo.

El sujeto, entonces, en su **propio estilo**, debe **entroncarse** con aquellos dominios contextuales de los cuales forma parte, y "ramificarse" manteniendo "unido" el "follaje" de los subdominios que lo constituyen, del mismo modo que las palabras constituyen el texto. Si proseguimos con la metáfora del lenguaje y pensamos la identidad de un sujeto análoga a una frase transitoriamente construida y significativa, debemos concluir que la misma, para desarrollarse "acorde a fines" de una manera óptima, debe integrar los cambios de modo "sintácticamente legal".³⁵

La congruencia o integración armoniosa entre los aspectos primarios de la identidad, lo que se trae, con aquello otro que se encuentra, representado por el contexto socio-cultural, posibilita esa "sintaxis saludable" que, desde el punto de vista subjetivo, se experimenta como el natural **amor propio**, tanto de ser quien se es, como el de **pertenecer**, sin discrepancia, a una raza, a un linaje, a un pueblo. En otras palabras, se traduce en un "**estado de pertenencia**" que no necesita proclamarse, en tanto que, constitutivo del sujeto, transcurre de manera inconciente y, replicándose incluso más allá de él, supone también la pertenencia a un orden esencialmente **ecosistémico**.

2.- La crisis cultural actual

La óptima condición para el desarrollo de la identidad, señalada en el apartado anterior, corresponde, por cierto, a un modelo descrito en términos ideales. Sabemos, sin embargo, que en nuestro mundo actual estamos lejos del referido ideal y, contrariamente, nos hallamos inmersos en la magnitud de una crisis cuyo alcance y significatividad son mayores de lo que preferimos creer.

³⁴ Podemos pensar, siguiendo a Bateson (1972; 1979), que en el dinamismo de la identidad las numerosas variables intervinientes deben desenvolverse en límites neutrales, o sea, sin llegar a sus extremos de tolerancia. En estos límites, el sistema preserva la identidad y la potencialidad para el cambio, o sea, permanece flexible. Si el ambiente externo, o las limitaciones intrínsecas de lo ya constituido imponen a las capacidades de ajuste del sistema, demandas excesivas o contradictorias, éste, funcionando en el límite, agotará inevitablemente su flexibilidad.

³⁵ En el mismo sentido, Campbell (1982, pág. 181) dice que si admitimos que los genes no son sólo química, sino ante todo información y símbolo, y que su interrelación recíproca no es sólo un intercambio material, sino fundamentalmente una "gramática genética" que constituye un lenguaje, debemos pensar que este lenguaje, como cualquier otro, "no puede tolerar cambios al azar en la secuencia de letras en una frase porque ello acabaría con todo el significado (...) Los cambios deben ser sintácticamente legales".

Como hemos afirmado en otro lugar (Chiozza, 1982a, pág. 28), "asistimos a una crisis de valores tan profunda como sólo hubo otra semejante en todo el desarrollo de la civilización humana". Aquella significó el pasaje del predominio del pensamiento mágico al predominio del pensamiento racional. En la época presente la lógica y la razón, habiendo rendido sus mejores frutos, se muestran insuficientes y surge la necesidad de una nueva forma de pensar que las integre en un proceso cognitivo más rico y más complejo. "Teniendo en cuenta que estamos en el fin de una era y en el comienzo de otra, no es de extrañar que nuestro mundo de valores no sea coherente y ordenado, y que coexistan en él, mezclándose y oponiéndose entre sí, valores actuales y anacrónicos".

Esta dificultad, la caducidad de lo tradicionalmente conocido frente a los nuevos desafíos, la falta de modelos y de respuestas para las incertidumbres presentes, promueven la exacerbación del individualismo. El individuo, anteponiendo su "sí mismo" y su propio placer como valores supremos, se desacopla del ámbito de pertenencia que debió haber sido su referente y, a la vez, desestima su inserción trascendente en la cadena de las generaciones.

Freud (1930a) había señalado las incipientes manifestaciones de este deterioro que, ya en sus días, se insinuaba amenazadoramente. Según él, se expresaba en un fenómeno que dio en llamar "**miseria psicológica de las masas**", que se traducía en el abandono de los modelos que debían operar como referentes, de modo que la "ligazón social", que debería haberse sustentado en tales modelos significativos, quedaba sustituida por una identificación recíproca y masiva entre los individuos.

Este peligro que señalara Freud se ha profundizado y generalizado en el contexto de nuestra crisis actual, **ahondándose la desestima de valores y la ruptura del orden jerárquico, imprescindible para la subsistencia y el desarrollo de los ámbitos de pertenencia.**

Los neognósticos de Princeton (Ruyer, 1974) sostienen que, hoy día, nuestro ámbito socio-cultural está rebasado por la magnitud y la velocidad de los cambios (ligados especialmente al desarrollo técnico) y por el aluvión informacional que se asocia a tales cambios. La intrusión masiva de cambios e informaciones impide su progresiva integración, como asimismo la puesta en juego de los sistemas de protección que, en una situación menos masiva, debieran haber sido tan eficaces como los son en los organismos elementales. El espacio social, aclaran, no ha podido instrumentar su defensa; por así decir, "no ha desarrollado aún párpados" y filtros protectores. Estas defensas debieran haber sido las instituciones, pero éstas, sobrepasadas, o no existen o son caducas en su funcionamiento.

Este estado de cosas, señalan, vulnera la ley biológica básica: la **intolerancia** frente a aquello que, de irrumpir masivamente, destruiría el orden y la integración del organismo. Esta intolerancia, por cierto, no debe confundirse con las actitudes represoras propias, por ejemplo, de los totalitarismos masificantes, y debe contextualizarse en términos de la necesidad de los procesos vitales que, como hemos dicho, requieren el ejercicio del par tolerancia-intolerancia.

La tolerancia extrema, señalan los autores, es una alternativa inconducente, adoptada por incapacidad e inadaptabilidad al cambio. Así, nuestras sociedades, se adscriben a "**...un ideal de apertura sin discriminación, un no proteccionismo mental**". Se encubre, mediante esta "liberalidad", la **debilidad de espíritu, la incapacidad de juzgar o la demagogia innoble**. Por este camino se pierde todo rasgo de autenticidad, toda jerarquización de los valores.

Afirman, en contraste con lo anterior, que una cultura auténtica, "**...debe ser cuasi un instinto, un saber encarnado, una lengua materna, una disciplina sub-conciente, una edificación psíquica, una fe en sí misma, que permita juzgar y condenar, justamente porque ella es un pre-juicio**".³⁶

Hoy día, agregan, quien "hechizado" por el vértigo de la información, reniega de toda tradición y ve en ella y en cualquier patrón constructivo un posible "engaño", se constituye en destructor y diluyente que "**...liberado del padre familiar como super-yo, se ha vuelto esclavo del desmitificador demagogo, infectado en él como un virus, y que sustituye a sus propios genes, hereditarios y tradicionales, organizadores de su organismo psíquico**".

Esta situación, descrita también por otros autores, se evidencia hoy día en todos los ámbitos. Los seres humanos, en mayor o menor medida, ante la crisis que nos afecta, nos enfrentamos a la dificultad de hallar una coincidencia o una ensambladura posible entre los valores y las tradiciones que nos constituyen y las múltiples y polifacéticas propuestas de nuestro entorno socio-cultural. De este modo, se hallan alteradas las condiciones que, en una situación menos crítica, habrían contribuido a la génesis de ese "**estado de pertenencia**" inconciente, correlativo del natural **amor propio** de ser quien se es y de **pertenecer**, sin discrepancia, a una familia, a un linaje, a un pueblo, a una raza.

Estos ámbitos de pertenencia conforman círculos de amplitud creciente. **La familia**, círculo social y cultural en el que se inserta cada ser humano que viene al mundo, es el primero de ellos y núcleo fundante de ulteriores desarrollos.

³⁶ "Pre-juicio" está tomado en el sentido de juicio previo que funciona adecuadamente en las situaciones para las que fue gestado. Un pre-juicio, dicen los neognósticos, "es un 'órgano'. Como órgano, un pre-juicio está más allá de lo verdadero y de lo falso, funciona porque opera como un organizador", como el núcleo de ulteriores cristalizaciones.

III. ACERCA DE LA FAMILIA

1.- La familia

El término "familia" proviene del vocablo latino "*famulus*", "criado o sirviente", (Corominas, 1961) designando originariamente el conjunto de personas que comparten una crianza y se abocan a un servicio común.

La biología suele asociar el concepto de familia al vínculo de sangre (filial y fraterno), en tanto que la sociología prefiere resaltar otros factores de unión. Una y otra, sin embargo, no logran acotar todo aquello significado por el concepto, de modo que según el aspecto que cada una subraya varía la consideración del mismo.

En nuestra sociedad occidental actual, el concepto de familia es acotado por la premisa del vínculo de sangre. En otros momentos, por ejemplo en la Edad Media, todos los individuos que convivían en un mismo predio bajo el dominio y la protección de un mismo señor constituían una familia. La pauta determinante era el vínculo de autoridad relacionado con la propiedad.

Según Freud, los **motivos** que promueven la agrupación de los seres humanos son el amor sexual y "la necesidad mutua de auxilio", ya que al hombre primordial "no pudo serle indiferente que otros trabajaran con él o contra él".³⁷ La convivencia de los seres humanos, nos dice, "tuvo un fundamento doble: la compulsión al trabajo, creada por el apremio exterior, y el poder del amor, pues el varón no quería estar privado de la mujer como objeto sexual, y ella no quería separarse del hijo, carne de su carne. Así, *Eros* y *Ananké* (amor y necesidad) pasaron a ser progenitores de la cultura humana." (Freud, 1930a, pág. 99).

Lo dicho hasta aquí corrobora lo que dijimos en otras oportunidades: la necesidad (sexual y de supervivencia) aglutina a los individuos y genera la familiaridad. En la convivencia compartida día a día se robustece esa **familiaridad** que engendra a la **familia** (Chiozza y colab., 1992f).

En cuanto a la **evolución histórica**, Freud (1912-13; 1930a) vincula la emergencia de la institución familiar, tal como hoy la conocemos, a un lento y progresivo desarrollo evolutivo, cuyo antecedente más remoto corresponde al tipo de agrupamiento humano que dio en llamar **familia primaria** u **horda primordial**.

Esta familia primordial --según la hipótesis freudiana a la que debemos adscribir un carácter de "realidad mítica"-- se constituía como una organización centrada alrededor de un macho fuerte, tiránico, que aglutinaba tras de sí un grupo de mujeres y sus vástagos, los cuales permanecían sometidos a la voluntad del padre primitivo hasta la decadencia del mismo.

³⁷ Este aspecto señalado por Freud coincide con la etimología de la palabra familia, que, como hemos dicho, proviene de *famulus*, sirviente.

Un cambio evolutivo importante aconteció cuando los hijos, compelidos a liberarse de la arbitrariedad del padre primordial, descubren la fuerza de su unión fraterna y deciden matarlo. Se inaugura, en ese hipotético acto, el segundo estadio en el progreso evolutivo hacia la familia actual: la **comunidad fraterna**. Esta, según Freud (1912-13, 1921c), asentaba en los montantes "de libido esencialmente homosexual" que pervivían como remanentes de la unión de los hermanos en la abstinencia sexual que el padre violento les imponía (unión que equivale a los lazos de consanguinidad familiar).

La horda fraterna subsistió durante un tiempo, pero el asesinato en el que se fundaba había dejado profundas huellas en sus ejecutores. Los hijos, movidos por la añoranza y los sentimientos de culpa, internalizaron al padre como instancia prohibidora, hecho que puso fin a la comunidad que habían inaugurado y que, además, significó un decisivo avance hacia la organización familiar ulterior. En efecto: el "arbitrario" padre primordial fue reemplazado por la **Ley**, que instauraba para todos la prohibición del incesto o mandato de exogamia, de modo que la primitiva organización dio paso a otras estructuras que, fundamentadas en las nuevas premisas, eran el esbozo de **la familia**, tal como la conocemos hoy.

La nueva forma de convivencia promovió, sin embargo, el surgimiento de un conflicto (Freud, 1930a):

a) Por una parte, la restricción en la posesión de las hembras, la inhibición de las metas sexuales directas y el consecuente surgimiento de sentimientos tiernos, reforzaban **la tendencia aglutinante de la familia reducida**. La meta sexual directa no fue abandonada, pero ingresó en otra constelación en amalgama con las mociones tiernas. De esta manera "...a medida que el amor sexual adquirió valor para el yo, y se desarrollaba el enamoramiento, más urgente se hacía el reclamo de la limitación a dos personas, prescrita por la naturaleza de la meta genital" (Freud, 1921c, pág. 102). A esto se suma, además, la persistencia en los hijos de ligazones afectivas intensas con los objetos originarios, que los hacen reticentes al abandono del grupo familiar.

b) Por otra parte, la nueva familia, debido al mandato de exogamia que la sustenta, tiende a promover grupos más amplios, y esta tendencia se opone a la unión exclusiva de un hombre con una mujer. Además, el amor que fundó la convivencia, sigue activo y, desbordando la familia, tiende a establecer nuevas ligazones con personas extrañas. En oposición a esta tendencia, se despiertan "mociones afectivas de celos, de extrema violencia" para proteger la elección de objeto y el vínculo estrecho con los hijos.

En consecuencia, la familia, al mismo tiempo que fomenta lazos afectivos estrechos y perdurables, es la "**célula germinal**" de nuevas ligazones y, por lo tanto, del desarrollo cultural. **De este modo el individuo, por un lado, integra la familia y, por otro, debe integrarse al conjunto más amplio de la**

sociedad, gestándose en esta doble inserción, múltiples conflictos de pertenencia.

Otro aspecto a tener en cuenta en la evolución de la familia es la significación que adquiere la **figura paterna**. El sedimento de la intervención paterna promovió, según Freud (1939a, pág. 109), un inestimable progreso. La vuelta al padre, señala, "...define (...) un triunfo de la espiritualidad sobre la sensualidad, o sea, un progreso de la cultura, pues la maternidad es demostrada por el testimonio de los sentidos, mientras que la paternidad es un supuesto edificado sobre un razonamiento y una premisa". Esto, por cierto, acredita el progreso del pensar, elevándolo por encima de la percepción inmediata.

Aclara Freud, además, que "Todos estos progresos de la espiritualidad tienen por resultado acrecentar el sentimiento de sí de la persona, volverla orgullosa, haciéndola sentirse superior a otros que permanecen cautivos de la sensualidad".³⁸

Por otro lado, el orden legal de la familia edificado sobre la premisa de un amor paterno igual para todos los hijos, facilitó la aceptación de jerarquías solventadas en el anhelo de justicia y, al mismo tiempo, permitió la adhesión de sujetos individuales en masas artificiales donde un individuo jerarquizado ocupa el lugar del padre. En consecuencia, los sentimientos sociales derivan de la sublimación y la inhibición en su meta de los montantes de libido homosexual que ligaba a los hermanos de la horda primordial.

En síntesis, en opinión de Freud:

- a) En la evolución de la familia, surgida del deseo sexual y de la necesidad de otro como colaborador, se destacan tres momentos significativos: **familia originaria** (horda primordial), la **comunidad fraterna** (horda fraterna) y la **organización familiar bajo el imperio de la Ley**.
- b) El progreso en la institución familiar se entrama en un único proceso con la evolución del "complejo paterno" al que se asocian la emergencia de la espiritualidad y el acrecentamiento del sentimiento de sí.
- c) La familia convoca a los individuos a unirse y, a partir de esta unión originaria, se sientan las bases para la ensambladura de unidades sociales más amplias. La descarga sexual directa cedió una parte de sus aspiraciones a los sentimientos tiernos, a la vez que mociones homosexuales y celos intensos se amalgamaron de un modo útil dando paso a los sentimientos de solidaridad y de justicia.

³⁸ Desde una perspectiva diferente pero con similar significado, en otra oportunidad (Chiozza, 1963) sostuvimos que la idea, en tanto estímulo fecundante, se asocia en la representación al semen y al padre, en tanto que la materia con la que se sustancia dicha idea, adquiere una representación femenina, como lo indica el origen etimológico común de las palabras "materia" y "madre". Por otra parte, la disociación eidético material permite la identificación con el padre sin destruirlo materialmente.

2.- La crisis de la familia actual

El modelo que Freud describe se aplica por un lado a una consideración histórica referida al origen ancestral de la familia y por otro a la familia "actual", contemporánea al momento en que Freud escribía. En aquel entonces, antes de la segunda guerra mundial, si bien la familia había sufrido numerosos cambios, todavía mantenía una estructura que en muchos aspectos conservaba características "tradicionales", heredadas de la "familia agrícola": sólida organización jerárquica con agrupamiento alrededor de la autoridad paterna, respeto por los mayores, mayor presencia de la madre, un período más prolongado de permanencia de los hijos en el hogar, etc.

Hoy día, las familias de las sociedades post-industriales modernas, sumidas en la magnitud de la crisis cultural que hemos descrito, se ven desbordadas también, como la cultura toda, por el ahondamiento y la celeridad de los cambios.

Ejemplo de los mismos son: la aglomeración en los grandes centros urbanos, la migración en busca de trabajo de las nuevas familias nucleares con el consiguiente distanciamiento respecto de la familia de origen, la disminución del número de hijos, la proporción cada vez mayor de mujeres que trabajan fuera del hogar dejando los hijos al cuidado de otras personas o instituciones, la laxitud de las tradicionales normas morales, la posibilidad y permisividad del aborto, la generalización del divorcio, la frecuencia de segundas nupcias y la convivencia de los hijos de uno y otro de los nuevos cónyuges, etc. Un dato ilustrativo, de la década de los 80, nos señala que las familias nucleares con un padre, una madre y usualmente dos hijos --llamadas "familia tipo"-- llega a ser solamente el 7% de las familias de Estados Unidos (Naisbitt, 1982).

Todos estos cambios y las crisis consiguientes, han contribuido a modificar cada vez más la constitución tradicional de la familia y ésta, a su vez, en un círculo de retroalimentación positiva, incide en la profundización, cada vez mayor, de la crisis socio-cultural.

En la familia, lo mismo que en el ámbito cultural, la imposibilidad de adaptación al cambio induce la tendencia igualitaria que promueve la homogeneización de las jerarquías de sus miembros. Ya no se da el predominio de la autoridad del padre con la misma fuerza que en otras épocas; cada vez es menos común que éste sea el principal o único sostén económico del núcleo familiar, y que la madre sea quien se ocupa preferentemente de la atención del hogar y de los hijos. Además, el peso cada vez mayor de las instituciones de enseñanza ha ido relevando a la familia de la función educadora.

Es posible pensar que el debilitamiento de la estructura y de los lazos libidinosos familiares promueve un movimiento "regresivo" de aquella evolución descrita por Freud. Las mociones pulsionales inhibidas se retrotraen a su condición primaria y se reactualizan los sentimientos pasionales --descarga directa, homosexualidad, celos, etc.-- que, coartados en su fin, estructuraban originariamente la familia.

Así, **el celo**, que originariamente tenía el sentido de cuidado y fidelidad (representante de la permanencia en una comunidad de propósitos), y que redundaba en beneficio del sujeto, del objeto y del ámbito en el que ambos se integraban, es reemplazado por **los celos**. Estos, manifiestamente se expresan como temor al abandono, pero en esa manifestación ocultan la convicción inconsciente de una íntima debilidad que haría justificado el abandono temido. Quien sufre de celos y teme ser víctima de la indiferencia y el engaño, siente paralelamente que cuando intenta retener al objeto es él quien engaña o "estafa", ya que, en realidad, se estima indigno del amor que reclama.

Hoy, los celos, aparentemente, son menos intensos que en el pasado. Sin embargo se encuentran ocultos tras la dificultad, cada vez mayor, para constituir parejas estables y también, paradójicamente, en la constitución de parejas que, tras una aparente unidad, encubren la cualidad simbiótica del vínculo. En este último caso la unidad mantenida a ultranza pretende encubrir el temor al abandono que asienta en el sentimiento de debilidad.

La simbiosis, entonces, es el intento de encontrar en la "unidad de pareja" la satisfacción de una necesidad primaria de inclusión y pertenencia que los vínculos familiares dejaron insatisfecha en la infancia. Sin embargo, sustentada en el "engaño" o la "estafa", esta unión incrementa el clima de temor y la sensación de debilidad; el individuo se aferra a la simbiosis, pero al mismo tiempo no se siente genuinamente unido, incluido, perteneciente.

Así, en un círculo de retroalimentación positiva, los individuos que se reúnen para formar las nuevas familias, se disponen a ello desde su propia carencia, sobre la base de un interés individualista de fortalecimiento. Al mismo tiempo, una familia así constituida contribuye a la génesis de individuos que se sienten íntimamente endeble, que buscan su fortaleza en la lucha por la adquisición de bienes materiales, en éxitos superficiales, y en prestigios vanos.

Un segundo aspecto de la regresión vinculada al debilitamiento de los lazos familiares puede observarse en el ámbito de las relaciones sexuales (hétero y homosexuales). Freud (1916-17, pág. 394) señalaba que cuando la represión se impone sobre la sexualidad "...la aspiración sexual sofocada se abre en los síntomas", pero si en cambio diésemos el triunfo a la sensualidad, sería la moral desestimada la que, arrojada a un lado, se expresaría en manifestaciones sintomáticas.

Creemos que estas proféticas palabras de Freud se cumplen en nuestros días: la "libertad" sexual actual no es el producto de una elaboración adecuada, es más bien el reverso del mismo conflicto que en otra época condujo a la represión patológica. Así, el ámbito familiar se ve inundado de un clima egoísta y posesivo que conduce a la sexualidad sin ternura, a la promiscuidad, a las pseudolibertades, a la guerra de los sexos que niega la diferencia de roles.

Los movimientos en defensa de la homosexualidad, por su parte, apelan al derecho de la "libre elección", mientras se reafirman en un consenso que, como hemos dicho, exalta reactivamente la tolerancia como alternativa ante la crisis de valores.

Decíamos en otra oportunidad (Chiozza y Wainer, 1974a, pág. 74), que la homosexualidad era uno de los posibles desenlaces del narcisismo, mientras que el otro era el incesto, expresión de un narcisismo "más precoz e indiferenciado". Señalábamos, en el mismo sentido, que "mientras que en la relación homosexual la elección de objeto depende de los caracteres sexuales primarios y secundarios que determinan la identidad sexual, en el caso del incesto la elección depende de aquellas características del objeto que configuran la identidad familiar. Esta identidad 'endogámica', que queda representada en el lenguaje por la expresión 'consanguinidad' (la voz de la sangre), constituye, en lenguaje figurado, una relación homo-sanguínea".

La elección realizada en el círculo estrecho de los objetos consanguíneos es "más narcisista" que la elección en la que se privilegia la semejanza sexual. Sin embargo, en el ejercicio de una homosexualidad **promiscua**, detrás de una aparente huida de lo familiar, endogámico, se evidencia, otra vez, una excitación en cierto punto indiferenciada, cercana a su condición más primaria o precoz. El narcisismo vuelve por sus fueros y se delata en la escasa importancia que alcanza el objeto, de modo que es posible relacionarse indiscriminadamente "con cualquiera" porque en realidad no interesa ninguno.

Otro fenómeno asociado a expresiones homosexuales es el travestismo, donde aparece, con más claridad aún, una tendencia regresiva muy primaria, expresada en este caso en una fantasía "hermafrodita" (Chiozza, 1967a; 1978i) que precede, como aspiración narcisista, a la homosexualidad misma y al incesto.

Como corolario de lo dicho acerca de la familia, podemos concluir que ésta, como **grupo originario de pertenencia**, posibilita el pleno desarrollo de las cualidades humanas y es el vehículo inicial e imprescindible para la transmisión de pautas de cultura, fines y valores. Por el contrario, el aflojamiento de los lazos familiares destruye el sustento mismo de la familia, **la familiaridad**; es decir, facilita la sensación de extrañamiento, de exclusión y de carencia de un ámbito para la convivencia y la participación, carencia que hemos llamado **sentimiento de impertinencia**.

En otras palabras, la crisis cultural en la que estamos inmersos, y en particular la crisis de la familia, constituyen el contexto propicio para el desarrollo de un conflicto de singular significatividad en relación a la pertenencia.

IV. EL SIDA

1.- La identidad y la pertenencia: la disposición para enfermar de SIDA ³⁹

a) El punto de fijación

A modo de descripción elemental, podríamos decir que el conflicto básico con la pertenencia surge cuando un sujeto, constituido como resultado de la identificación con las cualidades paternas y maternas, al mismo tiempo, pretende no reconocer la similitud que existe entre él y sus padres. Es decir, el hijo que a través de un proceso inconciente ha adoptado la identidad recibida hereditariamente, pretende no asemejarse a los padres que le dieron origen.

Frente a esta vivencia es dable pensar en una fijación temprana, fijación que supone la **dificultad -o imposibilidad- de aceptar la inclusión en una familia**, o, en otros términos, **de aceptar la pertenencia**.⁴⁰

³⁹ No incluimos en este trabajo las ideas de otros autores que, desde la psicología, han escrito sobre el SIDA atendiendo a variadas cuestiones, porque lo han hecho guiados por una línea de pensamiento que se aparta totalmente de la que sustenta este trabajo.

Laura Billiet (1995), en cambio, ha publicado recientemente el libro: *H.I.V.- S.I.D.A. La época de inmunodeficiencia*, cuyos desarrollos se apoyan en muchas de las ideas que conforman nuestro marco teórico. Las citas bibliográficas sobre las cuales basa sus ideas son muchas y de distinta cualidad. Algunas se refieren al concepto de fantasía específica que formulamos hace más de treinta años y que utilizamos desde entonces en nuestras investigaciones acerca del significado inconciente de los trastornos somáticos. Otras citas aluden indirectamente a nuestras ideas, dado que reproducen trayectos enteros de nuestra lectura de Freud, o pensamientos elegidos de Weizsaecker, quien ha tenido una influencia capital en nuestra concepción de la relación entre medicina y psicoanálisis, y cuyas ideas se han difundido en nuestro medio gracias a la labor que hemos realizado. Basta mencionar el hecho de que la institución que nos agrupa lleva su nombre. Billiet cita también trabajos sobre el SIDA escritos por miembros de nuestro Centro para ser presentados en simposios realizados dentro de la Institución. Se trata de trabajos "de circulación interna", cuyos autores, integrantes del grupo de investigación sobre SIDA que hoy publica estas ideas, realizaron a los fines de discutir y elaborar aspectos parciales de la investigación en curso.

La tesis de Billiet sobre la inmunodeficiencia y la "identidad indigente" que constituye la línea central de su planteo, tiene un punto de contacto con algunas ideas que sostuvimos en un momento de nuestro proceso de elaboración, y que culminaron con la comprensión de la enfermedad tal como la presentamos en este trabajo.

⁴⁰ Imaginamos este punto de fijación relacionado con la primera función del sistema inmunitario, función que, según Theofilopoulos (1984), se halla centrada en el autorreconocimiento a los fines de la constitución del propio ser. Para este autor el reconocimiento a través de receptores de la superficie celular es un proceso biológico fundamental. En la evolución filogenética ese proceso permitió la cohesividad celular que condujo a la constitución de algunas colonias. En la ontogenia, los receptores de las células embrionarias de los vertebrados posibilitan que las células apropiadas se agreguen en tejidos y órganos. Considera que la respuesta inmunitaria, que se logra mediante el reconocimiento de lo familiar para defenderlo de lo extraño, probablemente se haya desarrollado a partir de esta capacidad de autorreconocimiento necesaria para la constitución del organismo.

Esta perturbación en el sentimiento genuino de pertenencia es, desde otro punto de vista, una lesión en el sentimiento de sí o amor propio. Dicho de otro modo, el individuo, en la medida en que se ha constituido como tal y adopta su pertenencia, "se ama a sí mismo", y en la medida que no ha logrado constituirse y aceptar su pertenencia, configura un ideal desde el cual se rechaza a sí mismo y, en este sentido, "no se ama".

Si vemos este conflicto con más detalle, desde la metapsicología y la teoría de la identificación, cabe describirlo de la siguiente manera. Ante la imposibilidad de materializar una adecuada identificación primaria en lo que se refiere a la pertenencia, este aspecto no logrado ni duelado es disociado y pasa a formar parte del ideal del yo (o del yo ideal). Se constituye de este modo, como objeto interno, una **"familia" ideal** a la cual **no se pertenece y se aspira pertenecer**. En otras palabras, se configura un ideal de pertenecer a un objeto (familia) ideal a los efectos de la pertenencia (abreviadamente, hablamos de **ideal de pertenencia** para referirnos al ideal a los efectos de la pertenencia). Esta aspiración de pertenecer halla su fundamento en la creencia de que la pertenencia a esa "familia" ideal reparará la falla en la identidad.

Cuando hablamos de pertenencia solemos hacerlo en sentido amplio, incluyendo ámbitos tales como la especie, la raza, el sexo, la familia, grupos étnicos o sociales, etc. En esta parte del trabajo nos referimos de un modo particular a la pertenencia familiar, pertenencia que puede y suele ser desplazada sobre otros conjuntos. De modo que en este contexto, cuando usamos la palabra "familia" entre comillas es para hacer referencia a la pertenencia familiar, sea cual sea el conjunto sobre el que se transfiere este significado.

Dado que el sujeto, como dijimos, tiene una falla en la constitución de su identidad, no se siente merecedor de esta pertenencia, de manera que en este caso este objeto interno que denominamos "familia" ideal tiene como característica precisamente no aceptar al sujeto. Es decir que dicha "familia" ideal se comporta también como un objeto interno al que podríamos denominar **"familia" rechazante**.

En **condiciones ideales**, esta disociación no debería ocurrir pero en mayor o menor grado **siempre** ocurre. En **condiciones normales**, la pertenencia está determinada por la identidad alcanzada; un mayor grado de materialización en la constitución de la identidad determinará una pertenencia más lograda y, por eso mismo, un ideal de pertenencia "más cercano".

Un déficit significativo en la capacidad de materialización de la identidad determinará, entonces, un mayor grado de disociación y, por lo tanto, el sentimiento de una identidad deficitaria (en relación al ideal); a esto corresponderá una pertenencia sentida también como deficitaria.

Para resolver la situación melancólica asociada al sentimiento de una identidad deficitaria, debería apelarse a un aumento en la capacidad de materialización o al duelo de los aspectos no materializados.

Cuando la pertenencia lograda es insuficiente, da lugar a un sentimiento de pertenencia que es conflictivo.

Frente a la imposibilidad de sentirse perteneciente a la "familia" que valora, el sujeto se siente **"un descastado", "un paria", "un hijo de nadie"**. Es decir que, ahora, pasa a pertenecer a una "familia" que él rechaza, la de los parias o descastados, aunque, como veremos enseguida, no se trata en realidad de una "familia".

De este modo, cuando en un sujeto se configura el objeto interno que hemos llamado **"familia" rechazante**, a la que aspira pertenecer, se constituye también otro objeto interno, la **"familia" rechazada**, a la que verdaderamente se siente perteneciendo pero a la que no desea pertenecer.

Hacer de "los parias" una "familia" a la que se pertenece, constituye una paradoja a los fines de un encubrimiento defensivo, ya que el grupo o "familia" "los parias" se define precisamente por no ser una "familia". El sujeto, reactivamente, pretende hacer una pertenencia de su no pertenencia. La paradoja se evidencia en toda su magnitud si la ejemplificamos a través de la teoría de los conjuntos. En efecto, no es concebible que los elementos que no pertenecen a ningún conjunto se los defina como constituyendo el conjunto de los no pertenecientes a ningún conjunto.

Consideramos que el conflicto que señalamos y la consecuente "falla" en la constitución de la identidad, en los aspectos atinentes a la pertenencia familiar, constituye la pre-condición para enfermar de SIDA.

Esta "falla", como vimos, supone un **punto de fijación** en el desarrollo tánato-libidinoso y determina un conflicto en el sentimiento de pertenencia. **A partir de aquí el sujeto nunca podrá sentirse "bien" y "siendo parte" de algo al mismo tiempo.**

Por otra parte, **esta fijación es universal y tiene distintos grados de intensidad.**

b) Las vivencias infantiles: triángulo edípico y sentimiento de pertenencia

Este punto de fijación puede verse reforzado por un conjunto de vivencias infantiles que forman parte del complejo de Edipo, uno de cuyos núcleos de significación gira en torno del sentimiento de exclusión y de los celos.

No creemos posible inventariar las circunstancias vitales de la infancia que conducen a reforzar el punto de fijación al que nos referimos. Sólo podemos describir algunas situaciones en las que, en procura de evitar el sentimiento de exclusión, se incrementa el conflicto vinculado al sentimiento de pertenencia.

Puede ocurrir, por ejemplo, que el hijo, a partir de la frustración de impulsos edípicos particularmente intensos, fantasee a sus padres unidos con la misma intensidad con que él desearía estar unido. Si sus mociones edípicas, frustradas, se intensifican, el niño se "enceguece" y no puede darse cuenta que, en verdad, no necesita la unión tal cual él la desea y que sus padres no forman un bloque

tan impenetrable como él cree. La inclusión que verdaderamente necesita, quizás sería posible. Sin embargo, desde su anhelo insatisfecho, esta inclusión posible es fantaseada como absolutamente insuficiente y, por lo tanto, la rechaza.

Suele ocurrir entonces que la conducta hostil, celosa y paranoide del niño, promueve reacciones hostiles de sus padres. El niño confirma, entonces, "sus" motivos para sentirse excluido, y puede continuar ocultándose a sí mismo el motivo latente, más penoso: la cualidad, inviable, de sus deseos.

Otra circunstancia, en cierto modo inversa, pero que conduce a los mismos resultados, es aquella en la que los padres procuran, por todos los medios, evitar su propio sentimiento de exclusión. Establecen, entonces, entre sí, una alianza destinada a la exclusión del hijo, de modo que éste se siente rechazado, como si fuera un extraño.

En la situación que estamos describiendo, la intensa unión de los padres no corresponde a un amor genuino, genital, sino que más bien es el producto reactivo de cada uno de ellos que, sintiéndose débiles y temiendo la exclusión, desde una posición simbiótica, se solidarizan entre sí poniendo la exclusión en el hijo. Se trata de un pacto inconciente en el que concuerdan en que el que "quede afuera" sea siempre el hijo, para garantizarse que cada uno de ellos no será nunca el excluido. De este modo ni el padre ni la madre toleran que el otro progenitor se alíe en ningún momento con el hijo.

Puede ocurrir que el hijo, en este caso, tome una participación activa en el conflicto, tratando de evitar cualquier alianza con uno de los progenitores porque, a su vez, **ha elegido el camino de desconocer la inclusión y la pertenencia, para no sufrir nunca el sentimiento insoportable de exclusión.** Es como si el niño, también reactivamente, dijera "yo no pertenezco a esta familia, mi lugar está en otra parte y por lo tanto los rechazo".

Es posible que en otros casos el temor exacerbado a la exclusión, compartido por los padres y el hijo, se tramite de una manera diferente; por ejemplo, una familia en la que no se establezca ningún tipo de alianza, como forma de **negar la existencia misma del triángulo y así negar también la posibilidad de la exclusión.**

En cualquiera de estos casos, o en otros de significación semejante, estas vivencias infantiles refuerzan, como dijimos, el **sentimiento de imposibilidad de incluirse y pertenecer**, sentimiento que toma la significación de ser un hijo no reconocido, no adoptado, un paria, un hijo de nadie.

Estas vivencias infantiles, y el punto de fijación que antes señalamos, determinan, como la segunda y la primera condición, la disposición para enfermar de SIDA, y constituyen una serie complementaria. Así, en lo sucesivo, frente a una frustración actual, el sujeto emprenderá una regresión al punto de fijación descrito o, mejor dicho, actualizará un modo de funcionamiento psíquico correspondiente a una fase anterior del desarrollo. **De este modo**

vivenciará una situación de frustración, por ejemplo genital, como una frustración en sus aspiraciones de pertenencia. El sujeto se siente expuesto al sentimiento penoso de no pertenencia.

Como vimos, el objeto interno ideal, la "familia" rechazante, es proyectado sobre objetos externos presentes. **Lograr la pertenencia a aquellos grupos o instituciones sobre los que se ha proyectado la "familia" rechazante constituye la meta inconciente de la vida del sujeto predispuerto a contraer SIDA.**

2.- Variantes defensivas frente al sentimiento de no pertenencia

Cuando el conflicto o el fracaso en la pertenencia alcanza suficiente importancia, se puede recurrir a tres actitudes posibles, generalmente alternantes, aunque alguna de ellas puede alcanzar preponderancia de acuerdo al carácter del sujeto.

En la **actitud melancólica** el sujeto siente que **no merece pertenecer, y que por eso lo rechazan**. No obstante, no renuncia a la aspiración de pertenecer al grupo sobre el que ha proyectado la "familia" valorada y rechazante, y si de alguna manera percibe signos que le indican que logra la pertenencia anhelada, ingresa en una situación paradójal, que en la penumbra de su conciencia siente de un modo que, expresado en palabras, podría traducirse en esta frase: *Si yo, que por mi identidad deficitaria no merezco pertenecer a la "familia" rechazante, he logrado pertenecer -real y efectivamente- a este grupo, entonces este grupo, a diferencia de lo que siempre creí, no es la "familia" ideal.*

Cuando asume una **actitud paranoica** el sujeto siente que **merecería pertenecer, pero que lo rechazan**. A partir de esta idea procurará demostrar que no es él quien se encuentra en conflicto con la pertenencia, sino que por el contrario, es la víctima de un rechazo o discriminación inmerecido e incomprensible, justificando así su sentimiento de ser un descastado. Intentará demostrar esta injusticia aparentando buscar la aprobación de un grupo -una nueva "familia"- que lo acepte y lo incluya. Pero inconcientemente busca, sin embargo, que los hechos le confirmen que es rechazado y así demostrar que él no es el responsable de la descalificación a la que se ve sometido. En este caso, la intención inconciente no es ser incluido, sino demostrar que tiene razón en sentirse excluido con arbitrariedad. También por este camino la salida es imposible.

Desde esta actitud paranoica, si el sujeto se encontrara en la circunstancia de estar a punto de conseguir que lo acepten y lo incluyan, conseguirá demostrar que la inclusión es sólo aparente y que "en realidad" lo descalifican. Se siente víctima de una discriminación, pero al mismo tiempo, sin darse cuenta, hace todo lo posible para lograrla. De este modo confirma que no es adoptado y mantiene reprimido su repudio activo a la pertenencia y su sentimiento de no merecerla.

La **actitud maniaca** conduce a que el sujeto rechace activamente a la “familia” a la que aspira pertenecer (familia, grupos sociales, instituciones, etc.) considerándola no merecedora de compartir con él una pertenencia. Por el contrario el sujeto aparenta sobrevalorar al grupo al que se siente perteneciendo, grupo al que en el fondo desprecia profundamente, y que no constituye, como vimos antes, una verdadera “familia”.

En síntesis, en todos estos casos el sujeto, si bien parece **encaminarse hacia el logro de la pertenencia ideal, debido a que ha hecho del rechazo (activo o pasivo) el argumento de su vida**, fracasa una y otra vez. Las modalidades descritas desembocan, más tarde o más temprano, en la pérdida de la esperanza de alcanzar la identidad y la pertenencia ideales, de manera que se encuentra nuevamente frente a la necesidad de, o bien hacer un duelo, o bien materializar nuevos aspectos del ideal de identidad (crecimiento yoico). Dado que ha vuelto al punto inicial, esto equivale a un fracaso en la defensa. Este fracaso en la defensa expone a la conciencia el conflicto con la pertenencia; es decir, **el sentimiento de no pertenecer a lo que se aspira o, visto desde otro lado, el sentimiento de pertenecer a algo que no se valora**. Se trata de un único sentimiento que posee, por así decir, dos caras, y al que hemos llamado **sentimiento de impertinencia**.

3.- Significado de la fisiología y la patología de los linfocitos T4. La clave de inervación del sentimiento de pertenencia

Así como existen distintos niveles de identidad (individual, de especie, de sexo, de familia, etc.), existen distintos niveles de discriminación entre lo propio y lo ajeno. Desde este punto de vista, pertenecer a una “familia” es compartir con sus miembros una particular discriminación entre lo propio y lo ajeno en un nivel familiar.⁴¹

⁴¹ La palabra “propio” significa “perteneciente a uno que tiene la facultad exclusiva de disponer de ello”, y también “característico, peculiar de cada persona o cosa”. El antónimo de “propio” es “ajeno”, que significa “perteneciente a otro” y “de otra condición” (Real Academia Española, 1992). De acuerdo a estas definiciones, las palabras “propio” y “ajeno” se prestan más adecuadamente para referirse a la propiedad individual.

A su vez la palabra “familiar” significa “perteneciente a la familia” y se dice también “de aquello que uno tiene muy sabido o en que es experto” (Real Academia Española, 1992). Como amalgama de ambos significados entendemos que “familiar” es en primer lugar aquel otro con el cual uno comparte una familiaridad. Secundariamente se aplica a objetos o situaciones conocidas. Como pudimos mostrar en otra ocasión (Chiozza, 1986), para el psicoanálisis el opuesto más preciso de “familiar” es “extraño”. Extraño no es en primer término lo nuevo o desconocido, sino lo familiar entrañable que se ha extrañado, quitado de las entrañas y que ahora se lo desconoce. En base a esto la palabra “familiar”, utilizada en el contexto de la inmunidad, se adecua mejor para hacer referencia a aquellas partes de la identidad que, por ser compartidas, determinan una pertenencia.

Por eso decíamos en otra oportunidad (Chiozza y colab., 1992f) que “‘propio’ y ‘ajeno’, los términos habituales utilizados por la Inmunología para designar el producto del reconocimiento, se constituyen así, en virtud de la memoria ‘inmunitaria’, y desde el punto de vista de los significados inconcientes, en lo ‘FAMILIAR’ y lo ‘EXTRAÑO’”.

Este modo de pensar coincide con las representaciones que nos brinda la fisiología. Para la fisiología, el sistema inmunitario, encargado de discriminar lo propio de lo ajeno, posee también distintos niveles de discriminación, por ejemplo la inmunidad celular y la humoral.

Los linfocitos T4, como vimos, se encargan de regular la respuesta inmunitaria en relación -preponderantemente- con la inmunidad celular. Para ejercer su función y determinar qué tolerar y qué rechazar establecen comparaciones basándose en la molécula de HLA.

En un trabajo anterior (Chiozza y colab. 1992f), decíamos que el HLA es el "distintivo" no sólo de lo propio, sino también de la **identidad familiar y de linaje**, dado que a través de él es posible recorrer un *filum* o líneas ascendentes que certifican su estirpe. Ahora podemos ampliar aquellas ideas con los desarrollos de este trabajo. El HLA se presta adecuadamente para simbolizar **la materialización de una pertenencia familiar ya lograda**, mientras que **la función del linfocito T4**, al ejercer las comparaciones con el HLA que posibilitan discriminar lo familiar de lo extraño, **significaría el cuidado que mantiene esa pertenencia**.

Esta idea permitiría sostener que la función T4 forma parte de la clave de inervación del sentimiento de pertenencia y que, dada su importancia, puede arrogarse la representación de la clave en su conjunto.⁴²

En este sentido, la función T4 normal, que se utiliza en forma constante para discriminar entre lo familiar y lo extraño, expresa la actitud de consolidar o, mejor dicho, mantener el sentimiento normal de pertenencia en el transcurso del vivir.

Por su parte, un **aumento** del número (o de la función) de los linfocitos T4 **dentro de los límites fisiológicos** formaría parte de la clave de inervación de la actitud de afirmar una pertenencia. Por tratarse de un incremento funcional fisiológico, la clave de inervación permanece estructurada y la actitud de afirmar la pertenencia es conciente. Sin embargo, cuando ha sido necesario tomar esta actitud es porque la pertenencia está en conflicto, de manera que desde otro ángulo se trata también de la disposición inconciente al sentimiento de no pertenencia, o impertinencia, que puede llegar a evitarse mediante una actitud maníaca.

En cambio, también dentro de límites fisiológicos, una pequeña **disminución** del número o la función de los linfocitos T4 forma parte de **la clave de inervación del "sentimiento de no pertenencia" normal y conciente**. Aún dentro de lo normal, la disminución de la capacidad de discriminar corresponde a una actitud de tinte melancólico.

⁴² No parece necesario repetir aquí una síntesis de la teoría psicoanalítica de los afectos, pero quizás sea útil transcribir dos breves citas de Freud para quien el afecto es "una descarga motriz (secretoria, vasomotriz) que provoca una alteración (interna) del cuerpo propio sin relación con el mundo exterior" (Freud, 1915e) "la clave de cuya inervación se sitúa en las representaciones del lcc." (Freud, 1900a).

Dado el punto de fijación y las vivencias infantiles descritas, **si alguna circunstancia vital conduce al sujeto a perder las esperanzas de alcanzar la pertenencia, la discriminación ya no tiene razón de ser.** Cuando esto ocurre y el sujeto no puede soportar en su conciencia el sentimiento de no pertenencia, o impertinencia, la deformación defensiva en la clave de este sentimiento alcanza expresión en la hipofunción linfocitaria T4 por debajo de los niveles fisiológicos. En este caso, la conciencia no registrará el **afecto** sino una alteración física, una **afección**⁴³, **que simbólicamente representa, y defensivamente oculta, el conflicto en el sentimiento de impertinencia.**

Dicho de otro modo, una depleción de la función y/o del número de linfocitos T4 como la señalada, corresponde a la desestructuración patosomática del sentimiento de impertinencia que, de ser conciente, sería intolerable. El sentimiento de impertinencia resulta intolerable en la conciencia cuando se acompaña de **la desmoralización y la pérdida de la esperanza de alcanzar la pertenencia, que lleva implícita: 1) la actitud de desistir de la tarea de discriminar lo familiar de lo extraño, a fin de anular toda pertenencia, y 2) una identificación melancólica con la “familia” rechazada.** Tras esta identificación se oculta también la fantasía de **atacar** la pertenencia, “entregándola” a los organismos extraños.

Estas vivencias transcurren en un gradiente de diversas intensidades, pudiendo mantenerse estabilizadas o incrementarse progresivamente. En efecto, la depleción de los linfocitos T4, símbolo de estas vivencias, admite distintos grados, pudiendo de acuerdo a ello manifestarse o no clínicamente hasta alcanzar el desarrollo pleno de una enfermedad: el **SIDA**.

La pérdida de toda esperanza de alcanzar el ideal puede generar **sentimientos de desaliento**. Al estudiar el significado de la función respiratoria (Chiozza y colab. 1990d), concluimos que en el afecto desaliento se condensan significados tales como: 1) el de ser desatendido o excluido del entorno social (lo que suele llamarse un *desaire*), 2) no recibir apoyo o estímulo, no sentirse “alentado para”, y 3) el de estar sometido a un vínculo asfixiante que impide las actividades vitales y la creatividad. La imposibilidad de tolerar en la conciencia el sentimiento de desaliento podría explicar la frecuencia del comienzo respiratorio del SIDA (neumonías típicas y atípicas).

Si la pérdida de la esperanza compromete aspectos narcisistas del ideal (déficit del sentimiento de sí) podría comprenderse la forma de comienzo cancerosa (enfermedad de Kaposi). De acuerdo a investigaciones anteriores (Chiozza, 1967a; Chiozza y colab., 1978j), las neoformaciones cancerosas pueden ser comprendidas como la descarga de una excitación descontrolada, correspondiente a una regresión narcisista a un período anterior aún a las fijaciones incestuosas. Dicha regresión conlleva la fantasía de un encierro

⁴³ Cuando decimos que la conciencia registra una alteración comprendemos también los casos en que tal alteración es percibida a través de las prolongaciones instrumentales de los sentidos como son, por ejemplo, los datos de laboratorio.

consigo mismo, de un coito primario, hermafrodita, cuya expresión es la reproducción celular anómala propia del cáncer.

4.- Aproximación a la interpretación de la infección por retrovirus en general

Como vimos, los retrovirus, como el HIV, poseen una enzima denominada **transcriptasa reversa** que les otorga la capacidad de sintetizar ADN a partir del ARN viral. Dijimos también que hasta el descubrimiento de este tipo de virus la biología sostenía como su "dogma central" que el pasaje de la información contenida en los cromosomas seguía la secuencia unidireccional del ADN al ARN, asegurando de esta forma la preservación de la información genética.

Si como decíamos en un trabajo anterior (Chiozza y colab., 1992f), el ADN, en tanto portador de la herencia, "es una representación físico-química de la misma realidad inconciente que podemos representar, desde el psicoanálisis, como ello o, mejor aún, como un yo inconciente primitivo "filogenético", quizás podría pensarse que: **en la infección con retrovirus se expresa la intención de un yo actual que, valiéndose de las "capacidades" de los retrovirus, pretende desconocer los mandatos filogenéticos, desestimar la inclusión en un orden jerárquico y rechazar la pertenencia a un árbol genealógico.**

Esta idea coincide con las expuestas por los neognósticos de Princeton (Ruyer, 1974) cuando se refieren al sujeto que, en las sociedades modernas, hechizado por nuevas informaciones, reniega de toda tradición y de cualquier patrón constructivo. Este sujeto se libera del padre familiar que constituye el super-yo y se vuelve esclavo del "desmitificador demagogo" que, infectándolo al modo de un virus, **"sustituye a sus propios genes, hereditarios y tradicionales, organizadores de su organismo psíquico"**.

5.- Aproximación al significado específico de la infección por HIV

Es sabido que el ADN de todas y cada una de las células posee toda la información genética del individuo, pero esta información se despliega de acuerdo con el contexto, lo cual permite la diferenciación celular.

El virus del SIDA no destruye el conjunto de la información genética, como ocurriría si atacara el ADN de todas las células del organismo, sino que tiene como **blanco preferencial** al genoma del linfocito T4 y su **ataque se evidencia en el momento en que el linfocito se activa para dar lugar a un clon linfocitario** y cumplir su misión específica. Dicha activación, que normalmente daría lugar a una progenie de un millar de células, en el caso de la infección por HIV da lugar a un clon mal desarrollado con apenas una decena de miembros que, a su vez, cuando son activados continúan la replicación viral.

Como vimos, la fisiología de los linfocitos T4 nos hizo suponer que **su función adecuada simboliza el cuidado del arraigo en una historia o pasado compartido, que se experimenta como un "estado" o "sentimiento**

inconciente" de pertenencia. En otras palabras, la función de los linfocitos T4 formaría parte de la clave de inervación del sentimiento de pertenencia.

De acuerdo a estas ideas, cuando el sujeto se contagia con el virus HIV, se sirve de las "capacidades" del virus para expresar su intención de **destruir** aquella parte del **"ADN-yo inconciente primitivo" que porta el mandato heredado de ejercer la función de reconocer lo familiar y discriminarlo de lo extraño, la función de reconocer una "historia compartida", es decir, de reconocer un linaje en el que el sujeto debe incluirse.**

El hecho de que el HIV tenga como blanco preferencial los linfocitos T4 cuya función específica es la de una "central de inteligencia", organizadora de la discriminación entre lo familiar y lo extraño, **avala la hipótesis de que en el SIDA hay una deficiencia de discriminación o aumento de la tolerancia.** Si el blanco fueran los linfocitos T8, por ejemplo, deberíamos decir que la discriminación se realiza pero se inhibe el ataque.

Desde el punto de vista psicoanalítico, si consideramos la infección por HIV como un síntoma, podemos ver en él la transacción que condensa los intereses de las mociones pulsionales y de las defensas yoicas.

El sujeto, desconociendo la historia, desestimando la inclusión en el contexto que llamamos linaje, **satisface a la defensa yoica y la simboliza mediante el ataque a la discriminación y el aumento de la tolerancia. Si no hay diferencias, no hay ninguna pertenencia que deba ser añorada, no existe motivo para sufrir el dolor de no pertenecer. Al desconocer las diferencias entre lo familiar y lo extraño, se niega la existencia de un ámbito de pertenencia familiar. La deficiencia de discriminación a nivel inmunitario equivale, entonces, a una forma "orgánica" del rechazo activo a la pertenencia.**

Por otra parte, en la incapacidad de discriminar o en la renuncia a dicha capacidad, se expresaría **la moción pulsional, la intención inconciente de "integrarse" aunque sea en un marco más amplio, menos discriminado.** Desde este punto de vista, **primero la promiscuidad, y luego el SIDA, serían intentos regresivos de integrarse y pertenecer. Pero en este intento de "pertenencia" a un marco tan amplio y poco discriminado se pasa por encima de la necesidad de pertenencia a los círculos más estrechos, círculos en los que se manifiesta el conflicto y la imposibilidad de una pertenencia auténtica. Es como si una persona, a través del argumento de que pertenece a la naturaleza en su conjunto, negara, rechazara o repudiara, su pertenencia al género humano.**

SÍNTESIS

1) En el organismo humano la defensa inmunitaria está a cargo de un sistema, muy complejo y dinámico, compuesto por estructuras fijas (por ejemplo, el timo y los ganglios linfáticos) y por unidades móviles (por ejemplo, los linfocitos y los anticuerpos).

Dentro de las distintas funciones que cumplen las diferentes células del sistema inmunitario, podemos diferenciar, en términos muy esquemáticos, aquellas que se ocupan de atacar y destruir los antígenos extraños, de aquellas que **se ocupan de discriminar lo propio y familiar de lo ajeno y extraño para indicar al sistema qué es lo que debe ser atacado y qué lo que debe ser tolerado y defendido**. Esta función la ejercen particularmente los linfocitos T4, que además estimulan al resto del sistema a atacar las moléculas extrañas que **no deben ser toleradas**.

Los linfocitos T4 cumplen su función en estrecha relación con los antígenos HLA, marcadores bioquímicos que, al modo de un distintivo de lo propio, están presentes en todas las células nucleadas del organismo. A través de los antígenos HLA es posible recorrer, por más de una generación, dos líneas genealógicas ascendentes de las que proviene cada individuo. En este sentido, los HLA son **marcadores de la pertenencia** de un sujeto a su linaje o estirpe.

2) El SIDA es una inmunodeficiencia adquirida que cursa con una disminución del número de linfocitos T4 y con la incapacidad de esos linfocitos para ejercer su función. Se trata de una inmunodeficiencia provocada, de acuerdo con lo que hoy se piensa, por un virus, el HIV, que tiene como blanco preferencial los linfocitos T4. El sistema inmunitario **pierde entonces la capacidad de discriminar** entre lo familiar y lo extraño y pierde la posibilidad de poner en marcha el ataque defensivo. En otras palabras, el sistema inmunitario **aumenta la tolerancia hasta un límite incompatible con la vida** del organismo.

3) El psicoanálisis utiliza el término “**identidad**” para describir el resultado del proceso mediante el cual nos constituimos en diferentes entre nuestros semejantes. **Dicho proceso se sustenta en el mecanismo de “identificación”**, operación en virtud de la cual hacemos propias cualidades de otro tomado como modelo. **Una identidad lograda, o bien establecida, será aquella en la que haya una semejanza suficiente entre lo concretado y el modelo referente, y en la que se alcance una adecuada congruencia en la ensambladura de las diferentes cualidades**.

4) Mediante las **identificaciones primarias**, que son características y preponderantes durante el período prenatal, aunque ocurren a lo largo de toda la vida, el sujeto recibe las características hereditarias, las hace propias y las desarrolla. Equivalen a lo que la ciencia médica considera como desarrollo del plan genético.

La **identidad de especie** es adquirida mediante una identificación primaria que puede ser llamada **identificación primordial**. El número y la forma de los cromosomas se prestan como símbolo somático de la identidad de especie. La biología distingue las especies, en última instancia, en base a este criterio.

Mediante las **identificaciones secundarias** el individuo adopta algunas de las distintas características de los objetos con los que se vincula, de modo que a través de ellas se identifica con su entorno familiar y socio-cultural.

Los aspectos adoptados mediante las diferentes modalidades de identificación nos permiten imaginar la identidad como una ensambladura de sucesivos círculos concéntricos. Cuando un sujeto ha logrado constituir su identidad armonizando los diferentes aspectos, se integra de un modo natural en los marcos más amplios a los que pertenece.

5) Tal como ocurre con las identificaciones, las características genéticas se combinan dando lugar a lo que podemos llamar un producto **mestizo**. Sin embargo, en el ámbito del sistema inmunitario sucede algo semejante a lo que ocurre con los apellidos en nuestra costumbre cultural: si bien el sujeto proviene de cuatro abuelos (y de ocho bisabuelos, etc.) cada uno con su respectivo apellido, utiliza para su reconocimiento uno, o dos, de estos apellidos.

Los “apellidos” utilizados para el reconocimiento de lo propio y de lo familiar, para diferenciarlo de lo ajeno y de lo extraño, son los HLA; marcadores bioquímicos que actuando como distintivos, siempre se transmiten genéticamente puros (se “mezclan” sin “combinarse”). Constituyen por lo tanto un símbolo del plano de clivaje que permanece como resultado de la unión de las distintas herencias en la descendencia.

La identidad primaria es el resultado de la particular **congregación** de aquellas cualidades que se han recibido de los padres a través de la herencia, pero esta congregación está representada, desde un punto de vista inmunológico, por una **mezcla o apareamiento de dos mitades que pueden volver a separarse**.

6) El individuo parece signado por un doble interés: ama su identidad y necesita preservarla y al mismo tiempo siente la necesidad de intercambiar con otros y “mezclarse”. El hombre -al igual, quizás, que todos los seres vivos- se debate así en el juego pendular de la intolerancia y la tolerancia.

La **tolerancia** adecuada es la que permite disolver las diferencias e integrarse con el otro, en función de un bien superior o principal. La **intolerancia** adecuada permite mantener aquellas diferencias que no deben ser integradas porque destruirían el sentido organizador. **La fisiología del sistema inmunitario es, en el terreno de lo corporal, un símbolo privilegiado del proceso que constituye y mantiene el equilibrio entre tolerancia e intolerancia.**

Una identidad bien establecida es condición necesaria para el ejercicio adecuado de la tolerancia y la intolerancia.

7) Toda identidad supone una inclusión en una “clase”, esto es una **pertenencia**.

La pertenencia, al igual que la identidad, puede figurarse en sucesivos círculos concéntricos: cada sujeto, dados los núcleos invariantes de su identidad, pertenecerá ineludiblemente a determinada raza, determinado linaje, determinada familia (**pertenencia primaria**). Pero también, por sus cualidades secundarias, variables, o no esenciales, se inscribe y pertenece, a lo largo de su vida, a distintos círculos de su ámbito socio cultural (**pertenencia secundaria**).

Una identidad bien establecida condiciona que un sujeto pueda vivir con “su propio estilo”, y que, al mismo tiempo, experimente el natural amor propio de pertenecer a una familia, un linaje, un pueblo, una raza, una especie, etc.

8) Cuando el pertenecer se integra naturalmente como un modo de ser y no necesita ser consciente, configura un **“estado de pertenencia”, inconsciente**, que determina el modo natural de ser y de actuar de un sujeto. Es, entonces, una **pertenencia sustantiva**.

Cuando el sujeto, en cambio, toma conciencia de su pertenencia y la experimenta como una cualidad o un atributo que lo define, se trata de una **pertenencia cualitativa**, adjetiva.

9) **Tanto el sentimiento consciente de pertenencia como el de no pertenencia (impertinencia)** remiten, en última instancia, al fracaso de la acción eficaz de pertenecer, es decir, indican un déficit en la pertenencia, ya que, cuando **el sentimiento de pertenencia** emerge en la conciencia, como, por ejemplo, cuando la pertenencia se proclama, nos encontramos con una frustración, con un fracaso, aunque sea parcial, del pertenecer, fracaso que disminuye el estado genuino de pertenencia.

Cuando un sujeto, en virtud de sus conflictos, no puede reconocer su propia pertenencia, se experimenta a sí mismo como un **impertinente**, es decir, como alguien que está fuera de lugar o que no pertenece al entorno. En la medida en que pertenecer significa insertarse en una convivencia pasada y en una historia en común, al hablar de un **sentimiento de impertinencia** se alude al dolor específico de quien siente **la penosa vivencia de carecer de un ámbito de convivencia y participación. La impertinencia, entonces, que habitualmente reconocemos como actitud, lleva implícita el afecto.**

10) **La familia** es el círculo social y cultural primario en que se inserta cada ser humano desde el momento en que nace. Desde allí, el individuo, como la familia misma, se incluye en **la cultura**, ese conjunto de *mores*, costumbres o hábitos, que conforma el ámbito en donde se despliegan las cualidades individuales recibidas por herencia.

La familia y la cultura de nuestros días atraviesan una profunda crisis de valores, de modo que los seres humanos, en mayor o en menor medida, nos encontramos frente a la incongruencia de los valores y las tradiciones que nos constituyen con las múltiples y polifacéticas propuestas de nuestro entorno socio-cultural. Saturados de informaciones diversas y en un mundo sin valores consolidados o estables, estamos expuestos permanentemente al peligro de perder el rumbo de nuestra propia identidad, enajenándonos de todo aquello a lo

que pertenecemos auténticamente. De una manera similar, pero inversa, generamos, desde nuestra crisis de identidad, una familia y una cultura en crisis que, a la vez, como vimos, dificulta en cada uno la posibilidad de lograr la pertenencia.

11) El **conflicto en relación con la pertenencia** supone una fijación temprana, consistente en la dificultad -o imposibilidad- de aceptar la propia pertenencia. Se trata de una fijación universal, que todos, con distintos grados de intensidad, compartimos.

En términos metapsicológicos esta fijación implica que: **la imposibilidad de materializar una adecuada identidad en lo que se refiere a la pertenencia, genera un aspecto no logrado ni duelado, que es disociado y pasa a formar parte del ideal del yo (o del yo ideal), es decir, se constituye un objeto interno, una "familia" (o grupo) que configura un ideal de pertenencia** (dado que el sujeto se siente impertinente a ese ideal al cual aspira pertenecer).

La "falla" o disociación en la constitución de la identidad que configura, de manera universal el ideal de pertenencia, condiciona también, en mayor o en menor grado, que el sujeto no se sienta merecedor de la pertenencia ideal a la que aspira. De modo que el objeto interno que denominamos "familia" (o grupo) ideal adquiere la característica de no aceptar al sujeto. Es decir que el objeto interno que denominamos **"familia" ideal** es, al mismo tiempo, una **"familia" rechazante**.

El sujeto que no puede sentirse perteneciente a la "familia" que valora, se siente entonces **"un descastado", "un paria", "un hijo de nadie"**. Luego, defensivamente, se siente "perteneciendo" a una pseudofamilia, la "familia" de los parias, una **"familia" rechazada** por él y por la "familia" que valora.

12) El punto de fijación que describimos puede verse reforzado por un conjunto de vivencias infantiles que van agregando sucesivas capas de significancia a la estratificación del conflicto, como sucede, por ejemplo, con las que corresponden al complejo de Edipo, uno de cuyos núcleos de significación gira en torno del sentimiento de exclusión y de los celos.

La fantasía configurada como **imposibilidad de incluirse y pertenecer**, se constituye así en un núcleo que, como **sentimiento inconciente de impertinencia**, crece por aposición de las vivencias asociadas en la infancia (y en la vida adulta), reforzando el sentimiento de ser un hijo no reconocido, no adoptado, un paria, un hijo de nadie.

13) El punto de fijación y las vivencias infantiles que señalamos son los dos factores que constituyen **la disposición para enfermar de SIDA, disposición que adquiere la forma de un sentimiento inconciente de impertinencia**.

En la medida en que, a partir de la disposición, este conflicto alcanza relevancia mediante la intervención de los factores de la circunstancia actual, el objeto "interno" ideal, la "familia" ideal y rechazante, es proyectado sobre objetos "externos" de la realidad presente.

Podemos decir entonces que **el sujeto predispuesto a contraer SIDA lleva dentro de sí una meta inconciente: debe lograr pertenecer a aquellos grupos o instituciones sobre los que ha proyectado su “familia” rechazante.**

Por este motivo, y en estas circunstancias, una frustración actual de índole laboral o erótica, por ejemplo, puede ser vivida como una frustración en las aspiraciones de pertenencia y contribuir a intensificar el sentimiento de impertinencia.

14) Para mantener oculto el sentimiento de impertinencia el sujeto suele recurrir a tres tipos distintos de actitudes:

En la actitud **melancólica**, caracterizada por el reproche, el sujeto, dice extorsivamente que no merece la pertenencia y aparenta luchar para merecerla; pero si se siente próximo a lograrla, consigue mantener su posición de queja y de reproche alegando que no se trata, entonces, de la “familia” ideal.

En la actitud **paranoide**, caracterizada por la permanencia del reclamo y el enojo, el sujeto sostiene que merece pertenecer y lo rechazan. Aparentará entonces buscar la aprobación de una “familia” que lo acepte y que lo incluya, pero intentará, inconcientemente, lograr que lo rechacen, para poder mantener, de este modo, su posición de acusador, que oculta la vivencia contraria, reprimida. En este sentido, llama la atención que al rechazo experimentado se lo llame justamente discriminación.

En la actitud **maníaca**, caracterizada por la permanencia del rechazo, el sujeto sostiene que la “familia” no merece que él se incluya en ella. Aparentará entonces sobrevalorar y buscar la pertenencia a la pseudo “familia” de los descartados, porque, aunque desprecia profundamente, y de manera oculta, a los que comparten su propio “destino”, intenta mantener la posición del triunfador que ha superado el conflicto.

En las tres actitudes señaladas el sujeto que aparenta **encaminarse hacia el logro de la pertenencia ideal** parece fracasar una y otra vez, porque **ha hecho del rechazo (activo o pasivo) el argumento secreto de su vida.**

15) El sistema inmunitario reconoce y ataca las moléculas extrañas a través de diversos mecanismos. Uno de ellos, muy refinado, es el que ejercen los linfocitos T4, los encargados de determinar qué tolerar y qué rechazar estableciendo comparaciones con la molécula de HLA.

El HLA es una marca indeleble que certifica que uno es hijo de tal hombre y de tal mujer. Testimonia la **identidad familiar y de linaje**, de modo que se presta adecuadamente para simbolizar **la materialización de una pertenencia familiar ya lograda. El linfocito T4** ejerce las comparaciones con el HLA que posibilitan discriminar lo familiar de lo extraño. **Su función es, entonces, cuidar y mantener esa pertenencia.**

Podemos decir entonces que la función de los linfocitos T4 debe formar parte de la clave de inervación del sentimiento de pertenencia, de modo que un **aumento** en el número o la función de los linfocitos T4, dentro de límites fisiológicos,

formaría parte de la clave de inervación de la actitud de afirmar una pertenencia y que una **disminución** de la función o el número de los linfocitos T4, formaría parte de la clave de inervación del sentimiento de impertinencia normal y conciente.

16) Tanto la actitud conciente de afirmar la pertenencia como el sentimiento conciente de impertinencia, son indicadores de un conflicto en relación con la pertenencia, y revelan la disposición inconciente a un sentimiento de impertinencia. La conciencia del sentimiento de impertinencia se hace insoportable cuando un sujeto con tal disposición inconciente **pierde toda esperanza** de alcanzar la pertenencia. En este caso, **la deformación defensiva en la clave de inervación del sentimiento de impertinencia inconciente alcanza expresión, como descarga patosomática de la investidura, en la hipofunción linfocitaria T4** por debajo de los niveles fisiológicos.

La descomposición patosomática del afecto supone que la conciencia ya no registrará el **afecto** sino una alteración física, una **afección**, que al mismo tiempo, representa y oculta el “sentimiento de impertinencia inconciente”.

El sentimiento de impertinencia resulta intolerable en la conciencia cuando se acompaña de **la desmoralización y la pérdida de la esperanza de alcanzar la pertenencia**.

17) **La pérdida de la esperanza de alcanzar la pertenencia conduce entonces a desistir de la tarea de discriminar lo familiar de lo extraño, a fin de anular toda pertenencia, y de “aceptar”, melancólicamente, la “pertenencia” a la “familia” rechazada, la pseudofamilia de los descastados, de los parias, de los hijos de nadie. Se satisface también de este modo un ataque a la pertenencia entregándola a los microorganismos.**

Las vivencias mencionadas transcurren en un gradiente de diversas intensidades, pudiendo mantenerse estabilizadas o incrementarse progresivamente. Del mismo modo, la depleción de los linfocitos T4, como expresión patosomática que es símbolo de estas vivencias, admite distintos grados, pudiendo de acuerdo a ello manifestarse o no clínicamente, hasta alcanzar el desarrollo pleno de una enfermedad: el **SIDA**.

18) El **blanco preferencial** del retrovirus HIV es el **genoma del linfocito T4**, y el ataque se evidencia en el momento en que el linfocito se activa para cumplir su misión específica. Es decir, la infección por HIV impide cumplir con el mandato heredado de ejercer la función de reconocer lo familiar y discriminarlo de lo extraño.

Desde el punto de vista psicoanalítico, la infección por HIV puede ser comprendida como **expresión de la intención de un yo que, valiéndose de las “capacidades” de los retrovirus, pretende desconocer los mandatos filogenéticos de incluirse en un orden jerárquico y de pertenecer a un árbol genealógico**.

La “alianza” del sujeto con el virus es, como todo síntoma, una transacción que satisface las defensas yoicas y las mociones pulsionales reprimidas.

Como **defensa**, se destruye la capacidad de discriminar, es decir, aumenta la tolerancia más allá de lo saludable. Si no hay diferencias entre lo familiar y lo extraño, no hay ningún ámbito de pertenencia y no existe motivo para sufrir el dolor de no pertenecer. **La deficiencia de discriminación a nivel inmunitario equivale, entonces, a una forma "orgánica" del rechazo activo a la pertenencia.**

La moción pulsional, o sea, **el deseo de pertenecer**, se manifiesta también en el aumento de la tolerancia como expresión de la intención inconsciente de "integrarse", aunque sea en un marco más amplio. En este sentido, **la promiscuidad** (exceso de tolerancia en la conducta) **y el SIDA** (exceso "orgánico" de la tolerancia) **son intentos regresivos de integrarse y pertenecer**. Sin embargo, el deseo de "pertenencia" a un marco tan amplio y poco discriminado oculta la necesidad insatisfecha de pertenencia a los círculos más estrechos, círculos en los que se manifiesta el conflicto y la imposibilidad de una pertenencia auténtica. Es como si una persona, argumentando que pertenece a la naturaleza en su conjunto, negara, rechazara o repudiara, su pertenencia al género humano.

CASOS CLÍNICOS⁴⁴

I. ERNESTO

Ernesto viene a vernos porque tiene SIDA y necesita que lo ayuden. "Sabe" que va a morir y desearía disfrutar lo más posible lo mucho o poco que le quede de vida; pero no puede⁴⁵. "Sabe" que va a morir, pero no sabe "cuándo"; hasta que el momento llegue tiene que seguir viviendo y no sabe "cómo"; se siente un muerto en vida. Está muy deprimido.

Todo comenzó en noviembre, el 16 de noviembre del '90, cuando lo llamaron para decirle que había que repetir el análisis. Un mes antes había enfermado de bronquitis, con mucha fiebre; el médico diagnosticó una neumonía y sugirió hacer un análisis para descartar una infección con el virus de SIDA, el HIV. Y aunque se dijo a sí mismo, una y mil veces, que era un "análisis de rutina", un mal presentimiento se le metió en el alma; por eso cuando le dijeron que "los frascos se habían roto" tuvo la convicción de que ahora le tocaba a él... Lo que siguió fue sencillamente una pesadilla.

Recuerda que en el momento en que contrajo la bronquitis era una época particularmente difícil. Tenía mucho trabajo, estaba muy "estresado". Además... se juntaban muchas cosas... Algo tenía que pasar, por algún lado tenía que explotar. Pensó que tal vez su mal estado anímico hizo que "bajaran sus defensas"; también pensó que seguramente "el virus aprovechó esa oportunidad"... Pero nunca pensó que, tal vez, las cosas empezaron mucho antes... Tal vez eran las mismas cosas de siempre, y en noviembre sólo cambiaron de estado... lo mismo de siempre pero con otro nombre, ahora se llamaba SIDA...

Enterarse lo del análisis "justo" durante el casamiento de Cristina era la gota que rebalsaba el vaso. Ni siquiera esa noticia pudo ponerlo peor de lo que ya estaba. Su hermanita "diez años menor", a quién sentía como "su responsabilidad"

⁴⁴ Como es habitual en este tipo de presentaciones clínicas, hemos deformado las historias sustituyendo nombres, fechas y algunos datos que pudieran develar la identidad de los pacientes, procurando, no obstante, reflejar con la mayor veracidad posible lo que comprendimos al estudiarlos. Lamentablemente nos vimos en la necesidad de omitir otros casos en los que la exigencia por la veracidad de las historias no nos resultó compatibles con la discreción profesional.

Los casos que aquí presentamos pertenecen ambos a una de las poblaciones de riesgo del SIDA, los varones homosexuales; sin embargo, reafirmando lo expresado en la parte teórica del trabajo, hemos encontrado similares conflictos inconcientes con el sentimiento de pertenencia en otras poblaciones de riesgo al SIDA.

Hemos podido corroborar la misma fantasía inconciente específica que en los casos presentados, tanto en el caso de una joven madre con antecedentes de promiscuidad sexual y drogadicción, como en el de una cirujana expuesta al virus "accidentalmente", a través de una maniobra instrumental, sin antecedentes de drogadicción ni de promiscuidad sexual.

⁴⁵ Pensamos que este "saber" es un intelectualización que, como fantasía optativa, encubre el sentimiento actual de castración; sentimiento que, en definitiva, es justamente aquello que le impide el "disfrutar lo más posible lo mucho o poco que le quede de vida".

desde que papá los abandonó, criada en los mejores colegios católicos de Chile, desesperada luego de un aborto, sin decir nada a nadie, sin pedir ayuda, había entrado a una secta religiosa. Ernesto se enteró después, en el '87, cuando ya no había nada que hacer, cuando también mamá formaba parte de la secta. Del casamiento también se enteró, cuando ya estaba todo arreglado, apenas unos meses antes... justo antes de la bronquitis. Otra vez embarazada, se casaba con un "colectivero", un sujeto socialmente inferior que había conocido en la secta.

Lo que Ernesto vivió durante la ceremonia aún hoy le parece increíble. Había ido con el uniforme de gala que indica el reglamento de la Marina para esos casos; pero el tenor de la ceremonia, oficiada por el "pastor" de la secta, le hacía sentir que usar el uniforme de gala allí era insultar a la Marina. No podía darse cuenta de qué lado estaba... se sentía humillado por su madre y por su hermana, y a la vez se sentía humillando, él, a la Marina del país centroamericano en el cual había nacido.

Era un sentimiento extraño, que volvió a repetirse al poco tiempo... Cuando la Marina se enteró de que era HIV positivo ordenó su internación en un hospital para soldados... los oficiales como él, siempre lo habían llamado "el leproso". El Servicio de Inteligencia comenzó a acosarlo, perseguirlo, interrogarlo... una tortura! Justo a él, que tenía una foja de servicios intachable... el oficial mimado del almirantazgo... Pero siempre lo supo: en la Marina la homosexualidad era todavía un delito.

Su "romance" con la Marina tocaba a su fin, y junto con él terminaba también lo que siempre llamó su "doble vida". ¡En algún momento tenía que pasar! Ocultar su "identidad sexual" fue siempre un sacrificio. Diez años de doble vida, esperando las vacaciones en la ciudad para "darse el gusto" en libertad; aprovechándolas al máximo, desenfrenadamente, hasta el último día, para regresar luego a su "prisión".

El resto del tiempo debía conformarse con la insatisfacción sexual de su relación con Pedro y alguna que otra aventura ocasional, ya que temía concurrir a los boliches gay por temor a ser reconocido. Lo peor era cuando "premiado" por sus calificaciones, salían al mar... a veces hasta seis meses... ¡y el sacrificio de las prostitutas en los puertos para disimular ante sus compañeros! Y ahora, las "esposas" de sus superiores se habían propuesto encontrarle un "buen partido" para casarlo.

Él lo había elegido, sí, pero el sacrificio era demasiado... A veces pensaba en dejar la Marina, pero no era fácil, y por más que lo pensaba una y otra vez no le encontraba solución... Desde hace un tiempo comenzaba a sentirse asfixiado... ¡algo tenía que pasar y pasó! Un poco antes de la bronquitis, un compañero de "fiestas" de la ciudad, vino a visitarlos, a él y a Pedro, su pareja. Quería que lo llevaran a conocer boliches gay... Ernesto tuvo que averiguar cuáles eran, pero no se animó a acompañarlo. Eso lo dejó mal... un poco después, no se aguantó más y le dijo a Pedro que quería ir...

Pero no la pasó bien... fue quizás, junto con el casamiento de su hermana, una de sus peores noches. Se reencontró con todos sus amigos gays de diez años

antes... Con todos no... Cuando preguntó por Lito... su antigua pareja... Cuando preguntó qué fue de su vida después de que Ernesto, decidido a entrar en la Marina, le dijo que se vaya... Cuando preguntó por Lito... le dijeron que había muerto... había muerto de SIDA.

El recuerdo de la última vez que vio a Lito es algo que no olvidará mientras viva. Es la imagen de Lito llorando, llevándose sus pocas cosas. Tal vez Ernesto siempre se sintió así sin saberlo... La mamá de Lito le había pedido que no lo abandone; le dijo que si lo dejaba, Lito iba a ir por mal camino... Pero Ernesto sentía que algo le faltaba, quería cambiar algo de su vida... y pensó que en la Marina lo iba encontrar.

Entrar a la Marina era un viejo sueño, de cuando volvieron al país natal. Tenía en ese entonces 12 años, habían ido a vivir a Ecuador por unos negocios del padre. Estuvieron algo más de un año, y Ernesto iba a un colegio para hijos de extranjeros. De esa época son sus mejores recuerdos de infancia; pero tuvieron que volverse. Volvieron en barco, con temporales, varaduras, averías y todo. Para él era una aventura, y recuerda que era el mimado de la tripulación. Lo dejaban estar en el puente todo lo que quisiera, le explicaban, le enseñaban, y decían que él era "parte" de la tripulación.

Nunca se había sentido así, formando parte de algo. Mamá era buena pero muy exigente con él; además cuando papá le pegaba ella no hacía nada. Papá nunca lo había querido. De chico se preguntaba si el padre habría querido tenerlo. Con Cristina era distinto... ella nació cuando él tenía diez años y mamá ya era más blanda, además era mujer. Para papá ella era su princesita.

Tal vez la abuela... Con ella se sentía muy a gusto; y con los primos... Pero no; porque sino cuando papá los abandonó, llevándose todo y dejándolos en la nada, la abuela hubiera hecho algo... se hubiera puesto del lado de ellos. "Pero lo que primó fue lo familiar, optaron por su hijo"⁴⁶; de golpe, para la abuela, los primos, toda la familia, Ernesto, su madre y su hermana pasaron a ser desconocidos. Nunca más tuvieron noticias ni nada. Todavía eso le duele.

El abuelo no, él era todo un caballero... Siempre lo sintió más padre que su verdadero padre... Cuando era chico lo venía a buscar para llevarlo a pasear por los campos de la familia. Tampoco el abuelo se llevaba bien con su hijo, el papá de Ernesto. Pero tampoco al abuelo lo volvió a ver, tuvo un hijo con un empleada del campo, una *servienta*... y se casó con ella y se fueron a vivir lejos; formó otra familia. Hace poco vino esta mujer a pedirle un equipo de música que Ernesto tenía. Lo único que tenía de su abuelo... Ahí se enteró de que el abuelo había muerto hacía unos meses.

Pero antes de todo esto Ernesto se había alejado de la familia. Se sentía la nota discordante, no se sentía parte, siempre se había sentido *distinto*... tal vez por su

⁴⁶ Esta expresión tomada textualmente de las palabras del paciente contiene una contradicción, ya que el criterio de discriminar entre lo perteneciente a la familia y lo no perteneciente, no puede utilizarse para la elección entre un hijo y un nieto (que inclusive en este caso tienen el mismo apellido). Pensamos que en esta contradicción se expresa la fantasía optativa de negar esa pertenencia familiar.

homosexualidad. No con mamá ni con Cristina, sólo con papá... pero ellas estaban bien con él así que se fue a estudiar a la ciudad y sólo de tanto en tanto iba al campo. Y cada vez que iba había peleas, a veces muy violentas... ¡una vez su padre lo persiguió con un cuchillo! Era un hombre muy violento e impulsivo. ¡Sin embargo planeó muy bien la separación! No les dejó nada, y Ernesto tuvo que hacerse cargo de su madre y su hermana.

Para ese entonces Ernesto ya estaba en la Marina y le encargó el juicio a un compañero de armas. Si hay algo que jamás le perdonará a su madre es que durante el juicio, en un momento que Ernesto se tuvo que internar por una gastroenteritis con muchas diarreas, la madre aprovechó para transformar un juicio controvertido -"que estaba prácticamente ganado"- en un mutuo acuerdo muy desfavorable.

Se había acercado a ellas para ayudarlas cuando toda la familia les daba la espalda... Tal vez pensó que no estando papá podría, ahora sí, tener una familia. ¡Ese juicio era, de alguna manera, algo personal entre él y su padre! Ernesto lo sentía como dos bandos, y hubiera esperado que su madre se aliara con él como la abuela con su hijo... pero no. Cuando se enteró del arreglo se sintió muy mal, en principio muy desconcertado... como un mezcla de traición y rechazo... o desprecio... como si él no contara, algo difícil de describir... Algo así volvió a sentir cuando se enteró lo de la secta... Sí, era lo mismo. Pero entre aquella vez y esta había una diferencia: aquella vez todavía le quedaba la Marina.

La Marina sí se había jugado por él. En esa época Ernesto era la mano derecha del Almirante, él sí fue como un padre. Cuando su verdadero padre, al enterarse del juicio, le envió una carta a la Marina contándole "pestes" de Ernesto -su propio hijo-, el Almirante contestó personalmente la carta hablando maravillas de Ernesto y ratificando el reconocimiento que la Marina tenía por su "oficial".

Pero el Almirante hace ya tiempo que se retiró. Esta vez Ernesto no es parte de nada, está solo, sin nadie que lo defienda de la vergüenza y la humillación del hospital leproso, de los interrogatorios del Servicio de Inteligencia, de su baja por homosexual, de la secta religiosa y del SIDA.

1. El punto de fijación y las vivencias infantiles:

Nunca se había sentido formando parte de algo...

Siguiendo lo expuesto en otro lugar, suponemos en Ernesto algún tipo de "falla" en la constitución de la identidad. Esto determina por un lado un punto de fijación en el desarrollo tánto - libidinoso, y por el otro una pertenencia "en conflicto". Así Ernesto, ya desde muy chico, nunca pudo sentirse "bien" y "siendo parte" de algo al mismo tiempo. La mayoría de las veces experimenta esta pertenencia conflictiva sintiéndose **rechazado** por los demás, pero también -aunque con un grado menor de conciencia- sintiendo **rechazo** hacia los demás (familia, grupos sociales, instituciones, etc.). Desde otro punto de vista este conflicto determina una *pertenencia ideal*, que permitiría lograr una *identidad ideal*; pertenencia a la cual no se siente merecedor. Alternativamente y como

defensa maníaca de la situación descrita siente a los demás, desde esa identidad ideal, no merecedores de compartir con él una pertenencia.

En la biografía de Ernesto encontramos muchas referencias a esa pertenencia ideal: la familia del padre, principalmente la abuela y los primos; también el abuelo paterno, “todo un caballero”. La vida en Ecuador en los colegios para hijos de extranjeros, la tripulación del barco y, luego, la Marina, son otros ejemplos. También el sentirse rechazado aparece reiteradamente: “mamá siempre había sido exigente con él, y cuando papá le pegaba no lo defendía; con Cristina era más blanda”; “papá nunca lo había querido, no lo había querido tener”; “para la abuela y los primos prevaleció lo familiar, y Ernesto, su mamá y su hermana, luego de la separación pasaron a ser desconocidos”; “el abuelo se fue a vivir lejos y formó otra familia”. Tampoco faltan referencias del rechazo ejercido por él hacia los demás; hacia el padre, hacia Lito y la “comunidad gay”, y también sobre ciertos aspectos de la Marina.

2. Frustración actual y regresión:

Todo comenzó en noviembre...

Es el momento en que el virus abandona su latencia y comienzan los síntomas; es, además, el momento en que Ernesto “se entera” de su condición de “*HIV positivo*”.

Se juntaban muchas cosas, algo tenía que pasar...

Su carrera en la Marina era un éxito; su “foja de servicios” crecía con las más altas distinciones. Por fin podía divisar cumplidos, en un futuro próximo, aquellos sueños que tiempo atrás lo movieron a entrar a la Marina. Un nuevo ascenso se concretaría en unos meses... Oficiales superiores requerían sus favores... Las “Esposas de la Marina” lo consideraban un hijo de la “Gran Familia”; un buen partido a quien debían encontrarle esposa. “Pertenecer a la Marina” no podía ser distinto a eso... a no ser por su “otra vida”, su secreta homosexualidad... Eso lo estropeaba todo... No sólo porque en el fondo de su ser, en secreto, se sentía un farsante, sino porque si un farsante como él, si un homosexual como él, podía llegar a ser “parte” de la Marina, entonces la Marina era también una farsa⁴⁷... Comenzaba a sentirse cansado de la Marina. Los sacrificios para con su “otra vida” eran grandes... y la recompensa comenzaba a desdibujarse...

⁴⁷ Groucho Marx sintetiza esta paradoja en términos humorísticos con la siguiente sentencia: “*No puedo formar parte de un club tan poco exclusivo como para que me acepte a mí como socio*”. Pensamos que esta paradoja busca reinstalar, defensivamente, el rechazo hacia la Marina. ¿Pero de qué se defiende? ¿Formar parte de la Marina, o de “algo”, no era, acaso, la meta que deseaba alcanzar? La situación se aclara si recordamos que tanto el rechazo activo a la pertenencia como su versión pasiva, sentirse rechazado, son sentimientos defensivos que mantienen inconciente el conflicto con la pertenencia descrito en el punto anterior. Para poder mantener reprimida la pertenencia conflictiva Ernesto debe encontrar - y hasta producir - experiencias de rechazo, buscando “pertenencias imposibles”; la posibilidad de ser aceptado por la Marina, de lograr esa pertenencia para él imposible, le representa perder el “argumento” de su vida: el sentirse rechazado; y esto implica la amenaza de que acceda a la conciencia aquello reprimido más profundamente: el conflicto por la pertenencia y su identidad deficitaria.

Su “otra vida” comenzaba a reclamar su atención, era algo que no podía seguir postergando. La sexualidad con Pedro se había casi extinguido... Las escapadas a la ciudad resultaban ahora insuficientes... Pero no era fácil, su encuentro con la comunidad *gay*, sus antiguos amigos... había sido un desastre. Tampoco podía sentirse bien allí.

3. Imposibilidad de descarga progresiva de la libido

Era la gota que rebalsaba el vaso...

La Marina no, su pareja no, la comunidad *gay* menos.... ¿Qué le quedaba? ¿Su familia? Si alguna vez pensó que en la familia podía encontrar su pertenencia fue cuando papá se fue... Tal vez podría ocupar él el lugar del hombre de la casa. Por eso se sintió tan traicionado cuando mamá arregló el juicio con papá sin tenerlo en cuenta a él. Hubiera esperado de su mamá algo similar a lo que hizo su abuela: apoyar al hijo; pero no. A pesar de eso trató de no guardar rencores. Tal vez más adelante las cosas serían distintas... Pero luego vino lo de la Secta...

4. Imposibilidad de que el sentimiento de pertenencia en conflicto acceda a la conciencia y desestructuración de la coherencia del afecto.

Lo mismo de siempre pero con otro nombre, ahora se llamaba SIDA...

Nada había cambiado... O si cambió fue peor que antes; porque esta vez no era papá sino el pastor de la secta, o el “colectivero”. Algo muy profundamente rechazado por él. ¿A quién o a qué puede pertenecer un hombre católico, criado en los mejores colegios religiosos, proveniente de una familia terrateniente de la alta sociedad que lo desconoce, que es homosexual, que su futuro cuñado es un “colectivero”, que en su familia actual no encuentra rastros de sus orígenes, que asiste con el uniforme de gala de los oficiales de la Marina a una ceremonia herética como padrino de casamiento de su propia hermana que se casa embarazada?

Si pertenecer es compartir una particular discriminación entre lo propio y lo ajeno, podemos comprender que Ernesto, desde una regresión al punto de fijación mencionado, experimenta la vivencia de *ser sin pertenecer*, o de ***no pertenencia***⁴⁸. Este sentimiento le resulta intolerable y no puede experimentarlo en la conciencia. Tampoco puede encontrar una representación sustitutiva que permita una descarga aceptable. A diferencia de otras veces⁴⁹ cuando pudo

⁴⁸ Tal vez resulte clarificador recordar que el sentimiento de no pertenecer sólo puede experimentarse a su vez desde otra pertenencia.

⁴⁹ Si bien, como describimos en el texto, esta vivencia no es nueva para Ernesto sino que posee historia en su vida, algo nuevo debe agregarse para que esta vez el afecto se exprese simbólicamente como trastorno orgánico. Anteriormente, la *pertenencia ideal* determinada por la represión del conflicto con la pertenencia, quedaba “colocada” en algo, por ejemplo la Marina. “Pertenecer” a la Marina constituía, para él, un proyecto ideal que, de materializarlo, otorgaría una pertenencia sin conflicto. En el momento en que ocurre la enfermedad, la “*familia ideal*” (a la

ejercer el rechazo activo (desde una supuesta pertenencia) o proyectarlo y sentirse rechazado (también desde una supuesta pertenencia), ahora el único camino que encuentra para esquivar un sentimiento para él insoportable es el camino de la enfermedad somática: el SIDA.

APÉNDICE: La infección por el virus HIV

Desde hace un tiempo comenzaba a sentirse asfixiado... ¡algo tenía que pasar y pasó!

Siguiendo el modelo de la biología para enfermedades que, como el SIDA, poseen tanto un “período de latencia” que separa en el tiempo el momento de la infección del momento de aparición de los síntomas (la enfermedad propiamente dicha) como también la posible condición de “portadores sanos”, debemos intentar comprender, desde nuestro enfoque psicoanalítico, las vicisitudes vitales que determinan el momento del contagio. No siendo posible, en general, precisar esta infección en el tiempo, nos vemos obligados a dejarnos guiar por nuestra intuición al hacer coincidir un determinada constelación vital observable con el momento de la infección (este último sólo conjeturable).

En el caso particular de Ernesto nos resulta convincente suponer la infección durante el período inmediato anterior a la aparición de los síntomas. Durante dicho período se sentía “asfixiado⁵⁰ en su prisión” teniendo que disimular su doble vida al punto tal de tener que mantener relaciones sexuales con prostitutas para “aparentar” frente a sus compañeros. El sacrificio que describe para poder lograr y mantener la erección lo llevaba a prescindir del uso de preservativos⁵¹. Además en esta misma época comienza su apatía sexual hacia su pareja, sus más promiscuas “escapadas a la ciudad”, y la tentación de reconectarse con el ambiente *gay* de su país natal.

II. ADOLFO

La noticia

cual aspira pertenecer) no puede ser proyectada sobre la Marina ni sobre otros objetos presentes; y tal vez esto permite comprender el desaliento implícito en la forma de comienzo respiratorio de la enfermedad. Además, la imposibilidad de ubicar esta “*familia ideal*” (a la cual aspira pertenecer) dificulta el rechazo activo de otras pertenencias (como su familia real, la comunidad *gay* o incluso la Marina) ya que una pertenencia se rechaza desde otras.

⁵⁰ Resulta significativo, como ya lo hemos expresado, que su enfermedad comienza por el aparato respiratorio; primero con una bronquitis y fiebre, para desembocar luego en una neumonía.

⁵¹ Al vincular el período de “contagio”, entre otras cosas, con los episodios de relaciones heterosexuales con prostitutas, y sin preservativos, nos apoyamos en el valor “simbólico” de esta promiscuidad, y no en el valor “causal” que le concede, desde un enfoque epistemológico diverso, la medicina preventiva.

Recibió la noticia con una mezcla rara de sorpresa, miedo y alivio; el segundo análisis corroboraba el primero, ahora era un “HIV positivo”, tenía SIDA.

Tardó en asimilar el impacto, no sabía cómo debía comportarse... qué sentir. En parte no lo terminaba de creer, siempre pensó que esas cosas les pasaban a los demás. También sentía que algo, muy adentro suyo, se aliviaba. Como si siempre lo hubiera sabido; como si, en el fondo, lo hubiera estado esperando.

Era la herencia que Miguel le había dejado, de eso no había dudas. Dos meses atrás cuando se enteró del suicidio, la idea de haberse contagiado, la idea de que él también, tarde o temprano, enfermaría de SIDA, se le clavó en el alma...

La tortura de la incertidumbre... revisarse cada centímetro de la piel... tener miedo de todo, hasta de las relaciones sexuales con Bruno... la incertidumbre ahora terminaba... Miguel había “vuelto”.

Cuando fue el velorio no había ido; no se animó, no pudo; pensó que allí estarían todos y que no soportaría sus miradas, le dio miedo... Se fue a Mar del Plata con Bruno, para tratar de olvidarse... pero fue peor. La figura de Miguel, vívidamente, “se le apareció” en la playa... habló con él, hasta escuchó su voz, que lo llamaba... Era inútil negarlo, a Miguel lo tenía adentro... no podría sacárselo nunca.

Siempre sintió que algo malo había adentro suyo... algo que estaba mal... las cosas a él no le podían salir bien. El SIDA, seguramente, era un castigo...

La mezcla de sentimientos, la sorpresa, el miedo y el alivio, amortiguaron el primer golpe. Después, al ver la reacción de los demás, poco a poco fue cayendo... Bruno lloraba todo el tiempo... y Jorge, su hermano, sugirió que era mejor no decirle nada a mamá... Ahí, recién entonces, se dio cuenta de que “era en serio”, y de que se iba a morir. La angustia fue desesperante, se sintió capaz de cualquier cosa, hasta de tirarse por la ventana, como Miguel...

Si llamó a su psicoanalista fue por Ana; ella cada tanto lo veía, y si se lo sugirió significaba que lo podía llamar, que el psicoanalista ya lo habría perdonado. Fue como un rayo de esperanza... Si podía volver, si Almeida lo había perdonado, quizá no estaba todo perdido; él sabría qué hacer... Volvió arrepentido y avergonzado. ¿Cómo había podido irse así, sin pagar, después de tanto tiempo?... Almeida no aflojó; insistió hasta que Adolfo le pagó hasta el último peso de lo que le debía... ¡por suerte!

Había empezado a analizarse, juatmente al poco tiempo de salir con Miguel. Entrar en el mundo de Miguel era angustiante... El arte, la farándula, las drogas y la promiscuidad... ¡Qué locura! Sabía que todo eso le hacía mal... y no lo podía dejar... Por eso se empezó a analizar... ¡Miguel lo entusiasmaba tanto! Gastó lo que tenía y mucho más también... se alejó de todos sus amigos... Miguel “lo podía”, y poco a poco fue perdiendo todo...

Antes de Miguel las cosas iban bien. A partir de Miguel todo fue cuesta abajo, todo se fue gastando... todo se volvió sucio... Con Bruno quiso que fuera distinto, darle un giro a su vida, volver atrás; pero no fue suficiente... Apenas si pudo, y todavía hoy no sabe cómo, dejar a Miguel...

El caos, la destrucción y la pasión que rodeaban a Miguel lo enfermaban... Pensó que en Bruno encontraría algo más estable. Alquilaron un departamento; después compraron el auto... Por primera vez vivía en pareja y “puso lo mejor”... pero, sentía que le faltaba algo.

Lo había probado todo, la pasión, el cariño, la sexualidad, la convivencia... ¡Nunca más recuperó la vida que tenía antes de conocerlo a Miguel! Aquel fue, sin duda, su mejor momento...

De la noche a la mañana, siendo un simple empleado, se encontró encargado de la sucursal... Tenía una secretaria para él, como si fuera el dueño... El Sr. Marcos le decía que para él, era como un hijo.

Por primera vez la suerte estaba de su lado. Las ventas se quintuplicaron. Los desfiles que organizaba eran un éxito. Todavía resonaban en sus oídos los aplausos y las palabras de agradecimiento del Sr. Marcos al terminar cada desfile... Había llegado a lo máximo...

En ese momento no se dio cuenta, no lo supo valorar... le parecía natural, ¡incluso poco! Sentía que algo le faltaba, que se aburría... y lo encontró a Miguel... Daría cualquier cosa por poder volver atrás y deshacer el camino... Pero ahora era demasiado tarde... El SIDA no tenía vuelta atrás.

El doctor Almeida sabría qué hacer... por lo menos con él podría hablar. Jorge tenía razón, no había que decirle a mamá... pero no se iba a poder aguantar... ¿Por qué se iba a morir? ¿Por un error? ¿Por una tentación? Es cierto que había hecho mal algunas cosas, pero... ¡se arrepentía!... ¡se arrepentía de todo!... Sabía que había estado mal robar de la caja... sabía que cuando se metió en la promiscuidad de Miguel se arriesgaba... ¡Fue un error!... ¡fue estúpido! Él era así, débil, siempre fue débil... Pero tener que pagar con la muerte era demasiado cruel ¡¿Cómo no se iba a poder volver atrás?!

Necesitaba hablar, pedir perdón, decir que se arrepentía, prometer... Se sentía desesperado, ¡no podía ser verdad!... ¡alguna solución tenía que haber!...

Nunca se había sentido así, frente a un destino inexorable... Estaba acostumbrado a tener lo que quería. Para él un “no” nunca había sido la última palabra... había usado la obediencia y la sumisión, o el capricho y la rebeldía. Siempre había sido así, todo era tratable, todo era negociable; y al final se salía con la suya...

Si su padre no le prestaba el auto, lo sacaba igual; si después lo descubrían, no pasaba nada, mamá lo defendía... Claro, a mamá le convenía, tenía miedo de que él contara...

Era todavía un chico cuando, al volver más temprano de la escuela, encontró a a Mamá abrazada con Roberto, el jefe de papá... Mamá le dijo entonces que si él hablaba ella “se tendría que ir”... Y Adolfo no habló... Así el tiempo fue pasando... Adolfo salía con mamá, se encontraban con Roberto, ellos se iban solos y Adolfo se quedaba con el auto y con la plata que le daba Roberto...

Al principio había pensado que ese era un gran secreto compartido con mamá; pero después llegar a pensar que tal vez papá sabía, y que se hacía el tonto... Roberto venía siempre a cenar y en casa no faltaba nada... Tal vez, todo era una cuestión de conveniencia, todo se compraba, y todo se vendía... Con mamá, con papá, con Jorge... con Bruno, incluso con Miguel... ¡Pero ahora era distinto! No había reparación ni arrepentimiento que pudiera cambiar el curso de las cosas, tenía SIDA y se iba a morir...

Un drama incomprensible

Tres años atrás Adolfo tenía una vida normal, tranquila y ordenada. Tenía amigos, tenía dinero, y tenía éxito en su trabajo. Desde hacía muchos años estaba en pareja con José María, un hombre mayor que él, de muy buena posición que lo protegía y lo mimaba.

Un mal día conoció a Miguel, y su vida cambió. Dejó a José María, descuidó su trabajo, sus amigos y sobre todo su economía. Conoció un ambiente distinto, de drogas y promiscuidad. Se sintió muy atraído por todo eso; nunca se había sentido así... Sin hacer nada para evitarlo, con cierta indiferencia, o incluso con cierto placer, veía cómo su vida poco a poco se iba destruyendo.

Cuando por fin reaccionó, y lo dejó a Miguel, trató de volver a una vida más ordenada. Formó con Bruno una pareja muy distinta; pero ya era demasiado tarde. La relación con Miguel había dejado dentro suyo un virus mortal, el HIV. Adolfo supo esto después; cuando luego del suicidio de Miguel, comenzaron los primeros síntomas del SIDA.

Estos tres párrafos sintetizan la versión que Adolfo nos da de su drama. En su historia existen muchos interrogantes. ¿Por qué tuvo la mala suerte de conocerlo a Miguel? ¿Por qué, sabiendo de la promiscuidad de Miguel, no se cuidó mejor? ¿Por qué Miguel lo atraía tanto? ¿Por qué se enferma justo ahora, que su vida ha cambiado, y que todo vuelve a estar en su lugar? “Mala suerte” es una respuesta que no lo satisface a él ni a nosotros. Si deseamos una respuesta mejor, tendremos que descubrir otra versión del drama, la versión que se oculta detrás de su enfermedad.

La historia que se oculta en el cuerpo

Ya desde muy chico Adolfo siempre se sintió distinto; distinto a los varones y distinto a las mujeres. Tampoco su familia era como la de los demás. Adolfo nunca sintió que sus parientes formaran una *familia*, eran sencillamente parientes: madre, padre, hermano... No conoció a ninguno de sus cuatro abuelos, no sabe sus nombres ni sus orígenes; algún dato de sus vidas y algún otro de sus muertes. Sabe que tiene un tío al que, de chico, quizás vio algunas vez.

Cuando todavía era un niño llegó al barrio una familia que tenía el mismo apellido que la madre; Adolfo le preguntó si eran parientes, y ella no le

respondió... No preguntó más. El dato más antiguo de su historia es que su madre, durante el embarazo del cual nacería Adolfo, saltaba sobre un fogón para provocarse el aborto.

No formaban una familia. El padre y Jorge, por un lado; y él y su madre por el otro, unidos por Roberto y “el secreto”. No había “dode” incluirse, y si en algo lo preocupaba “la familia”, era en el riesgo de parecerse a ellos. Adolfo quería salir de Lanús; y en cuanto pudo se fue al departamento de Mariano, en la Capital. Mariano pertenecía a otro ambiente, era comisario de a bordo y había vivido en Nueva York. Mariano tenía “mundo”, y Adolfo quería pertenecer a ese “mundo”. Impertinente, rechazaba sus orígenes, aspirando pertenecer a algo mejor.

Fue justamente su determinación, mezclada con su impertinencia, lo que le permitió alcanzar sus propósitos, cuando habiendo sido destinado a un local de exposición, Adolfo comenzó a vender las muestras. Se quintuplicaron las ventas y su sueldo; Adolfo alquiló un departamento en el mejor barrio de la capital, vestía ropa fina y comía en los mejores restaurantes.

Pero es difícil valorar lo que se consigue con poco esfuerzo; y Adolfo se encontró sintiendo por ese ambiente, el mismo desprecio que, un tiempo atrás, lo alejó de Lanús. Pertenecer a ese ambiente no era todo lo valioso que siempre había creído cuando escuchaba a Mariano; y ese descubrimiento lo hacía sentir vacío; su vida había perdido lo que había sido su norte.

Fue en esa mezcla de aburrimiento, hastío, decepción y soledad que lo conoció a Miguel. Se entusiasmó con el ambiente artístico; Adolfo nunca fue bueno en el estudio, y encontrarse en ese ambiente intelectual y espiritual lo tenía fascinado. Pero la historia volvió a repetirse... Viéndolo desde adentro ese ambiente no le parecía gran cosa.

Lo que lo angustió no fue ni la promiscuidad ni las drogas ni la destrucción, sino haber perdido otra vez el norte de su vida. Todo se le vació de sentido, y la frustración se transformó en bronca... Y, en el colmo de la impotencia, sintiendo que sus esfuerzos habían sido inútiles, Adolfo destruyó lo que había logrado... Sólo después sabría hasta qué punto había llegado su ataque; todavía le quedaba fuerza para un nuevo intento.

Así como escapó de Lanús buscando el *status* y el dinero, así como escapó del Sr. Marcos para buscar el arte y la pasión, así escapó de Miguel, buscando en Bruno el amor, la ternura y la familiaridad que engendra la convivencia. Pero un nuevo intento no era más que la misma repetición.

Adolfo comenzaba a intuir que lo que hoy buscaba sería aquello de lo cual mañana intentaría escapar. Cada vez los intentos y los fracasos se sucedían más rápido. La repetición era como un espiral que, con cada vuelta, iba agotando sus esperanzas.

El entusiasmo de la relación con Bruno se extinguió antes del año. Y, aunque fingiera interés en comprar el auto, hacía meses que no tenían relaciones sexuales. Cada vez se sentía más incómodo en su casa... Ya lo había probado

todo y seguía sin encontrar su lugar. Y, cuando empezaba a sentir que todas las puertas se cerraban, Miguel, muerto, “volvió” para mostrarle el camino...

BIBLIOGRAFÍA

ADMINISTRACIÓN PARA LAS DROGAS Y LOS ALIMENTOS DE ESTADOS UNIDOS (The US Food and Drug Administration) (1996)

“New drugs for HIV infection”, en *Med-Lett-Drugs-Ther.*, 38,1996.

AMMAN, A.; BERNIER, G. (1989)

“Congenital and Acquired Immunodeficiency”, en *Textbook of Critical Care* de Shoemaker y colab., W. Saunders Company, Philadelphia, 1989.

AVOLIO, J. Y Colab. (1994)

“Epidemiological Trends in HIV Infected Patients in Buenos Aires”, X Conferencia Internacional sobre SIDA, Yokohama, 1994, en *Actualizaciones en SIDA*, volumen 2, 6, 1994..

BARRÉ-SINOUSI, F.; CHERMAN, J.; REY, F.; MONTAGNIER, L. et. al. (1983)

“Isolation of a T-lymphotropic Retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS)”, en *Science*, 220, 1983.

BARTLETT, John G. (1994)

Guía para la atención médica de pacientes con infección por HIV del Hospital John Hopkins, Waverly Hispánica, Bs. As., 1994.

BATESON, Gregory (1972)

Pasos hacia una ecología de la mente, Ed. Carlos Lohlé, Bs. As., 1976.

BATESON, Gregory (1979)

Espíritu y naturaleza, Amorrortu, Buenos Aires, 1981.

BECKER, Y. (1994)

“HIV-1 proteins in infected cells determine the presentation of viral peptides by HLA class I and class II molecules and the nature of the cellular and humoral antiviral immune responses. A review.”, en *Virus-genes*, July, 1994.

BENACERRAF, B.; GELL, P. G. H. (1984)

Inmunología, Ed. Médica Panamericana, Bs. As., 1986.

BILLIET, Laura. (1995)

H.I.V.- S.I.D.A. La época de inmunodeficiencia, Nueva Visión, Buenos Aires, 1995.

BUSCH, Dorrit (1994)

“Viktor von Weizsäcker”, presentado en el CCMW, Buenos Aires, 1994.

CAMPBELL, Jeremy. (1982)

El hombre gramatical, Fondo de Cultura Económica, México, 1989.

CHIOZZA, Luis (1963)

Psicoanálisis de los trastornos hepáticos, Biblioteca del CCMW, CIMP, Buenos Aires, 1984.

CHIOZZA, Luis (1967a)

"Una contribución al estudio del horror al incesto", en *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, Biblioteca del CCMW, CIMP, Buenos Aires, 1984.

CHIOZZA, Luis y WAINER, G. (1974a)

"El incesto y la homosexualidad como diferentes desenlaces del narcisismo", en *Ideas para una concepción psicoanalítica del cáncer*, Ed. Paidós. Buenos Aires, 1978.

CHIOZZA, Luis (1978i)

"El contenido latente del horror al incesto y su relación con el cáncer", en *Ideas para una concepción psicoanalítica del cáncer*, Paidós, Bs. As. 1978.

CHIOZZA, Luis y colab.(1978j)

Ideas para una concepción psicoanalítica del cáncer, Paidós, Bs. As. 1978.

CHIOZZA, Luis (1982a)

"Convivencia y trascendencia en el tratamiento psicoanalítico", en *Psicoanálisis presente y futuro*, Ediciones del CIMP. Bs. As., 1983.

CHIOZZA, Luis (1986)

¿Por qué enfermamos? Alianza Editorial. Bs. As., 1986.

CHIOZZA, Luis (1986b)

"El malentendido", en *Opiniones sobre la psicología*, Ed. ADIP, Bs. As., 1986.

CHIOZZA Luis y colab., (1990d)

"Los significados de la respiración", en *Los afectos ocultos en...* Alianza Editorial. Bs. As., 1991.

CHIOZZA Luis y colab., (1992f)

"El significado inconciente de las enfermedades por autoinmunidad", en *Los sentimientos ocultos en...* Alianza Editorial. Bs. As., 1993.

CLAVEL, F.; GUETARD, D.; BRUN-VEZINET, F.; CHAMARET, S.; REY, M.; SANTOS-FERREIRA, M.; LAURENT, A.; DAUGNET, C.; KLATZMANN, D.; CHAMPALIMAUD, J.; MONTAGNIER, L.

“Isolation of a new human retrovirus from West-African patients with AIDS”. *Science*, 233, 1986.

COROMINAS, Joan. (1961)

Breve diccionario etimológico de la lengua castellana, Ed. Gredos, Madrid, 1983.

CROWE, Suzanne (1994)

“Diagnóstico de la infección por HIV y el SIDA”, en *Actualizaciones en SIDA*, volumen 2, 6, Bs. As., 1994.

DRUTZ, D.; MILLS, J. (1984)

“Inmunidad e Infección”, en *Inmunología básica y clínica*, de Stites, D.; Stobo, J.; Fudenberg, H.; Vivian Wells, J.; Editorial El manual moderno. México, 1985.

ESPARZA, J. (1995)

“El VIH es el agente etiológico del SIDA: de la polémica a las evidencias”, en *Actualizaciones en SIDA*, Volumen 3, 7, Bs. As., 1995.

FAINBOIM, L.; SATZ, M. (1992)

Introducción a la inmunología humana. Ed. del autor, Bs. As., 1992.

FISCHL, M. (1990)

“Tratamiento de la infección por VIH”, en *Manejo médico del SIDA*, de M. A. Sande y P. A. Volberding, Interamericana-Mc Graw Hill, México, 1992.

FREUD, Sigmund (1900a)

La interpretación de los sueños, en *Obras completas*. Amorrortu Editores. Bs. As., 1979.

FREUD, Sigmund (1912-13)

Totem y tabú, en *Obras completas*, Amorrortu Editores. Bs. As., 1988.

FREUD, Sigmund (1915e)

“Lo inconciente”, en *Obras completas*, Amorrortu Editores. Bs. As., 1988.

FREUD, Sigmund (1916-7)

Conferencias de introducción al psicoanálisis, en *Obras completas*, Amorrortu Editores. Bs. As., 1987.

FREUD, Sigmund (1917e)

Duelo y melancolía, en *Obras completas*, Amorrortu Editores. Bs. As., 1987.

FREUD, Sigmund (1921c)

Psicología de las masas y análisis del yo, en *Obras completas*, Amorrortu Editores. Bs. As., 1987.

FREUD, Sigmund (1923b)

El yo y el ello, en *Obras completas*, Amorrortu Editores. Bs. As., 1984.

FREUD, Sigmund (1930a)

El malestar en la cultura, en *Obras completas*, Bs. As., 1980.

FREUD, Sigmund (1939a)

Moisés y la religión monoteísta, en *Obras completas*, Amorrortu Editores. Bs. As., 1989.

FREUD, Sigmund (1950a)

Los orígenes del psicoanálisis, en *Obras completas*, Amorrortu Editores. Bs. As., 1988.

GALLO, R. (1994)

“La investigación en SIDA con miras al futuro”, en *Actualizaciones en SIDA*, Julio 1995, Bs. As.

GALLO, R. (1995)

“Human retroviruses in the second decade: a personal perspective”, en *Nat-Med.*, Aug, 1, 1995, USA.

GATELL, J. M. Y COLAB. (1992)

Guía práctica del SIDA, Masson-Salvat, Barcelona, 1992.

GORSE, GJ. Y COLAB. (1994)

“HIV-1 recombinant gp160 vaccine given in accelerated dose schedules”, en *Clin-Exp-Immunol.*, Nov. 1994.

GREENE, W. C. (1993)

“SIDA y sistema inmunitario”, en *Investigación y Ciencia*, Barcelona, 1993.

HAAS, E.; VERRUNO, L.; RAIMONDI, E. (1986)

El sistema HLA, Ed. universitaria O. Macchi, Bs. As., 1986.

HOFFBRAND, V.; PETTIT, J. (1994)

Clinical Haematology, Sandoz Atlas, Times Mirrow Publishers, Barcelona, 1994.

HOPEWELL, P. (1990)

“Neumonía por *Pneumocytis Carinii*”, en *Manejo médico del SIDA*, de M. A. Sande y P. A. Volberding, Interamericana*Mc Graw-Hill, México, 1992.

JERNE, NIELS K. (1973)

“El sistema inmunitario”, en *Inmunología*, Prensa Científica, Barcelona, 1982.

KAHN, J. O. Y COLAB. (1994)

“Clinical and immunologic responses to human immunodeficiency virus (HIV)”, en *Journal of Infectious Disease*, Nov. 1994, Ca.

KAPLAN, L. (1990)

“Enfermedades malignas asociadas con SIDA”, en *Manejo médico del SIDA*, de M. A. Sande y P. A. Volberding, Interamericana*Mc Graw-Hill, México, 1992.

LAPLANCHE, J. y PONTALIS, J. (1971)

Diccionario de Psicoanálisis, Labor, Bs. As., 1971.

LEDER, P. (1982)

“Bases genéticas de la diversidad de anticuerpos”, en *Inmunología*, Prensa científica, Barcelona, 1984.

LIBMAN, H. (1992)

“Pathogenesis, Natural History, and Classification of HIV Infection”, en *Primary Care*, Vol 19, Number 1, March 1992.

LÓPEZ, O. L.; BECKER, J. T.; SUDILOVSKY, A. (1994)

“Encefalopatía por Virus Humano de Inmunodeficiencia”, en *Actualizaciones en SIDA*, volumen 2, 6, Bs. As., 1994.

MARRACK, P.; KAPPLER, J. (1988)

“La célula T y su receptor”, en *Investigación y ciencia*, Barcelona, 1988.

MIRÓ, J. M. (1992)

“Control del paciente adulto infectado por el VIH”, en *Guía práctica del SIDA*. Gatell, J. M. y colab. , Masson-Salvat, Barcelona, 1992.

MONTAGNIER, L. (1985)

“Lymphadenopathy-associated virus, from molecular biology to pathogenicity”. *Ann. Int. Med.*, 103:689, 1985.

NAISBITT, J. (1982)

Megatrends. Warner Books, New York, 1984.

NAJERA, R. (1992)

“Retrovirus humanos. Etiopatogenia”, en *Guía práctica del SIDA*, Gatell, J. M. y colab., Masson-Salvat, Barcelona, 1992.

NORLEY, S.; KURTH, R. (1992)
Inmunobiology, febrero 1992.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (1995)
“Programa global de SIDA”. “World Health Organization global AIDS statistics”, en *AIDS-Care*, 1995. También en *Actualizaciones en SIDA*, Volumen 4, 11, Buenos Aires.

PRICE, R. W.; BREW, B. (1990)
“Tratamiento de las complicaciones neurológicas de la infección por VIH-1 y SIDA”, en *Manejo médico del SIDA*, de M. A. Sande y P. A. Volberding, Interamericana-Mc Graw hill, México ,1992.

PROGRAMA NACIONAL DE LUCHA CONTRA LOS RETROVIRUS DEL HUMANO Y SIDA (1995)
“Boletín sobre el SIDA en la República Argentina”, en *Actualizaciones en Sida*, Volumen 4, 11, Bs. As, 1996.

QUINN, T. C. (1995)
“The epidemiology of the acquired immunodeficiency syndrome in the 1990s.”, en *Emerg-Med-Clin-North-Am.*, Feb. 1995; 13(1).

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA (1992)
Diccionario de la lengua española, Espasa-Calpe, Madrid, 1992.

ROITT, I.; BROSTOFF, J.; MALE, D. (1986)
Inmunología, Salvat Ed., Barcelona, 1991.

ROITT, I.; MALE, D. (1991)
en *Inmunología*, Salvat Ed., Barcelona, 1991.

RUYER, R. (1974)
La gnose de Princeton, Fayard, París, 1974.

SORIANO, V.; GUTIERREZ, M.; CABALLERO, E.; AGUILERA, A.; CILLA, G., LOPEZ, I.
“Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana tipo 2 (HIV-2) en España”, *Med-Clin-Barc.*, septiembre 1995, Barcelona.

SEN, LUISA (1996)
“Comentarios sobre la 3a. Conferencia sobre retrovirus e infecciones oportunistas”, en *Actualizaciones en SIDA*, Vol. 4, 11, Bs. As., 1996.

SPES, (1960)
Diccionario Ilustrado Latino Español, Publicaciones y Ediciones Spes, Barcelona, 1960.

STEWART, M. (1991)

“Reconocimiento del antígeno”, en *Inmunología*, de Roitt, Brostoff y Male, Masson-Salvat, Barcelona, 1991.

STOBO,, J. (1984)

“Células T”, en *Inmunología básica y clínica*, de Stites, Stobo, Fudenberg, Vivian Wells; Editorial El manual moderno. México, 1985.

THEOFILOPOULOS, A. (1984)

“Autoinmunidad”, en *Inmunología básica y clínica*, de Stites, Stobo, Fudenberg, Vivian Wells; Editorial El manual moderno. México, 1985.

TINDALL, B. Y COLAB. (1990)

“Infección primaria por el virus de la inmunodeficiencia humana”, en *Manejo médico del SIDA*, de M. A. Sande y P. A. Volberding, Interamericana-Mc Graw Hill, México ,1992.

TWOMEY, J. J. (1982)

The Patophysiology of Human Immunologic Disorders. Urban & Schwarzenberg, Baltimore, 1982.

VALLS, M. E.; DOMÍNGUEZ, M. A.; GARCÍA, C.; PÉREZ, J. L. (1992)

“Diagnóstico microbiológico de las infecciones más frecuentes en pacientes con SIDA”, en *Guía práctica del SIDA*. Gatell, J. M. y colab. , Masson-Salvat, Barcelona, 1992.

WEINSTOCK, H. S.; SIDHU, J.; GWINN, M.; KARON, J.; PETERSEN, L. R. (1995)

“Division of HIV/AIDS, Centers for Disease Control and Prevention”, en *Acquir-Immune -Defic-Syindr-Hum -Retrovirol.*, Ago 15, 1995.