

Psicopatología Y Semiología Psiquiátrica

Ricardo Capponi M.

Profesor instructor Depto. Psiquiatría Facultad de Medicina
División Ciencias, Medicina Sur, Universidad de Chile
Profesor Auxiliar Cátedra Psicopatología, Escuela de Psicología
Universidad Católica de Chile.

PRÓLOGO

Los textos que contribuyen a la información psiquiátrica constituyen hoy un caudal imbarcable. Es tarea difícil para el estudiante de la especialidad extraer aquellas lecturas que tengan realmente un carácter iniciador fundamental. Aquel que, escoge, y acepta como desafío al paciente perturbado mental, necesita no sólo informarse acerca del reconocimiento de los hechos psíquicos anormales y del lenguaje convencional con que se les denomina, sino además, entrenarse en desarrollar una mentalidad psiquiátrica abierta, exploradora, audaz y creativa, que le permita integrar a la información recibida una profunda y permanente elaboración personal, tanto de la realidad clínica que aborda como de sí mismo. El cauce que contenga la amenaza de desborde, sea intelectual, afectivo, omnipotente o personalista, por mencionar sólo algunos será siempre la viva conciencia de que todo acto médico es fundamentalmente un acto de ética, y muy en especial en la disciplina psiquiátrica.

Fruto de largas horas de tranquila discusión, suscitada por pacientes y compartida con la docencia común, las páginas que siguen recopilan los conceptos, descripciones y denominaciones que hemos considerado esenciales para la iniciación psiquiátrica. Nuestra primera intención fue configurar con ellas un cuadernillo auxiliar para la docencia psiquiátrica, que facilitara la adquisición de habilidades y destrezas en el reconocimiento, descripción y denominación de los hechos psíquicos insólitos que ofrece tanto el paciente que se propone a la acción médica especializada como el que se niega a ella, pero de algún modo es denunciado. La seriedad investigadora y el enorme esfuerzo de integración informativa del Dr. Ricardo Capponi hicieron posible que impensadamente tomara la forma de un texto.

La realidad clínica, en psiquiatría, adopta fisonomías versátiles según la dirección de los interrogantes con los que se la cuestiona. Esta peculiaridad de lo psíquico, que probablemente sea extensiva a otros modos de realidad, es agente de confusión para aquél que se inicia en la especialidad, y que proviene de un largo entrenamiento en el modelo médico tradicional, bajo una epistemología que en lo fundamental es de causalidad lineal. Trasladarse al modelo psiquiátrico del enfermar y padecer, con su multicausalidad circular, de determinancia bio-psico-social es un salto epistemológico mal tolerado, y muchas veces se hace abismal. Tal vez la mejor manera de realizar este cambio epistemológico ineludible, es iniciarse en la intención ricamente sostenida del esfuerzo del observador y descriptivo, esencialmente fenomenológico, evitando cautelosamente en tal primer tiempo formativo todo cuestionamiento explicativo de la realidad clínica psiquiátrica. No siempre es fácil resisitir el encantamiento de lo explicativo, que significa tanto reducir la angustia ante lo conocido, como liberar la fantasía encadenada. Sin embargo, este trabajo deja muy en claro que evitar lo explicativo, no inferir nada a través de lo evidente, es una etapa rigurosa en la formación psiquiátrica, y que una vez adquirida la habilidad y destreza en la observación y descripción rigurosa, sería mutilador para el pensar psiquiátrico detenerse en tal trama. Así lo plantea el capítulo que se refiere a la perspectiva categorial y a la perspectiva dimensional donde se dejan abiertos los límites de transición hacia la integración con el pensar hipotético e interpretativo.

Estamos ciertos de la solvencia con que los aspectos anteriormente destacados, entre otros muchos, han sido tratados en este trabajo de síntesis y creación realizado por el Dr. Capponi.

El estudio está, además, enriquecido por la formación filosófica del autor, adquirida

en la disciplina académica. Es pues, producto no sólo de la visión clínica que hemos compartido, sino también de las formas de pensar.

Dra. Ivette Claudet T.

Santiago, Septiembre, 1987

I

INTRODUCCIÓN

1. DEFINICIÓN DE OBJETIVOS DEL TEXTO

Este trabajo es fruto de una necesidad detectada en nuestra práctica docente. Tanto en los cursos de pre-grado como en la formación de post-grado en Psiquiatría, hemos asistido a la dificultad que tienen los alumnos para acceder con cierto orden y coherencia al reconocimiento de los fenómenos psicopatológicos desde el caudal de los hechos psíquicos normales. Al respecto les surgen muchas interrogantes, con mayor o menor claridad, pero que en general apuntan al deseo de satisfacer dudas respecto al enfermar psiquiátrico, desde la óptica médica tradicional en la que han sido formados.

Tales interrogantes pueden resumirse en las siguientes: ¿Como los psiquiatras ordenan los elementos constitutivos de nuestra mente? ¿Qué criterios subyacen a este ordenamiento? ¿Cual es la connotación precisa de aquellos términos del lenguaje psiquiátrico con los cuales se designan estos elementos y estados psíquicos, ya sean normales o patológicos? ¿Como detectarlos en los pacientes?

Tenemos la impresión de que tras estas preguntas, opera la mentalidad de un médico con la formación técnica y científica propia del concepto occidental de la Medicina. Así, con la primera pregunta lo que se demanda es ¿cual es la "fisiología" normal de este organismo que llamamos mente, y como se ordenan y relacionan sus constituyentes? En la segunda pregunta la interrogante es i, al ordenarlas de tal o cual modo, a que se le da importancia, a] "órgano" afectado, al "síntoma" o a la "función". La tercera pregunta se puede formular como i, cual es el mejor lenguaje denominativo de significación más universal para los signos y síntomas detectados? La última pregunta apunta i, cual es la metodología más útil para hacer la semiología?

Todas estas interrogantes son válidas. En este texto tratamos de tender un puente entre la actitud y el método general del médico, y la actitud y el método particular del psiquiatra, partiendo de aquello que tienen en común.

Este trabajo intentará responder las preguntas anteriormente formuladas, exponiendo una forma de agrupación y ordenamiento de los constituyentes de la mente, en base a la clasificación de las vivencias. También mostrará que la consideración de las vivencias como eje de la clasificación, es derivado de un método de aproximación al ser humano, el método fenomenológico, el cual tiene su propia epistemología en la filosofía fenomenológica. La sintomatología psíquica serán las alteraciones del vivenciar, las que adquieren su nombre propio y constituyen la psicopatología, y su semiología se hará a través del propio método fenomenológico.

Así entonces el alumno de medicina y el estudiante de post-grado, podrán visualizar que tras el diagnóstico psiquiátrico subyacen principios que en su estructura y organización son similares al diagnóstico médico. Así como a él en su formación le enseñaron primero la fisiología del aparato respiratorio, luego la fisiopatología del mismo, para enseguida aprender cómo se manifiesta esta fisiopatología en el enfermo, a través de una semiología en cuya práctica clínica se entreno, observará que el método psiquiátrico

guarda analogías que le facilitan su comprensión. Vera que cuando un psiquiatra se aproxima a un paciente, estará considerando los aspectos psicológicos del funcionamiento del aparato mental, sus vivencias (análogo a la fisiología), la alteración de estas, o sea su psicopatología (análogo a la fisiopatología), y que esta psicopatología se traduce en síntomas y signos que también son denominados con términos propios por el psiquiatra (análogo a la Semiología). Luego que el psiquiatra haya obtenido del paciente un conjunto de hechos psicopatológicos a modo de signos y síntomas, al igual que el médico los agrupará en síndromes, para enseguida ubicarlos en un diagnóstico nosológico más preciso. A modo de ejemplo; el médico general extrae una serie de síntomas y signos: disnea, taquicardia, cianosis, hipertamia, murmullo vesicular y broncovesicular, expectoración mucopurulenta, etc., y establece un diagnóstico sindrómico, que en este caso es un síndrome de insuficiencia respiratoria. Luego, sumando antecedentes y exámenes de laboratorio, intenta un diagnóstico nosológico: bronquitis aguda, bronquitis crónica, neumopatía, etc.

También el psiquiatra, al hacer análisis psicopatológico, extrae una serie de hechos psicopatológicos como por ejemplo: tristeza, decaimiento, anorexia, pesimismo, desesperanza, sentimientos de culpa y desvalorización propia, inhibición psicomotriz, etc., y los agrupa bajo un cuadro sindrómico, en este caso síndrome depresivo.

En seguida con otros antecedentes y exámenes se intenta un diagnóstico nosológico: depresión mayor monopolar, bipolar, distimia depresiva, etc. Desde otra perspectiva, cuando el médico se enfrenta a un paciente, es habitual que haga una evaluación del estado de ese paciente a través del tiempo, los eventos que lo han fortalecido, o por el contrario debilitado, y que lo predisponen a enfermarse. Se revisa su pasado, y se lo mira en su conformación dinámica a través del tiempo, bajo una perspectiva diacronica.

Lo mismo hace un psiquiatra cuando intenta evaluar psicopatológicamente la estructura y organización dinámica del sujeto en su expresión más estable, y que en definitiva cualifica las vivencias. Esto corresponde a la funcionalidad yoica. En tal orden diacronico adquieren importancia crucial las experiencias pasadas.

Sin embargo, aunque podemos hacer analogías entre los métodos de aproximación médica y psiquiátrica, no son homólogos. La medicina tiene que ver con signos y síntomas, en cuya evaluación y descripción debemos evitar cuidadosamente, la evaluación subjetiva del observador. En psiquiatría tratamos con fenómenos psíquicos, los cuales se nos muestran y aparecen en una interacción médico-paciente que les permite salir a luz. La evaluación tiene siempre un componente subjetivo, y su valor de verdad proviene del consenso que se logra por parte de los psiquiatras que han observado el fenómeno.

El objetivo básico de este trabajo es docente, teniendo como referente riguroso, la mejor formación psiquiátrica y psicológica. Lo creemos útil tanto para el estudiante de medicina, por su carácter orientador en la semiología psiquiátrica que el deberá manejar, como igualmente para la formación del psicólogo en esta área.

Así como la formación clínica de un estudiante de medicina comienza en su curso de semiología, también el psiquiatra en formación debe partir conociendo la semiología psiquiátrica y su psicopatología, antes de iniciarse en ningún otro ámbito del saber psiquiátrico.

En esta formación debe adquirir conocimientos básicos sobre el método de aproximación más útil en psicopatología, el lenguaje universalmente usado para designar los fenómenos, además de su ordenación e interrelación. Debe ser capaz de comprender desde un punto de vista fenomenológico, la relación que existe entre la psicología normal y la psicopatología.

En resumen, los contenidos de este texto son los siguientes:

En la introducción, pretendemos delinear los métodos de aproximación a la psicopatología con los que debe trabajar un psiquiatra o psicólogo. Estamos convencidos de que un texto de psicopatología y que quizás más bien pudiera llamarse de semiología psiquiátrica, apuntando a su carácter de aplicación práctica, debe privilegiar por sobre toda preciosidad teórica su eficiencia como instrumento de ayuda al acto de curación mental. Y de lo anterior, llegaremos a la conclusión de que la ética debe ser el principio orientador de todo texto de ciencia aplicada, y muy en especial en Psiquiatría.

Desarrollaremos estas ideas en la introducción en relación a conceptos de normalidad-anormalidad, salud-enfermedad y las posibles consecuencias de la negación de estas categorías. Luego señalaremos como y por qué la ética debe ser el principio orientador que determine el método de aproximación de un texto de semiología psiquiátrica. Terminaremos describiendo los métodos a usar: el fenomenológico descriptivo categorial y el fenomenológico descriptivo dimensional.

A través del desarrollo del texto, pretendemos emplear un lenguaje semiológico básico, respetando la connotación habitual de los términos. En lo que se refiere a la psicopatología y semiología del Yo, inevitablemente asumimos una visión propia, ya que es un área de la psicopatología que los textos abocados al tema o no la tratan, o si lo hacen es para plantear un constructo hipotético que no se cinea a la descripción de lo observado, condición que estimamos fundamental en esta tarea. Tuvimos dudas al incluir este capítulo en el conjunto del texto, ya que es solo una proposición, que representa un esfuerzo de integración, sin tener la certeza de haberlo logrado plenamente en sus contenidos. Decidimos presentarlo en el contexto de un trabajo docente de psicopatología, de manera que se vea con más claridad la denuncia metodológica que hacemos.

Intentaremos destacar el núcleo de identidad que existiría entre el hecho psicológico normal y el hecho psicopatológico, ubicando al comienzo de cada capítulo una breve descripción de los aspectos psicológicos normales más próximos al área del vivenciar explorado. No pretendemos hacer una puesta al día de las últimas teorías psicopatológicas. Eso no corresponde a un texto cuyo objetivo principal es la semiología psiquiátrica y que, por lo tanto, pretende describir fenomenológicamente la vivencia en cuestión, y no el dar cuenta de las hipótesis científicas derivables, ya sean neurológicas, psicoanalíticas, bioquímicas, comportamentales, etc.

Como el texto privilegia la praxis médica en un sentido amplio y esta práctica está condicionada por los hallazgos científicos que nos dan la base para una eficiente intervención sobre el sujeto, el progreso de la ciencia en cierta medida enriquece y motiva las descripciones fenomenológicas de la psicopatología. En relación a esto podemos decir que el progreso de la psiquiatría biológica hace que la fenomenología descriptiva adquiera un relieve especial, ya que muchas veces la administración de un fármaco va a depender del diagnóstico psicopatológico de los síntomas del estado clínico. El psicoanálisis y las escuelas dinámicas, en un sentido amplio, describe lo que pasa con la estructura y organización del sujeto en sus interacciones, las dimensiones internas que conforman su sistema dinámico y cuya posibilidad de modificación radica en la actualización de las variables en juego, pero esta vez orientadas por el terapeuta a una interacción que induzca cambios en su estructura y organización original para la mejor funcionalidad de la persona. Esta aproximación que nosotros llamamos dinámica, contribuye también con su progreso científico a la psicopatología y es imprescindible que forme parte de un texto de semiología psiquiátrica que pretende ser útil.

2. FUNDAMENTOS DE LOS CONCEPTOS NORMALIDAD-ANORMALIDAD, SALUD-ENFERMEDAD

A. Introducción

A pesar del interés que suscitan temas tales como la delimitación de los conceptos de salud-enfermedad, normalidad-anormalidad, es escasa la literatura que existe al respecto. Es probable que este fenómeno se deba a la vocación práctica que tienen los profesionales dedicados al área de la salud, en especial los médicos, que los hace poco proclives a la especulación teórica.

No así en el área psiquiátrica. Las primeras preguntas que surgen en el estudiante de medicina al hacer su curso de psiquiatría, o al becado en el inicio de su formación, son de índole especulativa, en torno a que vamos a llamar sano, normal, enfermo o anormal. Esta reflexión se ha acentuado en especial estos últimos 30 años, debido al cuestionamiento de la norma rígida y la relativización de esta. También ha influido el psicoanálisis y su visión de la psicopatología como un continuo, en que la normalidad y anormalidad se plantean como, una cuestión de grados sin diferencias cualitativas, sino solo cuantitativas, y donde todos estamos expuestos en mayor o menor medida a transitar de un extremo al otro. Algo similar ha sido el aporte de la antropología cultural, que nos ha mostrado pueblos y culturas diversas de la nuestra, con una coherencia interna que nos lleva a relativizar el concepto despectivo de "primitividad". En ambos casos, ya sea frente al enfermo mental como a culturas aparentemente más rudimentarias, hemos perdido el aire de superioridad arrastrado tantos años y hemos relativizado la norma. Por otro lado confluyen a este cuestionamiento los métodos sociológicos que señalan que las cosas no son lo que aparentan y que tras un psiquiatra, con las mejores intenciones de ayuda, pudiera existir un mercenario de los intereses de una determinada sociedad. Esto último está fuertemente apoyado por diversas teorías, métodos, técnicas y lenguajes, que condenan la concepción de enfermo mental que maneja nuestra sociedad, y propone cambios radicales. Movimientos antipsiquiátricos interesantes y que han hecho notar su influencia en las últimas décadas.

Por último, la crisis actual de las concepciones psiquiátricas no es sino la cristalización, en esta disciplina, de una crisis general de los valores y de las instituciones que vive nuestra sociedad.

Es en los periodos de crisis, cuando el impulso y la motivación a la acción, planificación y construcción de las cosas se ven trabados por la pérdida del sentido, que el hombre recurre a la meditación y reflexión, buscando los fundamentos lógicos y epistemológicos de sus propias creencias: "Me parece que es durante los periodos de crisis que los científicos se vuelven al análisis filosófico de lo que hacen" (Khan Th. 1969). Este camino reflexivo que desarrollaremos enseguida sigue en gran medida el esquema planteado por Cuzzolaro M.; *Normalità e devianza*. Rev. di Psichiatria. Italia 1977, 4, p. 20-239.

B. Concepto de normalidad

Normalidad etimológicamente significa dar cumplimiento a una norma. Para entender el concepto de normalidad debemos abordar el tema de la norma, tal como es usado en la actualidad.

A juicio nuestro, existen dos significados del término norma:

1. Norma ideal
2. Norma descriptiva o estadística o modal

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

Aquello considerado como norma ideal puede provenir de un modelo creado por el hombre, el cual se supone debe cumplirse para poder considerarse normal, o de un modelo extraído de la naturaleza de los seres vivos, al que se le da el carácter de paradigma en que basarse para calificar lo sano de lo desviado. Revisemos ambas normas ideales.

1.1. Norma ideal prescriptiva o del deber.

Concepto: Es la norma del deber. Normal es aquello que es como debe ser y desviado o anormal, aquello que no es como debe ser. Este deber ser es, en relación a una hipótesis coherente que da cuenta de como sería un funcionamiento óptimo del sujeto. Un ejemplo de norma prescriptiva o ideal en psiquiatría es la derivada del psicoanálisis. La normalidad es considerada como una matriz de funciones altamente integradas. Relaciona los diversos elementos constitutivos del yo en una interacción que se describe como un funcionamiento ideal y óptimo. Esto se aprecia cuando un psicoanalista habla de salud mental, como cuando se refiere al complejo problema de definir criterios de tratamiento exitoso. Freud lo dijo: "Un yo normal es, como la normalidad en general, un ideal ficticio".

Limitaciones:

- a) Plantea un criterio subjetivo, arbitrario y selectivo, que es aquel que subyace en los fundamentos sobre los cuales construye su hipótesis, al cual se supone debe el hombre tender para ser considerado normal.
- b) Como nadie puede alcanzar una norma teórica tan perfecta, es un ideal ficticio frente al cual todos somos anormales.
- c) Carece de utilidad clínica, ya que no discierne finalmente sobre quien necesita ayuda.

1.2. Norma ideal natural, constitutiva o funcional.

Concepto: Cuzzolaro la llama norma constitutiva y la define como "aquella norma que precede a la identificación de algún procedimiento". Eynseck la llama norma natural apelando al modelo de funcionamiento en el cual se basa. Hofstatter la denomina norma funcional y señala: "es el estado adecuado de un individuo en relación a sus fines y a su actividad". Esta norma enjuicia el comportamiento en base a las características y a los objetivos de un individuo, y lo considera normal cuando es adecuado y eficiente. Presupone la existencia de un orden, orden que tendría su cumplimiento máximo en la eficiencia y adecuación, o sea en el rendimiento, en el progreso y en la estética, según patrones subjetivos. Detrás de este orden existirían

leyes que regulan los fenómenos.- La anormalidad, la desviación y la enfermedad serían una transgresión a estas leyes. Cuando encuentra un fenómeno que no puede ser explicado desde estas leyes, no reconoce la insuficiencia de la teoría, sino que estigmatiza el fenómeno.

Limitaciones:

- a) Es un criterio de norma subjetiva y arbitrario. Proviene de una sobrevaloración de los procesos naturales en una concepción positivista, que no integra el sentido de la limitación, el defecto y la muerte. Corre el riesgo de implicar un activismo curativo a ultranza, frente a todo aquello "no natural".
- b) Incluso es difícil señalar que es natural y que no lo es. Un pulmón enfisematoso tiene también sus leyes y normas de funcionamiento, ni más ni menos que un pulmón sano. Mas aun, todo aquello que existe tiene una regla intrínseca de funcionamiento. Nada autoriza a definir al primero como menos natural que el segundo.

2. Norma descriptiva, estadística o modal.

Concepto: Normal es aquello que se observa más a menudo, identificándose la norma con la mayor frecuencia.

La diferencia entre normal-anormal es cuantitativa. Las conductas, las personalidades, las predisposiciones, las capacidades, los rasgos, etc., se distribuyen según la curva de Gauss. El rango medio abarca la psicología normal, los dos extremos corresponden a la psicopatología, anormalidad o desviación. La línea que separa estos grupos es antojadiza.

Limitaciones:

- a) No necesariamente lo más frecuente es normal. Es muy frecuente presentar estados gripales, sin embargo no podríamos decir que es un fenómeno normal.
- b) Un comportamiento normal en un ambiente y en una época, no lo será en otro lugar y en otro momento.
- c) Al no estar definido el punto de la curva de frecuencia en el cual el normal pasa a ser anormal, no sirve en la práctica como instrumento normador que indique con precisión quien necesita ayuda.

C. Relatividad de la norma

En el jardín perfumado del templo de Venus, ante la estatua de la diosa, Caride de Corinto y Calícrates de Atenas discuten "si es preferible el amor hecho con mujeres o aquel realizado con hombres". Es el tema de un diálogo de Luciano de Samosata. Los argumentos de los discutidores son los de siempre: Caride apela a las leyes de la naturaleza, las cuales es peligroso e impío violar, recordando que solo el amor heterosexual mantiene la conservación de la especie, y afirma que es más bello hacer el amor con mujeres. Calícrates rebate que el hombre no es un pasivo ejecutor de los instintos, sino el autor de elecciones individuales y el inventor de comportamientos nuevos, y sostiene que para él es más hermoso hacer el amor con los muchachos. Licino, árbitro del debate, sentencia: "el matrimonio es para todos, el amor con jovencitos debe ser solamente para los filósofos".

El año 1968 la American Psychiatric Association (DSM II) clasificaba la homosexualidad como un trastorno mental que figuraba entre las desviaciones sexuales, en el grupo de las neurosis, trastornos de la personalidad y otros trastornos psíquicos no psicóticos. El 15 de diciembre de 1973, el DSM III elimina de su lista oficial la homosexualidad. Desde ese día, todos los homosexuales (al menos los americanos),

anormales hasta 24 horas antes, se curan como por encanto.

Entre los indios Kwakiutl de la isla Vancouver, de la costa noroccidental de USA, la cultura se basa en el "potlatch", lucha por el prestigio. Megalomania, agresividad, desconfianza, son privilegiadas y exaltadas por medio de sus costumbres en los torneos, en la provocación y en las batallas por el dominio. Ruth Benedict sostiene que el germen de la paranoia se busca y se cultiva en la criatura en un coherente sistema educativo, donde el comportamiento remisivo y pacífico se considera anormal.

En el otoño del 79 se promulgo en Italia la ley que permite el uso de la marihuana y del haschich, tan normal como el consumo de alcohol, tabaco y café.

Estos son ejemplos extraídos del trabajo de Cuzzolaro, con el fin de ilustrar la relatividad del concepto de norma. La estabilidad de los parámetros que permitan distinguir entre lo normal y lo patológico parecen tambalear. En Grecia la homosexualidad era normal para los filósofos, pero reprochable para la gente común; los homosexuales se mejoraron a partir del año 73 de una supuesta condición enferma. Un Kwakiutl, exitoso entre su gente, para nosotros sería intemado con el diagnóstico de paranoia; y un masticador de coca de la zona andina, que pasa como uno más entre los suyos, sería puesto en prisión o en un centro de higiene mental en nuestra sociedad.

De lo anterior podríamos concluir que el comportamiento anormal es solo aquel que se desvía de la norma de una cierta cultura, en un momento histórico dado.

Como señalábamos en la introducción, el cuestionamiento de la norma rígida y opresora de fines de siglo pasado, señalado por Nietzsche, reforzado por las teorías psicoanalíticas de Freud y por los análisis sociológicos de Marx, creó las condiciones para el surgimiento de una actitud relativista frente a la norma; lo establecido, lo considerado convencionalmente como verdadero.

Ilustra de manera concreta este tránsito desde una normatividad rígida hacia un relativismo más respetuoso, el cambio ocurrido en las posturas antropológicas. La historia de la antropología que va de Levi-Bruhl a Levi-Strauss muestra el pasaje del etnocentrismo al relativismo étnico. O sea, de un evaluar todas las culturas, teniendo como paradigma la nuestra, a un considerar que ninguna cultura debe enjuiciarse en relación a otra.

Levi-Bruhl y los etnólogos del pasado concebían la sociedad primitiva como un escenario de los estados infantiles de la humanidad. Un ingenuo etnocentrismo llevaba a considerar tal cultura como detenida, atrasada, respecto a la sociedad occidental. Esta postura de superioridad de Occidente confirmaba los sustratos ideológicos de la intolerancia, el racismo y de la tendencia a colonizar, o sea, a sustituir violentamente la cultura de los demás por la propia "por el bien de los otros".

La moderna antropología cultural, de la cual C. Levi-Strauss es el exponente más celebre, reconoce el error de quien pretende enjuiciar otra civilización con los criterios de la suya propia. El relativismo étnico plantea que no existe una cultura superior a la otra, ya que no existen parámetros en base a los cuales hacer el juicio. Cualquier parámetro, norma o paradigma, se origina en el seno de una determinada cultura, cada una de las cuales tiene su sentido y coherencia interna, siendo imposible demostrar su mejor o peor postura vital frente a otros. Al no disponer de criterio externo para enjuiciar otras culturas, debemos aceptarla y respetarla globalmente.

D. Concepto de norma en la psiquiatría transcultural

La psiquiatría transcultural, o psiquiatría comparada o etnopsiquiatría, investiga los aspectos psiquiátricos que separan los límites de una sola cultura.

El concepto de norma, en relación al enjuiciamiento de lo que sería normal o

anormal en cierta cultura, materia de investigación de esta rama de la psiquiatría, se ha visto fuertemente influido por la antropología moderna y los factores que anteriormente señalábamos. Estos investigadores han elaborado el problema de la relatividad cultural del concepto de enfermedad mental, señalando y describiendo numerosas culturas que manejan concepciones significativamente diferentes de lo que se considera un enfermo mental.

A su juicio, un comportamiento psicótico en nuestra cultura, puede ser normal en otra. El concepto de normal sería una variante del concepto de bueno, y una acción buena es aquella que es aprobada por la colectividad, de acuerdo a sus consecuencias, creencias e ideales.

En otras palabras, la etnopsiquiatría rechazaría el concepto de norma ideal, y se adscribiría al concepto de norma descriptiva, estadística o modal. Como plantea Foley, "el juicio de normalidad de una cierta cultura puede y debe fundarse solo sobre criterios estadísticos y prescindir de cualquier juicio de valor, que será inevitablemente arbitrario. En suma, la cultura es la norma, y esta no puede confrontarse con otras". Sin embargo, debemos precisar que los etnopsiquiatras no rechazan el concepto de norma ideal, lo que sucede es que se adscriben a él en otra categoría. Consideran como norma ideal el relativismo. O sea, lo ideal, lo deseado, lo que debe ser, es aquello que una cultura determina como tal. Y al interior de cada cultura la normalidad estará dada por el cumplimiento de estas normas buenas para tal cultura, que evidentemente tenderán a ser las más frecuentes.

En resumen, el concepto etnopsiquiátrico incluye la norma ideal aunque pretende rechazarla, al considerar el relativismo de la norma como ideal, y también la norma estadística, como parámetro al interior de cada cultura. Sin embargo, esta posición conlleva sus riesgos y contradicciones: hay sociedades, grupos y culturas que se adaptan a condiciones de vida infima, encuentran su sentido en esas condiciones, elaboran sus normas y tienden a cumplirlas aunque estas impliquen grandes frustraciones y amarguras. Simplemente no saben que existen otras mejores. El hombre puede contentarse con una realización limitada y dolorosa de la propia humanidad porque le parece que es la única posible. Este concepto de norma que debilita la motivación a la superación por parte del grupo, el deseo de cambio estructural que generaría mejores condiciones de vida, facilita también la pasividad por parte de quienes viven en mejores condiciones y que a menudo manejan el poder. "Para que nos ocupamos de los grupos marginados, si por último ellos son felices así como son".

Otro déficit de este concepto relativista implica que la génesis del disturbio psíquico sería prevalentemente, si no exclusivamente, cultural. Los factores psicobiológicos universales, aquellos aspectos constantes y unitarios que se dan en las enfermedades psiquiátricas a través de todas las culturas, bajo esta concepción están negados. Algunos autores, como Cuzzolaro, Frighi, Wegrocki y Magli, consideran que el error de los etnopsiquiatras relativistas yace en sobrevalorar los contenidos del comportamiento, los cuales son efectivamente relativos, y evitan así el análisis de la forma y de la estructura. "La percepción delirante no podrá ser más relativista en el plano de la forma" (Frighi, 1965). "El comportamiento de los Kwakiutl es análogo, no homólogo al de los paranoicos" (Wegrocki, 1953). "El toxicomano se aliena, usa la droga para huir de sí mismo, su meta es el vacío y el anulamiento" (Magli, 1979). El uso de las drogas en rituales y ceremonias religiosas es muy diferente. Tiene un significado colectivo. El chamán es entero. Es utilizado por el grupo del cual forma parte y que le ofrece a su patología... ; "un nicho institucional: de hecho él mismo percibe su propia inclinación chamánica como dolorosamente egodistónica y, aunque utilizado, permanece al margen del grupo" (Cuzzolaro, 1977).

Analizando esta misma situación del chamán, podemos evidenciar el tercer defecto

del concepto de norma etnopsiquiátrico relativista. El chaman siente que hospeda en el un omuncolo-devorador-del mal. La tribu cree, por tradición, que los chamanes tienen poderes sobrenaturales. "Confundir las dos cosas equivale a negarse a distinguir lo sociológico de lo psicológico... el chaman está perturbado no porque comparte la creencia de su tribu, sino porque, en su caso particular, tal creencia se transforma... en una experiencia subjetiva" (Devereaux, 1973). Esta confusión entre lo sociológico y lo psicológico se da también al considerar la utilidad social como criterio de salud mental. "Hay estados que llamamos patológicos, aunque estos puedan ser usados en un determinado contexto. La locura del chaman es usada por su tribu, así como el niño psicótico es el 'loco por procura' que permite a una familia no enfrentar las funciones y los conflictos en sus otros miembros. En cualquier caso, esta 'utilización' no autoriza a negar la enfermedad" (Devereaux, 1973).

Estas últimas reflexiones imponen las necesidades de elaborar un fundamento de la norma.

E. Hacia un fundamento del concepto de normalidad

Hemos señalado en estos apuntes que la aproximación a la psicopatología la haremos a través del método fenomenológico. Surge de inmediato la pregunta, ¿existe un concepto de normalidad-anormalidad o salud y enfermedad, que pueda derivarse de este método? Creemos que no. El método fenomenológico se inscribe en lo que definiremos como el primer acto del quehacer médico, el momento en el que se describen los fenómenos. El momento operativo dedicado a la modificación de los fenómenos, que pertenece al orden de los valores, donde el hacer o no hacer es una elección ética, y que es el que define en sentido estricto lo anormal o lo enfermo, es totalmente ajeno al método fenomenológico descriptivo que Jaspers trasladó a la psicopatología desde la fenomenología Husserliana.

Al llegar a este punto debemos precisar algunos conceptos en relación al método Fenomenológico en Psiquiatría.

Fenomenología en Psiquiatría puede tener dos acepciones: en el sentido de una psicología descriptiva de las manifestaciones de la conciencia, o como un método de investigación de los modos de existencia del enfermo. La primera, en definitiva la "psicología descriptiva" es la propiamente Jaspersiana. Sarro Burbano en su trabajo "La agonía del psicoanálisis", señala que Jaspers, que abandonó la psiquiatría para dedicarse a la filosofía, en la cual se aplica el método fenomenológico propiamente tal, en el prólogo a la séptima edición de su obra "Psicopatología General", señala que su libro no representa una dirección fenomenológica en el sentido habitual del término. Jaspers escribe su psicopatología general basado en el concepto inicial de Husserl sobre fenomenología. La captación de las cosas mismas provenía de la descripción saturada de rigor. De aquí proviene la fenomenología descriptiva y elementalista de Jaspers. En un segundo momento para Husserl la fenomenología deja de ser una descripción y se convierte en una intuición de esencias. Jaspers para entonces estará dedicado a la filosofía, y serán otros los que aplicaran a la psiquiatría esta segunda acepción del método, que corresponde al concepto de método fenomenológico más comúnmente usado.

La captación de esencias se convierte en psiquiatría en la captación de los modos de existencia del enfermo. Por esto se le denominará fenomenología existencial. Sus pioneros son Minkowski y Binswanger. En esta escuela, si se puede deducir un concepto de hombre enfermo, inspirado en la postura metafísica que elabora en relación a la existencia. No así del método Jaspersiano, en tanto fiel recolección de lo experimentado por el enfermo y por el observador frente a este. A través del texto, usamos el término fenomenología en el

sentido descriptivo Jaspersiano, y por ende no podemos desde este concluir un concepto de normalidad o anormalidad.

En la fundamentación del concepto de normalidad distinguimos los siguientes tres aspectos:

a) **La normalidad como juicio inevitablemente subjetivo:** Como hemos visto el esfuerzo por definir la anormalidad en términos objetivos prescindiendo de los juicios de valor, resulta estéril. Debemos aceptar que el acto de determinar lo normal o lo anormal es siempre un juicio, o sea una operación valorativa y por lo tanto subjetiva, fundada sobre una diferencia cualitativa y no cuantitativa. En estas operaciones valorativas distinguimos y clasificamos no solo en relación a sus diferencias con los demás, sino que también emitimos un juicio valorativo al atribuirle un valor negativo a determinada condición.

En medicina, y así en psiquiatría como en cada ciencia aplicada, se llevan a cabo dos operaciones distintas, aunque en la práctica se realizan fundidas:

1. Un momento especulativo dedicado a la reflexión e interpretación objetiva de los fenómenos que pertenecen al orden de los hechos, siendo una acción descriptiva y cuantificadora.
2. Un momento operativo dedicado a la modificación de los fenómenos y orientado por un juicio cualitativo, que pertenece al orden de los valores y es subjetivo en el sentido antropocéntrico.

La primera operación pertenece al campo de la ciencia objetiva, natural; la segunda es una elección subjetiva, o más precisamente ética.

Como señala Cuzzolaro: "Hasta el más técnico de los médicos, no escapa a esta bipolaridad, la cual es intrínseca a su rol, a su función. No puede sustraerse a la responsabilidad de un juicio de valor. Cuando individualiza un tumor, y en seguida cuantifica el grado de desarrollo según reglas convencionales, realza un hecho natural. Cuando lo cualifica como enfermedad y lo extirpa, lo valora como evento negativo, malo. (Malade, en francés, malattia en italiano, tienen la misma raíz que malo). Negativo y malo respecto al hombre, y concretamente a su paciente, no a la naturaleza. Nosotros enjuicamos como enfermedad el infarto que mata a un hombre o la locura que altera su mente, pero no así un ciclón o la explosión de una estrella. Estos fenómenos los consideramos impresionantes pero naturales, o sea normales. No nos planteamos que contravengan las leyes naturales. Que un hombre muera de infarto o enloquezca es un evento absolutamente natural, que no desobedece ninguna ley; al contrario, nos muestra un natural y docil sometimiento a las leyes naturales. Pero no es la misma cosa para 'el hombre'. Y no lo es porque debe vivir y vivir bien, es porque 'quiere' vivir. El tumor, el infarto, la locura, no son una transgresión a las normas naturales del hombre, sino desilusiones de sus deseos. Sano-enfermo, normal-anormal son antinomias médicas, no biológicas. Basta pensar que el biólogo enjuicia la sexualidad y la muerte como fenómenos del todo equivalentes, indispensables para el continuo renovamiento genético que permite la evolución de la especie. Por esto Canghilhem escribe que la patología puede ser científica, pero nunca podrá ser objetiva".

Hasta fines de la edad media, el hombre occidental consideraba el universo como construido para sus fines, en una visión encantada donde todo era para y por el hombre, ilusión narcisista antropocéntrica de la realidad, que llegaba a concebir la enfermedad como tal para el hombre y no para la naturaleza. Todo esto mediatizado por Dios. Lo que Weber llama el desencantamiento del mundo que nace con el desarrollo de la racionalidad científica iniciada con Copérnico y Galileo, y que si bien en su primer momento ubica al hombre en el centro del universo, en una comprensible actitud de soberbia, posteriormente

lo llevara a darse cuenta de su limitacion y precariedad. Hoy día se plantea un universo no necesariamente construido para sus fines, frente al cual debe asumir un compromiso y una responsabilidad, donde los aspectos eticos cobran un interes diferente al tradicionalmente planteado.

b) **La anormalidad, juicio que no es subjetivo ni objetivo sino etico.** Hasta aca hemos senalado que el concepto de normalidad es un juicio y que como tal es subjetivo. El fundamento, o dicho de otra manera, las variables que subyacen y contribuyen a plasmar un determinado juicio constituyen en ultima instancia la postura etica del sujeto que emite el juicio, pero que como veremos a continuacion, no puede reducirse a un simple subjetivismo.

Lo que hemos querido subrayar es que el concepto de normalidad no es puramente objetivo, para lo cual hemos resaltado su componente subjetivo; para ser mas precisos, el juicio valorativo no es ni puramente subjetivo ni objetivo, es una categoria diferente, que se nutre de ambos en su constitucion pero no es ni lo uno ni lo otro.

Todo juicio valorativo es etico, y la etica, como rama de la filosofia, se preocupa del fundamento epistemológico y metafisico de los valores.

No es nuestra intencion extendernos en los fundamentos metafisicos de la axiologia, pero si queremos senalar como el concepto de normalidad-anormalidad se situa y se ha situado en la historia de nuestra cultura inevitablemente en el plano etico.

Gregory Zilboorg en su Historia de la Psicologia Medica senala que en tiempos de Hipocrates, las perturbaciones mentales no se consideraban enfermedades, aunque la mitologia griega abunda en ejemplos de locura. La tradicion homerica era teurgica: el hombre se enfermaba mentalmente porque los dioses le quitaban su espiritu. En Grecia los enfermos se trataban en los templos con herederos sacerdotales de los secretos de la curacion, quienes intervenian con imponentes ceremonias religiosas. Platón consideraba dos clases de insania: la locura y la ignorancia. Y tambien dos clases de locura o mania, un resultado de enfermedad, y otra "es un don de los dioses, es celestial, es una forma superior de locura y posee cualidades profeticas". El delirio de los profetas lo produce Apolo; el de los "Iniciados" Dionisio; el de los poetas, las musas; el de los amantes, Afrodita y Eros.

La tradicion medica iniciada por Hipocrates (400 a.C.), seguida por Asclepiades, Celso, Areteo de Capadocia, Celio Aureliano, Sorano y que culmina con Galeno (130-200 d.C.), quien realiza una sintesis del intento riguroso y cientifico de la medicina greco-romana, se vera ahogada en el crepusculo de esa edad llamada comunmente del oscurantismo, en donde la enfermedad mental estara en manos de Dios y de su enemigo Lucifer.

Las autoridades cristianas primitivas se plantean perplejas y temerosas ante la enfermedad mental. Era frecuente que los locos se dedicaran a cavilaciones teologicas. El problema era si se estaba frente a un santo o un demonio. Es San Agustin quien formula y sistematiza los principios medievales de la psicologia humana, fundiendo Dios y alma, teologia y psicologia, y marcando asi el tratamiento de la psicologia para toda la Edad Media.

Las perturbaciones psiquicas las padecen los herejes. Algunos considerados como enfermos eran tratados con exorcismos.

Zilboorg cita un viejo manuscrito del siglo x referente al tratamiento con exorcismo de la histeria que se consideraba como un utero errante por el cuerpo. "¡Oh, matriz, matriz, matriz, matriz cilindrica, matriz roja, matriz blanca, matriz carnal, matriz bendita, matriz grande, matriz neufrenica, hinchada! ¡Oh matriz demoniaca! Yo te conjuro, oh matriz, por los nueve coros de los angeles y por todas las virtudes del cielo, a volver a tu lugar con toda la docilidad y calma posible y a no moverte y causar molestia alguna a esta sierva de

Dios".

En esta confusión en que el pecado y la enfermedad mental se identificaron en el espíritu del hombre, será el diablo el causante de la anormalidad psíquica, donde el pecado más grave del hombre y la mujer y preocupación fundamental del demonio es el sexo. Como dice Zilboorg, "El 'Fornicarium' de Nider y el famoso 'Malleus Maleficarum' del siglo xv eran piedras miliares de una condición indomable, y de un temor vivo".

Cirujanos y clínicos famosos de la época comulgaban con este juicio acerca de la enfermedad mental. Para Juan Lang, el demonio metía cosas en el cuerpo, para Ambrosio Pere "el diablo penetra a veces en nuestros cuerpos y nos tortura con extraños tormentos". Fernel consideraba que los hombres se transformaban en animales por obra del diablo. Plater el año 1600 clasificó las enfermedades mentales, y consideró que todas eran provocadas por el demonio. Leloyer atribuía la "mudez psicopatológica" al diablo, que ocupando todo el cuerpo del hombre permanecía silencioso.

La Edad Moderna concibe al enfermo mental, al anormal, a la luz de su propia fe, pero esta vez no es fe en Dios sino en sí mismo, en su capacidad de dominar y controlar el mundo, acicateado por el fascinante mundo del progreso que le ofrece la ciencia y la técnica. Es la perspectiva de la época clásica, cristalizada en todo su esplendor en la ilustración y la revolución industrial.

Foucault elogia la experiencia medieval y renacentista de la locura, sin preocuparse de los excesos cometidos, sino valorando el carácter simbólico que esos periodos le atribuyen al loco como una figura escatológica. "El debate en la Edad Media hasta el Renacimiento del hombre con la demencia, era un debate dramático que lo enfrentaba con las potencias sordas del mundo y la experiencia de la locura se obnubilaba entonces en imágenes donde se representaba la caída, la consumación, la bestia, la metamorfosis, y todos los secretos, maravillosos de la sabiduría". Sin embargo, Foucault señala que con el advenimiento de la época clásica "la locura ha dejado de ser en los confines del mundo del hombre y la muerte, una figura escatológica; se ha disipado la noche sobre la cual tenía ella los ojos fijos, la noche en la cual nacían las formas de lo imposible. El olvido cae sobre ese mundo que surcaba la libre esclavitud de su nave; ya no ira de un más acá del mundo a un más allá en su tránsito extraño, no será ya nunca ese límite absoluto y fugitivo. Ahora ha atracado en las cosas y la gente. Retenida y mantenida, ya no es barca sino hospital".

Refiere Foucault que la locura va a ser reducida al silencio por la época clásica a través de la fuerza. Se crea el hospital general, instancia de orden monárquico y burgués que se organiza en Francia y posteriormente se extiende a toda Europa. El problema de la anormalidad mental se confunde con la vagancia, la insensatez, la mendicidad y la ociosidad. Se transforma en un asunto de policía. Es una respuesta a la crisis económica del siglo xvii que en Europa se traduce en desempleo, pobreza, vagancia, agitación, motines, etc., y por lo tanto peligro para el sistema establecido. Es la ociosidad la que va definiendo el perfil del anormal. Foucault señala: "En la Edad Clásica, por primera vez, la locura es percibida a través de una condenación ética de la ociosidad, y dentro de una inmanencia social garantizada por la comunidad del trabajo, donde el inútil social es rechazado. Al loco se le margina porque franquea por sí mismo las fronteras del orden burgués". Al anormal se le rechaza por su falta de perseverancia, su insensatez, su ociosidad y pobreza, su pasividad que cuestiona ese espíritu progresista, exitista y eficientista de la época.

El anormal es despreciado porque no es como todos, no corresponde al promedio, escapa a la norma, a la medida, y cuestiona asuntos delicados que la sociedad no está dispuesta a revisar porque intuye que corroe sus cimientos.

El racionalismo y el positivismo gestados en la época clásica ahogarán al hombre y

lo llevarán a la desesperación en nuestra época contemporánea. Es Kierkegaard su exponente más emotivo. Kierkegaard quiere liberar al hombre de un Dios exigente, racional y opresor. "Lo que me importa es entender el propio sentido y definición de mi ser, ver lo que Dios quiere de mí verdaderamente, lo que debo hacer; es preciso encontrar una verdad; la verdad es para mí hallar la idea por la que yo quiero vivir y morir". "... y la verdad consiste precisamente en esa hazana de elegir, con la pasión de la infinitud, lo objetivamente inseguro".

Nietzsche, Marx y Freud también emprenden a su modo la búsqueda de un hombre nuevo. Para el primero será el superhombre que rompe con la moral restrictiva y se realiza en plenitud dando rienda suelta a una naturaleza dionisiaca que lo hará libre. Para Marx es el hombre que logra liberarse de la esclavitud de una sociedad en que las relaciones están mediatizadas por el dinero. Freud desea liberar al hombre de las restricciones impuestas por una sociedad neurótica, narcisista, exigente, castigadora y represiva, trabajando sobre aquella instancia donde se incorporan dichas restricciones; el inconsciente.

Los cuatro aspiran al mismo objetivo: liberar al hombre. La libertad se constituirá en la piedra angular de la evolución cultural de nuestra sociedad contemporánea. Es este, el momento histórico que vivimos, que nos lleva a plantear la cuestión de la normalidad-anormalidad en estos términos: la anormalidad como una pérdida de la libertad.

Hemos descrito como el juicio de normalidad-anormalidad en la historia de Occidente ha estado condicionado por el momento cultural por el cual la sociedad atraviesa. Se ha enjuiciado al anormal como un castigo de Dios, como un ocioso y actualmente como un reprimido en sus libertades de ser. Hemos señalado que no podemos enjuiciar una cultura o un momento cultural como superior o inferior. Los tres momentos son válidos. Sin embargo, todos tienen una responsabilidad histórica, en relación a la cual los evaluamos. Y esta es el juicio ético que se hizo del enfermo mental, juicio ético en cuanto entraña una praxis. No enjuiciamos que al loco se le haya considerado un santo o un demonio, postura inclusive interesante y atractiva, sino que se hizo con él. No enjuiciamos el considerar al anormal como al margen del proceso productivo, sino que se hizo con él. Tampoco se nos enjuiciara el considerar hoy día al anormal como restringido en sus posibilidades de ser, sino que hacemos con él: si tras esta concepción del enfermo mental concluimos una práctica en la cual lo "abandonamos" para que se despliegue en toda su libertad, si por llevarlo a ser libre lo sometemos a diversos procedimientos que resulten finalmente más opresores que su propia condición, o si lo acompañamos respetuosamente en la búsqueda de su propia existencia. Esta es en definitiva la elaboración ética que debe asumir el profesional de la salud mental, como una responsabilidad ineludible.

La interrogante que surge a continuación es acerca de la metodología a seguir. Metodología que nos conduzca a una adecuada elaboración ética de los conceptos de normalidad-anormalidad. Podríamos decir que es la metodología de análisis valorativo ético o axiológico, que deben tener presente en su discernimiento todas las ciencias aplicadas. Siguiendo de cerca a A. Salazar Bondy en su texto "Para una Filosofía del Valor", queremos señalar los siguientes aspectos como los más importantes en dicha elaboración.

Hay básicamente dos formas de relacionarse con el mundo, las personas y las cosas. En una actitud en que la conciencia constata y en que la experiencia se traduce en una contemplación neutra de las cosas. O una conciencia y una experiencia donde lo fundamental no es la constatación o expectación pasiva sino el compromiso. Esto último significa aceptación o rechazo del mundo por el sujeto. Es en esta segunda actitud donde se constituye lo esencial de la praxis, y por ende de la vida valorativa o ética, ya que al ejecutar algo modificamos, y en este acto hay una aceptación o rechazo implícitos.

Esta experiencia de valor no es solo afectivo-conativa, o sea no deriva de un subjetivismo emocional. Una parte importante de esta experiencia valorativa está dada

desde la vertiente intelectual. En este proceso intelectual se elabora lo que Salazar Bondy senala como "el concepto de la cosa buena en su genero", pero advirtiendlo que no se trata de conceptos objetivos, descriptivos con que operan la conciencia y experiencia constativa y contemplativa. Lo que esta variable intelectual aporta es la inserción de la realidad objetiva en la valoración.

A modo de resumen citamos al autor mencionado, quien senala lo esencial del acto de valorar, o sea del juicio etico. "... El valor no es una instancia objetiva ni, menos, subjetiva sino una categoria, una condicion de posibilidad de un mundo objetivo de la praxis y de su comprensión y construcción racionales. Este punto de vista, que puede llamarse trascendental, no debe entenderse como reiteración de ningun planteo filosofico historico, aunque se nutra de la tradición del pensamiento critico. Exige muy bien una concepción abierta y dinamica de las instancias categoriales evaluativas entendidas como principios constitutivos de la vida humana".

De lo anterior podemos concluir que el juicio valorativo desde una perspectiva etica no es una instancia subjetiva ni objetiva sino una categoria que debe elaborarse en miras al mundo de la praxis, su comprensión y construcción. Como senalabamos mas arriba, esto se ha realizado explicita e implicitamente en la historia del hombre. Si bien antes se consideraba la relación divina, y mas tarde la capacidad productiva como elemento central que define la categoria etica en el quehacer psiquiatrico, hoy dia es la libertad el parametro y el nervio sensible que la define.

c) **La anormalidad como perdida de la libertad:** "El neurotico es incapaz de gozar y de obrar; de gozar, porque su libido no se halla dirigida sobre ningun objeto real; y de obrar, porque se halla obligado a gastar toda su energia para mantener a su libido en estado de represión y protegerse contra sus asaltos. No podra curar mas que cuando el conflicto entre su yo y su libido haya terminado y tener de nuevo el yo la libido de sus ataduras actuales, sustraídas al yo, y ponerla nuevamente al servicio de este ultimo" (S. Freud, 1917): Psicoanalista.

"La psiquiatria se distingue de la psicología, porque tiene por objeto no la variación del comportamiento en relación a la historia personal, a los eventos, al ambiente, sino a las modificaciones del ser que impiden se lleve a cabo esta conducta plastica" (Henry Ey, 1935): Psiquiatra Organodinamista.

"El propósito de la terapeutica no esta en resolver todos los problemas del paciente, sino mas bien en aumentar la capacidad de este para que el resuelva sus propios problemas" (Julian B. Rotter, 1954): Conductista.

"El razonable equilibrio bajo la guía del yo lleva a la capacidad de la libre adaptación por la facultad de elegir, a cada instante, sin modificarse a si mismo, modificar la realidad externa" (Krapf E.E., 1961): Psicodinamista.

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

"No debemos dejarnos influenciar por errados prejuicios ampliamente difundidos ni de inútiles sentimientos de culpa: ni tampoco intervenir con una especie de violencia farmacologica sobre el psiquismo y la personalidad del paciente; nosotros debemos en cambio intervenir con los psicofarmacos sobre el sufrimiento, y sobre una serie de

disturbios que han alterado su modo de vivir y que lo degradan gravemente en su existencia; sobre aquellos trastornos que el no ha deseado en absoluto, y mucho menos escogido, que en ningún caso constituyen para él una experiencia más o menos fabulosa, sino una experiencia puramente dramática, inútil y negativa para el desarrollo de su vida futura" (Gian Carlo Reda, 1981): Psiquiatra Clínico.

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

"Si quisieramos definir al hombre, habríamos de hacerlo como un ser que va liberándose en cada caso de aquello que lo determina (como tipo biológico-psicológico-sociológico)".

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

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

Hemos iniciado este análisis citando a algunos de los exponentes más representativos del pensamiento psiquiátrico del siglo XX, con el fin de mostrar como el problema de la libertad está presente como una de sus preocupaciones fundamentales en relación a la enfermedad o anormalidad.

Cuzzolaro considera que muchos investigadores, a menudo partiendo de premisas teóricas contrastantes, concuerdan en encontrar en la enfermedad somática o psíquica un deterioro actual o potencial de lo que Canguilhem denomina la normatividad. Con este término el autor señala la capacidad que tiene un sujeto de instituir normas.

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

Cuzzolaro señala: "No estamos obligados a vivir en grandes alturas ni de enfrentar esfuerzos físicos muy pesados, pero el poder hacerlo significa ser superior, porque puede suceder que un día sea necesario. La enfermedad y la anormalidad son siempre una reducción de la capacidad de afrontar diversas situaciones. La hemofilia no es aparentemente nada, sino hasta que sobreviene el traumatismo. La enfermedad no es un desorden sino la substitución de un orden por otro, por supuesto natural, pero que enjuiciamos inferior. Inferior por varios motivos, pero sobre todo porque es más limitante".

En la misma línea K. Goldstein afirma que la enfermedad es un modo de vida estrecho, sin generosidad creadora, por que no decirlo, sin audacia.

"El enfermo es enfermo por no poder admitir más que una norma... El enfermo no es tal por falta de norma, sino por la incapacidad de ser normativo" (Canguilhem G., 1966).

En definitiva, la anormalidad sería una patología de la libertad que impide la expansión de la existencia, del existir, del "ex-sistere", del ser del hombre. Georges Amado (1985) enriquece estos conceptos poniendo especial énfasis en el proceso creador, como conductor de la realización de nuestra existencia.

Lo citamos extensamente:

"La creatividad es la gracia, en el doble sentido de armonía del mantenimiento y de inspiración concedida. La creatividad es en esencia la resurrección perpetua de la vida a partir de la muerte asumida. No es pues necesario que la creatividad produzca resultados, "creaciones" en los dominios material, intelectual o espiritual, las creaciones son en parte el tributo pagado a la pesantez. El estado creador es inútil, superfluo, puede asumir la apariencia del juego o de la locura. Ni el juego ni el trabajo se realizan necesariamente con espíritu creativo. Y tampoco la locura ni la razón.

Sin que el sujeto lo sepa, son esos momentos de libertad, que marcan su vida, los que lo sostienen en su evolución auténtica, en la cual el sujeto adquiere lo que puede llamarse su "naturaleza propia", su "proyecto fundamental" o sus "emblemas del set" que, en cada nueva toma de conciencia, se precisan y se amplifican por sí mismos".

Más adelante señala el mismo autor:

"Ser y sentirse real son los atributos propios de la salud", esta es ahora la afirmación fundamental.

"Con esta experiencia se vinculan la situación de las pulsiones y la estructura del yo, no de acuerdo con un determinismo causal, puesto que ser y pulsiones no pueden compararse en el mismo piano. La certeza de existir parece previa. El instinto entra en relación con una realidad de entrada múltiple, contradictoria y cambiante. El instinto promueve los sentimientos y la acción. El ser profundo, antiguo, presente, funda la unidad y la permanencia. Es la realidad de la realidad. Y la apertura al ser se encuentra en el ámbito transicional, al comienzo de la vida y durante toda la vida".

"De manera que en adelante se evitara caracterizar los casos patológicos teniendo solo en cuenta el desfase cualitativo y cuantitativo respecto de los individuos supuestamente normales. A esta evaluación negativa debe agregarse una evaluación positiva, la cual es aún más intuitiva puesto que se trata de apreciar el modo de ser del sujeto, su sinceridad consigo mismo, su 'creatividad', su movilidad. Aquí es muy importante reconocer sectores sanos en los que el individuo permanece bien vivo a pesar del peso que puede aplastarlo en otros sectores".

La meditación ética sobre normalidad y anormalidad abandona las comparaciones con la naturaleza y se centra en el hombre mismo y su existencia. Son conceptos que están más al servicio del hombre y su desarrollo, conceptos profundamente humanos en los que se aprecia la influencia de uno de los movimientos filosóficos y culturales más representativos de nuestro siglo, el existencialismo. El Dr. Dorr destaca a través de un interesante análisis etimológico de la palabra norma, el doble carácter que tiene originalmente este concepto en la cultura helenica; la naturaleza, y el hombre mismo, como medida de lo normal. Señala además el importante rol de los filósofos modernos en la reconsideración del hombre mismo como medida, variable que ha sido abandonada por el naturalismo y positivismo de la ciencia empírica. Lo citamos textualmente: "Normalidad viene de norma. El significado original de la palabra latina 'norma' es 'escuadra'. En latín, ángulo recto se dice 'angulus normalis'. Este sentido geométrico de la palabra 'norma' se conserva en otros términos vinculados a ella, como 'regla'. Si nos remontamos a la palabra griega original (gnomon) se nos hace aún más patente el significado de 'norma' como 'medida' determinante y perfecta, por cuanto 'gnomon' significa 'reloj de sol' o más precisamente 'puntero de reloj de sol'. Este significado primordial contiene, a nuestro parecer, los elementos más esenciales del concepto de norma y normalidad: el encuentro del hombre y la naturaleza en torno a una medida; el hombre fabrica un disco y un puntero a través de los cuales es medida la rotación cósmica. La norma la da la naturaleza en su movimiento perfecto, pero ella debe ser 'leída' por el hombre, pero no por cualquiera sino por un 'conocedor', alguien que sabe leer el tiempo, que puede medir su perfecta

regularidad".

El discurso acerca de la normatividad precisa un principio inspirador general, pero no ofrece una definición conclusiva, o sea una fórmula que indique las características necesarias y suficientes para decidir en forma categórica si una determinada condición es anormal o no. Esta queda en manos del "conocedor" según Dorr, en nuestro lenguaje, del "experto". ¿Y como procede este "experto"?

Creemos que es consustancial al concepto de normalidad-anormalidad la incapacidad de poder ser definido de tal manera que permita, al aplicarse frente a un fenómeno, concluir si este es anormal o no, como si fuera un instrumento de medición. Esto se debe a que es un acto de discernimiento ético, de por sí complejo y profundo, donde se deben conjugar objetividad y subjetividad en el sentido que hemos señalado. El diagnóstico sobre la anormalidad de tal o cual sujeto, se basa como hemos visto en un análisis de sus posibilidades de decidir y vivir con libertad, dadas las condiciones y circunstancias en las que se desarrolla. Esta evaluación será, por ende, muy cauta y meditada. Además de un conocimiento técnico cabal, requiere de un acercamiento a un número complejo de variables, las que deben ser vivenciadas por el observador, quien ha ido afinando su propia capacidad enjuiciadora, a través de la influencia del maestro en su formación, en el continuo compartir con los demás profesionales que se empeñan en su misma actividad, en el cultivo y desarrollo de su propia existencia que lo conduzca a una praxis ética consistente, y en la elaboración intelectual honesta de la categoría ética, la cual se inspira en fundamentos filosóficos que no debería desconocer.

¿Cómo se conjuga este criterio en situaciones concretas de la práctica psiquiátrica? En el desarrollo del texto llamamos fenómeno psicopatológico a las alucinaciones, pseudopercepciones, angustia, etc. ¿Cómo podemos catalogarlos de patológicos, como un juicio a priori, si aun no hemos dilucidado su carácter limitador en la existencia del sujeto?

Aca debemos considerar la diferencia que existe en considerar un fenómeno aislado y un fenómeno en el contexto del sujeto. Al estudiar fenómenos psicológicos aislados, catalogamos algunos como normales y otros como patológicos. El criterio que subyace a tal división es estadístico. O sea consideramos que aquellos fenómenos que llamamos psicopatológicos, con alta probabilidad son estrechadores y degradadores de la vida del paciente, y lo contrario para los fenómenos normales. Pero el juicio definitivo es un juicio de contexto. Considerando todas las variables que anteriormente señalábamos, podemos afirmar si una alucinación, un delirio, una desviación sexual en un determinado sujeto es normal o patológica, ya que como dice Dorr, "Los fenómenos psicopatológicos no deberán ser vistos como meras deficiencias, con respecto a la normalidad término medio. Mas fecundo parece el punto de partida de buscar 'la positividad de lo negativo'".

Enriquece nuestras reflexiones al señalar además: "El caso de los genios nos muestra que en la perspectiva histórica global, lo que en un momento dado se pudo haber considerado síntoma -y por ello anormal-, puede significar la base de un desarrollo hacia las formas superiores del espíritu y, por ende, hacia la normalidad". Continúa: "La existencia no solo de la positividad de lo negativo, sino también de la negatividad de lo positivo (caso de las normopatías) sugiere fuertemente la conveniencia de aplicar el método dialéctico en la psicopatología. Al margen de unidades nosológicas y de distinciones tajantes como sano-enfermo, normal-anormal, las manifestaciones psicopatológicas se presentan ante la mirada dialéctica como grados de condensación de una estructura polar más o menos alejada de una norma, la que conservando su sentido griego original sería la medida perfecta entre dos extremos imperfectos. Lo importante de esta perspectiva es que la desviación hacia un lado de la alternativa no necesita ser vista como una carencia, sino, por el contrario, como un desplazamiento dinámico de la

existencia *en contra* del otro polo de la alternativa".

F. Concepto habitual de enfermedad. Importancia de su ordenación nosológica y criterios que debe cumplir su clasificación

Hasta acá hemos tratado de precisar los criterios que subyacen al acto de señalar un fenómeno como normal o anormal, pero también como sano o enfermo. Pero ambos términos se usan con una connotación diferente. Por anormalidad entendemos una falla o una deficiencia en aspectos estructurales del ser humano, habitualmente mantenidos y persistentes a través del tiempo. El término enfermedad en cambio, si bien puede también significar lo anterior, en muchos casos apunta a fenómenos totalmente diversos.

Debemos admitir que no poseemos una definición de enfermedad como concepto global (Kendell R.E., 1975).

En cuanto a la definición de las enfermedades en particular, siguen criterios muy heterogéneos: algunas son definidas en base a la causa, otras en base a la lesión, otras en relación a los síntomas.

Probablemente, nuestra incapacidad de dar una definición coherente de la enfermedad en sentido estricto, es consecuencia de la heterogeneidad lógica de las definiciones de cada enfermedad (Sccading J.T., 1972).

Como señala Cuzzolaro, la introducción de nuevos métodos y nuevas técnicas de investigación han continuamente modificado la clasificación de la enfermedad y el concepto global de enfermedad. De cada período histórico se ha extraído algún criterio. Así entonces las múltiples enfermedades resultan definidas según criterios lógicos muy diversos (Kendell R.F., 1975):

1. El prurito senil, y la proctalgia fugaz son simples síntomas. En los albores de la historia de la medicina, la escuela de Cnido consideraba enfermedades distintas la mayor parte de los síntomas; esta tendencia se mantuvo aun hasta el siglo xvai, y las dos mil cuatrocientas enfermedades enumeradas por Bossier de Sauvages, eran a lo más síntomas aislados.
2. La mayor parte de las enfermedades mentales son síndromes, o sea una constelación de síntomas relacionados entre sí, y con un pronóstico determinado. El concepto de síndrome estaba ya presente, en embrion, en los trabajos de la escuela empírica de Coo (hipocrática); fue desarrollada más tarde por Thomas Sydenham en el siglo xviii.
3. La estenosis mitral, la colitis ulcerosa, los tumores y la enfermedad de Pick son definidos en base a la anatomía y a la histología. La práctica de la autopsia fue transmitida por Morgagni y Bichat en los inicios del siglo xix: la enfermedad adquirió una anatomía patológica que la definía, observable en el cadáver, además de los síntomas y signos registrados en la cabecera del enfermo. La introducción del microscopio cada vez más potente permitió extender el concepto a nivel celular (Virchow, mitad del siglo xix) y posteriormente intracelular. La técnica continúa influyendo en nuestro modo de concebir la enfermedad; la electroforesis, el análisis cromosómico, la microscopía electrónica, han llevado a definir enfermedades en términos de genes y moléculas: la porfiria es definida en base a la arquitectura cromosómica.
4. La tuberculosis y la parálisis general progresiva son definidas en base a la bacteriología y en relación al concepto de agente etiológico externo. Tal noción nace con el descubrimiento de las bacterias (Koch y Pasteur, siglo xix), y encontró su máximo éxito en la psiquiatría cuando Noguchi demostró la presencia del treponema en la

corteza cerebral del parálisis progresivo.

Resulta evidente que las vicisitudes del concepto de enfermedad coinciden con la historia misma de la medicina. En nuestra clasificación actual sobreviven y coexisten enfermedad-síntoma, enfermedad-síndrome, enfermedad-lesión, enfermedad-agente etiológico.

La psiquiatría no ha estado ajena a esta mezcla. Se ha hablado de enfermedad-síntomas en los albores de la psiquiatría y posteriormente de enfermedad-síndrome (Síndrome de Ganzer), de enfermedad-lesión (Demencia arteroesclerótica), de enfermedad agente-etiológico (Psicosis anfetamínica).

Sin embargo, creemos que en estos momentos no es lo más urgente el homogeneizar el concepto de enfermedad, dado que su importancia práctica no radica en el nombre mismo que se le da a determinado cuadro clínico, sino más bien a aquello que ese nombre denota. Este juicio está nuevamente inspirado en el carácter ético del quehacer psiquiátrico que al privilegiar la praxis hace que su objetivo fundamental sea la ayuda al enfermo. De ahí entonces que este ordenamiento de denotaciones, que es lo que hace el psiquiatra cuando clasifica, debe estar estructurado en relación al acto de curación.

De ahí la importancia que tiene el adscribirse a una u otra clasificación.

A nuestro juicio, estamos plenamente de acuerdo con lo expresado por Robert L. Spitzer, en su trabajo "Research diagnostic criteria: Rational and Reliability". El objetivo de una clasificación se define en relación a aquello que quiere ser clasificado. Los objetivos de una clasificación de los trastornos mentales siempre deben apuntar en un sentido amplio a la comunicación, al control y a la comprensión.

Una clasificación de las enfermedades mentales debe permitir que aquellos que la usan se puedan comunicar en forma expedita acerca de dichos trastornos. Esto significa usar nombres de categorías que sean como abreviaturas estándar, que resuman y denoten ciertos rasgos y características sobre los cuales existe sin duda común acuerdo, y que de otra manera requerirían el uso de una interminable enumeración de términos. Por ejemplo: cuando un clínico se refiere a un trastorno de personalidad determinado, él está tratando de comunicar un conjunto de rasgos clínicos acerca de una persona sin tener necesidad de mencionar todos y cada uno de los rasgos que en su conjunto constituyen dicho trastorno.

El control de una enfermedad mental en términos ideales apunta a la capacidad, ya sea para prevenir su presentación o para modificar su curso con un determinado tratamiento. Por esta razón, el control es el objetivo más importante de una clasificación de las enfermedades psiquiátricas.

Una clasificación es comprensiva cuando permite entender las causas de las enfermedades mentales y el proceso que se desarrolla en su persistencia y evolución en el tiempo. La comprensión no es un fin en sí misma (una enfermedad puede tratarse sin conocerse su origen), pero conviene que una clasificación la tenga muy presente, ya que a menudo lleva a un mejor control de la enfermedad.

Nos parece que en la actualidad el esfuerzo hecho por la American Psychiatric Association's plasmado en el DSM II y el año 1978 en el DSM III, es un buen intento en la vía de lograr una clasificación que cumpla con los criterios señalados más arriba, y que creemos debe tender a dar cumplimiento a una buena clasificación de las enfermedades mentales. Clasificación que, como se ha planteado, es provisoria y que aunque presenta varias limitaciones, debiera servir de marco de referencia para elaborar año a año una clasificación que cada vez se acerque más a ser comunicativa, comprensiva y controladora, objetivos en los que la praxis psiquiátrica se realiza.

G. Epistemología de la negación de los conceptos de normalidad-anormalidad y salud-enfermedad

Hemos visto que anormalidad y enfermedad son un concepto, una abstracción, creada por el hombre, invención útil para clasificar los fenómenos en base a sus semejanzas y a sus diferencias; con el fin de controlarlas según sus propios deseos. Con el progreso del conocimiento se modifican unos, se abandonan otros, mientras surgen algunos nuevos.

En medicina son pocos los que cuestionan la utilidad del concepto enfermedad. Sin embargo, en psiquiatría resulta tentador plantear la abolición del concepto enfermedad mental, tendencia que a todos nos ha cogido en algún grado, y que tiene serios representantes en la actualidad.

En relación a esto surge una cuestión que para poder aclararla desde sus raíces, debemos remontarnos a sus fundamentos epistemológicos. ¿Qué hay detrás del acto de negar la enfermedad o la anormalidad?

Como hemos visto, el acto de calificar a alguien como sano o enfermo, normal o anormal, es un acto ético, un juicio valorativo. Un juicio que denota el compromiso de las posibilidades de moverse con flexibilidad y libertad por parte del sujeto.

Juicio que subraya diferencias entre unos y otros, valora al que posee más libertad por sobre los que la tienen en menos, y llama la acción de ayuda por parte de unos como a la superación por parte de los otros, todo esto en un marco de valores, o sea en un referente axiológico. Aquí yace el origen del acto de ayuda, del acto de cura, aquello en lo cual se justifica el ser del médico.

Su negación entraña la negación de la acción. Todo es un transcurrir donde no existen diferencias, o si las hubiera ninguna acción tendría sentido, ya que no hay un objetivo axiológico hacia el cual orientar la praxis. En otras palabras diagnóstico, clasificación, estrategia, planificación y control no tienen sentido, ya que cualquier estado que se logre, no será mejor que el anterior, no tendrá un valor axiológico superior.

Caemos de lleno en la metafísica nihilista. Esta postura vital no es original de nuestro siglo. Es el resurgir de un sentimiento siempre presente en el hombre y que en ciertos momentos adquiere caracteres dramáticos. Citaremos a Castor Narvarte, quien ha tratado en forma extensa y profunda el tema en su texto *Nihilismo y violencia*.

"El nihilismo puede afectar a la vida de varias generaciones y, por todos los indicios, es posibilidad individualmente siempre abierta, históricamente latente, que toma su punto de partida en el sentimiento de un minus de difícil explicación".

"Momentos depresivos han afectado y afectan a todas las grandes culturas. Un caso notable se encuentra nada menos que en el siglo en torno al cual se pone en marcha la cultura occidental en Grecia (entre VII y VI a.C.). El segundo momento menos patente por lo ambiguo de su expresión, y como disfrazado, aconteció dos siglos después, con el brote disolvente de la alta sofística (Pitágoras y Gorgias). Un momento confuso aparece durante las últimas décadas del Imperio Romano antes de nuestra era y se prolonga con altibajos hasta sus postrimerías. Vuelve a asomar tras el Renacimiento entre los siglos XV y XVI, y reaparece en pleno siglo XIX".

"En cada una de las épocas de nihilismo suficientemente propagado, aparece un fenómeno de crisis doctrinaria y un temple estimativo de negociaciones, ya sea en la forma de resentimiento religioso, de repudio metafísico, disolución ética, cambios políticos originados por la fuerza, arte y pensamiento pesimista o cultos ascéticos. La confusión suele ser el clima en el que las decisiones se toman y, por consiguiente, de las diversas formas que el nihilismo adopta, y el hombre aparece como suele decirse, desorientado y

sumido en la angustia".

"El nihilismo, esa asumpción de la inanidad de todo, ese desánimo que, más del mero barrunto, acepta la nada tras los ideales primero, tras la vida y el ser por último se encontrara ante el problema de la adopción del tipo de vida correspondiente. Pero este decidido proyecto es ya una elusión. Porque hace de inmediato del nihilismo una mascarada. Busca algo que ha decidido no encontrar; más aun, que no existe. Un nihilismo puro solo se cumple en el abandono, la indiferencia y finalmente en la autodestrucción no provocada. El suicidio pasivo sería su límite, y solo si debe prolongarse, exige un estilo de vida; pero entonces deja en parte de serlo. Ahora bien, no conocemos culturas de gran envergadura que se hayan suicidado".

El nihilismo desde su postura apasionada, desde ese temple de ánimo propio, se traduce en una actitud valorativa sin la cual su ontología no puede entenderse desde sus raíces. Ontología que evidentemente ha cuestionado la metafísica tradicional y que la ha llevado a enfrentarse con su contrario, la nada, resaltando la importancia del acto ético de valorar, y aunque parezca contradictorio reivindicando la meditación axiológica, o sea ética. Esta valoración, como hemos señalado antes, no es resultado de un impulso emocional descontrolado, que puede llevarnos a una ética destructiva, como en el caso del nihilismo, sino más bien una sutil y refinada interacción entre el acto reflexivo y el sentimiento afectivo profundo. Desde esta actitud se lograra la aproximación a una ética y a una axiología vital, consistente y verdadera.

Volvamos a algunas reflexiones hechas por Narvarte al respecto, que coinciden con las citas de Salazar Bondy mencionadas con relación al concepto de normalidad. "La axiosis, acto de valorar, acompaña siempre al pensar, y no como sombra inerte, sino como factor coactivo en la presencia, retención y maduración de la experiencia del ser. No podemos poner sin más el lado estimativo del conocimiento en la cuenta del apetito, la emoción o el sentimiento, considerándolos, por añadidura factores ajenos al pensar. Los excesos en que han incurrido algunas escuelas axiológicas no debe cegarnos para el reconocimiento de la axiosis como factor de `sentido`".

"La intuición axiática no es, con la rotundidad proclamada casi siempre, un acto emocional. Cuando valoramos un acto de justicia, el valor de un poema o de una acción moral, un buen discurso o la belleza de una forma natural no nos sentimos solo agitados, para esa valoración, por un sentimiento dominante o una emoción 'sui generis'. El acto de valorar requiere la actividad intelectual, una actividad más sutil, honda y elaborada que el reconocimiento de la verdad matemática o lógica. Al estimar `entendemos`, y el temple que suscita es más bien mixto entre la contemplación más perspicaz y una refinada pasión. Contrario a lo que suele pensarse, la valoración de una obra de teatro (una tragedia, para poner un caso pasionalmente extremo) exige lo que podríamos llamar una `filtración` emocional, cierto dominio de los sentimientos y una como depuración afectiva, si queremos saber justipreciar la obra y enunciar un juicio certero".

Estamos en un momento histórico azotado por la tragedia nihilista e insertos en un quehacer psiquiátrico que además de no ser ajeno a tal dilema, es intensamente exigido a dar respuesta.

"El nihilismo suele ser un fenómeno de postrimerías, un debilitamiento de la voluntad y un síntoma de decadencia. Puede también manifestarse en los orígenes de todo un período cultural, y hasta trascenderle, como es posible que ocurra con el budismo".

"Para explicarnos el nihilismo de nuestro tiempo es necesario apuntar a la decadencia y crisis del sistema de valores esencial a la cultura europea. Lo que se expresa como crisis de la conciencia religiosa para los pueblos, se manifiesta como caída de la

metafísica entre los pensadores. Son momentos afines, historicamente coludidos quizá. Les acompaña el escepticismo en ética, cuyo auge, cada día más acusado, afecta de modo más sensible a las clases dirigentes y al grueso de los intelectuales y los grupos de profesionales. Aparece, equivocadamente, como cambio de rumbo ético, nueva conducta moral y asume la pretensión de un perfeccionamiento de la moral vigente hasta nuestros días. Pero ya hemos visto que la pretensión antinihilista puede ser también un factor nihilista (Kierkegaard y Nietzsche entre los más eminentes) que se enmascara con 'nuevos valores' ".

Estas apasionadas reflexiones sobre la filosofía nihilista resaltan sus contradicciones, su aspecto pobre y defectivo, su pathos y temple enfermizo, la depresión que conlleva y su resentida negación de la vida. Es insostenible, si se anhelan la veracidad y la consistencia.

Nos parece peligroso caer en la tentación muchas veces seductora de la negación. No existen las enfermedades, no hay normales ni anormales, son todos equivalentes, y la acción humana modificadora, de ayuda, no tiene un sustento epistemológico, es una ocurrencia más del hombre, en su desesperada búsqueda de sentido a una existencia que no lo tiene.

Incita a la paralización de la acción, a la evitación del compromiso, del acto generoso de entrega a través de la elaboración lúcida y activa de aquello que el otro requiere de uno. Elaboración que se cumple en un cultivo exigente de nuestras existencias y no en el abandono negligente. Elaboración que se ve perfilada cuando todo el actuar está imbuido de una praxis ética consistente. Ética que se construye desde una meditación axiológica, reconociendo inequívocamente la cohesión entre el acto de pensar, actuar y valorar. Y donde la intuición axiológica, proeza intelectual y afectiva, requiere de una honda, refinada, cuidadosa y constante elaboración.

Las reflexiones sobre normalidad-anormalidad, salud-enfermedad, si bien ocurren a todo quehacer médico, cobran especial interés y por que no decirlo atractivo, el ámbito psiquiátrico. La praxis ética del médico en relación a considerar tal condición como enferma o no, se ve exigida solo en forma excepcional. No así el psiquiatra, o el psicólogo, quien a menudo se ve enfrentado al dilema de dirimir si ~ sujeto está normal o anormal, o si está enfermo o sano. Si aceptamos que esta ~ción implica un juicio ético, debiera preocuparnos nuestra formación ética, y ~ociar en profundidad su importancia en nuestro quehacer. Al no hacerlo corremos el riesgo de ser nosotros los anormales, porque como dice el Dr. Dorr: 'se puede cumplir a medias o no cumplir cualquiera de los derivados concretos de la cura', como la compasión, la consideración, la renuncia, la honradez, etc., sin ser por ello anormal, pero lo que ya cae dentro del ámbito de la anormalidad es war en contra de estos principios naturales sin tener la conciencia de que *se está ~. deuda* con respecto al otro".

El afinamiento del juicio ético es un proceso sin fin, cuyas variables más importantes son una formación técnica lo más completa y continuamente enriquecida, junto a un cultivo de aquello que para ser breves podríamos llamar, la relación existencial entre el terapeuta consigo mismo y con los otros. Esta relación existencial del ámbito de la praxis ética se nutre y se enriquece en la confrontación con la teoría ética. El psiquiatra o psicólogo debe tener acceso a una formación en los conceptos fundamentales de la ética y preocuparse por una continua reflexión en torno a ellos. En otras palabras la filosofía no debiera serle lejana ni extraña. Insistimos en que este aprendizaje intelectual llega a ser defectuoso si no va conjugado e integrado a la experiencia emocional. Aquí cobra especial relieve la figura del maestro, como ejemplo y testimonio de una praxis ética con la que el estudiante se pueda identificar.

En la interacción con estas experiencias formativas el psiquiatra afina su

instrumento evaluador. En otras palabras, cultiva y perfecciona la capacidad de discernir, si aproximarse a un sujeto y ayudarlo porque esta enfermo o mas bien alejarse respetuosamente y no caer en una sobreproteccion danina de dudosa justificacion, que no es sino reflejo de la omnipotencia narcisista desplegada y reforzada por la medicina occidental.

Es evidente que el juicio etico no solo surge en el proceso diagnbstico, sino que esta continuamente presente en el quehacer terapeutico, en una praxis que al pretender cambiar, esta continuamente enjuiciando esto o lo otro como inferior o indeseado, para transformarlo en algo mas valorado y deseado.

3. LA FENOMENOLOGIA DESCRIPTIVA CATEGORIAL Y LA FENOMENOLOGIA DESCRIPTIVA DIMENSIONAL

En la practica psiquiatrica habitual, nos encontramos a menudo con dos situaciones que nos demandan actitudes y conductas del todo distintas. Es lo que trataremos de ejemplificar a continuacion.

Un paciente de 45 anos, casado, 3 hijos, refiere que desde hace un mes tiene la sensacibn de que su vida no tiene sentido, nada le llama la atencion y cualquier situacion que le plantea minimas exigencias lo angustia sobremanera. Los ultimos quince dias se despierta a las 5 de la manana, no puede volver a conciliar el sueño y al aproximarse el dia se siente abrumado por el peso de una jornada que antes afrontaba con soltura. Por su estado actual se siente muy culpable, llegando a pensar que es un estorbo para los demas, y recordando persistentemente acciones pasadas de las cuales se siente arrepentido. Cree que no va a salir de este estado y en su desesperacion ha pensado seriamente en quitarse la vida.

Una paciente de 38 anos, soltera, profesora basica, consulta porque "siempre he sido nerviosa, pero desde hace 10 anos, que empece a trabajar en la escuela donde estoy, mi estado empeoro". Refiere que hace mucho tiempo queria acudir a un psicologo o a un psiquiatra, y que la semana pasada a raiz de una "pelea" con la directora, se ha sentido peor y se decidio a consultar. "Hay dias en los que me siento pesimo, decaida". Durante la entrevista se aclara que este animo empeora cuando enferma su madre a quien habitualmente cuida con especial esmero. "En cambio, hay dias que me siento bien animada, aunque siempre un poco nerviosa". Se queja de "vivir con dolores": cefaleas, dolores abdominales, dolores de espalda, etc. Toma diazepam desde hace varios anos, "o si no me aumenta el nerviosismo". "Quiero que me ayude a ser una persona mas tranquila, y a tener una coraza para que las cosas no me afecten tanto, porque soy muy sensible y yo veo que esa es la causa de mis nervios".

Nadie dudaria que en el primer caso estamos frente a un paciente grave, que requiere un manejo urgente y para lo cual es necesario precisar psicopatologicamente los sintomas que el paciente acusa. La semiologia psiquiatrica en este caso estara orientada a evaluar fundamentalmente los trastornos de la afectividad, del pensamiento, de la psicomotricidad y de la sensopercepcion, para enseguida descartar compromiso de conciencia, memoria o inteligencia. Por Wtimo, y como algo accesorio y ni siquiera relevante para decidir que hacer con el paciente, se hard una evaluacion de su funcionalidad yoica. A traves de este analisis psicopatologico, se precisara la gravedad del cuadro depresivo, el riesgo suicida, la urgencia de su hospitalizacion o la posibilidad de manejo ambulatorio, ademds del tipo de terapia que se debe administrar a la brevedad posible, sea antidepressivos y/o psicoterapia o electroshock. No cabe duda que el Yo del sujeto ha participado y juega un rol importante en la genesis del cuadro actual. Pero nadie dudaria que centrar el analisis en la dinamica yoica, en su organizacion y estructura, relegando a un segundo plano la evaluacion de los sintomas y el planteamiento diagnostico del cuadro de estado, seria una negligencia imperdonable, dado el riesgo vital del paciente.

El segundo caso nos plantea una situacion diferente, y demanda un metodo de analisis distinto al anterior. (Lo mismo ocurriria si el paciente depresivo grave, despues de superar su cuadro de estado, consulta porque desea prevenir una probable recaida). Durante la entrevista con la paciente, el analisis psicopatologico, si bien hard consideraciones respecto a la naturaleza de los sintomas, en especial de la esfera afectiva, su objetivo fundamental y que imprimira un caracter distinto a dicha entrevista es la dilucidacion de la

estructura y organización del Yo del sujeto, que la lleva a una interacción conflictiva consigo mismo y con los otros. Es muy probable que una indagación psicopatológica exhaustiva en las diferentes áreas del vivir distorsione la relación terapéutica y tenga posibles efectos iatrogénicos más que de ayuda. En este caso el terapeuta no debe sentirse urgido a hacer tales averiguaciones, sintomáticas, sino más bien abocarse a describir una organización y estructura dinámica, evaluando el grado de compromiso de cada una de las dimensiones que configuran el Yo del sujeto, aproximándose a la forma en que estas se fueron integrando a través del tiempo. El paciente depresivo grave solo podrá ser abordado en esta perspectiva, después de la superación de su cuadro de estado, y frente a su demanda de prevención de recaídas probables.

Todos los textos de psicopatología descriptivos fenomenológicos tratan exhaustivamente los aspectos sintomáticos del enfermar psiquiátrico; los trastornos del pensamiento, percepción, afectividad, psicomotricidad, conciencia, inteligencia, atención y memoria. Sin embargo, sus descripciones acerca de la psicopatología del Yo son escasísimas. Lo contrario sucede con los textos de psicopatología de orientación psicoanalítica, que se centran en la psicopatología del Yo y que se refieren tangencialmente a los instrumentos y elementos del vivir.

El único intento integrador que conocemos es el realizado por Castillo del Pino, por medio del método que él llama etodinámico, pero que representa fielmente el método psicoanalítico aplicado a dar cuenta de los elementos e instrumentos del vivir. Para lograr su objetivo crea todo un nuevo lenguaje, sutil, que en la práctica carece de universalidad y que ofrece escasa consistencia al referirse a las enfermedades psiquiátricas propiamente tales, en la segunda parte de su obra.

No contamos con un texto que integre elementos, instrumentos y cualidades del vivir, de una manera tal que nos permita hacer una semiología psíquica comprensible, comunicable y eficazmente controladora de la enfermedad. Creemos que esta carencia surge de la pobre delimitación de los objetivos psicopatológicos por un lado y semiológicos por otro, en el ejercicio psiquiátrico.

La psicopatología en su sentido estricto, pretende dar cuenta a través de hipótesis, explicaciones e interpretaciones, de aquello que sucede en nuestra mente, con las características propias de una buena teoría; lo más abarcativa, lo más reduccionista y homogénea. Aquí se inscribe el proyecto de Castillo del Pino. Una buena teoría intentará reducir toda psicopatología a los mínimos elementos posibles y de esa manera plantear un constructo convincente. O sea, todas las alteraciones procederán de conflictos inconscientes no resueltos, o de trastornos bioquímicos, o de problemas de aprendizaje, etc. A consecuencia de esto emplearán un solo método en el análisis psicopatológico: ya sea psicoanalítico o químico, o análisis funcional, etc., ya que mientras más reduccionista y abarcativa sea el método, de mejor calidad es la hipótesis planteada. Este es y debe ser el objetivo del psicopatólogo, por así decirlo, "puro".

Un texto de semiología psiquiátrica, en cambio, como no pretende hacer teoría, elige su método en relación a las posibilidades que este método le da, de aproximarse al fenómeno de tal manera que facilite su control, comunicación y comprensión. Estos tres elementos, constituyen la esencia del acto de ayuda por parte de los profesionales de la salud mental. Un texto de semiología psiquiátrica tiene como objetivo ayudar a que esta praxis se lleve a cabo cumpliendo lo más cabalmente dichos objetivos. Por otro lado, toda orientación de la praxis es ética. Y así como la coherencia teórica es lo determinante del método en la ciencia pura, en la ciencia aplicada será la ética la que determinará el método a seguir.

Consideramos que un texto de semiología psiquiátrica, cumple su cometido del

punto de vista ético, cuando posibilita una praxis terapéutica, para lo cual debe intentar cumplir con los requisitos de ser: controlador, comunicable y comprensible.

Por *Controlador* queremos decir que guíara al estudiante en el aprendizaje de la semiología psiquiátrica en una perspectiva tal que le facilite el acto de cura frente al sujeto que padece. Esto lo llevara a cabo a través de ayudar al estudiante a precisar los fenómenos clínicos en relación a sus posibilidades terapéuticas, más que a la confirmación de hipótesis teóricas, que si bien pueden ser razonablemente convincentes, no siempre son eficientes para el manejo del cuadro clínico.

Un texto de semiología psiquiátrica debe ser *comunicable* en el sentido de que tenga la capacidad de poder transmitirse lo más universalmente posible, respetando en cierta medida el lenguaje conocido que ya goza de consenso. Y en caso de modificaciones que parezcan estrictamente necesarias, deben ser hechas con el objeto de facilitar la práctica terapéutica, más que por querer realizar constructos teóricos coherentes pero cuyo uso práctico queda reducido al pequeño grupo que cree en dichas hipótesis.

La *comprensibilidad* de un texto de semiología psiquiátrica está dada fundamentalmente por la capacidad ordenadora de los constituyentes básicos del aparato psíquico; su delimitación, como su interrelación, que permiten al estudiante una aproximación metódica y, en una cierta medida, esquemática. Desde otra perspectiva el texto es "comprensible" cuando es capaz de mostrar, en la medida de lo posible, el continuo entre lo normal y lo patológico, de manera tal que facilite al estudiante la familiarización con el fenómeno morbido y sano.

Definidas así las cosas, creemos que un texto de semiología psiquiátrica debe considerar el método fenomenológico descriptivo categorial para aproximarse a los elementos e instrumentos del vivenciar. Y debe aproximarse a la psicopatología del Yo a través del método fenomenológico descriptivo, pero con una variante extraída del psicoanálisis, que permite captar los aspectos dinámicos fundamentales. Este método lo llamaremos Fenomenológico Descriptivo Dimensional.

En resumen, hemos querido señalar que la postura epistemológica que permite fundamentar que un texto de ciencia aplicada (como en este caso un texto de semiología psiquiátrica) pueda aproximarse con dos métodos diferentes a la realidad (descriptivo categorial y descriptivo dimensional), es de corte netamente ético. Ético en el sentido de privilegiar el carácter práctico, de ayuda al sujeto enfermo, por sobre la preciosidad teórica. Y aunque pudiera decirse que la aproximación a los fenómenos psíquicos con dos métodos diferentes hace que el texto carezca de homogeneidad y consistencia teórica, este gana desde una perspectiva práctica (ética) al posibilitar una acción de ayuda más eficiente para el paciente, objetivo principal de un texto de semiología psiquiátrica, y en el cual se da cumplimiento a la aspirada consistencia.

A. La Fenomenología como fundamento del método descriptivo

La psiquiatría se constituye como una rama más de la ciencia médica cuando surge la noción de enfermedad mental. Esto tiene fecha, en 1793, Pinel "rompe las cadenas" de los alienados y los consagra como enfermos.

Hasta esa fecha eran considerados "trastornados del espíritu" o víctimas de enfermedades sobrenaturales, como la posesión demoniaca. Debemos esperar hasta el siglo XVIII, el gran siglo del racionalismo y el iluminismo, para que se asiente la actitud científica iniciada por Galileo y bien formulada y explicitada por Bacon y Descartes.

El gesto elocuente de Pinel y su llamado a ver al "loco" como a un enfermo, es

seguido por varios compatriotas, naciendo las primeras descripciones medicas de enfermos mentales. Se destacan Esquirol, Falret, Morel y Cotard.

Mientras la psiquiatria nacia en Francia, los alemanes fieles a su sentido practico, construian hospitales que desde el punto de vista funcional y administrativo eran excelentes. Esto les permitio archivar ordenadamente cuantiosa informacion que daria lugar a la delimitacion de cuadros clinicos, muchos de los cuales perduran hasta hoy como tales. Se destacan Kalbahun, Wernicke, Griesenger y por sobre todo el discipulo de este ultimo, Kraepelin.

Kraepelin marca el segundo hito de importancia en la Psiquiatria, al ordenar y clasificar la abrumadora cantidad de informacion clinica en relacion a: la descripcion clinica, la etiologia, el curso y el pronostico. La mania y la depresion las considero una misma enfermedad, psicosis maniaco-depresiva; y la distinguió de la demencia precoz, por las fases de remision de la primera y el curso gravemente deteriorante de la segunda. Kraepelin a su vez reconoce a la paranoia como una entidad clinica diferente de la demencia precoz, distingue a su vez el delirium de la demencia y por primera vez en una clasificacion de las enfermedades mentales incluye los conceptos de neurosis psicogenica y personalidad psicopatica.

La clasificacibn de Kraepelin lleva el sello de la disciplina medica, al ordenar las enfermedades en relacion a sus signos y sintomas, a su etiologia, a su evolucion, curso y pronostico.

Una vez familiarizados con esta primera nosología del enfermar psiquiátrico, comienzan a surgir interrogantes esperables: ¿Qué es aquello que enferma?

De acuerdo con la perspectiva dicotomizadora mente-cuerpo, propia de la época, algunos contestaron siguiendo la línea médica tradicional: "el cerebro, zonas, neuronas y moléculas del órgano donde reside supuestamente la mente". Otros, imbuidos por el naciente espíritu freudiano, responden: "lo que enferma es el aparato psíquico concebido topográfica y dinámicamente y cuyos elementos constitutivos -yo, ello y superyo, en el primer aspecto y consciente, preconsciente e inconsciente en el otro- entran en conflicto".

Sin embargo, en este ámbito de respuestas prematuras, que conectan nuevas perspectivas con las ya tradicionales, surge un psiquiatra de genio y paciencia, más conocido como filósofo y por lo tanto disciplinado en la reflexión profunda, quien respetando los hechos psicopatológicos permite que se muestren por sí mismos en toda su naturaleza, revelando así lo perturbado. Nace con Carl Jaspers el método fenomenológico en la Psiquiatria o más estrictamente dicho, aplica a la Psiquiatria el método fenomenológico desarrollado por Husserl en la Filosofía.

Husserl, filósofo alemán de fines del siglo pasado, se rebela contra el empirismo y el racionalismo reinante en esa época, acusando de limitado al primero y antojadizo al segundo. Su meta pasó a ser la creación de un método que situara a la filosofía~ "como una ciencia estricta". De aquí surge el método fenomenológico, cuyos pilares fundamentales son los conceptos de intencionalidad de la conciencia y de redu'cción fenomenológica. La filosofía investiga la realidad del ser, realidad que depende de la conciencia y es en ella donde el ser se constituye. El objeto supremo de la filosofía será su descripción. ¿Y, cómo se muestra la conciencia para ser investigada? La conciencia se hace accesible a la investigación a través de su intencionalidad. Para lograr captar, describir e investigar la intencionalidad de la conciencia, se hace necesaria la reducción fenomenológica, que consiste en ser simple espectador que ingenuamente contempla y vive su realidad, sin detenerse a reflexionar. Con la reducción se prescinde de todo dato existencial y se focaliza aquello que se quiere aislar, pasando desde ese instante ese algo iluminado a constituir el objeto principal del análisis, para de este modo alcanzar el conocimiento intuitivo de la esencia y esclarecer así el sentido esencial del ser. Citando a Husserl, "Hay que colocar

entre paréntesis el objeto real de veras, la cosa que está ahí afuera. La vemos, nos detenemos delante de ella, mantenemos los ojos dirigidos firmemente a ella y tal como la encontramos, como aquello que nos hace frente en el espacio, la describimos y hacemos nuestra frase sobre ella". Agrega: "sólo consentimos en considerar, en describir estas percepciones, sensaciones, etc., como las entidades que son en sí misma, pero no toleramos juicio de valor alguno".

Fue muy atractivo este nuevo método para Jaspers, que en algún sentido enlazaba la filosofía con la psicología, ya que el concepto de intencionalidad, descrito por Brentano antes que Husserl, es "privativo de los fenómenos psíquicos... y son los fenómenos psíquicos los que constituyen la conciencia". Husserl evitó hablar de fenómenos psíquicos e introdujo la expresión "vivencias intencionales".

Para Jaspers el camino estaba abierto. La intencionalidad no era otra cosa que la interrelación de un yo dirigido a un objeto. Pero este carácter intencional se constituye como vivencia. Así llegamos a que la constitución básica de lo psíquico es la vivencia.

Será entonces, a través del análisis fenomenológico de las vivencias, como llegaremos a describir "los hechos psíquicos normales", es decir, la psicología y, a través del análisis fenomenológico de las vivencias perturbadas, llegaremos a describir "los hechos psíquicos perturbados" o sea, la psicopatología.

Surge la pregunta: ¿Cómo realizar el análisis fenomenológico de las vivencias? A través de su reducción fenomenológica, tal como Husserl lo propuso para la filosofía al decir: "nos detenemos delante de ella... la describimos... no reflexionamos... no la enjuiciamos".

Como dice Roa, "es la necesidad de ver los síntomas (vivencias perturbadas) como formas vivas configuradoras de la existencia morbosa, lo que lleva a la investigación fenomenológica, como lo haría un estudioso del arte, de darle suficiente espacio y tiempo al síntoma, para que hable por sí mismo, antes de referirlo precipitadamente a otros fenómenos de engañosa familiaridad".

"Para evitar, entonces, ese reduccionismo parcial, el fenomenólogo coloca provisionalmente entre paréntesis las consideraciones respecto al origen del síntoma y lo retiene ante su vista hasta que revele su ritmo íntimo. En cierto modo rescata la dignidad de ellos frente al psiquiatra explicativo y comprensivo, que lo ve como mera señal de algo más importante que ocurre en el fondo".

Se tiende a confundir el método fenomenológico con el método descriptivo tradicional de las ciencias naturales. La diferencia fundamental radica en que el método clásico está preocupado de describir los hechos y acontecimientos externos del fenómeno, o sea, los síntomas y signos como el observador los ve sin considerar la experiencia subjetiva del enfermo.

Un ejemplo de este método sería la historia clínica médica de un paciente con un padecimiento somático.

El método fenomenológico al considerar que lo esencial de la conciencia es su intencionalidad (conclusión a la cual se llega aproximándose fenomenológicamente a la conciencia), determina que todos los fenómenos psíquicos que son dados en la conciencia tienen este carácter. Para poder captar la intencionalidad de los actos psíquicos (de las vivencias, de la interrelación del yo dirigido a un objeto), es necesario preocuparse preferentemente de la experiencia subjetiva del enfermo. La aprehensión de la experiencia subjetiva del enfermo constituye el aspecto más propio del método fenomenológico en psiquiatría, y al mismo tiempo el más controvertido.

Nadie tiene acceso directo a las experiencias subjetivas de otro.

Sólo es abordable a través de dos vías: la expresión corporal y el lenguaje. A través del lenguaje el paciente nos autodescribe su subjetividad, a través de su expresión corporal

nos muestra con significantes lo que sucede en su vivenciar. Para poder captar esta experiencia, acto que se ha denominado de "comprensión fenomenológica", debemos haber tenido un cierto grado de experiencia similar que nos permita sentir e imaginar con cierta familiaridad la que el paciente nos muestra. Comprender fenomenológicamente el odio que siente un paciente hacia alguien, es imposible si no somos capaces de sentir de alguna manera el odio hacia los demás.

La aparente gran debilidad del método sería su confiabilidad, ya que si no es posible acceder directamente a la subjetividad del paciente, que podamos hacerlo indirectamente implica varios supuestos; la introspección que hace el paciente es una información válida, que la comunica sin deformaciones, y que extrapolamos desde nuestra experiencia subjetiva una vivencia que corresponde a lo que el enfermo quiere expresar.

Podemos apreciar la importancia que tiene en el análisis fenomenológico, lo vivido, lo experimentado y lo sentido por el observador. De ahí que en la configuración de los fenómenos morbosos adquiera importancia radical la vivencia del observador. Éste da un carácter subjetivo a la fenomenología, que ha sido fuente de numerosas críticas, ya que la "normalidad o anormalidad", "comprensibilidad e incomprensibilidad" de la vivencia en cuestión, estará definida tanto por la aproximación individual y exclusiva del sujeto observador como por el grado de concordancia con otros sujetos observadores. De aquí se desprende la importancia que tiene la comunicabilidad funcional entre los profesionales que estudian el área vivencial. Ello implica que el lenguaje empleado respete lo íntimo y natural del síntoma, al punto de que logre reactualizarlo aun cuando el paciente esté ausente. Un esfuerzo aclaratorio implica no sólo considerar los aspectos presentes positivamente en el hecho psicopatológico, sino, además confrontarlo con hechos psicopatológicos análogos, de modo tal que adquiera vivo relieve lo que él no es. La descripción clásica se centra en las semejanzas de los hechos psicopatológicos análogos y no en sus diferencias aclaratorias.

Algunas variables que se deben tener presente para lograr una descripción fenomenológica lo más confiable posible son:

1. En relación al paciente

- a) Estar atento a que su relato sea veraz, si no lo es, captar la intencionalidad de tal actitud de suplantar sus experiencias subjetivas por fantasías o recuerdos que corresponden a otras situaciones vividas.
- b) Promover descripciones espontáneas y detalladas de las experiencias subjetivas.
- c) Manejar la reticencia, el negativismo, el oposicionismo y el escamoteo, con habilidad, superando la negación a comunicarse por parte del paciente a través de un acercamiento adecuado.
- d) Tratar que el lenguaje que use el paciente sea apropiado. Muchas veces la introspección hecha por el paciente es adecuada y desea comunicarla, sin embargo, el mal uso de las palabras, dándoles un sentido impropio nos desorienta.
- e) Poder percatarse de aquella introspección que está deformada por limitaciones propias de la misma enfermedad.

2. En cuanto al observador

- a) Asumir una actitud libre de prejuicios, sin intentar hacer correcciones causales ni construir hipótesis en relación a lo que se observa.
- b) Permitirse sentir experiencias emocionales subjetivas. Que el paciente repercute interiormente cuando se está frente a él. Reconocer dichas experiencias sin temor ni ansiedad.
- c) Estar atento al defecto de proyectar precipitadamente nuestra propia subjetividad frente a un fenómeno que el paciente describe, sin que la experiencia subjetiva del

- paciente concuerde con la nuestra.
- d) Describir con detalle, y textualmente, expresiones corporales y frases del paciente, evitando términos muy genéricos que pueden aplicarse a muchas situaciones distintas y no nos muestran lo peculiar del fenómeno, provocando una aburrida familiaridad, al leer posteriormente estas descripciones.
 - e) Usar sin temor recursos casi novelescos, empleando muchas veces frases compuestas, nombres adjetivados, metáforas y párrafos textuales. Es necesario destacar el valor de una protocolización certera, que integre lo dicho anteriormente. Esto es enfatizado por A. Roa cuando dice: "En sus descripciones el fenomenólogo buscará palabras que no velen lo íntimo del síntoma, de tal modo que él conserve su frescura y resonancia original, aun cuando el enfermo no esté presente. Si la descripción no lo logra, la cambiará por otra. En su empeño aclaratorio, reunirá los aspectos negativos a lo que el síntoma no es, poniéndolo frente a síntomas similares. A la inversa de lo ocurrido en la mayoría de las descripciones clásicas, que como ya se ha dicho marcan bien las semejanzas con trastornos patológicos más conocidos". "De ahí que la historia clínica debe contener los síntomas, la manera cómo se han obtenido, la descripción textual hecha por el enfermo, la tonalidad afectiva del relato y la entrevista, su repercusión en la mímica, la conducta espontánea y provocada, tanto frente al examinador como al ambiente del Hospital y de la casa. El cuidado en el vestir y en el arreglo personal. El sentido del tacto social, de la oportunidad, de las distancias sociales, del control de las necesidades instintivas. Todo ello descrito de manera de provocar, en quienes no hayan visto al enfermo, la imagen viva y rigurosa de él".
 - f) Cultivar este método con paciencia y laboriosidad, y mantenerlo vigente en un continuo entrenamiento y supervisión con profesionales más experimentados.

En nuestro trabajo clínico frente a los pacientes, al mismo tiempo que observamos con "comprensión fenomenológica", en un segundo momento hacemos la "descripción fenomenológica".

Ésta consiste en señalar las cualidades esenciales del vivenciar mórbido al que asistimos, y destacamos, para este paciente en particular las vivencias que corresponden a determinada clase y que pueden encontrarse igualmente en otros casos, como también como no corresponde a otro tipo de vivencia. Así vamos encontrando clases de vivencias que tienen en distintos pacientes rasgos esenciales idénticos. A estas clases las denominamos con un término genérico que denote lo esencial de ese vivenciar. Estos términos son los síntomas psicopatológicos, que constituyen la base del acto semiológico en psiquiatría y cuya descripción será el objetivo principal de este texto. Desde la identificación de los síntomas psicopatológicos podremos plantearnos un diagnóstico sindromático y luego nosológico, condición primera y necesaria para un abordaje terapéutico.

Ejemplo:

Una paciente joven consulta porque desde hace varios años "tengo la manía de la limpieza, pero esto ahora se ha hecho insoportable, ando todo el día lavando las ollas, las mamaderas y fregando la cocina. Ayer tuve que lavar diez veces una tetera porque cada vez que terminaba de hacerlo me asaltaba la duda de que podría estar infectada y nos íbamos a infectar todos en la casa. Mi marido me explica a veces con calma y otras veces muy enrabado que eso es imposible. Yo también sé que es imposible, sé que es absurdo pero no puedo dejar de hacerlo, me viene una desesperación tremenda y no me puedo frenar. Me paso todo el día en esto, estoy cansada, ya no doy más".

Durante el relato la paciente tiene una expresión desesperada. Su facie es triste y sus ojos sobresaltados miran suplicante al entrevistador. A ratos se humedecen y al referir

la imposibilidad de controlar este fenómeno que se le impone, lloró amargamente por un corto tiempo, como no permitiéndose expresar más allá sus emociones. Llama la atención la lucha permanente que establece la paciente con este deseo de limpiar que se le impone, y el carácter absurdo que ella misma le adjudica. No corresponde a la queja de algunos pacientes de hacer cosas que en un momento desearon, pero que después se han arrepentido. Acá no existe culpa ni angustia después del acto sino al contrario, el no realizar el acto impulsivo, le genera ansiedad y culpa. Este fenómeno es análogo al descrito por muchos pacientes que se quejan de presentar impulsos a actuar, o pensamientos que los atormentan, cuyos sentidos y contenido les resultan absurdos, sin embargo, se les imponen de manera tal que no los pueden controlar. Corresponde a lo que hemos denominado: obsesión, trastorno psicopatológico clasificado junto a las alteraciones del control de pensamiento.

A través de este ejemplo podemos apreciar un primer momento en el cual el esfuerzo está centrado en "comprender" la vivencia subjetiva del enfermo, describiendo lo observado en su vivencia y la repercusión subjetiva del entrevistador (tristeza, desesperación, angustia) para luego tratar de precisar a través de la "descripción fenomenológica" las características esenciales del fenómeno (su carácter absurdo, de impuesto e incontrolado) y mencionarlo en común que tiene con fenómenos similares en otros pacientes ubicándolo dentro de una clase de vivencias mórbidas (obsesiones).

Al terminar el capítulo quisiéramos citar un comentario de David Ziziensby de su texto "Métodos de investigación en psicología y psicopatología" (1985). "A pesar de que se encuentran limitaciones y puntos débiles', el trabajo en la psicopatología muestra que las descripciones de los pacientes son a menudo considerablemente fieles y que, frecuentemente, hay una gran coincidencia entre los observadores acerca de los datos proporcionados por muchos enfermos, lo cual indica la posibilidad de confirmación. En último término, la validez del conocimiento que se alcanza en psicopatología con el enfoque fenomenológico se establece de la misma manera que en las ciencias del mundo físico, por el encuentro de experiencias esencialmente similares en numerosos pacientes. La comparación de muchos enfermos muestra que las descripciones se repiten idénticamente. Esta validez puede ser, sin embargo, temporal. Las descripciones fenomenológicas pueden ser modificadas posteriormente cuando el estudio de otros casos muestre que los hechos no han sido apropiadamente representados o pueden ser informados de una manera más convincente. Las posibilidades de corrección existen siempre y ninguna descripción puede considerarse como definitiva.

Este carácter tampoco es privativo de la experiencia psíquica que se alcanza por la comprensión fenomenológica; también lo comparte con la experiencia perceptiva del mundo físico, que igualmente puede ser cambiada o completada por nuevas y más penetrantes observaciones".

Quisiéramos reiterar algunos alcances que previamente hicimos en otro contexto, acerca de las diversas acepciones del término *fenomenología* en psiquiatría. Jaspers es quien introduce el método fenomenológico en psiquiatría. El lo concibe como una descripción estático-fenomenológica que tiene por objeto el estudio de los estados psíquicos, tal como son experimentados por el enfermo. Es una psicología descriptiva de las manifestaciones de la conciencia.

A esta fenomenología se le denomina fenomenología elementalista, en cuanto se limita describir unidades elementales que constituyen el vivenciar como un todo, o fenomenología categorial porque conduce a un agrupamiento en categorías delimitadas, ya sean éstas conjuntivas o disyuntivas. Nosotros hemos usado este último término durante el resto del texto. Debemos aclarar que por fenomenología categorial se ha entendido también la fenomenología aplicada a describir las categorías espacio-tiempo en el

enfermar psiquiátrico (Straus, Binswanger, López-Ibor, Minkowski), sentido que no tiene relación alguna con lo que nosotros queremos denotar.

El ulterior desarrollo de la fenomenología psicopatológica no sigue la línea jaspersiana. Schneider, Minkowsky, Zutt, Gebattel y Binswanger no toman como objeto un elemento vivencial en tanto unidad psíquica, sino grandes conexiones psíquicas, o incluso la totalidad de la historia vivencial interna. En su trabajo clínico van a estar dirigidos a aprehender cuáles son las significaciones esenciales del vivenciar del paciente, y en qué estructuras básicas se mueve. La culminación del método no yacerá en el acto de describir vivencias como en Jaspers, sino en el momento intuitivo-reflexivo a través del cual se extraen del mundo interior del paciente significaciones esenciales y estructuras básicas.

El tránsito de la fenomenología psiquiátrica va a la zaga del de la fenomenología filosófica de Husserl. Inicialmente Husserl considera que la actitud metodológica nuclear que permitirá a la filosofía constituirse en una ciencia estricta, es la de ir directamente "a las cosas mismas" y captar éstas a través de una descripción saturada de rigor. Acá se inspira Jaspers para escribir su "Psicopatología General". Más tarde para Husserl la fenomenología deja de ser descripción, y se convierte en intuición de esencias.

A estas alturas Jaspers abandonará la psiquiatría, al parecer por una grave enfermedad bronquial que le impedía ejercerla, e incorporará esta segunda etapa de Husserl, ya no a la psicopatología sino a su profunda filosofía existencialista, trabajo por el cual es más conocido en los medios intelectuales. En el ámbito psiquiátrico serán los autores mencionados arriba, quienes integrarán este "intuir esencias", de Husserl. Nacen así las corrientes psiquiátrico-fenomenológicas que enumeramos a continuación.

La fenomenología genético-estructural, cuyo campo operativo fundamental es el mundo interior del enfermo, y de la cual podemos considerar a Minkowsky como su máximo representante en el ala estructural, a Gebattel en la genética y a Tellenbach en un punto intermedio. La pretensión básica es la de aislar la estructura básica que permita entender los contenidos de la conciencia del individuo y sus síntomas. Para Minkowsky el trastorno básico desde el cual puede reconstruirse el mundo interno del paciente esquizofrénico, es la pérdida del contacto vital con la realidad. Gebattel hace análisis similares para el obsesivo y Tellenbach para el depresivo.

Entre la fenomenología descriptiva categorial de Jaspers y la genética estructural se encuentran las descripciones clínico-fenomenológicas de Schneider. Para ser precisos, acá también caben las descripciones jaspersianas de las vivencias delirantes primarias y de los trastornos de la conciencia del yo. Su campo operativo no son los elementos de las vivencias de la fenomenología elementalista, sino los síntomas del enfermo, desde los cuales trata de aprehender las estructuras básicas del enfermo. Jaspers usó este método al desarrollar los conceptos de primario-secundario, proceso-desarrollo, comprensible-incomprensible, comprensión-explicación y causa-motivo. Schneider amplía esta óptica llegando a modificar los conceptos jaspersianos.

El análisis existencial o fenomenología existencial de Binswanger representa una síntesis de fenomenología, psicoanálisis y filosofía existencial de Heidegger. Su campo operativo son los modos de existencia del enfermo. Ilustra en forma notable esta aproximación "El caso de Lola Voss", de Binswanger o "Tres formas de existencia frustrada" del mismo autor.

La fenomenología antropológica, cuyo campo operativo fundamental son las categorías antropológico-existenciales, en especial la temporalidad y la especialidad, tiene como representantes a Minkowsky, Gebattel, Tellenbach y Binswanger. Esta

fenomenología es una transición entre la fenomenología genético^ostructural y la fenomenología existencial.

Por último, mencionamos el método fenomenológico-formal cuyo campo operativo es la relación sujeto-objeto y hombre-mundo en el ámbito de la forma (Gestalt). La configuración del mundo es lo primero que aparecería en la superficie de contacto entre el sujeto y el mundo objetivo. El agente modelador del sujeto es esta forma de relación. Goldstein es el primero en aplicarlo, pero quien logra desarrollarlo consistentemente es Conrad. Sus trabajos nos ofrecen una nítida adaptación de una serie de configuraciones fenomenológicas iluminadas por la teoría de la forma, para las psicosis esquizofrénicas y sintomáticas.

La fenomenología desarrollada en este texto corresponde a la concepción jaspersiana. Este método fenomenológico elementalista induce a un agrupamiento natural de los fenómenos que observa, en un orden categorial. De aquí que comparemos la perspectiva fenomenológica descriptiva categorial, de la perspectiva fenomenológica descriptiva dimensional que emerge al integrar el modelo dinámico. El primero involucra una discontinuidad cualitativa que delimita netamente los fenómenos observados. El segundo los integra en un continuo que facilita la aproximación a fenómenos que cambian en una perspectiva dialéctica.

B. El modelo dinámico en el método fenomenológico descriptivo

"La neurosis obsesiva, dolencia en la cual descubrimos, además, la singularísima circunstancia de que las oposiciones (polaridades) que llenan la vida psíquica se muestran particularmente acentuadas". (S. Freud en "El sentido de los síntomas").

Desde un punto de vista epistemológico, son dos los méritos fundamentales de Freud. El haber sido capaz de entender la psicología tanto normal como patológica, integrando el modelo dinámico, el cual se había desarrollado en otras áreas de la ciencia y, el modelo dialéctico, que en el siglo xviii adquirió singular relieve en el pensamiento filosófico.

Como señala Ellemberger, uno de los primeros en utilizar la palabra dinámica es Leipzig. La usa como un término opuesto a estática y cinemática en el campo de la mecánica. Más tarde Herbart lo aplica a la psicología, distinguiendo estados estáticos y dinámicos de conciencia. Los fisiólogos franceses habían utilizado el término dinámico para expresar la noción de funcional en oposición a la de orgánico.

La palabra dinámico adquiere también un significado referido al concepto de evolución y regresión. El concepto psicoanalítico del término dinámico, presente en toda la obra de Freud, es muy bien descrito por Laplanche y Pontalis. "Se refiere a un punto de vista que considera los fenómenos psíquicos como resultantes del conflicto y de la composición de fuerzas que ejercen un determinado empuje, siendo éstas, en último término, de origen pulsional". Freud escribe: "Nosotros no atribuimos la escisión del psiquismo a una incapacidad innata del aparato psíquico para la síntesis, sino que la explicamos dinámicamente, por el conflicto de fuerzas psíquicas opuestas, reconociendo en ella el resultado de una lucha activa entre dos grupos psíquicos entre sí". La orientación dinámica no sólo implica la consideración del concepto de fuerzas, sino también la idea de que dentro del psiquismo las fuerzas entran necesariamente en conflicto unas con otras, siendo el origen de este conflicto psíquico, en último análisis, un dualismo pulsional".

Esta concepción dinámica del aparato psíquico del ser humano lleva a Freud a aproximarse a la mente tratando de describir estas fuerzas duales que en su interacción van a determinar el psiquismo. Por este camino llega a describir las tres dimensiones duales de

cuya interacción depende la sanidad o la patología del individuo. Estas dimensiones son: la dimensión activo-pasivo, yo-mundo externo, placer-dolor.

La descripción de estas tres dimensiones requiere de una aproximación a la realidad, y en este caso a los fenómenos psicológicos del sujeto a través del método fenomenológico descriptivo, al igual que en el resto de la psicopatología. Pero, sin embargo, por el hecho de tratarse de dimensiones cuya característica fundamental es el proceso de estructuración y organización a través del tiempo de dos polos opuestos, la descripción alcanzará su perfil verdadero en la medida que considere ese transcurrir. En otras palabras, la descripción debe dar cuenta de cómo se ha resuelto a través del tiempo ese "conflicto de fuerzas psíquicas opuestas".

Deberá buscar en el pasado del sujeto, describiendo la historia de ese encuentro polar, su enfrentamiento, su integración, su disociación o escisión, el predominio de un polo sobre el otro o su alternancia.

Será a través de este método que el psicopatólogo se acercará al verdadero perfil de cada dimensión. Lo hemos denominado método fenomenológico descriptivo dimensional, para diferenciarlo del método fenomenológico descriptivo categorial, cuya descripción está centrada en el fenómeno tal como el observador lo percibe en el aquí y en el ahora (sincrónico), sin tener mayor relevancia su constitución a través del tiempo (diacrónico). En el método descriptivo categorial, se trata de describir el fenómeno para ubicarlo dentro de alguna categoría establecida y no dentro de un continuo cuyos extremos son los polos de una dimensión.

El segundo aporte fundamental de Freud fue el haber sido capaz de cuestionar la visión positivista y organicista de la medicina tradicional en relación a las enfermedades mentales que él muy bien conocía y manejaba desde un punto de vista neurológico y que lo llevará a integrar un modelo dialéctico en la comprensión de los dinamismos psicológicos.

Es bajo la influencia de Charcot que se detiene a considerar seriamente la hipnosis que Mesmer ya había importado a Francia el mismo año que Pinel rompía las cadenas de los alienados. Freud fue permeable a estas disciplinas ambiguas, muy despreciadas por los científicos de su círculo, más que nada por ser él un fiel representante del espíritu de su época e integrar su rigurosidad científica con lo que el momento cultural le señalaba. Ese neorromanticismo expresado en el naturalismo del arte y la literatura, que se empieza a preocupar no sólo de los grupos privilegiados sino también de los marginados, enfermos y desvalidos. De la "bestia humana", de "Madame Bovary", de los personajes de Dostoiewski, de la descripción de los instintos humanos más bajos como los más altos. Surge el interés por los conflictos desgarradores generados por los instintos del hombre. Los pintores se inspiraban en la traducción más primitiva y espontánea de los impulsos instintivos. Fenómeno de un proceso cultural que exigía una especie de reconocimiento del hombre tal como es. Este periodo se centra particularmente en la tensión de la vida interior del hombre, que se cuestiona y se revela. Nietzsche contra el cristianismo, Dostoiewski en lucha mística con Dios. Es Nietzsche en sus escritos filosóficos quien mejor expresa el espíritu de esta época, y su genealogía de la moral revela un profundo conocimiento intuitivo de la vida más primitiva del hombre. Él traza con nitidez lo delineado ya por Schopenhauer sobre la versión del hombre instintivo.

Influenciado por este ambiente cultural, Freud, entonces, elabora modelos teóricos que permiten explicar la resolución del dualismo de estas dimensiones que definíamos anteriormente: placer-dolor, yo-mundo, actividad-pasividad.

En relación a la dimensión placer-dolor, elabora su teoría de los instintos. En relación al dualismo yo-mundo externo elabora su teoría del desarrollo psíquico centrado en el yo. La dimensión activo-pasivo, la mira e interpreta desde una perspectiva biológica.

En su intento de explicación de la resolución de los opuestos de las dos primeras

dimensiones: placer-dolor, yo-mundo externo, Freud hecha mano de aquellas instancias psicológicas, que ya habían nacido con Mesmer y que es herencia propia de todo este ambiente espiritual y cultural de su época, que también supo integrar a su cuerpo teórico, y que dio origen al concepto de inconsciente.

Es el inconsciente la piedra angular en la que fundamentará su explicación acerca de la resolución de los opuestos de cada una de tales dimensiones, ya que es la instancia que va a permitir la conjugación de los polos dialécticos y su interacción, tanto en la búsqueda de una resolución integrativa a través del desarrollo, o en la permanencia rígidamente disociada o reprimida, en la coexistencia conflictiva. En otras palabras, el inconsciente es una instancia que permite explicar la resolución dialéctica de los opuestos. Estructura que surge como estrictamente necesaria para poder dar cuenta de procesos dinámicos que, como habíamos definido, necesariamente tiene que describirse en términos duales, es decir, a través de dimensiones cuyos extremos son polos duales, antinómicos, en definitiva dialécticos. El texto de Ignacio Matte, "La lógica del insconcio", demuestra en forma magistral el carácter dialéctico del proceso inconsciente.

Como señala Dieter Wyss en su texto "Las escuelas de psicología profunda"; "El carácter dialéctico es común a todas las teorías psicoanalíticas, es decir, que todas ellas tienen como base el suponer que la vida anímica está determinada por opuestos que culminan especialmente en el concepto de la ambivalencia". "Así, el sadista se revela como un masoquista en secreto, y viceversa; el heterosexual, como un homosexual reprimido y viceversa; el exhibicionista, como un voyerista y viceversa; el agresivo, como femenino y pasivo y viceversa; el caballero industrial, como un estafador de baja alcurnia y viceversa; la oposición entre el maníaco y el depresivo sigue análoga dialéctica".

Es habitual que se critique al psicoanálisis como una metapsicología empirista, mecanicista, influida por la física de su tiempo, que trata de reducir el funcionamiento psicológico a principios energéticos propios de la termodinámica. Consideramos que Freud desarrolla un doble discurso; uno explícito y manifiesto, que se mueve en el ámbito de las ciencias naturales, y se expresa fundamentalmente a través de los conceptos de energía libidinal y tanática, como en el modelo yo, ello, super-yo. Pero implícito, y latente a su teoría, trascurre una metapsicología de fundamento dialéctico, opuesto al empirismo de las ciencias naturales, y que se expresa fundamentalmente a través de los conceptos de inconsciente, pensamiento primario, etapas del desarrollo psicosexual, y relaciones objetales. Pudiera incluso sostenerse que el psicoanálisis, marcado por el naturalismo de la época, no aprovechó durante un tiempo la riqueza dialéctica de su epistemología, y el posterior surgimiento y afianzamiento del concepto de relación objetal, va perfilando con mayor intensidad la concepción dialéctica de su metapsicología.

Esta ordenación de las ideas de Freud no sigue un esquema cronológico. La necesidad de ver la mente como un constructo dinámico, surge de la valoración que tiene Freud de los procesos inconscientes, como al mismo tiempo, el integrar los procesos inconscientes a la explicación del funcionamiento de las dimensiones bipolares, surge como única alternativa que permite explicar la resolución de extremos en una dimensión continua.

Como un texto de semiología psiquiátrica no debe interesarse por plantear modelos explicativos, ni teorías ni hipótesis acerca de los fenómenos psicopatológicos, sino sólo describir sus formas de presentación, consideramos que es el aporte dinámico con aproximación descriptiva de los fenómenos el que integraremos en nuestra tarea semiológica.

A este método que nos permite captar las variables dinámicas del sujeto, lo denominaremos fenomenológico descriptivo dimensional. El aporte descriptivo dinámico de Freud se cristaliza en la precisión de las dimensiones, polares que hemos repetidamente

mencionado. Pero como recién señalamos Freud no se detuvo en la descripción de estas variables, y avanzó en la construcción de su magistral modelo interpretativo para explicar las dos primeras dimensiones: La teoría de los instintos y la teoría del desarrollo psicosexual. Ambas hipótesis dan una coherente, consistente y convincente respuesta, hasta hoy la más abarcativa, de los fenómenos psicológicos, al integrar aquella instancia que denominamos inconsciente y que le permite comprender y explicar la resolución dinámica de las dimensiones consideradas.

Debemos admitir que esta segunda parte de los hallazgos de Freud son un constructo hipotético interpretativo, pero ineludible para el progreso de la psicopatología. Valorizando la riqueza del aporte de hipótesis interpretativas para el avance de la ciencia pura en la disciplina psiquiátrica, reiteramos que su abandono, e debe a los objetivos meramente descriptivos de un texto que presume de su carácter semiológico.

Este marco referencial] que incluye lo dinámico desde su perspectiva descriptiva.- constituirá el método de abordamiento a aquella instancia del vivenciar que se estructura y organiza en un proceso dinámico y que corresponde al yo y su funcionalidad. Consiste en el método descriptivo dimensional que enfatizaremos reiteradamente.

4. CLASIFICACIÓN DEL VIVENCIAR PSICOLÓGICO Y PSICOPATOLÓGICO

El método fenomenológico en psiquiatría estará centrado en el análisis de las vivencias, fundamentalmente en la fenomenología de las vivencias perturbadas, o sea en la psicopatología.

Tal como señalamos en la introducción, nos parece fundamental que el estudio de la psicopatología se realice desde y con la psicología normal. Facilita la comprensión de la psicopatología el orientarse desde una ordenación o clasificación del aparato mental; en este caso, una ordenación de nuestra psiquis desde las vivencias denominadas normales.

A nuestro juicio, es Kurt Schneider un continuador de Jaspers, quien ha realizado el mejor esfuerzo ordenador y clasificador de las vivencias normales y patológicas.

Siguiendo de cerca a Schneider, ordenamos el material psicológico de la siguiente manera:

1. *Elementos del vivenciar*: Esta denominación alude a lo que se ha llamado elementos básicos constitutivos del aparato psíquico. Entre los elementos del vivenciar, distinguimos:
 - 1.1. Sensación, percepción y representación
 - 1.2. Pensamiento
 - 1.3. Afectividad
 - 1.4. Psicomotricidad o conación

2. *Instrumentos del vivenciar*: Son factores generales de cuya presencia y operabilidad depende la construcción vivencial, siendo por lo tanto condicionantes necesarios. Éstos son:
 - 2.1. Conciencia
 - 2.2. Inteligencia
 - 2.3. Atención
 - 2.4. Memoria
 - 2.5. Orientación

3. *Cualidades fundamentales de las vivencias*: Corresponde a ciertas cualidades generales que sólo surgen en la naturaleza humana y que son resultantes de la funcionalidad psíquica. Su carácter dinámico exige una aproximación dimensional que distingue las siguientes dimensiones:
 - 3.1. Dimensión realidad-irrealidad
 - 3.2. Dimensión actividad-pasividad
 - 3.3. Dimensión acercamiento-evitación
 - 3.4. Dimensión dependencia-independencia

Condiciones absolutamente necesarias aunque no suficientes para que se lleve a cabo nuestro vivenciar, son la lucidez de la conciencia, una inteligencia normal, la atención necesaria junto a una orientación personal adecuada, y una memoria que registre el evento. La integridad de estas funciones que hemos llamado instrumentos del vivenciar,

posibilita la realización de la sensación, percepción, representación, pensamiento, afectividad y psicomotricidad; o sea, los modos de vivenciar dependen del estado de los instrumentos del vivenciar. Pero todo el conjunto de vivencias que emana desde la afectividad, percepción, psicomotricidad, pensamiento, representación y sensación, pasa por el filtro del yo del sujeto.

Los eventos psíquicos se cualifican vivencialmente bajo la funcionalidad yoica. Desde el yo, adquieren su sello propio y se configuran en vivencias personales. Es decir, los acuña y les imprime un carácter propio bajo un proceso integrador que estará condicionado por su propia estructura y organización dinámica, la cual se ha configurado a través de su historia, en relación a los caminos de resolución que adopte frente a las cuatro dimensiones polares que lo constituyen desde su génesis. Reiteramos que las cuatro dimensiones autonómicas que hemos considerado como básicas, son la dimensión realidad-irrealidad, actividad-pasividad, acercamiento-evitación y dependencia-independencia.

Consideramos que estas cuatro dimensiones son operacionalmente fundamentales pero no excluyentes de otras posibles dimensiones susceptibles de formulación.

Cada intento descriptivo en Psicología tanto normal como patológica, por necesidades didácticas se ve sometido a reducciones simplificadoras y clasificaciones que desde una perspectiva global son en cierta medida forzadas, ya que este proceso, descrito como una secuencia por nosotros, transcurre en un suceder simultáneo donde los tres pilares de nuestro vivenciar: instrumentos, modos y cualidades, se interrelacionan dialécticamente, llevándonos así a la configuración del vivenciar, como un todo y no como la suma de sus componentes. Schneider, en su texto de Psicopatología clínica, reflexiona sobre la inevitable necesidad que tiene el investigador de realizar tal esquematismo que lo obliga a tener continuamente presente los riesgos de tal artificio. Textualmente dice: "Si en cierto modo hemos realizado una disección de la unidad funcional psíquica, ello ha sido tan sólo debido a que en último término, para conocer algo acerca de ella, no hay más remedio que considerar cada función por separado. Mas, al ir estudiando así cada función, no hemos de olvidar que no se trata aquí de partes a sumar, de elementos susceptibles de ser aislados sin perjuicio del todo, de meras piezas de construcción que se ensamblan entre sí para montar un edificio. Tampoco el botánico que describe sucesivamente la forma, el color, la disposición de la superficie, etc., de una hoja, cree que esta última es una mera suma de tales elementos. También él se ve obligado a analizar cuanto quiere describir, ya que le resulta imposible decir todo de golpe y de una vez. Es en este único y exacto sentido que ha de entenderse la disección por nosotros efectuada. Debe entenderse entonces que los límites de los diversos sectores se imbrican y difuminan entre sí".

Siguiendo la misma ordenación empleada en el material psicológico normal, a continuación planteamos la clasificación general de la psicopatología que será desarrollada en este trabajo. Cada grupo de trastornos psicopatológicos integra una aproximación fenomenológica a la respectiva psicología normal.

II

PSICOLOGÍA, PSICOPATOLOGÍA Y SEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

1. PSICOPATOLOGÍA DE LOS ELEMENTOS DEL VIVENCIAR:

- 1.1. Psicopatología de la sensación, percepción y representación.
- 1.2. Psicopatología del pensamiento.
- 1.3. Psicopatología de la afectividad.
- 1.4. Psicopatología de la psicomotricidad o conación.

2. PSICOPATOLOGÍA DE LOS INSTRUMENTOS DEL VIVENCIAR:

- 2.1. Psicopatología de la conciencia.
- 2.2. Psicopatología de la inteligencia.
- 2.3. Psicopatología de la atención.
- 2.4. Psicopatología de la memoria.
- 2.5. Psicopatología de la orientación.

3. PSICOPATOLOGÍA DE LAS CUALIDADES FUNDAMENTALES DE LAS VIVENCIAS O PSICOPATOLOGÍAS DEL YO.

- 3.1. Psicopatología de la dimensión realidad-irrealidad.
- 3.2. Psicopatología de la dimensión actividad-pasividad.
- 3.3. Psicopatología de la dimensión acercamiento-evitación.
- 3.4. Psicopatología de la dimensión dependencia-independencia.

SENSACIÓN PERCEPCIÓN Y REPRESENTACIÓN

I.a. PSICOLOGÍA DE LA SENSACION, PERCEPCIÓN Y REPRESENTACIÓN

A. Sensación

a) *Definición:* Se habla de sensación cuando un estímulo que actúa sobre un órgano sensorial llamado receptor es capaz de excitarlo y provocar una reacción de transmisión hacia un centro integrador, que en el caso del hombre es el cerebro. El cerebro registra dicho estímulo como una experiencia que denominamos sensación.

b) *Características:* Los receptores tienen una constitución fisiológica diferente según el estímulo que son capaces de responder. Los receptores para la audición son diferentes de los receptores para la vista. Sin embargo todos los receptores tienen algunas características comunes. Responden según la ley del todo o nada. Si el estímulo es lo suficientemente intenso, o sea sobrepasa el umbral mínimo necesario para que el receptor evoque una respuesta, esta respuesta será una despolarización de la membrana, siempre de idéntica intensidad, independiente de la fuerza del estímulo. Si no alcanza el umbral mínimo no hay respuesta en absoluto. Las diferencias de sensación dependen de las fibras nerviosas en cuestión, de su número, y de la frecuencia de los impulsos transmitidos.

c) *Tipos de Sensaciones:* Numeramos los diferentes receptores del hombre y el tipo de excitación que requieren para transmitir un potencial que el cerebro registra como sensación.

Retina: (conos y bastones) Se excitan por ondas electromagnéticas que van de 10^{-5} a 10^{-4} cm. La sensación provocada es la de luz y colores.

Células cutáneas: (corpúsculos de Krauss Pacini) Se excitan por ondas electromagnéticas que van de 10^{-4} a 10^{-2} cm. La sensación provocada es de frío o calor.

Órgano de Golgi: (células de Corti) Se excitan por vibraciones mecánicas de 20 a 20.000 Hz. La sensación provocada es de sonidos y ruidos.

Células cutáneas: (corpúsculo de Meissner) Se excitan por presión. La sensación es táctil.

Aparato vestibular: (células ciliadas) Se excitan por movimientos de la cabeza. La sensación es de equilibrio.

Células gustativas: Se excitan por sustancias químicas en solución acuosa. La sensación es gustativa.

Células olfativas: Se excitan por sustancias químicas en forma gaseosa. La sensación es olfativa.

Receptores propioceptivos: Se excitan por modificaciones químicas y mecánicas del medio interno. La sensación es de presión y tensión.

Terminaciones nerviosas libres: Se excitan por aportes de energía intensa. La sensación es de dolor.

B. Percepción

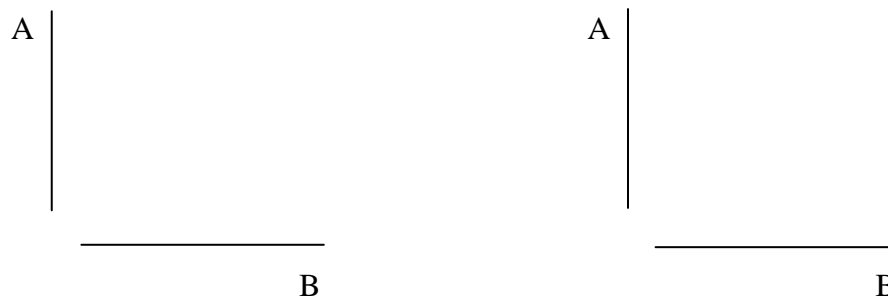
a) *Definición:* Una vez que llega al cerebro la transmisión nerviosa desde el receptor (que se manifiesta en el cerebro como un potencial evocado), este registro se somete a una serie de elaboraciones psíquicas hasta convertirse en una percepción. Elaboraciones de las cuales habitualmente no estamos conscientes y que nos llevan a llamar a las percepciones como "sensaciones". Es sólo a través de la percepción que el dato se nos aparece con carácter de objeto. Es lo que Jaspers llamó "conciencia de objeto" y que consideró la función que más caracteriza a la percepción. Henri Pierón define la percepción como "la aprehensión del conocimiento sensorial de acontecimientos exteriores que han dado lugar a sensaciones numerosas y complejas. Toda percepción es una gnosis. Proporciona lo percibido, que frecuentemente es llamado también percepción".

La percepción es el acto de toma de conocimientos de datos sensoriales del mundo que nos rodea. Ésta constituye un mecanismo a través del cual el hombre adquiere el conocimiento del mundo exterior, o de su propio mundo interior .

b) *Leyes de la Percepción:*

1. *El todo es más que la suma de las partes.* El conjunto percibido, es más que la suma de las percepciones elementales. La percepción de un paisaje en su conjunto, es cualitativamente distinto a si se percibieran separadamente cada uno de los árboles, cerros y praderas. La totalidad le da un sello a la percepción que la hace incluir las percepciones elementales y agregar la propia del conjunto.

Si observamos sucesivamente las rectas A y B con un intervalo de 1/20 seg. percibiremos un solo segmento de recta en movimiento (identidad fenoménica); desplazándose de A a B, ocupando sucesivamente todas las posiciones intermedias (relleno del campo). El conjunto (percepción del movimiento) es más que la suma de las percepciones elementales (segmentos de recta A y B que le han dado lugar).



Extraído del Manual de Psicología de J. Delay-P. Pichot (pág. 56). Otro ejemplo son las ilusiones óptico-geométricas.



La mitad derecha parece más larga que la izquierda, siendo iguales.

2. *Tendencia a la estructuración:* Los elementos perceptivos aislados tienen una tendencia espontánea a la organización de formas o Gestalten. Si miramos puntos aislados, por ejemplo las estrellas del cielo, tendemos a estructurarlas en constelaciones. Si miramos una nube detenidamente, los detalles perceptivos se van organizando y llegamos a tener la percepción de una cara, un perfil o un objeto cualquiera.

En esta estructuración, la figura estructurada en la percepción sobresale al fondo que constituye los elementos no integrados en ésta. La percepción estructurada se denomina figura, los elementos no integrados a ella constituyen el fondo.

3. *Tendencia a la generalización perceptiva:* Cuando percibimos una forma, percibimos simultáneamente un significado. Si percibimos una cruz, posteriormente seremos capaces de reconocerla independiente del tamaño, del contexto o de la ubicación en que esté. Una vez captado el signo, podemos generalizar la percepción.

4. *Tendencia a la pregnancia:* La pregnancia es la facilidad con que un objeto es percibido como figura en relación al fondo. Las figuras simétricas y completas tienen más pregnancia que las asimétricas e incompletas.

5. *Principio de constancia:* Las figuras tienden a ser percibidas como simétricas y completas aunque no lo sean. Una melodía tiende a escucharse como armoniosa. Si se modifican algunas notas se percibe como otra melodía, en cambio si solamente se cambia de tono, es percibida como idéntica.

6. *Evolución de preformas a forma pregnantes diferenciadas:* En los estados primitivos la percepción está condicionada significativamente por preformas. Con el desarrollo la percepción actualiza formas pregnantes diferenciadas, más determinadas por los objetos que por condicionamiento perceptivo a priori.

c) *Otros condicionantes de la percepción:* En cuanto a lo percibido, adquiere significación para nosotros, adquiere un "contenido significativo" y pasa a la categoría de vivencia perceptiva. Los determinantes de tal contenido significativo de la percepción, son múltiples. Uno de los fundamentales es la afectividad. El estado emocional, los sentimientos y el estado de ánimo organizan nuestra percepción, en el fondo, "vemos lo que esperamos ver". En el mismo sentido la experiencia previa en el trayecto vital, nuestra biografía, condiciona la percepción. Estamos más entrenados para percibir algunas cosas y no otras. De lo percibido, algunos elementos pasan a primer plano y estructuran la figura perceptiva. Lo postergado del panorama perceptivo, pasa a constituir el fondo que sostiene la figura. La relación entre figura y fondo es un concepto básico de la psicología de la Gestalt, que de hecho surgió inicialmente del estudio de la percepción. Pensemos en cuán diferentemente es percibido un bosque por el comerciante en maderas, por el artista que busca un motivo estético o por el ecólogo que busca la integración en la naturaleza. Para el primero la figura pasará a ser la madera potencial, para el segundo la figura destacará un rincón oculto especialmente bello y para el tercero, la proporcionalidad entre flora y fauna pasará a primer plano. En suma, la percepción es un término, que designa tanto al proceso que integra y aprehende los datos suministrados por la sensorialidad, con su referencia a espacio y a tiempo como el resultante de ese proceso, como contenido de conciencia que incorpora en ella al objeto aprehendido.

d) *Tipos de percepciones:*

1. *Percepción sensorial:* es la percepción real y objetiva que se obtiene y elabora con la observación directa del estímulo que impresiona a los aparatos receptores sensoriales.

2. *Percepción consecutiva o post-percepción sensorial*: Determinada por la persistencia de la imagen sensorial después de desaparecido el estímulo, habitualmente cuando éste ha sido muy intenso. Ocupa un lugar intermedio entre lo perceptivo y lo representativo. Por ejemplo un sujeto mira persistentemente un jarrón, luego una pared blanca, y en ésta lo percibe con la claridad de una percepción sensorial, aunque no tan nítida como ésta. Su duración es precaria.

3. *Pareidolias*: También llamadas ilusiones fantásticas, consisten en producciones de la fantasía creadora, a expensas de un material sensorial de límites difusos, por ejemplo; unas rocas en las cuales se ven casas, cuerpos o cualquier figura, siempre con conciencia clara de que se trata de una creación propia y no de una realidad.

C. Representaciones.

a) *Definición*: Son imágenes surgidas en la conciencia, reconocidas como un producto de sí mismo, son íntimas, carecen de vivacidad y nitidez, dependen totalmente de la actividad psíquica y se modifican por la voluntad.

b) *Características*: La representación es la materia prima con que trabaja el pensamiento. Los objetos concretos y determinados se viven como percepciones y se actualizan en forma de representaciones. La representación a diferencia de la percepción, se refiere a algo anteriormente percibido, o a algo inventado. Las primeras son las representaciones mnémicas y las segundas las representaciones de la fantasía. En la representación mnémica, la percepción que el sujeto actualiza, si bien no es idéntica a la percepción que vivió antes, es muy semejante a ella. Es experimentada como un producto real, con la evidencia de que corresponde a algo ya vivido anteriormente. En las representaciones de la fantasía, se aprecia una variación de aquello que fue percibido, reacción que se da en relación a la percepción y no a la sensación primaria vivida en la percepción. El sujeto asocia datos sensoriales con imágenes mnémicas distintas de las que integraron aquella vez la correspondiente percepción primaria. A diferencia de la representación mnémica, el sujeto la experimenta como un objeto irreal, meramente representado que no había sido vivido anteriormente.

Siempre se presta a confusión la diferencia entre percepción y representación. Jasper sintetiza las diferencias fundamentales entre ambas, de la siguiente manera:

- 1) Las percepciones son corpóreas.
- 2) Las percepciones aparecen en el espacio objetivo externo.
- 3) Las percepciones tienen un diseño determinado, están completas y con todos sus detalles ante nosotros.
- 4) En las percepciones los diversos elementos de la sensación tienen toda la frescura sensorial.
- 5) Las percepciones son constantes y pueden ser retenidas fácilmente de la misma manera.
- 6) Las percepciones son independientes de la voluntad, no pueden ser suscitadas arbitrariamente y no pueden ser alteradas. Son admitidas con un sentimiento de pasividad.

En cambio, las representaciones:

- 1) Son incorpóreas.
- 2) Aparecen en el espacio subjetivo interno.
- 3) Tienen un diseño indeterminado, están incompletas y sólo con algunos detalles ante

nosotros.

- 4) No tienen la frescura sensorial de los elementos de las sensaciones como en la percepción.
- 5) Se descomponen y desmenuzan y deben ser creadas siempre de nuevo.
- 6) Son dependientes de la voluntad, pueden ser provocadas según el deseo y ser modificadas. Son producidas con un sentimiento de actividad. El conjunto de las características anteriores da a la percepción su carácter de objetividad y a la representación su carácter de subjetividad.

c) *Tipos de representaciones:*

1. *Representación mnémica:* es la representación de un recuerdo evocado por la memoria.

2. *Representaciones de la fantasía:* se trata de una representación que no obedece a la existencia de algo real y es una creación producto de la imaginación del individuo.

Variantes normales en las que participan ambas formas puras son:

3. *Representación eidética:* se da en sujetos que tienen la capacidad de proyectar al espacio objetivo externo, imágenes que pertenecen a su campo subjetivo, con conciencia de que tal imagen no es real y con control de esa capacidad. Se ve con más frecuencia en niños y en el hombre primitivo. Se proyecta al espacio objetivo externo y toma referencias en él. Algunos las consideran un trastorno de la representación y las denominan pseudoalucinaciones visuales. Nos extenderemos en su descripción al tratar los trastornos de la representación.

4. *Representación onírica:* son las representaciones que se dan en el soñar. Tanto a modo de representaciones mnémicas o fantasías representativas, las imágenes oníricas son aceptadas como reales en el soñar. Son poco nítidas, dinámicas, inestables, sin conexión temporal y muchas veces absurdas.

1. 1. PSICOPATOLOGÍA DE LA SENSACIÓN, PERCEPCIÓN Y REPRESENTACIÓN

A. TRASTORNOS DE LA SENSACIÓN

- *Por lesiones orgánicas:* Ya sea del órgano sensorial, del nervio aferente, o en la zona de proyección primaria en el cerebro.
 - a) *Amaurosis:* ceguera
 - b) *Anacusia, hipoacusia:* sordera
 - c) *Anosmia:* falta del olfato
 - d) *Ageusia:* falta del sentido del gusto
 - e) *Hipoestesia, anestesia, hiperestesia, parestesia:* trastorno de la sensibilidad.
 - f) *Agnosias:* Existen trastornos de la sensación en relación a la incapacidad de reconocer la sensación presente. En este caso no está alterado el órgano de los sentidos, ni la vía aferente, ni la zona de proyección primaria. La sensación se tiene pero no se reconoce, no se hace concordar con el material mnémico anteriormente adquirido. Estos trastornos se llaman agnosias.
 - *Agnosia óptica:* no se reconoce el material visual. Existen 4 formas de agnosia óptica:
 - *Agnosia espacial:* no se reconoce el entorno espacial, no se puede describir la ordenación espacial de la habitación propia o el trayecto de una calle, se hace imposible vestirse porque no se capta la estructura espacial de las vestimentas.
 - *Agnosia de objetos y personas:* no se reconocen objetos y personas, aun cuando se capten el tamaño, forma, la ordenación categorial (ej.: ser humano, animal, casa) y la ordenación espacial.
 - *Agnosia de colores:* no se reconoce el sentido semántico de los colores. Los pacientes se tornan incapaces de ordenar colores iguales pero con tonos diferentes. No comprenden el significado de las luces del tránsito, etc.
 - *Agnosia gráfica y de números:* hay incapacidad para leer (alexia sensorial) y para contar, sumar, numerar, etc. (alexia para los números).
 - *Agnosia acústica:* no se reconoce el significado de las palabras, o el de ruidos, o de melodías.
 - *Somatognosia:* se refiere a la incapacidad para reconocer el propio cuerpo.
 - *Autoagnosia:* incapacidad para reconocer partes del propio cuerpo.
 - *Agnosia derecha-izquierda:* no se reconoce la lateralidad ni en los objetos ni en el propio cuerpo.
 - *Anosognosia:* no se reconoce una falla funcional en el propio cuerpo (por ej.: una parálisis).
 - *Estereoagnosia:* incapacidad para reconocer objetos mediante el tacto.
 - g) *Sinestias:* una experiencia sensorial real, evoca otra sensación con la cual se liga y fusiona la primera. Ambas adscritas a órganos sensoriales distintos. Por ejemplo al escuchar una música se siente un determinado olor. Éste puede ser un fenómeno normal, pero se ve en estados psicopatológicos, sobre todo en cuadros exógenos, donde adquieren un carácter inusitado y sorprendente.
- *Funcionales:* la persona no acusa haber tenido la sensación correspondiente a un

determinado estímulo. Generalmente tiene relación con una vivencia traumatizante que impediría el registro de la sensación. Cegueras psicógenas, sorderas psicógenas, etc. En los trastornos disociativos y conversivos se pueden presentar alteraciones de la sensación muy similares a los causados por motivos orgánicos. Agnosias funcionales, amaurosis funcionales, hipoacusias funcionales, etc.

B. TRASTORNOS DE LA PERCEPCIÓN

➤ Cuantitativos

- a) *Aceleración de la percepción*: cuando existe un aumento del número de unidades de percepción por unidad de tiempo. Si bien se captan mayor número de estímulos, hay menor fijación mnémica y mayor riesgo de error perceptivo (habitualmente ilusión).

Ejemplo:

Una paciente en fase maniaca reaccionaba frente al auditorio localizando rápidamente cualquier movimiento de las personas presentes, que para cualquiera hubiera pasado desapercibido. Atenta a todos los gestos, percibiendo todos los detalles en las expresiones y en las vestimentas para hacer algún comentario irónico. Mantenía el diálogo con el entrevistador y al mismo tiempo daba la impresión que registraba los comentarios que hacían en voz baja los asistentes. Entendía rápidamente las preguntas y contestaba sin vacilación.

- b) *Retardo de la percepción*: cuando existe una disminución del número de unidades de percepción por unidad de tiempo. Es frecuente que se le agregue menor fijación mnémica, con mayor riesgo de error perceptivo (habitualmente ilusiones), ya que no se logra una buena percepción de conjunto. Recordamos algo en cuanto a su relación témporo-espacial con otras cosas percibidas. La pérdida de la "visión de conjunto" induce a error.

Ejemplo:

Una paciente deprimida refiere espontáneamente "me siento muy lenta, me cuesta entender lo que me preguntaban. Cuando han terminado la pregunta yo todavía estoy captando la primera frase" "antes era más rápida para entender, si hasta las películas de la tele no las puedo seguir".

- c) *Intensificación de la percepción*: también llamada hiperestesia, los sonidos son vivamente oídos, los colores luminosamente vistos. Una teja roja parece una llama, el acto de cerrar una puerta retumba como cañonazo, el sonido del viento es tempestuoso.

Ejemplo:

Un paciente bipolar, de actividad pintor, refiere que los cuadros que realiza estando exaltado "son de tonos muchos más ricos y variados. Cuando estoy deprimido distingo 4 ó 5 variedades de color amarillo. Cuando me pongo maniaco uso como veinte tonalidades que las percibo muy distintas unas de otras".

- d) *Debilitamiento de la percepción*: la intensidad de la percepción está reducida. Los colores se ven más parejos, el mundo circundante parece más oscuro y apagado, la música se escucha monótona, las comidas sin sabor.

Ejemplo:

Una paciente deprimida señala que su vida ha perdido el atractivo "antes me gustaba salir a caminar por el parque cerca de mi casa, me relajaba, lo encontraba hermoso. Ahora me parece sin gracia, como si siempre estuviera nublado".

➤ Cualitativas

- a) *Ilusiones*: es la percepción falseada o distorsionada de un objeto real. Esta deformación se da en relación a la atención, afectividad y a la conciencia. Por ello, Jaspers las clasificó en:

- *Ilusiones por inatención*: el debilitamiento de la atención dificulta la captación

nítida de las cosas y favorece el error perceptivo.

Ejemplos:

Cuando nos acercamos a una persona extraña pensando que era un amigo. Cuando leemos una palabra que no estaba impresa en el texto, deformando la percepción de la verdadera.

- *Ilusiones catatímicas:* pese a que la captación sensorial es perfecta, la carga afectiva predispone a una falsa percepción mediante el agregado de particularidades y atributos que no pertenecen a la sensación real, y que tienen relación con el estado afectivo predominante. Se observa en todos aquellos estados en que hay un compromiso afectivo intenso, particularmente miedo, éxtasis o rabia. En estados de miedo se confunden formas y objetos con personas al acecho y dispuestas al ataque; oye voces donde sólo hay ruidos, el sabor y olor de los alimentos se hacen extraños y desagradables. En estados de éxtasis, la actitud de conmovida contemplación hace ver que las imágenes religiosas sonríen, los ruidos próximos son palabras de la imagen, una corriente de aire es un efluvio emanado de la imagen venerada.

Ejemplos:

Ilusión catatímica por un estado de rabia, son los gigantes que cree ver el Quijote en los molinos de viento.

Si un lugar conocido lo recorrimos en la obscuridad con el temor de ser asaltados, de pronto al mirar la rama de un árbol podemos "ver" el brazo de una persona, o al escuchar el ruido de las hojas "oír" pasos que se acercan.

- *Ilusiones oníricas:* la captación sensorial del objeto es perfecta, sin embargo el compromiso de conciencia predispone a una falsa percepción, frente a la cual el paciente reacciona contradictoriamente ya que a ratos logra percibir que se trata de una deformación que él hace de objetos inofensivos que lo rodean.

Ejemplo:

Un conductor cansado maneja de noche. En el trayecto le cuesta mantener la vigilia, a ratos mientras fija su mirada en la carretera ésta la "ve" como un amplio océano sin límites a los costados.

- b) *Alucinaciones:* la alucinación es una percepción sin objeto real, sin el estímulo externo correspondiente, y con juicio de realidad. Cumplen con las características descritas por Jaspers para la percepción: son corpóreas, poseen carácter de objetividad, tienen un diseño determinado, es decir son habitualmente nítidas y con fresca sensorial. Son constantes y pueden ser retenidas fácilmente. Por último son independientes de la voluntad y admitidas pasivamente. Se las llama alucinaciones veras para distinguirlas de las alucinaciones y de las pseudoalucinaciones. Sin embargo, debemos señalar que si bien pueden ser percibidas con el carácter de una clara vivencia sensorial, pueden también llegar a confundirse con una experiencia próxima a la representación (pseudoalucinaciones). Ejemplo claro de esto son las alucinaciones auditivas: puede tratarse de algo que se oye claramente como "una voz del que me persigue", hasta un "saber" acerca de voces, las cuales serían "extrasensoriales". La intensidad varía desde ser similar a la percepción de la realidad hasta una pálida y descolorida apariencia de objetos y personas.

Pueden ser desde muy simples y elementales, hasta muy complejas. La nitidez también es variable, desde voces definidas y reconocibles, imágenes claras, sensaciones táctiles precisas, hasta murmullos indefinidos, imágenes borrosas, sensaciones táctiles imprecisas. El juicio de realidad sobre la alucinación puede oscilar desde la completa certeza (apodíctica) de una realidad, pasando por la duda, hasta considerarlas irreales; en este último caso, preferimos emplear el término alucinosis.

La actitud tomada frente a ellas varía también desde la pasividad sometida hasta la

realización de medidas precautorias de defensa y evitación, o realización de actos pertinentes a su contenido. Puede o no tener relación con el estado afectivo presente en el paciente, lo que la hace más o menos comprensible en el sentido Jaspersiano del término.

Las alucinaciones visuales y táctiles son casi siempre experimentadas como procedentes desde fuera del propio cuerpo. En las auditivas es más variable, pueden ser referidas como "desde dentro de la cabeza" o "me suben del estómago". Es posible ordenar los fenómenos alucinatorios según el órgano sensorial comprometido. Pero también se ha descrito un grupo de alucinaciones de características peculiares, que les concede denominaciones psicopatológicas específicas.

▪ *En relación al órgano sensorial comprometido.*

- *Alucinaciones auditivas:* Seglás clasificó las alucinaciones del oído en elementales, comunes y verbales. Las alucinaciones auditivas elementales corresponden a ruidos y sonidos sin significación específica: silbidos, zumbidos, rozamientos, etc. Las alucinaciones auditivas comunes tienen referencia a objetos conocidos: el movimiento de una cama, el claveteo de una tabla, pasos, etc.

Las alucinaciones auditivas verbales pueden ser murmullos, voces apagadas, conversaciones inaudibles.

Pueden oír una o varias voces simultáneamente. Le dan órdenes, le inculcan ideas, le hacen comentarios, lo insultan, reprochan y amenazan. Localizadas en el espacio externo, son enviadas o por un "teléfono", un "altavoz" o por un aparato indefinido y misterioso. La claridad, intensidad y objetividad de la alucinación verbal es variable.

Lo habitual es que la alucinación cause profundo desagrado, su contenido por lo general es insultante, degradante y amenazador. Excepcionalmente puede ser grata, y el paciente señala disfrutar con melodías o halagos.

Ejemplos:

Un paciente esquizofrénico refiere "Todo el día oigo voces. Hablan unas veces en voz alta, otras en voz baja y otras cuchicheando. Yo puedo entenderme con ellos. Hay como una transmisión de pensamientos por el aire, desde fuera hasta aquí.

Dicen también cosas horribles, nada agradables, repiten muchas veces mi nombre".

Un paciente alcohólico confesaba que durante el episodio delirioso reciente no podía dormir porque escuchaba chasquidos y crujidos intensos que provenían del patio de su casa.

Una paciente prafrénica confiesa después de largas entrevistas, que ella habla con un espíritu bueno que le da consejos y la critica cuando hace algo malo. "Incluso me hace chistes, yo me río y me alegra la vida". Sus familiares confirman que a menudo habla sola, cuando nadie la observa.

- *Alucinaciones visuales:* pueden consistir en imágenes inmóviles o en movimiento, e incluso en espectáculos animados, de una transformación caleidoscópica. Las imágenes van desde un tamaño natural a minúsculas (liliputienses) o gigantescas (gulliverianas). Objetos, personas, animales (zoopsias), fantasías, constituyen estas alucinaciones. Pueden ser muy coloreadas y dotadas de gran vivacidad, impregnadas de simbolismo y mística. A veces tienen un carácter artificial; pueden estar aplicadas a la superficie de los objetos; sobre el techo o sobre las paredes. Otras veces por el contrario, están en perspectiva.

Ejemplos:

Citamos una paciente epiléptica descrita por Bumke "En el cielo se desplazaban siempre

figuras de mujeres, junto a mí varios perros me miraban fijamente. Pedro me había seguido por la noche, ha venido y ha desaparecido en una grieta, pero lo he reconocido por el manto. Los animales estaban continuamente ante mí y en mi cuerpo, he sido herida".

Un alcohólico en estado delirioso se levanta de la cama y corre por el pasillo asustado. "La pieza está llena de ratones, ratones por todos lados, hasta en las paredes".

Una paciente psicótica histérica refiere "Cuando estoy en la cama se aparecen hombres que violan, miran por la ventana y después quieren entrar a la pieza". Un adolescente nos relata que mientras aspiraba neoprén: "tenía visiones en las que veía cómo las plantas se comían a mis amigos".

- *Alucinaciones olfativas y gustativas*: percepción olfativa y/o gustativa sin el estímulo externo correspondiente. Pueden ser placenteras o desagradables. Son frecuentes los efluvios celestiales, los olores putrefactos y los sabores a "venenos".

Ejemplos:

Una paciente epiléptica refería oler incienso cuando al entrar en su pieza se encontraba con Dios.

Un paranoico hacía una semana que no probaba la comida en su casa. Después de un largo interrogatorio en que fue posible vencer su reticencia confesó que hacía un tiempo venía encontrando un sabor extraño en las comidas, que suponía se debía al intento de envenenamiento por parte de su esposa. Una paciente paranoica refiere "en mi casa de repente viene un olor malo, a podrido, son los animales muertos y putrefactos que me tiran los vecinos".

- *Alucinaciones táctiles (hápticas)*: percepción háptica o táctil, sin el estímulo externo correspondiente. Los pacientes experimentan que les agarran, les sujetan, les soplan, les queman, les pinchan, les atraviesan, les hacen cosquillas. También se incluyen las sensaciones de ser calentados o enfriados (alucinaciones térmicas) o humedecidos (alucinaciones hídricas). En este grupo se encuentran las alucinaciones de hormigueo o de perforación, que los pacientes creen producidas por pequeños animales (gusanos, escarabajos, parásitos), en la piel, intestino y órganos genitales.

Ejemplos:

Una paciente esquizofrénica refiere: "clavan en cualquier parte los brujos, son dolidas que pegan cuando se les ocurre...", "maquillan clavadas, agujas entre las piernas...".

Un paciente demente se queja: "unos enanitos se me meten por los pantalones y me molestan, me muerden y me sacan pedazos en las piernas".

Una paciente hebefrénica refiere: "me pongo contra la sábana y siento cómo Hervé Vilard me acaricia el sexo y cómo me mete sus espermios".

- *Alucinaciones cenestésicas*: percepción propioceptiva y enteroceptiva, sin el estímulo externo correspondiente. Son muy variables y muestran fluidas transiciones con respecto a las alucinaciones táctiles. En estas últimas el énfasis alucinatorio está puesto en la sensibilidad cutaneotáctil; en cambio en las cenestésicas en la propiocepción y enterocepción. Se trata de sensaciones de estar pretrificado, desecado, reducido de tamaño, vacío, hueco. Que por dentro se es de oro, de piedra. Refieren animales instalados en sus órganos o sienten que en su interior se realizan movimientos o bailoteos extravagantes. Es frecuente que afecten los órganos genitales, con sensación de orgasmo, estimulaciones eléctricas, o las propias de un coito.

Ejemplos:

Una paciente hebefrénica refiere: "Me desespera tener ese pene metido siempre por delante, pero es peor cuando se sale y se le mete a mi mamá. Yo siento que está ahí porque se mueve, me da vergüenza, pero me gusta y es asqueroso".

Un paciente esquizofrénico nos dice: "Ella me jodió, después que tuvimos relaciones me quedé sin cerebro. Yo siento un puro hueco en mi cabeza, hace años perdí el cerebro".

- *Alucinaciones cinéticas*: percepción de movimiento sin el estímulo

correspondiente sobre el órgano propioceptor del músculo, es decir, con ausencia de movimiento. El paciente experimenta la sensación de que se imprimen los más variados movimientos a sus miembros, o a todo su cuerpo. Reciben empujones, son tirados lejos, se les mantiene suspendido en el aire, etc.

Ejemplo:

Un adolescente bajo efecto de neoprén refiere: "estaba en el campo caminando y bruscamente sentí que me levantaban en el aire y caía. Fue el demonio y sus brujos que hacen hechicerías".

▪ *Otras alucinaciones:*

- *Alucinaciones catatímicas:* percepción en ausencia del estímulo externo correspondiente. Se hace comprensible (en el sentido Jaspersiano) desde un estado afectivo del paciente. Si está triste por duelo ve o escucha al familiar perdido. El culpable oye las órdenes de quienes lo someten al castigo. El extasiado ve a Dios, a la Virgen, al demonio, siente sus llamados o el contacto de su presencia. El enfadado escucha risas de quienes se burlarían de él.

Ejemplo:

Una paciente joven gravemente deprimida por el inesperado fallecimiento de su marido refiere: "Estaba sentada frente a la ventana a las 6 de la tarde y de pronto vi que llegaba del trabajo como lo hacía todos los días, caminaba hacia la casa, yo fui a abrir la puerta y no estaba, no puede ser". La misma paciente señala que cuando va en la noche al escritorio donde él trabajaba, "me ha parecido sentir que me roza, como si pasara al lado mío".

- *Alucinaciones hipnagógicas e hipnopómpicas:* percepción en ausencia del estímulo externo correspondiente, que carece de significado patológico, y ocurre antes de dormirse, hipnagógica, o antes de despertar, hipnopómpica. La persona no está lúcida, y se dan en la transición sueño-vigilia; pero frecuentemente tienen también relación con un estado afectivo.

Ejemplo:

Bumke cita un caso de Weggard y Ritterghans. "Un oficial observado por el segundo de estos autores oyó, después de 62 horas de servicio telefónico ininterrumpido ante el fuego enemigo (falsamente), el toque de diana y la llamada "Señor General".

- *Alucinaciones funcionales:* percepción en ausencia del estímulo externo correspondiente, pero que se produce durante una percepción normal, gatillada por ésta, y en simultaneidad.

Ejemplo:

Un paciente citado por Jaspers, cada vez que oía correr el agua en el lavatorio, escuchaba voces. Cuando cesaba de escurrir el agua, cesaban sus voces. Escuchaba simultáneamente ambos ruidos.

- *Alucinaciones extracampinas:* percepción visual sin el estímulo externo correspondiente, y que es referida, sin embargo, como proveniente de un estímulo óptico que se encuentra fuera de su campo visual.

El paciente asegura estar viendo a un ser maligno, de tales características, que lo persigue, pero que siempre se encuentra a sus espaldas.

Esta alteración de la percepción es similar a las "cogniciones corpóreas" definidas por Jaspers. El paciente sostiene que hay alguien detrás de él, que le toca y habla. Tales certezas tienen escasa o ninguna característica de visualidad sensorial pero están, sin embargo, espacialmente ubicadas. La diferencia está en que Jaspers pone el error perceptivo no en el campo visual sino en algo más general, difícil de definir que él llama cognición (la palabra alemana pudiera traducirse por intelección).

Ejemplos:

Bumke refiere de una paciente histérica "Srta. Edith, de 17 años, ve con frecuencia durante el día una señora que le habla y la aconseja lo que debe hacer. Esta señora lleva un velo negro y se encuentra siempre detrás de ella. No puede dar más detalles". Una paciente esquizofrénica nos refiere: "Tengo un mono siempre encaramado a mis espaldas. Nunca lo he podido ver, pero se me mete. Es un mono peludo y chico".

- *Alucinosis*: consiste en un estado alucinatorio persistente, con la peculiaridad de que no despierta ninguna interpretación delirante. El individuo reconoce el carácter patológico del fenómeno.

Ejemplos:

Un paciente alcohólico, lúcido y orientado solicita hospitalizarse en nuestro servicio de alcoholismo refiriendo que está muy asustado porque estando en su casa escucha voces que vienen de afuera, muy cerca de la ventana. "Es un hombre que me insulta y me amenaza que me va a matar, yo salgo corriendo a verlo, y cuando miro pa' fuera, desaparece". Reconoce que todo puede deberse a su enfermedad alcohólica. Insiste que al sucederle esto no ha estado borracho.

Otro paciente alcohólico deteriorado se quejaba de escuchar voces con cierta frecuencia, que lo sacaban de su tranquilidad y lo desesperaban, "vienen de afuera, pero no hay nadie, yo sé que no es normal, no se pasan y no se qué hacer. Me llaman, se ríen y hablan".

C. TRASTORNOS DE LA REPRESENTACIÓN

- *Pseudoalucinaciones*: la pseudoalucinación es una representación que no tiene base en una percepción real externa, sino en una "percepción" imaginaria, subjetiva e interna. Cumplen con las características que definimos para las representaciones normales (pág. 3): son imaginarias, subjetivas, de diseño poco nítido, no tienen la frescura sensorial de las percepciones, no son retenidas con facilidad, son influenciables por la voluntad, y producidas con un sentimiento de actividad y no de pasividad. Pero como señaló Jaspers, lo que es exclusivo de ellas y que las diferencia de las percepciones son las dos primeras características, el ser imaginarias y subjetivas. En el resto, a veces son muy parecidas.

La diferencia con las representaciones fantaseadas, está dada porque en ésta, la recreación de la percepción es en base a percepciones reales y no imaginarias, subjetivas e internas. No existe la percepción de voces dentro de la cabeza. "Yo me imagino que escucho voces dentro de la cabeza", eso sí es una representación fantaseada a diferencia de; "una voz telepática se me instala dentro de mi cerebro" que corresponde a una pseudoalucinación.

Otra característica que se considera propia de las pseudoalucinaciones es su reconocido carácter ficticio. Los pacientes las sienten habitualmente como fenómenos extraños que les son impuestos, que surgen misteriosamente en la intimidad de la mente. Frente a estos fenómenos el sujeto suele adoptar una actitud de abstracción y ensimismamiento diferente del verdadero alucinado. Se clasifican en:

- a) *Pseudoalucinaciones verbales*: pseudoalucinaciones de contenido verbal. El sujeto oye su propio pensamiento, las define como "voces interiores", "murmullos intrapsíquicos", "eco del pensamiento", "pensamiento sonoro". A veces puede ser la voz de alguien presente, pero oídas siempre en su propio pensamiento, en su espacio imaginario. Algunos enfermos declaran oír una "voz sin sonido", una voz " telepática", "mnemotécnica", "una voz de alma a alma", como si "me hablaran dentro de la cabeza".

Como decíamos, las viven, como fenómenos psíquicos extraños que les son impuestos, y se acompañan de "trasmisión de pensamiento", "robo del pensamiento" y "manejo del pensamiento".

Todos estos fenómenos pseudoalucinatorios se han llamado también alucinaciones psíquicas.

Debemos señalar que las pseudoalucinaciones, desde su carácter de impuestos al paciente, significan un trastorno severo en las cualidades de las vivencias, o sea, en los límites y el control de su propio yo, y de su identidad. Estas pseudoalucinaciones, dan lugar a la productividad delirante de influencia, delirio de control y fenómeno de influencia.

Varias de estas pseudoalucinaciones verbales, habitualmente se describen en el grupo de los trastornos formales del pensamiento. Nosotros dejamos en ese grupo los desórdenes del pensamiento que se hacen evidentes para el observador a través del lenguaje, como es el caso de los bloqueos, pararrespuestas, ecolalia, disgregación, mente en blanco, etc., reales trastornos de la forma del pensamiento.

Por otra parte el "robo del pensamiento", "inserción del pensamiento", "difusión del pensamiento" y "manejo del pensamiento", si bien son fenómenos pseudoalucinatorios -ya que corresponden a representaciones mentales de imágenes interiores, las cuales se proyectan en el espacio subjetivo interno- su importancia radica en que evidencian la pérdida de los límites del yo, de su conciencia de pertenencia, y de intimidad, razón por la cual los trataremos en ese capítulo, aunque también pudieran ser clasificados en éste.

Ejemplo:

Un paciente esquizofrénico nos dice: "... me llega al cerebro una voz sin sonido que siento penetrar. Son comunicaciones divinas desde Marte en sujetos poderosos de mentalismo".

- b) *Pseudoalucinaciones visuales*: son pseudoalucinaciones de contenido visual, que como dijimos, también son clasificadas como representaciones normales, llamadas eidéticas. A veces son representaciones mentales en forma de ensueños, o de escenas, o de imágenes extraordinariamente intensas (pseudoalucinaciones de Kandinsky); a veces el enfermo puede ver, con los ojos cerrados, letras, palabras, frases (pseudoalucinaciones visuales literales,) y otras veces se trata de ideas o de contenidos de la conciencia.

Bernard (1978) señala que estas pseudoalucinaciones tienen gran valor semiológico. Caracterizan los delirios crónicos, especialmente la psicosis alucinatoria crónica sistematizada, pero se las puede encontrar en la mayor parte de las psicosis. El alucinado tiene la impresión de vivir escenas imaginarias, visiones interiores, recuerdos sobre los cuales no tiene poder de evocación y que se le imponen. Kandinsky señala que la voluntad solamente tiene sobre las alucinaciones el poder de favorecerlas. El sujeto se pone en una actitud de relajación y pasividad que facilita su producción.

Ejemplo:

Citamos una descripción clásica de Kandinsky: "En tales condiciones aparecieron fisonomías y siluetas de las personas vistas durante el día, de antiguos conocidos y también de individuos que no había visto nunca; entre estas imágenes se intercalaban de vez en cuando blancas páginas impresas en letras de distintos tipos. Además, se presentaron repetidas veces la imagen de una rosa amarilla y, finalmente, cuadros completos de varias personas, caprichosamente vestidas, que ocupaban lugares contrapuestos y permanecían en ellos sin moverse. Todas estas visiones aparecían y desaparecían instantáneamente y eran proyectadas con fuerza hacia el exterior, de modo que las veía ante mis ojos, en cambio, no persistían en el campo visual oscuro de los ojos cerrados. Consiguientemente, para ver tales imágenes era preciso desviar la atención de dicho campo oscuro, pues, tan pronto como nos fijábamos en él, aquellas desaparecían". Prescindiendo de la dureza de los contornos, de la vivacidad de los colores, y de que tales imágenes parecen hallarse delante de los ojos del sujeto, puede decirse que no poseen un carácter de objetividad, pues se tiene la última convicción de verlas con otros medios internos y no con ojos externos y reales del cuerpo.

c) *Pseudoalucinaciones verbomotoras*: son trastornos de la representación del lenguaje interior. El paciente experimenta la sensación de que por su intermedio están hablando otras personas que harían uso de su pensamiento, cuerdas vocales, labios y lengua. Originalmente descritas por Seglás, distinguió tres grados:

1. El enfermo tiene la "sensación" de los movimientos articulatorios del lenguaje.
2. El enfermo esboza movimientos de los labios y de la lengua.
3. El enfermo habla a pesar suyo.

Ejemplo:

Un paciente esquizofrénico crónico, muy disgregadamente refiere "en el fundo Santa Rosa las enfermeras no dejan tranquilo, pueda uno no recibir imposiciones de trato, el Sr. Ministro que me tiró a partir...", y de pronto cambia el tono de su voz, adquiere un timbre chillón y dice "te digo que no puedes decir leseras, pórtate bien...", al preguntarle sobre este cambio refiere "me toma la voz del gendarme".

d) *Pseudoalucinaciones del recuerdo*: representaciones que se dan con el sentimiento claro de ser recuerdos de una supuesta vivencia anterior, mientras que en verdad no recuerdan nada sino que todo es productividad actual referida al pasado.

Su diferencia con la ocurrencia delirante está en que en esta última a lo representado se le da una significación anormal. En la pseudoalucinación no hay interpretación ni significación anormal, el paciente relata el fenómeno representado en su mente como si hubiese existido, sin preocuparse del significado de tal vivencia.

Ejemplo:

Un paciente epiléptico afirmaba que al mediodía, se le había aparecido la Virgen en su pieza, sin embargo, no estuvo en todo el día en su pieza porque estaba participando en actividades deportivas en otros sectores del hospital.

D. ALUCINACIONES VERDADERAS, ALUCINOSIS Y PSEUDOALUCINACIONES

Es habitual que usemos el término alucinación en un sentido muy amplio, queriendo señalar con éste, cualquier percepción sin objeto que la provoque. Por lo general no hacemos mayores diferencias sobre el carácter corpóreo de éstas, si provienen del espacio subjetivo interno o externo, ni el valor de realidad que, el paciente adjudica a tal fenómeno.

Sin embargo, este concepto de fenómeno alucinatorio es muy simplificador y empobrece nuestras apreciaciones clínicas. Por ello hemos querido terminar este capítulo enfatizando las diferencias sobre las tres formas clásicas de vivencia alucinatoria, previamente descritas; las alucinaciones verdaderas, las alucinosis y las pseudoalucinaciones.

La diferencia entre la alucinación verdadera y la pseudoalucinación, deriva que la primera es un trastorno de la percepción y la segunda un trastorno de la representación. La pseudoalucinación no tiene corporeidad y aparece en el espacio subjetivo interior, rasgos esenciales que la distinguen de la alucinación verdadera.

La mayor parte de los trastornos senso-perceptivos de los pacientes psiquiátricos, corresponden a pseudoalucinaciones, y sólo una ínfima minoría presenta alucinaciones verdaderas. Pereyra (1951) señala: "En la práctica es a veces extraordinariamente difícil, establecer si un sujeto padece de alucinaciones verdaderas o pseudoalucinaciones. Las dificultades residen en la imprecisión del lenguaje, la inaccesibilidad y falta de voluntad del enfermo para darnos explicaciones minuciosas, o en su estado general de conciencia. Sin embargo, se tomarán como signos elocuentes de pseudoalucinación los siguientes: a) la noción de la clara existencia del delirio anterior al fenómeno; b) la perfecta identificación del sujeto con su contenido: "me dicen lo que pienso", "evocan cosas ciertas que creía olvidadas", "me hacen ver escenas reales de una vida pasada", "me reprochan, me censuran

lo que yo mismo digo, pero son muy severas"; c) el carácter espiritual de verdad sugerida al alma, que impide las descripciones: "me sentí como iluminado y apareció una imagen que me habló, no puedo decirles como era, pero la vi"; d) la consecuencia de la alucinación en el curso del pensamiento: "cuando quiero ver a Dios, lo invoco", "pensaba en ello y apareció"; e) la vaguedad y el poco realismo de las fuentes sensoriales: "segundas voces", "voces que vienen del estómago", "de ultratumba"; f) la inconfundible diferencia con los datos normales que recoge el sensorio; "algo nuevo y distinto que nunca habré visto hasta ahora", "apariciones singulares, fantástica, que Ud. no puede comprender", seguida de varios intentos por explicar: "es como si..."; g) el tipo francamente extrasensorial de la percepción: alucinaciones psíquicas, percepción del pensamiento, etc."

En contraste con estos casos, las alucinaciones verdaderas, mucho menos frecuentes, obligan a decir al enfermo: "los oigo como a Ud.", "yo sé bien de quién se trata", "en este momento habla de ahí", "cambia la voz para que no se le reconozca", etc. La objetividad y realismo sensorial los lleva frecuentemente a dudar de que los demás no lo sepan tan bien como él, pues el fenómeno es tan natural, que está al alcance de todos".

Las alucinaciones al igual que la alucinación verdadera, tiene corporeidad y aparece en el espacio objetivo externo. O sea, la alucinosis tiene todos los caracteres de la percepción, sin embargo, no es vivida como una realidad, el enfermo advierte que estas percepciones son distintas de las reales.

En la alucinación verdadera el paciente vive el fenómeno alucinatorio como una percepción igual a las demás. El paciente las distingue por sobre las otras percepciones no porque su naturaleza sea distinta, sino porque le informa de algo nuevo, algo insólito, completamente ignorado hasta el momento. La percepción habitual informa de un mundo ya conocido, la alucinación verdadera de algo nuevo e insólito. En la alucinosis, en cambio, el paciente se da cuenta que ese fenómeno que escucha o ve, no se asemeja a sus percepciones habituales, es de naturaleza distinta.

El alucinósico se encuentra adherido sólo momentáneamente a su percepción falsa, en caso de compromiso de conciencia. En las alucinosis lúcidas, como en la alcohólica, a medida que mejora el estado general del paciente, éste va dejando de creer en ellas y desligándose de los contenidos alucinósicos hasta criticarlos por completo. El alucinósico "padece" sus alucinaciones.

El esquizofrénico que presenta alucinaciones verdaderas hace depender su vida de ellas una vez que hacen acto de presencia.

Podemos decir que en su carácter vivencial, la alucinación verdadera es vivida como un fenómeno insólito, la alucinosis como un fenómeno ajeno, y la pseudoalucinación como un fenómeno impuesto.

PENSAMIENTO

1.b. PSICOLOGÍA DEL PENSAMIENTO

Desde un punto de vista fenomenológico, el pensamiento es considerado por el observador como un flujo de ideas, símbolos y asociaciones dirigidas hacia un objetivo, y que se expresan a través del lenguaje (pensamiento discursivo-verbal) o a través de la acción (pensamiento práctico). Flujo que ha sido movido por un problema y que intenta conducir a conclusiones eficaces en relación a tal problema.

El observador cuando puede seguir la secuencia verbal o ideacional del discurso, que respeta las reglas fundamentales de la lógica, que tiene una cierta velocidad, con contenidos que reflejan una adecuada conciencia de realidad, y con la sensación de que el sujeto maneja sus ideas egosintónicamente, se siente autorizado para calificar el pensamiento como normal.

Así entonces, el pensamiento puede sufrir trastornos a diversos niveles de su elaboración. Nosotros los hemos agrupado de la siguiente manera:

- A. Trastornos en la estructura del pensamiento
- B. Trastornos en la velocidad del pensamiento
- C. Trastornos en el contenido del pensamiento, o trastornos de la ideación
- D. Trastornos en el control del pensamiento
- E. Trastornos en el lenguaje

Describiremos a continuación la psicología normal del pensamiento, siguiendo esta misma ordenación.

A. Estructura del pensamiento

En relación a la estructura del pensamiento, los aportes de Luria son muy importantes. En su intento de describir el pensamiento como un acto dinámico integral, basado en un sistema de mecanismos cerebrales responsables de los componentes del pensamiento, llega a diferenciar las etapas que aparecen tanto en el pensamiento activo concreto, como en el pensamiento discursivo-verbal.

Describiremos a continuación tales componentes o etapas:

1. El pensamiento aparece solamente cuando el sujeto tiene un motivo apropiado que hace la tarea urgente y su solución esencial, y cuando al sujeto se le confronta con una situación para la cual no tiene una solución ya hecha.
2. La segunda etapa no es la de emitir una respuesta impulsiva, sino la investigación de las condiciones del problema, el análisis de sus componentes, el reconocimiento de los rasgos más esenciales y sus correlaciones entre sí.
3. La tercera etapa es la selección de una alternativa de entre las varias posibles y la creación de un plan general, para la ejecución de la tarea.
4. En la cuarta etapa se escogen los métodos apropiados.
5. En la quinta etapa se procede al estudio operativo del acto intelectual, haciendo uso de códigos ya establecidos y aprendidos. Éstos son lingüísticos y lógicos en el pensamiento verbal discursivo; numéricos en la solución de problemas aritméticos.
6. En la sexta etapa se desarrolla la fase de la solución real del problema o el descubrimiento de la respuesta a la pregunta implícita en la tarea.
7. En la séptima y última etapa, se comparan los resultados obtenidos con las condiciones originales de la tarea.

Desde el punto de vista fenomenológico, estas etapas descritas por Luria, le llegan al observador a través del lenguaje, y será a través de éste que podremos aproximarnos a la

psicopatología del pensamiento. Así, nuestra atención estará puesta en el uso de las palabras, en la síntesis, en los principios lógicos que subyacen en el discurso, en cuanto a la buena orientación finalística (como se desarrolla el concepto-meta), y en cuanto al respeto al principio de no contradicción (una cosa no puede ser y no ser a la vez). También será importante la disponibilidad de conceptos a los que pueda echar mano para expresar sus ideas, a la forma de sentir su propio pensamiento, a cómo se desarrolla el pensamiento bajo la interacción con el terapeuta y con el medio ambiente en general; cómo estos últimos influyen sobre aquel, cómo lo interfieren, cómo lo exigen, cómo responde éste a sus demandas, etc.

B. Velocidad del pensamiento

El pensamiento es un flujo de ideas que necesita ser suficientemente pausado como para permitir completar conceptos, conjugar el todo con sus detalles necesarios, y comunicarse a través del lenguaje.

El pensamiento cursa en nuestra mente con una determinada velocidad: una idea nos lleva a otras, asociamos, abstraemos, deducimos, generalizamos. Tiene un *fluir* que necesita ser suficientemente pausado como para que su tiempo haga posible completar ideas y juicios, conjugando constantemente el todo orientador con sus detalles necesarios. Y si el pensamiento se comunica para no perder eficacia, requiere adquirir una velocidad concordante con la del concurrir del entorno.

C. Contenidos del pensamiento

a) *Configuración de las ideas*: nuestro conocimiento del mundo y de nosotros mismos se expresa a través de las ideas. Y las ideas se constituyen desde una vivencia de la realidad que se traduce en un juicio de la realidad.

Para entender mejor el concepto de idea, debemos precisar entonces lo que se quiere decir con vivencia y juicio de la realidad. Citamos casi textualmente a Jaspers.

1. *Vivencia de realidad*: la vivencia de la realidad no se puede derivar, ni poner en el mismo grado con otros fenómenos afines, sino describir sólo indirectamente como fenómeno originario. Debemos tomar en cuenta los siguientes factores:
 - *Real es lo que percibimos corporalmente*: a diferencia de nuestras representaciones, todos los contenidos de la percepción tienen una cualidad, que no está en las sensaciones de los órganos, por ej. del ojo o del oído, sino en el modo de lo sentido, algo originario inderivable, que es la realidad sensorial. Esto originario se puede describir, denominar, pero no derivar de otros fenómenos.
 - *La realidad está en la conciencia del ser como tal*: incluso cuando percibimos corporalmente, puede faltarnos la conciencia de la realidad. Ésta se pierde en la "extrañeza" de la percepción tanto del mundo externo (desrealización) o de la propia existencia (despersonalización). La conciencia de la realidad fue llamada por Janet función de lo real.
Para que la frase de Descartes, "pienso luego existo" tenga sentido, hace falta la conciencia originaria del existir, especialmente la conciencia de la existencia misma; si tomo conciencia de que existo, al mismo tiempo siento la experiencia de las cosas fuera de mí como igualmente reales.
 - *Real es lo que nos ofrece resistencia*: la resistencia es lo que contiene (de

contención) el movimiento de nuestro cuerpo, y resistencia es todo lo que impide directamente la realización de nuestra aspiración y de nuestro deseo. Alcanzar un objetivo contra las resistencias, lo mismo que estrellarse en las resistencias, significa experimentar la realidad. Por esto, toda vivencia de la realidad tiene una raíz en la práctica. Pero lo que en la práctica es realidad, es constantemente un significar de las cosas, procesos, situaciones. En la significación puedo captar la realidad. La resistencia del mundo es el amplio campo de lo real, que lleva la conciencia de la realidad desde lo inmediato palpable hasta la percepción de las significaciones de las cosas, con las que cuento prácticamente, ante las cuales me comporto en todo instante, que llega como lo que espero, en lo que creo como en algo que existe.

Esa vivencia de la realidad me penetra con una claridad más o menos ordenada. Es tanto un saber acerca de la realidad que me concierne, como también que ella está encajada en la realidad general. La vivencia de realidad se estructura y desarrolla en su contenido mediante la tradición y la cultura en las que he crecido y en que he sido educado.

Lo que hay realmente ahí para nosotros, tiene muchas etapas y niveles de certidumbre. Acerca de esta certidumbre generalmente no estamos totalmente claros. Necesitamos hacer pruebas de realidad para constatar cuán seguros estamos de esa realidad.

2. *Juicio de realidad*: desde la vivencia de la realidad que percibimos corporalmente, que está en la conciencia del ser y que significamos desde la resistencia que se nos opone, ejercemos nuestro juicio, el que podríamos denominaremos las ideas normales, que constituyen nuestro capital ideativo. Cuando existe un trastorno en el proceso de ideación, aparece un tipo de ideas patológicas, las ideas delirantes. En otras palabras, si la vivencia de la realidad es "correcta", nuestro juicio de la realidad será adecuado y conformaremos un capital ideativo normal. Si la vivencia de realidad se perturba, nuestro juicio de la realidad será errado, y las ideas que construyamos a partir de ese juicio serán desviadas. Veamos ahora los tipos de ideas que constituyen nuestro caudal ideativo normal.
- b) *Tipos de ideas*: siguiendo de cerca el desarrollo de Betta en su "Manual de Psiquiatría", los tipos de ideas normales son las siguientes:
1. *Ideas concretas*: tienen su fuente de origen en el sensorio. Se refieren al conocimiento, captado por los sentidos, de todo lo que pertenece al mundo del sujeto.
Estas ideas concretas se elaboran mediante la formación de una imagen mnémica del objeto percibido. Dicha imagen, en lo sucesivo, favorece la representación mental del objeto en la conciencia, cuando las circunstancias del acontecer psíquico así lo requieran; y también hace posible su rápido reconocimiento en el caso de captarse el mismo objeto en un nuevo acto perceptivo, desde el momento que la memoria ya ha fijado la primitiva imagen sensorio-perceptiva.
El pensamiento que se construye con las ideas imágenes, se conoce con el nombre de pensamiento por imágenes o pensamiento sensorio-perceptivo. El pensamiento concreto es propio de todos los seres en las primeras etapas de su evolución, tanto de los pueblos primitivos y salvajes como también de los sujetos limitados intelectualmente.
 2. *Ideas mágicas*: la aparición de las ideas mágicas marca en la evolución del

conocimiento una etapa de tránsito desde el mundo de lo concreto al de lo abstracto.

Las ideas mágicas se sustentan sobre una base incierta, en relación con hechos que pueden o no ser reales y que se adaptan a los siguientes principios:

- "Cuando dos cosas son parecidas o presentan caracteres similares, se las considera como dotadas de las mismas propiedades".
- "La proximidad de dos objetos, aun cuando totalmente diferentes, determina que se los considere recíprocamente influenciados, adquiriendo uno las propiedades del otro y viceversa".

Es un razonamiento por analogías basado en el principio de finalidad. Según este principio la reunión y coincidencia de factores iguales o parecidos favorecen el arribo a un fin propuesto (ver psicopatología del pensamiento).

Los juicios con que opera el razonamiento por analogías son insuficientes o inmaduros, se limitan a considerar las semejanzas externas, o sea con juicios que se fundamentan en apariencias formales. Es propio de los niños, de los pueblos primitivos y salvajes. Los pueblos primitivos atribuyen poderes e influencias extrañas a los objetos, por simples razones de vecindad o similitud. De allí los poderes atribuidos a los amuletos, el tabú y todo lo concerniente a la magia y a su mundo.

3. *Ideas símbolos*: de la individualización de la imagen mnémica propia de la idea concreta se pasa a la generalización. O sea es propio de la idea símbolo la imagen genérica. Por ej.: de la imagen mnémica de varias sillas, se extraen las cualidades propias de todas ellas y se crea la imagen genérica, que las involucra a todas sin determinar a ninguna en particular.

Estas ideas se hacen cada vez más abstractas y se llega al símbolo, el cual es un signo o señal por medio del cual se hace posible la representación de las ideas. Los símbolos pueden ser:

- a) Visuales: los símbolos del lenguaje escrito, los gestos del lenguaje mímico y todo tipo de señales de comunicación.
- b) Auditivos: las palabras del lenguaje hablado, y todos los ruidos y sonidos convencionales con los que nos comunicamos.

Las ideas símbolos marcan una etapa decisiva en el tránsito del conocimiento, desde lo concreto a lo prelógico y abstracto. Cuanto mayor sea la capacidad psíquica, mayor será la riqueza de los signos del lenguaje que, bajo la forma de ideas símbolos, proporcionan mayor vigor, fluidez de expresión y riqueza cognoscitiva.

4. *Ideas abstractas*: en la idea abstracta falta la representación mental objetiva que determina la construcción de la idea imagen.

En este caso el conocimiento es elaborado merced a un razonamiento deductivo. Se basa en el principio de no contradicción o principio de identidad, según el cual un conocimiento no puede contradecirse en su esencia. Si A es igual a B y B es igual a C, debe admitirse de acuerdo con la no contradicción, que A es también igual a C.

Para representar las ideas abstractas en la conciencia deben emplearse las palabras que, en el pensar humano, constituyen los símbolos que reemplazan a las imágenes objetivas.

5. *Ideas intuitivas*: son como la creencia, las que emergen con carácter de verdadera, sin comprobación ni juicio previo. Nacen a consecuencia de una elaboración no consciente de los materiales, informaciones y experiencias

acumuladas, que en un determinado momento, bajo el influjo de circunstancias especiales y al abrigo de corrientes afectivas, hacen su irrupción en el campo de la conciencia.

6. *Ideas creencias*: son las ideas que se aceptan como verdaderas, sin realizar la elaboración previa para aceptarlas como tal. Es la confianza que se dispensa a un conocimiento sin juicio previo, ya sea porque la inteligencia no alcanza a abarcarlo ya porque ha sido impuesto en la vida del individuo por razones afectivas y/o culturales.
7. *Ideas sobrevaloradas*: son convicciones acentuadas desde un estado afectivo que coge el individuo intensamente y que son comprensibles por la personalidad del individuo y por su biografía. A causa de esa fuerte acentuación, que identifica al mismo tiempo la personalidad con la idea, estas convicciones son tenidas falsamente como verdades absolutas y excluyentes. No tienen su origen ni en percepciones ni en ocurrencias como en las percepciones y ocurrencias delirantes, sino en creencias y concepciones filosóficas, religiosas, políticas, éticas o científicas. El sujeto ordena y canaliza su actividad y su vida en concordancia con estas ideas. Puede pasar desapercibida en ambientes donde la creencia que dio pie a la idea sobrevalorada es intensamente vivida. Ej.: en un ambiente religioso intenso, una idea religiosa sobrevalorada no es vista como tal.
8. *Ideas supersticiosas*: son ideas de raíz cultural, compartidas por el grupo cultural, y que tienen el carácter de señal. Por lo tanto, de alcance predictivo, que por lo general son eventos desfavorables, que a su vez generan rituales evitadores que también tienen el carácter supersticioso. Por su naturaleza, es afín con el pensamiento mágico.

Las ideas creencias, las ideas sobrevaloradas y las ideas supersticiosas son ideas difíciles de evaluar en su rango de normalidad o de significación psicopatológica. Esta delimitación requiere de un juicio de contexto que analizaremos con más detalle al referirnos a las ideas delirantes.

Hemos descrito los tipos de ideas que constituyen nuestro capital ideativo, formadas a partir de un juicio de realidad normal. Pasaremos luego a revisar las características de aquellas ideas que se forman desde un trastorno del juicio, o en un sentido estricto, como decíamos, desde un trastorno del juicio de realidad. Estas son las ideas delirantes.

D. Control del pensamiento

Ha sido fuente de discusión el dónde clasificar los trastornos obsesivos. En algunos textos de psicopatología los ubican como trastornos de la voluntad, ya que una de sus características fundamentales es la imposibilidad de ser controlados voluntariamente. Otros los han ubicado como trastornos del impulso, ya que en muchos casos, los actos rituales, los impulsos obsesivos o compulsiones son los rasgos predominantes. Citando a Schneider "Las vivencias obsesivas, incluyendo el pensamiento obsesivo, tan sólo en una mínima parte pueden comprenderse hasta cierto punto como trastornos del pensamiento. El delirio consecutivo no se incluye en absoluto entre éstos. Y, sin embargo una psicopatología

sistematizada ha de describirlo forzosamente entre los trastornos del pensamiento. Considerado exteriormente, y en cierto modo, desde el punto de vista del resultado, la obsesión y el delirio aparecen como trastornos del pensamiento".

Nosotros siguiendo a Schneider los hemos clasificado como aquellos trastornos del pensamiento en que lo que falla es el control de las ideas. Nos parece que el rasgo más propio de los fenómenos obsesivos es la imposibilidad de control de ellos, pero a diferencia de los fenómenos de influencia no es algo que viene desde afuera, si no que es vivido como perteneciente al yo; es subjetivo, los contenidos no son tampoco extraños al yo, pueden resultar absurdos y egodistónicos por su persistencia, pero no ajenos.

En los trastornos de la estructura del pensamiento, también hay pérdida del control, por ejemplo en la disgregación, pero el paciente no la vive como tal, no se esfuerza ni le interesa ordenar su pensamiento como le interesa al obsesivo el poder controlar las ideas repetitivas que lo atormentan.

E. Lenguaje

Jeffrey L. Cummings, en su texto "Clinical Neuropsychiatry" (1985), en el capítulo correspondiente al examen mental, expone en dos subcapítulos aparte los trastornos del pensamiento y los trastornos del lenguaje, siendo estos últimos disfunciones resultantes de alteraciones netamente neurológicas. Consideramos ordenador y pedagógico mantener esta connotación, cuando hablemos del trastorno del lenguaje. Desde otra perspectiva, los trastornos del lenguaje ocupan un lugar intermedio entre los trastornos del pensamiento y los trastornos de la psicomotricidad. Los clasificamos como un subgrupo de los trastornos del pensamiento, basados en un arbitrario criterio funcional, al considerar que el lenguaje tiene como principal función expresar pensamientos. La psicomotricidad, en cambio, está más estrechamente relacionada con los sentimientos, emociones y voliciones.

El lenguaje está hecho de signos perceptibles. Según J. Delay y P. Pichot (1979), el lenguaje transmite mensajes que tienen tres funciones: señalar el estado o la intención del que emite el mensaje (expresión), influir al que los recibe (llamada), e informar sobre los objetos o acontecimientos (representación). En cuanto expresión el lenguaje puede ser un síntoma, en cuanto llamada puede ser señal, y en cuanto representación puede ser símbolo. El lenguaje es una conducta de comunicación.

Hemos dividido los trastornos del lenguaje en trastornos del lenguaje hablado y trastornos del lenguaje escrito, basados en que involucran un área motriz diferente para su expresión.

1.2. PSICOPATOLOGÍA DEL PENSAMIENTO

A. TRASTORNOS EN LA ESTRUCTURA DEL PENSAMIENTO

- *Pensamiento circunstancial*: Trastorno del pensamiento, en el cual se observa un abundante flujo de ideas, relacionadas ellas entre sí, distanciándose del concepto que se desea transmitir, dando múltiples rodeos pero logrando finalmente volver al tema. En este tipo de pensamiento se usan excesivos detalles para describir simples eventos. Da la impresión al observador que el paciente tiene dificultades para distinguir lo esencial de lo accesorio. También se le denomina pensamiento detallista.

Ejemplo:

Una paciente epiléptica responde lo siguiente al preguntársele por el motivo de consulta: "por mi hermana, que me molesta, y se va a poner bien colorada cuando yo le diga que es verdad y es verdad y es verdad, cuando ella me hubiera dicho esas cosas malas que tiene que hacer el hombre con la mujer. Cierto que es verdad, o no, ¿no ve? Y ahora mire lo que dije yo, estaba lavando mi ropa ayer en otro lado, no en la sala donde todos están acá, estaba lavando esa ropa y estaba la señorita no me fijé bien yo y le dije a una, no le sé el nombre yo, a ella que andaba con esa falda morada y la chomba blanca para adelante...", después de un rodeo vuelve a hablar de las peleas con su hermana y familia, perdiéndose en un sinnúmero de detalles.

- *Pensamiento tangencial*: trastorno del pensamiento, en el cual se observa que el flujo de ideas, relacionadas ellas entre sí, están al margen del tema en cuestión el cual no queda nunca claramente definido, ni se vuelve a retomar: Da la impresión al observador que el paciente evitara consciente o inconscientemente, tocar el tema del que se aleja.

Ejemplo:

Una paciente esquizofrénica interrogada acerca de la gente que la persigue, en un lenguaje laxo y al mismo tiempo tangencial refiere: "Los brujos, son los que dicen tué-tué al atardecer. Es que no quiere la gente ser franca... toftas andan con temor yo no sé de qué, el que nada hace, nada teme, solamente teme el que haga, porque el cristiano es como es. No es alcahuete, solamente dice lo que le han hecho y no levanta a nadie. Y menciono, yo no conozco a nadie de los que a mí me han hecho daño".

- *Pensamiento escamoteador*: el pensamiento tangencial se emparenta con el negativismo, el pensamiento escamoteador, en cambio, traduce una actitud opositora. En ninguno se va al grano. Sin embargo, el escamoteador así como el opositor, no habla de un asunto importante, lo evita y hace como si no existiera, a pesar de que la relevancia de este tema es groseramente evidente para el entrevistador. Tras su actitud hay una finalidad ganancial, y si el terapeuta logra quebrar sus propósitos, el paciente entra de lleno al tema. En el pensamiento tangencial, en cambio, lo que el paciente evita no es tan evidente para el entrevistador, y el que el paciente evita directamente al tema no depende tanto de la interacción con el terapeuta, sino de un cambio muchas veces incomprensible por parte del paciente. Evita el tema, no para impresionar como el escamoteador, sino porque le incomoda, quizás lo angustia o porque así expresa rabia.

Ejemplo:

Una paciente de 32 años entra a la sala de entrevista con mucha dificultad a raíz de una hemiparesia conversiva. Durante los primeros veinte minutos refiere diversos motivos por los cuales está hospitalizada, "estoy enferma de los nervios", "me falla la memoria", etc., sin embargo, no hace la más mínima alusión a su condición de inválida. En el transcurso de la entrevista el terapeuta la va confrontando con su afección, hasta que la paciente describe su "enfermedad" con todo detalle.

- *Pararrespuesta o Parafasia*: también llamada "respuesta de lado". Frente a una pregunta del entrevistador el paciente responde con un contenido que nada tiene que

ver con lo preguntado. El grado de relación puede bien ser variable. Hay pararrespuestas difíciles de identificar porque parecen tener relación con la pregunta. En este caso el carácter de pararrespuesta le es dado cuando esta relación es sólo tangencial. Pararrespuestas y pensamiento tangencial se presentan asociados con mucha frecuencia.

Ejemplos:

A una paciente esquizofrénica joven se le pregunta: ¿Por qué estás acá?, y habiendo entendido la pregunta, ella responde: "Hablé con mi pololo y me dijo que no estaba embarazada". A otro paciente le preguntamos: ¿Tienes sueño?, "Claro, lo que pasa es que no me dejaron nunca trabajar". Este mismo paciente nos da una pararrespuesta más tangencial: ¿Por qué no le dan trabajo? "Las enfermeras acá, sin tener fe, no dejan de trabajar y son las que acusan...", respuesta que tiene una relación indirecta con la pregunta, ya que considera el paciente que perdió su trabajo por culpa de las enfermeras de su pueblo.

Una paciente esquizofrénica, a la pregunta de ¿Cuántos hijos tiene?, responde: "Cumplí con el reglamento de ser madre tres veces".

A un paciente esquizofrénico se le pregunta por sus creencias religiosas y dice: "en cuanto a divino yo no tengo nada".

- *Pensamiento concreto*: trastorno del pensamiento, en el cual hay una ausencia significativa de razonamiento deductivo, inductivo, y por analogías. Da la impresión al observador de un trastorno en la capacidad de abstracción y generalización del paciente.

Ejemplo:

El concretismo se aprecia con claridad cuando se evalúa la capacidad de abstracción del paciente. De un alcohólico deteriorado le preguntábamos ¿en qué se parece un avión a una bicicleta? "en que los dos tienen volante y las tiene que manejar alguien que sepa", ¿qué significa más vale un pájaro en la mano que cien volando?, "que si uno tiene un pájaro en la mano es mejor que no lo suelte por cien volando".

- *Concretismo reificante*: es una forma de pensamiento concreto que, como ha señalado Goldstein, no implica un déficit en la capacidad de abstracción sino más bien es producto de una invasión de lo abstracto por lo concreto. El paciente no prescinde de los contenidos abstractos, al contrario, los utiliza con frecuencia, pero los reifica, los transforma en cosas, objetos, en unidades concretas. El proceso de reificación, que como decimos consiste en transformar lo abstracto en cosas concretas, es propio del pensamiento esquizofrénico.

Ejemplos:

Un concretismo reificante del tiempo son las respuestas de un paciente esquizofrénico a las siguientes preguntas: ¿qué día es hoy?, "el día que vienen las visitas". ¿A qué hora llegan?, "a la hora de tomar el té" ¿y a qué hora se toma té?, "cuando todos vamos al comedor".

Se considera el concretismo reificante como un trastorno del pensamiento derivado del autismo. Desde la lejanía afectiva en que vive inmerso el paciente, no mantiene en su relación con el mundo una continuidad, que le permita inducir y deducir, por lo cual echa mano a imágenes concretas que expresan el concepto que él obviamente entiende. Una dueña de casa al atender a visitantes que preguntan por la presencia de su hija (que en la realidad está ausente) responde: "Sí, está". Cuando piden hablar con ella los hace pasar con cierto aire perplejo y les muestra una fotografía en la pared. Otro ejemplo de concretismo reificante es el presentado por un paciente esquizofrénico que nos refiere el motivo de ingreso: "El doctor del Barros Luco me dijo que era porque perseguía a la rubia de ojos azules. Yo estaba en el pasadizo largo, cuando entré al pasadizo yo le dije...". Luego nos pregunta: "¿Puedo actuar?". Se para y comienza a explicar actuando con todo concretismo lo que sucedió con el psiquiatra: "Yo entré, había un asiento aquí, y había otro asiento acá, yo me di la vuelta así y entré y me senté acá, perdón que les dé la espalda, y salí, y conversé con él y me citó para el hospital...".

- *Pensamiento perseverativo*: trastorno del pensamiento que consiste en una persistente repetición de palabras, frases o ideas, dando la impresión al observador que el paciente se hubiera quedado pegado en contenidos que repite reiteradamente.

Ejemplo:

Una paciente acusando un cuadro demencial en sus comienzos, durante el diálogo con el entrevistador constantemente lo interrumpe y en actitud de despedida dice: "Hasta luego, me voy para la casa".

- **Pensamiento restringido o pobreza de pensamiento:** trastornos del pensamiento en que se observa una significativa falta de ideas, y el cual está entonces estrechado y limitado a muy pocos temas.
Ejemplo:
 Una paciente con un síndrome de Downs, durante un prolongado trayecto de viaje, todo su discurso gira alrededor del tema de un paseo a la nieve, el que reiteradamente expone con aire pueril. Guardaba silencio un rato, a pesar de que los demás miembros del grupo cambiaban de tema, ella reiteraba el suyo. Constituye también un ejemplo de pensamiento perseverativo.
- **Pensamiento pueril:** trastorno del pensamiento en el que se observa que los contenidos que vierte el paciente son, muy simples, elementales, sin que necesariamente esté limitado a unos pocos temas, dando la impresión al observador de superficialidad y falta de elaboración.
Ejemplo:
 En las regresiones disociativas histéricas se da en forma extrema el puerilismo del pensar. Una paciente adulta que sufrió una violación reciente refería durante la entrevista, ser una niña de 4 años, y todos sus temas giraban en torno a las muñecas, al colegio, la mamá, los amigos, dicho con lenguaje y contenido infantil.
- **Condensación:** trastorno del pensamiento en el cual se fusionan varios conceptos en uno solo, el cual resulta absurdo e incomprensible para el observador.
Ejemplo:
 Un paciente esquizofrénico recientemente titulado de una carrera universitaria, reconoce no haber tenido nunca una relación sexual, explica: "es que yo no puedo hosquear". Se le solicitó escribir esta palabra desconocida. Al explorar los significados que contenía, señaló: "es que da asco besar a una niña porque me parece que tiene hocico". Pareció condensar vivencias complejas en una sola palabra; asco-hocico-besar, creando así un neologismo.
- **Contaminación:** trastornos del pensamiento en el que se fusionan sílabas de diferentes palabras en una sola, absurda e incomprensible para el observador.
Ejemplo:
 Citamos una frase repetida por un esquizofrénico, plagada de neologismos por contaminación: "Mi estomagacia me dicta el apetito de la fala, supo el rucestre de los ricos racos que nunca se ven".
- **Neologismo:** trastorno del pensamiento que consiste en la creación o deformación de una palabra, que tiene un significado especial para el paciente y resulta absurda en nuestro lenguaje. Habitualmente se crean por el mecanismo de la contaminación y menos frecuentemente por condensación.
Ejemplos:
 Mencionamos algunas frases dichas por pacientes esquizofrénicos con uso de neologismos: "No se puede melicán por peligros sumo de mafiosos", "A través de la ventana porminando sin búlgaros intrusos", "Los brujos mequillan puntadas, y en la noche canta el tué-tué".
- **Onomatopoyesis:** trastorno del pensamiento que consiste en la creación de un neologismo en base a la reproducción del ruido a que alude.
Ejemplo:
 Una paciente esquizofrénica crónica dice: "Tala, fala, fala, raplera, ran, chaca choque chóco; chocu... juuum; te estoy viendo que me María S... Zapato verde negro, pero mi secreto nadie nadie lo tendrá". (Bumke, 1917).
- **Metónimos:** trastorno del pensamiento que consiste en el uso de términos aproximados en vez de los habitualmente usados por una persona normal. Se consideran un tipo de neologismo.
Ejemplos:
 Una paciente campesina que padecía una esquizofrenia, cuando refería los conflictos con su familia, quejándose que la oprimían, decía: "Cuando la tropilla se me pone por delante, cuando uno va en línea recta le doblan el cuello, que no gaste mucho gas pa'lavarme el pelo". La misma paciente dice: "espiritualmente veo los demonios, pero yo no estoy en jalea" queriendo decir pecado con la palabra

jalea. "El espíritu se me fue a otro lado del comando" señala un paciente esquizofrénico. Otro paciente dice: "Yo no arribo a la pieza donde están los demás, siempre esperan sugerentes para que les convide cigarros".

- *Asociaciones por consonancia*: trastornos del pensamiento, en el que las palabras se asocian entre sí, más por los sonidos que por su significado.

Ejemplo:

En una carta escrita por un esquizofrénico internado, el paciente se despide con la expresión "soy el Dr. Bencetilo y curo a la gente a mi estilo". Un paciente esquizofrénico dice: "Yo quiero trabajar, y quiero trabajo encontrar, y en todos sitios hay demasiado trabajar y tanto que limpiar y yo estaré para ayudar".

- *Bloqueos*: trastorno del pensamiento que consiste en una súbita supresión del curso del pensamiento, que en muchas ocasiones se traduce en bruscas detenciones del discurso hablado. El paciente los vive con desconcierto, los puede referir como tales pero no es capaz de entenderlos. A raíz de estos trastornos es frecuente que pierda la conexión con el tema.

Ejemplo:

Un paciente esquizofrénico refiere el comienzo de su enfermedad: "Estoy enfermo mental... hace 5 años que de repente me vino... estaba solo y no fui capaz de nada, se me paró la mente, no pude pensar...".

- *Mente en blanco*: trastornos del pensamiento que el paciente refiere como un pasar breves o largos períodos en los cuales su mente carece de todo pensamiento. A veces este trastorno se traduce en actitudes mutistas.

Ejemplos:

El mismo paciente que presentaba bloqueos, dice: "me bajó una vergüenza, y estaba solo... de repente, se me quedó la mente parada, en blanco... no tenía pensamientos". Un paciente hospitalizado por alcoholismo, en una de sus entrevistas refiere: "a menudo la mente se me queda en blanco y no pienso en nada, es como que se me detuvieran los pensamientos". A raíz de este hallazgo psicopatológico fue posible diagnosticar una esquizofrenia. El paciente presentaba alucinaciones y delirio paranoide, que habían pasado desapercibidos durante años.

- *Pensamiento en tropel*: trastorno del pensamiento en que el paciente espacializa los pensamientos y refiere sentirlos en su mente cruzando desordenadamente, atropellándose, en gran cantidad. Todo esto en un suceder simultáneo que le desagrada y lo desconcierta.

Ejemplo:

"Sí, doctor, los pensamientos son muchos, están desordenados, se me vienen todos de golpe a la mente, se atropellan unos con otros, yo antes los tenía ordenados como en una estantería". Señala un paciente esquizofrénico.

- *Pensamiento ambivalente*: trastorno del pensamiento en el que, en el discurso del paciente coexisten simultáneamente una idea y su opuesta, ambas como verdaderas. Hay ausencia total del principio de no contradicción.

Ejemplos:

"Yo tengo un amigo en el otro lado, no tengo a nadie que pueda ver, me gustaría irme a mi casa, pero quiero quedarme aquí para siempre".

"Mi mamá me tiene que ver mañana, viene con mi hermana, yo no quiero ver a nadie, sí, voy a estar con mi mamita".

- *Pensamiento disgregado*: trastorno del pensamiento que consiste en la pérdida del principio de finalidad del pensamiento lógico, o sea, no existe un concepto hacia el cual apunte el pensamiento en su discurso. De ahí que sea percibido por el observador sin jerarquización ni selección. Los pensamientos, las imágenes, se combinan sin sentido finalista y aparece como un flujo desordenado.

Paul Schilder señala que el pensamiento consciente es guiado por una idea determinativa, meta hacia la cual el pensamiento progresa ordenadamente, rodeado de ideas menos importantes, secundarias y anecdóticas, que lo acompañan. En el disgregado se pierde la idea central determinativa, y aparecen las ideas secundarias,

asociadas. Éstas irrumpen en la claridad del pensamiento que está entonces fuera de foco, desorganizado. Pero -y he aquí un aspecto importante que nos permitirá diferenciarlo del pensamiento incoherente- como éstas son ideas anexas al tema principal a menudo no están absolutamente fuera de relación entre sí. Esto permite extraer un significado a los contenidos de su pensamiento en conjunto. Podríamos aventurarnos a decir, con las reservas del caso, que se parece a ciertas formas de pensamiento artístico surrealista, más precisamente expresado en la poesía, en la que muchas ideas, frases y palabras, aunque no son lógicas ni están estrictamente relacionadas entre sí, apuntan a un mensaje, a un significado latente, a una comunicación vivencial. Para Bleuler este pensamiento disgregado está regido por un tipo de asociación, que más que estar al servicio de la idea determinativa, obedece: a. a una causalidad insólita, b. a la valencia afectiva de complejos (término abreviado que connota un plexo de ideas que están fuertemente cargadas afectivamente, influyendo sobre los contenidos del pensamiento), c. a la mera casualidad, d. a la semejanza de sonidos.

El Dr. Roa señala en relación al pensamiento disgregado: "no alude a errores o verdades del contenido conceptual, sino a la manera de ordenarlos, a su secuencia lógica o arbitraria, a su continuidad temporal en el momento de expresárselo a sí mismo o a los demás, a la vivencia de su espontaneidad e impronta personal, a su facilidad o dificultad de gestación.

Influyen en el pensar disgregado el amaneramiento barroco, los neologismos, las estereotipias verbales, el impulso incoercible a hablar, el gusto por el ritmo, la tendencia a la perseveración, la necesidad de traducir en varias frases experiencias inefables, el gusto por metáforas, símbolos y enigmas, el embeleso en las frases melodiosas, el impulso a la procacidad".

Ejemplos:

¿Por qué lo han traído? "Señor consejero, esto se encuentra en el linoleum; si se mira con detención, allí se ve la sombra de la ventana. Esto lo ha traído el enfriamiento y desde que busco el calzado cojo la jeringa" (Bunke, 1917).

Una paciente esquizofrénica paranoide: "yo, por lo que andan de blanco los doctores, sé los doctores de chico. También teníamos en la escuela una ambulancia que iba al hospital. Conocí los doctores en la misma ciudad más pequeña. Y en la vecindad, doctor en plata de medicina general".

Al pedirle a una paciente que repita un insulto que dice haber recibido, expresa: "me van a disculpar... yo soy una hormiga aquí para mancharles el oído".

"Que lo pasen bien. Yo me siento sano me dice mi yemecito. Todavía no me han comunicado la última poesía. Mariana la tiene y quiere quedársela, pero no puedo casarme con ella, pues es más tonta que la noche. La próxima vez me llevas por favor a otro establo. No permito que se me endose a mí ni a mi sexo, semejante rey ratonero, te lo digo de una vez por todas. Cuando vengas a visitarme ven solo y no vayas a ver a nadie más".

- *Pensamiento laxo*: trastorno del pensamiento, que consiste en la pérdida del principio de finalidad del pensamiento lógico, pero que es apenas perceptible en el discurso del paciente. En otras palabras, es un grado menor, y más difícil de detectar, de pensamiento disgregado.

Ejemplos:

Un paciente nos escribe desde el extranjero para agradecer la atención psiquiátrica con las siguientes frases: "siempre me acordaré de Ud. y tomaré las medicinas. Deseo expresarle mi querer por haber logrado mantenerme en posición de sentir a la vida. Ya la obsesión por los espíritus está pasando y miro la vida con los ojos abiertos". Un paciente esquizofrénico que mantuvo un diálogo bastante bien hilado, de pronto dice lo siguiente de la relación con su familia: "O sea, de quererme y no saber comprender a Dios, me daban algo y yo no lo quería, porque yo quería ser yo no más, y los demás querían algo de verme o de besarme, una cosa así y yo los rechazaba".

- *Jergafasia o ensalada de palabras*: trastornos del pensamiento, en que los elementos que constituyen el lenguaje disgregado están presentes tan intensamente que, además

de la ausencia de finalidad del pensamiento, se altera la construcción gramatical de las frases, dando origen a un discurso inentendible, carente de todo significado. Es el grado máximo de la disgregación.

Ejemplos:

Bumke cita el discurso jergafásico de una esquizofrénica: "Marcharé tan pronto como jamón de las porquerías que salen por la escalera, pera. Rincón nunca fue. Los vestidos que llevo por la Luna remendera de la pin de la pon que no me pongo más. Desde la ventana veo y huelo los rayos que me traspasan el corcho con los sapos verdes melifluos, sínculo y del cupo cogote escupo.

Una paciente esquizofrénica nos dice: "Sí, los alunanes vistos sempiternos condición de talla alta, el viva con arremetimiento sonoro del morir, persiguen blanca figura".

- *Pensamiento incoherente*: trastorno del pensamiento, en el cual está ausente el principio de finalidad del pensamiento lógico, saltando el paciente de un tema a otro, con absoluta lejanía de lo solicitado dando la impresión al observador que transmite sin posibilidad de control, selección ni jerarquización, imágenes internas que fluyen desordenadamente.

La diferencia entre pensamiento disgregado e incoherente es a veces muy difícil. Ayuda el tener presente que este último es propio de los compromisos de conciencia y el primero de la esquizofrenia. Fenomenológicamente en el pensamiento disgregado se aborda un tema, el cual pierde su hilación por la irrupción de lo que llama Paul Schilder las ideas secundarias, las cuales al tener al menos relaciones tangenciales con el tema, hacen que el discurso en conjunto muestre un sentido, aunque a veces sea muy difícil de extraer. Además como decíamos, hay una forma muy propia de abordar el tema amaneradamente, lleno de neologismos, para respuestas, estereotipias, verbigeraciones, bloqueos, gusto para las metáforas, el ritmo, frases melodiosas y todo en el ambiente afectado y bizarro del esquizofrénico.

En el incoherente, en cambio, más que perder el tema por la invasión de ideas secundarias, hay saltos continuos de un tema a otro, los cuales dan la impresión al observador de que fueran irrupciones de vivencias cambiantes.

El discurso, entonces, plagado de saltos de un tema a otro, pierde el sentido de conjunto en cuanto a sus contenidos y cuando los hay, son muy pobres. Lo que sí se puede transmitir en los temas tocados es un estado afectivo determinado, de rabia, de miedo, de tristeza, éxtasis, etc.

En los estados extremos de la incoherencia, o de la disgregación, se hace sumamente difícil, si no imposible, el diagnóstico diferencial fenomenológico.

Ejemplos:

Una paciente cursa un estado amencial puerperal, y su discurso es así: "Estoy envenenada, no ven que mi marido me quiere matar. Ustedes doctores, déjenme salir a abrir la puerta mi mamá está ahí. Estoy muerta, el cajón ya lo traen pa' llevarme. Mi hijo, mi hijo, sí precioso, yo te cuidaré en el cielo. Hay olor a gas, está toda la pieza con gas. Pásenme el cenicero, boten el agua, está todo envenenado. Yo soy la monja que me gustaba el sexo y le ponía el gorro, Manuel, sí, era rico, era rico. En el patio llegan los malditos, puro dinero, yo les voy a dar mi cuerpo muerto. Mamá no me grites, sí, estoy loca. Qué rico, qué rico mijito..."

Otra paciente con un compromiso cuantitativo de conciencia a la salida de una psicosis puerperal, dice: "puede que porque pienso que sé, que se haya aburrido, qué sé yo, desde el momento que yo me quedé, claro pucha, tanto tiempo sin que él imaginase con permiso, con permiso, entonces, hola, hola, qué sé yo, de estar así y espero qué sé yo, que Dios me dé la oportunidad para arrepentirme, qué sé yo (llora), y estando aquí que me han tratado bien, y tanto aquí y en mi hogar, y a él que yo especialmente".

B. TRASTORNOS EN LA VELOCIDAD DEL PENSAMIENTO

- *Taquipsiquia*: trastorno psicopatológico que se caracteriza por un aumento en la

velocidad del curso del pensamiento, con pérdida gradual de sus conexiones internas y/o pérdidas de la meta u objetivo del discurso.

Ejemplo:

Una paciente en fase maniaca, refiere en tono alegre y con una mirada pícaro: "Yo vengo, Dr., de Talca, vivo en el campo, crío animalitos, tengo una casa grande como la del señor Donoso, él le dijo a mi hijo que me trajera para Santiago, que hace tiempo que no venía, y no quiero quedarme mucho tiempo, yo en la casa tengo mucho que hacer, no sé quién le va a dar la comida a los perros, cuando vuelva otra vez a Stgo. le voy a traer un perrito, al Dr. que me operó de vesícula le regalé uno..."

- *Pensamiento ideofugal*: término que se ha usado para designar un tipo de taquipsiquia, que caracteriza la fase maniaca. El paciente pasa rápidamente de un tema a otro, cada frase tiene una mayor o menor relación con el tema que lo precede, o con los estímulos que provienen del ambiente, dando la impresión al observador, que su entusiasmo es tan exagerado, que frente a todo lo que va apareciendo, no le es posible rechazar, seleccionar ni perder nada, con el fin de conservar una hilación en su discurso. Todo le es impostergable. Son típicos de esta forma de pensamiento una elocuencia plagada de datos a medio camino, porque antes de terminar unos, se suscitan otros, y la falta de autorreflexibilidad que le permitirá detenerse y reencontrar el punto de partida. Sin embargo, las asociaciones que hace el paciente, no son absurdas ni extrañas, están en relación a situaciones del ambiente, al tema que lo precede, etc. Así, el relato resulta a veces comprensible, entretenido y hasta convincente.

Ejemplo:

Un paciente maniaco, dice: "Estoy del uno Dr., mire (se levanta y hace ejercicios físicos, flexiones y otros), ya tengo contrato con el seleccionado chileno, el técnico me vio en la cancha la semana pasada y me dijo qué bonito llevas la pelota, además voy a venir a la clínica a entrenar a los enfermitos, me van a pagar un buen billete, como 500 mil pesos, con eso voy a ayudar a mis viejos, yo les dije que iba a tirar pa' arriba, Ud. está muy bien Dr., pero tiene mucho trabajo, eso es bueno, quiere decir que está famoso, yo quiero irme a jugar a Europa, me pueden contratar en el Real Madrid..."

- *Fuga de ideas*: término que se ha usado para designar un tipo de taquipsiquia característica de la fase maníaca, y que consiste en un grado extremo de ideofugalidad, pero donde ya el discurso pasa a ser incomprensible, el pensamiento es demasiado rápido, y transcurre no por la adhesión entusiasta a las ideas y detalles que le surgen en el relato que proviene del ambiente como sucede en el pensamiento ideofugal, sino por leyes de asociación pasiva del pensamiento; contigüidad, consonancia y contraste. En grados muy extremos se puede llegar a una velocidad tal, que el pensamiento no alcanza a traducirse en lenguaje, y el paciente expresa sólo un largo silencio.

Ejemplo:

Citamos a continuación parte del discurso de un paciente maníaco extraído del texto de Bumke: "¡Buenas tardes! Sí, buenas tardes, si la vida es tan dulce como la miel. ¿También le gusta el azúcar? - fábrica de azúcar- la caña y la cuerda- ¿no se quiere ahorcar? Ud. asesino- padre del asesino- el cuello- el cuello de la camisa- blanca como la nieve es la inocencia- ¡ah, la ingenua inocencia!- como una jovencita- en la callecita- ahora vive en el callejón- en la calleja- molleja-pata, pata de perro, pata de gatolenguas de gato— que saben como el chocolate de Friedrichsberg (frenocomio)- donde están los locos- tú debes ir a Berlín".

- *Bradipsiquia*: trastorno psicopatológico que se caracteriza por una disminución en la velocidad del curso del pensamiento, pero sin dar lugar a la sensación subjetiva de dificultad o interferencia en los procesos del pensamiento.

Ejemplo:

Una paciente depresiva al final de la entrevista nos hace el siguiente comentario: "Me ha sido tan difícil decirles lo que me pasa, me encuentro lenta para pensar y para hablar, discúlpeme. Yo no soy así cuando estoy enferma, al contrario, las pesco al vuelo".

- *Inhibición del pensamiento*: término que se ha usado para designar un tipo de bradipsiquia, característica del estado depresivo, en el cual el retardo en el curso del pensamiento, es vivido por el paciente con una sensación subjetiva de dificultad e

interferencia, que le impide lograr mayor rapidez aunque se esfuerce. En los grados extremos puede llegar a la inhibición completa, con ausencia total del pensamiento (estupor depresivo).

Ejemplo:

Un paciente deprimido contestaba después de largas pausas, "No tengo interés por nada...", ¿y, cómo duermo?... me cuesta... duermo un rato... me lo paso despertando.... ¿cómo se siente para pensar?... me cuesta... me demoro... estoy lento... antes era rápido... despierto...".

C. TRASTORNOS EN EL CONTENIDO DEL PENSAMIENTO O TRASTORNO DE LA IDEACIÓN

Ideas delirantes: características generales

El delirio se comunica en ideas, las cuales se elaboran desde el juicio de realidad. Son entonces ideas delirantes, los juicios de realidad patológicamente falseados. Las características principales de éstos son para Jaspers las siguientes:

1. Son de certeza subjetiva incomparable, o sea el sujeto las afirma con una convicción extraordinaria.
2. No son influenciables por la experiencia, ni por las conclusiones irrefutables.
3. Su contenido es imposible.

En otras palabras, las ideas delirantes son apodícticas, incorregibles y absurdas. Scharfetter, en su texto de psicopatología define las ideas delirantes en relación a seis aspectos que considera fundamentales:

- a) La interacción entre realidad delirante y realidad común.
- b) La significación en el delirio.
- c) La certeza de significación y su independencia de la experiencia.
- d) Su inquebrantabilidad respecto a la experiencia general, a las convicciones del grupo, y resistencia contra las mismas.
- e) Su incapacidad para cambiar de punto de vista.

Revisemos cada una de estas características:

a) *La interacción entre realidad delirante y realidad común:*

1. La realidad delirante es la única realidad: El delirio aparece en lugar de la realidad común, la desplaza e invalida. En especial se ve en los delirios agudos.
2. La realidad delirante es la que predomina pero no es la única realidad: El delirio es para el enfermo la realidad más importante, pero no queda completamente invalidada la realidad común. Esta situación se llama doble orientación.
3. La realidad delirante y la común coexisten: Ambas realidades no se interfieren mutuamente, o ni siquiera son puestas en relación entre sí. Aquí la doble orientación es más evidente.
4. La realidad delirante y la común confluyen: El paciente no las separa bien entre sí. Lucha por mantener su correcto juicio de realidad, sin embargo, con profunda angustia y perplejidad confiesa: "todo está revuelto", o "tengo un lío en la cabeza". Se sienten confundidos en esta doble orientación.

b) *La significación en el delirio:* Todo pensamiento es pensamiento de significaciones. Si existe allí directamente la significación en lo sensorialmente perceptible, representado, recordado, la significación tiene el carácter de la realidad. Nuestra percepción no es nunca una fotografía de las excitaciones de los sentidos, sino al mismo tiempo la percepción de una significación. Una casa existe para ser habitada por seres humanos, las vivencias primarias del delirio son análogas a este ser significaciones, La vivencia de la significación experimenta una transformación radical. El saber inmediato que se

impone de las significaciones, es la vivencia primaria del delirio. O sea la vivencia de la realidad se altera al vivir significaciones que no corresponden a la realidad. Y esto se traduce en juicios de realidad falsos, y se expresa en ideas perturbadas (delirantes).

Esta transformación de las significaciones se puede dar en relación al entorno o en relación a sí mismo, al Yo, o a ambos. El contenido de los delirios se ordena según sobre cuál de estas dos áreas se altera la significación, como veremos en la clasificación de las ideas delirantes según sus contenidos.

- c) *La certeza de significación y su independencia de la experiencia:* El delirio surge como una evidencia a priori. El enfermo no necesita demostraciones para su certeza de significación. El tiene una vivencia de la realidad cuyo significado se le impone con certeza apodíctica, sin que sea necesario que se le demuestre esta significación, a través de razonamientos deductivos o inductivos.

- d) *Su inquebrantabilidad respecto a la experiencia personal, a las convicciones del grupo, y resistencia contra las mismas:* La realidad delirante prevalece, por muy inverosímil y poco digno de crédito que sea.
El delirio es resistente frente a argumentos lógicos.
El enfermo no se preocupa tampoco de la distancia de su vivencia frente a la postura colectiva de los demás. La opinión o las concepciones de la sociedad a la que pertenece lo tienen sin cuidado. Incluso su propia experiencia no logra invalidar su afirmación delirante.

- e) *Su incapacidad para cambiar su punto de vista:* El sujeto que no delira puede participar su experiencia a los demás, contrastarla, corregirla; puede también cambiar sus puntos de vista, su perspectiva, puede adaptarse a otros hechos, es elástico y flexible. El que delira es incapaz de considerar objetivamente su propio punto de vista, ponerlo en relación con los puntos de vistas de los demás y relativizarlo. Está afectado y dominado por la nueva certeza de significación y ha quedado rigidificado en una nueva evidencia, que no es compartida por los demás.

Todas las características descritas corresponden a la idea delirante propiamente tal, pero el pensar delirante adquiere características psicopatológicas diferenciables cuando se conjuga con una conciencia oscurecida o un estado afectivo exaltado congruente con los contenidos de las afirmaciones delirantes. En tal caso asumen respectivamente la denominación de ideas deliriosas e ideas deliroides.

➤ *Las diferentes formas de ideas delirantes*

Las ideas delirantes se dividen en 3 grupos. Las ideas delirantes primarias, las ideas deliroides y las ideas deliriosas. A estas dos últimas se les denomina también en forma general ideas delirantes secundarias, ya que son comprensibles, en tanto que las primarias surgen incomprensiblemente.

- a) *Ideas delirantes primarias:* cumplen con las características que definimos para las ideas delirantes, pero además tiene sus rasgos propios que para Jaspers se resumen con el término de incomprensibilidad. Llama ideas delirantes primarias, a las ideas delirantes incomprensibles, o sea aquellas que encuentran como fuente una vivencia patológica primaria, o que exigen como condición previa para su explicación una transformación de la personalidad. El Dr. Roa agrega como características propias de éstas:

- La tendencia a guardarse en la intimidad

- No se las argumenta coordinadamente.
- No se las verifica en base a coincidencias.
- No se vierten en conductas activas y se lucha poco en favor o en contra de lo revelado.

Se las divide en:

- *Percepciones delirantes*: son auténticas percepciones a las cuales se les da un significado anormal por parte del paciente, sin que exista para ello un motivo comprensible.

Ejemplos:

Una paciente paranoica refiere: "Cuando yo vi esa noche a mi marido acostado con mi hijo entre las piernas, supe que era homosexual. El no dormía, roncaba, pero se hacía el dormido".

Una paciente de 13 años diagnosticada como depresiva, pero con pobre respuesta a los psicofármacos tricíclicos, nos refiere como primer elemento psicopatológico que nos orientó al diagnóstico de esquizofrenia, el siguiente comentario: "cuando entré a la pieza mi papá estaba con un pijama amarillo. En ese momento supe que me despreciaba, me odiaba. Lo supe por el color del pijama".

Un paciente esquizofrénico dice: "la niña que habla en la tele dijo en un momento bicho. Quiso decir que yo era una mugre". "Me daba cuenta en la forma de actuar de las personas, ellos me miraban como si fuera un robot y yo me veía como un robot. Me despreciaban, me miraban con odio, y captaba el odio en la mirada de piedad".

- *Ocurrencias delirantes*: en las ocurrencias delirantes la nueva significación especial no es sobre una percepción, sino sobre lo representado. Diferentes experiencias internas vividas por el paciente, ya sean estas normales o patológicas, sueños, lecturas, fantasías, imaginaciones, ilusiones, alucinaciones del recuerdo, etc., son vividas por el paciente con un significado especial. Al sueño de un desfile le da el significado de que él es un general importante. La lectura de un pasaje de la Biblia le hace pensar que es uno de sus personajes, enviado por Dios. Sin embargo, a diferencia de la percepción delirante, en que siempre se nos hace evidente que es aquello que el paciente vive con una significación especial, en la ocurrencia delirante habitualmente no es así, ya que la significación anormal es sobre experiencias internas del paciente, las cuales no son evidentes para el observador. De ahí que Schneider haya sostenido que la ocurrencia delirante es mucho más difícil de captar que la percepción delirante, ya que la segunda es lógicamente analizable, es bimembrada (el primer miembro va desde el que percibe al objeto percibido; el segundo miembro, desde el objeto percibido al significado anormal), en cambio la primera sería unimembrada, faltaría el segundo miembro, no habría una puesta en relación como en la percepción delirante.

Jaspers no comparte esto, al señalar que tanto a lo pensado (ocurrencia delirante) como a lo percibido (percepción delirante), se les asocia la nueva significación especial. O sea ambos serían bimembrados. No hay ocurrencias, delirantes unimembradas, insiste Jaspers.

Ejemplos:

Un paciente esquizofrénico con un síndrome de Cotard refiere: "Ella me jodió, después que tuvimos relaciones me quedé sin cerebro".

Un paciente paranoico dice de sus vecinos: "Ella es la reina de los judíos y su esposo dicen que es el rey de los judíos. Comen carne humana".

- b) *Ideas deliroides*: son aquellas que han surgido comprensiblemente para nosotros, de procesos píquicos en relación a la afectividad. O sea que podemos entender como se originan desde las emociones y sentimientos, sean estos de temor, desconfianza, deseo, éxtasis, rabia, culpa, minusvalía, etc. Desde esos afectos, se nos hará

comprensible, en el sentido Jaspersiano, la idea deliroide del paciente. Como dice Jaspers, para su explicación no necesitamos ninguna transformación de la personalidad, como sucede en las ideas delirantes primarias, sino solamente exacerbaciones de rasgos previos. Se las divide en:

- *Percepciones deliroides*: son auténticas percepciones a las cuales se les da un significado anormal por parte del paciente, el cual aunque no es compartido por el terapeuta, le es comprensible desde el ánimo del paciente.

Ejemplos:

Una paciente de 58 años, cursando una reacción psicótica paranoica, refiere: "Cuando las personas me dicen hola y mueven la mano así, es como si me dieran a entender que mi marido no murió de enfermedad, sino que lo mataron. Cuando mi yerno lo hace, yo me enojo con él y le digo que no me moleste. Cuando me enfermo me pongo así, como si todos me ocultaran algo". La paciente acepta que pueden ser ideas derivadas de su enfermedad, "sin embargo, no puedo dejar de sentir las". Una paciente joven severamente deprimida refiere: "me siento tan poca cosa, no me atrevo a salir a la calle, como que todo el mundo me mirara, me siento observada, pero yo sé que es porque estoy enferma, porque la gente ni me conoce".

- *Ocurrencias deliroides*: en las ocurrencias deliroides, al igual que en las delirantes primarias, la nueva significación especial no es sobre una percepción, sino sobre lo representado. Las experiencias internas vividas por el paciente, ya sean normales o patológicas, sueños, lecturas, fantasías, imaginaciones, ilusiones, alucinaciones del recuerdo, etc., son vividas por él con un significado especial. Pero en este caso al igual como lo describimos para la percepción deliroide, aunque éste no es compartido por el terapeuta, lo puede comprender, desde el afecto presente en el paciente.

Ejemplos:

Un paciente en fase maniaca refiere la siguiente ocurrencia deliroide magalomaníaca: "Yo soy piloto especializado en incendios forestales. Yo manejo el helicóptero de la sexta región, me acerco a los incendios y mando los bomberos a apagarlos.

Mantengo un helicóptero en el patio de mi casa por cualquier emergencia. Cuando Ud. quiera Dr., lo saco a dar una vuelta". Su relato no tiene ninguna base real, excepto que un tiempo atrás fue invitado por un amigo a pasear en un helicóptero forestal.

Una paciente que consumía altas dosis de anfetaminas, durante un tiempo sostuvo que el poder divino estaba delegado en ella para poner justicia en la tierra.

- c) *Ideas deliriosas*: Son las ideas delirantes que surgen en el perturbado de conciencia y que, por lo mismo, sus características propias están dadas por ese estado. Son comprensibles para el terapeuta en cuanto son concordantes con el estado afectivo, sin embargo, no al modo de las ideas deliroides, dado que los fenómenos vividos desde la conciencia alterada, son privativos del enfermo, haciendo más difícil para el observador precisar la relación de la idea con el estado afectivo del paciente. (Esto sucede en especial en el estado delirioso). Dado el componente amnésico propio del perturbado de conciencia, el paciente no configura sistemas; sus conductas son concordantes mientras dura el fenómeno delirioso, habitualmente son transitorias, cambiantes, no se explicitan con claridad por la habitual incoherencia y no se intentan verificar en base a coincidencias ni razonamientos deductivos.

Se las divide en:

- *Percepciones deliriosas*: a percepciones auténticas el paciente les da un significado anormal, comprensible también para el terapeuta, pero esta vez no desde una predisposición caracterológica, si no desde el afecto y el trastorno de la función de interioridad de la conciencia. Este efecto está desmandado, coge por entero al paciente y sus vivencias, de tal manera que se crepusculariza, perdiendo la vivencia de temporalidad y así mismo el registro mnémico. Esta es la diferencia fundamental con la percepción deliroide, que si bien también se

origina en un estado afectivo, éste no es crepuscular, por lo cual el paciente las recuerda, las ubica en su sistema delirante y las defiende.

Ejemplos:

Un paciente alcohólico, durante un episodio de intoxicación creía que en la noche mientras caminaba por la carretera, los autos no lo atropellaban y se hacían un lado, por un poder divino que le había sido concedido.

Una paciente crepuscular, muy angustiada, temerosa y asustada refiere durante la entrevista "me da miedo que la señorita que está a su lado me vaya a golpear, la miro y creo que me va a pegar", señalando al coterapeuta.

- *Ocurrencias deliriosas:* el paciente vive con carácter de realidad, los fenómenos representativos que acuden a su mente, ya sean representaciones mnémicas, de la fantasía u oníricas. Su psicomotricidad y su afectividad son concordantes con estas vivencias, o sea, siente y actúa como si estas representaciones se dieran en la realidad externa. En el hospital se cree en su lugar de trabajo, los médicos son los carniceros de la esquina, los enfermos los compañeros de la feria, la sala, el almacén, etc., y su lenguaje, afectividad y motricidad es concordante con una actitud de trabajo. Además de las características generales que definimos para las ideas deliriosas, en las ocurrencias deliriosas es frecuente su susceptibilidad, o sea, la modificación que se puede ejercer sobre ellas, ya sea de parte de los que lo rodean o del terapeuta si se lo proponen.

Ejemplo:

Citamos a continuación un ejemplo de abundantes percepciones y ocurrencias deliriosas. Un paciente alcohólico en Delirium Tremens, es hospitalizado por agredir a su Sra. gritándole "que hacís con ese desgraciado e... en la cama". Ingresa al servicio y se dirige a un médico sin delantal, como si fuera su padre. En su pieza, toma el colchón, lo saca de la cama y corre el catre por la pieza como si estuviera trabajando en un asunto que para los observadores resulta disparatado. De pronto se sacude los brazos con desesperación y mira su cuerpo con facie muy asustada, mientras se frota como tratando de desprenderse algo de la piel. Dice que son gusanitos que le andan por todo el cuerpo. Le grita enseguida a la enfermera "Ya pus' Juana, vámonos de aquí, hasta cuándo va; a estar comprando". Dice estar en el almacén de su barrio, "y me quiero ir donde mi compadre". En ese momento pasa un paciente por afuera de la sala y le grita "Ya pus compadre, venga a tomarse un trago con la Juana. Juanita, llévame de aquí, me van a matar. "Mira, mira, mira". Grita desesperado apuntando al techo. "La tremenda araña... ¡Cuidado!" Se desespera y se tapa la cara con los brazos, se agacha y sigue gritando. El médico le dice: "Pero si no es una araña, quédese tranquilo es un mono que está quieto arriba del árbol". El paciente se tranquiliza y confirma que en realidad se trata de un mono, dando detalles de su apariencia; "es chico y peludo, me mira todo el rato".

➤ *Ideas delirantes en relación al contenido*

a) *La significación delirante es hacia sí mismo.*

- *Delirio de culpa:* en este caso hay trastorno de la significación de las afirmaciones que tienen su raíz en la conciencia moral. Contenidos frecuentes son: haber fracasado en sus responsabilidades, y/o haberse equivocado y cometido errores.

Ejemplo:

"Esta enfermedad es un castigo de Dios por haber engañado a mi marido hace diez años. Me remuerde la conciencia, pienso en esto todo el día, debería estar muerta", refiere una paciente con una depresión involutiva psicótica.

- *Delirio hipocondriaco:* en este caso hay un trastorno de la significación de las vivencias de salud física y corporal, a consecuencia de lo cual sus contenidos aparentan las más variadas enfermedades físicas.

Ejemplo:

Un paciente deprimido refiere estar seguro de tener cáncer gástrico a pesar de que todos los exámenes que se ha realizado son negativos. Tiene la certeza de que va a morir pronto por esta enfermedad y ha tomado una serie de decisiones por este

motivo.

- *Delirio nihilista*: en este caso hay un trastorno de la significación de la vivencia de vitalidad, de donde sus contenidos son ruina física, negación de órganos, putrefacción y muerte.

Ejemplo:

Una paciente psicótica puerperal sostiene: "no tengo ningún órgano dentro del cuerpo, yo estoy muerta, ustedes me ven viva, pero yo estoy muerta en vida".

- *Delirio de ruina*: en este caso hay un trastorno de la significación de la vivencia, de confianza en poder obtener los recursos materiales necesarios para la existencia, por lo que sus contenidos son ruina económica, pobreza y miseria.

Ejemplo:

Un empresario de muy buena situación económica solicita al doctor si podría atenderlo gratis, porque asegura estar en bancarota. Su mujer interviene diciendo que no ha cambiado en forma importante su estatus económico y no entiende por qué "no quiere gastar un peso y anda llorando miseria".

- *Delirio de filiación*: en este caso hay un trastorno de la significación de la vivencia de pertenencia a un determinado grupo social, familiar y/o cultural, por lo que sus contenidos son habitualmente en relación a sentirse persona perteneciente a grandes familias, descendientes de poderosos y con vinculaciones importantes.

Ejemplo:

Una paciente hebefrénica sostiene ser hija de una noble familia francesa, "oui, oui, je parlé francé, porque yo soy hija de unos condes que me dejaron a cargo de mis papás chilenos".

- *Delirio de grandeza o megalomanía*: en este caso hay un trastorno de la significación de la vivencia de su propia valía, con sus capacidades y limitaciones, por lo que sus contenidos son de grandeza, de poseer capacidades únicas y especiales, poderes, riquezas e influencias.

Ejemplo:

Un paciente esquizofrénico sostiene: "yo soy un extraterrestre que está en la tierra con la misión de Cristo. El Señor también era un extraterrestre y ahora me enviaron a mí".

- *Delirio místico o religioso*: en este caso hay un trastorno de la significación de las vivencias con seres sobrenaturales, por lo que sus contenidos serán convicciones de tener relaciones especiales con Dios, el demonio, los santos, etc.

Ejemplo:

Un paciente esquizofrénico dice: "Tengo una biblia azul y una negra. La negra lo juzgan ahí, en cambio en la otra me ven como un enviado, como un Dios". "En un momento llegué a ser Cristo por la forma que lloraba".

- *Delirio de preñez*: en este caso hay un trastorno de la significación de las sensaciones físicas, dando pie a ideas de estar embarazada o embarazado, con las características propias de lo delirante a diferencia del embarazo psicógeno.

Ejemplo:

Una paciente hebefrénica sostiene hace 5 años: "yo estoy embarazada de Hervé Vilard. Me masturbo y se me meten los espermatozoides en la tina del baño, de mi marido, porque estoy casada con Hervé Vilard".

- *Delirio de transformación o metamorfosis delirante*: en este caso hay un trastorno de la significación de las vivencias de identidad del yo, de donde los contenidos de estos delirios son tener otra figura, otra fisonomía, ser otra persona, transformarse en animal o transformarse en monstruo.

Ejemplos:

Un paciente esquizofrénico señala: "Se me están cambiando los ojos. Se me ponen grises

porque no tengo cerebro".

Una paciente esquizofrénica dice: "me hacen andar como mongólica, de lado y con un solo zapato. Me cambiaron la cara. La tengo mongólica".

- *Delirio de escisión o fragmentación:* en este caso hay un trastorno de la significación de las vivencias de unidad del yo, y los contenidos de estos delirios son autodestrucciones, delirios de disolverse, de ser desgarrado por potencias buenas y malas, delirios de duplicación o multiplicación del yo.

Ejemplo:

Un esquizofrénico crónico, nos refiere: "yo soy varias personas, de repente me toma el malo y me dice que me mate, a veces le gana el bueno y no hago nada. Cuando orino, no sé quién lo hace. No soy yo, son estas personas que me hacen orinar y me hacen parar".

- *Delirio de control o de influencia:* en este caso hay un trastorno de la significación de las vivencias de demarcación del yo o límites del yo, dando así origen a delirios con contenidos de fuerzas extrañas que influyen sobre él, su pensamiento, su cuerpo y sus actos.

Ejemplo:

En un primer brote una paciente esquizofrénica reclama: "se las arreglan con instrumento para provocarme estados de éxtasis y orgasmos. Me meten un mono en el cuerpo. También se meten en mi mente y me la ponen negra y oscura. Me hacen andar como puta y fue el cura de la parroquia el que les dijo, porque yo le gustaba".

b) *La significación delirante es hacia el entorno:*

- *Desrealización y temple delirante:* al principio se da con frecuencia, si bien no siempre de modo demostrable, el sentimiento aún impreciso de que el entorno se ha transformado, de que resulta extraño e insólito (desrealización), raro, lleno de signos no interpretables aún, lleno de significaciones no conocidas todavía (temple delirante). O sea, hay trastornos de la significación del entorno, aunque el significado captado aún sea vago, extraño, misterioso y poco preciso. Todo esto es vivido por el paciente con un estado afectivo que denominamos perplejidad.

Ejemplo:

Mujer de 37 años. Desde 15 días antes de consultar, serias alteraciones del sueño. Algo está sucediendo que es una amenaza para ella. En su trabajo entró un cliente al que se le atendió con un café, y al servirse, lo degustó con una expresión significativa. La paciente pensó: "Él supo que había preparado un café destinado a mí, con algún tóxico, y que se podían haber equivocado pasándoselo a él... y dejé de tomar café en la oficina... ese mismo hombre ha pasado por delante de mi casa en varios autos distintos, para despistar... estoy segura de todo esto, pero no entiendo qué pasa y qué quieren hacerme...".

- *Delirio de referencia:* en este caso hay un trastorno de la significación de los eventos que ocurren en el medio ambiente, a los cuales el paciente los consideraría como signos, señales y símbolos directamente dirigidos hacia él.

Ejemplo:

Una joven auditora de radio refiere que un locutor muy conocido dialogaba con ella especialmente a través de las transmisiones, manifestándole, en un tono de intimidad, cuan enamorado estaba de ella. Todo cuanto decía era referente a ella, y en las entrevistas de periódicos hechas a tal locutor de fama, comprendía mensajes especiales en sus palabras.

- *Delirio de celos:* el paciente presenta un trastorno de la significación de eventos que, siendo intrascendentes, él les da un significado que confirma sus sospechas de ser engañado por el ser querido.

Ejemplo:

Un paciente paranoico amarraba a su mujer al lecho durante la noche, por temor a que mientras dormía, ella introdujera a su amante a la cama.

- *Delirio erotomaniaco:* el trastorno de la significación es frente a eventos

cotidianos que vive una persona del sexo opuesto, y que para el paciente significan que ésta está enamorada de él.

Ejemplo:

Mujer de 40 años. Desde hace 2 años comprendió súbitamente que un sacerdote se había enamorado de ella. Durante un oficio religioso, ella estaba en la primera fila de fieles, y la miró significativamente. Le transmite mensajes amorosos a través de frases de los evangelios, que sin lugar a dudas los elige para ella. Él enrojece cuando se cruzan sus miradas, a las que ella da importancia especial. La paciente asiste a cuantos oficios religiosos le permite su trabajo. Hace un mes, y sin que nunca hubiera cruzado palabra alguna, decidió poner fin a esta situación, que ella atribuye a cobardía moral, y habló con un supuesto superior, quien lo hizo llamar. El sacerdote a quien ella llama Juan, habló en italiano, y sólo comentó -según ella logró entender-, "tendré que casarme con ella...". Citaron a sus tíos, con quien vive, y a lo que ella accedió gustosamente pensando en preparativos de boda. Y ahora se encuentra con que los familiares la han internado como si estuviera loca.

- *Delirio de persecución*: al igual que el delirio de referencia, a los eventos habituales del medio ambiente el paciente les da el significado de estar dirigidos hacia él, y en este caso con la finalidad clara de hacerle daño.

Ejemplo:

Paciente de 43 años. Trabaja con su padre en una tienda de decoración. Hace 2 años que, a raíz de atender a la esposa de un personaje público, se siente vigilado en todos sus actos, lo siguen autos con personajes siniestros, cuando camina en las calles con su conviviente, se cruza con personas "que se ríen en su cara. Numerosas veces encuentra su auto estacionado "cubierto de escupos...". Le dan topones intencionados y está decidido a no reparar los daños, para probar que es perseguido. Tres días antes de su primera sesión, al levantar la cortina metálica de la tienda encontró un casquillo de bala y no hay otra alternativa: "es anuncio de que me matarán". Trae a su conviviente como testimonio de las innumerables persecuciones. Ella se limita a asentir temerosamente. Su padre le ha exigido una consulta especializada, porque cree que está trastornado. Él tiene certeza absoluta de la realidad de tales persecuciones. Aceptó acudir al hospital para que opinemos si a estas alturas de los hechos, le conviene tomar un abogado y llevarlo al plano judicial, o si es mejor para él seguir soportando...

c) *Otros términos usados en relación a las ideas delirantes*

A continuación daremos una definición de términos psicopatológicos usados con frecuencia en la literatura psiquiátrica en relación a los trastornos de la ideación.

- *Delirio*: término genérico usado habitualmente para referirse al contenido del conjunto de las ideas delirantes que presenta el paciente. Ej.: delirio de ruina, de culpa, de grandeza, etc., y generalmente se emplea cuando hay cierto grado de sistematización en la productividad delirante.
- *Ánimo, temple o humor delirante*: es el estado afectivo que coge al paciente y el trasfondo con el cual vive sus fenómenos delirantes. Inmotivada creencia, sospecha y espera que no es seguible ni comprensible por el observador. Es el ánimo de la perplejidad, la sospecha significativa de vivir en un mundo y en un yo transformados. Se ha descrito como ánimo alarmado del "algo sucede", estado de ánimo del sentirse afectado por lo insólitamente siniestro, por el cambio experimentado por el enfermo en sí mismo o en su entorno; el estado de ánimo de la conmoción, del horror, de la amenaza, de la expectativa angustiada, de la sospecha, de la desconfianza, de la inseguridad, la perplejidad, del agobio.
- *Dinámica delirante*: se refiere a la fuerza con que los afectos y los impulsos actúan en el paciente y van formando el delirio. Para el entrevistador, se puede valorar la dinámica delirante por la forma como el enfermo lleva adelante el delirio. Va desde una viveza con fuerza productiva, con tendencia a la ampliación del delirio, con reacciones emocionales y expresivas fuertes, hasta un delirio fijo, monótono, a veces sin movimiento afectivo, en una descripción

del delirio que hace aparecer apagada la productividad psicótica.

- *Delirio sistematizado*: a partir de una idea delirante originaria, se va confirmando, explicando y expandiéndose, desde otras ideas delirantes vividas por el paciente, un constructo de relativa coherencia que denominamos delirio sistematizado.

Ejemplo:

Una paciente que viste estrictamente de negro, anda con rollos debajo del brazo, en los cuales muestra múltiples diseños acerca de un organigrama celestial con la forma como se va a consumir la parusía. Esto representa una sistematización de un delirio múltiple construido retrospectivamente a partir de una operación banal en la garganta, en la que habrían reemplazado su propia cabeza por otra.

Inicialmente las afirmaciones delirantes de transformación y cambio se fueron ordenando temáticamente en el delirio sistematizado que señalamos.

- *Delirio encapsulado*: ideas delirantes a las que el paciente presta poca atención, y por lo tanto no tienen incidencia en su vida personal ni en su relación con los demás. Si son investigadas, el paciente las confiesa, pero se hace evidente al entrevistador que no le repercuten significativamente.

Ejemplo:

Un paciente hebefrénico actualmente improductivo pero con muchos elementos defectuales, durante mucho tiempo mantuvo la convicción de que estaba destinado a ser Presidente de la República. Ese núcleo ideativo persiste, pero no lo refiere espontáneamente, ni le provoca repercusión alguna.

- *Delirio parafrenizado*: término que se usa para describir ciertos tipos de delirios sistematizados y encapsulados, de contenidos expansivos, fantásticos o confabulatorios, que el paciente tiende a guardar en su intimidad, no obstante lleve a cabo acciones concordantes con él. Fuera del mundo delirante, el parafrénico conserva su capacidad de adaptación y muchas veces pasa desapercibido. No es poco habitual que el paciente lo confiese después de varias entrevistas en las cuales ni siquiera se sospechaba su existencia. Roa señala: "Es que el parafrénico se mueve en un orbe par: el de la realidad común, sólido e invariable, y el otro construido en su propia mente sobre la base de pseudopercepciones, fantasías e ideas delirantes: en dicho mundo pone su celo y su impronta; la doble orientación posible a veces en la esquizofrenia se convierte ahora en estado permanente".

Kraepelin fue el primero en utilizar el término parafrenia para designar un grupo de pacientes que presentaban un estado intermedio entre la paranoia y la esquizofrenia. Hoy día se le tiende a considerar como una esquizofrenia, que por su comienzo tardío (se le ha llamado también Parafrenia involutiva), tiene esta marcada doble orientación. Se ha abandonado su denotación nosológica y sólo se usa como un término psicopatológico para designar un delirio con las características que hemos descrito.

Ejemplo:

La paciente es atendida en policlínico en forma intermitente durante 15 años, en relación a una serie de hechos insólitos que se iniciaron, según ella, con la caída de un trozo de yeso del techo de su dormitorio, que dejó al descubierto el entretecho. Hacía tiempo que sentía carreras, murmullos, golpes y una serie de manifestaciones de presencia humana. Comprendió que la filmaban en la intimidad de su dormitorio, con el fin de ridiculizarla. Llamó a su hermana, pero ella no le cree nada y le dice sólo que vea un médico. Siente carreras en el jardín, en la vereda de su casa le dejan papeles significativos. En su trabajo suceden hechos extraños: la evitan en los almuerzos, le dejaron sal en su escritorio, en el baño oye comentarios sobre ella alusivos a su soltería. Siente cómo la "atropellan sexualmente", le hacen sentir dolores extraños en el vientre. Aceptó un encuentro sexual con un compañero de trabajo bastante menor que ella. Sabe que no la quiere, pero no podía negarse. Está segura de que él ha publicitado tal relación. Fue

tal su sufrimiento, que decidió jubilar, siendo una excelente secretaria.

Tan competente es, que optó a un cargo por concurso, en otra institución exigente, y lo ganó pese a su edad desfavorable. No ha hablado con nadie de los penosos eventos que la abruman. Sus alucinaciones auditivas han arreciado pese a la medicación que sólo la ayuda a dormir mejor, pero no reduce su productividad. Pese a ello, su conducta es normal socialmente, salvo su retiro de toda reunión de esparcimiento. Por representar la consulta su única oportunidad de testimonio y queja, "cómo es posible que abusen así de mí...", acepta la medicación de fármacos, pero no acepta que lo que padece sea enfermedad.

- *Fantasías delirantes*: corresponde a lo que hemos definido psicopatológicamente como ocurrencias delirantes, recibiendo su nombre por las características del contenido de la ocurrencia, las que serían de tipo fantástico. O sea, trascurren en una especie de atemporalidad, inespacialidad terrenas y de grandes magnitudes cuantitativas.

Ejemplo:

Un paciente psicótico refiere que al atender los últimos partos de su mujer en una isla desprovista de todo socorro médico, sucedió lo siguiente: "al salir la criatura a la luz del mundo se abrían los cielos y caían cataratas de diamantes, rubíes y esmeraldas cubriendo todos los rincones". Explicaba este evento como señal de la conexión que había en el hecho de él engendrar un hijo en la tierra y la creación cósmica de Dios, la que a su vez describe como si hubiese sido testigo.

Una paciente esquizofrénica largamente hospitalizada, afirmaba que en un solo parto había tenido 40 trillones de hijos.

- *Imaginerías delirantes*: también corresponden a lo que hemos definido psicopatológicamente como ocurrencias delirantes, y en este caso su nombre obedece a que su contenido son situaciones no totalmente imposibles, ocurridas en medio de actividades cotidianas, como por ejemplo, aventuras imprevistas y novelescas. Son un tipo de representaciones delirantes.

Ejemplo:

Un paciente esquizofrénico sostiene ser Franco Nero y refiere: "cuando me junto con los amigos en la plaza, ellos reconocen mi parecido al pistolero, yo tengo poder para enfrentarlos a todos. Me tienen miedo. A mi primo lo salvé, me tiré a duelo con su enemigo y lo maté".

- *Representaciones y cogniciones delirantes*: Jaspers dividió las ocurrencias delirantes en cuanto a su forma, en representaciones y cogniciones delirantes. En las primeras la significación anormal propia del fenómeno delirante se hace sobre una representación (por ej., un recuerdo). En las segundas la significación anormal se hace sobre una cognición (por ej., una lectura).
- *Experiencias delirantes internas*: la descripción de este término corresponde a lo que nosotros hemos llamado pseudoalucinaciones. O sea, lo vemos como un trastorno de la representación y no de la ideación.
- *Vivencia deliriosa*: con este término se designa lo que hemos descrito como ocurrencia deliriosa.
- *Pensamiento dereístico*: pensamiento centrado en fantasías, ensoñaciones, delirios, alucinaciones, todos fenómenos que ocurren fuera de la realidad.
- *Pensamiento autístico*: es el pensamiento dereístico propio de la esquizofrenia.
- *Interpretación delirante*: es el fenómeno psicopatológico por medio del cual se le da una significación anormal a una percepción o a una representación, configurando así las percepciones y las representaciones delirantes, respectivamente.

D. TRASTORNOS EN EL CONTROL DEL PENSAMIENTO

- *Obsesiones*: Son vivencias imperativas que el paciente no puede controlar ni liberarse, las cuales considera absurdas, o al menos como dominantes y persistentes de un modo injustificado.

Pueden surgir obsesiones en las esferas correspondientes al pensamiento, en los impulsos a actuar y en los impulsos a evitar.

En cuanto al contenido, las obsesiones no son necesariamente absurdas, pero lo que sí resulta absurdo, es su persistencia y penetrancia, así como su tendencia a una repetición constante y uniforme.

El paciente las vive como interferencias obstructivas en el curso natural de su pensar, pero tal interferencia es una instancia desde sí mismo, sin perder la propiedad vivencial, y con una activa lucha por liberarse de ellas.

Las obsesiones se clasifican en:

- a) *Pensamientos obsesivos*: en este grupo se incluyen las ideas obsesivas (por ej.: la cuestión de si su mujer lo quiere por interés o por verdadero afecto), las ocurrencias obsesivas (por ej.: de que todas las cosas que se toman están contaminadas de aceite humano, extraído de cadáveres), los recuerdos obsesivos (por ej.: si no hubiera hecho tal cosa...), cavilaciones obsesivas (por ej.: ¿por qué está ahí esa montaña?).
- b) *Impulsos obsesivos o compulsiones*: son impulsos a realizar determinados actos, que son vividos con el carácter de imperativos, de los cuales el paciente no se controla ni se puede liberar, aunque no sea arrastrado forzosamente al acto. Son impulsos absurdos para el paciente, habitualmente por las características del acto, como también por su persistencia incontrolable. Ejemplos de éstos son las obsesiones de comprobación; ir repetidamente a comprobar si está apagada la luz o el gas, o si la puerta está cerrada. Impulsos a decir ridicleces, palabras obscenas, etc., en una iglesia, o en reuniones serias. Impulsos a contar o a calcular. Impulsos a clavar un cuchillo a su propio hijo, o a tirarlo por la ventana, a arrojar uno mismo al primer auto que pase, a tirarse desde un balcón, a suicidarse. En estos casos el impulso casi nunca llega a realizarse, pero inquietan y alteran intensamente al paciente en su lucha contra ellos.
- c) *Temores obsesivos o fobias*: temores que se imponen frente a determinadas situaciones u objetos, aun cuando no son lógicamente justificables ni proporcionales. Cumplen con todas las características de los fenómenos obsesivos descritos.

Los temores obsesivos o fobias se designan con nombres especiales de origen griego, según el objeto o la situación a la que se refieren:

- *Acarofobia*: temor obsesivo a los parásitos de la piel.
- *Agorafobia*: temor obsesivo a los lugares abiertos, calles, plazas, etc.
- *Acmofobia*: temor obsesivo a los objetos puntiagudos, a herirse o herir a otros.
- *Acrofobia*: temor obsesivo a las alturas.
- *Algiofobia*: temor obsesivo al dolor.
- *Acuafofia*: temor obsesivo a las extensiones de agua, a las corrientes de agua.
- *Bacteriofobia*: temor obsesivo a los gérmenes patógenos.
- *Claustrofobia*: temor obsesivo a los espacios cerrados.
- *Eritrofobia*: temor obsesivo a ruborizarse.
- *Hematofobia*: temor obsesivo a la sangre.
- *Hidrofobia*: temor obsesivo al agua.

- *Lalofobia*: temor obsesivo a hablar.
- *Misofobia*: temor obsesivo al contacto, a contaminarse, ensuciarse.
- *Necrofobia*: temor obsesivo a los cuerpos muertos y sus componentes.
- *Nictofobia*: temor obsesivo a la noche, a la oscuridad.
- *Patofobia*: temor obsesivo a muchas cosas y situaciones.
- *Pecatofobia*: temor obsesivo a pecar.
- *Tafofobia*: temor obsesivo a aburrirse en vida.
- *Tanatofobia*: temor obsesivo a la muerte.
- *Xenofobia*: temor obsesivo a los extraños.
- *Fobofobia*: temor obsesivo a tener miedo.
- *Zoofobia*: temor obsesivo a los animales.

El listado anterior no podría ser exhaustivo, puesto que alude exclusivamente al aspecto del contenido de los temores obsesivos, los que siempre son susceptibles de ser modificados por la cultura.

- d) *Actos obsesivos*: son acciones de índole obsesiva que el paciente considera absurdas, realizadas la mayoría de las veces a base de impulsos o temores obsesivos.

Por ejemplo, el impulso obsesivo de comprobar si la llave del agua está cerrada, lo lleva al acto de cerrarla una vez tras otra. O la bacterofobia a un lavado continuo de las manos.

Ejemplo:

Una paciente obsesiva necesita esconder, tijeras, cuchillos, y cualquier objeto punzante y contundente por temor a usarlo en contra de sus familiares.

- e) *Ritos obsesivos*: son acciones de índole obsesiva, que el paciente las considera absurdas, realizadas la mayoría de las veces a base de impulsos o temores obsesivos, en que la ejecución del acto tiene las características de un rito. Es llevado a cabo en forma exactamente predeterminada, con cierta frecuencia de repetición y es vivido con un carácter mágico que anularía o defendería de lo temido.

Frente a los impulsos obsesivos de comprobación de si apagó la luz, el sujeto actúa todo un rito antes de apagarla o si no el impulso obsesivo lo hostigará. Frente a la misofobia el paciente desarrolla un ritual en el baño, que lo protege de la contaminación.

Ejemplo:

Un paciente obsesivo después de cerrar la llave del gas, permanece hasta una hora haciendo los movimientos que le confirmen los topes externos de la llave, amén que tiene que asegurarse el uso alternativo de ambas, menos en cada uno de los actos comprobatorios. Pasa hasta una hora entregado a este ritual, lo que se repite noche a noche.

- f) *Ideas fijas*: es una idea que aflora a la mente en forma reiterada, en general, bajo la forma de una representación o idea persistente de una situación que provocó en el sujeto una intensa repercusión afectiva, que es lo que le trasmite su carácter iterativo. Habitualmente pierde intensidad y fuerza con el paso del tiempo.

Ejemplo:

Un paciente separado de su mujer por segunda vez, durante mucho tiempo reproduce un diálogo telefónico con un hermano que tiene en el extranjero, que le dice: "ten cuidado, no dejes mucho sola a tu mujer, porque cuando estuvo aquí en Canadá, parece que tuvo un enredo amoroso con un corredor de propiedades".

- *Pseudo-obsesiones*: Son vivencias imperativas que el paciente no puede controlar ni impedir, pero, sin embargo, no las vive con el carácter de absurdo propio de la obsesión verdadera, y no las siente tan agodistónicas, por lo cual las asume

pasivamente y no lucha por controlarlas ni liberarse de ellas.

Ejemplos:

Un paciente mientras leía, tenía representaciones obsesivas de que el texto se le llenaba de escupos. Sin embargo, vive con su problema durante dos años, y no consulta por iniciativa propia. Cuando es llevado por su madre por otros problemas, el síntoma aparece en la segunda entrevista como algo casual. También se dan los ritos pseudoesivos. Una paciente esquizofrénica señala: "cuando hacen gestos para decir que mi papá está muerto, yo me toco la nariz y así no es chao lo que dicen de mi papá."

Estamos aquí frente a un área crítica del análisis psicopatológico: discriminar el fenómeno obsesivo del pseudoobsesivo. Con frecuencia no bastan los criterios de egodistonia y egosintonía, el análisis judicativo de absurdo o natural por parte del paciente, su lucha activa o su entrega pasiva y que a menudo aplicados estrictamente son señalados como inductores de error por la evolución clínica. Creemos que por su carácter crítico precisamente, estamos ante un hecho psicopatológico que necesita un análisis de contexto, de interrelación sintomática y de evolución diacrónica.

E. TRASTORNOS DEL LENGUAJE

➤ *Trastornos del lenguaje hablado:* los trastornos del lenguaje hablado se denominan afasia. El término afasia implica una relación etiológica. La definición de Benson (1970) es la siguiente: "Afasia se refiere a un trastorno del lenguaje producido por una disfunción cerebral". Tradicionalmente las afasias se han clasificado en base a cuatro disfunciones básicas: La afasia sensorial, que implica una incapacidad para comprender el significado de las palabras o el uso de los objetos; la afasia nominal, en que la dificultad consiste en encontrar el nombre correcto para un objeto, la afasia sintáctica por la que el paciente es incapaz de colocar las palabras en una secuencia correcta en su discurso y las afasias motoras, en las cuales el paciente comprende el significado de las palabras, pero no las puede verbalizar. Esta forma de ordenar las afasias es muy simplificada y reduccionista, y ofrece poca utilidad en clínica.

Jeffrey L. Cummings, en su texto "Clinical Neuropsychiatry", 1985, clasifica las afasias en relación al compromiso de los siguientes índices: a. La fluidez del lenguaje espontáneo. b. La indemnidad de la comprensión del lenguaje y c. La capacidad para repetir frases y oraciones propuestas por el examinador. Estas tres variables, además de corresponder a una forma de presentación de las afasias y facilitar su descripción fenomenológica, es de gran utilidad en clínica. Sus disfunciones se correlacionan con áreas específicas del SNC, que no mencionamos acá porque escapa a los objetivos de este texto. Seguiremos de cerca las descripciones hechas por Cummings.

a) *Fluidez del lenguaje espontáneo:* El afásico con trastornos en la fluidez presenta abundantes pausas en su discurso y habitualmente no expresa más de 10 a 15 palabras por minuto, a diferencia del afásico fluido, que emite un número normal o mayor de palabras, llegando hasta las 200 por minuto, con evidente logorrea. El afásico con trastornos en la fluidez tiene dificultades para iniciar las frases, y tiende a repetir una misma palabra y a utilizar frases cortas. Tiende a omitir las palabras cortas que conectan unas con otras, y el discurso resulta sin melodía, disrítico y tosco. Las palabras que emite son habitualmente sin significado, presentando una discreta parafasia. El afásico fluido sigue un modelo opuesto. Emite una gran cantidad de palabras bien articuladas, rítmicas y melódicas, de duración adecuada, pero cuyo contenido entrega muy poca información. No omite las palabras conectoras, pero sí incurre en errores gramaticales. Se destaca una abundante parafasia. En fases agudas el paciente no se da cuenta y tiende a negar que presenta déficits en su lenguaje.

b) *Comprensión del lenguaje*: Descartando que existan compromisos en la atención, concentración y cooperación por parte del paciente, esta función se evalúa partiendo de preguntas muy simples como: "¿Señale la puerta, la ventana y la silla?". Luego una serie de preguntas de complejidad creciente, en que el paciente debe contestar sí o no.

Ejemplo de una fácil: "¿Su nombre es José?", y una más difícil, "¿Usted se pone los zapatos después de los calcetines?" (Cummings, 1985). Finalmente, la comprensión de estructuras lingüísticas un poco más complejas puede ser evaluada con frases como "¿Si un león y un tigre están peleando, y el león es muerto por el tigre, cuál animal quedó vivo?", o "¿el hermano de mi mujer es hombre o mujer?" (Goodglas - Kaplan, 1972).

Hay afásicos que tienen comprometida la capacidad de comprensión, y otros cuyo compromiso es mínimo o no existe.

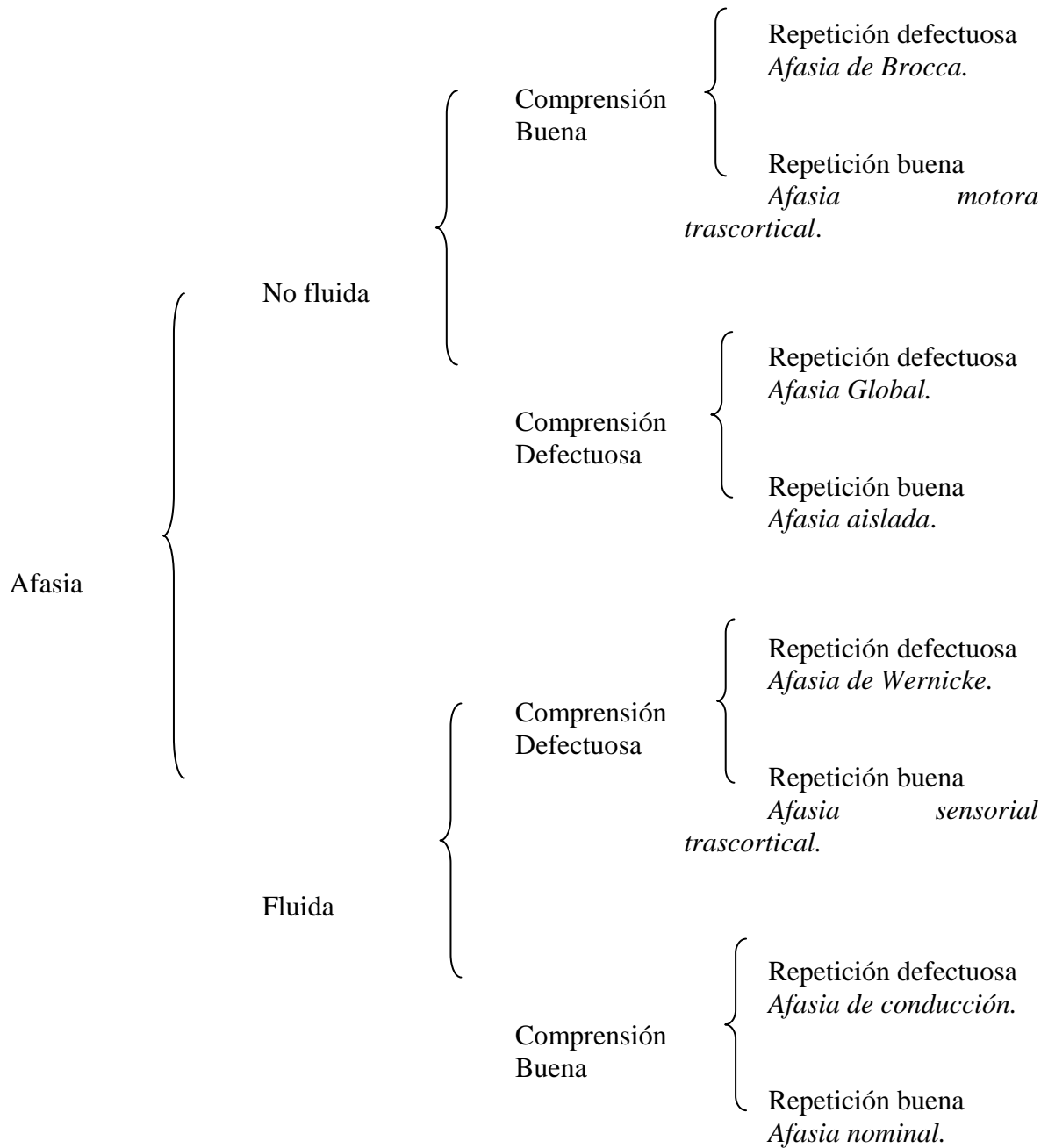
c) *Capacidad de repetición*: Al igual que la comprensión, se examina con pruebas de complejidad creciente, habiendo descartado previamente trastornos de la atención, concentración y cooperación. Al paciente se le solicita que repita con exactitud frases dichas por el examinador. Éstas van desde algunas muy simples "Él está aquí" pasando por frases más largas y difíciles como "El ágil dálmeta café saltó sobre el perro flojo", terminando con frases más complejas y de irregular estructura lingüística como "No siempre, a pesar de que será posible".

Los pacientes con compromiso en esta capacidad omiten palabras, alteran la secuencia de las palabras, presentan parafasias al tratar de repetir la frase propuesta, y una tendencia a alterar el contenido de dicha frase en algunos casos.

Basado en el análisis de estas tres variables clínicas que hemos descrito, Cummings (1985) clasifica las afasias de la siguiente manera:

- *Afasia de Brocca*: Afasia que presenta trastorno en la fluidez, preservando la capacidad de comprensión pero con compromiso en la capacidad de repetición.
- *Afasia Motora Trascortical*: Compromete solamente la fluidez del discurso, preservando la comprensión y repetición.
- *Afasia Global*: Afasia que compromete las tres funciones, de fluidez, comprensión y repetición.
- *Afasia Aislada*: En estos pacientes sólo se conserva la capacidad de repetición.
- *Afasia de Wernicke*: Corresponde al tipo de afasia fluida con trastorno en la comprensión y en la repetición.
- *Afasia Sensorial Trascortical*: Compromete sólo la capacidad de comprensión, preservándose la fluidez del discurso y la repetición.
- *Afasia de Conducción*: Es una afasia fluida, en la cual la comprensión está relativamente conservada y la repetición groseramente comprometida.
- *Afasia Nominal*: Este tipo de afasia se presenta en todo trastorno afásico, y es un indicador inespecífico de disfunción cerebral. Consiste en un discurso fluido, pero con varios circunloquios, con frecuentes pausas tratando de buscar una palabra de connotación muy genérica ("esto", "cosas", etc.) y pequeñas parafasias. La comprensión y repetición están relativamente conservadas.

La descripción sistemática de las afasias, Cummings la resume en el siguiente esquema.



➤ *Trastornos del lenguaje escrito*

a) *Alexias*: Pérdida de la capacidad ya adquirida de leer (a diferencia de la dislexia, en que el paciente tiene dificultades para aprender a leer) causada por daño cerebral. La mayor parte de las alexias se acompañan de afasias, pero no siempre. Las alexias se dividen en alexias con agrafías y alexias sin agrafías, dependiendo de si hay o no compromiso de la escritura.

b) *Agrafias*: Pérdida de la capacidad ya adquirida de escribir (a diferencia de la disgrafía, en que el paciente tiene dificultades para aprender a escribir) causada por daño cerebral.

Habitualmente van asociadas o son consecuencia de una afasia, pero también pueden provenir de un compromiso exclusivo del sistema motor. Según el compromiso afásico, se las divide en agrafías afásicas y agrafías no afásicas.

➤ *Otros términos usados en relación a los trastornos del lenguaje*

- a) *Parafasias*: Trastorno genérico para denominar cualquier trastorno del lenguaje que implique el uso de una palabra equivocada. Las parafasias pueden ser
 - a. Literales: sustitución fonémica como "pozo por oso",
 - b. Verbales: sustitución semántica como azul por verde, y
 - c. Neologismo: construcción de una palabra totalmente nueva.
- b) *Aprosodia*: El término prosodia se refiere a la melodía, ritmo e inflexión de las palabras, durante el discurso. La verbalización aprosódica implica un discurso monótono, sin melodía y carente de las inflexiones necesarias.
- c) *Acalculia*: Dificultad para realizar cálculos aritméticos que se ve con frecuencia en pacientes con parafasia numérica, afasia numérica o alexia numérica. También puede tener otras causas: Trastornos de la concentración, trastornos visioespaciales, anaritmética, o agnosia a los símbolos matemáticos de suma, resta, multiplicación y división.
- d) *Afasia Talámica*: El cuadro afásico producto de hemorragias en el tálamo, tiene características clínicas variables que hacen que sea clasificado aparte del resto de los trastornos afásicos. Es una afasia fluida, con compromiso variable de la capacidad de comprensión, leve en algunos y grave en otros, buena repetición, con dificultades en la nominación, trastornos en la lectura en voz alta y escritura, pero con conservación relativa de la comprensión de lectura.
- e) *Dislexia Profunda*: También llamada paralexia, consiste en que el paciente emite frente a un estímulo escrito una palabra parecida, pero no la que está en el papel. Puede leer "automóvil" como "coche" o "infantil" como "niño".
- f) *Hemialexia*: Algunas letras que van a la izquierda de la palabra son omitidas, por ejemplo: "analfabeto" se lee "alfabeto" o "balompié" como "pie"; o dicha parte de la palabra es alterada, por ejemplo: "manta" como "carta" u "hoja" como "moja".

AFECTIVIDAD

1.c. PSICOLOGÍA DE LA AFECTIVIDAD

Uno de los problemas al abordar este tema es la poca precisión con que se usan los términos. Hemos escogido algunos modelos descriptivos que reflejan la dificultad del tema. Un trabajo de la revista *American Journal of Psychiatry*, "Afecto, Animo, Emoción, Sentimientos, consideraciones semánticas" hace un buen intento de aclaración de la connotación de cada uno de estos términos siempre presentes en todo capítulo sobre afectividad.

En tal trabajo se concluye que afecto y ánimo no son sinónimos y aunque ambos son considerados como sentimientos que se expresan de una u otra forma, afecto indica mayor independencia e intensidad del sentimiento, en tanto que ánimo implicaría un estado más sostenido y menos flexible.

Sentimiento y emoción tienen un significado muy similar, pero el segundo implica un mayor componente fisiológico. Sentimientos y emociones serían los pilares fundamentales que constituyen la afectividad, la cual se traducirá finalmente en un estado de ánimo.

Ya Jaspers señaló en su texto de psicopatología la dificultad de definir los estados afectivos: "Mientras existe una claridad bastante general respecto a lo que es una sensación, una percepción, una representación, una idea, un acto de voluntad, respecto a la palabra y al concepto "sentimiento" impera la falta de claridad. Ordinariamente se llama "sentimiento" a todo lo psíquico que no se puede poner en un mismo plano con los fenómenos que nada tienen que ver con los movimientos instintivos ni con los actos de voluntad. Todas las formaciones psíquicas no desarrolladas, oscuras, todo lo impalpable, lo que escapa al análisis se llama "sentimiento". En una palabra todo lo que no se sabe llamar de otro modo".

Consideramos la afectividad como un subsistema que tiene su ejercicio inicial a partir del estrato instintivo-tendencial. Y es esta relación la que condiciona una interrelación prevalente ulterior. La satisfacción o insatisfacción de las necesidades e impulsos instintivo-tendenciales genera estados afectivos placenteros o displacenteros, interrelación que se mantendrá bajo formas e intensidades diferentes, como constante vital predominante. Pero, además, a partir de esa interacción fundamental primaria que determina en gran medida el estado afectivo, interacciones entre afectividad y otros subsistemas mentales, se dan con intensidades y formas variables que hacen que todo estudio de la afectividad sea extremadamente complejo y de alto riesgo conceptual.

Schneider considera que los sentimientos se pueden dividir en dos grandes grupos: los sentimientos de estado y los sentimientos de valor. Los sentimientos de estado pueden experimentarse como próximos al cuerpo (los que llamó específicamente sentimientos vitales), y como menos próximos al cuerpo. Y los sentimientos de valor lo son en relación al propio valor, o al valor ajeno. Todos estos sentimientos tienen sus aspectos placentero-displacentero, agradable-desagradable, o en otras palabras afirmativo-negativo.

El sentimiento vital es un estado afectivo que expresa la resultante psíquica final de la interacción entre la afectividad y el funcionamiento órgano/vegetativo. Este sentimiento

vital tiene su origen en los sentimientos de placer o displacer, procedentes del libre funcionamiento de los obstáculos y dificultades con que se llevan a cabo los procesos biológicos. Todas esas sensaciones son vivenciadas por la conciencia de una manera vaga e indefinida, peor que trasunta en deseo de vivir y en desarrollo evolutivo. Así se generan vivencias agradables de salud y desagradables de enfermedad.

Kurt Schneider plantea que no es exclusiva del sentimiento vital la cualidad placentero-displacentero, sino que esta matriz se extiende a toda clase de sentimientos. Esta cualidad de lo agradable o de lo desagradable, en otras palabras de su signo positivo y negativo, adquiere rango definitorio de todo movimiento afectivo.

Podríamos entender esto en el sentido de que los sentimientos están muy relacionados con el instinto, y que es esto lo que condiciona en gran parte la vida afectiva, ya que la satisfacción o insatisfacción de los impulsos instintivos generará sentimientos positivos o negativos, placenteros o displacenteros, agradables o desagradables, como señalábamos anteriormente.

La clasificación propuesta por Schneider es la siguiente:

1. *Sentimientos de estado:*

a) *Experimentados como próximos al propio cuerpo* (sentimientos vitales)

Agradables: frescura corporal, vigor, ímpetu, sensación de bienestar, sensación de ligereza, etc.

Desagradables: fatiga, agotamiento, “cuerpo malo”, escalofríos, sensación de flojera, sensación de enfermedad, desasosiego, etc.

b) *Experimentados como menos próximos al cuerpo*

Agradables: alegría, buen humor, sentimiento de felicidad, júbilo, serenidad, regocijo, satisfacción, confianza, etc.

Desagradables: tristeza, pena, temor, miedo, malestar, desaliento, desamparo, nostalgia, desesperanza, desgano, desesperación, horror, vacío, irritación, enfado, cólera, envidia, ira, celos, etc.

2. *Sentimientos de valor:*

a) *Del propio valor*

Afirmativos: fuerza, orgullo, superioridad, de triunfo, vanidad, rebeldía, desafío, etc.

Negativos: insuficiencia, vergüenza, culpa, arrepentimiento, timidez, etc.

b) *De valor ajeno*

Afirmativo: amor, cariño, confianza, simpatía, compasión, respeto, interés, aprobación, agradecimiento, consideración, admiración, adoración, etc.

Negativos: odio, rechazo, desconfianza, desprecio, hostilidad, burla, desagrado, despecho, etc.

Esta clasificación es psicológica más que psicopatológica. Nosotros siguiendo el esquema propuesto por Schneider realizamos la clasificación psicopatológica que

revisaremos a continuación. '

En resumen podríamos decir que los afectos son movimientos de energía psíquica directamente vivenciados por el yo, de gran fuerza impulsora de la vida psíquica, con una muy especial intervención en la dinámica de regulación psíquica y en interacción constante con otras áreas del vivenciar. Tienen como característica el sello de lo agradable-desagradable y de la ordenación bipolar de los contrarios (amor-odio, miedo-confianza, etc.). Son diferenciables en general bajo consenso prevalente en estados de ánimo o humor básico, sentimientos y emociones.

El humor básico o ánimo es la forma más estable de la afectividad, y la más ligada a los estratos constitucionales y temperamentales. Da la coloración afectiva más perdurable y por lo tanto la más característica de la personalidad a lo largo de toda su existencia.

Emoción se llama a un movimiento afectivo complejo, fundamentalmente como reacción inmediata a la acción de un estímulo eficiente que puede provenir del mundo circundante, como del mundo interior del sujeto. Son complejos afectivos momentáneos, fugaces, de gran intensidad y de exteriorización inmediata y evidente, tanto porque tienen componentes autonómicos intensos, como porque tienden por su naturaleza misma a comunicarse a través del lenguaje o a través del comportamiento motriz. De la integración armónica de los elementos constituyentes de la respuesta emocional: reporte subjetivo (el darse cuenta e identificar el estado), componente autonómico y conducta, dependerán los alcances patógenos del fenómeno emocional.

Los sentimientos ocupan un lugar intermedio en sus características cualitativas y cuantitativas, entre el humor básico y la emoción. Son más estables, no requieren la presencia inmediata del estímulo como la emoción y sus componentes autonómicos son mínimos. Tal vez por este lugar intermedio en los movimientos afectivos que ocupan, es que se ha centrado el análisis y la ordenación psicopatológica de la afectividad en los sentimientos.

1.3. PSICOPATOLOGÍA DE LA AFECTIVIDAD

A. TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS DE LOS SENTIMIENTOS DE ESTADO

➤ *Trastornos de los sentimientos de estado experimentados como próximos al cuerpo*

- a) *Ansiedad*: trastorno de la afectividad que se presenta como un estado emocional desagradable asociado a cambios psicofisiológicos y que no es respuesta a una situación objetiva como el miedo, sino que es manifestación de un conflicto intrapsíquico.

Los cambios fisiológicos consisten en taquicardia, hiperventilación, temblor, sudoración, alteraciones vasomotoras, sensaciones de debilidad y otras somatizaciones.

El compromiso psicológico es referido como un desagradable sentimiento de expectación temerosa frente a un peligro inminente e inevitable, vivido con aprensión, alerta y prolongada tensión.

Sinónimo de ansiedad es la angustia, aunque se le ha dado una connotación diferente; en la ansiedad el compromiso sería más de la esfera neurovegetativa, y en la angustia el acento está puesto en la vivencia subjetiva de temor expectante.

Se ha escrito mucho en relación a la angustia, no como un trastorno psicológico, sino como un derivado existencial. Formaría parte de nuestro devenir en el mundo. Más aun, podemos decir que el hombre busca la angustia, porque ésta le da el sentimiento de su presencia viva. Como dice Kierkegaard "A la angustia no se la ama porque se la huye, no se la huye porque se la ama".

- b) *Tensión*: trastorno de la afectividad referido por el paciente como un sentimiento de inquietud física. Es un estado de elevada tensión, espera, excitabilidad y disposición que despierta en el observador la sospecha de que el paciente pudiera reaccionar en cualquier momento. Por ejemplo pasar a atacar, hacerse peligroso, imprecisar, defenderse, huir.
- c) *Tristeza vital*: trastorno de la afectividad en la que el paciente vive un estado de pena, amargura, pesimismo, desesperación, decaimiento y abatimiento en relación a lo que Kurt Schneider denomina los sentimientos vitales, que están en estrecha relación con la corporalidad. Es una tristeza que compromete físicamente al paciente, dándole un aspecto que repercute intensamente en el observador, llegándose a contagiar por ésta. En su grado máximo el paciente llega a localizar la tristeza en alguna parte del cuerpo; en la frente, en el pecho, en el estómago, etc. Un paciente señala: "Tengo un sentimiento de intensa opresión acá -mostrando la región precordial-, tengo aquí dentro una terrible melancolía".
- d) *Alegría vital*: trastorno de la afectividad en la que el paciente vive un estado de alegría, optimismo, júbilo y sensación de bienestar en relación a lo que Kurt Schneider denomina los sentimientos vitales, que están en estrecha relación con la corporalidad. Es una alegría que compromete físicamente al paciente, dándole un aspecto que repercute intensamente en el observador, llegándose a contagiar por ésta. La mirada picaresca, esa frescura del rostro, con una motricidad hábil, liviana y concordante con los contenidos de una locuacidad que fácilmente provoca risas. Una optimización exagerada, donde todo es posible de llevar a cabo con éxito, trasmite una alegría que tiñe el ambiente y contagia a sus auditores.

- *Trastornos afectivos de los sentimientos de estado experimentados como menos próximos al cuerpo*
- a) *Euforia*: estado afectivo en el que el paciente vive un sentimiento exagerado de bienestar psicológico, no adecuado a la situación del momento.
La euforia se manifiesta por gran locuacidad, optimismo y satisfacción. El individuo irradia felicidad y ríe con facilidad. Todo indica un estado placentero de humor, en que las situaciones desagradables inciden de manera pasajera.
 - b) *Afecto heboide*: estado afectivo que se caracteriza por una actitud de jugueteo, payaseo y falta de seriedad, no vivida por el observador con la alegría contagiosa del maníaco sino más bien sentida como superficialidad banal y poco adecuada.
 - c) *Afecto pueril*: estado afectivo muy similar al anterior, pero donde el acento está más puesto en la vanidad zozca y alegre, con la apariencia del ingenuo, tonto, imprudente e insensato. Esta puerilidad evoca molestias o extrañeza en los demás, y su hilaridad no es contagiosa.
 - d) *Embotamiento o Aplanamiento afectivo*: es la disminución de la capacidad de respuesta emocional. Bajo este término se entiende una deficiencia en la capacidad empática y de la modulación del afecto. Al observador le llega como indiferencia emocional, como si no pudiera sentir nada por otros. Aparecen como fríos, indiferentes, indolentes, apáticos, y se sienten distantes y lejanos. Este aplanamiento y lejanía del afecto pueden ser vividos tanto en relación con los demás como consigo mismo. En este último caso el paciente no se ve cogido por sus conflictos, su situación ni sus síntomas, sino más bien distante y no comprometido.
Ejemplo:
Un paciente esquizofrénico refiere con absoluta indiferencia que está hospitalizado por que "le pegué a mi papá con un hacha", describiendo con detalles el incidente, sin modificar la apática expresión de su rostro. Solicita en seguida ser dado de alta. El médico tratante le dice que debe estar un tiempo relativamente prolongado para poder ser tratado por su enfermedad, y el paciente responde "yá", con la misma indiferencia descrita.
 - e) *Paratimia*: es la disociación de la respuesta emocional en relación a la experiencia que en ese momento vive o siente el paciente, surgiendo como incongruente con ella.
Las emociones no se ajustan de un modo natural al contenido de su vivenciar, ni cualitativamente en cuanto a su tonalidad, matices, etc., ni cuantitativamente en cuanto a la intensidad. Cuando está referida a la comunicación por el lenguaje, se habla de "disociación ideoaffectiva". Esta disociación entre el contenido que expresa el paciente y el estado afectivo que presenta puede llegar al extremo de que el uno sea todo lo contrario del otro, en cuyo caso se habla de "discordancia ideoaffectiva".
Ejemplo:
Una paciente esquizofrénica relata que los auxiliares del servicio y un grupo de pacientes están en su contra, la maltratan en el día, y en la noche la torturan con horrorosos procedimientos. Todo esto lo describe con una sonrisa permanente en su rostro.
 - f) *Apatía*: estado afectivo que se caracteriza por la ausencia casi total de la capacidad de respuesta emocional, tanto frente a sí mismo como frente al mundo que lo rodea. Cuando se refiere a una global incapacidad de comunicación afectiva y empatía, hablamos de lejanía afectiva.
Ejemplo:
Una madre depresiva dice "no sé qué me pasa que los niños me dan lo mismo, si se enferman me asusto pero no me importa como antes".

- g) *Desánimo*: estado afectivo similar a la apatía, pero más que una incapacidad de respuesta emocional, el desanimado es incapaz de entusiasmarse para iniciar una actividad.

Ejemplo:

Una paciente depresiva monopolar en su primera fase nos decía: "No sé qué me pasa que nada me entusiasma, yo no era así antes. Me gustaba salir los fines de semana, incluso yo le proponía panoramas a mi marido. Ahora él me propone, por ejemplo ir al cine, y yo no le encuentro ningún atractivo, y empiezo a pensar; ¿voy al cine?, no qué lata, esa película ya sé de qué se trata, ¿me quedo en la casa?, tampoco, no sé qué hacer acá, me voy a aburrir, ¿y si mejor fuera al cine?, ¿pero y valdrá la pena salir con este frío? Antes yo me entusiasmaba al tiro". La incapacidad de entusiasmarse, producto del desánimo, lleva a la dificultad de elegir una de entre varias opciones, buscando a través de racionalizaciones el sentido de la actividad que ya ha perdido su atractivo. Esta es la fuente de la indecisión depresiva.

- h) *Anhedonia*: trastorno de la afectividad en la que el paciente es incapaz de experimentar placer.

Ejemplo:

Un ejemplo típico es la siguiente expresión depresiva, "puedo sentir hambre, pero se me acabó el apetito, no puedo imaginarme qué comer, todo me parece soso".

- i) *Frialdad afectiva*: es un término más genérico bajo el cual se señala un trastorno de la afectividad en el cual están presentes el aplanamiento afectivo, la apatía y la anhedonia.

- j) *Tristeza*: estado afectivo de pena, amargura, desesperanza, desamparo, pesimismo y abatimiento, que habitualmente es provocado por la pérdida de algo importante en la vida psíquica del sujeto.

- k) *Depresión*: es un estado afectivo caracterizado por una disminución cuantitativa del ánimo, que es vivida por el paciente como un sentimiento de tristeza, que va desde la formulación de "yo estoy triste, molesto, afligido, desesperado" hasta un sentimiento interno indescriptible y horrible.

La expresión de este estado es variable, algunos lloran, otros se ven visiblemente derrotados o muy conmovidos, hasta los que están como petrificados en el dolor y el sufrimiento. La escala de depresión de Hamilton pondera la intensidad de este sentimiento de tristeza de la siguiente manera:

0 = Ausente

1 = Las sensaciones se indican solamente al ser preguntadas

2 = Estas sensaciones se relatan oral o espontáneamente

3 = Las sensaciones son comunicadas por la expresión facial, tono de voz y tendencia al llanto.

4 = El paciente manifiesta estas sensaciones en forma verbal y no verbal espontáneamente.

Debemos señalar que el término depresión más habitualmente se usa en su sentido sindromático, o sea connotando un cuadro clínico con un conjunto de síntomas, de los cuales los más importantes son: la tristeza, soledad, desesperación, pesimismo, sentimientos de culpa y desvalorización.

- l) *Disforia*: es un estado afectivo en el que el paciente está inconfortable, desagradado, insatisfecho, inquieto, irritable, ansioso y triste. Todos, sentimientos y emociones que oscilan continuamente, dando al observador la impresión de un ánimo cambiante. Se ve en el paciente la ausencia de ese sentimiento de bienestar que genera un estado de agrado y autoconformidad.

- m) *Distimia*: muy próxima a la disforia, el paciente sufre oscilaciones extremas y accesionales en sus movimientos afectivos, con trascendencia conductual.

- n) *Ambivalencia*: estado afectivo que se caracteriza por la presencia simultánea de sentimientos opuestos. Por ej.: Amor y odio hacia una persona.

Ejemplo:

Un paciente esquizofrénico en su internación decía "necesito que mi papá venga a abrazarme, de saludo, pero a ese asesino si lo veo lo hecho a patadas..."

- o) *Irritabilidad*: estado afectivo que se caracteriza por una excesiva sensibilidad o excitabilidad frente a un sinnúmero de situaciones ante las cuales el paciente reacciona en forma impaciente, tenso y agresivo.

- p) *Inquietud interna*: trastorno de la afectividad vivido por el paciente como un sentimiento de inquietud psíquica a menudo referido a un estado de ansiedad. El paciente relata que piensa y siente múltiples cosas, pero no puede detenerse tranquilo frente a ninguna de ellas.

Muy similar a éste es el concepto de apremio psíquico, en que el paciente relata que puede iniciar cualquier actividad para luego vivir una sensación de aburrimiento y deseo casi imperioso de retirarse e iniciar otra. Coge un libro, luego lo deja, escucha música, enseguida se levanta para ir a visitar a un amigo; estando allá, de repente se para inesperadamente para ir a la casa a trabajar en algo, asunto que abandonará también a poco andar.

- q) *Miedo*: estado afectivo vivido como una reacción emocional frente a una situación de la cual hay que huir, o enfrentar con todas las energías. Se acompaña a cambios psicológicos similares a la angustia, pero en el miedo se identifica la causa que lo provoca. El grado menor de miedo se denomina temor. El miedo extremo se llama pavor.

- r) *Pánico*: estado afectivo episódico, en que el paciente vive una extrema, aguda e intensa ansiedad, con sentimientos de terror, síntomas autonómicos y deseos imperiosos de huir, acompañada de desorganización de la personalidad con gran menoscabo de la esfera cognitiva y total comando afectivo de la conducta. Es un estado afectivo contagioso que es elicitado por situaciones de gran riesgo vital.

- s) *Perplejidad*: reacción afectiva de angustia, turbación, extrañeza y asombro, frente a la percepción de eventos que el paciente los vive como desconocidos, nuevos y a veces curiosos y extraños. Es una reacción de desfamiliarización frente a lo conocido y trivial junto a la necesidad de familiarizar lo que es nuevo, con el consiguiente desconcierto.

Ejemplo:

Un paciente en fase de treme al observar su rostro en el espejo dice "sé que es mí cara de siempre, pero la siento rara, con cosas desconocidas". Miraba el delantal blanco colgado en la oficina y decía "yo sé que es el delantal que usan los médicos, mi abuelo usaba uno siempre, pero encuentro que parece que significan algo que desconozco, ¿tendré que saber de los cuerpos que lo han usado?". Estando involucrado en lo descrito, fenómenos de desrealización y despersonalización, son entregados con extrema perplejidad.

- t) *Tenacidad afectiva*: trastorno de la afectividad que consiste en la persistencia durante un tiempo extremadamente prolongado de una emoción determinada, condicionando así por un período demasiado largo el estado afectivo del sujeto.

Ejemplo:

Una oficinista al llegar a su trabajo recibe el siguiente comentario de una compañera "¿qué te sucede que andas de negra hoy día?", a propósito de un cambio de peinado. La paciente estuvo semanas arrastrando la emoción de vergüenza por dicho episodio, diagnosticándosele una reacción vivencial anormal.

- u) *Rigidez afectiva*: trastorno de la afectividad que consiste en la incapacidad que presenta el paciente para adoptar un determinado sentimiento afectivo, y

modificarlo según las circunstancias y la situación ambiental.

Ejemplo:

Una paciente se queja que su marido no vibra con nada. No se alegra con hechos favorables ni parecen importarles los problemas ni eventos desfavorables. Tampoco responde a los acercamientos cariñosos de ella ni de sus hijos.

- v) *Labilidad afectiva*: trastorno de la afectividad en la cual el paciente presenta cambios bruscos y repentinos del tono afectivo, sin que exista un motivo comprensible que lo justifique. Son intensos y de escasa duración.

Ejemplo:

Una paciente en el segundo día de puerperio se muestra muy alegre, jubilosa frente al obsequio que le llega para su bebé, y al ponérselo sobre la cama se pone a llorar.

- w) *Incontinencia afectiva*: trastorno de la afectividad caracterizado por una falta de control en la exteriorización de los estados afectivos. Hay una manifiesta incapacidad para contener especialmente los estados emocionales, los que además aparecen desencadenados por cualquier estímulo, aun los de pequeña magnitud.

Ejemplo:

Un paciente en proceso de demenciación estalla en llanto cada vez que en su discurso menciona relaciones interpersonales.

- x) *Pensamientos suicidas*: trastorno de la afectividad caracterizado por el deseo de no seguir viviendo a raíz de la pérdida de la capacidad de motivarse o entusiasmarse con la vida. Puede ir desde un estar hastiado de la vida, desear estar muerto y tener fantasías de inexistencia, hasta ideas autodestructivas, terminando en tentativas de suicidio. Kielholz ha desarrollado un esquema de evaluación del riesgo suicida enumerando los factores especialmente amenazantes. Estos son:

- **Temática suicidal genuina e indicios de suicidio**
 - Anteriores tentativas e indicios propios.
 - Suicidios en la familia o el entorno (efecto sugestivo).
 - Amenazas directas o indirectas de suicidio.
 - Manifestación de ideas concretas en cuanto a ejecución o preparativos de suicidio.
 - "Calma inquietante" tras la temática suicida, con agitación.
 - Sueños de autodestrucción caída y catástrofe.

- **Síntomas y síndromes especiales**
 - Tónica ansiosa y agitada.
 - Trastornos persistentes del sueño.
 - Acumulación de emociones y de agresividad.
 - Principio o fin de fases depresivas, estados mixtos.
 - Crisis biológicas (pubertad, embarazo, lactancia, menopausia).
 - Graves sentimientos de culpabilidad e insuficiencia.
 - Enfermedades incurables, dolencia imaginaria.
 - Etilismo y toxicomanía.

- **Circunstancias ambientales**
 - Caos familiar durante la infancia.
 - Ausencia o pérdida de contactos interpersonales (aislamiento, de arraigo, decepción sentimental).
 - Conflictos profesionales y preocupaciones económicas.
 - Falta de tareas bien definidas y de objetivo en la vida.
 - Ausencia o pérdida de nexos religiosos.

B. TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS DE LOS SENTIMIENTOS DE VALOR➤ *Trastornos de los sentimientos de valor, experimentados en relación a vivencias de la propia valía*

- a) *Sentimientos de sobrevaloración*: en un estado afectivo habitualmente exaltado, el paciente siente que tiene capacidades por sobre lo habitual. Vive y expresa un elevado sentimiento de fortaleza y capacidad, en que se cree especial, confía en sí mismo en forma exagerada, se considera virtuoso, fuerte, sensato, etc.

Ejemplo:

Una paciente es llevada por sus familiares al policlínico, y ella, habiendo sido una persona tímida y postergada, bruscamente exalta su autoimagen sintiéndose con capacidades extraordinarias para transmitir los valores éticos de justicia, paz, solidaridad y amor.

- b) *Sentimientos de minusvalía*: en un estado afectivo habitualmente depresivo, el paciente siente una desmesurada disminución de las capacidades psíquicas y físicas. Es un sentimiento de ser inútil, incapaz, indeciso, tonto e inescrupuloso. Pierde la confianza en sus capacidades en general.

Ejemplo:

Una paciente depresiva refiere: "me siento un estorbo en la casa, creo que no sirvo para nada, todo me va a salir mal...".

- c) *Sentimientos de culpa*: en un estado afectivo habitualmente depresivo, el paciente siente remordimientos por acciones, pensamientos o actitudes pasadas, experimentando la necesidad de ser castigado por esto. Estos autorreproches son absolutamente desproporcionados en relación a los hechos objetivables.

Ejemplo:

En el curso de una depresión una paciente se atormenta con el recuerdo de haber dejado a su hija de un año para residir en el extranjero durante dos años.

- d) *Sentimientos de ruina*: en un estado afectivo habitualmente depresivo, el paciente se siente desposeído de sus bienes materiales. Siente que ha perdido toda su fortuna o las posibilidades económicas de vivir.

Ejemplo:

Un próspero empresario que de pronto vio agigantada su deuda, perdió su empresa y llegó a la quiebra, vistiéndose desde ese momento con una modestia desorbitada, negándose a comer lo habitual, sintiéndose en la extrema pobreza, a pesar de conservar bienes que le daban un buen ingreso.

- e) *Sentimientos de desamparo*: en un estado afectivo habitualmente depresivo, el paciente se siente solo, que nadie lo estima ni le ayuda.

Ejemplo:

Una paciente dependiente en extremo, cae en un estado de desolación cuando su marido debe viajar a la capital a hacer un curso por dos meses. A pesar de estar con sus hijos, sus amistades y otros familiares, la paciente se siente desesperada, sola y desamparada.

- f) *Sentimientos de pérdida de los sentimientos*: el paciente se queja de que ya no es capaz de sentir pena, ni alegría, ni ningún otro sentimiento. Se siente vacío y devastado, frío y como petrificado afectivamente.

Ejemplo:

Una paciente depresiva se queja: "me he endurecido porque nada me hace sentir..., como si estuviera vacía de sentimientos".

- g) *Sentimientos de desesperación*: el paciente siente que ha perdido toda la esperanza, que su situación es dramática y no tiene ninguna solución. "Estoy en un callejón sin salida", "caí como a un pozo negro de donde no podré salir nunca más", refieren algunos.

- h) *Sentimientos de perplejidad*: el paciente se siente angustiado en la incertidumbre. El mundo externo tanto como su mundo interno le resultan sorprendentemente

nuevos y, profundamente extrañado, no los puede comprender, no sabe lo que le ocurre ni lo que debe hacer, y los fenómenos psicopatológicos irrumpen en él sin que atine a nada. Estos sentimientos se muestran al observador a través de su psicomotricidad en una expresión facial de extrañeza o angustia, a veces en una inquietud o en fijación dubitativa, en incapacidad de reacción y decisión, en una búsqueda de no se sabe qué. A veces inquiere "qué pasa, dónde estoy, qué ha pasado... yo no sé... yo no me explico".

- i) *Sentimientos de éxtasis*: el paciente vive un sentimiento de suprema felicidad, una exaltación placentera de gran intensidad. Puede ser tal la carga afectiva movilizada en este sentimiento que se puede llegar al estrechamiento de conciencia. Jaspers los refiere como "sentimientos sublimes, estados embriagadores". Algunos enfermos llaman a estos sentimientos de éxtasis, voluptuosidad del alma. Son interesantes las descripciones de Dostoievski, de su aura epiléptica, "sí, vale la pena, entregar la vida entera por tal momento, en esos instantes se me hace comprensible la profunda frase maravillosa, llegará un día en que no habrá más tiempo".

➤ *Trastornos afectivos de los sentimientos de valor experimentados en relación a vivencias del valor ajeno*

- a) *Suspiciacia*: desde un estado afectivo ya sea exaltado, deprimido o disfórico, el sujeto siente, en un grado excesivo, que las actitudes, conductas y expresiones de los demás son apariencias que ocultan otra verdad en el fondo. Se vive una expectativa negativa hacia los demás, que se traduce en una expresión de desconfianza.

Ejemplo:

Una paciente mejorada de un episodio depresivo psicótico, con síntomas paranoídeos confiesa: "Cuando vine la primera vez no quise decir casi nada de lo que me pasaba, por que yo pensé que Uds. estaban de acuerdo con mi patrona pa' internarme en un hospital de locos".

- b) *Hostilidad*: el paciente se muestra agresivo con los demás, poco cooperador, entorpecedor de la labor del entrevistador. Siente que el medio que lo rodea le es adverso, y está en continua actitud de defensa y ataque. Este estado se muestra al observador a través de su mirada dura, la falta de expresiones de cariño y agrado, el tono serio, fuerte y golpeado que a veces adquieren sus palabras.
- c) *Chancería*: el paciente se muestra displicente y toma la relación a la chacota, con muy poca adecuación a la seriedad de la situación, como poniéndose por encima de ésta y decidiendo banalizar todo lo referente a su persona, dándole a la relación un giro mezcla de humor y desafío.

Ejemplo:

Un paciente hebefrénico refiere "y yo pretendo mi destino, mientras el viejo barbón se da vueltas de camero en una playa de Bermudas". Solicitándole mayor explicación alude con tono liviano a que Dios lo ha abandonado en su proyecto de ser Presidente de la República.

- d) *Reticencia*: con un sentimiento de desconfianza extremo, el paciente se muestra abiertamente poco cooperador con el entrevistador. Ya sea desde mecanismos conscientes o inconscientes, adopta una actitud de reserva que puede ir desde evitar conversar ciertos temas, desviando la atención de su interlocutor, hasta el no emitir palabra, no realizar ningún gesto ni movimiento.

Ejemplos:

Un esquizofrénico paranoide estuvo un mes hospitalizado en nuestro servicio con el diagnóstico de Trastorno de personalidad. De pronto confesó escuchar voces, y mostró después de arduas entrevistas, un delirio místico que guardaba celosamente. A una paciente parafrénica tratada durante un año por depresión distímica, sólo fue posible hacer diagnóstico a raíz del comentario de un

familiar que refirió que a veces la encontraba hablando sola. La paciente de pronto reconoció tener comunicaciones con "toda la corte celestial", y relató un delirio parafrénico místico.

- e) *Sensitividad: estado* afectivo caracterizado por molestia, irritabilidad y labilidad, como reacción frente a conductas, actitudes o verbalizaciones de los demás, que el paciente las siente alusivas o provocadoras.

Ejemplos:

A propósito de un chiste sobre adulterio, un señor protesta airadamente por el mal gusto del relator. Por lo demás, en el ambiente social y familiar estaba identificado como extremadamente "quisquilloso".

En una reunión social alguien hace referencia al autor de un voluminoso desfalco, tildándolo de ladrón. De improviso uno de los participantes se pone de pie muy alterado, y le dice: "Ud. quiere decirme algo, por qué no lo expresa directamente en mi cara". La intervención social de terceros resolvió el conflicto.

PSICOMOTRICIDAD

1.d. PSICOLOGÍA DE LA PSICOMOTRICIDAD (CONACIÓN)

Hablar de psicomotricidad es referirse a la acción. Siguiendo a Betta, podemos decir que esta acción puede realizarse mediante:

1. Actos instintivos
2. Actos habituales
3. Actos voluntarios

Los actos instintivos: se caracterizan porque no tienen aprendizaje previo, y su ejecución es habitualmente perfecta; son el resultado de una disposición hereditaria perteneciente a la filogenia, son específicos y comunes a todos los individuos. Este acto es invariable, se repite siempre igual en todos los seres, se desencadena automáticamente, pero escapa al control del yo (voluntad), que lo registra y lo valora.

Los actos habituales: implican un largo proceso de aprendizaje, que permite alcanzar altos grados de complejidad y de perfeccionamiento. En general, su primera etapa de gestación es volitiva, para pasar posteriormente a emanciparse de la voluntad, adquiriendo el carácter de automático.

Los actos voluntarios: están condicionados y dirigidos por la voluntad y se hallan bajo la vigilancia del yo. Bleuler señaló que las causas propiamente dichas de nuestros actos son las pulsiones. Nosotros hablaremos de instancias instintivo-tendenciales y afectivas, que cada vez que emergen como determinantes de actos o conductas, pueden entrar en conflicto con el medio ambiente o con valores culturales internalizados. El discernimiento de tales instancias en cuanto a posibilidad de realización, su selección y la decisión consecuente constituyen el acto voluntario.

Los textos de psicopatología centran su atención en la relación existente entre acción y voluntad, tendiendo a describir los trastornos de la psicomotricidad bajo la perspectiva de la volición. Schneider los ubica como trastornos de las tendencias y de la voluntad. Bleuler también los clasifica en relación a los trastornos de la volición. Cosa similar hace Betta. No así Jaspers, quien separa en capítulos aparte los trastornos del impulso y la voluntad, de los trastornos que él llama de la motricidad.

Jaspers es más fiel al punto de vista fenomenológico, al clasificarlos no de acuerdo a lo que subyace al fenómeno, sino que de acuerdo a lo que el observador ve y siente frente al fenómeno en cuestión. No podemos negar por otro lado que los trastornos del impulso y de la volición están estrechamente ligados a la motricidad, ya que ésta es consecuencia de ellas. Por eso nosotros hemos clasificado bajo el nombre de psicomotricidad los trastornos del impulso, volición y actividad motriz, agrupándolos más que por los mecanismos psicopatológicos que subyacen al trastorno, por la fenomenología que muestran al observador. En este sentido nuestro concepto de psicomotricidad es similar al planteado por Kaplan-Sadock. Para evitar confusiones, ellos no usan el término psicomotricidad y prefieren hablar de psicopatología de la conación, agrupando bajo este término los aspectos

psicopatológicos que se relacionan con los impulsos, deseos, motivaciones y temores, que se expresan a través de la conducta motora. Bajo este concepto caben los trastornos de tipo compulsivo, los del impulso sexual y de la apetencia.

Manteniendo el término psicomotricidad por considerarlo más universal, con una denotación similar al de conación, nosotros los hemos clasificado en:

1. Trastornos de la psicomotricidad que aparecen como conductas y actitudes básicas del paciente.
2. Trastornos de la psicomotricidad que se manifiestan en relación a los demás.
3. Trastornos de la psicomotricidad que configuran grupos clínicos específicos:
 - a) Serie catatónica.
 - b) Trastornos de la psicomotricidad por alteración del impulso de tipo compulsivo.
 - c) Trastornos de la psicomotricidad en relación al impulso sexual.
 - d) Trastornos de la psicomotricidad en relación al impulso a alimentarse o apetencia.

Cada uno de estos grupos nos parece que tiene características propias desde un punto de vista fenomenológico que justifican esta ordenación.

Es importante enfatizar el valor especial que tiene la psicomotricidad en el estudio de la psicopatología del paciente, ya que ésta es la expresión final de una serie de instancias psicológicas que nos hablan del sujeto en profundidad. Desde la psicomotricidad se hace posible inferir la instintividad, las pulsiones o tendencias, los afectos y las direcciones de la voluntad. Además, expresan rasgos de la personalidad, de su percepción del mundo y hasta las características de su pensamiento. Aparte de darnos una información general de la funcionalidad del sistema nervioso tanto central como periférico.

Hacer fenomenología es observar y sentir el fenómeno tal como él se nos muestra. Teniendo presente esta actitud básica del psicopatólogo, podemos entender el lugar especial que ocupa la psicomotricidad en el análisis psicopatológico, ya que, como vemos, es la vía regia por la cual el ser humano se muestra ante y para otros.

1.4. PSICOPATOLOGÍA DE LA PSICOMOTRICIDAD (CONACIÓN)

A. TRASTORNOS DE LA PSICOMOTRICIDAD QUE APARECEN COMO CONDUCTAS Y ACTITUDES BÁSICAS DEL PACIENTE.

Agrupamos acá aquellos trastornos de la psicomotricidad que se presentan en el paciente, ya sea que esté solo o en relación con otros. Incluimos trastornos tales como Parkinsonismo, distonía aguda, boca de conejo, akaticia, mioclonías, coreoatetosis, ataxia y diskinesia tardía, por estar presente con mucha frecuencia en pacientes psicóticos tratados con psicofármacos, y en los cuales es muy importante hacer diagnóstico diferencial con otros trastornos de la psicomotricidad. Seguimos en este sentido el criterio de Jeffrey Cummings en su texto "Clinical Neuropsychiatry", 1985.

- *Inhibición psicomotriz*: trastorno de la psicomotricidad que consiste en la incapacidad total o parcial de expresar y/o ejecutar a través de la motórica, los deseos, impulsos, órdenes, temores e iniciativas. El enfermo habitualmente nota esta dificultad y se esfuerza por superarla. Hay pobreza de movimientos (hipocinesia), su expresividad facial y corporal es poco variada (hipomimia), y habitualmente se da con lentificación del pensamiento (bradipsiquia).

Ejemplo:

Una paciente joven, durante una depresión puerperal, permanece sentada en una misma posición durante toda la entrevista, moviendo lentamente las manos o la cabeza a intervalos. Su mirada es ansiosa y perpleja, da la impresión que quisiera contestar, pero no puede. Responde sólo algunas de las preguntas del entrevistador, y cuando lo hace, es después de una larga pausa, muchas veces asintiendo o negando con la cabeza o emitiendo un monosílabo con gran esfuerzo.

- *Hipomimia*: trastorno de la psicomotricidad caracterizado por pobreza y escasez de movimientos faciales, manteniendo una misma expresión o modificándola levemente. Esta inexpresividad puede mostrar indiferencia, lejanía, apatía o profunda tristeza.

Ejemplo:

Un paciente esquizofrénico paranoide, llamaba la atención por la verborrea de su relato, tocando los más variados temas, sin embargo, mientras hablaba, movía solamente sus mandíbulas, manteniendo casi estatuaría una misma expresión facial de indiferencia.

- *Hipocinesia*: existe un compromiso en la expresividad no tan sólo facial sino, además, corporal. Habitualmente se presentan juntas las hipomimia y la hipocinesia. El paciente no gesticula para acompañar su lenguaje verbal, ni hace movimientos espontáneos habituales durante ciertas situaciones. Durante la entrevista permanece en su misma posición por largos ratos, sin mover los brazos, cruzar las piernas o girar la cabeza como uno,esperaría.

- *Acinesia*: trastorno de la psicomotricidad caracterizado por ausencia total de movimientos expresivos faciales y corporales.

Ejemplo:

Una paciente esquizofrénica, de la cual carecíamos de antecedentes porque llegó al hospital sin compañía de familiares, hizo laboriosa su evaluación diagnóstica, ya que permaneció durante toda la entrevista callada, en una misma posición, con una expresión inamovible de rabia en su rostro.

- *Estupor*: trastorno de la psicomotricidad en el cual la inhibición ha llegado a su grado máximo. Hay una incapacidad total de expresión y ejecución de órdenes, deseos, temores e iniciativas. El enfermo puede o no tener conciencia de su estado, lo cual es muy difícil de precisar por el observador. Hay ausencia total de movimientos (acinesia), y el paciente permanece mudo (mutismo). Los enfermos con frecuencia no

miran a nadie, pero pueden mirar a su alrededor. La expresión facial puede ser indiferente, o denotar sufrimiento, pesadumbre, perplejidad o angustia. En ocasiones rechazan los alimentos, e incluso el agua. Puede haber incontinencia de esfínteres o retención de orina y heces.

- *Exaltación psicomotriz*: trastorno de la psicomotricidad que consiste en un aumento de la actividad motórica y expresiva, con mayor iniciativa y espontaneidad, acompañado frecuentemente de mayor velocidad en los procesos del pensamiento (taquipsiquia). Sin embargo, toda esta hiperactividad le llega al observador como un comportamiento que si bien está acelerado y habitualmente persiste como armónico, los objetivos y metas aparecen inestables y cambiantes. El paciente no permanece inmóvil ni un instante, constantemente está haciendo algo o hablando, todo lo cual es observado como una psicomotricidad concordante con su afectividad.
- *Agitación*: trastorno de la psicomotricidad, en que están los elementos de la exaltación, pero donde predominan la inquietud motora y la impulsividad, y se pierde el carácter de coherencia y aparente sentido de la conducta del exaltado. Aquí el paciente hace una serie de movimientos que traducen un estado de inquietud interna a punto de estallar; se retuerce las manos, se toma la cabeza, el cabello, mueve los pies constantemente, se levanta, se sienta, recorre la habitación, toca los objetos, etc. Puede la agitación llegar al estado de raptus, en el que los pacientes se rasguñan a sí mismo hasta la automutilación; gimen, insultan, lanzan ruidosas carcajadas que no vienen al caso, hasta caer en un estado de descontrol total, durante el cual intentan huir, gritan, agreden ferozmente, golpean ventanas, corren ciegamente contra puertas y paredes, atacan a cualquiera que se les ponga por delante, intentan quitarse la vida, etc. El estado de agitación puede presentarse bruscamente en sus formas más graves y no necesariamente se va intensificando gradualmente. Así por ej., de un estado estuporoso, el paciente puede pasar a un raptus en forma súbita.

Ejemplo:

Un paciente en fase depresiva presenta incongruencia entre una intensísima agitación psicomotriz y la inhibición del pensar. Durante una presentación clínica resulta imposible mantenerlo sentado, inicia movimientos expresivos que abortan, camina en múltiples direcciones como apremiado, se acerca y se aleja de los entrevistadores. Esta agitación se da en dramático contraste con la inhibición psíquica que presenta.

- *Actividad facilitada*: trastorno de la psicomotricidad en que el paciente realiza una hiperactividad en relación a que cuanto discurre mentalmente le parece hacedero y lo pone en acción, sin presentar esa actitud reflexiva intermedia, entre pensamiento y obra. Inicia negocios descabellados, amores absurdos, trabajos improductivos e insólitos.

Ejemplos:

Un paciente hipomaniaco acaudalado cambia de nombre e iniciativa empresarial alrededor de 6 veces en el curso de 2 años, movido fundamentalmente por el entusiasmo que le despiertan comentarios acerca del mercado nacional, sin hacer los estudios de rigor del caso.

Una paciente en fase maniaca gasta todo su sueldo en joyas que regala a sus amistades. Le vende la casa de la cual vive de sus rentas a un señor que conoce hace una semana y que le promete matrimonio.

- *Fatiga*: trastorno de la psicomotricidad que el paciente a menudo refiere como de sentirse capaz de iniciar actividades con motivación, competencia y buen rendimiento, pero a medida que transcurre el tiempo se va agotando con mucha rapidez, con lo cual baja su rendimiento, motivación y capacidad para proseguir con su tarea. Es habitual que este fenómeno se vea confirmado durante la entrevista. Al comienzo el paciente está interesado en lo que se le pregunta, desea comunicarse y se muestra cooperador. Poco a poco esta actitud declina, pudiendo llegar a la total indiferencia o si se siente exigido, angustiarse por cumplir las demandas del entrevistador, hasta llegar a la

desesperación y quebrarse, llorar, agitarse o agredir. Es la llamada reacción catastrófica.

Ejemplo:

Un paciente alcohólico, con grave trastorno de personalidad y un deterioro psicoorgánico severo, durante la entrevista de ingreso fue sometido a algunas pruebas de rendimiento. A medida que transcurría la prueba, el paciente se fue mostrando cada vez más molesto e irritado, y su rendimiento era progresivamente peor. De pronto frente a una pregunta relativamente fácil, pero que a pesar de su esfuerzo no lograba entender, reclamó indignado, casi gritando desautorizando al grupo que presenciaba la entrevista, y al tipo de preguntas que se le hacían.

- *Abulia*: trastorno de la psicomotricidad que consiste en una inactividad producto no del desinterés como en la apatía, sino de la falta del aporte movilizador que ofrece la voluntad, que lleva a romper la inercia y realizar el acto o conducta.

Ejemplo:

De un interesante caso real de la criminología chilena. El análisis psicopatológico del acompañante del asesino, no sólo en el crimen en cuestión, sino en varias correrías delincuenciales, concluyó que se trataba de un psicópata abúlico, cuyo gobierno conductual era asumido por el actor principal a base de la falta de voluntad y de la entrega abúlica de aquél.

- *Acciones impulsivas*: trastorno de la psicomotricidad que consiste en la realización de acciones, no mediatizadas por la voluntad. Se imponen sin que pueda controlarlas el paciente, y sin siquiera alcanzar a luchar con ellas como en las compulsiones. Deben diferenciarse de las acciones instintivas, las que pueden surgir sin decisión y sin lucha, pero como dice Jaspers, "bajo el control inaparente de la personalidad". Además, no son vividas con el carácter de inevitabilidad, sino que movilizadas por una fuerza instintiva incontenible.

Ejemplo:

Ejemplos de acciones impulsivas son las descargas agresivas repentinas de un paciente, que golpea la muralla o al médico, muerde, corre, etc. Un paciente refiere que caminaba por la calle y sintió el impulso irresistible de cantar a viva voz. Lo hizo, y luego tomó en cuenta que era un disparate y se silenció.

- *Hipersexualidad*: trastorno de la psicomotricidad a consecuencia de una exaltación del impulso sexual, que se traduce en una hiperactividad en relación a todo aquello que adquiere un carácter sexual para el paciente. Se le ve seductor, mirada lasciva, frecuentes chistes y alusiones a temas sexuales. Busca exageradamente el contacto físico y con evidente erotización.

Ejemplo:

Una paciente joven con un retardo mental leve, dice durante la entrevista de ingreso: "me mandaron para acá de mi pueblo porque mi papá y mi mamá están enojados porque a mí me gusta salir con hombres". Reconoce abiertamente que le gusta "hacer eso", que a veces lo hace hasta 4 ó 5 veces al día con distintos campesinos de su zona. No pide nada a cambio. Su actitud durante la entrevista es grotescamente coqueta, con sonrisas y miradas lascivas dirigidas con descaro a los varones del grupo.

- *Hiposexualidad*: trastorno de la psicomotricidad a consecuencia de una inhibición o apagamiento del impulso sexual, que se traduce en una apatía, evitación e hipoactividad en relación a todo aquello que tiene un carácter sexual para el paciente.

Ejemplo:

Un paciente deprimido refiere muy angustiado: "Dr. , no sé qué me pasa, yo antes era muy fijado en las mujeres, salía a menudo, hacía el amor casi todos los días con mi señora, y ahora nada de eso me interesa, no siento ganas".

- *Coprofagia*: trastorno de la psicomotricidad que se caracteriza por la presencia de un impulso irrefrenable a comer sus propias heces y/o tomar su orina. Su conducta a veces parece un juego, esparciéndolas en el cuerpo o en el ambiente para finalmente llevárselas a la boca e ingerirlas.

Ejemplo:

Una paciente catatónica crónica amanece un día con su cuerpo completamente embetunado con sus heces, de las cuales también había comido.

- **Bizarrería:** término que en español significa gallardo, valeroso. Su uso en este trastorno de la psicomotricidad proviene del francés. En este idioma significa extraño, disonante, de mal gusto y desadecuado. Las conductas bizarras son inoportunas, fuera de lugar, inesperadas y habitualmente grotescas. Esta bizarrería también se puede expresar en el lenguaje rebuscado, afectado, amanerado, siútico e inoportuno. O en la vestimenta sobrecargada, chillona, mal combinada, no apropiada para la ocasión, exagerada o grotescamente insinuante.

Ejemplo:

Un paciente hebefrénico compensado logra finalmente establecer una relación de pareja con una mujer que él tilda fascinado de "loquilla". En su primera salida a cenar en un restaurante público repleto de gente, el televisor encendido comienza una transmisión en cadena iniciada por la Canción Nacional. La mujer se pone de pie en actitud marcial con la mano en la frente y muy seriamente se mantiene así mientras dura la transmisión, con gran malestar de su acompañante que paralizado no pudo reaccionar.

- **Desaseo personal:** trastorno de la psicomotricidad que por perturbación del impulso el autocuidado, surge una actitud negligente con falta de conductas higiénicas y de cuidado personal.

Ejemplo:

Un paciente esquizofrénico, profesional competente, viste un traje lustroso disarmónico, en colorido y en estilo. La dentadura desaseada y en pésimo estado. Las uñas largas. Anda desplanchado y su apariencia impresiona como de gran menoscabo para su nivel social y título profesional.

- **Inhabilidad motora:** trastorno de la psicomotricidad en que el paciente presenta reducción de destreza para llevar a cabo algunas actividades, con dificultad o incapacidad para realizar tareas muchas veces simples.
- **Apraxia:** trastorno de la psicomotricidad en que el paciente no puede llevar a cabo movimientos previamente aprendidos. Se reconocen básicamente dos tipos de apraxias. 1. Apraxia ideativa: el paciente fracasa al intentar realizar una secuencia de varios movimientos con cierta finalidad. Ej.: Doblar una carta, meterla en un sobre y ponerle estampilla. 2. Apraxia motora: el paciente no es capaz de llevar a cabo movimientos simples que antes realizaba espontáneamente. Ej.: señales de saludos, martillar, balancearse o silbar.
- **Perseveración motora:** trastorno de la psicomotricidad en que el paciente tiende a repetir una acción recientemente realizada, dando la impresión al observador de que no logra desprenderse con facilidad o soltura de los actos previos consumados, los que se repiten e interfieren con las nuevas solicitudes de acción.

Ejemplo:

Este fenómeno se observa con claridad en pacientes deteriorados, sometidos a las pruebas de ensamblaje del Wais. Tienden a realizar el ensamblaje de la misma manera que lo hicieron en la prueba precedente.

- **Ambivalencia intencional o ambitendencia:** trastorno de la psicomotricidad que se caracteriza por la expresión simultánea de tendencias a la acción totalmente opuestas, lo cual lo lleva a una actividad contradictoria alternante, o a la parálisis de la acción.

Ejemplo:

Un paciente catatónico, al tenderse la mano en gesto de saludo, responde con una extensión y retracción de la suya alternadamente, y sin lograr definir el gesto.

- **Tics:** trastorno de la psicomotricidad que se caracteriza por un movimiento repetitivo, que surge sin poder ser controlado por la voluntad, generalmente con carácter significativo ya que se da en la esfera de la mímica y de los gestos, siendo muy uniforme en su reiteración. Este fenómeno es vivido por el paciente con desazón e inquietud por su inoportunidad, ya que los estados de tensión y de angustia aumentan su intensidad y frecuencia. Son guiños de ojo, fruncimiento de cejas, plegamiento de la frente, o movimientos de alisamiento del pelo, acomodo del cuello, etc.

- *Temblores*: trastorno de la psicomotricidad que consiste en la presencia de movimientos oscilatorios regulares, involuntarios y rítmicos, que aparecen en un segmento corporal. Son contracciones alternantes de músculos agonistas y antagonistas. Se localiza preferentemente en extremidades, pero puede aparecer en cabeza, cara, lengua y rara vez en el tronco. Se les clasifica en:
 - a) temblor de reposo, llamado también parkinsoniano. Es tosco, de 4-5 movimientos por segundo, aparece en reposo y desaparece o se aminora con los movimientos;
 - b) temblor de acción, el cual aparece al efectuar algún movimiento o cuando se mantiene alguna acción. Se acrecienta bajo la necesidad de dar precisión al movimiento. Existen distintas variedades: rápida (1-12 oscilaciones por segundo) y que afecta actividades habituales como la escritura e involucrando extremidades, incluso la cabeza; y lento (4-6 oscilaciones por segundo), que se observa en manos, lengua, pie y brazos.
- *Distonías agudas*: contracciones musculares sostenidas, que provocan posturas muy incómodas y anómalas, comprometiendo fundamentalmente la musculatura de la boca (trismo, apertura involuntaria, protrusión y torsión de la lengua), de los ojos (blefaroespasmos, trastornos del movimiento de giro, mirada fija), de la nuca (tortícolis e inclinación hacia atrás de la cabeza), y menos frecuentemente de la espalda pudiendo presentar opistótonos. A veces la marcha y el lenguaje se ven muy alterados. Pueden presentar elocución y respiración a sacudidas, con silbido y espuma en la boca por espasmo laríngeo. Este cuadro aparece en el 5% de los pacientes tratados con neurolépticos.
- *Parkinsonismo*: también llamado pseudoparkinson, es producido por el uso de neurolépticos en mayor o menor medida en prácticamente todos los pacientes. También se observa ocasionalmente en pacientes tratados con Sales de Litio.
Los signos fundamentales son:
 - a) *Temblor de reposo*, que cede con el movimiento, de predominio distal en extremidades superiores, de mediana frecuencia y amplitud, siendo exagerado por la emoción y por movimientos voluntarios de los segmentos corporales alejados.
 - b) *Hipertonía*, con una disminución de la pasividad, o sea, resistencia al desplazamiento pasivo de una extremidad durante el examen, pudiendo existir intermitencia en la resistencia; dando así el carácter de "rueda dentada". La hipertonía es plástica, o sea, al movilizar pasivamente un miembro, tiende a permanecer en la misma posición. La rigidez afecta los músculos de las extremidades y los del eje corporal (cuello y vértebras), y compromete globalmente todos los grupos musculares, agonistas y antagonistas, flexores y extensores. La rigidez es mayor en los músculos proximales. Su extensibilidad es normal.
 - c) *Hipokinesia*, caracterizada por amimia; pérdida de la mímica facial. Aquinesia, ausencia de movimientos espontáneos. Bradikinesia, lentitud y disminución de amplitud de los movimientos. Se observa, además, una pérdida de los movimientos asociados o sinérgicos: en la marcha no hay braceo; al pararse de la silla, lo hace sin llevar las piernas hacia atrás; al cerrar la mano, la flexión de los dedos no se acompaña del movimiento sinérgico de extensión del puño.

Durante el tratamiento con neurolépticos, el primer síntoma y a veces el único, puede ser una hipokinesia e hipomimia con mayor o menor grado de inhibición psicomotriz. Los pacientes se quejan de debilidad muscular y fatiga. Se observa una facie con expresión de máscara y un hablar monótono. Al caminar, mueven poco o nada sus

brazos, y hay un apreciable período de latencia antes de iniciar un movimiento deseado. Puede llegar a presentarse una acinesia completa (síndrome acinéticoabúlico), y a veces como síntoma único y aislado.

Luego de unos días de iniciado el cuadro hipocinético puede aparecer rigidez mínima, difícilmente perceptible al examen, pasando por grados medios, en que el paciente presenta alguna resistencia a los movimientos pasivos; grados moderados, con una resistencia claramente definida y persistente; grados moderadamente severos, en que la resistencia se presenta en los movimientos activos y pasivos, pero lográndose mover la extremidad. Se considera compromiso severo cuando la resistencia es tal que los movimientos se realizan con mucha dificultad. La rigidez es extremadamente severa, cuando el paciente está prácticamente "congelado". Estos criterios son los utilizados por ChowinardRoss Chowinard en su escala de evaluación de síntomas extrapiramidales.

Más ocasionalmente puede aparecer temblor. Éste es rítmico, de baja frecuencia (4-6 Hertz), gran amplitud, de reposo, y desaparece durante el sueño.

- *Boca de conejo*: es un síntoma extrapiramidal poco frecuente, provocado por el tratamiento neuroléptico, que consiste en movimientos periorales de masticación, rápidos, similares a los realizados por los conejos. Los movimientos tienen una frecuencia de 5 ciclos por segundo a lo largo de un eje vertical, y comprometen la musculatura oral masticatoria y habitualmente excluyen la lengua (Todd, 1983). Algunos lo describen como un ligero temblor de los labios, similar al de Parkinson. Se diferencia de una diskinesia tardía por su mayor frecuencia, los movimientos son más regulares y su tendencia a no comprometer la lengua.
- *Akatisia*: trastorno de la psicomotricidad provocado por el uso de neurolépticos, en el cual el paciente refiere una necesidad subjetiva de mantenerse en constante movimiento. No puede estar quieto, ya sea sentado ya parado, y se siente impelido a moverse y pasear de un lado a otro. La intensidad del compromiso varía. Algunos necesitan mover los pies como zapateando y cambiar continuamente de posición en la silla, otros más gravemente comprometidos, no pueden permanecer ningún momento quietos ni en un lugar fijo.
- *Mioclónías*: *contracción* y/o sacudida brusca e involuntaria de un músculo o grupo de músculos. Se ve con muy poca frecuencia en relación al uso de antidepresivos o litio.
- *Coreoatetosis*: los movimientos coreoatetósicos se presentan a consecuencia de una variedad de psicofármacos, entre los cuales se incluyen antidepresivos, metilfenidato, carbamazepina, metadona y litio (Cummings, 1985). Son movimientos de tipo coreico y atetósico, que habitualmente se dan en forma simultánea, predominando uno u otro. Excluimos acá los del tipo diskinesia tardía.
 - a) *Movimientos coreicos*: involuntarios y espontáneos, irregulares y arrítmicos, bruscos y rápidos, de amplitud considerable, predominando en los segmentos proximales de los miembros, sobre todo los superiores. Es un movimiento que simula un acto motor voluntario pero ilógico, sin finalidad útil. Aparece tanto en reposo como en los movimientos voluntarios, perturbando considerablemente la ejecución correcta de éste. El movimiento coreico se exagera con la emoción y desaparece durante el sueño.
 - b) *Movimientos atetósicos*: involuntarios y espontáneos, irregulares y arrítmicos, pero

lentos, de escasa amplitud y de predominio distal a diferencia del coreico. Tiene el aspecto de un movimiento reptatorio u ondulante a diferencia del coreico que simula un movimiento voluntario. Se trata de un movimiento lento de flexo-extensión y aducciónabducción de las manos, acompañados de flexo-extensión y pronosupinación del puño, simulando así un movimiento reptante, tentacular. Aparece tanto en reposo como en movimiento, perturbando la realización de actos motores fisiológicos. Se acentúa con la emoción y desaparece durante el sueño.

- *Ataxia*: trastorno psicomotriz que puede ser producido por el uso de litio, a veces con rangos normales de litemia. También se ve a consecuencia del uso de dosis altas de barbitúricos o benzodiazepínicos.
La ataxia se objetiva por los siguientes signos:
 - a) *Dismetría*: el paciente tiene una falta de medida del movimiento. Lo inicia lentamente, continúa rápido y se frena en forma brusca, antes de llegar a su objetivo.
 - b) *Temblor*: Sacudidas más o menos amplias e irregulares que aparecen al inicio y al final del movimiento.
 - c) *Discronometría*: Retardo en el inicio de la contracción al estrechar la mano del observador.
 - d) *Adiadococinesia*: Incapaz de realizar movimientos opuestos en forma sucesiva, por ej. de pronosupinación alternados.
 - e) *Alteración grafológica*: Letra irregular, muy grande.
 - f) *Dificultades de equilibrio en la marcha, trastornos en la coordinación y el tono*. Al estar de pie tiene que aumentar la base de sustentación.
- *Diskinesia tardía*: con este término se engloban una serie de movimientos anormales, que aparecen tardíamente después de terapias con neurolépticos. Los movimientos son involuntarios a hiperkinéticos, varían de localización y forma de aparición, pero hay algunos que son los más frecuentes y típicos. Cummings (1985) hace una buena descripción clínica de la diskinesia tardía: "La expresión más frecuente de la D.T. es el síndrome buco-linguo-masticador, en el cual el paciente tiene continuos movimientos de la boca, mandíbulas y lengua. La lengua protuye, se tuerce y enrosca dentro de la boca y fuera de ella, con movimientos conocidos como 'la lengua arquero volador' y el 'signo del bombón' (distensión de la mejilla por movimientos de la lengua, dando la impresión de que el paciente tiene un bombón en su boca). Hay movimientos masticatorios de la mandíbula, laterales, de abrir y cerrar, combinados con una variedad de movimientos de los labios, como de succión y pucheros. A raíz de éstos, el paciente puede presentar hipertrofia de la lengua y de los músculos maseteros".
"La segunda área del campo más frecuentemente comprometida en la D.T. son las manos y la musculatura del tronco que interviene en la respiración. Las manos presentan movimientos coreoatetósicos con flexión-extensión, torción y abundantes movimientos de los dedos, que se hacen más evidentes cuando el paciente camina o se concentra en otras actividades que no impliquen el uso de las manos. El compromiso de la musculatura abdominal es frecuente, y producen irregularidades en la frecuencia, ritmo y amplitud de la respiración, que interrumpe el pattern respiratorio normal del paciente y también la fluidez de su discurso".
"Compromiso de los pies es menos frecuente, pero no escaso. Consiste en flexión y extensión de los tobillos y dorsoflexión de los dedos. Los movimientos de las extremidades son bilaterales, pero no necesariamente simétricos".

B. TRASTORNOS DE LA PSICOMOTRICIDAD QUE SE MANIFIESTAN EN LA

RELACIÓN CON LOS OTROS.

Agrupamos acá aquellos trastornos de la psicomotricidad que surgen en el paciente que se encuentra frente a otras personas.

- *Facilitación del contacto:* el paciente se relaciona con una excesiva cercanía física y confianza, sin guardar la adecuada distancia social que correspondería a la situación y al grado de intimidad que tiene en su relación con los demás.

Frente a personas o ambientes con los que se encuentra por primera vez, hace comentarios fuera de lugar, tutea, agrede o seduce, dando la impresión al observador de que vive todo con una excesiva familiaridad, a pesar de que la respuesta del ambiente no sea concordante con la relación que él impone.

Ejemplo:

En el contexto de una declaración judicial, el citado empieza por tutear al juez, cosa que corrige después de una severa amonestación, pero termina su declaración despidiéndose desenfadadamente de "los compadres" presentes, los cuales invita a tomarse "un tragó'.

- *Adhesividad:* en su relación con los demás, el paciente tiende a quedarse como pegado al otro, presentando una curiosa dificultad de desprenderse del vínculo establecido. Establecen un contacto que algunos han llamado viscoso, aludiendo al comportamiento de ciertas sustancias que si uno las separa, no lo hacen en forma brusca sino que se desligan gradualmente. El paciente no se retira cuando la entrevista ya finalizó. siempre tiene otra cosa que decir. Una vez que se para por insinuación directa del terapeuta, continúa hablando. Ya en la puerta hace una pregunta que requiere largo tiempo contestar, y no es poco frecuente que a los pocos segundos de haberse retirado vuelva a interrumpir, por alguna nimiedad que le quedó pendiente.
- *Evitación del contacto:* a la inversa de lo anterior, aquí el paciente evita relacionarse con los demás, y cuando lo logra, se le ve distante y lejano - A pesar de la sollicitación de un contacto más estrecho, por parte de; otro, el paciente no modifica su actitud.

Ejemplo:

En los patios de crónicos de los hospitales psiquiátricos, se observan pacientes esquizofrénicos que pasan todo el día aislados, que evitan a sus compañeros y al personal auxiliar, y cuando uno camina por sus aposentos, se deslizan hacia otros lugares evitando el encuentro.

- *Pseudocontacto:* se establece una relación con el paciente, que a primera vista pudiera parecer adecuada y cercana. Si alguien escuchara una grabación de la entrevista, difícilmente pudiera notar alguna dificultad. El paciente coopera, responde las preguntas, e incluso toma la iniciativa a ratos. No es en el contenido de su diálogo donde se manifiesta este fenómeno, sino en la expresividad con que acompaña al relato, que aunque difícil muchas veces de apreciar, denota ausencia, lejanía y falta de interés por quien. está al frente.

Ejemplo:

Cada cierto tiempo acuden a nuestro servicio pacientes cuyo motivo de consulta son desórdenes conductuales, drogadicción o alcoholismo. No hay productividad psicótica. Gran parte de la discusión diagnóstica se centra en el contacto del paciente, y con cierta frecuencia sólo el tiempo nos desmiente un contacto que creíamos conservado, pero que, sin embargo, era una apariencia de contacto. Lo habíamos diagnosticado como un trastorno de personalidad grave, ya sea borderline, infantil, paranoide o, incluso, histérico, y la evolución y más correcta apreciación del contacto nos muestran que se trata de una esquizofrenia.

- *Negativismo:* trastorno de la psicomotricidad en que los pacientes se oponen a todo cambio o modificación en su estado, posición o actitud, y evitan la aproximación. Si se les habla se van a un rincón, si se les saluda no responden, miran para otro lado. En casos más severos se ponen rígidos cuando se les va a examinar, pudiendo llegar al estupor negativista, en que la contracción rígida de la musculatura es tal, que el paciente puede ser alzado de la cama cogiéndolo de una mano. Se divide el

negativismo en activo y pasivo, a base de la sensación de participación que nos dan los pacientes en su actitud de rechazo. Los pasivos dan la impresión de que no se inmutaran frente a los requerimientos del medio ambiente; en cambio, en los activos, pareciera que están decididos a no cooperar, llegando muchas veces a emitir conductas en relación a lo solicitado o esperado, pero que son todo lo contrario de lo demandado. El negativismo como tal, presenta una discontinuidad incomprensible. En forma absolutamente impredecible el paciente realiza lo solicitado.

Ejemplo:

El negativismo de un paciente catatónico era pasivo y activo. No cooperaba en absoluto en la entrevista, permanecía mutista con la cabeza hacia abajo. Cuando se le daban órdenes simples, hacía todo lo contrario. Si se le solicitaba entrara a la oficina, se retiraba, si se le pedía que se sentara, se paraba, y si se le decía que se parara, se sentaba.

- *Oposicionismo*: aquí el paciente tiene también una actitud contraria a lo requerido o esperado, pero a diferencia del negativismo, es constante y perdurable y puede ser defendida con argumentaciones. Es una conducta de mayor control volitivo, pudiendo el paciente llegar a ceder frente a una persuasión convincente y sin que ofrezca reaparición posterior.

Ejemplo:

Una paciente con una disociación reactiva histérica, no responde a ningún requerimiento durante la entrevista y ha sido hospitalizada en contra de su voluntad. Se muestra taimada y rechazante durante todo el primer día de su hospitalización. Bajo sugestión hipnótica la paciente va cediendo y termina por comunicarse normalmente.

- *Obediencia automática o automatismo al mandato*: trastorno de la psicomotricidad en el que el paciente obedece con inmediatez y sin mediar reflexión ni decisión, instrucciones simples referidas al presente. Es un fenómeno inverso al negativismo.

Ejemplo:

Una paciente catatónica durante la entrevista de ingreso, súbitamente se paraba y se retiraba de la sala resuelta a irse. Cuando iba caminando por el pasillo, bastaba decirle, "Venga a tomar asiento", para que la paciente diera media vuelta y regresara a continuar la entrevista.

- *Ecopraxia*: el paciente reproduce diversas acciones que ve efectuadas por otros, sin reflexión ni decisión, en forma inmediata y automática. Pueden ser gestos, expresiones, movimientos, actos, etc.

Ejemplo:

Un paciente esquizofrénico imitaba los gestos del entrevistador, se llevaba la mano al pelo, se agachaba y paraba inmediatamente después que el médico iniciaba el acto.

- *Ecolalia*: el paciente se ve impedido a repetir en forma automática lo que escucha, o lo que dicen sus alucinaciones.

- *Mutismo*: trastorno de la psicomotricidad en que el paciente no habla, sin que exista un compromiso neurológico que lo explique. Es habitualmente una forma de negativismo activo del lenguaje.

- *Logorreico*: trastorno de la psicomotricidad referida al lenguaje, en el que el paciente usa un discurso copioso, continuo e incontenible, acelerado, pero coherente.

- *Mímica anticipatoria*: el paciente realiza gestos y movimientos expresivos, antes de emitir la idea que quiere comunicar a través de la palabra. Su gesticulación, habitualmente con las extremidades superiores, está desfasada, adelantada al lenguaje hablado, por breves décimas de segundos. Esta latencia se hace mayor mientras más grave es el trastorno.

- *Conducta agresiva*: trastorno de la psicomotricidad en que el paciente se comporta de una manera destructiva, a nivel de sus actitudes, verbalizaciones, o su accionar

corporal, frente a su entorno. Se denomina heteroagresividad cuando está dirigida hacia el entorno y autoagresividad cuando es dirigida contra sí mismo.

NOTA:

Algunos de estos elementos psicopatológicos como el negativismo, la obediencia automática, la ecopraxia y ecolalia, el mutismo, se dan en la constelación catatónica junto a alteraciones de la psicomotricidad que el paciente muestra, ya no en relación con los otros, sino reducido a sí mismo, y que en total integraremos en seguida como serie catatónica específica.

C. TRASTORNOS DE LA PSICOMOTRICIDAD, QUE CONFIGURAN GRUPOS CLÍNICOS ESPECÍFICOS

- *Serie Catatónica*: agrupamos acá una serie de trastornos de la psicomotricidad, que presentan características peculiares y tienen en común el manifestarse en un ámbito clínico constante. Es característica común instalarse frecuentemente en forma súbita y sorpresiva, darse en un área intermedia entre lo automático y lo voluntario, y aparecer como movimientos, actos y conductas carentes de finalidad evidente.
 - a) *Catalepsia*: el paciente presenta una rigidez completa, pudiendo mantener posturas forzadas y agotadoras por largo tiempo. Las mantiene contra todo intento del examinador de cambiar su posición, oponiendo fuerzas contrarias con sus músculos y sometándose a desplazamientos en bloque, antes que variar la posición asumida. Así un paciente permanece largo rato suspendido horizontalmente con el solo apoyo del cuello y el tobillo en el respaldo de dos sillas.
 - b) *Flexibilidad cérea*: también llamada catalepsia cérea o flexible, corresponde a un trastorno de la psicomotricidad en que el paciente suprime los movimientos espontáneos, no ofrece resistencia ni rigidez frente a la movilización de sus miembros por parte del examinador. Habitualmente se quedan inmóviles, en posiciones estatuarias impuestas al levantarles los brazos, girar la cabeza, levantar una pierna y hasta doblar el tronco. Después de un tiempo puede volver lentamente a otra postura, a veces también insólita, o cambiar bruscamente a una posición más natural, pero en la cual se aprecian residuos de la postura originalmente impuesta.
 - c) *Pseudoflexibilidad cérea*: denominación acuñada por Bleuler, quien la consideró un grado moderado de flexibilidad cérea. Los pacientes tienden a mantener las posturas movilizadas por el examinador, pero menos tiempo y más segmentariamente. En algunos casos los pacientes se anticipan a la menor insinuación de parte del terapeuta, tomando la dirección del movimiento deseado, como si la adivinaran, llegando a veces a excederse en el movimiento. Este fenómeno se ha ligado con el automatismo al mandato.
 - d) *Catalepsia rígida*: trastorno de la psicomotricidad en que el paciente presenta una rigidez completa, pudiendo mantener posturas forzadas por largo tiempo, las que sostiene contra todo intento del examinador de cambiar su posición, ya sea haciendo fuerza contraria con sus músculos o moviéndose en bloque, evitando así modificar la postura asumida. Este fenómeno está ligado al negativismo. La catalepsia rígida sería lo contrario a la pseudoflexibilidad cérea.
 - e) *Cataplexia*: consiste en la pérdida total y súbita del tono muscular normal, debido a lo cual el paciente cae en un estado de colapso motriz, con acinesia, mutismo y caída desplomada. Este episodio es de corta duración, en que al ser examinado, el paciente está en relajación total. Se da con lucidez de conciencia, confirmado posteriormente por el claro recuerdo del episodio.

- f) *Parakinesias*: el paciente realiza movimientos sin sentido e inadecuados a la situación en que se encuentra.
- g) *Automatismos*: el paciente realiza complejos y elaborados actos y movimientos, los cuales, si bien normalmente están vinculados a esferas voluntarias, son vistos por el observador como involuntarios. El paciente vive este fenómeno con distintos grados de propiedad e imposición; puede ignorar la motivación y el propósito de su acción, pero también luchar activamente contra el impulso, aun propio, o sentirlo como un mandato impuesto, hasta vivirlo como si sus actos ya no les pertenecieran. Esto lo conduce con frecuencia a interpretar que sus actos son influencia de otras personas. Este aspecto psicopatológico está ligado a un trastorno de la funcionalidad del yo, con pérdida de la propiedad vivencial, y de la función judicativa con productividad delirante.
- h) *Estereotipias*: el paciente presenta una continua repetición de movimientos, actitudes, posiciones, lenguaje y conductas, de carácter rítmico, vigoroso, de diverso grado de complejidad, y carentes de sentido pragmático. La actitud del paciente frente a ellas puede ir desde el vivirlas como actos normales sin reparo manifiesto, hasta tratar raramente de suprimirlas o interrumpirlas para realizar un acto necesario y con sentido, o hacer un paréntesis en su quehacer normal para llevar a cabo la estereotipia.

El término estereotipia, aunque se usa preferentemente en relación a la interacción de actos psicomotrices, tiene también una connotación más extendida, al hablar de pensamiento estereotipado, afectos estereotipados, delirios estereotipados, alucinaciones estereotipadas, etc. Aquí el acento está puesto fundamentalmente en lo repetitivo del fenómeno. Su diferencia con la perseveración reside en que en ésta lo que se repite es el pensamiento o la acción que precedió inmediatamente al solicitado en el momento. En tanto que la estereotipia se independiza de la secuencia temporal.

Las estereotipias suelen modificarse con el tiempo, tendiendo a la abreviación, lo cual a veces las hace más extrañas y difíciles de reconocer como tales.

Formas diferenciadas de estereotipias son:

- *Estereotipias cinéticas*: son las estereotipias en las que se enfatiza el movimiento y que van desde algunas muy simples, como resoplar, flotar, empujar, hasta otras más complejas como la observada en un paciente crónico de nuestro hospital que mueve todos los dedos cubiertos de anillos de lata, haciéndolos castañear; luego se arrodilla, levanta los brazos, vuelve a emitir los ruidos, se reincorpora, hace movimientos giratorios con la cabeza, y finalmente aplaude con ambas manos, para posteriormente repetir la secuencia.
- *Estereotipias verbales y verbigeraciones*: es la repetición continua de una misma palabra, que se intercala periódicamente en el discurso, sin que tenga ningún sentido ni relación con la frase expresada, y, además, con un carácter insólito, a diferencia de las llamadas muletillas verbales.

Ejemplo:

Una paciente esquizofrénica crónica discurría: "Nosotras la lamparita votiba del regreso, la votiba del santísimo, la votiba que tenemos guardada...", y así insertaba reiteradamente en su secuencia de frases disgregadas la palabra votiba.

- *Estereotipias posturales*: alude a posturas repetitivas que el paciente adopta y que no cumplen ninguna función ni se les rescata sentido alguno. Formas de permanecer en cama muy extrañas y rebuscadas, se paran en los pasillos de una manera idéntica y rara, se sientan a la mesa siempre de la misma forma, muchas

veces incómoda.

- *Estereotipias de lugar*: se refiere a la elección repetitiva de un lugar por parte del paciente permaneciendo en él, o realizando algún movimiento estereotipado pero reducido a ese espacio. Estos pacientes irán siempre al mismo rincón de su pieza, ocuparán un mismo lugar en el patio, se sentarán en un mismo puesto a la mesa y lucharán por mantenerlo si se lo ocupan, o bien tocarán el mismo mueble un número de veces, y en el mismo punto.

Ejemplo:

Una enferma esquizofrénica todos los días barría un mismo lugar más allá de lo útil, luego se sentaba en una esquina durante el resto del día.

- *Pensamiento estereotipado*: es la repetición reiterada, muchas veces en una misma secuencia de una idea o pensamiento. Este fenómeno puede llegar a tal extremo, que el paciente comunique siempre lo mismo, en la misma secuencia, en todas las entrevistas, y a veces durante toda su vida.

Ejemplo:

Una paciente esquizofrénica a través de numerosas sesiones expone y describe siempre no más allá de tres contenidos en una misma secuencia. Primero pregunta qué le hicieron en su primera hospitalización. Luego acepta ser esquizofrénica y pregunta cuánto tiempo tiene que tomar medicamentos. Finalmente reclama porque su familia le impide pololear. La secuencia se emancipa de las respuestas que se le den, y surge siempre con el mismo orden.

- i) *Amaneramientos o manierismos*: trastorno de la psicomotricidad en el cual los actos pierden su normal simplicidad y espontaneidad debido al agregado de movimientos innecesarios que complican su ejecución y le dan un carácter barroco. Ese agregado superfluo configura actos ridículos y bizarros que llaman la atención del observador dándole la impresión de que el paciente intenta representar algo que no es, lo que acentúa el carácter burdo de sus actos. Bleuler consideraba inicialmente a los amaneramientos como imitaciones de personajes o de situaciones especiales. Como el típico paciente que va con un brazo hacia atrás doblado en la espalda, y el otro adelante con la mano metida entre los botones de su chaqueta, imitando a Napoleón. Las imitaciones pueden ser de poses, actitudes, vestimentas, etc., ya sea de conductas globales o de gestos aislados. Los pacientes hacen muecas, se sientan con aires de gran señor, en el lenguaje emplean toda clase de énfasis, usan términos rebuscados, recurren a artimañas como hablar en infinitivos, diminutivos; usan palabras extranjeras con una pronunciación afectada, hablan métricamente, usan ritmos peculiares, etc. Los amaneramientos son siempre inapropiados a las circunstancias y pronto se convierten en caricaturescos. Generalmente se tornan estereotipados y en este caso se les denomina estereotipias modificadas.

Ejemplos:

Un paciente esquizofrénico que después de lograr un título profesional penosamente alcanzado, describe su regreso al pueblo diciendo "yo esperaba un sonar de campanas, pero la gente ponía la cara en atención de otras cosas".

A un paciente le preguntamos un tanto la edad, y decía "adquirí el derecho a la identidad hace 28 años".

- j) *Muecas*: trastornos de la psicomotricidad que consiste en la presencia de movimientos faciales sin sentido e inapropiados a la situación, que pueden ser voluntarios o involuntarios, pero que el paciente aparenta que podría controlar.
- k) *Musitación*: trastorno de la psicomotricidad en que el paciente murmura

constantemente y cuchichea, como si hablara quedamente consigo mismo.

- l) *Monólogo*: trastornos de la psicomotricidad en que el paciente habla en voz alta, con gestos y ademanes, como dirigiéndose a un interlocutor o a un auditorio inexistente.
- *Trastornos de la Psicomotricidad por Alteración del Impulso de Tipo Compulsivo*: agrupamos acá aquellos trastornos de la psicomotricidad que están movilizados por un trastorno previo del impulso y que son vividos por el paciente como un imperativo y arrollador deseo que no logra controlar y frente al cual carece de libertad. Los hemos definido como de "tipo compulsivo" según algunas clasificaciones que los agrupan así, por ejemplo, Freedman y Kaplan, considerando que son impulsos que se imponen al paciente. En rigor creemos que no corresponden a los actos compulsivos ya que carecen de una lucha consciente de la voluntad que los resiste, situación que raramente se da en los actos impulsivos que intentamos delimitar.
 - a) *Cleptomanía*: descontrol de un impulso a robar objetos que con frecuencia están desprovistos de valor y que no son útiles para el sujeto. Son muchas veces devueltos o guardados y olvidados.
 - b) *Piromanía*: descontrol del impulso a incendios, experimentando una intensa fascinación por ellos, ya sea que los provoca o no, lo que lo lleva a contemplarlos con intenso placer y agrado. Habitualmente el paciente realiza muchos preparativos para llevarlos a cabo.
 - c) *Poiromanía*: descontrol de un impulso a fugarse, escapar, a vagar sin metas de un lugar a otro.
 - d) *Dipsomanía*: descontrol de un impulso a beber que surge de un modo imperioso e incontrolable en sujetos que no son alcohólicos crónicos.
 - e) *Manía a los juegos de azar*: los pacientes carecen de control en el impulso a participar en los juegos de azar, conducta que los lleva a serios conflictos tanto personales como familiares, en el trabajo y en la relación social. Esto incluye pérdidas de trabajo por ausencias, adquisición de deudas u otros problemas financieros, rupturas de las relaciones familiares, robo de dinero, fraudes, etc.
 - f) *Explosividad*: desinhibición en el control del impulso agresivo que se traduce en serios ataques a personas y/o objetos. La magnitud de la conducta destructiva durante el episodio es absolutamente desproporcionada en relación a los estímulos posibles.
Después del episodio, hay un auténtico arrepentimiento o autorreproche, lo cual no impide que se repitan.
 - g) *Tricotilomanía*: consiste en el impulso a arrancarse el cabello, conducta que los puede llevar a una calvicie zonal. En algunos casos se asocia a la ingestión del pelo extraído.
 - h) *Coleccionismo*: impulso desenfrenado de coleccionar objetos, pueden ser objetos apreciados, absurdos o inservibles.
- *Trastornos del impulso sexual*.
 - a) *Disfunciones sexuales*: son trastornos del impulso sexual, que impiden al individuo realizar el coito de manera adecuada y disfrutar de él. Estas disfunciones se pueden presentar en cualquiera de los niveles de deseo, excitación y orgasmo.

- b) *Trastornos del deseo sexual*: persistente inhibición del deseo sexual, en relación a su hábito previo, edad, sexo, salud, e interacción afectiva con la pareja.
- *Impotencia*: también denominada disfunción erectiva. El sujeto siente deseo y excitación sexual, sin embargo, no hay capacidad para alcanzar la erección y/o para mantenerla, lo que les impide realizar un coito satisfactorio.
 - *Eyacuación precoz*: una vez lograda la erección existe incapacidad de controlar la eyacuación, la que se produce en forma prematura, ya sea en los preliminares del acto sexual, al momento de penetración, o en los primeros movimientos coitales.
 - *Eyacuación retardada*: el sujeto no logra eyacular y mantiene la erección intacta. Se llama también incompetencia eyaculadora.
- Algunos pacientes logran el orgasmo con masturbación posterior, otros nunca.
- *Frigidez*: es *equivalente* a la disfunción erectiva del hombre. La mujer es incapaz de excitarse, lubricarse y congestionarse con la estimulación sexual.
 - *Disfunción orgásmica*: la *paciente* siente excitación, sin embargo, no logra llegar al orgasmo o lo hace con mucha dificultad y/u ocasionalmente.

c) *Parafilias*: también llamadas desviaciones o perversiones sexuales, se caracterizan porque el sujeto requiere de fantasías, objetos o acciones que son extrañas, poco naturales, y bizarras para lograr excitación sexual. Éstas tienen un carácter compulsivo, la conducta parafflica es exclusiva o preferencial frente a alternativas más normales, y en algunos casos provoca daño a sí mismo o a los demás. Su presencia aislada y no dañina es considerada normal.

Las más frecuentes son:

- *Satiriasis*: excesivo deseo y necesidad de realizar el coito, en los hombres.
- *Ninfomanía*: excesivo deseo y necesidad de realizar el coito, en las mujeres.
- *Parafilias*: desviación sexual caracterizada por fantasías o conductas sexuales de naturaleza extraña, recurrentes y persistentes, y sin las cuales no se logra la erección o el orgasmo.
- *Fetichismo*: desviación sexual en la que el sujeto logra la excitación y el placer sexual, sustituyendo la pareja por un objeto inanimado, ya sea un zapato o generalmente alguna prenda de vestir.
- *Trasvestismo*: desviación sexual que se caracteriza por la necesidad del sujeto de vestirse con la ropa propia de las personas del sexo opuesto, para lograr así excitación sexual.
- *Zoofilia*: desviación sexual en la cual, ya sea en la fantasía o en la realidad, los animales son usados para lograr excitación sexual.
- *Pedofilia*: desviación sexual en la cual la excitación sexual se logra a través de fantasía o contactos sexuales con niños.
- *Exhibicionismo*: desviación sexual en la cual el hombre muestra sus genitales a una mujer en un lugar y/o situación social absolutamente inapropiada, hecho que vive con excitación.
- *Voyerismo*: desviación sexual que se caracteriza por lograr el individuo excitación sexual mirando a otros en ejercicio sexual, sin ser él visto.
- *Masoquismo*: desviación sexual que se caracteriza porque el individuo logra

excitación sexual cuando es psicológica o físicamente maltratado por su pareja o por sí mismo.

- *Sadismo*: desviación sexual en la cual la gratificación y la excitación sexual se logra al infligir dolor o humillación a su pareja.

Mucho menos frecuente son:

- *Gerontofilia*: obtención de placer erótico con personas seniles.
- *Necrofilia*: obtención de placer erótico con cadáveres.
- *Klismafilia*: erotismo con el uso de enemas.
- *Urolagnia*: erotismo con la manipulación de orina.
- *Coprofilia o Coprolagnia*: erotismo con la manipulación de las heces.
- *Frotteurismo*: búsqueda del orgasmo frotándose con desconocidos en aglomeraciones.
- *Osmalagnia*: erotismo asociado a los olores nauseabundos.
- *Ofolagnia*: erotismo provocado por canciones o ruidos eróticos.
- *Vampirismo*: erotismo provocado con la sangre de las heridas.
- *Cleptolagnia*: placer erótico que se despierta con el hecho de robar.
- *Pirolagnia*: placer erótico asociado a los incendios.
- *Dendrofilia*: erotismo con plantas, árboles y vegetales.
- *Pigmalionismo*: búsqueda de situación sexual con las estatuas.

d) *Transexualismo*: el transexual tiene la convicción de que sus genitales constituyen una equivocación de la naturaleza, su sexo psicológico es opuesto al somático. No se le considera homosexual dado que su sexo psicológico tiene orientación heterosexual. Se viste y comporta como su sexo opuesto, y solicitan liberarse de sus estigmas sexuales indeseados, pene en los hombres, senos en las mujeres, a través de intervenciones quirúrgicas.

e) *Homosexualidad*: orientación y conducta sexual con personas del mismo sexo. La clasificación DSM III, la incluye como desorden mental sólo en las siguientes condiciones: "deseo de adquirir o incrementar conductas heterosexuales, con iniciación o mantención de una relación heterosexual, en un individuo que de manera persistente experimenta impulsos homosexuales que explícitamente no desea y que son causa de sufrimiento".

Señala R. Salamanca Rodríguez (Vida] Alarcón, 1986): "Las demás formas de homosexualismo (egosintónicas), son consideradas por la sexología como alternativas de la sexualidad humana normal, esgrimiendo argumentos biológicos (la filogenia ofrece muchos casos de homosexualidad animal) históricos y socioculturales (la homosexualidad ha sido ampliamente practicada de manera respetable en muchos pueblos); psicológicos (no existe diferencia significativa entre la psicopatología de hetero y homosexuales); y sexológicos (ningún comportamiento sexual placentero y no nocivo puede ser considerado anormal).

f) *Masturbación*: estimulación manual o instrumental de los órganos sexuales con el fin de lograr orgasmo.

En sí es un acto natural, forma parte del proceso de maduración psicosexual del individuo, y es considerada normal como conducta alternativa de satisfacción sexual. Es anormal cuando se realiza como forma exclusiva de satisfacción sexual, pudiendo satisfacerse sexualmente con otro.

➤ *Trastornos de la apetencia o Disorexias*:

- a) *Anorexia*: pérdida del deseo a alimentarse acompañado de disminución de peso significativa. A raíz de la pérdida de apetito, el paciente come menos de lo que necesita para vivir, debiendo hechar mano a sus reservas tisulares.
- b) *Hiperfagia*: apetito exagerado que se acompaña de ingesta excesiva de alimentos y aumento de peso llegando a la obesidad cuando el peso excede el 20% de lo considerado como normal en las tablas de peso-altura.
Se denomina bulimia a episodios recurrentes de comilonas (consumir rápidamente grandes cantidades de comida en un período de tiempo, generalmente menor a 2 horas) (de la Fuente, en Vidal-Alarcón, 1986).

CONCIENCIA

2.a. PSICOLOGÍA DE LA CONCIENCIA

Cuando estudiemos las cualidades del vivenciar y nos refiramos a la conciencia del yo, emplearemos el término conciencia en un sentido distinto al que le damos en este capítulo. Al hablar de conciencia del yo, usaremos conciencia en el sentido de saber con, saber acerca de sí. Cómo el yo sabe de sus límites, sabe de su pertenencia, sabe de su existencia, etc. Nos habría gustado cambiar el término conciencia por otro. Algunos han usado vivencia, pero creemos que es muy equívoco y se presta a mayor confusión. Por estas limitaciones del lenguaje nos quedamos con conciencia, pero es importante que se tenga presente el alcance que le daremos a este término en el capítulo mencionado. (Capítulo: El Yo).

En este capítulo, conciencia también alude a la capacidad de repliegue reflexivo, pero no sólo a eso. Jaspers describe lo que él considera que caracteriza a la conciencia y dice: "Por conciencia entendemos, primeramente, la interioridad real de la vivencia (en oposición a la exterioridad del proceso biológico explorable). En segundo término, la escisión sujeto-objeto (un sujeto que opina es dirigido hacia objetos que percibe, representa y piensa). En tercer lugar, el conocimiento de la conciencia en torno a sí misma (conciencia de sí). Hasta aquí la descripción de la conciencia está definida desde sus funciones.

1. *La interioridad real de la vivencia, en oposición a la exterioridad.* Se refiere a la capacidad de la conciencia de interiorizamos de nuestro vivenciar íntimo, estar familiarizado y cercanos a ese mundo de nuestro acontecer psíquico, y por ende, tener con mucha naturalidad una claridad segura de la frontera existente entre nuestro mundo interno y el mundo externo, entre nuestra conciencia y las otras conciencias, así como la individualidad e inviolabilidad de nuestra conciencia. Esta *función de interioridad* es la que permite que un sujeto se dé cuenta de que una fantasía es una vivencia interna y por lo tanto no corresponde a una realidad objetiva exterior, sino que proviene de su imaginación. Así también se da cuenta de que el mundo externo que percibe no es un sueño, sino absoluta realidad. Cuando esta función se pierde, se mezclan imaginaciones, sentimientos, percepciones reales e imaginarias, todo en un desorden confuso e ininteligible, que da lugar a la dislocación vivencia;
2. En la segunda característica de la conciencia dada por Jaspers, la escisión *sujeto-objeto*

implica que un sujeto dirige su vivenciar hacia objetos, hacia un mundo externo que percibe y con el que interactúa. Apunta a la capacidad de la conciencia de relacionarse con las cosas, con su mundo tanto interno como externo; registrarlas, percibir las, sentirlas e incluirlas, a través de sensaciones, percepciones, representaciones y pensamientos. Esta capacidad de la conciencia de dirigirse hacia el mundo interior o exterior ha sido denominada *función de alerta*.

3. La tercera característica, el *conocimiento de la conciencia en torno a sí misma*, o sea, la conciencia de sí, se realiza a través de la *capacidad de reflexividad de la conciencia*. Se puede detener en el tiempo y tomar conocimiento de sí, o sea, tomar "scientia" de sus procesos y vivencias. Es ésta la función por la que habitualmente más se define la conciencia en los textos, y que tiene relación con el origen etimológico de la palabra, "cum scientia", darse cuenta y saber de sí mismo.

Mediante la definición de conciencia hecha por Jaspers hemos podido entender las tres funciones principales de la conciencia: la función de alerta, la función de interioridad, la función de reflexividad. Podemos decir, entonces, que la conciencia se define desde estas funciones.

Tratando de entender la conciencia más dinámicamente, diríamos que la conciencia posibilita la llegada de todos los modos del vivenciar: las sensaciones, las representaciones, la afectividad, la psicomotricidad, como también los pensamientos. O más bien, se constituyen vivencias gracias a la conciencia. Es por esta característica de la conciencia, de ser una condición absolutamente necesaria para que el vivenciar se lleve a cabo, por lo que se la agrupa junto a la memoria, inteligencia, atención y orientación, también condiciones básicas del vivenciar y que conforman lo que se ha designado como instrumentos del vivenciar.

2.1. PSICOPATOLOGA DE LA CONCIENCIA

Desde un punto de vista fenomenológico, los trastornos de la conciencia los dividiremos en dos grupos:

1. Trastornos cuantitativos de conciencia, y
2. Trastornos cualitativos de conciencia.

En los trastornos cuantitativos, la función de alerta está básicamente afectada. En los trastornos cualitativos es la función de interioridad la mayormente alterada en el estado delirioso, y la función de reflexibilidad comprometida es lo esencial en el estado

crepuscular.

A. TRASTORNOS CUANTITATIVOS DE CONCIENCIA.

➤ *Obnubilación*: Término genérico que designa un compromiso de la función de alerta de la conciencia, bajo el cual se agrupan los cuatro trastornos cuantitativos, desde el más leve al más grave; embotamiento, somnolencia, sopor y coma. El vocablo obnubilación procede de nube, por lo tanto, decir que la conciencia está obnubilada equivale a decir que está nublada. Es un empañamiento de la lucidez de la conciencia en relación al alerta, la cual puede estar comprometida en diversos grados o "cantidades"; por esto hablamos de trastornos cuantitativos. Podemos analogarlo a los cambios normales que se aprecian en un sujeto que pasa del estado de vigilia al estado hipnagógico, al sueño ligero y a la ensoñación, y, finalmente, al sueño profundo.

a) *Embotamiento*: la consecuencia inmediata del embotamiento de la conciencia es la disminución o retardo en el ritmo de las elaboraciones psíquicas, retardo que será más marcado cuanto mayor sea el compromiso. La atención, muy fatigable, cuesta mantenerla debido a la superficialidad e inestabilidad. La captación de los estímulos se hace trabajosa, pues entorpece la percepción, la cual es lenta, imperfecta, imprecisa y carente de nitidez. El paciente entiende órdenes sencillas y es capaz de obedecerlas, si bien con lentitud. En muchas ocasiones, el paciente se muestra parcialmente desorientado y en forma alternante con periodos de mayor lucidez. El obnubilado tiene muchas veces una expresión de perplejidad. Perplejidad que proviene de la sensación de caos, de la vivencia de incapacidad de poner orden a su transcurrir psíquico. Tiende a distraerse fácilmente; no tiene tanto dominio de sí mismo. Le resulta imposible alejar de su mente experiencias sensoriales o ideas. Así, entonces, tanto las impresiones que vienen del exterior, como los sentimientos, representaciones y vivencias que provienen de la interioridad de la persona, no penetran a la conciencia, a menos que sean muy intensas. Por eso el recuerdo es borroso e incoherente. Al embotado le cuesta entender la situación temporo-espacial en que se encuentra, le cuesta reaccionar, y en caso de hacerlo, lo hace en forma desatinada y sin proceder como esperarían quienes lo rodean. La percepción está afectada, por lo cual se interpretan mal los datos sensoriales; suelen aparecer ilusiones, especialmente ópticas. Le cuesta comprender las preguntas. A veces no encuentra las palabras y, en general, no evoca bien los datos almacenados en su memoria.

Como decíamos, el recuerdo es borroso, la memoria está afectada ya que la mala percepción dificulta la fijación de los estímulos, y si ésta se realiza, es superficial y poco nítida, por lo que la evocación se hace muy difícil y expuesta a numerosos errores. Estos trastornos también perturban el curso del pensamiento, el cual se fragmenta y se constituye como un pensamiento con asociaciones irregulares, cada vez más desconectadas e ilógicas. Rara vez se llega a la franca incoherencia. Todo se empobrece y se va tornando confuso en el embotado. Citamos textualmente a Roa: "El paciente tiene difícil manejo del cuerpo, camina y se sienta pesadamente, muestra descuido en su aseo y arreglo personal, se desorienta al salir de la sala, habla de manera algo traposa, insegura, a veces disártrica. Las frases son breves, cortadas, poco coordinadas y perseverativas. Ante preguntas que envuelvan un mínimo de reflexión, fracasa, tarda mucho rato, o se angustia. Persevera en sus respuestas verbales o en las órdenes motoras. Si se le pide mostrar la lengua, pretende sacarla con la mano; si es tocarse una oreja, empieza a rascársela. Órdenes más complejas no las comprende. Carece de iniciativa verbal y entiende penosamente el interrogatorio, irritándose a ratos, aun cuando parece dispuesto a

complacer. Sus respuestas son triviales, a veces aprobativas y muy ajenas a la pregunta. La mirada y la mímica impresionan como bovinas, los afectos parecen aplastados. Dejadados en el patio a su arbitrio, permanecen sentados y dirigen la vista sin premura a una cosa u otra. Frente al médico se acomodan en la silla, miran los cuadros, la puerta, si se les mira se sonríen o responden con una mirada y sonrisa bobas". Sin embargo, no es este grado de embotamiento de la conciencia el que constituye un problema diagnóstico para el psiquiatra, ya que su clínica es relativamente evidente. Son los grados leves de embotamiento los difíciles de precisar y que con frecuencia se prestan para largas discusiones diagnósticas. En los grados leves los síntomas que hemos descrito pudieran no darse y el compromiso de conciencia pasar desapercibido. Esto hace muy difícil y aún imposible, reconocer en un simple examen la presencia de los grados leves de embotamiento. Puede apreciarse a veces una leve lentitud en las respuestas o una tendencia a perder el hilo en el discurso o cuando se le pide que lleve a cabo una tarea intelectual. De modo sutil puede en ciertas ocasiones observarse cambios de ánimo en la conducta. Estados de excitabilidad, irritabilidad, hiperestesia e inquietud.

Roa en su texto de psicopatología ha hecho una buena descripción de estos estados leves de embotamiento: "Hay tendencia pasiva al ocio, cierta despreocupación por el ambiente y los sucesos del momento, falta de modulación en las relaciones interpersonales, dificultad para coger lo sustantivo de una historieta o un artículo de periódico, cierta insubstancialidad en la conversación, en la cual se sale del paso con "frases hechas", e incapacidad bastante marcada para simpatizar con los afectos del prójimo (preocupaciones, alegría, tristeza, etc.)".

También Roa señala el valor que tienen en los embotamientos leves, dos síntomas precoces y subjetivos. Un peculiar sentimiento de culpa, que no sería neurótico ni depresivo, sino un arrepentimiento iterativo no dialogado sin la culpa moral del depresivo, sin la culpa imprecisa del neurótico, sino "un puro recriminarse por no pagar cariño por cariño". Y una premiosidad por el alta, que la plantea como una urgencia por volver a sus trabajos habituales que dejaron pendientes. Sin embargo, en el hospital no ayudan en nada, y dados de alto en esas condiciones no rinden casi nada en el trabajo, y como dice Roa: "allí carecen de iniciativa, caen en una `cháchara' trivial o inoportuna, cometen errores y se fatigan y angustian ante la necesidad de perseverar en la jornada".

Describe además un síntoma objetivo, el parpadeo en salva que a veces surge como única manifestación pesquizable del embotamiento de conciencia.

Este mismo autor señala que el otro síntoma que suele aparecer en los embotados, pero ya no tan leves sino algo más comprometidos, es la euforia y conformidad alegre con la situación. "Dejadados a su arbitrio, los enfermos están serios y circunspectos, en cambio responden al interrogatorio médico con agrado, sonrisas, frotamiento de manos, frases de gratitud por la mejora y todo un conjunto expresivo, de una felicidad recién adquirida". En términos más genéricos Roa señala que en obnubilaciones leves surgen también "sentimientos de ofensa, de celos, de desprecio, de abandono, de falta de cariño, centrado en la ingratitud de los otros hacia uno". En la embriaguez alcohólica se les observa nítidamente.

Creemos que es útil tener presente que cualquier compromiso orgánico, ya sea en sus grados leves, precoces, ya en los más severos y crónicos, implica una disminución del control cortical sobre estructuras meso y troncoencefálicas, lo cual se traduce en la irrupción descontrolada de los sentidos, emociones, afectos e impulsos, como los que hemos señalado, y que en especial cuando el compromiso

de la esfera cognitiva es casi imperceptible, éstos son de gran ayuda para precisar el diagnóstico.

Un signo que debe tenerse presente en los pacientes embotados es la acentuación de la suspicacia y la aparición de ideas deliriosas paranoides. A veces se las confunde con ideas delirantes primarias, en especial cuando el embotamiento no ha sido diagnosticado.

Conrad, apoyado en los principios de la psicología de la Gestalt, ha planteado que "la atención, la comprensión, etc., alterada del obnubilado, es una consecuencia de la dificultad para hacer surgir la figura del olvido, para mantenerlos contra esas fuerzas perturbadoras y para utilizarla. Las estructuras gúestálticas no están definidas ni circunscritas con exactitud; la diferenciación olvido-figura es borrosa y está mucho menos abierta a la acción voluntaria e intencional. El paciente no puede elegir el modo de formación figurativa y se convierte en víctima pasiva de fuerzas que le imponen estructuras indeseables (por ej.: ilusiones) que cambian y se desvanecen constantemente. El pensamiento conceptual se colapsa y se aglutina con temas incoherentes y fragmentarios". Mayer-Gross señala que Conrad compara el estado del paciente obnubilado con el de un individuo absorto en la lectura de un libro, en la representación de una obra teatral o un filme, o en la audición de un concierto; sólo podría volver en sí mediante un esfuerzo que está más allá de sus posibilidades en el estado de obnubilación en que se encuentra.

- b) *Somnolencia*: constituye un grado más intenso de obnubilación que un simple embotamiento. Hay una perturbación mayor de la función de alerta. La percepción, así como toda la actividad psíquica, está mucho más dificultada, debido a una gran propensión al sueño. Aparece pesadez, el enfermo tiende a quedarse en cama y dormir en el día. Hay disminución del ritmo alfa al electroencefalograma.
- c) *Sopor*: el compromiso obnubilatorio de la conciencia es aun mayor. El paciente sólo se logra despertar parcialmente, no registra ningún estímulo externo en la conciencia, y los estímulos intensos pueden provocar algunas reacciones psicomotoras rudimentarias de gesticulaciones, balbuceo de palabras o movimientos desordenados. El paciente tiene respuestas reflejas. El electroencefalograma presenta ondas delta.
- d) *Coma*: el estado de coma constituye el grado extremo de obnubilación, hay pérdida completa de la conciencia, que no registra ningún evento. Hay inhibición psicomotora completa, pero en los niveles superiores del coma se conservan las respuestas defensivas a los estímulos dolorosos para desaparecer en los grados profundos con ausencia o extrema debilidad de las respuestas reflejas. El electroencefalograma tiende a ser isoelectrico.

B. TRASTORNOS CUALITATIVOS DE LA CONCIENCIA.

Debemos precisar que detrás de cualquier trastorno cualitativo de conciencia, hay también un compromiso cuantitativo, o sea hay un fondo obnubilatorio. La función de alerta se compromete en todo trastorno de conciencia. Esto permite comprender el componente dismnésico de todos ellos, ya que el registro de las vivencias tanto desde el exterior como desde el mundo interno, es superficial y borroso, dificultando su posterior evocación.

- *Estado delirioso*: usamos el término delirioso, para diferenciarlo del delirium, término sindromático que alude a un cuadro clínico propio del alcoholismo.

Lo fundamental del estado delirioso es el compromiso de la función de interioridad de la conciencia, que al romperse provoca en el paciente una confusión entre las vivencias de su subjetividad: sentimientos, representaciones, pensamientos, sensaciones y

percepciones del acontecer interno, con las vivencias de relación con el mundo objetivo externo: sensaciones y percepciones del entorno. Como bien describe Roa: "La conciencia tiene aquí contenidos, pero no el que ocuparía si el sujeto estuviera lúcido, sino otro que no corresponde ni al ambiente, ni a la situación real en que se halla el paciente, sino que procede, como en el sueño, de, la excitación de su vida interior. Es por esto que se le ve reaccionar inadecuadamente en su medio, cometer equivocaciones y aparecer como en comunicación directa con cosas y seres no presentes". Es frecuente que este trastorno de la conciencia dé pie a las percepciones deliriosas, y a las vivencias deliriosas, a alucinaciones visuales y cinéticas, a falsos reconocimientos y fabulaciones de perplejidad, desorientación, falta de atención y concentración.

Predominan en el acontecer psíquico del delirioso los fenómenos de la vida interna, siendo escasos los registros de hechos y acontecimientos externos, que si los hay, los distorsiona o integra a su mundo de sueños.

Ejemplo:

Un paciente campesino que durante años había sido el alambrador del fundo, expresaba un estado de agitación motriz en que su conducta sugería estar desenredando los pies y los brazos del alambre, a la vez que reclamaba por las heridas y los desgarros de su ropa.

Alegaba contra los conejos que lo rodeaban.

- *Estado crepuscular*: también llamado estrechamiento de la conciencia, para denotar lo que más caracteriza a este trastorno-,es decir su-retracción, su circunscribirse sólo a ciertas manifestaciones de la vida psíquica. Cogidos por un afecto exaltado, de amor, de odio, de angustia, de rabia, etc., éste tiñe de tal manera el campo del vivenciar que parece que toda la actividad psíquica del sujeto se concentrara sólo en aquello que tiene relación con su rabia, su angustia, su odio o su éxtasis. El paciente se llena de un vivenciar que si bien es más estructurado y coherente que el estado delirioso, carece de tino frente a las situaciones, no capta la globalidad de su entorno ni maneja bien sus posibilidades.

En todo esto se hace evidente la merma en la función reflexiva de la conciencia, la cual nos permite detenemos en el tiempo, darnos cuenta de la situación que vivimos en ese momento y echar mano a nuestras múltiples capacidades, ya sea para modificar el ambiente o adaptamos a él. El paciente presenta ilusiones y alucinaciones, predominantemente ópticas aunque también acústicas. Los pacientes ven a Dios, a la Virgen, al demonio, animales, criminales y ladrones. El afecto que los coge puede llevar a los enfermos a incurrir en actos de violencia llegando al homicidio, al crimen sádico por excitaciones sexuales, o a estados beatíficos de éxtasis, en que hablan con ángeles, escuchan su música celestial, cantan con ellos, sienten aromas, sabores maravillosos y otros fenómenos sensoriales que recorren su cuerpo. A veces el enfermo vaga como ausente. Habitualmente ensimismado, en su mundo delirioso, el paciente no es abordable, no responde ni se interesa por el terapeuta.

Este estado que hemos descrito se denomina estado crepuscular desorientado, en oposición a un tipo de estado crepuscular orientado, que son muy frecuentes, y en los cuales hay un estado afectivo exaltado y una pérdida de la capacidad reflexiva. Desde la exaltación los enfermos realizan acciones aparentemente normales, hacen un viaje, compran, se fugan, pero sin embargo, respecto a la situación en que se encuentran, y a lo que se espera de ellos parecen no considerarlo. Cometen un delito que en otro estado no se les habría ocurrido, sin tener presentes las consecuencias. Este carácter desajustado muestra la merma de la capacidad reflexiva. Su conducta es aparentemente normal, usan medios de locomoción, conversan, van a visitar amigos o enfermos, asisten al trabajo.

Ejemplo:

Una paciente atendida por nosotros, madre de dos niños, esposa aparentemente responsable y de

conducta ajustada a las normas convencionales, súbitamente comienza a realizar fugas insólitas. Desaparecía del hogar por temporadas variables de tres a seis meses y con intervalos de alrededor de dos años. En una de estas ausencias es detectada en un prostíbulo de una ciudad distante, donde era conocida bajo otra identidad, asumiendo un rol de prostituta. En ambas situaciones vitales había amnesia total y genuina de su vida alternante. Sin embargo su conducta conservaba coherencia, ajuste y orientación.

El grado de organización de las vivencias es variable. Hay estados crepusculares orientados en que la ordenación psíquica es idónea y se aprecia una continuidad en las experiencias del paciente. Otros en cambio son más desorganizados, y la conducta es algo automática, impulsiva e irracional, llegando a ser torpe y desordenada.

Los estados crepusculares son en general de duración breve, minutos, hasta días, raramente semanas o meses. En todo estado crepuscular hay un fondo obnubilatorio, que se traduce en amnesia parcial o total del episodio vivido. En los aspectos crepusculares no hay fenómenos deliriosos, ya que la función de interioridad de la conciencia no está comprometida. Se tiende a denominar estado crepuscular epiléptico a todo cuadro psicótico epiléptico con compromiso de conciencia. La psicosis epiléptica que presenta fenómenos deliriosos no es un estado crepuscular epiléptico, sino un estado delirioso epiléptico.

Sin embargo existen estados crepusculares intensos, donde la fragmentación de la vida psíquica es extrema y se interrumpe la continuidad del curso de la vida psíquica. Si existe cierta exaltación psicomotora, no es fácil saber si se trata de un estado delirioso o crepuscular. También sucede que estos estados se acompañen de cierto apagamiento de la vida psíquica, en los que el diagnóstico diferencial, con el embotamiento, es difícil. Los ejemplos más representativos de estos estados crepusculares son los de la epilepsia, pero también se dan en las psicosis sintomáticas y en la histeria.

Los estados crepusculares histéricos desorientados corresponden a las psicosis reactivas breves, según DSM III. Hay estados crepusculares histéricos en que el afecto dominante en el estrechamiento de conciencia reproduce una vivencia traumatizante o un conflicto intrapsíquico no resuelto. En éstos el diagnóstico no ofrece dificultades. No sucede lo mismo con ciertos estados crepusculares histéricos que son muy similares a los crepusculares epilépticos. Es posible que estos cuadros clínicos no estén aún muy bien delimitados, ya que existen fuertes presunciones acerca de la relación entre histeria y epilepsia temporal profunda. Ayuda al diagnóstico diferencial el tener presente el carácter histriónico de unos y la perseveración y viscosidad de los otros. En los crepusculares epilépticos hay amnesia total o recuerdos muy fragmentarios. En los histéricos hay mayor recuerdo, y los acontecimientos básicos tienden a preservarse en la memoria.

Ejemplo:

Una paciente joven cuyo cuadro estalló en relación a la ceremonia religiosa en la cual se casaba, interrumpida por la fuga del novio. En una reunión clínica increpaba a cada uno de los presentes, asignándoles un rol dentro de la ceremonia. Al enfermero lo veía como un cura vestido de blanco, exigiéndole que consumara la ceremonia. Uno de los médicos

presentes era tratado como el novio al que retaba o intentaba hacer cariño. Otro de los presentes, que usaba barba, era el Señor Jesucristo. Estaba también presente la virgen María. Todo esto en un fondo de agitación psicomotora, en que el comando afectivo congruente y comprensible era total.

La embriaguez patológica es la forma de estado crepuscular más frecuente de las psicosis sintomáticas. Por lo general se presenta en epilépticos, orgánicos o psicópatas, con dosis pequeñas de alcohol. Son estados crepusculares desorientados y se acompañan a menudo de excitación psicomotora frecuentemente violenta y peligrosa, con amnesia posterior. Todas las causas de hipoxia cerebral pueden provocar un estado crepuscular.

Hemos tenido la oportunidad de ver un estado crepuscular en que a raíz de la queja reiterada de cefalea amén de todo el resto de la sintomatología crepuscular, se detectó

un hematoma sub-dural.

Para Landolt los estados crepusculares epilépticos son de cuatro tipos: el estado crepuscular del petit mal, el psicótico productivo, el de origen orgánico y el post-paroxístico.

El estado crepuscular del petit mal y el post-paroxístico más bien corresponden a compromisos cuantitativos obnubilatorios de la conciencia. Los tratamos más adelante al referimos a las suspensiones paroxísticas de la conciencia.

Los estados crepusculares productivos en epilépticos son muy variados, siendo los más frecuentes los orientados; pero presentándose también estados desorientados muy desorganizados. La productividad es deliroide, pudiendo haber alucinaciones, ilusiones y obsesiones. La duración puede ser de días a semanas. Puede haber normalización forzada en el EEG.

Los estados crepusculares de causa orgánica son desorientados. Su causa pueden ser las repercusiones patológicas de las crisis epilépticas, el edema cerebral, el proceso morbo fundamental del cerebro; es decir, la causa de la epilepsia, o dosis excesiva de anticonvulsivantes.

C. OTROS TÉRMINOS USADOS EN RELACIÓN A LOS TRASTORNOS DE CONCIENCIA.

- *Amencia*: síndrome clínico descrito por Bonhoeffer como una de las formas de presentación de las reacciones exógenas agudas. Las clasificó según sus características clínicas, en una forma alucinatoria, otra catatónica y otra ideofugal-incoherente. Bleuler no la incluye en su clasificación de los trastornos de conciencia, pero la menciona marginalmente, diciendo que es uno de los múltiples cuadros manifiestos entre otros muchos que representan formas del tipo de reacción exógena aguda. Lo propiamente característico de este compromiso de conciencia es que el paciente presta atención a lo que hay en torno. Percibirá correctamente los objetos y las situaciones no muy complicadas, aunque no son comprendidas en sus correlaciones, lo que lleva al paciente a esforzarse por captar la realidad que la siente extraña. De ahí su expresión perpleja. Por otro lado la obnubilación y el trastorno del pensamiento no son tan intensos como en el crepuscular y delirioso. Esto permite entrar en comunicación con el enfermo y obtener información de él. La psicomotricidad da la impresión de intencionalidad. Realizan actos propiamente dichos si bien muy cambiantes e incompletos. El enfermo se arregla la ropa, se levanta, toma un vaso, se sienta, se toma el pelo, etc. Nosotros no la incluimos como una entidad propia en la clasificación de los trastornos de conciencia, por considerar que la amencia es una alteración de la conciencia mixta, en la cual se presentan simultáneamente un componente obnubilatorio, crepuscular y delirioso.

La obnubilación no alcanza a ser sino un embotamiento leve o enturbiamiento de la conciencia. Desorientado en tiempo y espacio, sus rendimientos objetivos y pruebas de reflexión son muy disparejas. Su pensamiento es incoherente, y como decíamos su percepción de la realidad es dificultosa a pesar de los esfuerzos del paciente. Sin embargo, la obnubilación no es tan grave en cuanto permite comunicarse con el enfermo.

El paciente está crepuscularizado desde un sentimiento de miedo, desamparo y angustia que impregnan todo el cuadro clínico. Es un miedo expectante que lo hace sobresaltarse al primer ruido, y que da pie a percepciones deliriosas paranoideas. Su desamparo se observa en la faz llorosa y los sentimientos de soledad y abandono que menciona el paciente. Muy angustiado y perplejo, ya que no está metido de lleno en el mundo delirioso, ni tampoco logra captar con nitidez la realidad. A ratos presenta

característicos cambios afectivos bruscos, pasando a una alegría incomprensible por un breve periodo, volviendo a caer en su estado anterior. A ratos da la impresión de que el paciente pierde su función de interioridad y se sumerge en un mundo de vivencias deliriosas, percepciones deliriosas, alucinaciones y falsos reconocimientos. Esto vivido a veces con tal sentimiento de realidad, que el paciente grita, arranca, hace movimientos bruscos, se defiende, se torna negativista.

Ejemplo:

Una paciente nefropata presentada en reunión clínica. Su conducta era de agitación fragmentaria, congruente con vivencias caleidoscópicas.

Tan pronto cantaba "vamos ala playa caliente el sol..." se escarbaba las ropas y buscaba el traje de baño. De pronto cortaba esta vivencia y se ponía a llorar por sus hijos; la estaban llamando y trataba salir de la sala. Miraba hacia un rincón donde estaba el lavatorio con dos llaves, y emitía ruidos de "sale, pa'ya" como arreando un vacuno. Repetía a veces las frases y movimientos del entrevistador como en ecolalia y ecopraxia. Total desorientación temporo-espacial y situacional. No reconocía el hospital. Estábamos en un hotel o una prisión, también con la fracción caleidoscopia cambiante e inestable de la conducta.

- *Alucinosis*: también llamado Delirio alucinósico de los bebedores, de Kraepelin, o, alucinosis aguda de los bebedores de Wernicke. Descrita por Bonhoeffer como una de las formas de presentación de las reacciones exógenas agudas, junto a la amencia, estado crepuscular, delirioso, epileptoide angustioso y estuporoso. Es habitual que algunos clínicos traten estos trastornos todos juntos en un mismo capítulo bajo la denominación común de trastornos de conciencia. El error está en considerar las formas de reacción exógena aguda como sinónimo de trastorno de conciencia. Un ejemplo que ilustra esta diferencia es la alucinosis, que siendo una forma de reacción exógena aguda, cursa habitualmente sin compromiso de conciencia. Otro ejemplo de lo mismo es la psicosis anfetamínica, que siendo una reacción exógena aguda, no presenta compromiso de conciencia.

La alucinosis es un síndrome del tipo de las reacciones exógenas agudas, con lucidez de conciencia y que por lo tanto no corresponde incluirla entre los trastornos de conciencia.

- *Estado epileptoide angustioso*: es una de las seis formas de reacción exógena aguda de Bonhoeffer, que cursa con compromiso de conciencia, que a nuestro juicio correspondería a un estado crepuscular de leve a mediana intensidad en pacientes epilépticos. Bleuler los denomina como ligeros estados de enturbiamiento de conciencia, en los cuales "no aparecen pseudopercepciones, ni se altera la orientación, o lo está ligeramente, falseándose, en cambio, lo referente a las relaciones entre el enfermo y las personas que lo rodean. Son habituales las actitudes hostiles. Con frecuencia surge un impulso de hablar mucho, que coincide con un pensamiento intensamente lentificado y una dificultad para encontrar las palabras precisas. Los conceptos se tornan vagos. Las asociaciones por consonancia y el hecho de que el enfermo aprovecha para sus peroratas el material que casualmente le ofrecen las circunstancias inmediatas, pueden inducir al principiante al error de creer que está ante una fuga de ideas. Tal error puede corregirse si se tienen en cuenta la perseveración y la falta de una auténtica distraibilidad. La vaguedad de la apercepción hace que el paciente se equivoque en la identificación de personas".

Para Roa "el núcleo básico de la exacerbación lo forma casi siempre un sentimiento indefinible de miedo, desamparo o soledad, con oscurecimiento de la situación real y viva petición mímica de ayuda. Fácil de confundir con una reacción histérica, tanto por sus caracteres clínicos como por ser a veces desencadenada o exacerbada por estímulos emotivos diversos".

Ejemplo:

Una enferma llegaba contando que tenía estados de susto inmotivados. En el curso del interrogatorio que

hasta esos momentos estaba orientado hacia crisis de angustia neurótica la paciente bruscamente palidece, la mirada se desorbita, se para de la silla y se aferra a la persona que la entrevista con una intensa expresión de desamparo y solicitud de ayuda. El estudio ulterior de la paciente aclaró un Reynaud cerebral.

- *Estado estuporoso*: como bien señala Bleuler, el estupor no constituye un síndrome unitario sino una forma exterior de manifestación de diversos estados íntimos, como son apatía en grado máximo, inhibiciones, bloqueos, sobrecogimiento a causa de terror o angustia, torpor de origen cerebral por diversas causas. Para Bonhoeffer es una de las formas de presentación de las reacciones exógenas agudas.
No la clasificamos como un tipo de trastorno de conciencia porque consideramos, al igual que Bleuler, que el estado estuporoso con compromiso de conciencia es una de las formas de manifestación de un estado delirioso o crepuscular, ya sea en su inicio o durante su trascurso.
- *Confusión*: esta es una categoría diagnóstica bastante discutida. El CIE-9 aún la incluye. No aparece mencionada en el DSM III. Este es un término introducido por los franceses (Chaslin) el año 1895 y que ellos usan indiscriminadamente.
Hablan de episodio confusional, síndrome confusional, confusión aguda, etc. En términos generales, señala un estado de desorden mental agudo, ya sea funcional u orgánico.
Lishmann deplora el uso de este término ambiguo para designar todo tipo de estados orgánicos agudos. CIE9 usa el término confusión en ese sentido abarcativo.
Bleuler le da una connotación más precisa al término: "En la confusión se pierden las conexiones existentes entre los procesos psíquicos, especialmente por lo que se refiere a la percepción, el recuerdo y el pensar, sin que surjan a primer plano errores sensoriales ni de reconocimiento".
A Mayer-Gross le parece "conveniente distinguir los cuadros psicóticos peculiares que pueden observarse en donde persisten los estados de obnubilación sin pasar al delirio, pero en los cuales existe un cierto nivel de confusión y desorientación durante largos periodos. En los casos típicos, la toma de conciencia fluctúa entre grados de menor y mayor vigilia. El síntoma dominante es la incoherencia del pensamiento, fragmentación que se extiende a todos los procesos mentales, incluso a la percepción y la acción. En momentos de mayor lucidez el paciente parece darse cuenta del trastorno. Formula preguntas por las que manifiesta su desamparo y su perplejidad. '¿Dónde estoy?' '¿Qué está pasando?' '¿Qué significa todo esto?'. Pero a los pocos minutos vuelve a caer en su anterior confusión, sus acciones se disgregan, carecen de objetivos, a veces se hacen repetitivas y el enfermo se expresa con frases fragmentarias. Las alucinaciones, cuando aparecen, no forman escenas sino que son aisladas". Las descripciones hechas por Bleuler y Mayer-Gross corresponden a lo que hemos denominado trastornos obnubilatorios de conciencia, más específicamente embotamientos.
- *Delirio agudo*: término usado como sinónimo de estado delirioso.
- *Delirium*: el DSM III usa este término para connotar todos los trastornos de conciencia sin distinguirlos entre sí. Es parecido al uso que hace el CIE9 del término confusión.
En clínica se usa habitualmente como sinónimo de estado delirioso, que cuando va acompañado de temblor distal severo, se le llama delirium tremens.
- *Estrechamiento de conciencia*: alude a una retracción del campo de la conciencia que queda reducida a un campo sumamente estrecho, comandado desde un estado afectivo determinado, que lleva al sujeto a cometer actos de violencia, incendios, exhibicionismo, etc., con amnesia posterior. Correspondería a un estado crepuscular de leve a mediana intensidad, en el cual no habría gran productividad psicótica.

- *Enturbamiento de conciencia*: término psicopatológico de uso poco habitual y que según Bleuler denomina aquellos estados crepusculares y deliriosos de índole muy ligera.
- *Formas de transcurso*: este concepto planteado por Bleuler surge de la necesidad de destacar que no toda psicosis exógena o sintomática implica un trastorno de conciencia. Bleuler señala que hay estados exógenos que se manifiestan en síndromes hiperestésico-emocionales o Síndromes amnésicos de Korsakow, los cuales serían formas de transición hacia o desde el compromiso de conciencia. Sin embargo hoy día se considera que el síndrome hiperestésico y el Korsakow no son tipos de curso sino cuadros clínicos auténticos. Quien ha rescatado este concepto en forma brillante según Alonso Fernández, es Heinrick Wieck, que considera a las formas de transcurso, un conjunto de alteraciones psíquicas agudas y reversibles, de etiología somática, que no se acompañan de obnubilación de la conciencia. Wieck los llama síndromes de paso porque los cuadros clínicos que engloba vienen a ser un puente entre la lucidez y el compromiso de conciencia. Son el correlato psíquico de un proceso corporal leve, situado en el momento evolutivo inicial o en el momento de recuperación. Alonso Fernández cita los siguientes síndromes de paso: "1. Las formas alucinatorias, paranoide y paranoide-alucinatoria. El delirio esquizomorfo descrito por Janzarick en los epilépticos pertenece a la forma paranoide-alucinatoria. 2. Las formas afectivas, en las que pueden prevalecer la indiferencia afectiva, la astenia, la depresión, la euforia, la irritabilidad o la agresividad. En la práctica abundan mucho. Su etiología más frecuente corresponde a las enfermedades infecciosas. El cuadro de la confabulación expansivo-eufórica, por ejemplo, aparece a veces inmediatamente después de haberse extinguido la obnubilación de la conciencia, especialmente en la fiebre tifoidea y en el tifus exantemático. 3. La forma psicomotora, que oscila entre la pérdida de la iniciativa y la espontaneidad y la excitación epileptiforme. Una excitación epileptiforme, sin conciencia ofuscada ni ideas delirantes, según datos de Conrad, aparece a menudo en las psicosis producidas por isoniazida. 4. La forma amnésica, que constituye un auténtico síndrome de Korsakow transitorio. Es frecuente en endocarditis subagudas y crónicas". Existen una serie de cuadros intermedios. No es fácil hacer el diagnóstico. Éste se hace más claro, examinando con frecuencia al enfermo y asistiendo a su evolución hacia el trastorno de conciencia o la normalidad.
- *Fuga psicogénica*: corresponde a los estados crepusculares orientados de origen psicogénico y clasificados por el DSM III entre los trastornos disociativos.
- *Fuga epiléptica*: corresponde a los estados crepusculares orientados de origen epiléptico, el cual se asocia con frecuencia a lesiones temporales del sistema nervioso central.
- *Suspensiones paroxísticas de la conciencia*: término genérico con el que se denominan los trastornos de conciencia a consecuencia de una descarga neuronal epiléptica. Casi todas las crisis epilépticas transcurren con compromiso de conciencia, excepto las crisis parciales con sintomatología elemental que excepcionalmente presentan compromiso de conciencia.

D. ALTERACIONES DEL CICLO SUEÑO-VIGILIA

Mencionamos entre los trastornos de la conciencia las alteraciones del ciclo sueño-vigilia, ya que lo que más caracteriza el sueño es la suspensión de las funciones de alerta, reflexión e interioridad de la conciencia. Por otro lado como consecuencia de alteraciones del ciclo vigilia-sueño se comprometen en mayor o menor grado la capacidad de alerta,

interioridad y reflexión.

- *Insomnio*: alteración del ciclo vigilia-sueño, reduciéndose el segundo en forma significativa en relación a las necesidades de sueño, la edad y hábito personal. Recién nacido: 16 horas, 1 mes: 15 horas, 4-5 años: 12 horas, 12-17 años: 9 horas, adulto 8 horas, mayor de 60 años 7 y 6 horas (Jiménez) "Trastornos del Dormir" (Gomberoff-Jiménez, 1982).
 - a) *Insomnio de Conciliación*: el paciente se queja de dificultad para quedarse dormido. Según Hamilton en su escala de depresión debiera ponderarse con 1 punto cuando el paciente de vez en cuando tarda más de 1/2 hora en conciliar el sueño. Se pondera 2 cuando: "le cuesta conciliar el sueño todas las noches".
 - b) *Insomnio Medio*: dificultad en mantener el sueño, o también llamado sueño entrecortado. El paciente se queja de despertar varias veces en la noche, algunas de las cuales se desvela.
Hamilton pondera 1 en su escala cuando "el paciente se queja de sentirse agitado o trastornado por la noche". Se pondera 2 cuando "el paciente está despierto durante la noche, tiene que levantarse sin necesidad de ir al retrete".
 - c) *Insomnio tardío*: el paciente se queja de despertar una o varias horas antes de lo acostumbrado, habitualmente con sensación de cansancio y de querer seguir durmiendo. En la escala de Hamilton se pondera 1 si "se despierta en la madrugada pero vuelve a dormirse", y se pondera 2 si; "es incapaz de volver a conciliar el sueño si se despierta durante la noche".
- *Hipersomnia*: alteración del ciclo vigilia-sueño, prolongándose el segundo en forma significativa en relación a la necesidad del sueño del paciente según su edad y hábito personal.
- *Narcolepsia*: excesiva somnolencia, caracterizada por ataques de sueños cortos (menos de 15 minutos), bruscos, que el paciente no puede controlar. Estos ataques de sueño a menudo se acompañan de debilidad muscular extrema (catalepsia), parálisis del sueño, alucinaciones hipnagógicas (Cummings, 1985).
- *Apnea del sueño*: enfermedad que puede ser de riesgo vital, caracterizada por múltiples episodios de apnea nocturna, ronquido excesivo y somnolencia diurna. Es frecuente que el paciente despierte varias veces en la noche, y se queje de insomnio medio, con sensación de fatiga y somnolencia durante el día.
- *Parasomnias*: con este término se designa a un grupo heterogéneo de trastornos del ciclo vigilia-sueño que ocurren durante el dormir o se exacerban en ese periodo, pero que no corresponden ni a insomnio ni a hipersomnias.
- *Sonambulismo*: durante las etapas 3 ó 4 del sueño el sujeto deja la cama, y se moviliza por la habitación o la casa. Dura desde minutos a horas. Existe amnesia del episodio.
- *Somniloquia*: el sujeto habla mientras está dormido. Se presenta en la etapa 3-4 del sueño y también existe amnesia posterior.
- *Enuresis*: emisión involuntaria de orina, habitualmente durante el sueño no REM profundo, que se mantiene o aparece una vez pasada la edad en que se adquiere la madurez psicológica (tradicionalmente 3 años). (J.M. Álvarez Rueda "Trastornos del sueño y del despertar" en VidalAlarcón, 1986).
- *Terror nocturno*: después de algunos gritos o llanto, el niño se levanta o se sienta en la

cama mostrándose claramente perturbado, con manifestaciones de angustia, midriasis, taquipnea, taquicardia y sudoración. El episodio se produce durante las etapas 3 a 4 del sueño, dura 5 a 10 minutos, con amnesia posterior.

INTELIGENCIA

2.b. PSICOLOGÍA DE LA INTELIGENCIA

A. Concepto

El concepto de inteligencia ha sido y es motivo de discrepancias entre los psicopatólogos. Haremos referencia a las definiciones que más han contribuido a ir perfilando un concepto que a nuestro juicio ayuda a entender y medir esta capacidad.

William Stern nos propone la siguiente definición: "La inteligencia es la facultad personal de adaptarse a nuevas exigencias, utilizando para ello adecuadamente las pautas del pensar de que disponga". Stern subraya tres elementos: 1. la facultad personal, 2. el uso adecuado de pautas del pensar, y 3. nuevas exigencias. O sea una aptitud personal solamente medible frente a situaciones que no sean rutinarias sino nuevas y que su mejor o peor calidad se muestra en el uso adecuado del pensamiento como medio.

O. Lipmann plantea "Inteligencia es la facultad de captar objetivamente ciertos contenidos dados y elaborados con sujeción a determinadas metas". Para Lipmann lo que Stern llama uso adecuado, es la "captación objetiva" y la "elaboración metódica".

Wechsler en su obra "La medición de la inteligencia en los adultos" escribe: "Inteligencia es la facultad compuesta o global del individuo de actuar adecuadamente, pensar razonablemente y relacionarse efectivamente con su mundo circundante". El aporte nuevo de Wechsler está en el considerar la inteligencia como una facultad compuesta o global, señalando acá una diferencia de aspecto en el sentido de lo funcional y estructural. Según consideremos a la inteligencia en forma funcional -por su efecto- o estructural -por su forma interna-, se nos aparece en el sentido indicado (compuesta o global). Es global porque caracteriza la conducta del individuo como todo. Wechsler dice que la inteligencia es compuesta porque la investigación reciente ha podido aislar una serie de factores de inteligencia que son independientes. O sea que compuesta no quiere decir que la inteligencia es una combinación sumativa de determinadas habilidades individuales. Los resultados de rendimiento de una conducta inteligente no constituyen una simple función de la cantidad de habilidades especiales. Por lo tanto, el exceso en determinada habilidad, colabora relativamente poco en la conducta inteligente tomada en general. Sin duda, la memoria como función accesoria es de significativa importancia para el dominio de ciertas situaciones vitales. Pero más allá de cierto punto ya no aportará gran cosa. Lo mismo sucede por ejemplo con el pensar lógico. Podemos resumir lo anterior diciendo que el efecto óptimo de las funciones individuales es determinado por la configuración formal que las abarca (HeinzRolf Lückert, 1965).

Hemos señalado los conceptos más relevantes en relación a la inteligencia. Revisemos ahora los procedimientos para poder evaluar esta capacidad que llamamos inteligencia. Los podemos reducir a dos categorías: los análisis factoriales y los análisis

descriptivos.

I. *Análisis factoriales*: a comienzos de siglo Thorndike diferenció la inteligencia en tres tipos principales o factores de la inteligencia:

1. La inteligencia abstracta o verbal como habilidad en el uso de símbolos lingüísticos.
2. La inteligencia práctica como habilidad en el manejo de objetivos; y
3. La inteligencia social como habilidad en el trato con la gente.

Spearman plantea que las facultades intelectuales deben ser comprendidas como función de dos factores. De un factor general que es común a todas las facultades, y de un factor especial (o específico), que sirve de base a cada facultad individual. Correlacionando una gran cantidad de tests, confirmó la existencia de un factor general g en la inteligencia. Pero no prosiguió sus investigaciones para los factores específicos s.

Thurstone opuso a la teoría bifactorial de Spearman su teoría multifactorial. De los 13 factores que pudo establecer han adquirido especial importancia: el talento matemático, el lingüístico, el lógico y en segundo lugar, la velocidad de comprensión, la memoria y la representación espacial. Alexander confirmó en lo fundamental la teoría de Spearman. Señaló que entre la inteligencia práctica y verbal hay una correlación de 0,50, o sea que debe suponerse la existencia de un factor g.

Thomson y Thorndike sostienen que todos los resultados de los tests de medición provienen de una gran cantidad de factores elementales de talento, no determinados ni determinables con precisión, pero de los que se usan unos pocos. O sea durante los tests de inteligencia no sabemos hasta qué punto las etapas individuales captan la inteligencia general y hasta qué otro los factores específicos.

II. *Análisis descriptivo*: desde este punto de vista se puede demostrar la existencia de importantes rasgos de conducta inteligente y talentosa que tienen especial relevancia en la práctica vital, y que van más allá de los planteados por el análisis factorial.

Heins-Rolf Luckert cita en su texto "La problemática del diagnóstico de personalidad" a Siegfried Behn, quien ha descrito los siguientes diez rasgos de la inteligencia y del talento:

A. *Inteligencia táctica*:

1. *Sapiente*: gracias a la paciencia puesta en la laboriosa búsqueda de experiencias y gracias a la tenacidad, lograr el dominio de ciertas habilidades.
2. *Múltiple*: capaz de resolver variedad de situaciones que exigen un talento original directo y juicio maduro.
3. *Sagaz*: en situaciones sorpresivas localizar de inmediato la circunstancia decisiva y resolver con rapidez, con seguridad y con confianza la situación planteada tanto de palabra como de hecho.

B. *Inteligencia teórica*:

4. *Seguro*: captar en sus rasgos más significativos, a partir de un punto de vista apropiado para ello, una misión ya comprendida en general, para solucionarla con procedimientos lo más simple que sea posible.
5. *Prudente*: frente a una misión que exige juicio, tener la facultad de comparar valorativamente todos los aspectos que puedan favorecer su solución.
6. *Crítico*: la facultad de reconocer sin prejuicios el valor de cualquier objeto, y seleccionarlo diferenciadamente de otros objetos y valores.
7. *Metódico*: la facultad de reconocer claramente los caminos apropiados para la solu-

ción de la misión y proseguir planificadamente por ellos, incluyendo también soluciones transitorias.

C. Inteligencia práctica:

8. *Experimentado:* en cada situación y bajo cada circunstancia describir con seguridad las virtudes y los defectos de los hombres y de las cosas que los rodean, evitar ensayos y pruebas inútiles al reconocerlos prontamente como tales.
9. *Reflexivo:* mantener la calma y quedar libre de pasiones, de prejuicios y de reproches - en situaciones peligrosas, apremiantes y contradictorias-, conservar fácilmente la clara y segura visión del observador y del juicio indubitable sobre lo que se debe hacer, dejar de hacer y el procedimiento a seguir en cada caso.
10. *Ocurrente:* incluso antes del juicio pensado y elaborado mediante la evaluación de las circunstancias, se verifica la afluencia de soluciones y objetivos de todo tipo, emergente de niveles inferiores del intelecto.

En la práctica clínica nos surge la necesidad de cuantificar el compromiso de la inteligencia y en lo posible determinar cuáles son los factores alterados. Tiene gran valor la aproximación descriptiva, en especial durante la entrevista clínica, o en condiciones en que la cuantificación de la inteligencia nos parece un detallismo innecesario. Pero en lo fundamental la inteligencia es una capacidad que desde un punto de vista psicopatológico corresponde a un instrumento del vivenciar que enriquece nuestra perspectiva clínica cuando los medimos y cuantificamos. Con la finalidad de que esta medición sea lo más objetiva posible, se han desarrollado pruebas de rendimientos estandarizados, denominados tests de inteligencia. Cabe agregar que este procedimiento es también fenomenológico en cuanto describe aunque en forma estandarizada la capacidad de este instrumento del vivenciar que llamamos inteligencia. Sin embargo, no siempre es necesario ni posible someter al sujeto a un test de inteligencia, por lo cual el clínico debe adquirir el máximo de destreza en la determinación del compromiso de la inteligencia, a través de la entrevista clínica. Ayuda a este adiestramiento el tener lo más claro posible los factores generales básicos de la inteligencia, entender de qué manera se cuantifican a través de los tests y entrenarse en extrapolar esta medición de rendimiento a la "situación de prueba" que es la entrevista clínica. En nuestro intento de ayudar al clínico en este adiestramiento, a continuación señalaremos los factores que nos parecen básicos en la medición de la inteligencia, en seguida analizaremos el test de Wechsler en esta perspectiva, mostrando finalmente cómo estos factores se pueden apreciar en la entrevista clínica.

Como definición básica, nos parece que Lipmann apunta a lo esencial de la inteligencia: "es la facultad de captar objetivamente ciertos contenidos dados y elaborados con sujeción a determinadas metas". Esta misma definición se puede expresar como que "la inteligencia es la capacidad operatoria de trabajar con la ayuda de esquemas cada vez más complicados y móviles, conforme a un plan lógico en la resolución de un problema". Así entonces, en la intelección, comprensión y solución hay dos estructuras que se complementan. Por una parte el dominio de la capacidad de esquematización del pensamiento (que los guesaltistas llaman la puesta en forma) y por otra parte un sistema en cierto modo legislativo de las reglas del conocimiento (razonamiento, lógica). Estas dos estructuras complementarias constituyen dos grados de formación y de funcionamiento de la inteligencia. Al primer grado corresponde lo que en materia de inteligencia animal se llama aprendizaje y memoria asociativa, y que en los hombres Piaget ha llamado mecanismo de asimilación. Es análogo a lo que quiere denominar Lipmann como "la facultad de captar objetivamente ciertos contenidos". El segundo grado corresponde al área del juicio y de las relaciones lógicas, entendidas como las reglas del saber y del

conocimiento de la verdad bajo su aspecto "normativo". Esta es "la elaboración de los contenidos con sujeción a determinadas metas" o sea con una metodología, y por ende con una normatividad.

En resumen, podemos afirmar que los dos factores fundamentales de la inteligencia son la capacidad de asimilación y la capacidad de operación lógica.

B. *Test de Wechsler*

A continuación describiremos el test de Wechsler y ordenaremos sus pruebas en torno a estos dos factores básicos: asimilación y razonamiento lógico. Siguiendo de cerca el análisis hecho por David Rapaport en su texto "Test de diagnóstico psicológico", el test de Wechsler está dividido en dos subtests: Subtests verbales y subtests manuales. Los subtests a su vez se pueden dividir de la siguiente manera:

- | | | |
|-------------------------------|---|---|
| I. <i>Subtests verbales:</i> | a) Subtests esencialmente verbales. | 1. Vocabulario
2. Información
3. Semejanzas
4. Comprensión |
| | b) Subtests de atención y concentración | 1. Aritmética y
2. Dígitos |
| II. <i>Subtests manuales:</i> | a) Subtests de coordinación | 1. Ensamblajes visomotora
2. Construcción de cubos
3. Símbolos de dígitos |
| visual | b) Subtests de organización | 1. Ordenación de historias
2. Completación de figuras |

➤ *Subtests verbales:*

a) *Subtests esencialmente verbales:*

- *Vocabulario:* el examinador solicita al paciente qué quieren decir las siguientes palabras, por ejemplo: Carne, Rebanada, Compasión, Osado, Tangible, etc. Como señala Rapaport, este subtest examina el caudal "adquirido" automáticamente en el curso de una maduración sin trabas de la "dotación natural". El vocabulario refleja la educación y ambiente de los primeros años, así como también la escolaridad y experiencias posteriores; señala la receptividad hacia nuevas ideas e informaciones y la capacidad para almacenarlas y agruparlas asociativamente con arreglo a las exigencias de las ocasiones. "Por inferencia, indica la capacidad de clasificación, conceptualización" (Hermosilla, 1978). Mide fundamentalmente la capacidad de asimilación.
- *Información:* se le pide al paciente que responda preguntas, que solicitan información de diverso tipo, que se supone un sujeto ha almacenado a través de su relación con el ambiente que lo rodea. Por ejemplo: ¿Cuáles son los colores

de la bandera chilena? ¿Qué es el Vaticano? ¿A que t° hierve el agua?, etc.

Este subtest examina la memoria, en especial la memoria remota. La dotación y la riqueza del medio original no lo condicionan tanto como el subtest de vocabulario. Éste puede enriquecerse mediante la instrucción y la experiencia. Este subtest también mide fundamentalmente la capacidad de asimilación.

- *Semejanzas*: de dos palabras relacionadas entre sí, el paciente debe encontrar qué es aquello que tienen en común. Por ejemplo: Hacha-sierra; Huevosemilla; Elogio-castigo; Mosca-árbol, etc.

Este subtest examina la capacidad de relación y asociación, al evaluar la formación de conceptos verbales. Según Rapaport, un concepto posee una "esfera propia y un contenido". La "esfera propia" del concepto está compuesta por todas las cosas que presentan aquellas cualidades denotadas por el concepto. El "contenido" es la suma de las cualidades comunes a los objetos de la esfera. Por ejemplo: el contenido del concepto fruta es que es un producto natural, que puede comerse, que proviene de los árboles, etc. La esfera del concepto fruta está representado por una naranja y un plátano. El subtest de semejanzas plantea dos cosas dadas que constituyen la esfera de un concepto. El sujeto debe descubrir el contenido y denominarlo. Si el paciente se toma de un rasgo específico común de las cosas en cuestión y lo convierte en "contenido" relacionante, por ejemplo: naranja y plátano "las dos tienen cáscaras", quiere decir que se mueve en el plano concreto. Si se toma de la función que cumplen ambas cosas y la convierte en "contenido" relacionante, por ej.: naranja-plátano "las dos se comen", quiere decir que se mueve en el plano funcional.

Si el sujeto considera que ambas cosas son un producto natural, que puede comerse, que provienen de los árboles, usa entonces un término genérico que abarca todas estas características esenciales que las cosas tienen en común y lo convierte en "contenido" relacionante -por ej.: naranja-plátano "las dos son frutas"-, quiere decir que se mueve en el plano conceptual abstracto. Esta prueba evalúa fundamentalmente la capacidad de conceptualización. El proceso de conceptualización es un proceso analítico-sintético que se realiza siguiendo las leyes lógicas. O sea es una prueba que mide la capacidad de operación lógica de la inteligencia.

- *Comprensión*: consiste en treinta preguntas, para cuyas respuestas no se necesitan ni conocimientos ni vocabulario especial. Ejemplos: ¿Por qué lavamos la ropa?, ¿Por qué debe la gente pagar los impuestos?, ¿Por qué los sordos de nacimiento se quedan, por lo general, sin hablar? Este subtest examina el juicio. Éste se expresa en una respuesta apropiada y pertinente ante una situación dada. Darse cuenta de qué es lo apropiado, atinado o pertinente en una situación no requiere sólo de información; necesita además de una capacidad de detección, de captación sutil, que es predominantemente afectiva y emocional. Es esta disposición afectiva y emocional la que permite seleccionar la información adecuada, relacionarla, rechazar lo accesorio y resaltar lo importante de la solicitud hecha. Este subtest mide fundamentalmente la capacidad de asimilación, pero en este caso lo que podríamos denominar asimilación emocional más que intelectual.

- b) *Subtests de atención y concentración*: estos 2 subtests no los describiremos acá, ya que si bien son indispensables para un buen funcionamiento de la inteligencia, la atención y la concentración las tratamos en un capítulo aparte.

➤ *Subtests manuales:*a) *Subtests de coordinación visomotora:*

- *Ensamblajes:* se le entregan las piezas de un muñeco, un perfil, una mano y un elefante, las que el sujeto debe ir ensamblando.
Este subtest mide la capacidad de anticipar la figura total a partir de partes de ella. En otras palabras la capacidad de asociar uno o algunos detalles, con un conjunto final al que éstos apuntan. Mide la capacidad de asociación o "memoria asociativa". Corresponde a la capacidad de asimilación de la inteligencia, asimilación de figuras globales relacionadas con las partes que las constituyen.
- *Construcción de cubos:* con cubos cuyas caras están igualmente coloreadas, el paciente debe reproducir un diseño geométrico. Las caras de los cubos son blancas, rojas, mitad blanca y mitad roja.
Frente al diseño geométrico que debe reproducir, el paciente realiza dos operaciones: una analítica y otra sintética. Estas etapas se hallan entrelazadas. Los modelos exhibidos deben ser "descompuestos" por los sujetos escogiendo unidades equivalentes a las caras de las piezas, a fin de reconstruirlos a partir de dichas caras.
Este subtest mide la capacidad de análisis y síntesis. El análisis consiste en la capacidad de ver el diseño constituido por cubos, y la síntesis, en la capacidad de ver los cubos como constituyentes del diseño. Los procesos de análisis y síntesis son fundamentalmente de razonamiento y abstracción, siguiendo las leyes de la lógica y por ende respetando el principio de no contradicción. Este subtest mide la capacidad de operación lógica de la inteligencia.
- *Símbolos de dígitos:* este subtest mide fundamentalmente psicomotricidad, que si bien es condición necesaria para un funcionamiento óptimo de la inteligencia, en sí misma corresponde a otro capítulo de la psicopatología.

b) *Grupo de organización visual:*

- *Ordenación de historias:* hay que ordenar en una sucesión significativa una serie de dibujos. Intervienen dos momentos en el desarrollo de este subtest. Un momento analítico-sintético para focalizar la atención en lo importante y marginar lo accesorio. Por ejemplo, los elementos esenciales en la sucesión de dibujos en que dos niños pelean e interviene un adulto, son: la riña, la revista, la reconciliación, el adulto.
Una vez captado lo esencial, viene un segundo momento, de anticipación, que consiste en imaginar qué situación correspondería antes o después, en relación al detalle esencial de este dibujo. Esta anticipación es una suposición abstracta que sigue las reglas del pensamiento lógico, del razonamiento deductivo e inductivo. En el ejemplo, el sujeto una vez que ha localizado su atención en la riña, la revista, la reconciliación y el adulto, organiza la secuencia a través de anticipar qué corresponde antes y después desde una perspectiva lógica; así concluye que los niños pelean por una revista, interviene un adulto y los reconcilia.
Este subtest mide fundamentalmente la capacidad de razonamiento lógico de la inteligencia.
- *Completación de figuras:* este subtest mide fundamentalmente la concentración. El de aritmética lo hace sobre patrones interiorizados, éste lo hace sobre modelos externos. Esto será tratado en el capítulo sobre psicopatología de la

atención y concentración.

En resumen. El test de Weschler mide el rendimiento inteligente. Algunos de sus tests, como los de aritmética, dígitos, completación de figuras y símbolos de dígitos, son menos específicos de la inteligencia y creemos que deben ser abordados en relación a la psicopatología que evalúan. El resto son más específicos en cuanto ponderan aspectos más consustanciales a la inteligencia.

Para aproximarnos a una evaluación de los aspectos propios de la inteligencia, consideraremos entonces los siguientes subtests:

- a) Subtests verbales: Información Comprensión Semejanza Vocabulario
- b) Subtests de coordinación visomotora: Ensamblaje Construcción de cubos
- c) Subtest de organización visual: Ordenación de historias

Centrándonos en el análisis de los subtests específicos de inteligencia podemos afirmar que:

1. Evalúan fundamentalmente la capacidad de asimilación de la inteligencia los siguientes subtests: Vocabulario Información Comprensión Ensamblaje
2. Evalúan fundamentalmente la capacidad de operación lógica los siguientes subtests: Semejanzas Construcción con cubos Ordenación de historias

La inteligencia es una capacidad mensurable. Mientras más objetiva sea su evaluación, mayor utilidad nos prestará en el trabajo clínico. En este sentido la aplicación de tests estandarizados es una herramienta de primera línea. Sin embargo, es útil que el clínico se oriente previamente a grosso modo sobre el estado de la inteligencia de un paciente para confirmar si se justifica o no un examen más exhaustivo de ésta a través de un test. Este es el objetivo principal del capítulo. Nos interesa que el terapeuta, más que dominar el uso y la aplicación de un determinado test de inteligencia, pueda evaluar a través de la entrevista y de la relación con el paciente su inteligencia. Por eso hemos revisado el test de Wechsler en una perspectiva circunscrita. Hemos descrito aquellas pruebas que ilustran las variables fundamentales de la inteligencia que el clínico debe saber buscar en su relación con el paciente.

Decíamos que los dos factores fundamentales de la inteligencia son la capacidad de asimilación y la capacidad de operación lógica. La capacidad de asimilación es evaluada en el Wechsler a través de las pruebas de: Vocabulario, Información, Comprensión y Ensamblaje.

El vocabulario examina el material adquirido automáticamente en el curso de la maduración, apreciablemente influido por la riqueza experiencia] en relación al ambiente infantil. La información también evalúa el material adquirido, pero éste no está tan condicionado por el medio original. Puede enriquecerse mediante la instrucción y la experiencia. La comprensión mide capacidad de asimilación, pero es una asimilación más bien afectiva que intelectual. Los ensamblajes evalúan la capacidad asociativa, que es una función relacionada con el material ya adquirido; por eso se dice que examina memoria asociativa.

En resumen, el factor de asimilación de la inteligencia que mide el Wechsler, se muestra en la capacidad para adquirir material automáticamente durante el desarrollo y a través de refuerzo y experiencia más tarde. Internalizar un caudal de pautas, actitudes y procedimientos en relación a la compleja interacción social, e incorporar figuras globales relacionadas con los detalles que las constituyen.

La capacidad de razonamiento lógico es evaluada en el Wechsler a través de las pruebas de: Semejanzas, Construcción con cubos y Ordenación de historias.

Las Semejanzas evalúan la capacidad de organización verbal, la cual se realiza a través de un proceso de análisis y síntesis, siguiendo las leyes del razonamiento lógico. La construcción con cubos examina la capacidad de organización visual, la cual se realiza a través de un proceso de análisis y síntesis siguiendo también las leyes del razonamiento lógico. La ordenación de historias evalúa la capacidad de abocarse a lo esencial, como de imaginar soluciones hipotéticas, midiendo así la capacidad de deducción-inducción y de análisis-síntesis, las cuales siguen las leyes del razonamiento lógico.

En resumen, el factor de razonamiento lógico de la inteligencia que mide el Wechsler se muestra en la capacidad de abstracción a través de procedimientos de análisis-síntesis y de deducción-inducción.

C. Evaluación de la inteligencia a través de la entrevista

Trataremos ahora de señalar en forma muy somera y a modo de ejemplo, cómo estos dos factores de la inteligencia, capacidad de asimilación y capacidad de razonamiento lógico, se pueden evaluar en la interacción con el paciente, ya sea en entrevistas clínicas o sesiones de psicoterapia.

El manejo del lenguaje es un índice significativo de la capacidad de asimilación de la inteligencia. La riqueza de palabras junto al uso adecuado de lo que ellas connotan son una expresión valiosa de la capacidad de asimilación. Otra variable importante que mide capacidad de asimilación es el modo en que el sujeto maneja la información respecto a los hechos que tienen relación ya sea con el motivo de consulta, con su enfermedad, con sucesos importantes en su familia o ambiente social, y con cualquier asunto que mida la habilidad para incorporar información esencial.

Durante la entrevista, también se puede examinar la capacidad de juicio. El tino que muestra el paciente frente a las circunstancias del momento, en la relación con el terapeuta, o frente al grupo. Cómo enjuicia su estado actual, y la situación misma de tratamiento. El criterio con que ha enfrentado las relaciones sociales, familiares y de trabajo, ya sean éstas interrogadas por el terapeuta o descritas espontáneamente por el paciente. La memoria asociativa, en cuanto capacidad de relacionar automáticamente detalles con figuras globales previamente asimiladas y viceversa, se puede apreciar en el desarrollo de las ideas del paciente. Cómo una pregunta o un recuerdo, lo lleva a comunicar un todo importante en relación al objetivo de la entrevista. O, al revés, cómo desde una situación global asocia detalles significativos cuya precisión resulta importante.

La capacidad de razonamiento lógico se puede evaluar durante la entrevista observando la habilidad del sujeto para coger lo sustancial de un asunto y marginar lo accesorio. Otro índice de la capacidad analítico-sintética del paciente es la habilidad con que pueda describir un todo separando cada una de las partes que lo constituyen, y cómo este mismo asunto lo puede reconstruir desde otra óptica, sin que pierda su coherencia. La capacidad de abstracción que siguen las leyes del razonamiento lógico se aprecia con nitidez a través de la habilidad inductiva y deductiva. En qué medida el paciente es capaz de construir hipótesis, o sea, extrapolar leyes generales a partir de hechos particulares o de concluir leyes particulares de hechos generales, durante la entrevista, ya sea en relación a sus conflictos o a asuntos planteados por el terapeuta.

Es importante que el clínico afine su capacidad de observación de la conducta inteligente que se da en la relación con el paciente. Le da una visión psicopatológica más integral sin necesidad de recurrir a una evaluación instrumental, recurso que, además de no estar siempre disponible, implica las desventajas de someter al paciente a un "examen", situación que en lo posible debe tenderse a evitar, con el objeto de establecer una mejor

relación terapéutica.

Algunos psiquiatras evalúan la inteligencia durante la entrevista, haciendo preguntas directas de rendimiento. Propondremos una modalidad de test abreviado, ya que en algunas situaciones clínicas suele ser de utilidad. Nos hemos basado en las pruebas que propone el Dr. Guillermo Sura B. en el capítulo 7, Historia Clínica y Examen Mental, del texto *Psiquiatría de Gomberoff-Jiménez*. Es obvio que el uso indiscriminado de éste en toda entrevista conlleva al mismo riesgo de instrumentalización que el pasar el test completo, con el agravante de que es el mismo terapeuta a cargo del paciente quien lo ejecuta, y no otro profesional como habitualmente se hace cuando se solicita el test psicométrico. Muchas de las preguntas de rendimientos propuestas son análogas a las del test de Wechsler, pero no las mismas, con el fin de evitar que el paciente se familiarice con éstas, ya que en caso de ser necesaria la administración del test, éste se verá afectado.

Siguiendo el esquema de análisis de la inteligencia que hemos propuesto. dividimos estas pruebas en dos grupos, las que miden capacidad de asimilación, y las que miden capacidad de razonamiento lógico.

➤ *Pruebas que miden capacidad de asimilación:*

a) *Vocabulario:* Defina:

- burro
- piel
- plural
- microscopio
- menaje
- dilatorio

b) *Información:*

- ¿Cuántos huevos trae la docena?
- Diga las 4 estaciones del año.
- ¿A qué temperatura se congela el agua?
- ¿Quién es el presidente de Chile?
- ¿Qué se celebra el 18 de septiembre?
- ¿Qué distancia hay entre Santiago y Temuco?
- Nombre 5 ciudades más importantes de Chile.
- ¿Qué es un barómetro?
- Nombre 5 continentes.

c) *Comprensión:*

- ¿De qué color era el caballo blanco de Napoleón?
- ¿Qué pesa más: 1 kg. de lana o 1 kg. de plomo?
- ¿Por qué existen los colegios?
- ¿Por qué se pagan imposiciones?
- ¿Por qué son necesarias las leyes?
- ¿Por qué se deben mantener las promesas?

➤ *Pruebas que miden capacidad de razonamiento lógico:*

a) *Semejanzas:* En qué se parecen, o qué tienen en común:

- manzana - plátano
- periódico - radio
- bicicleta - avión
- poesía – estatua

- alegría – tristeza
- b) *Diferencias*: En qué se diferencian:
- río – laguna
 - buey – caballo
 - enano – niño
 - error – mentira
 - avaricia – economía
- c) *Proverbios*: ¿Qué quiere decir la gente cuando dice?:
- "Más vale un pájaro en la mano que cien volando".
 - "Camarón que se duerme se lo lleva la corriente".
 - "Cuando el río suena, es que piedras trae".
 - "En casa de herrero cuchillo de palo".

Este examen de rendimiento es útil bajo ciertas circunstancias. Cuando se requiere una evaluación rápida aunque sea grosso modo. Con el fin de adquirir cierta destreza y familiaridad con las variables fundamentales de la inteligencia a través de un esquema ordenado, en profesionales que comienzan su formación. Para demostrar a través de ejemplos, aspectos psicopatológicos de la inteligencia, con una finalidad docente. Sin embargo, queremos enfatizar la conveniencia que tiene para la relación terapéutica el poder hacer una evaluación de la inteligencia del sujeto a través de la relación de comunicación establecida en la sesión o entrevista, evitando un interrogatorio dirigido. Esta habilidad se adquiere conociendo las variables fundamentales que constituyen la inteligencia y aprendiendo a reconocerlas en la interacción con el paciente, objetivo que hemos intentado cumplir someramente en este capítulo.

2.2. PSICOPATOLOGÍA DE LA INTELIGENCIA

En casi todos los textos de psicopatología y psiquiatría se reduce la psicopatología de la inteligencia a las oligofrenias. Incluso algunos usan el término oligofrenia en un sentido psicopatológico amplio, para referirse a diversos compromisos de la inteligencia. Este enfoque nos parece confuso ya que este término tiene una connotación nosológica o sindromática y no de síntoma psicopatológico. Fieles al punto de vista fenomenológico, proponemos llamar Retardo Mental, ya sea mínimo, leve, moderado, severo o profundo, al compromiso psicopatológico de la inteligencia, independiente de su etiología: y oligofrenias al cuadro clínico nosológico o sindromático. Evitamos así una confusión entre psicopatología y nosología psiquiátrica. Por lo mismo, la descripción psicopatológica de cada uno de los trastornos de la inteligencia se hará en relación a los factores fundamentales de la psicología de la inteligencia, vale decir, su capacidad de asimilación y de razonamiento lógico. No será una descripción de las oligofrenias, cuadro clínico con una serie de otros compromisos además de la inteligencia.

Otra forma de alteración psicopatológica de la inteligencia es el deterioro. Es un trastorno de la inteligencia que aparece una vez que el sistema nervioso ha logrado su completo desarrollo, a diferencia del RM que se presenta antes de que el SNC esté completamente maduro. Este límite se considera alrededor de los 4-6 años; sin embargo, el DSM III, llama oligofrenia a los trastornos de la inteligencia anterior a los 18 años, y sugiere hacer ambos diagnósticos. demencia y oligofrenia a pacientes que teniendo una inteligencia previa normal, si se les compromete antes de los 18 años.

El compromiso precoz de la inteligencia o retardo mental, y el compromiso tardío de la inteligencia o deterioro son las dos formas psicopatológicas bajo las cuales resulta conveniente clasificar los trastornos de la inteligencia.

A. RETARDO MENTAL O COMPROMISO PRECOZ DE LA INTELIGENCIA.

Citamos casi textualmente a David Wechsler, "La Medición de la Inteligencia Adulta—. 1964.

Se ha expresado el grado de inteligencia por un valor que se llamó edad mental. Ésta equivale al grado de madurez intelectual típico de cada edad cronológica. La edad mental es un puntaje basado en el rendimiento de una prueba de desarrollo mental, y que se determina por el nivel de dificultad que es capaz de resolver el sujeto en las pruebas del test. Esto significa que si un niño sólo pasa los ítemes correspondientes al promedio de los 10 años, tendrá un puntaje correspondiente a 10 años de edad mental, independientemente de su edad cronológica real. El niño estrictamente normal tendrá una edad mental igual a su edad cronológica. Si su edad mental es mayor que la cronológica, será de inteligencia superior al promedio, y si la primera es inferior a la segunda, habrá retardo en su desarrollo intelectual, es decir, su inteligencia será inferior a lo normal. Por lo tanto, la diferencia entre la edad mental y la cronológica indica el grado de avance o retardo mental. Se consideran anormales los niños que presentan un retardo mental de 2 años o más a la edad de 9, y de más de 3 años a la edad de 12.

La Edad Mental no es un índice de brillo o torpeza intelectual. El rendimiento de una persona sólo puede considerarse brillante o torpe si podemos compararlo con el rendimiento de los otros individuos de su misma edad.

Para indicar el grado de inteligencia se usa el cociente intelectual (CI), que es el cociente entre la edad mental y la cronológica. Según esto, un niño de 10 años con una E.M. de 8, tendrá un cociente de inteligencia igual a 0,80 siendo de 1,00 el cociente

estrictamente normal o típico, cuando ambas edades son iguales.

En la práctica estos cocientes se expresan en números enteros en vez de decimales. Así los arriba mencionados se expresarían por 80 y 100, respectivamente.

$$CI = \frac{EM}{EC} \times 100$$

Por consiguiente, el coeficiente intelectual es un puntaje obtenido a base del rendimiento de un individuo en una prueba de inteligencia y que permite compararla con individuos de su mismo grupo.

El CI tiene las ventajas de indicar la capacidad mental más o menos de una manera absoluta, pudiendo compararse directamente un CI con otro. CI iguales representan grados iguales de potencia intelectual, tanto que la edad mental o el número de años de retardo no nos da una idea exacta del grado de inteligencia sin que conozcamos al mismo tiempo la edad cronológica.

- *Retardo Mental mínimo.* CI 71-85: la gran limitación es la pobreza de pensamiento abstracto. Son muy funcionales y concretos en su razonamiento. En medios socioculturales de poca exigencia intelectual, es frecuente que pasen desapercibidos. Adolecen de matices elaborados y profundos, caracterizándose por la simpleza y la superficialidad.
- *Retardo Mental leve.* CI 50-70: el paciente carece de pensamiento lógico-abstracto, son incapaces de deducir o de inducir, o de llevar a cabo procesos de análisis o síntesis. Si logran alcanzar una idea abstracta, ésta es muy limitada, malformada, y ligada a aspectos concretos y reales de la experiencia. Es lento en percibir los objetos que le rodean y en entender las órdenes que le dan, llevando a cabo captaciones aselectivas, sin distinguir lo esencial de lo accesorio. Son muy dependientes del ambiente. En relación al lenguaje, muestran un pobre caudal de palabras, con capacidad de comunicar deseos y afectos, pero con simpleza y superficialidad.
- *Retardo Mental moderado.* CI 35-49: muy deficiente intelectualmente. No logra más que un pensamiento muy concreto, siendo incapaz de concebir conjuntos o elevarse desde una serie de observaciones particulares a un principio general. El nivel de lenguaje es muy pobre. vocabulario restringido a términos corrientes, que son empleados en una sintaxis elemental. Este lenguaje lo usan para pedir lo que necesitan, escasamente para expresar afecto. Entienden las situaciones de peligro y se protegen.
- *Retardo Mental severo.* CI 20-34: este compromiso es global y acentuado. Caminan, tienen hábitos alimenticios elementales, con control ocasional de esfínteres. Su lenguaje es a base de palabras o frases simples. A veces meros gritos. Debido a su capacidad de comprensión rudimentaria, pueden obedecer ocasionalmente órdenes sencillas e inmediatas. No entienden las situaciones de peligro como tales, salvo los elementalísimos como el fuego, por ejemplo.
- *Retardo Mental profundo.* CI menor de 20: caracterizado por la carencia o casi inexistencia de vida psíquica. Puede detectarse una vida vegetativa o unos actos elementales que surgen ocasionalmente y que hacen suponer una edad mental correspondiente a algunos meses. La mayoría se muestra desconectado del medio ambiente.
- *Puerilismo:* los rendimientos intelectuales del paciente corresponden a los de un niño.

El compromiso es transitorio dado que el cuadro es funcional. Corresponde a una de las formas de presentación del Síndrome de Ganser. Sus rendimientos intelectuales están groseramente distorsionados, muy contradictorios y disarmónicos.

Ejemplo:

Un paciente que desempeñaba un cargo público de alto nivel, reacciona con crisis regresivas en las cuales su discurso es el propio de un niño de dos años, con un lenguaje elemental ~ balbuceante. El cuadro se inicia en relación a un súbito aumento de responsabilidades familiares.

B. DETERIORO O COMPROMISO TARDÍO DE LA INTELIGENCIA.

La palabra deterioro, introducida en la psiquiatría por Kraepelin es hoy día ampliamente usada. Algunos la usan para señalar múltiples estados de déficit, pero en general existe consenso en considerarlo un término que implica déficit intelectual. El concepto de deterioro se ha visto enriquecido por la psicometría. Binet es el primero-el año 1908-, en señalar que entre los dementes, la lectura y el vocabulario son mejor conservados que el cálculo. En 1920 Yoakum y Yerkes correlacionan el declinar de la inteligencia con la edad. Se empieza a hablar de un deterioro fisiológico debido al transcurso de los años. Numerosos autores ponen en evidencia que el fracaso frente a los tests verbales es muy lento o casi inexistente, y sin embargo, los otros tests se comprometen substancialmente. Se concluye que el deterioro fisiológico debido a la edad influye en los resultados de ciertos tests y no de otros. En 1930 Babcock introduce un nuevo postulado: "El deterioro mental patológico tiene la misma acción sobre la eficiencia intelectual que el deterioro fisiológico. Respeta los tests de inteligencia estables en el curso del envejecimiento, y compromete los mismos tests que se alteran con el peso de los años". Este postulado es reafirmado en 1939 y en 1958 por Wechsler, quien hace una distinción entre los tests que se conservan en el deterioro fisiológico y/o patológico y aquellos que no se conservan.

En el Wechsler, los tests que se conservan son los siguientes: Vocabulario Información Ensamblaje Completación de figuras. Los test que no se conservan: Dígitos, Semejanzas Símbolos de dígitos Cubos

Wechsler propuso un método para calcular el deterioro de un paciente, hasta hoy ampliamente usado. Es un cociente entre la diferencia de puntajes obtenidos en los tests que se conservan y no se conservan, y los tests que se conservan, multiplicado por 100 para llevarlo a porcentaje. O sea:

$$\text{Cálculo del deterioro} = \frac{\text{Test que se conservan} - \text{Test que no se conserva}}{\text{Tests que se conservan}} \times 100$$

Hay un porcentaje de deterioro normal que aumenta con la edad: el valor medio es de 0 a los 24 años, 16% a los 59 años, etc. A los 65 años la media de CI es la de un niño de 11 a 12 años. Cuando el deterioro total de un sujeto es superior al deterioro normal para su edad, éste es un deterioro patológico. Cuando el sujeto tiene un deterioro total mayor en un 20% en relación a lo que corresponde a su edad, quiere decir que la influencia del deterioro patológico es manifiesta.

Si bien el deterioro fisiológico y el deterioro patológico tienen los mismos efectos desde el punto de vista psicométrico, sin embargo es evidente que esta correspondencia no implica que ambos deterioros sean cualitativamente idénticos. Clínicamente es distinto el deterioro de un anciano normal comparado con igual compromiso en un sujeto joven.

Hemos hecho estos alcances sobre la psicometría del deterioro con el fin de ilustrar lo mejor posible el concepto. Sin embargo, sucede acá algo semejante a lo que mencionábamos en relación a la medición de la inteligencia. No siempre tenemos la posibilidad de medir psicométricamente el deterioro, y por otro lado el clínico debe afinar

su capacidad para detectarlo, y describirlo a través de la entrevista.

Los subtests de Wechsler que miden CI, los ordenábamos en relación a lo que consideramos son los dos factores fundamentales que constituyen la conducta inteligente.

1. Subtests que miden fundamentalmente capacidad de asimilación: Vocabulario
Información Comprensión Ensamblaje
2. Subtests que miden fundamentalmente capacidad de razonamiento lógico: Semejanzas
Construcción con cubos Ordenación de historias

Los subtests que miden fundamentalmente capacidad de asimilación están incluidos en el grupo que Wechsler considera tienden a conservarse con el deterioro. Y los subtests que miden fundamentalmente capacidad de razonamiento lógico están incluidos en el grupo de los que no se conservan con el deterioro.

En otras palabras, la capacidad de asimilación de la inteligencia y todo el material que con ella se adquirió tiende a conservarse a pesar del deterioro. No así la capacidad de razonamiento lógico, que se compromete rápidamente con el deterioro. Este concepto es similar al desarrollado por Cattell (1943) y posteriormente por Eysenk que plantean que existen 2 tipos de capacidad mental adulta; "fluida" y "cristalina". La primera se basa en la capacidad de percibir nuevas relaciones y la segunda, en hábitos establecidos desde la infancia en un campo concreto que ya no requieren una "profunda percepción para su operación exitosa". La primera declina con el deterioro, mientras que la segunda tiende a mantenerse.

Será de gran utilidad clínica el poder apreciar fenomenológicamente a través de la relación de entrevista, el estado actual de ambas capacidades. Un sujeto que maneja bien un rico vocabulario, un buen nivel de información, un juicio atinado y es capaz de asociar desde los detalles el conjunto y viceversa, pero que sin embargo es concreto en sus análisis, y no es capaz de deducir ni inducir conclusiones satisfactorias en relación a lo que surja en la entrevista, quiere decir que sufre un proceso de deterioro. Significa que tuvo un mejor nivel previo, que está dado por el nivel que muestran los tests que miden capacidad de asimilación y que éste ha decaído, nivel dado por el rendimiento pobre en el razonamiento lógico. Por otro lado, un paciente que muestra un déficit parejo en sus capacidades de asimilación en relación a las de razonamiento lógico, presenta retardo mental.

Hemos diferenciado el compromiso de la inteligencia del retardo mental con el del deterioro, en base a la variable tiempo. Uno es precoz y el otro tardío. Pero el que uno sea precoz y el otro tardío les da también características clínicas diferentes. Podemos decir que el retardo mental es un compromiso global de la inteligencia, a diferencia del deterioro que compromete ciertas aptitudes precisas. Esto se traduce en que a veces el deteriorado mantiene un CI normal, compensado por las funciones conservadas, lo cual ha llevado a muchos clínicos a señalar que el deterioro no implica compromiso de la inteligencia. Esto último confunde. Debíamos decir que el deterioro implica compromiso de la inteligencia, pero no siempre se traduce en una alteración del CI, sino en compromiso de algunas habilidades específicas. Insistimos en el "no siempre", porque lo más habitual es que el deterioro patológico de cierta evolución implique una caída de la inteligencia global.

- *Deterioro psicoorgánico*: Término que designa el mismo concepto que hemos descrito, pero subrayando su necesaria conexión etiológica con el daño orgánico cerebral.
- *Pseudodeterioro*: Déficit intelectual del paciente que presenta casi las mismas características del deterioro psicoorgánico, pero cuya causa es funcional. Lo más frecuente es que se vea en pacientes de edad que cursan una depresión.

- *Deterioro reversible*: Durante un periodo se consideró patognomónica del deterioro, la irreversibilidad. Hoy se acepta que exista el deterioro psicoorgánico reversible, que es aquel que presentan los pacientes con patología orgánica susceptible de mejoría. Por ej.: Hidrocéfalo normotensivo, Hematoma subdural crónico, Enfermedad de Wilson's, Porfiria, Insuficiencia cardiaca congestiva entre varios otros. Este concepto supone que un grado importante de deterioro viene dado por el daño que sufre la célula neuronal. Sin embargo, en caso de modificarse las condiciones que generan tal estado patológico las neuronas tendrían posibilidades de recuperarse, y el daño sería transitorio, reversible y no definitivo.
- *Deterioro irreversible*: Deterioro producto de un daño neuronal definitivo, que no presenta mejoría espontánea ni por intervenciones terapéuticas.
- *Deterioro reciente*: Estado de deterioro que se presenta como algo nuevo en el paciente, de sólo semanas o meses de evolución, que habitualmente sigue un curso progresivo y que está relacionado con una patología que está provocando daño neuronal. Éste puede ser reversible o irreversible.
- *Deterioro antiguo*: Deterioro por lo general irreversible, ya definitivo, producto de un daño neuronal delimitado y no progresivo que el paciente sufrió en su pasado remoto. El poder diferenciar un deterioro reciente de un deterioro antiguo, es de suma importancia en clínica, ya que implica actitudes del todo distintas. Ayuda el observar cómo vive el paciente sus déficits intelectuales. El deteriorado reciente a menudo se angustia, enfrenta las situaciones de prueba con gran autoexigencia, y se queja de haber sido más capaz y de no entender lo que le pasa. Su historia personal revela un quiebre reciente en los rendimientos, habitualmente progresivo, el cual es confirmado por sus familiares y compañeros de trabajo. El deterioro antiguo da la impresión de que ya sabe lo que rinde, y no se esfuerza ni se angustia frente a las exigencias como el reciente. En su historia existe el antecedente más o menos remoto de un estado patológico que le significó un daño en el SNC, y que implicó una baja de rendimientos desde esa época hasta la fecha, pudiendo haber incluso una leve mejoría en los rendimientos por un entrenamiento de ciertas habilidades del paciente, que con el tiempo lo llevaron a suplir algunos de sus déficits.
- *Demencia*: Es un término sindromático que señala un compromiso grave de las capacidades intelectuales. Es claramente definido por el DSM III de la siguiente manera:
 - a) Pérdida de las capacidades intelectuales de severidad suficiente como para interferir con las relaciones sociales y el desempeño laboral.
 - b) Deterioro de la memoria.
 - c) Por lo menos uno de los siguientes síntomas y/o signos:
 - Deterioro de la capacidad de abstracción, como la manifestada por la interpretación concreta de proverbios, incapacidad para encontrar semejanzas y diferencias entre dos palabras relacionadas, dificultad para definir palabras y conceptos, y otras tareas similares.
 - Deterioro del juicio.
 - Otros trastornos de las funciones corticales superiores, tales como afasia (trastorno del lenguaje debido a una disfunción cerebral). apraxia (incapacidad para ejecutar órdenes que son comprendidas, a pesar de presentar la función motora indemne), agnosia (incapacidad para reconocer o identificar objetos a pesar de tener la función sensorial intacta), dificultad constructiva (por ej.: incapacidad para copiar figuras en tres dimensiones, ensamblar bloques, o componerlos de acuerdo a ciertos diseños).

- Cambios en la personalidad, por ej.: alteración o acentuación de rasgos premórbidos.
- d) Lucidez de conciencia.
- e) Ya sea 1 ó 2:
 - Evidencias por la historia clínica, el examen físico, o los exámenes de laboratorio, de un factor orgánico específico que se considera está etiológicamente relacionado con el trastorno.
 - En ausencia de esta evidencia, un factor orgánico que presumiblemente explique el síndrome, siempre que hayan sido descartadas otras patologías además de los Desórdenes Mentales Orgánicos, y si el cambio conductual refleja un deterioro cognitivo en varias áreas.

Sin embargo, el término demencia no se usa sólo en sentido sindromático. Es habitual su uso como un término psicopatológico que denota un grave compromiso intelectual de origen orgánico. Demencia en este caso sería un deterioro grave. La diferencia entre uno y otro es cuestión de grados, es una diferencia cuantitativa más que cualitativa. Precisar la frontera en que el deterioro se llama demencia es difícil. Es aconsejable hablar de demencia en un sentido psicopatológico, cuando el deterioro llega a tal grado, que cumple con los criterios en relación al déficit de la capacidad intelectual planteado por el DSM III para el Síndrome Demencial.

- *Pseudodemencia*: Es análogo al concepto de pseudodeterioro. Déficit intelectual grave, calificado como demencia, que presenta casi las mismas características en la demencia psicoorgánica, pero cuya causa es funcional. Es frecuente el diagnóstico en personas ancianas deprimidas.

ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN

2.c. PSICOLOGÍA DE LA ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN

Al igual que la conciencia, la inteligencia, la memoria y la orientación, la atención es un instrumento del vivenciar. Por lo tanto, es condición necesaria para un vivenciar normal. Sin atención la existencia se convierte en un devenir difícil de imaginar, ya que es consustancial al ser viviente el sacar partido de su medio ambiente, aunque sólo sea para satisfacer sus necesidades básicas. Esto sólo lo logra si está atento a lo que sucede en su entorno.

La atención es la orientación de nuestra actividad psíquica hacia algo que se experimenta, permitiendo así el vivenciar. Acá el estímulo se acepta indiscriminadamente, en forma pasiva y sin esfuerzos.

Este algo que se experimenta puede provenir de situaciones externas (sensaciones, percepciones, etc.) o de situaciones internas (pensamientos, sentimientos, etc.). A través de la atención nos informamos de las modificaciones fisiológicas y patológicas de nuestro medio interno, ya sea físico o mental, que nos permite la elaboración intelectual.

La atención puede ser espontánea o voluntaria. En el primer caso, la atención está a merced de los estímulos cambiantes que la impresionan. Hay ciertas características de los estímulos que atraen con más facilidad la atención; entre éstas, la mayor intensidad, la repetición, la desaparición del estímulo, la novedad, la variedad y la rareza de éste. En la atención voluntaria, la dirección de la atención es gobernada activamente por el sujeto, que voluntariamente dirige la atención.

Cuando la atención permanece orientada en forma persistente hacia una situación determinada, se está llevando a cabo la función de concentración. A través de la concentración, la atención crea las condiciones para que una determinada situación pase a ser la más destacada en el campo de la conciencia, otorgando la psique una mayor energía y dedicación a tal asunto, con lo cual el sujeto adquiere mayor noción, exactitud y claridad, con rendimientos más eficientes en el manejo de sí mismo, y del mundo que lo rodea.

La atención y concentración son requisitos indispensables para un buen rendimiento intelectual, siendo una condición necesaria para que se lleven a cabo los procesos de asimilación y razonamiento lógico, propios de la inteligencia. En el capítulo sobre inteligencia, veremos que el test de Wechsler incluye tres pruebas que, a juicio de Rapaport, evalúan fundamentalmente capacidad de atención y concentración. Estas pruebas son retención de dígitos, pruebas aritméticas y completamiento de figuras. Las describiremos acá porque consideramos que ilustran los conceptos de atención y concentración, y son a menudo usadas por los clínicos en sus entrevistas.

La retención de dígitos consiste en mencionar al paciente una secuencia de dígitos de dificultad creciente, secuencias que el paciente debe retener y repetir. Por ej.: 2 - 9 - 3 - 1 - 8.

Esta prueba mide atención, ya que para poder rendir bien en ella se requiere ser capaz de asimilar sin esfuerzo la serie de dígitos. "De hecho aquellos pacientes que tienen que hacer un gran esfuerzo para escucharlos y para retenerlos, no tardan en empezar a equivocarse; el esfuerzo voluntario no puede reemplazar la condición -óptima para este test- de la atención pasiva automática" (Rapaport, 1959). El mismo autor señala,

destacando el carácter pasivo de la atención, que en la vida cotidiana, la atención funciona cuando, por ejemplo, podemos seguir el desarrollo de una conferencia o la lectura de un libro sin un esfuerzo especial. Cuando reiteradamente perdemos el hilo, es porque nuestra atención está perturbada.

En las pruebas de aritmética al paciente se le solicita resuelva algunos problemas matemáticos sencillos, usando las cuatro operaciones básicas de suma, resta, multiplicación y división.

Es una prueba fundamentalmente de concentración, ya que el sujeto se concentra en el continuo de números, y en el patrón de los cuatro cálculos aritméticos básicos. "El continuo abstracto de números, y los patrones abstractos de los cuatro cálculos están a disposición de la conciencia de cualquier persona media; la tarea de la concentración consiste en volver los pasos hacia estos patrones interiorizados" (Rapaport, 1959). El mismo autor señala que el proceso de concentración se observa en la vida diaria cuando el material que ha de percibirse se torna demasiado complejo, haciéndose necesario el esfuerzo voluntario para su selección y organización, de modo tal que se vuelva significativo y perdurable; o bien allí donde la atención se halla disminuida y el esfuerzo voluntario es necesario para ocuparse de la entrada o salida del estímulo.

El subtest de completamiento de figuras consiste en una secuencia de láminas, a cada una de las cuales le falta un detalle que debe ser descubierto por el examinado. Por ejemplo: al dibujo de un cerdo le falta la cola.

Es también un test de concentración, pero a diferencia del test de aritmética, en el cual la concentración se realiza sobre los patrones interiorizados, en éste el sujeto debe considerar, además de los patrones interiorizados, los modelos externos que se le colocan ante su vista.

De los modelos externos que son los dibujos, debe captar lo que falta en ellos, o sea, en qué se desvían de los patrones internos. El esfuerzo de concentración es voluntario y selectivo, requisito para el éxito de esta prueba.

2.3. PSICOPATOLOGÍA DE LA ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN

- *Aproxesia*: término derivado del griego (prosexis: volver la mente a la atención, dedicarse, consagrarse, estar involucrado en), que denota el trastorno psicopatológico de la atención que consiste en falta absoluta de atención.
- *Hipoproxesia*: trastorno psicopatológico de la atención que consiste en la reducción de la capacidad atenta. La atención es superficial y pobre, hay tendencia a la distraibilidad y un registro pobre de los eventos.
- *Hiperproxesia*: trastorno psicopatológico de la atención, en el cual el sujeto presenta un notable aumento en la capacidad de atención espontánea, pero a expensas de una notoria disminución de su forma voluntaria. El paciente se ve solicitado por una excesiva gama de estímulos, lo que dispersa su actividad psíquica.

Ejemplo:

Un enfermo maniaco, presentado en reunión clínica, parece coger todos los estímulos ambientales, no filtra nada, sin perder el hilo del diálogo que sostiene con su entrevistador. Al entrar a la sala un médico calvo sacando un cigarrillo de la cajetilla, el paciente se para rápidamente, y le solicita un cigarrillo diciéndole "la ocasión la pintan calva", luego vuelve a su asiento y continúa el diálogo.

- *Hipermetamorfosis*: se denomina hipermetamorfosis a la exaltación de la atención espontánea en detrimento de la atención provocada. Cualquier estímulo ambiental inmediato orienta el psiquismo en tanto que el paciente se desconecta de la situación anterior que captaba su atención.

Ejemplo:

Un estado amencial ya descrito a propósito de este compromiso de conciencia. La paciente era solicitada por cualquier estímulo ambiental. Un ligero ruido de llaves, un golpeteo de manos o un chasquido de dedos o el ruido de movimientos de una silla, le interrumpían el curso de su vida psíquica de por sí calidoscópica. Quedaba como imantada por el estímulo accesorio, e incapaz de retomar al círculo vivencial anterior. La atención provocada era nula, a diferencia de la hiperproxesia maniacal.

- *Concentración disminuida*: trastorno psicopatológico de la concentración, en el cual el sujeto no es capaz de dirigir voluntaria y selectivamente la atención, localizándola en un determinado asunto, de tal manera que le permita operar sobre éste, según sean sus deseos, intereses y objetivos.

MEMORIA

2.d. PSICOLOGÍA DE LA MEMORIA

La memoria corresponde a aquel instrumento del vivenciar que permite a la vivencia quedar retenida y conservada en la psique, pudiendo ser posteriormente evocada. Esta posibilidad de evocación de hechos pasados, permite ampliar la referencia del hombre en el tiempo, contribuyendo a darle la noción de tiempo transcurrido y desde esta experiencia extrapolarla noción del tiempo venidero. Así la memoria nos posibilita la conexión entre pasado, presente y futuro.

En el proceso de memorización se describen cuatro etapas, a cada una de las cuales se las ha denominado como tipos de memoria, ya que se observa cierta funcionalidad independiente entre ellas tanto en el transcurso de la vida como en la enfermedad y en la anormalidad. Estas etapas son: la fijación, la conservación, la evocación y el reconocimiento y ubicación temporal.

Así tenemos entonces:

A. *Memoria de fijación*: en esta fase se captan los materiales a través de la sensación y percepción y se procede a fijarlos en la estructura y organización psicobiológica. La capacidad de fijación es muy variable de un individuo a otro y está condicionada tanto por factores afectivos; el interés y la motivación, el entusiasmo, etc., como por la atención y concentración. Por supuesto que también depende de la intensidad del estímulo externo que se memoriza.

El proceso de fijación del material mnésico incluye dos momentos cuya delimitación tiene relevancia psicopatológica. Lhermitte y Signoret en su trabajo "Analyse psychophysiologique des syndromes amnésiques" (1974) señalan: "Cuando las informaciones penetran en nuestro sistema nervioso, son primeramente registradas por un sistema perceptivo específico, donde se mantienen bajo la forma de trazos sensoriales durante un periodo que no excede probablemente de un segundo. Luego alcanzan un sistema de retención inestable, la memoria a corto plazo, que permite la acumulación de los trazos durante una duración muy breve, del orden de uno a dos minutos". Con el primer momento se refiere a la llamada *memoria inmediata*, memoria de segundos o capacidad de registro. Como está muy condicionada por el nivel de atención, la prueba que mide esta memoria inmediata la describimos en ese capítulo y corresponde a la retención de dígitos.

El segundo momento es el de la *memoria reciente*, memoria de minutos o capacidad de retención. Este depende menos del nivel de atención, y se investiga solicitando al paciente que recuerde los temas tratados, o lo que sucedió en la entrevista minutos antes. Una forma más sistematizada de investigarla es solicitarle al paciente que se aprenda 3 ó 4 palabras no relacionadas entre sí, y luego de 3 minutos preguntarle por ellas.

Esta capacidad va aumentando hasta la pubertad y luego con el tiempo va declinando, haciéndose muy evidente su déficit en personas seniles.

B. *Memoria de conservación*: Una vez fijados en la estructura y organización psicológica,

para que los hechos puedan ser evocados posteriormente, deben poder conservarse. La capacidad de conservación también dependerá de los factores que mencionamos para la fijación, sin embargo, debemos señalar acá un factor natural que afecta necesariamente la conservación y que es el olvido.

A través del olvido se va provocando una atenuación gradual del recuerdo, el cual pierde poco a poco intensidad y nitidez hasta llegar a borrarse por completo. Es un hecho normal y fisiológico de la memoria y contribuye a diferenciar la imagen real y actual de la imagen del recuerdo, restándole nitidez, intensidad y corporalidad.

La conservación de los hechos en la memoria se acentúa y fortalece con la evocación periódica, y de esta manera se reduce el olvido. Además, sólo se conserva aquella información que, una vez registrada, recibe un tratamiento especial. O sea, aquella información que registrada recientemente se integra con los conocimientos y experiencias pre-existentes del sujeto. Si un médico especialista de cierta edad, con una capacidad de memorización objetivamente menor que un colega recién egresado, asiste a una conferencia de su especialidad, posiblemente memorizará mayor cantidad de material que su colega joven. Posee mayor cantidad de material pre-existente, donde incorporar la información nueva.

C. *Memoria de evocación:* En esta fase la memoria actualiza los hechos pasados que están conservados, llevándolos a la conciencia, estableciendo así el enlace entre el pasado y el presente. Esta evocación puede ser hecha en forma consciente y voluntaria, en que el sujeto activamente orienta la atención hacia la búsqueda de algún hecho o recuerdo. También puede haber evocación consciente pero espontánea, o sea, los recuerdos afloran en forma absolutamente involuntaria y eruptiva, el individuo no los busca, no hace el menor esfuerzo evocativo. Y la tercera forma de evocación es la automática e inconsciente. Esta es la que permite actualizarlos movimientos coordinados para la ejecución de un acto aprendido previamente, por ejemplo: manejar un vehículo. Y es esta evocación automática e inconsciente que se dispone de las imágenes del recuerdo la que contribuye a dar a la percepción, el sello de lo ya conocido y familiar.

D. *Memoria de reconocimiento y ubicación temporal:* En esta última etapa el proceso de la memoria realiza la identificación del hecho evocado, el que además debe ser reconocido como un hecho del pasado, agregándole a la imagen del recuerdo aspectos que hacen posible su ubicación en el tiempo. Esto le permite al sujeto tener una noción correcta del tiempo transcurrido.

La memoria de reconocimiento y ubicación temporal es la típicamente comprometida en los trastornos cualitativos de la memoria.

NOTA: Es importante señalar que en la normalidad, la función de la memoria se da con integración armónica entre estos aspectos diferenciables, y la psicopatología manifiesta en general compromisos diferenciados que rompen absolutamente con tal integración funcional.

2.4. PSICOPATOLOGÍA DE LA MEMORIA

A. TRASTORNOS CUANTITATIVOS DE LA MEMORIA

- *Amnesia de fijación:* Es un trastorno psicopatológico de la memoria, que afecta fundamentalmente la capacidad de fijación de ésta. Los enfermos se encuentran así imposibilitados de evocar hechos recientes, conservando su capacidad para evocar hechos antiguos. En la amnesia de fijación puede estar comprometida la memoria inmediata, que depende fundamentalmente de la capacidad de atención y concentración, y/o la memoria reciente o capacidad de retención. A este tipo de trastorno de la memoria también se lo denomina amnesia anterograda, término que enfatiza la inoperabilidad de la memoria frente a hechos por venir.

Ejemplo:

Un paciente joven con un síndrome depresivo consulta por brusca caída de rendimiento, y su queja principal era no lograr retener casi nada en sus lecturas y en clase. En contraste con la capacidad de evocar aceptablemente todo lo estudiado antes de caer en este estado.

- *Amnesia de conservación:* Corresponde a un tipo de amnesia de evocación. Pero en la amnesia de evocación propiamente tal, el trastorno fundamental radica en la incapacidad de actualizar hechos pasados que sí están conservados y que el paciente ha evocado en otros momentos. En la amnesia de conservación, en cambio, la memoria pierde su capacidad de mantener a través del tiempo un material que ha sido fijado. En la amnesia de evocación propiamente tal el paciente se extraña de que un hecho que habitualmente recordaba y que le era familiar, de pronto no pueda traerlo al presente. El paciente que sufre de amnesia de conservación se queja de que se le olvidan las cosas, muchas de las cuales hacía poco tiempo había aprendido o grabado (o sea fijado) en su memoria.

Ejemplo:

Un paciente deteriorado no logra recordar los alimentos ingeridos el día anterior, cosa que le era habitual y sin esfuerzo hasta poco tiempo antes. Su memoria de fijación está en buen estado ya que es capaz de recordar los hechos recientes, como por ejemplo la última comida del día.

- *Amnesia de evocación:* Consiste en la alteración de la memoria que afecta fundamentalmente la capacidad de evocación. El paciente tiene dificultad para actualizar el recuerdo de las vivencias experimentadas, fijadas y conservadas anteriormente y que en otras oportunidades ha podido evocar. También se le denomina amnesia retrógrada, término que enfatiza la inoperabilidad de la memoria en relación a hechos que ya pasaron.

Ejemplo:

Un ejemplo típico es la amnesia nominal. Nombres que corresponden a personas de marcada familiaridad no logran ser reproducidos. Con frecuencia la amnesia nominal aparece como el primer indicio de menoscabo de la memoria como instrumento.

- *Hipomnesia:* Trastorno psicopatológico de la memoria, en el cual se observa una disminución en la capacidad de memorización, debido a una dificultad tanto en la memoria de fijación como en la memoria de evocación. Estas dificultades se relacionan con los factores que describíamos como condicionantes de la capacidad de fijación, conservación y evocación: son la atención, concentración, estado afectivo y otras variantes personales.

Ejemplo:

Un ejemplo ilustrativo es la hipomnesia que presentan los débiles mentales, donde se compromete la memoria de fijación, conservación y evocación.

- *Hipermnesias*: Trastorno psicopatológico de la memoria, en que hay una hiperfunción de ella, pero no en el sentido de un aumento en la capacidad de la memoria, sino un aumento en la capacidad de evocación. Un ejemplo son las visiones panorámicas de la existencia que han vivido algunas personas en trance inminente de muerte, y que refieren haber actualizado en escasos segundos, el curso completo de su vida.
- *Hipermnesia prodigiosa*: Se refiere a una capacidad de memorización fuera de lo común habitualmente, para ciertos temas y áreas. Se supone que esta mayor capacidad de memorización está dada por el especial interés en el tema, además del uso de pequeñas reglas mnemotécnicas de apoyo y entrenamiento.
Ejemplo:
Un ejemplo muy publicitado es el de dos mellizos oligofrénicos profundos que, sin embargo, era capaces de ubicar la fecha completa correspondiente al primer lunes de un mes cualquiera, de varias centenas de años atrás.
- *Amnesias diferenciadas*: Son trastornos psicopatológicos de la memoria, en que se afectan los recuerdos correspondientes a una determinada área sensorial. Así existen la amnesia visual, la auditiva, la nominativa, etc.
- *Amnesia global*: En este caso la amnesia afecta tanto a la memoria de fijación como a la de evocación. Los enfermos muestran un mayor o menor grado de orientación témporo-espacial dependiendo de la gravedad del compromiso mnéstico.
- *Amnesia lacunar o circunscrita*: Es la alteración de la memoria, que se define por la ausencia de recuerdo en un periodo de tiempo preciso y que el paciente refiere como una ausencia de actividad psíquica en este lapso de tiempo. Formas especiales de amnesia circunscrita son la amnesia anterograda que se extiende variablemente a partir del momento en que se instaura el trastorno. Por ejemplo, un TEC. Además, la amnesia retrógrada que se extiende variablemente desde la instauración del trastorno hacia el pasado. Generalmente se combinan ambas formas en una amnesia retroanterograda.

B. TRASTORNOS CUALITATIVOS DE LA MEMORIA

- *Pseudorreminiscencia*: Término genérico para denominar la rememoración patológica de eventos no acontecidos ni experimentados por el paciente. El término integra tres fenómenos psicopatológicos de la memoria. El primero se refiere a una deformación de la realidad contemporánea reciente. Los dos últimos al pasado, y es por esto que su denominación proviene del término fábula, un cuento sobre acontecimientos irreales que transcurrieron en el pasado.
 - a) *Pseudología*: Trastorno psicopatológico de la memoria, también llamado mitomanía o mentira patológica, que se caracteriza por una deformación del recuerdo. El paciente refiere hechos, narraciones y aventuras, que están modificadas, distorsionadas, con el agregado de detalles inexactos y cambios más o menos sutiles o más o menos groseros, que no corresponden con fidelidad a lo que sucedió realmente.
Es habitual observar en ellos a medida que desarrollan el relato, la necesidad afectiva de atraer a los demás, impresionarlos, hacerse el interesante y aun fanfarronear. También se puede apreciar un intento de justificación o excusa, banalizando y aminorando hechos que serían de importancia para el paciente. Cuando se desborda el elemento imaginativo que alimenta estos fenómenos, surge la pseudología fantástica, en que el paciente urde invenciones muy complicadas % fantásticas, identificándose con ellas, actuándolas y engañando a los demás. Algún día se descubre todo, estafas, suplantaciones y fraudes.

Ejemplo:

Un extranjero usaba constantemente la cinta tricolor de la legión de honor en su solapa. Cuando se le preguntaba narraba una larga historia acerca de la circunstancia en que había sido designado miembro. Se comprobó más tarde que no salió nunca de Chile. sólo era hijo de extranjeros.

- b) *Fabulación*: Trastorno psicopatológico de la memoria, en el que el paciente toma por recuerdos auténticos, fantasías de la imaginación. Se produce una falsificación retrospectiva.

El fabulador es un cronista falso, ya que presenta testimonios falsos y engañosos de sus vivencias, el pseudólogo fantástico, en cambio, es un actor identificado con su papel.

Ejemplo:

Una paciente joven durante la entrevista psiquiátrica refería un episodio espectacular en el cual ella enfrentó un bravo perro pastor alemán, tomándolo de la cola lo dio vueltas en el aire, y lo lanzó lejos. Por la contextura y fuerza física de la paciente este hecho era imposible, sin embargo, la paciente estaba convencida de la realidad de un episodio que obviamente fue producto de su fantasía.

- c) *Confabulación*: Trastorno psicopatológico de la memoria, que consiste en una fabulación, pero la cual se realiza como consecuencia del intento del paciente de rellenar abundantes lagunas mnésicas en su memoria.

Ejemplo:

Una paciente con organicidad cerebral le hacíamos recordar que el día anterior habíamos estado tomando té con ella, lo cual confirmaba alegremente, enriqueciendo el episodio con otros detalles como los pasteles que comió, el chocolate que le sirvieron y las personas que estuvieron. La enferma hacía tres años que no salía del hospital.

- *Falso reconocimiento*: Trastorno psicopatológico de la memoria que afecta fundamentalmente a la memoria de reconocimiento y localización. El paciente cree conocer personas o lugares que nunca antes había visto. En este caso a diferencia del *dejá vu*, el sujeto está convencido de que sí conoce antes a tal persona o estuvo hace un tiempo en ese lugar.
- *Criptomnesia*: Trastorno psicopatológico de la memoria, que afecta fundamentalmente a la memoria de reconocimiento y localización. En este caso el recuerdo deja de ser tal desde el momento de su actualización, imponiéndose a la conciencia como algo totalmente nuevo y de reciente formación. Es una vivencia que aparece desprovista de su naturaleza pretérita.
El sujeto considera honestamente como propios, una idea o un conocimiento de procedencia exterior y ajena, cuya fijación no recuerda.
- *Dejá vu*: Trastorno psicopatológico de la memoria, que ha conservado su denominación francesa, y que se podría traducir como fenómeno de lo ya visto. Consiste en la extraña impresión de que una vivencia actual ha sido ya experimentada con anterioridad y en la misma forma. Se da con la plena conciencia por parte del paciente, de que esto no es real y a veces ni siquiera posible.
- *Jamais vu*: Trastorno psicopatológico de la memoria que también ha conservado su denominación francesa, que se podría traducir como fenómeno de lo nunca visto, y que provoca en el sujeto la sensación de no haber visto o experimentado nunca algo que en la realidad ya conoció. Al igual que en el fenómeno anterior, el paciente tiene plena conciencia de que esa situación la había vivido realmente.
- *Amnesia psicogénica*: Trastorno psicopatológico de la memoria en el que el paciente niega recordar hechos pasados, ya sea por el carácter traumático de éstos, ya por una motivación ganancial, sea ésta disociativa o simuladora. La amnesia psicogénica puede

ser: a. Circunscrita: que compromete un tiempo relativamente corto; b. Selectiva: algunos aspectos son recordados y olvidados; c. Generalizada: este sujeto olvida su situación vital y su propia identidad; d. Continua: comenzó en un momento preciso y continúa hasta el presente.

La conducta durante el periodo amnésico es armónica y coherente.

Ejemplo:

Una paciente que había enviudado pocos meses antes, y habiendo asistido a todos los rituales propios de su padecimiento, llegada la hora de almorzar, ponía la mesa para el marido y ella, y caía como en un estado de desazón porque no llegaba y se atrasaba.

Ejemplo de amnesia circunscrita y selectiva.

- *Paramnesia reduplicativa*: Término que se refiere a un peculiar trastorno amnésico, en el cual el paciente declara estar ubicado en dos lugares simultáneamente. Uno de los lugares es habitualmente correcto, mientras el otro corresponde habitualmente a un sitio vecino a la casa del paciente, o incluso, a una pieza de su casa. Un paciente nos decía estar en el Hospital Psiquiátrico El Peral, en el dormitorio de su casa.

ORIENTACIÓN

2.e. PSICOLOGÍA DE LA ORIENTACIÓN

Algunos textos de psicopatología se refieren a la orientación como un subcapítulo de los trastornos de conciencia. En la práctica clínica el valor semiológico de los trastornos de la orientación es tal, que se tiende a asimilar desorientación con perturbación de conciencia. No todo trastorno de la orientación proviene de un trastorno de conciencia, aunque sí todo trastorno de conciencia necesariamente compromete en grado leve o mayor la orientación.

El estudio de la orientación tiene un valor semiológico muy importante no tan sólo para la conciencia, sino para todos los instrumentos del vivenciar. Los compromisos más o menos severos de la memoria o de la atención o de la inteligencia, provocan en mayor o menor grado, desorientación.

La orientación la definimos como el instrumento del vivenciar que permite al sujeto comprender cada uno de los instantes de su vida en relación al pasado, al presente y al futuro, así como su ubicación en relación a los espacios que lo rodean, en relación a sí mismo y al contexto situacional.

Desde esta definición podemos entender las tres funciones principales de este instrumento del vivenciar: la función de orientación alopsíquica, tanto temporal como espacial y la función autopsíquica u orientación de la propia persona.

Describamos cada una de estas funciones:

- A. *Orientación alopsíquica temporal:* El hombre tiene una noción del tiempo que transcurre, sin necesidad de aparatos que lo midan. A través del registro ordenado en la conciencia de las vivencias que ocurren en el tiempo y la capacidad de ser evocadas unas en relación a otras y en una secuencia determinada, construimos el pasado. Desde el presente miramos el pasado y por extrapolación prevemos en algún grado el futuro. Gracias a esta capacidad sabemos la fecha, el día, el momento del día, el año, la estación del año.
- B. *Orientación alopsíquica espacial:* A través de la percepción del mundo externo y de su propia persona el hombre dimensiona los objetos con los que interactúa, los reconoce por sus apariencias externas y guarda recuerdos de su relación vivencial con ellos gracias a la memoria.
Esta capacidad le permite saber en qué lugar se encuentra: país, ciudad, calle, casa, pieza, lugar de la pieza y el lugar que él ocupa en el contexto espacial, en un momento dado.
- C. *Orientación autopsíquica:* La percepción de uno mismo, acompañada de una memoria que registra la continuidad del acontecer en el que uno participa, y el recuerdo de aquellos con los que se participa, permite saber acerca de quién y qué es uno mismo y nos da una visión de conjunto acerca de lo actual y de lo pasado.

2.5. PSICOPATOLOGÍA DE LA ORIENTACIÓN

- *Desorientación parcial:* Trastorno psicopatológico de la orientación, en el cual el sujeto se orienta parcialmente. Su ubicación témporo-espacial es insegura e inconstante. Se afecta en mayor medida la orientación temporal. menos la espacial. Cuando la orientación autopsíquica está afectada. habitualmente ya está comprometida la orientación témporo-espacial.
- *Desorientación temporal:* Trastorno psicopatológico de la orientación en el cual el paciente no sabe en qué fecha está, ignora el día o el mes y el año y tampoco logra ubicar el momento del día en que se encuentra.
- *Desorientación espacial:* Trastorno psicopatológico de la orientación, en el cual el paciente no sabe en qué lugar físico se encuentra. Puede ignorar en qué ciudad está, si está en su casa, en un hospital o en otra institución. No sabe en qué parte de la casa se encuentra, ni qué lugar ocupa.
- *Desorientación autopsíquica:* Trastorno psicopatológico de la orientación en el cual el paciente no sabe quién es, de dónde viene ni para dónde va. Desconoce su rol social, familiar y aun puede llegar a ignorar sus pertenencias.

EL YO

3.a. PSICOLOGÍA DEL YO

A. El Yo y su funcionalidad

Los textos de psicopatología en el capítulo correspondiente a la patología del Yo se circunscriben a los trastornos que tienen relación con la conciencia del Yo. Henry Ey y Castilla del Pino son la excepción. Ellos mencionan alteraciones del Yo, que van más allá de la psicopatología de la conciencia del Yo, algunas de las cuales nosotros adjudicamos a alteraciones de su estructura y organización. Sin embargo, en sus descripciones más que mostrar estos fenómenos, los interpretan desde la perspectiva psicoanalítica.

Es bastante comprensible este hecho, porque mencionar al Yo en psicopatología es mencionar una estructura y organización dinámica, variable que el psicoanálisis ha integrado satisfactoriamente.

En general, los aspectos psicológicos y psicopatológicos que hemos considerado en los capítulos anteriores tienen relación con hechos psíquicos que aparecen en un momento determinado y que para captarlos no es imprescindible entender cómo se han llegado a constituir a través del tiempo. Al tratar del yo sucede algo diferente.

Así, para hacer psicopatología de la sensorpercepción, basta con describir aquello que observamos en un momento dado de la relación sujeto-ambiente. Lo mismo pasa con la psicomotricidad, el pensamiento, la afectividad, etc. Sin embargo, cuando hablamos del Yo, hablamos de una estructura y organización emergentes, que definen su esencia a través del tiempo, en un dinamismo que va determinando su constitución.

Cuando se describe el método fenomenológico se pone énfasis en aquel aspecto que lo define y que es la observación del fenómeno tal como se nos da en ese momento frente a nosotros. Este es en esencia el método fenomenológico descriptivo y, asumido como tal, nos lleva a marginar aquellos aspectos del fenómeno en cuestión que tienen que ver con su pasado. Como el hablar de psicología o psicopatología del Yo es hablar de una estructura y organización dinámica a través del tiempo, es comprensible que los psicopatólogos fieles al método fenomenológico descriptivo se hayan centrado sólo en aquellos aspectos del Yo que aparecen frente al observador en el momento mismo de su exploración diagnóstica, como son aquellas alteraciones del Yo que tienen que ver con su conciencia, sus límites, su existencia. Esto se tradujo en indiferencia frente a aquellos aspectos del Yo que si bien se manifiestan de una u otra manera frente al observador en el aquí y ahora, es inevitable para su mejor captación y comprensión volver la mirada al pasado, a las experiencias e interacciones que dinámicamente lo han ido configurando.

Tocamos aquí un punto que nos parece crucial, ya que asistimos hoy día a una psiquiatría cada vez más integradora, y, sin embargo, en el trabajo semiológico y psicopatológico básico, en especial de la funcionalidad yoica, no logramos ver la relación entre el enfoque fenomenológico y el psicoanalítico.

Se identifica a la escuela fenomenológica clínica con sus aspectos metodológicos que describimos más arriba y con la concepción jaspersiana de procesos y desarrollos. Estos conceptos se aplican a los fenómenos psicopatológicos, bajo términos como

primario-secundario y comprensible-incomprensible. Jaspers describió los trastornos psicopatológicos del Yo que se presentan en el aquí en el ahora, y que corresponden a lo procesal, primario e incomprensible, pero no insistió en la psicopatología del Yo que involucra aquellas dimensiones comprensibles y que se acercaría a su concepto de desarrollo. Esto ha llevado, en la práctica, a excluir del método fenomenológico los aspectos psicodinámicos y a adjudicárselos al psicoanálisis y, en general, a las escuelas interpretativas, las que se interesan sobre todo por el pasado, por la historia y dinamisismos que han llevado al sujeto a la situación de ese momento.

La visión de proceso y desarrollo, conceptos extraídos por Jaspers del filósofo inglés Dilthey, en miras a hacer una interpretación de la historia universal mediante la cual pudiera también entenderse la historia del sujeto, no es consustancial al método fenomenológico. Lo señalamos porque dicha concepción ha contribuido a la omisión por parte de los psicopatólogos de los aspectos psicodinámicos, ya que al enfermar sería un proceso, un quiebre que el observador sería incapaz de enlazar con el pasado. El paso de la psicología a la psicopatología no sería un continuo en el que se transitaría de una a otra dependiendo del grado de compromiso cuantitativo, sino un discontinuo, en que el tránsito requiere de un salto, ya que un fenómeno de uno u otro orden sería cualitativamente distinto.

Nosotros creemos que también puede hacerse fenomenología descriptiva. incorporando las variables psicodinámicas, en una fenomenología descriptiva dimensional, la que nos permitiría ver la conexión existente entre lo normal y lo patológico, aceptando la continuidad de este transcurrir.

Este método fenomenológico descriptivo dimensional integra ambos momentos, presente y pasado, sin necesariamente interpretarlos, tan sólo descubriéndolos, e incorpora el carácter de continuidad entre los fenómenos psicológicos y psicopatológicos del Yo en todo su espectro, desde lo más sano a lo más enfermo.

Nos hemos referido con más detalle al método fenomenológico descriptivo dimensional en la introducción.

Ahora intentaremos aplicarlo a la psicopatología del yo, que como hemos dicho, si bien reconocida por los fenomenólogos, ha sido más ampliamente desarrollado por la psicología dinámica, en que el yo es el órgano de la personalidad encargado de mantener al sujeto adaptado a la realidad.

Hemos ordenado la exposición de la psicopatología, en tres partes: la Psicopatología de los elementos del vivenciar, la Psicopatología de las cualidades del vivenciar o Psicopatología del Yo y la Psicopatología de los instrumentos del vivenciar. Hemos hecho sinónimos, psicopatología de las cualidades del vivenciar a psicopatología del Yo, porque es el Yo el que cualifica la vivencia.

Los elementos del vivenciar, sensaciones, percepciones, representaciones, afectividad, actividad psicomotriz y pensamiento adquieren su cualidad en esta instancia que llamamos Yo.

El Yo, en cuanto a su acepción fenomenológica, apunta a la experiencia de uno mismo. Como señala Francisco Fernández, "es verdad que hay una conciencia del Yo y una conciencia de los objetos. Pero es asimismo cierto que la conciencia del Yo está presente más o menos relativamente en todos los estados de la conciencia. El Yo es una cualidad común a todas las experiencias psiquiátricas normales. Precisamente por ello el sujeto tiene conciencia de que las experiencias y las vivencias son un producto psíquico suyo. Hay una experiencia central del Yo en la experiencia y la vivencia del Yo...". Pero además de esta presencia central del Yo que me permite tomar conciencia de que lo vivido es producto mío, hay una presencia del Yo, periférica e impregnante en las experiencias y

las vivencias objetivas, o sea, en la relación del sujeto con el mundo de manera funcional.

Este segundo aspecto, si bien mencionado por los fenomenólogos, ha sido más elaborado por la psicología dinámica, que considera al Yo como el "órgano" de la personalidad encargado de mantener al sujeto adaptado a la realidad.

En la perspectiva psicoanalítica el yo ocupa un lugar fundamental, esbozado desde los primeros escritos de Freud, y ampliamente confirmado por los desarrollos posteriores de Hartmann. Sintéticamente, basándonos en la tesis de LarraínMendez-Pruzzo "Conceptualizaciones psicoanalíticas de las funciones yoicas", describiremos las cuatro concepciones del yo en la historia del psicoanálisis. La primera corresponde a la fase inicial de los conceptos freudianos, donde concibe al yo "como una organización de neuronas, en el lenguaje fisiológico, o representaciones en términos psicológicos, el cual tiene una catexis o carga energética permanente más que cambiante" (Larraín 1986). En la segunda concepción, Freud pondrá el énfasis en las pulsiones e instintualizará el yo. "La censura intrapsíquica, aquello que impedía que el material inconsciente se hiciera consciente, se suponía que estaba a cargo de los "instintos autopreservativos del yo" o "pulsiones de autoconservación". Cuando Freud reemplaza la concepción topográfica, Inconsciente-Preconsciente-Consciente, por la estructural, yo-ello-super-yo, la hipótesis sobre los instintos del yo es reemplazada por el construto yoico. El yo es concebido como una entidad estructural, una organización coherente de funciones y procesos mentales que está fundamentalmente organizada alrededor del sistema perceptualconsciente, pero que también incluye estructuras responsables de la resistencia y la defensa inconsciente. El yo concebido como una organización coherente, con una función sintética propia, logra cierto grado de independencia de los impulsos, lo cual permite una relativa objetividad con respecto a la realidad. La relación del yo con esta última destaca claramente el papel fundamental de la realidad en esta fase de la teoría: la función principal del yo es conciliar las exigencias del ello, superyó y la realidad (Larraín 1986).

Sin embargo como señalan en síntesis los autores citados, fue solo en 1939, con la publicación de Heinz Hartmann de un ensayo titulado "Psicología del yo y el problema de la adaptación" que comenzó hasta la actualidad un desarrollo sistemático de la psicología del yo. En esta cuarta concepción psicoanalítica del yo, se le concedió una importancia central a la adaptación, llegando esta a considerarse actualmente como otro de los postulados metapsicológicos dentro de la teoría psicoanalítica. (H. Kaplan, A. Freedman y B. Sadock, 1981).

Este nuevo enfoque privilegia la importancia de la realidad en un sentido amplio y profundo, como una dimensión significativa del pensamiento psicoanalítico, ya que una óptima adaptación se logra desde una adecuada consideración de la realidad externa.

Bajo el término de Self, los psicoanalistas también han conceptualizado el yo en cuanto conciencia de sí mismo. El yo es la única realidad de la cual se tiene experiencia, ya sea como sujeto, expresado en castellano por "yo", o como objeto, expresado en castellano por "mi mismo". Esta experiencia del yo como objeto alude a una actividad reflexiva frente a la experiencia interna, que se desarrolla en la medida en que el yo adquiere representación de sí mismo. (Larraín-MéndezPruzzo, 1986).

Integrando los aportes fenomenológicos y psicoanalíticos al concepto del yo, pudiéramos decir que el yo es el que comanda la vida psíquica y es el Yo la instancia psíquica fundamental que personaliza las vivencias y hace propios los actos psíquicos. Es una estructura y organización compleja, esencialmente dinámica, que integra el vivenciar y mediante el cual éste adquiere pleno sentido. Como señalábamos anteriormente, si deseamos describir esta compleja estructura dinámica, debemos entender el proceso que lleva a su configuración. El Yo es una estructura que se constituye, a través de un desarrollo dinámico, de elementos cuya característica fundamental es su oposición

dialéctica. Su estructura y organización van tomando forma a través de la integración de elementos que interactúan dialécticamente. Cuando mencionamos las variables fundamentales que constituyen el Yo, podemos apreciar que éstas son dimensiones que señalan los extremos de un continuo, extremos que son antitéticos y que en su interacción dialéctica definen la estructura y organización del Yo. De aquí que este proceso sea esencialmente dinámico. Como señala Saurí: "La importancia de la contradicción es capital: no sólo es la raíz de todo movimiento -y, por lo tanto, de la vida-. sino que en virtud de ella una cosa es capaz de moverse y tener impulso. En una palabra, es una fuerza dinámica que lanza al hombre hacia una síntesis final de tal manera que lo "pone" constantemente en el devenir y lo hace actuar". "La posibilidad abierta por la dialéctica es justamente esta: al considerar que la historicidad, esto es, el tiempo significativo, es la trama de las cosas, la totalidad encuentra su ubicación conceptual adecuada y deja de ser considerada como una suma".

Hemos definido cuatro dimensiones__cnnstitutivas del yo en este proceso dinámico, las cuales describiremos más adelante haciendo referencia a este doble aspecto ya mencionado, el fen9mennLógicó cualificad_ordel vivenciarporun lado. y el carácter comandado, controlador y regulador de la vida psíquica del sujeto en su relación con el entorno, por otro. A través de esto últimoel-yo proyecta el sujeto al futuro, integra supasadoy maneja e]presente. El manejo de la temporalidad, su sentido y vívencías propias, son funciones esenáales del yo.

La dilucidación de estos elementos opuestos dialécticamente, que interactúan entre sí y constituyen en su interacción una estructura propia que denominamos Yo, ha sido hecha desde antaño en la psicología, a través de todos los investigadores que concebían la mente como una estructura y organización dinámica.

El investigador más representativo bajo esta perspectiva es S. Freud, quien señaló tres dimensiones que determinarían el carácter del sujeto y gobernarían su vida psíquica. Estas son: sujeto-objeto, placer-dolor y actividad-pasividad. Sin embargo, estas tres dimensiones ya habían sido descritas por otros teóricos anteriores y contemporáneos de Freud en Francia, Alemania, Rusia, otros países Europeos y USA. Las dimensiones activo-pasivo, sujeto-objeto y dolor-placer habían sido identificadas ya sea parcial o totalmente por Heymons y Wiersman (1906), Mc Dougall (1908), Neumann (1910), Kollarits (1912), Kahn (1928), Fiske Maddi (1961) y otros.

También la dimensión sujeto-objeto está presente en la dicotomía introversión-extroversión de Jung, la dimensión activo-pasivo, en la polaridad usada por Adler y ya señalada por Aristóteles. Eynseck define las dimensiones extroversión-introversión y neuroticismo-estabilidad.

El éxito de Freud, como señalamos en la introducción, no radica en haber señalado tales dimensiones básicas, sino en haber creado un modelo interpretativo que epistemológicamente sigue el método dialéctico, método a nuestro juicio indispensable para cualquier hipótesis que pretenda comprender y manejar una estructura dinámica.

Millon en su texto "Trastornos de la Personalidad" hace un estudio sobre esta aproximación dimensional de la personalidad que se ha desarrollado hasta nuestros días, concluyendo que son tres las dimensiones que deben aceptarse como determinantes de la estructura del carácter. Estas son: activo-pasivo, dependienteindependiente y acercamiento-evitación.

Creemos que Millon cae en la misma insuficiencia de otros investigadores psicodinámicos, que sin quererlo hacen una escisión entre la psicopatología del "neurótico" y la psicopatología del "psicótico".

Las tres dimensiones de Millon dan cuenta de los trastornos psicopatológicos del Yo, siempre correlacionados con los trastornos del carácter y la personalidad, cuando el

principio de realidad no sufre mayor compromiso. Cuando mantiene una cierta cohesión, pero no es útil para describir la psicopatología -del Yo en los cuadros graves, psicóticos y limítrofes, desestructuradores y disolventes de la organización yoica.

En otras palabras, las dimensiones dependiente-independiente, acercamiento-evitación y activo-pasivo, aportadas por Millon, nos ayudan a precisar la psicopatología del Yo que se muestra en los trastornos de personalidad y que siguiendo la clasificación del DSM III serían denominados como: Histriónico, Dependiente, Narcisista, Antisocial, Compulsivo, Pasivo-Agresivo, Evitador y Esquizoide. Pero no nos dan cuenta de lo que acontece con el Yo del Fronterizo: Bodeline, Paranoico y Esquizotípico, y menos aún con el del psicótico franco, sea esquizofrénico, paranoide o psicótico reactivo, depresivo, orgánico y otros.

Esta ausencia de continuidad puede entenderse por los factores que mencionábamos hace poco; los fenomenólogos han sido indiferentes a la fenomenología descriptiva de los procesos dinámicos y se han limitado entonces a la psicopatología más grave del Yo, la más gruesa, la que se percibe sin necesidad de considerar el pasado, sino observando el fenómeno que aparece aquí y ahora en toda su manifestación. Es decir, la psicopatología del Yo psicótico. Y por otro lado, las corrientes psicodinámicas fuertemente influenciadas por Freud han marginado al Yo psicótico, un Yo demasiado desorganizado como para ser objeto de una psicoterapia reestructuradora, meta última del psicoanalista. Sin embargo, en relación a esto cabe mencionar los importantes aportes de M. Klein, que han contribuido a reducir tal discontinuidad. Más preocupada por las etapas pregenitales que Freud, a quien le interesa fundamentalmente la resolución edípica, Melanie Klein se propone describir el proceso de individualización del Yo en un periodo crucial de su constitución, que ella denomina esquizoparanoide. Y aunque desde una perspectiva distinta, más interpretativa, se acerca mucho a la psicopatología grave del Yo, aquella que se perfila cuando el Yo psicotiza, cuando éste empieza a confundir la realidad con la irrealidad.

Creemos que para ver la psicopatología del Yo como un continuo que abarque los trastornos más graves y "psicóticos" pasando por aquellos más leves o "neuróticos", hasta llegar a su psicología normal, debemos agregar a las tres dimensiones precisadas por Millon una cuarta, la dimensión realidad-irrealidad.

Cada una de estas cuatro dimensiones que se van perfilando a lo largo del desarrollo del sujeto, adquieren una fisonomía más definida después de la adolescencia.

Hemos señalado estas cuatro dimensiones que consideramos dan cuenta de la funcionalidad yoica de manera más o menos global. Sin embargo las planteamos con un carácter de proposición, pudiendo reemplazarse alguna o considerarse otras según se demuestre su necesidad. Con este mismo carácter proposicional y sólo con el fin de ordenar la metódica de aproximación a estas dimensiones, hemos considerado 3 áreas preferenciales de exploración. El área del vínculo en la que se explora la dimensión realidad-irrealidad, el área de las interacciones en la que se explora la dimensión dependencia-independencia, y el área de las relaciones en la que se explora la dimensión adhesividad-evitación. Con vínculo queremos denotar la importancia de las relaciones objetales tempranas en la génesis del principio de realidad, y la excelente vía de exploración de este principio que ofrece la forma de vincularse el paciente con los demás, con el terapeuta y en general con sus objetos. El área de las interacciones alude al manejo, por parte del sujeto, de lo que tradicionalmente se ha llamado su "propia identidad", que se refleja y se construye en su actitud dependiente, independiente o ambivalente en su relación con los demás. Por área de las relaciones entendemos aquellas instancias en la que el sujeto muestra una tendencia a acercarse al otro, deseando el contacto estrecho por sentirlo atractivo y confortable, o eludiéndolo por sentirlo incómodo y/o indiferente.

Si tratamos de reducir a elementos más simples el proceso dinámico por el que atraviesan estas dimensiones hasta configurarse como tales, diríamos que en la interacción del sujeto con los objetos y consigo mismo, se van internalizando las polaridades en forma integrada o escindida. En otras palabras, el origen de la patología radicaría en la dificultad para integrar ambas polaridades, lo cual llevará al sujeto a vivirlas como antinómicas, lo que conduce a adscribirse sólo a un extremo de la dimensión, o conjugar ambos, sin integración posible. Si vive uno de ellos, relega al otro hasta hacerlo desaparecer de su vivenciar, lo cual no significa anular su poder dinámico.

Pretendemos sólo poner en evidencia y describir, cómo para el observador el desarrollo normal de estas dimensiones del Yo se vivencia como una integración de polaridades. Construir hipótesis acerca de cuál es el mecanismo que hace posible la integración de tales polaridades, no corresponde a los objetivos de este trabajo, pero que reconocemos es fundamental para la acción psicoterapéutica, como explicaremos en el último capítulo.

Reiterando algunos conceptos podemos decir que desde el método fenomenológico descriptivo dimensional el proceso de maduración consiste en la integración de las polaridades de cada dimensión y que la anormalidad o patología se observa cuando el proceso ha quedado detenido o trabado y el dualismo de la dimensión se mantiene como tal sin haber podido transformarse en una dimensión cualitativamente distinta gracias al proceso de integración resolutive. La normalidad o funcionalidad del Yo se expresa en su capacidad integradora de los extremos polares de sus dimensiones básicas y consecuentemente, su psicopatología incide en la escisión de uno o varios de tales extremos dimensionales antagónicos, en tal forma que la patología psíquica ligada al Yo, acerca su limitación funcional a los estadios más primarios de su desarrollo. Y mientras más grave sea su limitación funcional, más puros serán los polos dimensionales, en cuanto a expresión conductual patológica.

Como señalábamos en la Introducción, esta aproximación a la psicopatología del yo que pretendemos mostrar a través del método que hemos denominado fenomenológico descriptivo dimensional, no debe ser leída sino con el sentido de una reflexión que pretende llenar un vacío en el primer paso de la formación del psiquiatra. No tiene un carácter concluyente. Su mérito, más que en los contenidos mismos, pudiera radicar en la denuncia de un déficit y en el intento de esbozar una respuesta. En el último capítulo "Aportes del diagnóstico Fenomenológico Categorical y Dimensional para la práctica terapéutica", intentaremos precisar más su utilidad en el trabajo con nuestros pacientes.

B. Dimensiones del yo

1. Dimensión realidad-irrealidad

El Yo está expuesto a vivencias de realidad e irrealidad. Percibe un mundo externo desde el cual elabora un juicio de realidad, pero también convive con su mundo interno de fantasías, imaginaciones y ensueños. El Yo maduro y sano delimita con precisión y claridad las fronteras que separan la realidad externa del mundo de la fantasía y de la imaginación. La percepción que tiene de sí mismo y de los demás corresponde a lo que son los demás y a lo que es el sí mismo y no a deseos, imaginaciones y fantasías internas que anulen, desplacen o confundan tal realidad.

Esta estricta delimitación, sin embargo, no impide que el Yo pueda convivir con ambas áreas, aceptando la integración dialéctica de estos opuestos, o sea, pudiendo sentir sin ambivalencia cuánto de real hay en lo irreal y cuánto de irreal hay en lo real. Es evidente que la interacción entre los polos de esta dimensión tiene lugar a través del

desarrollo del sujeto, por lo tanto esta dimensión va a tener características propias y diferentes en cada una de las etapas del desarrollo. En un sentido genérico podríamos decir que esta delimitación del mundo real-irreal es muy distinta en el lactante, en el niño, en el adolescente y va adquiriendo un perfil mucho más definido en la adultez.

El juicio de realidad fue tratado ampliamente en el capítulo referente al pensamiento. La razón de ubicarlo ahí, radica en que el juicio de realidad de un sujeto nos es comunicado fundamentalmente a través de sus ideas. A través de ellas nos acercamos a evaluar su juicio de realidad o en otras palabras su pensamiento. Pero en la elaboración de este juicio no participaba sólo el pensamiento como un elemento del vivenciar puro y aislado. También lo hace la afectividad, la percepción y por supuesto el Yo (además de los instrumentos: conciencia, memoria, atención, orientación e inteligencia).

Pudiéramos decir que así como el estado afectivo en un momento dado determina en cierto grado la percepción, el pensamiento y por ende, el juicio de realidad, así también la estructura y organización del yo van a orientar la percepción y el juicio de realidad. Es la diferencia entre la idea deliroide de un depresivo y la idea delirante primaria de un paranoico o de una esquizofrenia incipiente. En la primera es el ánimo pesimista y desesperanzado el que alimenta el delirio, en la segunda es una mantenida y permanente estructura que se empecina en mirar el mundo amenazante (en el caso del paranoico) o en sentir cómo esta estructura se disuelve, no tiene límites y/o no existe (en el esquizofrénico incipiente). La angustia del esquizofrénico incipiente, su trastorno del juicio y de la percepción no son más que la consecuencia del proceso de disolución yoica al que asiste el paciente. La función yoica que se constituye dinámicamente y se expresa a través de la dimensión realidad-irrealidad la denominamos principio de realidad, para diferenciarla del juicio de realidad como trastorno del pensamiento.

Consideramos que el trastorno del juicio de realidad, es un trastorno de la ideación, o sea, del pensamiento, de los elementos del vivenciar. Implica necesariamente un grave compromiso del principio de realidad del yo, pero su alteración puede no provenir necesariamente de un trastorno del yo. Ejemplos son la idea deliroide que proviene de un trastorno afectivo o la idea deliriosa a consecuencia de un compromiso de conciencia. También un compromiso grave del principio de realidad puede llevar a un trastorno del pensamiento y, por ende, del juicio de realidad. Esto es lo que sucede en la esquizofrenia. El principio de realidad está tan gravemente alterado que compromete el pensamiento surgiendo así las ideas delirantes. En las personalidades fronterizas el compromiso severo del principio de realidad los lleva a presentar breves episodios de trastornos de juicio de realidad.

Lo que queremos enfatizar es que el juicio de realidad se ubica en la categoría de los elementos del vivenciar y se hace sintomático cuando se ve afectado el pensamiento desde cualquier vía. El principio de realidad, en cambio, es una función yoica que se ve afectada cuando se compromete su estructura u organización. Compromiso que es un continuo que va desde grados muy leves en el normal, pasando por grados medianos en los trastornos de personalidad propiamente tales, hasta el compromiso severo en los fronterizos, llegando a ser grave en los psicóticos.

Con el fin de delimitar más pedagógicamente la alteración de la función de realidad usando términos diferenciadores, el compromiso leve del principio de realidad propio del neurótico lo designamos trastorno de la apreciación de realidad, el compromiso severo del principio de realidad propio del fronterizo, trastorno del sentido de realidad y el compromiso grave del principio de realidad propio del psicótico, trastorno del juicio de realidad. Más adelante precisaremos estos términos.

El principio de realidad del yo se puede describir desde la dimensión realidad-irrealidad del Yo, la cual puede ser analizada tanto en su relación con el mundo externo,

como en su relación consigo mismo y en ambas áreas podemos ver la capacidad del yo de delimitar aquello que corresponde a lo real y aquello que corresponde a lo irreal. El Yo tiende a percibir a los demás en arreglo a los deseos y temores provenientes de su mundo interno. Al igual que en las restantes dimensiones del yo, el fracaso en la integración de sus opuestos se traducirá en que el Yo es incapaz de percibir el mundo con la adecuada dosis de realismo, propio de lo que las cosas son, y al mismo tiempo poder sentir cuánto hay de irrealidad en esa realidad, sentir en parte cómo él quiere que las cosas sean, o sea, permitirse en cierto modo integrar su mundo interno.

Más adelante en la sección correspondiente veremos cómo se da este trastorno psicopatológico en los distintos cuadros psiquiátricos y en los trastornos de personalidad. Sin embargo, para ilustrar mejor el concepto, nos adelantaremos en parte.

Por ejemplo en el esquizofrénico el desplazamiento y anulamiento de la realidad en esta dimensión son evidentes, y fácilmente comprensibles. La falta de integración de los extremos llega a ser caricaturesca.

Cuando la irrealidad no ha invadido totalmente la realidad, la falta de integración se muestra en esa escisión de dos mundos que vive el esquizofrénico y que lo lleva a la doble orientación. Definitivamente lo uno o lo otro. Su realismo no permite asomo de su mundo interno irreal y su irrealismo niega en forma apodíctica la posibilidad de asumir la realidad externa y común. Esta disociación impregna i: todo su vivenciar. Fue lo que Bleuler describió bajo el término de ambivalencia, síntoma cardinal de toda la patología de una estructura u organización dinámica, como también lo señaló Freud para las neurosis, pero que en la esquizofrenia adquiere caracteres dramáticos.

Esta misma escisión la viven las personalidades limítrofes, aunque de manera menos grave y más transitoria. Más aun, es ésta la dimensión que, patologizada, determina el carácter de limítrofe de un determinado trastorno de personalidad, como veremos más adelante.

Hemos revisado la disociación de esta dimensión en relación al predominio de la irrealidad. El hiperrealismo no adquiere nunca la gravedad del irrealismo, talvez porque nosotros juzgamos desde los parámetros de la adaptabilidad a nuestra cultura. Pero mirado desde la perspectiva de la pérdida de libertad, se hace tan grave uno como el otro. Un fóbico obsesivo, orientado por la necesidad de anular tenazmente su mundo interno, asume un realismo que le impide el juego de esa lógica del mundo interno, que hace que lo posible no parezca amenazante. Si bien se adecuará a lo que la sociedad espera de él, o sea a un hiperrealismo que nos refuerza constantemente ya que conviene a sus propósitos progresistas y controladores, el grado de sufrimiento y limitación de sus capacidades afectivas y creativas en esa adecuación es tan intenso y grave como en la alternativa opuesta.

A través de dos ejemplos queremos señalar cómo la integración de un sano irrealismo nos permite vivir más tranquilos y confiados frente a situaciones que por lo grave que son, deberían mantenernos amargados. Hoy en día una perspectiva realista sería preocuparnos por sobre todo de la posibilidad de una guerra nuclear, que amenaza lo máspreciado, nuestra propia vida. Deberíamos estar día y noche elucubrando al respecto, incluso postergando nuestras tareas habituales con el fin de encontrar una salida al problema. Desde una perspectiva realista, un sujeto que vive en la ciudad de Santiago con los índices de contaminación ambiental que presenta y que se preocupa de su salud física y mental, debería vivir constantemente preocupado por las graves consecuencias que ello implica.

Es la integración de la lógica del mundo interno, de la irrealidad donde las cosas pueden ser y no ser a la vez, lo que nos permite apostar que aquello no sucederá o no tiene inminencia, sin más detención ni análisis en el problema. Es una confianza irracional,

irreal. El hiperrealista que ha desplazado su mundo interno, su capacidad de familiarizarse con lo irreal, se aterra y muchos eventos que son sólo remotamente posibles para el común de los mortales, adquieren un carácter de probables y aun inminentes para él. El infierno que vive el fóbico-obsesivo grave es tan desgarrador como el del esquizofrénico.

El Yo debe ser capaz de separar lo que acontece en su vida interna -imaginaciones, sentimientos, deseos, fantasías y ensueños- de aquello que acontece en el mundo externo real; lo que son las cosas, objetos y personas que lo rodean. Al mismo tiempo es capaz de delimitar este juego real-irreal en relación a sí mismo; que es aquello que él es, cuáles son sus límites, cuál es su real existencia, su continuidad, su unidad, su propia pertenencia, su salud y su corporalidad.

Expresiones de la funcionalidad yoica en relación al principio de realidad, son el manejo y control de la realidad que reflejan una adecuada percepción de ella. Este criterio que examina fundamentalmente las conductas del sujeto, tiene especial utilidad cuando queremos delimitar los trastornos de personalidad propiamente tales, de los trastornos fronterizos. En estos últimos, la conducta está gravemente comprometida, y su manejo de la realidad muy contradictorio, auto y heterodestructivo. La diferencia entre uno y otro es cuantitativa, y la línea divisoria la traza el observador a través de un juicio que es análogo al juicio que separa al normal del trastorno de personalidad propiamente tal.

A continuación describiremos la psicología de la dimensión realidad, en los dos aspectos que constituyen el yo: su relación con el entorno, y su relación consigo mismo.

a) *Psicología de la dimensión realidad-irrealidad en relación al entorno*

En su función comandadora de la vida psíquica, el yo se instala en la realidad manejándola.

La calidad de este manejo depende de la indemnidad de lo que hemos llamado principio de realidad, el cual no es sino la resultante de la integración de las polaridades realidad-irrealidad.

Este principio de realidad se expresa fenomenológicamente en tres niveles. Un primer nivel que denominamos apreciación de realidad, un segundo nivel que llamamos sentido de realidad, y un tercer nivel llamado juicio de realidad. Hemos desarrollado y fundamentado estos 3 niveles de aproximación yoica a la realidad, en forma más extensa en el capítulo IV a propósito de síndromes y disfunciones yoicas.

I. Apreciación de realidad en relación al entorno:

Inevitablemente la realidad es percibida desde el prisma de las necesidades, motivaciones, deseos, temores, etc., del yo del sujeto. Una adecuada apreciación de la realidad supone que ni el mundo interno motivacional desplaza la realidad, ni la realidad descarnada impide que sea investida por estas necesidades internas, de tal manera que el yo viva con una flexibilidad que le permita captar la realidad tal cual es, pero también moldearla y distorsionarla levemente, para su propia tranquilidad. Esto confluye a su estabilidad y sensación de fortaleza.

Como no le teme a la realidad por esta buena interacción, se enriquece con ella y por lo tanto tiene capacidad de cambio.

II. Sentido de realidad en relación al entorno:

El yo extrae de la realidad una información en un todo desde donde elabora el sentido de su proyección y existencia en la vida. En esta interacción con la realidad construye planes coherentes que tienen que ver con sus posibilidades, tanto en su vocación de estudio, trabajo, sus amistades, su vida afectiva de pareja y familiar, sus compromisos con la sociedad, con la trascendencia, etc. En la disfunción yoica del fronterizo esta categoría se ve seriamente comprometida.

III. *Juicio de realidad en relación al entorno:*

En el capítulo correspondiente a la psicología del pensamiento, describimos cómo se estructura el juicio de realidad desde la vivencia de realidad. La indemnidad de esta función, básica y primaria, permite al yo registrar el significado de lo percibido. Es a partir de estas significaciones básicas de lo percibido en su entorno, que el yo es capaz de construir sentidos de realidad y puede apreciar la realidad.

Cuando el principio de realidad se compromete a este nivel, tan fundamental, el yo está prácticamente desintegrado en su estructura y organización.

b) *Psicología de la dimensión realidad-irrealidad en relación a sí mismo (SELF)*

En su función personalizadora y cualificadora del vivenciar, el yo percibe una conciencia de sí mismo que los psicopatólogos clásicos como Jaspers y Schneider la han descrito con referencia a cinco características.

- Conciencia de pertenencia del propio yo.
- Conciencia de la unidad del yo.
- Conciencia de la identidad del yo.
- Conciencia del yo en oposición a lo externo o límites del yo.
- Conciencia del existir del yo.

Agregamos dos características importantes en el análisis psicopatológico, que consideramos corresponden a la psicología del yo: la conciencia de salud y enfermedad, y la conciencia corporal.

La percepción de esta conciencia de sí mismo en estas 7 características definidas, está al igual que la relación del yo con el entorno, condicionada por el principio de realidad. También expresado fenomenológicamente en tres niveles: apreciación, sentido y juicio de realidad.

Describamos entonces estas seis características.

- *Conciencia de pertenencia del propio yo.*
Nos experimentamos a nosotros mismos como autores, como actantes por nosotros mismos de aquello que hacemos, vivimos y logramos. Al sujeto sano le resulta lógico ser él mismo el que vivencia, el que experimenta, el que percibe, siente, tiene un determinado estado de ánimo, piensa, habla, se mueve, actúa. Este sello de la acción "mía", del "yo personal", que se da a los fenómenos psíquicos, sean éstos percepciones, sensaciones, recuerdos, representaciones, pensamientos o afectos, se llama personalización de la vivencia.
- *Conciencia de la unidad del yo.*
Yo soy uno en el mismo momento, o sea, nos experimentamos como unidad, como correspondientes a nuestro ser "nosotros mismos" y no varios. En una misma fracción de tiempo tenemos conciencia de que somos un consistente "uno mismo". Esto, incluso, es válido cuando tenemos discrepancias internas, aspectos opuestos y contradictorios en nuestra intimidad.
- *Conciencia de la identidad del yo.*
Tenemos la conciencia de ser siempre idénticamente los mismos a través del tiempo. Tenemos una conciencia de nuestra continuidad. Los cambios experimentados con el medio y con los demás a través de nuestra biografía, no alteran el hecho de saber que desde que nacimos hasta ahora, somos siempre él mismo bajo una historia unitaria.
- *Conciencia del yo en oposición a lo externo o límites del yo.*

Así como hemos señalado que somos conscientes de nosotros mismos, también somos conscientes de aquello que nosotros no somos, estableciendo así un límite. De esta manera podemos determinar aquello que corresponde a nosotros mismos, a nuestro yo, y lo que no corresponde a tal nosotros mismos, sino que se aproxima a nosotros, pero está fuera de nuestro yo. Esto nos permite tener conciencia de que hay fenómenos que al ser externos, no tienen la capacidad de provocar modificaciones en nuestro yo, en nuestro ser. Interactuamos tranquilamente con los demás objetos, sin la necesidad de tener que poner una barrera que surgiría del temor de esta confusión entre mundo-externo, mundo-interno y que nos llevaría necesariamente a un aislamiento.

- *Conciencia del existir del yo.*
Nos experimentamos como existentes, "con plena consistencia" y de modo natural y lógico como seres vivientes corporal y psíquicamente presentes. Además de una vitalidad que se impone por sí misma en el conocimiento reflexivo de nuestro existir.
- *Conciencia de salud y enfermedad:*
La amenaza y pérdida de nuestra estabilidad, fortaleza, capacidad de resolver situaciones complejas, de la sensación de agradable bienestar que nos permite enfrentar confiados la vida, la sentimos como enfermedad. Valorizamos nuestra salud cuando la tenemos y si bien la cuidamos, no vivimos preocupados en exceso. Cuando enfermamos tenemos conciencia de la limitación presente o a futuro que nos depara, solicitamos ayuda, y nos comprometemos en el proceso terapéutico.
- *Conciencia corporal:*
Empleamos la palabra "cuerpo" en un sentido distinto al médico (cuerpo anatómico y fisiológico) y al neurofisiológico (esquema corporal). Cuerpo en la perspectiva psiquiátrica es la representación que tiene nuestro yo de nuestro cuerpo a través de la conciencia corporal.
Esta conciencia corporal no es una idea primaria. Es consecuencia de la relación que el sujeto ha establecido con su cuerpo a lo largo de todo su desarrollo, desde su nacimiento hasta la muerte. En esta relación el cuerpo es para el yo un instrumento de expresión privilegiado, y de ahí la importancia de esta área en la semiología de la funcionalidad yoica.

I. Apreciación de realidad en relación a sí mismo:

Una adecuada integración de la dimensión realidad-irrealidad, permite al yo apreciar su propia pertenencia, su unidad, identidad, límites, y existencia de tal manera que no siente amenazada su integridad, se siente seguro de sí, se aprecia y estima, conoce sus propios límites y la salud con que cuenta. Podríamos decir que es lo que en psicología dinámica se considera una identidad lograda.

II. Sentido de realidad en relación a sí mismo:

La concepción que el yo tiene de su pertenencia, unidad, existencia, identidad, límites y salud le permite proyectarse en el tiempo, dándole un sentido a su existencia. El manejo de la realidad para sus propósitos está condicionado por esta auto-conciencia de sentido, que va más allá de la inmediatez del aquí y ahora.

III. Juicio de realidad en relación a sí mismo:

Las vivencias de realidad de su propia existencia, límites, identidad, pertenencia, unidad y salud, son básicas, y es a partir de la percepción de estas significaciones

básicas que el yo puede darle sentido a su conciencia de sí mismo, y apreciar adecuadamente su conciencia de sí mismo. Su compromiso equivale a su desintegración como estructura.

2. Dimensión actividad pasividad del yo

Un Yo sano es capaz de responder a las demandas del medio ambiente, a las situaciones que requiere de él una actitud activa, alerta y vigilante. Llevar a cabo sus labores con persistencia y decisión, con el fin de alcanzar sus logros, orientando la conducta hacia ciertas metas. Todo esto implica elaborar planes, estrategias y elegir la mejor alternativa dentro de las múltiples opciones que se le presentan o que él crea.

Es capaz de manipular las situaciones, los eventos y las personas, como también superar los obstáculos que surgen en el camino. Todo esto con la finalidad de lograr los objetivos que se ha planteado. En resumen, pudiéramos decir que aunque los propósitos, las metas y los objetivos pueden ser diversos, lo que hay de común en esta actitud yoica es el intento de controlar las circunstancias y el medio ambiente, en una forma activa que podríamos denominar de gobierno. Pero también un Yo sano puede adquirir una actitud pasiva, de acuerdo a que las circunstancias provengan de sus necesidades internas o de las demandas del medio ambiente. En esta actitud pasiva, los intentos manipulativos son mínimos y se deja llevar por las circunstancias. Es lo opuesto a la actitud de gobierno y podríamos denominarla actitud de aherrojamiento. En este momento no se plantean metas ni objetivos. El dejarse llevar por la circunstancia pasa a ser una motivación. El objetivo está en el momento mismo, en el aquí y ahora, y la temporalidad queda postergada. Asistimos en ese momento a un Yo pasivo, sin deseo de gobierno, en actitud de entrega, sin esforzarse por cambiar los eventos ni las circunstancias, sino más bien aceptándolos tal cual llegan y plegándose a su ritmo.

Esta dimensión, actividad-pasividad, que el Yo sano lleva con armonía, soltura y flexibilidad, donde sus polos se alternan según el momento vivido sin perder integración, se hace patológica o anormal, en relación a los criterios que hemos visto de normalidad-anormalidad y que fundamentalmente apuntan a una pérdida de la libertad del sujeto. Es decir, el Yo adquiere una modalidad activa o pasiva con rigidez y estancamiento, que no tiene que ver ni obedece a las circunstancias sino más bien a una actitud estereotipada, repetitiva e inflexible, que frecuentemente lo lleva a conductas desadaptativas en relación a los requerimientos del medio ambiente o de su interioridad.

3. Dimensión adhesividad-evitación

Esta dimensión pudiera definirse en sus extremos como la atracción o rechazo a la relación afectiva con los demás. A un yo sano le resulta atractivo estar con otro, compartir, vivir emociones y sentimientos, ya sea agradables o desagradables. Pudiéramos decir que la fuente más frecuente e intensa de placer y dolor, de "eros" y "tanathos" se vive en relación con los demás. Un Yo que ha integrado bien esta dimensión es atraído por el vínculo, aunque éste suponga intensificación emocional.

En su desarrollo, se ha familiarizado con estas emociones y las vive con soltura. Pero al mismo tiempo se hace capaz de distanciarse al sentir que una relación le es de alto riesgo o que su sentido se pierde. No se acerca ni se distancia indiscriminadamente. Al igual que las demás dimensiones, la integración dialéctica de sus polos hace que cuando el yo vive en situación de acercamiento, por intensa y atractiva que sea, se va permitiendo sentir la saciedad, de donde irá paralelamente surgiendo el distanciamiento.

La falta de integración se traduce en un acercamiento insistente e indiscriminado. Frente a cualquier situación se imanta y además tiende a quedarse adherido ya que el acercamiento desplazaría, negaría y anularía cualquier sentimiento de evitación. Lo mismo

sucede en la situación opuesta en la que el distanciamiento se impone como una conducta repetitiva y rígida frente a casi toda posibilidad de interacción, sin desear el acercamiento, quedándose tenazmente en la lejanía.

4. *Dimensión, dependencia-independencia*

Un Yo sano se relaciona armónicamente consigo mismo y con los demás. Encuentra en el prójimo una fuente de importante gratificación y aun cuando percibe riesgos, pese a ellos se siente bien seguro y confiado. Es capaz de apoyarse en determinadas circunstancias cuando necesita de los otros. Recurre a ellos, reconociendo sus limitaciones propias y valorizando el apoyo que puedan brindarle. Valora el criterio y la opinión de los demás.

Reconoce que también necesita la atención y el afecto de quienes lo rodean. Tiene una sutil capacidad para darse cuenta y resentirse cuando es privado de los otros, cuando los pierde o cuando los demás no están con él. En resumen es un Yo que no niega la importancia del otro en relación a su propio enriquecimiento, a su capacidad de recibir y poder abandonarse en él sintiéndose acogido, protegido y nutrido. Armonizan estos rasgos que podríamos denominar como dependientes, con la capacidad simultánea de conservar su individualidad, dándose cuenta de que él es uno y que puede arreglárselas solo, gratificándose consigo mismo, confiando en sus propios criterios, en sus propias sensaciones, en su propia percepción de la realidad. Tiene simultáneamente la sensación de poder llevar a cabo planes y estrategias, en los cuales no necesariamente desea que los demás estén ligados a él. Esta dimensión cuyos polos son la dependencia y la independencia, interactúan armónicamente en un Yo sano de tal manera que se adecua a las circunstancias, a la situación y a sus imperativos internos, asumiendo entonces una actitud donde acepta su necesidad de los otros, en un momento dado, como también en otro momento puede realzar su propia capacidad de enfrentar las situaciones manifestando así su autonomía. Ambas situaciones, complementadas e integradas, son vividas con soltura, naturalidad y bienestar.

Nuevamente los rasgos de normalidad o anormalidad están dados por la rígida y repetitiva interacción en sólo uno de los polos antinómicos de la dimensión señalada, o en ambos pero sin integración.

3.1. PSICOPATOLOGÍA DEL YO

A. PSICOPATOLOGÍA DE LA DIMENSIÓN REALIDAD-IRREALIDAD

➤ *Psicopatología de la dimensión realidad-irrealidad en relación al entorno:* La defectuosa integración de la dimensión realidad-irrealidad se traduce en un compromiso del principio de realidad, que puede ser afectado en los tres niveles que señalamos: apreciación, sentido y juicio de realidad.

a) *Trastorno de la apreciación de realidad en relación al entorno:* el yo capta y percibe la realidad con un sesgo importante. Su conflicto reside en apreciar los hechos, las personas y objetos que lo rodean desde una predisposición interna, repetitiva, rígida, poco flexible y obstinada, con especial dificultad en enriquecerse en su interacción con ella, y más bien enfrentándola con moldes prefijados. Es lo que vemos en los típicos trastornos de personalidad. El obsesivo siempre aprecia la realidad como caótica, despertando en él deseos de controlarla. El histérico la mira desde el prisma de lo sensual, de la excitación, tratando de manejarla para obtener estas satisfacciones. El dependiente repara en los aspectos de apoyo o abandono y su manejo se orienta en conseguir el primero. Un narcisista percibe casi exclusivamente cuáles son las fuentes de admiración y cuáles las de rechazo, para aproximarse a unas y alejarse de las otras. En todos estos trastornos mencionados, y en los que quedan, esta apreciación parcial de la realidad compromete la funcionalidad yoica, afectando su estabilidad, fortaleza, capacidad de romper círculos viciosos y flexibilidad adaptativa en un grado significativo.

Es muy difícil fijar los límites de la elaboración neurótica de la realidad (apreciación de la realidad) pero podríamos decir que ella altera el relieve de la realidad en el sentido de que el yo neurótico en su apreciación omite elementos de ella y exalta o advierte otros, sin caer en errores, propiamente de juicios, sino de toma en cuenta. De ahí que el calificativo de condición neurótica emana del contexto clínico y no de las unidades sistemáticas que le haremos referencia.

b) *Trastorno del sentido de realidad en relación al entorno:* en este nivel de compromiso el yo capta la realidad con un sesgo tal, que no sólo compromete su apreciación sino además su sentido. En este yo es difícil precisar cuál es su propósito vital, hacia dónde camina, qué busca y de qué manera incorpora los elementos de la realidad para construir sus proyectos. No se advierte el sentido en las áreas más relevantes de su vida. Su vida laboral es inestable, discontinua e inconsistente, dejada al arbitrio de las circunstancias, con expectativas muy pobres o extremadamente altas para sus posibilidades y condiciones. Su vida afectiva sufre similar caos. Relaciones de pareja inestables, sin proyección, múltiples y cambiantes, o muy pobres y casi inexistentes. Lo mismo en su vida familiar. Esta misma desorganización se muestra en sus compromisos con la sociedad y con sus sentimientos de trascendencia. Sus amistades son vividas con igual sentimiento de inmediatez y sin el necesario cuidado y cultivo que requieren para proyectarse con un sentido propio para él. Este compromiso yoico lo presentan el límite (borderline), el paranoico y el esquizotípico.

c) *Trastorno del juicio de realidad en relación al entorno:* el trastorno del principio de realidad a este nivel es grave. Se ve afectado el cimiento, los ladrillos básicos que permiten al yo captar un sentido de realidad y apreciar la realidad. En el capítulo

sobre psicopatología del pensamiento, descubrimos las alteraciones del juicio, como consecuencia de una vivencia de realidad perturbada. Esta vivencia de realidad, definida por Jaspers como "vivencia que percibimos corporalmente, que está en la conciencia del ser, y que significamos desde la resistencia que nos opone", es una vivencia de significaciones. Es la significación de lo percibido, lo trastornado en esta categoría. Este proceso de conmoción yoica puede provenir desde lo sintomático, por ej. un compromiso de conciencia, pero también desde un compromiso más estructural, derivado de una deficiente integración de las polaridades de la dimensión realidad-irrealidad, donde el yo va quedando sumido en la irrealidad. Este proceso de desintegración yoica conduce a las percepciones y ocurrencias delirantes primarias, donde el entorno es paranoideamente amenazante, y esquizoideamente evitado.

- *Psicopatología de la dimensión realidad-irrealidad en relación a sí mismo (conciencia de sí mismo):* la defectuosa integración de la dimensión realidad-irrealidad se traduce en un compromiso del principio de realidad, que puede ser afectado en los tres niveles que hemos reiteradamente señalado: apreciación, sentido y juicio de realidad.
 - a) *Trastorno de la apreciación de realidad en relación a sí mismo:* la apreciación de sí mismo del yo, está distorsionada por sus motivaciones internas, sus deseos y temores, de manera tal que su pertenencia, identidad, límites, unidad, salud, existencia y corporalidad se ve, o amenazada, o es vivida con una seguridad o sobrevalorización inadecuada. Ambas percepciones lo conducen a situaciones conflictivas y contradictorias.
 - *Trastorno de la conciencia de pertenencia*
 - *Despersonalización alopsíquica:* la apreciación de su persona, en relación a sus vivencias, a su yo psíquico, le resulta extraña, lejana y poco familiar. No alcanza la gravedad del psicótico ya que no hay trastorno del juicio sino de la apreciación del sí mismo. Llegan a decir: "mi vida parece pertenecer a otro mundo que no es real... siento el vacío dentro de mí y en mi cabeza... me comporto como un autómatas... etc." (Bernard 1978).

Ejemplo:
Una paciente que tuvimos la oportunidad de seguir a lo largo de 12 años sin mayor variación, tenía crisis de tipo accesionales, en que súbitamente se sentía cerca de la muerte, "como que yo no soy yo", "no logro enchufarme en mí misma" "como que me disuelvo". Creía haber encontrado la forma de mentalizar este estado. pellizcándose dolorosamente. Esta sintomatología que describía como accasional e impredecible, no le rompió su esquema vital ni tuvo mayores alcances clínicos.
 - *Desrealización:* el sujeto siente extraño el mundo que lo rodea. Como si el no perteneciera a ese mundo, le es ajeno. Aunque este sentimiento se da en relación al entorno, es la sensación de falta de pertenencia del mundo para sí, lo que lo caracteriza, por eso lo clasificamos en los trastornos de la conciencia de pertenencia.

Ejemplo:
Una paciente profesional de éxito se ve bruscamente trasladada a un país extranjero y reducida a tareas exclusivamente domésticas, y dice textualmente: "entre pañales, mamaderas y ollas, empecé a sentir angustiosamente rabia, como un personaje al que lo cambian bruscamente de argumento". Y no sabe qué hacer.
 - *Trastornos de la conciencia de unidad*
 - *Vivencias de escisión:* son enjuiciadas por el sujeto, y no tienen por tanto el carácter apodíctico de las escisiones psicóticas. El paciente se queja de un sentimiento de desdoblamiento, refiriendo que se siente como un

espectáculo para sí mismo. Puede llegar al grado de ilusión, en que el paciente tiene la visión de su doble, fenómeno llamado heautoscopia. P. Schilder describe un paciente obsesivo que sentía su pene aplastado en la calle por un coche. Su pene y su vejiga estaban separados de él (Bernard 1978).

- *Vivencias de disociación*: la apreciación de su unidad psíquica se compromete, llegando a sentirse como alguien totalmente diferente (múltiple personalidad), como que su pasado no lo vivió (amnesia psicogénica), o como que ciertas situaciones no tienen nada que ver con su yo (fuga psicogénica).

- *Trastornos de la conciencia de identidad*

- *Alteración de la conciencia de identidad*: la apreciación de su continuidad y mismidad a través del tiempo, es errática. O se percibe como idéntico al que era en su infancia o adolescencia, sintiéndose niño, como si el tiempo no hubiera pasado, o ha cambiado tanto que le cuesta reconocerse en su pasado. Alteración de la apreciación de sí mismo con el juicio conservado. No amenaza los cimientos del yo como en el psicótico.

- *Trastornos de la conciencia de límites*

- *Alteración de la conciencia de límites*: sin llegar a la apersonificación ni al transítivismo, presentan un compromiso en la apreciación de su persona en la relación con los demás. Con suma ligereza sienten que lo que ellos experimentan y viven es lo que el otro vive y siente, y viceversa, lo que les dificulta objetivar las vivencias del otro.

Ejemplo:

Un estudiante provinciano cae en una envidia-admiración extrema frente a lo que él considera altísimos exponentes de la aristocracia, en belleza y seguridad en sí mismos. Los imita hasta donde le es posible, despreciándose a sí mismo por ello, y describe episodios en que cuando establece una relación social con uno de estos paradigmas que él llama exquisitos, se siente fusionado de tal manera en el otro, que siente que pierde su propia identidad.

- *Trastornos de la conciencia del existir*

- *Alteraciones de la conciencia del existir*: nunca se llega a la pérdida de la conciencia del existir como en el psicótico, sin embargo estos pacientes refieren vivir como en un vacío, con extraños sentimientos de existencia vacua, inconsistente, y sin sentido.

Ejemplo:

Una paciente casada con un cónyuge con graves perturbaciones de la personalidad, que lo hacen reiterativos en forma asfixiante, expresa que "cuando ya no tengo excusa y me veo obligada a volver a mi casa, siento que dejo de existir, todo se me paraliza, no hago nada, paso tendida en la cama y ni siquiera siento que pasa el tiempo, mi vida se transforma en un vacío sin sentido".

- *Trastornos de la conciencia de enfermedad*

- *Alteraciones de la conciencia de enfermedad*: no se pierde por completo la conciencia de enfermedad cuando está en tal situación, sin embargo aprecia distorsionadamente su condición. O siente que está invalidado, que está grave, que va a morir, cuando sufre pequeños síntomas, o los minimiza a tal grado que no se preocupa de su estado de salud, no se cuida ni pide ayuda.

- *Trastornos de la conciencia corporal*

- *Despersonalización somatopsíquica*: sentimiento de lejanía, extrañeza y

desvitalización referida a su yo corporal. Está comprometida la apreciación de la conciencia corporal, que es una experiencia unitaria y de amplitud global.

Las vivencias de despersonalización corpórea suelen tener un carácter global, relacionándose el extrañamiento con la totalidad del yo corporal. Sólo excepcionalmente toman un carácter circunscrito en algún segmento corporal vivido (López-Ibor 1966).

Ejemplo:

Un paciente en entrenamiento autógeno, reaccionó con una sensación de emancipación ansiosa del cuerpo, se asustó y lo vivió como una experiencia alarmante.

- *Somatizaciones*: trastornos de la conciencia corporal del yo, en la que el cuerpo es vivido como fuente de dolencias físicas inexistentes. Los síntomas que el paciente refiere pueden ser de lo más variado y comprometen cualquier órgano o función. Descartamos acá los trastornos psicósomáticos en los cuales existe un daño orgánico.

La sensación de estar permanentemente enfermo se denomina hipocondría. Cuando el síntoma está ligado a un conflicto psicológico identificable o muy probable, se habla de síntoma de conversión.

- b) *Trastornos del sentido de realidad en relación a sí mismo*. No hay un compromiso en la vivencia de significación, sin embargo, aunque el yo percibe significados no alejados de la realidad, éstos están distorsionados de manera tal, que el yo tambalea en su propia conciencia de sí, impidiéndole proyectarse con sentido, y por ende, autodestruyéndose más que desarrollándose.

Los trastornos de la conciencia de sí mismo en este nivel ocupan un lugar intermedio entre los derivados de un trastorno del juicio de realidad y los derivados de un trastorno de la apreciación de realidad. No haremos la descripción de cada uno de los trastornos para no caer en repeticiones. Se debe tener presente que las despersonalizaciones, pérdidas de límite, sentimientos de vacío e inexistencia, y compromiso de la identidad, se alteran en tal grado que si bien no tienen el carácter psicótico de los que describiremos a continuación, a veces casi se confunden.

- c) *Trastorno del juicio de realidad en relación así mismo*: el principio de realidad está comprometido en sus bases, de manera análoga a lo descrito en relación al entorno, y se expresa en los siguientes fenómenos psicopatológicos.

- *Trastornos de la conciencia de pertenencia*:

- *Despersonalización alopsíquica*: los fenómenos de despersonalización alopsíquica cuando está trastornado el juicio de realidad, consisten en, desconocimiento, negación y extrañeza frente a su propio yo psíquico, que el paciente vive con desconcierto y gran angustia. Sin embargo le cuesta comunicarlo y pedir ayuda. Aunque atisba lo extraño del fenómeno que le acontece, lo refiere como algo inmutable. "Ya no soy el mismo, me desconozco, no tengo las mismas sensaciones de antes, soy otro". Estas vivencias dan pronto pie a construcciones delirantes. En el período de trema esquizofrénico descrito por Conrad la despersonalización es un síntoma habitual.
- *Desrealización*: el entorno le resulta extraño, todo cambiado, como si él no perteneciera a ese mundo. Lo vive como amenazante, poco familiar, lo angustia en extremo. También lo plantea con convicción apodíctica y sin clara conciencia de que es un fenómeno patológico.

Ejemplo:

Un paciente que mencionamos en relación a la perplejidad, se detenía en objetos triviales de la sala de examen, diciendo: "se que es un delantal, que es blanco, que es de género, pero deja de parecerme natural", "porque si lo toco está ahí, pero pierde consistencia en mi mente".

- *Pensamientos fabricados*: trastorno de la conciencia de pertenencia del propio yo, en el que el paciente tiene la impresión de que sus pensamientos no provienen de él, es otro el que los ha pensado, un poder extraño se los presenta ya hechos, ya fabricados; él no es autor de sus pensamientos, ya no es dueño de ellos, en suma ha perdido el carácter de propiedad personal de su pensar.

Ejemplo:

Una enferma esquizofrénica decía "estos pensares de sangre no son míos, son de Satanás".

- *Robo del pensamiento*: trastorno de la conciencia de pertenencia del propio yo, en el cual el paciente deja de ser dueño de sus propios pensamientos, los cosifica y le pueden ser sustraídos. Si le desaparece un pensamiento, por ejemplo, el paciente lo vive con el sentimiento de que se lo han extraído desde fuera.

Ejemplo:

Los pacientes lo describen con frecuencia como "me producen vacíos mentales" "ellos me sacaron los pensamientos".

- *Imposición del pensamiento*: trastorno de la conciencia del yo, también en relación a los pensamientos, pero en este caso ya no son fabricados, ni se los roban. Los pacientes refieren que sus pensamientos no son los suyos, no son como ellos piensan comúnmente, sino que les han sido impuestos. Hay una fuerza extraña, externa a su yo, que los hace pensar de tal o cual modo. Los términos fabricación, robo, imposición, corresponden al relato habitual hecho por estos pacientes, los cuales usan esos mismo términos y por lo que así han prevalecido.

Ejemplo:

Un paciente esquizofrénico dice: "Me meten pensamientos en la cabeza, lo que pienso no lo pienso yo, me obligan a pensarlo. Son los comunistas con sus máquinas. Me hacen pensar que me mate".

- *Fenómenos de influencia*: llamados también por Jaspers "Acción voluntaria influida". Es un término más genérico, que además de incluir los trastornos de la conciencia de pertenencia al yo en relación al pensamiento, también se refiere a los trastornos de la conciencia de pertenencia del yo en relación a la acción y a la voluntad. La influencia la viven como si desde fuera los obstaculizaran, los inhibieran o los facilitaran. Se les contiene la mano cuando quieren tomar algo, se sienten inmovilizados, petrificados. De repente no pueden continuar, como si estuvieran paralizados. Los silencian o los hacen hablar o moverse. Para ellos es un poder extraño e incomprensible.

Ejemplos:

Un paciente esquizofrénico refiere tener dos personas dentro de su cuerpo, una que califica de "buena", y la otra de "mala". Dice textualmente: "Cuando me domina la mala, me hace hacer puras leseras, me masturbo, y las voces me van diciendo, maricón, maricón, me hace pegarle a cualquiera. Ayer le pegué a N.N. (efectivamente de pronto le dio un golpe en la cara a otro paciente) pero no fui yo, es ese que se me mete".

Otro paciente acusa afirmaciones de influencia diciendo: "Parece que de afuera me llegara un acuerdo de hablar cualquier cosa... me pongo absurdo...".

- *Trastornos de la conciencia de unidad del yo.*

- *Vivencias de escisión*: trastorno psicopatológico de la conciencia de unidad del yo, en la que el paciente refiere que coexisten en él dos o más personas, seres o fuerzas, las cuales viven simultáneamente. Habitualmente no coinciden ni se parecen, sino más bien se oponen mutuamente. Como bien aclara Jaspers, no se refieren estas vivencias de escisión a frases alusivas que con frecuencia escuchamos normalmente: "Habitan dos almas en mi pecho", "la razón y el instinto están en lucha". Tampoco corresponde a los desdoblamientos de la personalidad, ya que en este caso las _personalidades comandantes no coexisten sino que alternan.

Los enfermos no se experimentan ya a sí mismos como unidad lógica y natural, como una totalidad coherente. Se sienten íntimamente desgarrados, escindidos y separados. En este sentimiento de escisión existen duplicaciones o multiplicaciones, en las que cada parte tiene su propia autonomía. Este tormentoso estado es vivido con cierta frecuencia por el paciente, con un desgarrador sentimiento de disolución.

Entre las vivencias de escisión debemos mencionar el fenómeno de la "doble orientación". Los pacientes pueden vivir en dos mundos y a la vez que cumplen con las exigencias de una realidad común y siguen su tarea diaria, creer apodóticamente en su realidad psicótica y afirmar por ejemplo, que ellos son enviados de Dios para redimir el mundo, a la vez que sienten todo tipo de fenómenos alucinatorios.

Ejemplo:

Una paciente citada anteriormente, sostenía apodóticamente afirmaciones de persecución y daño, con nutridas alucinaciones, sobre tratos cenestésicos y sexuales, y sin embargo cotidianamente cumplía sus labores de secretaria con alta eficiencia sin que nada en su conducta trascendiera su conducta psicótica, a pesar de que refería que sus compañeros de trabajo la despreciaban y constantemente le hacían alusión a esto con distintos gestos y actitudes de su relación con un subalterno menor. Nunca reclamó ni nadie sabe de estas vivencias delirantes de la paciente.

- *Trastornos de la conciencia de identidad del yo.*
 - *Pérdida de la conciencia de identidad*: trastorno psicopatológico de la conciencia de identidad del yo, que va desde sentir una inseguridad acerca de ser uno mismo a través del tiempo, hasta el no saber quién se es en el presente. Los lleva en muchos casos a asumir una nueva identidad. Estas vivencias pueden dar pie a delirios en los que hay una transformación delirante de sexo, de rol social, de especie (considerarse animal). O sostener el enfermo que ahora es otro del que era antes, pudiendo crear de manera delirante una nueva biografía, con habituales delirios místicos o de filiación. También puede darse el caso de que bajo doble orientación el paciente asuma su origen natural y su historia real, tanto como su realidad y biografía delirada.

Ejemplo:

Un paciente esquizofrénico grave, se quitaba la ropa y andaba en calzoncillos, gritaba como si estuviera en la selva, y afirmaba con plena convicción que era tarzán. Este mismo paciente afirmaba meses antes que él era mujer y que estaba embarazada. A veces aceptaba ser hermafrodita, y que él mismo se había embarazado

- *Trastornos de la conciencia de límites del yo.*
 - *Difusión del pensamiento*: trastorno psicopatológico de la conciencia de límites del yo, referido a la ausencia de demarcación entre pensamientos y mundo externo, donde se vivencia una pérdida de la intimidad del pensar propio, la que los deja al descubierto. El pensamiento se difunde, se desparrama, se publicita sin un límite ,que lo contenga. Muchos han

llamado a este trastorno "adivinación del pensamiento", ya que es una forma textual de cómo los pacientes refieren este fenómeno: "no puedo ocultar mis pensamientos, todos me son adivinados".

Ejemplo:

Un paciente esquizofrénico se queja de que basta la presencia de otra persona para que sus pensamientos se le alteren: "Uds. saben lo que yo pienso, y yo no puedo pensarlo que quiero... tengo que estar pendiente... mi cuerpo me obliga a pensar, la mente me lleva para otro lado... se me da que Uds. lo saben... lo que pienso... estoy convencido a fondo. Como el pensamiento mío se va directamente a los sentidos de Uds., es algo que yo no puedo saber. Estoy en lo mismo que están Uds."

- *Apersonificación:* trastorno psicopatológico de la conciencia de límites del yo, referido en este caso a la ausencia de demarcación entre el yo del paciente y el yo de otro, en el sentido de vivenciar lo que hace y experimenta otro, como si fuera el paciente quien lo hace y experimenta. Es como si su persona se "apropiara" de las vivencias de otra y las hiciera suyas. De ahí el uso del término apersonificación.

Este fenómeno de apersonificar vivencias ajenas también puede darse con los objetos del mundo externo. El paciente apersonifica lo que le sucede a un mueble, a una cortina, etc., sintiendo aquello que se supone "sentiría" dicho objeto. Un paciente al ver que sacudían una cortina decía ¿por qué me sacuden así?, me molestan".

Ejemplo:

Un paciente tratado en primer período, ambulatoriamente como depresión, ingresa a nuestro servicio para su estudio diagnóstico.

En el curso de él, relata que siente el hemicuerpo izquierdo muerto, poniendo especial énfasis en que no tenía la mitad de su cerebro.

Pasaba por alto la contradicción de que se desplazaba normalmente. A la vez contaba que de esta misma enfermedad había muerto la única mujer mucho mayor que él, con la que había alcanzado una relación de pareja. (Dicha mujer falleció a raíz de un accidente vascular encefálico).

Él adjudicaba el comienzo de su enfermedad al hecho de no haber tenido relaciones con ella.

- *Transitivismo:* con una dirección inversa a la anterior, aquí el trastorno psicopatológico de la conciencia de los límites del yo también se refiere a la ausencia de demarcación entre el yo del paciente y el yo del otro. El enfermo vivencia que lo que él hace y siente, lo siente o experimenta el otro. En este caso es como si él "trasfiriera" sus vivencias a otra persona. Por esto se le denomina transitivismo.

Este fenómeno de transferir de sí mismo a otros al igual que en la apersonificación, puede darse también con los objetos del mundo externo. El paciente trasfiere sus vivencias a cosas, animales o cualquier objeto que lo rodee.

Ejemplos:

Un enfermo refería: "Ese perro recibe ondas telepáticas en su mente, que le dicen..." transfiriendo sus propias pseudoalucinaciones al animal.

Un padre esquizofrénico paseando en bicicleta a su hija de 6 años con una amiga de la misma edad, esta última al meter un pie en los rayos de la rueda se hirió seriamente. Siendo una chica vecina, el padre obligó a su hija sana a cojear del mismo pie mientras duró la prolongada convalecencia. Es un caso de transitivismo proyectado en su hija.

- *Trastornos de la conciencia del existir del yo.*
 - *Pérdida de la conciencia del existir:* trastorno psicopatológico que compromete un fenómeno reflexivo nuclear del ser humano. En esta perturbación, se pierde en mayor o menor grado la vivencia indudable de la

propia existencia. Los pacientes la refieren de diversas maneras: "a veces dudo que esté vivo", "es como si la vida se me hubiera ido, se me hubiera secado", "estoy cambiando, mi persona no existe ya", "ya no existo, no tengo corazón ni pulmones, huelo como un cadáver".

Estas vivencias patológicas llevan habitualmente a los llamados delirios nihilistas y a veces esta inexistencia ya no sólo compromete al yo sino que se extiende al mundo (delirio nihilista global).

Ejemplo:

Un paciente fue internado a raíz de que noche a noche llegaba a ocupar en el cementerio general el mismo nicho vacío. Sostenía que ese era el lugar donde le correspondía estar, porque todos sus órganos estaban muertos. Afirmaba que no tenía pulso, no respiraba, no tenía cerebro, ni digería alimentos.

▪ *Trastornos de la conciencia de enfermedad*

- *Pérdida de la conciencia de enfermedad:* su estado patológico el paciente lo enjuicia como algo natural, producto de diversas causas a menudo relacionadas con su delirio, pero no al fenómeno de enfermarse. Muchos pacientes no deparan en sus molestias, síntomas, limitación y graves conflictos. Como si ellos no existieran. No piden ayuda y cuando se les brinda no les interesa ni se comprometen en el proceso terapéutico. Este trastorno es un continuo, que va desde grados leves en que el paciente acusa estar enfermo y sin embargo no identifica su trastorno, o se queja de fenómenos aislados, o su lamento no es más que una racionalización sin ninguna repercusión vivencial, hasta llegar al extremo de no reconocer sus síntomas, no interesarse en absoluto por cambiar de estado y considerar que su situación es absolutamente natural.

Ejemplo:

Pueden ser las más variadas afirmaciones: "No sé por qué estoy acá", "me trajo mi mamá", "yo no estoy enfermo, mis vecinos se las arreglaron para encerrarme en este lugar de locos", "estoy preso, pero me voy a arrancar con todos los reos".

▪ *Trastornos de la conciencia corporal*

- *Despersonalización somatopsíquica:* la extrañeza frente a su propio cuerpo es vivida delirantemente, el paciente afirma apodícticamente que su rostro ha cambiado, que mira su cuerpo al espejo y no es el de antes, que camina de manera distinta y que sus movimientos los desconoce. Todo esto lo vive con un sentimiento de angustia intenso y no es capaz de sentirlo como producto de una enfermedad. Esta percepción de su yo corporal a menudo da pie a delirios de influencia.

Ejemplo:

Una paciente asegura que con el motivo aparente de una intervención quirúrgica menor, se aprovecharon de injertarle otra cabeza. Se miraba al espejo y lo daba como prueba "ve, ésta no es mi cara".

- *Somatizaciones:* las somatizaciones en un yo con compromiso del juicio de realidad, corresponden a vivencias de enfermedad corporal absurdas e incomprensibles, que son vividas con carácter apodíctico aunque no presente ningún síntoma ni signo que las confirme. No son temores, son convicciones. Cuando se organizan y se definen se constituyen en las ideas delirantes hipocondriacas.

Ejemplo:

Una paciente depresiva sostenía con plena convicción que no podía tragar más, que tenía un cáncer esofágico. Bajó más de 30 kg. Llama la atención que la disfagia arreciaba en las mañanas y se atenuaba en las tardes y algo se alimentaba. Tratada con terapia electroconvulsivante, obtuvo una mejoría espectacular.

B. PSICOPATOLOGÍA DE LA DIMENSIÓN ACTIVIDAD-PASIVIDAD.

- *Activo*: un Yo es típicamente activo cuando tiende a ser alerta, vigilante, con gran persistencia y decisión, ambicioso y con una conducta siempre dirigida a determinados objetivos; habitualmente desarrolla planes y estrategias para lograrlos, examina cuidadosamente las alternativas, manipula el ambiente, las circunstancias y los eventos, para así superar los obstáculos. Aunque sus objetivos pueden cambiar de tiempo en tiempo, toman la iniciativa para llevar a cabo algo y están siempre muy comprometidos y enérgicamente puestos en controlar las circunstancias y su ambiente. La psicopatología comienza cuando la actitud fundamental frente a la vida es de gobierno absoluto y su anormalidad radica en la rigidez con que viven la postura activa aplicada indiscriminadamente, mostrando gran incapacidad para ser pasivos. No aceptan que las circunstancias los modele a ellos o les imponga lo que ellos no desean vivir. No integran el polo de la pasividad en esta dimensión, viven ambos extremos escindidos, negando y anulando el pasivo y exagerando el activo.
- *Pasivo*: un Yo pasivo se caracteriza por manejar muy pocas estrategias para manipular su ambiente y conseguir sus fines. A menudo asume una actitud de inercia, de falta de ambición y tenacidad. Son "dejados", no toman nunca la iniciativa para modificar los eventos y parecería no importarles el dejarse llevar por las circunstancias y el medio ambiente, constituyéndose en un trastorno psicopatológico cuando es vivido con rigidez. Se hacen incapaces de asumir una conducta activa en las circunstancias que así lo requieren y que, por ende, los lleva a serios conflictos. En ellos no se resolvió la oposición dialéctica de esta dimensión y viven, por tanto, en forma escindida ambos polos, en este caso negando el activo y refugiándose en el pasivo.
En este orden psicopatológico queremos relevar la importancia de dos síntomas de expresión conductual preferente. Ellos son:

- a) *Desganado*: trastorno psicopatológico de la dimensión actividadpasividad del yo, que se caracteriza por el predominio extremo de su actitud pasiva y que recibe este nombre cuando se presenta en su forma típica en la esquizofrenia. El paciente no siente la fuerza motivadora necesaria para iniciar actividades que requieren de cierta tenacidad. Predomina la indecisión y aun cuando puedan reconocer lo gratificante de un logro, los obstáculos y el esfuerzo para alcanzarlos desalientan el proyecto, abandonándose el sujeto a un quehacer desordenado, superficial y sin sentido o a un ocio vacuo que no le aburre ni le angustia.

No debe confundirse este trastorno con la apatía, que es una falta de interés en las cosas desde un ánimo apagado. Todo aquí le resulta indiferente, nada le entusiasma, incluso aquellas situaciones de por sí gratas y fáciles que no involucran un esfuerzo importante. El desganado, en cambio, puede entusiasmarse por actividades banales, en las que invierte gran parte de su tiempo. Tampoco debe confundirse con la abulia, que se expresa como trastorno de la psicomotricidad o conación. Aquí el asunto interesa, quisiera realizarse, habitualmente porque el sujeto siente que debe hacerlo, pero la intervención de la voluntad necesaria está en déficit. El enfermo se siente absolutamente incapaz de romper la inercia e iniciar el acto o conducta.

Ejemplo:

Hombre de 55 años, que tuvo su primer brote esquizofrénico a los 22 años, actualmente no ofrece ningún síntoma productivo, y no ha sido necesario institucionalizarlo en los últimos 20 años. De fracaso en fracaso en sus opciones de trabajo profesional carece de tenacidad, no logra manejar adecuadamente su imagen social. Pasa largos periodos del día comunicándose telefónicamente, sin consumir ningún proyecto o alternativa. Contrasta su ropa de buena calidad con unas uñas desmesuradamente largas y sucias. Se caracteriza por deambular horas de un lado a otro, "haciendo

dedo". Mantiene una vida sexual esporádica con una prostituta-amiga, y explica la relación diciendo "no me da trabajo, es más cómodo".

- b) *Falto de propositividad vital*: trastorno psicopatológico de la dimensión actividad-pasividad del yo, donde el predominio del polo pasivo se muestra en una absoluta incapacidad del yo para proyectarse y planificar realísticamente a futuro. En otras palabras, no hay propósito en la vida. Este es un síntoma que tiene características propias en la esquizofrenia. El paciente se muestra incapaz de configurar un mapa orientador de su futuro y parece no ser de su interés darle metas a su vida. En muchos casos da la impresión de que hubiera propósitos para él después, sin embargo si el observador es más acucioso se dará cuenta de que son ideas dispersas, que no tienen nada que ver con sus capacidades, con sus posibilidades reales de llevarlas a cabo y no traducen una actitud de compromiso que trascienda un sentimiento de preocupación, ni logre verse en conductas destinadas al logro de tales objetivos. Pasan a ser verbalizaciones sin contenido conductual mayor. Este tipo de propositividad se llama "propositividad racionalizada". Dejados a su arbitrio, no logran ninguna realización. Propio del estado defectual procesal, algunos casos se muestran como quiebre de la línea vital esperable desde niveles psicosociales previos. Hay una degradación de metas y logros, vividos por el paciente con naturalidad.

C. PSICOPATOLOGÍA DE LA DIMENSIÓN ADHESIÓN-EVITACIÓN.

- *Adhesivo*: En este caso el Yo tiende por una parte a acercarse indiscriminadamente a los demás y buscar continuamente el contacto espacial. Tiene una especial dificultad para mantener una sana distancia en sus relaciones con objetos y personas. Además de esta búsqueda indiscriminada de cercanía espacial, se agrega por otra parte la excesiva necesidad de interacción afectiva cargada de emociones y sentimientos, preferentemente de matiz agresivo o erótico. Se adhieren afectivamente con persistencia, dando la impresión al observador de que existiera una peculiar dificultad para poder alejarse de las personas o de los objetos. Es un Yo que necesita vivenciar relaciones afectivas persistentes y mantenidas, quedándose adherido a ellas, sin integrar el polo evitativo natural que equilibra esta dimensión.
- *Evitador*: Aquí el Yo tiene una actitud de evitación de la relación tanto espacializada como de compromiso afectivo. Habitualmente le resultan incómodos el acercamiento y contacto, la comunicación en general, y la interacción afectiva tanto de orden emocional, como de sentimientos. En algunos casos esta actitud evitadora es resultado de la incomodidad y angustia que les provoca el acercamiento y compromiso, y en otros casos sencillamente carecen de la motivación pertinente.
- a) *Autista*: Trastorno psicopatológico de la dimensión cercanía-evitación del yo, que se caracteriza por una severa incapacidad de integrar el polo de acercamiento y compromiso afectivo, tendiendo el paciente a un grave aislamiento. En el autismo, la lejanía afectiva es no sólo en relación a otros sino también consigo mismo. Vive el mundo como algo extraño y amenazante del cual es mejor retirarse, evitando al máximo la superficie de contacto. No se preocupa de los acontecimientos que afectan a la comunidad, a la especie, ni a sus seres más cercanos. Lo mismo le sucede con los objetos. No saca partido alguno de las situaciones habituales de la vida ni de los objetos y personas que lo rodean. Cuando se acerca físicamente, lo sentimos frío, distante, sin entusiasmo ni calidez. Lejos está de disfrutar con el contacto.

Las mismas características de su lejanía con el mundo tiene su distancia de sí mismo, expresada en el abandono de su cuidado personal, aseo, vestimenta, alimentación, pérdida de la gracia, y aun en la despreocupación con que vive su enfermedad. En tal distanciamiento, el paciente no disfruta consigo mismo, con su corporalidad, con su comunicación interna. Sumergido a veces en un mundo delirado y alucinatorio, parece comprometido afectivamente, pero más que estar cerca de sí mismo lo está del mundo irreal de su productividad patológica.

Este fenómeno se puede manifestar en dos rangos: conciencia de enfermedad y noción de enfermedad. En la primera los síntomas están tan naturalizados por el paciente que no constituyen para él una advertencia de enfermedad que irrumpe en su destino. En la noción de enfermedad hay denuncia de síntomas, pero además éstos involucran un compromiso afectivo con ellos y los integra en un estado global perturbador del sentido personal de su existencia.

J. Lange discrimina el autismo en "autismo introvertido" y "autismo extrovertido". En el primero predomina el retraimiento afectivo y psicomotriz en forma manifiesta, con gran inseguridad y timidez. En el segundo hay una actividad e interacción aparente, superficial; son dado al jugueteo, a las bromas, a la vida en grupo y a las juergas. El contacto de estos pacientes a veces engaña, dando la impresión de que se establece una relación personificada con ellos, sin embargo, todo es transitorio, fugaz y carece de un referente estable en su afectividad. Esto se denomina "pseudocontacto", en oposición al contacto personal cálido y comprometido.

Minkowski distingue también dos formas de autismo: un "autismo rico" y el "autismo pobre". Esta denotación la hace en relación a la productividad psicótica del paciente autista, siendo más rico mientras mayor productividad psicótica vive el paciente. En el autismo rico hay un mundo imaginario abundante, que determina el carácter de los síntomas. En el autismo pobre, el paciente no se desvía de la realidad tan intensamente como en el anterior y muchas veces lleva a una vida activa, en una línea relativamente ininterrumpida, pero empobrecida por una simplicidad interior, por falta de creatividad y capacidad improvisadora que no tiene proporcionalidad con las posibilidades y aptitudes previas, que llevarían a prever mayores logros vitales.

Roas llama la atención sobre la sutileza necesaria para captar el autismo, en pacientes sin productividad evidente y que a un primer atisbo pasa desapercibido con frecuencia. Frente a estos pacientes, señala algunos índices que ayudan: "En el no poder ser de otra manera aunque quisiese, en ese dar la impresión de incapaz de tomarle verdadero peso a lo que ocurre, en el no tener paciencia para soportar una situación ingrata mientras encuentra una mejor, abandonando a tontas y a locas el trabajo, por ejemplo, consiste a nuestro juicio el autismo". Agrega: "Carecen (estos pacientes) de un mínimo de astucia frente a lo llamado el mundo, no aprendiendo manejos ladinos, no aprovechando con éxito las posibilidades que les restan o en última instancia, manteniéndose como un niño desguarnecido a la intemperie, sin aprovechar la vida como lo haría un psicópata, ni gozar honestamente como lo haría un sano; a ratos parecen asombrados de lo que les ocurre".

D. PSICOPATOLOGÍA DE LA .DIMENSIÓN DEPENDENCIA-INDEPENDENCIA

- *Dependiente:* Un Yo dependiente mediatiza su seguridad a través de los otros. Su fuente de gratificación está puesta en los otros y confía en ellos más que en sí mismo. Habitualmente muestran una fuerte necesidad de apoyo y atención por parte de quienes lo rodean y su estabilidad depende de estas relaciones, ya que cuando no reciben este

afecto, la nutrición, el apoyo y la preocupación por parte de los otros, se descompensan, se angustian y deprimen.

En este caso el polo independencia está absolutamente negado y aplastado por el predominio de la dependencia. Sin embargo, como decíamos anteriormente, no es que el sentido de independencia no exista, lo que sucede es que está negado y desplazado. De ahí que el dependiente sienta fuertes accesos de odio y agresividad hacia aquellos de quienes depende, ya que ellos le privarían de su independencia y libertad naturales, marginadas, pero no menos presentes en su interioridad.

- *Independiente:* Un Yo independiente por el contrario obtiene el máximo de gratificación consigo mismo. No necesitan del afecto de los demás y es frecuente que usen a las personas que los rodean, como instrumentos y objetos para lograr lo que ellos se proponen, bajo una instancia de autonomía desmesurada. Parecieran prescindir de la opinión de los demás en la autoevaluación de sí mismos. Niegan y evitan el compromiso en sus relaciones con quienes los rodean. El polo dependiente está negado y aplastado por el predominio de la independencia, lo que no significa que esté ausente, sino que más bien no se permiten vivenciarlo e integrarlo.
- *Ambivalente:* Un Yo ambivalente es el que no logra integrar los aspectos polares de dependencia-independencia, sino que más bien los viven en forma alternada y escindida. Por momento parecen muy independientes negando cualquier situación de dependencia, sin embargo, poco después pueden ser muy dependientes como si perdieran súbitamente toda autonomía. Esta forma ambivalente de vivir la dimensión dependenciaindependencia, le da al yo una fisonomía característica, que es muy frecuente en nuestro medio sociocultural.

Al terminar esta sección, quisiéramos señalar algunas ventajas prácticas para la clínica diaria que ofrece esta visión descriptiva-dimensional de la psicopatología del Yo.

A menudo nos vemos enfrentados a pacientes en los cuales es esencial un diagnóstico de personalidad o carácter, con el fin de plantearse estrategias terapéuticas bajo ciertos objetivos. Tenemos dos alternativas, la aproximación categorial y la dimensional. Podemos hacer uso de las descripciones categoriales de la personalidad, cuyo máximo exponente es K. Schneider y que hoy actualiza el propio DSM III tratando de hacer calzar las descripciones hechas por estas investigaciones con la descripción que uno ha hecho del paciente. El empleo de esta aproximación se ve facilitado cuando el paciente presenta un trastorno severo y definido de la personalidad, cuyos rasgos sean evidentes y nos permitan con cierta soltura ubicarlo en alguna de dichas entidades descritas. Pero sucede que muchas veces el paciente presenta una mezcla de graves y evidentes alteraciones de su personalidad que parecen integrando trastornos de personalidad muy diversos. La dificultad está en cómo clasificar tal mezcla. También puede suceder que el paciente no presente compromisos demasiado severos de su personalidad, como para manifestarse en alteraciones similares a las descritas en el DSM III y, sin embargo, es un paciente que tiene perturbaciones claras del carácter y necesita intervención terapéutica. En estas situaciones la aproximación categorial es limitante.

En la aproximación dimensional, son sólo cuatro dimensiones las que se manejan, obedeciendo éstas a variables muy distintas unas de otras. El psicoterapeuta debe evaluar y tener muy presentes estas dimensiones, en su relación con el paciente, cualquiera sea su escuela psicoterapéutica. La perspectiva dimensional nos permite mirar el yo, el carácter y la personalidad como una estructura y organización dinámica en el tiempo, llegando a entender la esencia del proceso de integración de las polaridades de cada dimensión, integración que debe ser una mira constante del psicoterapeuta en su esfuerzo por ayudar al

crecimiento y madurez del paciente.

En los pacientes con alteraciones muy diversas bajo la perspectiva categorial y muy difíciles de clasificar según ella, la aproximación dimensional hace la tarea más sencilla, ya que permite ubicarlo en un punto del continuo de cada una de las cuatro dimensiones, escapando así a las categorías descriptivas rígidas. En pacientes con alteraciones de la personalidad que no son lo suficientemente graves como para quedar clasificados en un trastorno de personalidad determinado, como veíamos anteriormente, la descripción dimensional nos ofrece un continuo donde podemos ubicar alteraciones de menor intensidad.

Finalmente, creemos que ambas aproximaciones son complementarias y no excluyentes. No podemos negar el valor que tiene la agrupación categorial, que con su método exclusivamente descriptivo nos da una visión terminada del mundo vivencial al que apuntan determinadas alteraciones del carácter. Integrando ambos métodos, diríamos que el trastorno de personalidad descrito por el DSM III, aparece como la cristalización final de la falta de integración de polaridades en una o más dimensiones, con carácter gravemente excluyente. A modo de ejemplo el dependiente-pasivo, bajo la óptica dimensional, está en un continuo que va desde rasgos prevalentes sin mayor trascendencia clínica y que pasando por formas más conflictivas llega al extremo cristalizado en el trastorno de personalidad dependiente, muy bien descrito categorialmente por el DSM III.

De lo anterior debe deducirse que siempre es posible afinar el diagnóstico dimensional del yo, dado que se ubica en un continuo. Más aún, este diagnóstico debe hacerse en la práctica clínica, ya que definir lo más nítidamente posible la psicopatología del yo es condición estrictamente necesaria para una aproximación psicoterapéutica. Ubicar este diagnóstico dimensional cerca del diagnóstico categorial que más corresponda, es una práctica útil para el clínico. Ya sea porque la gravedad del trastorno lo exige, o porque es útil y enriquecedor desde una perspectiva clínica y psicoterapéutica, tener claro hacia qué ámbito de las categorías descritas por el DSM III apunta un determinado compromiso yoico y en cuál entidad delimitada por él pudiera finalmente cristalizar.

A continuación hacemos la correlación entre estas dos formas de aproximación, siguiendo el esquema de Millon en su texto "Trastornos de Personalidad".

<i>Perspectiva-Dimensional</i>	<i>Perspectiva-Categorial DSM III</i>	<i>Schneider</i>
Dependiente-Activo	Histriónico	Necesitado de estimación
Dependiente-Pasivo	Dependiente	Inseguro de sí mismo
Independiente-Activo	Antisocial	Desalmado
Independiente-Pasivo	Narcisista	
Ambivalente-Activo	Pasivo-Agresivo	
Ambivalente-Pasivo	Compulsivo	Sensitivo
Adhesivo-Activo	Orgánico	
Adhesivo-Pasivo		
Evitador-Activo	Evitador	
Evitador-Pasivo	Esquizoide	

Dependiente-Irreal	Límite o Bordeline	Lábiles de ánimo
Independiente-Irreal	Paranoico	Fanático
Evitador-Irreal	Esquizotípico	
Adhesivo-Irreal	Orgánico	

En resumen, podríamos decir que los nueve primeros trastornos se configuran por la alteración de las dimensiones dependiente-independiente y adhesividadesevitación, alteraciones todas vividas en forma pasiva o activa. A este grupo lo hemos denominado trastornos de personalidad neuróticos, usando el término en oposición a psicótico. Entre lo neurótico y lo psicótico se ubica lo fronterizo. Los últimos cuatro trastornos de la personalidad presentan una alteración en la dimensión realidad-irrealidad y constituirían el grupo de la patología fronteriza. Hemos agregado el trastorno orgánico fronterizo, que corresponde al trastorno orgánico de personalidad con pérdida del sentido de realidad. En términos generales pudiéramos decir que es la alteración en la dimensión realidad-irrealidad la que le da el sello de lo fronterizo a un trastorno de personalidad.

III

ANÁLISIS DE LA FUNCIONALIDAD YOICA EN LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

ANÁLISIS DE LA FUNCIONALIDAD YOICA EN LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Haciendo una excepción en la línea general de este trabajo, en que no hemos configurado entidades clínicas, vamos a diferenciar tipos clínicos de perturbaciones de personalidad, para darles mayor relieve a las abstracciones patológicas del yo que hemos planteado previamente.

Los trastornos de personalidad descritos serán ejemplificados con casos extraídos del texto "Case Book DSM III", y comentados desde la perspectiva del análisis dimensional.

A. *DISFUNCIONALIDAD YOICA EN LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD NEURÓTICOS*

➤ *Disfunción yoica en el trastorno de personalidad dependiente:*

Como su nombre lo indica, en este trastorno de personalidad es bajo la dimensión dependencia-independencia que el yo no ha logrado una adecuada resolución en el proceso de integración polar.

El paciente queda fijado en la dependencia, sin poder integrar su opuesto.

La actitud básica del dependiente es captar al otro "pasivamente", o sea, despertando su piedad, y/o estando dispuesto a portarse siempre bien con él para obtener el apoyo externo que necesita. Su existencia entera requiere de una forma subsidiaria de relación.

Lo medular de su interacción con los demás es su excesiva necesidad de aprobación social y nutrición afectiva, por lo cual tienden a vivir en concordancia congraciativa con los otros. En general, son muy poco agresivos. Su autoestima está basada en el concepto que los demás tendrían de él. En su interacción consigo mismo, tiende a autodepreciarse y a sentirse inferior. Le asusta la soledad y por temor a perder al otro niega aquellas emociones que él considera que afectan la estabilidad de la relación, arriesgándola. Son conciliatorios, autosacrificados y en general evitan los cambios.

En resumen, la disfunción yoica en el trastorno de personalidad dependiente fija al sujeto en una interacción dependiente, de una manera pasiva. Psicopatológicamente llega a ser un dependiente-pasivo.

Ejemplo:

Pablo, un paciente soltero de 34 años, vive con su madre y trabaja como diseñador. Presenta sentimientos de infelicidad por haber roto su pololeo. Su madre desaprobaba sus planes de casamiento, en forma ostensible porque la niña era de otra religión.

El paciente se sintió atrapado y forzado a elegir entre su madre y su amiga, y fácilmente decidió no ir en contra de los deseos de su madre. Él siente mucha rabia consigo mismo y con su madre, y cree que nunca los habría dejado casarse porque siempre lo ha manejado para sí. Su madre lleva los pantalones en la

familia y es una mujer fuerte y dominante que le gusta hacer su camino en las cosas. Pablo le teme a su madre y se critica a sí mismo por ser débil, pero también la admira y respeta su criterio. "Quizás Carola no sea la mujer apropiada para mí después de todo". Él siente que su criterio es muy pobre.

El paciente trabaja en un empleo muchos grados menor de lo que correspondería a sus capacidades, talentos y preparación.

En muchas ocasiones ha rechazado promociones porque no quiere la responsabilidad de tener que supervisar otra gente o tener que tomar sus propias decisiones.

Ha trabajado para el mismo jefe por 10 años, llevándose bien con él, y es visto como un cooperador sumiso y discreto. Tiene 2 amigos íntimos desde su infancia. Almuerza con uno de ellos todos los días, y siente que lo pierde si éste se enferma un día y no acude a almorzar con él.

Pablo es el más joven de 4 hijos, y el único hombre. Él fue regalado y consentido por su madre y hermanas. Sufrió de considerable ansiedad de separación. Cuando niño no se podía quedar dormido a no ser que su madre estuviera con él en la pieza. No le gustaba ir al colegio, y se hacía el enfermo a menudo.

Los compañeros lo embromaban por su falta de asertividad y a menudo le decían "guagua". Ha vivido en su casa toda la vida excepto un año de universidad que tuvo que volver por una extraña enfermedad, la cual fue sin lugar a dudas, simulada.

Su ajuste heterosexual es normal, excepto la incapacidad de dejar a su madre por otra mujer. ("Case Book DSM III", Spitzer R.L. Diagnóstico: Trastorno de personalidad dependiente).

Comentario: El yo de Pablo no tiene autonomía, depende de su madre en las decisiones afectivas, de su jefe en el trabajo, y le aterra perder los lazos de amistad ya establecidos, de los cuales también depende. Su dependencia es pasiva; acepta con resignación lo que los demás le demandan, no busca activamente nuevas situaciones ni personas, aunque las necesite.

➤ *Disfunción yoica en el trastorno de personalidad histriónico:*

Al igual que el dependiente, el histriónico no logró integrar la independencia en su interacción con los demás. Pero a diferencia del dependiente, que no busca activamente al otro que necesita, el histriónico aprendió a que sólo logra apoyo y admiración cuando lo conquista. Su estrategia es activa y no pasiva como el dependiente.

En su interacción con los demás sus actitudes están marcadas por el deseo evidente de conquistar el afecto del otro. Son exagerados, muy expresivos y dramáticos. Forman amistades con rapidez y pronto se tornan exigentes y manipulativos. Son seductores, en especial con el sexo opuesto.

En su dependencia tienden a confiar demasiado en los demás, siendo muy impresionables, susceptibles de sugestión e influenciados.

Su interacción consigo mismo es pobre, ya que al depender de otros en su afectividad, no tienen mundo propio y los incomoda y los aburre la soledad. Esto los lleva a desear estar continuamente en compañía de otros, buscando siempre huir de sí mismos. A diferencia del dependiente, el histriónico se percibe a sí

mismo como gregario, estimulante, encantador, atractivo y capaz de alegrar cualquier ambiente.

En resumen, la disfunción yoica en el trastorno de personalidad histriónico fija al sujeto en una interacción dependiente, obtenida de una manera activa. Psicopatológicamente es un dependiente-activo.

Ejemplo:

Jeannette, una joven de 30 años, trabaja en un restaurante como empleada. Solicita tratamiento psiquiátrico después de haber roto un pololeo de 8 años de duración. Aunque en un comienzo estaba desganada y con ideas suicidas, se modificó notablemente después de la primera sesión terapéutica, y llegó a estar incluso animada y un poco coqueta con el terapeuta que era hombre.

Durante las siguientes sesiones ella iba atractivamente arreglada y vestida, con detalles seductores en su vestimenta, maquillaje y comportamiento en la sesión. Cruzaba sus piernas de manera insinuante.

Relataba su historia con inflexiones dramáticas y se veía muy preocupada de la impresión que estaba causando en el terapeuta.

Aunque a menudo lloraba durante la entrevista, su pena se sentía como poco profunda y exagerada en su

expresión, con el fin evidente de impresionar al terapeuta.

Muchas veces preguntó si podían cambiarse las horas de entrevistas para que estuvieran más de acuerdo a sus planes; cuando esto no era posible, se ponía furiosa y reclamaba cómo los doctores no tenían consideración con sus pacientes.

La historia de la paciente mostraba que ella era el alma de las fiestas, no tenía problemas para hacer amigos, aunque parecía perderlos muy fácilmente y sentirse sola la mayor parte del tiempo.

La gente que la rodea la ve como egoísta, inmadura y de poco confiar. A menudo llega muy tarde a las citas y reuniones, pide plata que rara vez devuelve, o no cumple con citas impulsivamente, muchas veces porque alguien más atractivo le propuso algo.

Ella es muy competitiva y celosa de las otras mujeres, dice que son cínicas, y es conocida por ser particularmente seductora con los pololos de sus amigas ("Case Book DSM III", Spitzer R.L. Diagnóstico: Trastorno de personalidad histriónico).

Comentario: Lo central en Jeannette es su necesidad incesante de atraer hacia sí la atención de los demás. Su estabilidad psíquica depende del éxito logrado en dicho objetivo. Si éste fracasa su frustración es intensa, llegando a pensar en suicidio por la pérdida de su pololo. Sin embargo, no cae en la resignación doliente del dependiente pasivo, sino que echa a andar toda una estrategia activa que le permita lograr nuevamente el afecto de otros que tanto necesita. Intenta conquistar rápidamente a su terapeuta. Su dependencia es activa.

➤ *Disfunción yoica en el trastorno de personalidad narcisista:*

El narcisista, al igual que el dependiente y el histriónico, presenta conflictos en el área de las interacciones, o sea, en la dimensión dependencia-independencia. Pero éste, a diferencia de los dos anteriores, no logra integrar la capacidad de ser dependiente. Se plantea no necesitando a los demás y bastándose a sí mismo. Supone al mismo tiempo que quienes lo rodean estarían a su disposición, dados las habilidades y encantos que posee, y desde luego no tendrá que esforzarse para lograr su complacencia y servilismo. O sea, su independencia la vive pasivamente.

En sus interacciones están más centrados en sí mismos que en los demás. Se consideran a sí mismos superiores y especiales. Inclinedos a exagerar sus capacidades y poderes, transforman fácilmente los fracasos en éxitos.

Decimos que no dependen de los demás, ya que a diferencia del dependiente y del histriónico, su autoestima no proviene del otro. El narcisista confirma en el otro su convicción de superioridad y autosuficiencia. Sin embargo, en un sentido más genérico depende de los demás, ya que cuando no logra confirmar su sobrevaloración, se descompensa. Por eso en su interacción con los demás está preocupado de ser adulado y admirado, especialmente por aquellos a quienes idealiza. Los otros están a su servicio y muchas veces los explotan con toda naturalidad sin considerar sus necesidades ni derechos, ya que el narcisista estima que él no debe nunca nada, él no depende de nadie y se autoabastece solo. En sus relaciones afectivas son aparentemente cercanos mientras se sienten adulados, pero se retiran rápida y fríamente en cuanto desvalorizan al otro. Les es muy difícil comprometerse.

En resumen, en el trastorno de personalidad narcisista la disfunción yoica fija al sujeto en una interacción independiente y de una manera pasiva. Psicopatológicamente es un independiente-pasivo.

Ejemplo:

Marco Antonio, un estudiante de 25 años, soltero, se queja con su terapeuta de dificultades para terminar su Doctorado en Literatura Inglesa y expresa, además, interés en una niña de su Instituto.

Él cree que su tesis será un aporte fundamental a la comprensión de ciertos problemas básicos en

literatura, y que se hará famoso, sin embargo, no completa aún un tercio de su tesis.

Su tutor no está muy impresionado con las ideas de su pupilo, con lo cual el paciente se enfurece, luego duda y se avergüenza.

Se queja del tutor por su falta de progreso y considera que merece más ayuda con esta gran idea, y que su tutor debiera buscar con otros investigadores el sentido de sus importantes aportes.

Alardea acerca de su creatividad y se queja de que los demás están celosos de su profundidad. Es muy envidioso con los estudiantes que son más rápidos que él, y los descalifica como superficiales y a veces tontos.

Es muy orgulloso de su brillantez en la participación en clases, y se imagina que algún día será un gran profesor.

Se desilusiona con rapidez de las mujeres, y tiene frecuentes fantasías acerca de nuevas mujeres que él conquista, pero después de tener relaciones sexuales se siente desagradado y las encuentra estúpidas y físicamente repugnantes.

Él tiene muchos "amigos", pero los cambia rápidamente y ninguna relación es muy larga.

La gente que lo rodea está cansada de su continua auto-promoción y falta de consideración hacia los demás ("Case Book DSM III", Spitzer R.L.; Diagnóstico: Trastorno de personalidad narcisista).

Comentario: Lo que resalta en la historia de Marco Antonio es la absoluta falta de consideración de los demás en la opinión que él tiene acerca de sí mismo, de su trabajo, de sus capacidades y limitaciones. Considera que su tesis es genial, independiente de la opinión de su tutor, que él es muy creativo y que los demás no lo reconocen por envidia. Además de esta independencia en relación a su autoconcepto, no considera la situación de los demás; no escatima en exigir a su tutor en forma pertinaz y desadecuada, y esta misma falta de delicadeza muestra hacia sus pololas y amigos, quienes se quejan de su "falta de consideración". El paciente parece no depender de nadie, sino más bien los demás dependen de él, ya sea por su brillantez, capacidad, aportes y proyectos. Por lo cual no hace esfuerzos para mantener su "status", ni siquiera ha completado un tercio de su tesis, y el hecho de que sea catalogado de "promovido" nos sugiere que no ha logrado un nivel convincente, probablemente porque considera que no necesita superarse para ello.

Enfrenta su mundo pasivamente, tiene ganado de antemano el éxito. Es en esencia un independiente pasivo.

➤ *Disfunción yoica en el trastorno de personalidad antisocial:*

El antisocial es independiente al igual que el narcisista, pero este último basa su autonomía y autosuficiencia en la convicción radical de que los demás lo consideran con derecho a tal independencia, dadas sus condiciones excepcionales. El antisocial, en cambio, siente que debe luchar por obtener y mantener tal independencia. Debe autoabastecerse y no confiar en nadie sino en sí mismo, y para esto debe ser activamente luchador. Considera que él tiene derecho a un sitio especial, a dominar, a mantener su supremacía, pero esto no lo logra por sus encantos sino por la fuerza. Es activamente independiente.

Como es de esperar, para lograr su independencia, el antisocial, en su interacción con los demás, es muy agresivo. Considera que puede pasar a llevar los derechos de los demás, someterlos y dominarlos por la fuerza. De ahí que sean explotadores, mentirosos, ladrones, peleadores, desafiantes de la autoridad y el derecho. Llegan a veces a la criminalidad, la violación, etc. Son intimidadores y beligerantes. Habitualmente son incapaces de mantener relaciones cercanas, cálidas y comprometidas con su pareja, familia o amigos.

Su interacción consigo mismo es pobre, ya que su independencia no es reemplazada por un mundo interno propio, sino más bien por un activo mantenerse dominando a los demás para no ser ellos los sometidos. Son poco tolerantes con el aburrimiento y la tristeza.

En resumen, la disfunción yoica en el trastorno de personalidad antisocial fija al sujeto en una interacción independiente, de una manera activa. Psicopatológicamente es un independiente-activo.

Ejemplo:

René, un paciente de 22 años es entrevistado por su psiquiatra mientras está detenido en la cárcel esperando el juicio por intento de robo.

Tiene una historia de múltiples arrestos por tráfico de drogas, robo, asalto y peleas.

Fue expulsado del colegio por peleador, holgazán y malas notas. A los 14 años robó un auto, y fue llevado a un centro juvenil. Posteriormente, ha estado varias veces por períodos cortos en varias instituciones, de las cuales habitualmente se escapa. Cada cierto tiempo va a vivir a casa de sus padres, siendo muy violento con ellos, llegando a la agresión física. A raíz de uno de estos incidentes durante el cual amenazó a sus padres con un cuchillo, fue internado en un hospital psiquiátrico, huyendo un día más tarde.

El paciente nunca ha tenido relaciones personales cercanas con sus padres, sus dos hermanos mayores, ni con amigos de ambos sexos.

Es solitario y vago, no ha trabajado por más de 2 meses en ningún trabajo en toda su vida. ("Case Book DSM III", Spitzer, R.L.; Diagnóstico: Trastorno de personalidad antisocial).

Comentario: René tampoco integra a los demás a su vida, pero no como el narcisista recién descrito, que supone que los demás lo admiran, por lo cual puede asumir pasivamente su destino, sino al contrario, percibe el mundo como amenazante y se independiza y distancia de él para defenderse y obtener lo que quiere. Nada le llegará gratuitamente. Su independencia es mantenida activamente.

➤ *Disfunción yoica en el trastorno de personalidad compulsivo:*

Los cuatro trastornos de personalidad que hemos visto se inclinan a buscar su fuente de seguridad y gratificación en los demás (Dependientes e Histriónicos) o en sí mismos (Narcisista, Antisocial). El compulsivo queda atrapado en una ambivalencia, en la que alterna sus deseos de independencia y su necesidad de dependencia en forma escindida. Aunque vive ambos polos de esta dimensión, no logra integrarlos. Para el observador, esta ambivalencia no se hace evidente a primera vista, ya que el compulsivo opta por resolver su conflicto asumiendo una actitud sumisa y obediente, reprimiendo sus sentimientos desafiantes. Por esto decimos que su ambivalencia es pasiva.

En su interacción con los demás es poco expresivo, habitualmente gentil y formal. Convencional y serio, preocupado de las normas, de la eficiencia y, además, detallista trivial. Se da poco espacio y tiempo para recrearse, gozar y relacionarse afectivamente con los demás. Sin embargo, tras esta fachada de independencia se pueden apreciar intensas necesidades de dependencia. Con ciertas personas son excesivamente sumisos. Cuando establecen relaciones un poco más íntimas en que se permiten manifestar ciertos sentimientos y emociones, llegando a tolerar en cierto grado ser protegidos, se les despierta una necesidad afectiva imperiosa y voraz hacia ese sujeto. Es habitual que se aten a un otro "dominante", que puede ser una persona, una meta o una institución, pero de quien dependen intensamente para mantenerse estables y motivados.

Su interacción consigo mismo es pobre. Reprimido en su mundo interno, se permite pocos placeres y se autoexige mucho. Se puede decir que mantiene su independencia a través del trabajo, viviendo pendiente de los rendimientos, del cumplimiento de las normas, del ascenso y de un perfeccionismo detallista.

En resumen, la disfunción yoica en el trastorno de personalidad compulsivo, no logra resolver la dimensión dependencia-independencia, quedando fijado en ambos polos sin poder integrarlos, y viviéndolos alternadamente, o en otras palabras, ambivalentemente. Esta ambivalencia es vivida pasivamente en sus conductas. Psicopatológicamente es un

ambivalente-pasivo.

Ejemplo:

Enrique, un abogado de 45 años, solicita tratamiento psiquiátrico por insistencia de su esposa.

Ella está hasta la "coronilla" con su matrimonio: ya no puede tolerar su frialdad emocional, sus exigencias rígidas, sus conductas intimidatorias y su desinterés sexual. Trabaja largas horas y se lo lleva viajando por negocios.

El paciente no siente ningún malestar respecto a sí mismo, y acude a la consulta sólo porque su mujer le insistió.

Durante la entrevista Enrique confiesa que tiene problemas en el trabajo. Él es conocido como el miembro más trabajador de una firma de consultores muy activa. Es el más joven en la historia de la firma, y es famoso por ser capaz de manejar muchos casos al mismo tiempo. Últimamente se encuentra cada vez menos capaz de mantener el ritmo. Se siente muy orgulloso cuando resuelve su nuevo caso, y es muy preocupado de la calidad y perfeccionismo con que hicieron su trabajo sus asistentes. A menudo les corrige sus redacciones, desagradado con su estilo y forma de hacer las frases.

La gente que trabaja con él se queja de que la atención que pone en los detalles, y su incapacidad para delegar responsabilidades reducen mucho su eficiencia. Ha despedido 2-3 secretarías por año, o se le han ido. Ninguna tolera trabajar para él mucho tiempo porque refieren que es muy crítico a cualquier detalle hecho por otros.

Cuando un pleito está con problemas, no decide nunca a quién entregárselo primero, haciendo listas con la gente de su staff, pero siendo incapaz de decidir pasárselo a alguien. Termina trabajando 15 horas al día. Él acepta que cada día está más indeciso, y ahora que su trabajo se ha expandido por debajo de su control directo, esta situación se le ha hecho insostenible.

El paciente discute con sus niños, como si fueran muñecos mecánicos, con cierto afecto que no demuestra. Describe a su mujer como una buena compañera, y tiene dificultades para entender por qué ella está descontenta.

Es muy pulcro en su forma de ser y en su vestimenta. Calmado y ponderado en sus interacciones, seco y falto de humor, con una terca determinación de imponer sus puntos de vista.

Enrique es producto de dos padres muy trabajadores, arribistas y ambiciosos.

Creció con un sentimiento de que nunca había trabajado lo suficiente, que tiene que lograr muchas cosas y tiene poco tiempo. Fue un estudiante mateo, torpe e impopular entre sus compañeros en la adolescencia. Siempre ha sido muy competitivo y de altos rendimientos.

Tiene dificultades para tomarse las vacaciones, no sabe qué hacer con tanto tiempo libre. Cuando lo hace, desarrolla un nutrido plan de actividades para cada miembro de la familia, y se pone muy impaciente y furioso si se rehúsan a cumplir con lo que él propone. Le gustan los deportes, pero tiene poco tiempo para hacerlos y rehúsa jugar si no está en su mejor estado físico. Es un competidor feroz en el tenis y muy mal perdedor ("Case Book DSM III", Spitzer, R.L.; Diagnóstico: Trastorno de personalidad compulsivo).

Comentario: Enrique siente afecto por sus hijos que no le es posible demostrar. Considera que su mujer es una buena compañera, y se puede deducir que se apoya, valora y, en cierto sentido, depende y protege esta estructura familiar. Sin embargo, su dificultad radica en poder vivir este mundo afectivo del cual se distancia y se toma independiente, refugiándose en su trabajo, en el cual necesita sentir que no depende de nadie y es capaz de todo, aunque por otro lado es absolutamente sumiso a las exigencias de la empresa (el otro dominante).

Decimos que su ambivalencia es pasiva porque opta por someterse a las exigencias de los demás, su empresa, e incluso su esposa que "lo lleva" al psiquiatra.

➤ *Disfunción yoica en el trastorno de personalidad pasivo-agresivo:*

Al igual que el compulsivo, el pasivo-agresivo no logró integrar la dimensión dependencia-independencia. Vive las polaridades de esta dimensión en forma escindida, e interactúa con una impredecible ambivalencia. En el compulsivo esta ambivalencia se vive con un aparente carácter de independencia, dando la impresión a los demás, desde su autocontrol, ponderación, distancia y seriedad, de que no necesitara a nadie. El pasivo-agresivo se diferencia del compulsivo en que desarrolla una estrategia activa al vivir su ambivalencia. Es similar al estilo que siguen los niños

en su interacción con los demás, a través de explorar el mundo externo vía ensayo y error. Sus acciones y estrategias son espontáneas, cambiantes, pasan de la dominación a la sumisión de improviso. Son evitadores, explotadores, obstinados, etc. Por esto decimos que el pasivo-agresivo es un ambivalente activo.

Su interacción con los demás es errática e impredecible. Necesita de los demás, y a diferencia del compulsivo, esto es evidente a primera vista. Desea intensamente estar con los otros, su pareja, amigos, etc. Le encanta recibir regalos, adulaciones y beneficios. Es habitual que quiera funcionar como líder frente al grupo. Necesita estar trabajando y ligado a algún grupo o institución. Sin embargo, desde otra perspectiva, pareciera estar reñido con los objetos y personas con que interactúa, al mostrarse profundamente hostil hacia ellos.

Si bien desea estar con otros, no acude puntualmente, permanece callado y desinteresado, y al poco rato no soporta la compañía y se margina. Los regalos, las adulaciones y beneficios, los considera rápidamente comprometedores. Si es líder se queja de que no lo apoyan y que él solo debe hacerlo todo. En su trabajo es lento y no cumple bien con lo que se le solicita. Es a través de esta agresividad indirecta que se ubica en el polo independiente.

Su interacción consigo mismo es también alternante. Oscila entre la preocupación por sus conductas inadecuadas --con sentimientos de culpa personal, minusvalía y autodesprecio- y la frustración, sentimientos de rabia, resentimiento, hostilidad y recriminación hacia los demás.

En resumen, la disfunción yoica, en el trastorno de personalidad pasivoagresivo, fija al sujeto en una interacción de dependencia e independencia, pero sin lograr integrarlas. Esto lo lleva a una ambivalencia que vive en forma activa. Psicopatológicamente es un ambivalente-activo.

Ejemplo:

Piero, un psiquiatra de 35 años llega 15 minutos tarde a una reunión. Se le ha solicitado hace tiempo su renuncia en un Centro de Salud Mental, porque de acuerdo al relato de sus compañeros llegaba siempre tarde al trabajo, las reuniones, olvidaba las citas, se olvidaba de compromisos de trabajo, sus estadísticas las entregaba siempre tarde, se rehusaba a seguir instrucciones y parecía siempre sin motivación alguna.

El paciente se sorprendió y resistió. Él pensaba que había hecho relativamente bien su labor y refiere que sus compañeros de trabajo son excesivamente obsesivos y exigentes. Sin embargo, él reconoce una larga serie de situaciones conflictivas con la autoridad.

Piero tiene una historia desde niño de severos y prolongados berrinches, episodios de estar taimado, legendarios en su familia. Fue un niño muy mandón y autoritario, siempre exigía que los demás niños jugaran "a su manera", si no, abandonaba el juego. Con los adultos, en especial con su madre, era hosco, insubordinado y opositor, muchas veces inmanejable. Fue enviado a un colegio de hombres, con profesores hombres, y gradualmente fue siendo más sumiso y disciplinado. Él continuó, sin embargo, siendo muy terco, haciendo las cosas a su manera, y resistiéndose cuando era dirigido por sus profesores. Era un estudiante brillante, pero muy disparateo, trabajaba con la intensidad que él quería, y "castigaba a los profesores que no le gustaban, no cumpliendo con sus tareas". Era discutidor y se quejaba de que no era tratado con rectitud.

Está casado, se siente infeliz. Se queja de que su mujer no lo entiende. Ella se queja que él es cínico y terco. Él rehúsa hacer ninguna cosa de la casa, y a menudo olvida completar los pequeños encargos que ha aceptado hacer como de su responsabilidad. Los formularios de impuestos no los llena en meses, las cuentas no las paga.

Piero es variable. Tiene bastante encanto en sus relaciones, pero los amigos a menudo se fastidian por su mala disposición para estar de acuerdo con los deseos del grupo: por ejemplo, si un restaurante no es de su elección se puede taimar toda la noche, u olvidarse llevar la billetera ("Case Book DSM III", Spitzer, R.L.; Diagnóstico: Trastorno de personalidad pasivo-agresivo).

Comentario: La pasividad con que vive su ambivalencia el compulsivo, impresionando a los demás por su autocontrol, contrasta con la interacción errática, impredecible y activa del paciente recién descrito. Su dependencia afectiva de los demás es evidente,

pero lucha con ella y trata de demostrar activamente que no se somete ni necesita a nadie, como si fuera absolutamente independiente.

➤ *Disfunción yoica en el trastorno de personalidad esquizoide:*

Este trastorno de personalidad nace de una incapacidad de integrar la dimensión Acercamiento-evitación.

Es un evitador de las relaciones con los demás, pero que a diferencia de la personalidad evitadora propiamente tal, que mantiene la capacidad y el deseo de relacionarse con los demás, pero evitándolos activamente porque la relación lo angustia, al esquizoide ni le atrae, ni tiene la capacidad de empatizar en la relación. Por esto decimos que su evitación es pasiva.

Lo esencial de su relación con los demás es la incapacidad que muestran para establecer relaciones sociales. No expresan sentimientos de ternura, ni calidez. Tampoco expresan sus sentimientos agresivos. Son incapaces de sentir los sentimientos, necesidad y afectos del otro, ya sean amorosos o agresivos. Prefieren estar solos y tienen muy pocos o ningún amigo. Parecen fríos, distantes y lejanos. Sus intereses están centrados en su relación con las cosas más que con las personas. Se dedican a sus hobbies o a sus trabajos, como también se entregan a su mundo imaginario.

Su relación consigo mismos es también distante, ya que no les seduce la introspección por no recibir en ella la gratificación de experimentar emociones profundas. Son incapaces de captar los matices y diferencias de sus vivencias, tendiendo a aplanar y homogeneizar los variados elementos de su experiencia. Esta incapacidad de sentir, seleccionar y diferenciar se da con mayor intensidad en su relación consigo mismo y con los demás.

En resumen la disfunción yoica, en el trastorno de personalidad esquizoide, fija al sujeto en una relación evitadora, vivida pasivamente. Psicopatológicamente es un evitador-pasivo.

Ejemplo:

Octavio, un ingeniero eléctrico de 36 años, fue arrastrado por su mujer a la consulta para una terapia de pareja. Ella se queja de su falta de motivación para estar con la familia, y compartir actividades con ellos. No muestra interés en los niños, sexualmente es muy apático, y nunca expresa afecto.

En su trabajo es tímido, reticente y vergonzoso, y algunos lo catalogan de frío o aislado.

Su historia personal revela una gran indiferencia hacia las relaciones con los demás, una sola vez tuvo un amigo ocasional y duró muy poco tiempo. El paciente señala que era indiferente a la idea de casarse, pero lo hizo porque así satisfacía los deseos de sus padres.

Su Sra. refiere que hace lo imposible por proponerle o implementar actividades que sean de su interés, pero lo único que logra es su rechazo. Si por último llega a acceder, lo hace gruñendo permanentemente ("Case Book DSM III", Spitzer, R.L.; Diagnóstico: Trastorno de personalidad esquizoide).

Comentario: El conflicto central de Octavio es la ausencia de relaciones interpersonales en su vida. Las evita, pero a diferencia del paciente evitador que lo hace por temor e incomodidad, a éste ni siquiera le preocupan, ya que las personas le son indiferentes. En su actitud evitadora no elabora estrategias que lo alejen de los demás, ya que aun estando con ellos está distante. Vive pasivamente la evitación.

➤ *Disfunción yoica en el trastorno de personalidad evitador:*

Es un evitador al igual que el esquizoide, pero que tiene la capacidad y el deseo de relacionarse con los demás. Evita hacerlo por la angustia que esta situación le produce, por lo cual está activamente dispuesto a eludirla.

En su relación con los demás, y a diferencia del esquizoide, es hipersensitivo a los estímulos sociales, a los sentimientos y afectos del otro, en especial a los que encierran

matices de desprecio y rechazo. Esta hipersensitividad lo hace tener una actitud expectante y ansiosa frente a los demás, y si no recibe incondicionales garantías de valoración, acogida y aprobación, los evita y se retira. A diferencia del esquizoide, este retiro no le es indiferente, sino que lo hace sentirse solo. Es visto por los demás como tímido y aprensivo. A primera vista pudiera confundirse con el esquizoide, pero su actitud atenta hacia el medio, su expresión tensa y temerosa descartan en él la indiferencia y lejanía del esquizoide. Se confirma la diferencia cuando se logra establecer una relación más personalizada con el evitador, a través de brindarle confianza y aceptación. Situación en la que se aprecia su extrema sensibilidad y deseo de relacionarse afectivamente con el otro.

Su relación consigo mismo sigue el mismo modelo de evitación. Elude conocerse y estar cerca de sí mismo, porque su autoestima es muy precaria. Se autodeprecian, se consideran poca cosa, incapaces y acomplejados. Es habitual que busquen refugio en su relación con las cosas.

En resumen la disfunción yoica del trastorno de personalidad evitadora fija al sujeto en una relación evitadora, la cual tiene que manejar activamente: Psicopatológicamente es un evitador-activo.

Ejemplo:

Juan, un hombre de 27 años, soltero, bibliotecario, consulta porque siente importante ansiedad desde hace unas semanas. Relaciona su inicio, a la asignación de un grupo de nuevos empleados a su sección. Teme ser despedido, aunque su trabajo es muy calificado. Un círculo de amigos se ha formado recientemente en su sección, y aunque él desearía mucho ser aceptado en este grupo, duda mucho en acercarse a ellos, a no ser que se lo soliciten explícitamente. Más aún, él dice "yo sé que no tengo nada que ofrecerles a ellos", y piensa que sería rechazado de todas maneras.

El paciente dice de sí haber sido siempre vergonzoso, temeroso, y un niño callado. Aunque tiene dos amigos que ve ocasionalmente, él es definido por sus compañeros de trabajo como solitario, "Juanito es un simpático joven que habitualmente hace su trabajo eficientemente, pero por sí solo". Ellos notan que siempre come solo en la cafetería y que no se junta con nadie en los ratos libres, en que todos se pasean y conversan ("Case Book DSM III", Spitzer, R.L.; Diagnóstico: Trastorno de personalidad evitador).

Comentario: La dificultad central de Juan es la incapacidad para relacionarse con los demás, no porque le sean indiferentes, "desearía mucho ser aceptado en este grupo", sino porque teme lo rechacen. Este temor y vergüenza lo lleva a buscar la soledad y evitar a los demás activamente, o sea planificando los desencuentros, ya que los vive con inseguridad e incomodidad. Su evitación es activa.

➤ *Disfunción yoica en el trastorno de personalidad orgánico:*

Desde el punto de vista de la psicopatología del yo, lo que define al trastorno de personalidad orgánico es su imantación, perseverancia e incapacidad de desligarse y discontinuar una relación. Esta tendencia la llamaremos adhesividad, y es el polo opuesto de la evitación en la dimensión yoica de las relaciones.

El orgánico se siente atraído a relacionarse con el otro, no por una búsqueda de dependencia, sino por una especie de atracción e imantación que ejerce el otro sobre él. Le resulta gratificante mantener esa relación, ya sea amorosa, tierna, erótica o agresiva, dañina y destructiva, presentando una especial dificultad para discontinuarla. Se dice que se quedan pegados, son adhesivos y ligosos. Tal acercamiento excesivo resulta agotador para el otro.

En su relación consigo mismo se da esta misma tendencia. Se pueden mantener solos largos ratos y ensimismarse en sus fantasías, pensamientos e imaginaciones, dando la impresión de que les es difícil desconectarse y pasar a relacionarse con otra cosa. Si un nuevo estímulo acapara su atención, ya sea interno o externo, vuelven a ser cogidos por

éste, viviendo el mismo proceso.

Por esta tendencia a la "perseveración" afectiva y cognitiva, se quedan como pegados en un estado emocional, un afecto o un impulso. Es habitual la labilidad emocional, las explosiones agresivas y/o sexuales.

En resumen, en el trastorno de personalidad orgánica el yo en su disfunción tiende a mantener un acercamiento excesivo en su relación con los demás, habitualmente de manera pasiva, pero también lo puede hacer activamente. Psicopatológicamente es un adhesivo-activo o pasivo.

B. DISFUNCIÓN YOICA EN LOS TRASTORNOS FRONTERIZOS DE PERSONALIDAD:

El esquizotípico, el paranoico, el límite (borderline) y el orgánico fronterizo, corresponden a los trastornos fronterizos de personalidad. Fronterizo es un término cuyo sentido alude a una condición que transcurre en los límites de la configuración neurótica y psicótica. Para nosotros los trastornos fronterizos tienen un compromiso psicopatológico del Yo, que afecta las mismas áreas que los trastornos de personalidad ya descritos, pero con una intensidad y gravedad mucho mayor. Esta disfunción mucho más grave en el área de las relaciones e interacciones con los demás, es consecuencia de una alteración severa en lo que hemos denominado el área del vínculo, que se traduce en una defectiva integración de la dimensión realidad-irrealidad, perdiendo el sentido de realidad. Por esto decimos que frente a los demás trastornos de personalidad, lo que define al trastorno fronterizo, es su compromiso yoico en la dimensión realidad-irrealidad. Este compromiso no tiene las características arrasadoras de la vivencia de realidad propia del psicótico franco. En éste la realidad se vive a través de delirios, alucinaciones y ocurrencias, trastornos psicopatológicos del pensamiento y de la sensopercepción. Si bien el fronterizo puede atravesar por micropsicosis que comprometan dichas áreas del vivenciar, su estado más habitual en la realidad es reflejo de un compromiso psicopatológico yoico que se traduce en una interacción consigo mismo plagada de irreales sentimientos de soledad, minusvalía, autodesprecio, culpa, castigo, sobrevaloración, megalomanía, idealización, etc., y en una interacción con los demás irrealmente exigente, persecutoria, agresiva, idealizadora, descalificadora, etc., pero sin llegar al delirio. O sea, la irrealidad del funcionamiento yoico si bien incluye altecaciones de los elementos del vivenciar, apunta a un compromiso más básico, estructural, sostenido y permanente del Yo, que lleva al sujeto a una interacción y relación con los demás y consigo mismo que si bien no necesariamente delirante, es groseramente distorsionada, errática e impredecible, y en cierto modo cercana a lo paranoídeo, heboide, bizarro e infantil.

Sin embargo, su severo compromiso del sentido de realidad del yo, en algunas ocasiones puede llevarlo a una alteración del pensamiento que se expresa en un trastorno del juicio de realidad. Son las denominadas micropsicosis del fronterizo.

Diferenciar el compromiso de la dimensión realidad-irrealidad del fronterizo respecto del psicótico o de cualquier trastorno de personalidad anteriormente descrito, es a veces una tarea difícil. En el capítulo acerca del diagnóstico Psicopatológico, Sindromático y Nosológico, hemos intentado delimitar con mayor precisión estos tres grupos.

➤ *Disfunción yoica en el trastorno de personalidad límite (Borderline):*

La personalidad límite se caracteriza por una grave dependencia. Esta dependencia puede ser vivida activa, pasiva y/o ambivalentemente. Lo que lo diferencia del dependiente, histriónico, compulsivo o pasivo-agresivo es el compromiso de la dimensión realidad-irrealidad.

La irrealidad con que interactúan se hace evidente por el carácter exagerado,

desproporcionado y fuera de lugar de sus conductas y sentimientos.

Un límite dependiente-pasivo que evidentemente tiene aproximación con el tipo dependiente de perturbación de personalidad, además vive un sentimiento de minusvalía desproporcionado, con una idealización de la persona de quien depende, habitualmente una sola, tan exagerada que puede adjudicarle capacidades omnímodas. Vive sintiendo la amenaza de la pérdida, lo que genera celos, actitudes infantiles y un temor-pánico cuando la amenaza se hace factible.

El límite dependiente-activo, que se aproxima al tipo histriónico de perturbación de personalidad, busca con desmesura llamar la atención de los demás, en relaciones extremadamente superficiales, poco personalizadas y cambiantes. Frente a la amenaza de la indiferencia, que vive casi autorreferentemente, se disocia, cae en estados de euforia en que pierde el sentido de las proporciones. Su autopercepción de seducción y atractivo sin límites es de rango omnipotente y a menudo pueril.

El límite que niega su dependencia y cae en la ambivalencia-pasiva se asemeja al compulsivo, pero su auto-exigencia, escrupulosidad, su culpa, sus autorreproches y autocastigos que llegan al daño físico, lo ubican en la patología fronteriza. Su entrega compulsiva al trabajo o a alguna tarea que se propone asume caracteres dramáticos, rechazando hostilmente cualquier interferencia, y sin lograr reducir los nudos de ansiedad como el compulsivo. Estos intentos grotescos de independencia contrastan con vivencias de sometimiento con personas, grupos o instituciones, frente a los cuales parecen niños atemorizados dispuestos a satisfacer cualquier demanda.

El límite ambivalente-activo, que ofrece cercanía con el tipo pasivo-agresivo de perturbación de personalidad, niega activamente su dependencia, mediante una actitud agresiva, que aunque indirecta, por su intensidad se hace francamente manifiesta. Su agresividad no logra manejarla como el pasivo-agresivo y se hace muy impulsiva. También vive relaciones de sometimiento, pero éstas están plagadas de rechazo, odio y agresión, que deterioran la relación en extremo.

Como decíamos, la psicopatología del límite proviene de un severo compromiso del vínculo y una fijación patológica en la dependencia en el área de las interacciones. Esta dependencia patológica puede ser vivida en perfiles más o menos definidos, histriónicos, dependientes, compulsivos o pasivos-agresivos, como ya lo hemos descrito anteriormente. Sin embargo a menudo el límite tiene un compromiso en varias de estas áreas, sin que necesariamente se destaque una sobre las otras. Pero todas giran en torno a la conflictiva de la dependencia.

En resumen, el trastorno de la personalidad límite se centró en el compromiso del área vincular traduciéndose en una grave falta de integración de la dimensión realidad-irrealidad. En el área de las interacciones quedó fijo en la dependencia, la que vive en cualquiera de sus modalidades activa, pasiva y/o ambivalente.

Psicopatológicamente, en lo fundamental, es un dependiente-irreal.

Ejemplo:

Lilian, una mujer cesante de 26 años, es referida en interconsulta al servicio de psiquiatría por su terapeuta. Presenta una intensa preocupación suicida, y la necesidad urgente de automutilarse cortándose con una hoja de afeitar.

La paciente era aparentemente normal hasta el último año de colegio, en que comenzó a preocuparse de temas religiosos y filosóficos en exceso. Evitaba a sus amigas, y vivía preocupada acerca de quién era ella. Académicamente rendía, pero durante su primer año de Universidad declinó. Comenzó a usar una variedad de drogas, abandonó su religión habitual y buscó grupos religiosos esotéricos identificándose exageradamente con ellos. A ratos sentía intensas y masivas oleadas de angustia, y consideró que se desvanecerían de inmediato si se hacía cortes en sus brazos con una hoja de afeitar.

Tres años atrás Lilian inició una psicoterapia. Con mucha rapidez idealizó a su terapeuta, como alguien muy simpático y de gran intuición. Más tarde se fue poniendo hostil y exigente con él, solicitando más y más sesiones, a veces 2 sesiones al día. Su vida la centró en torno al terapeuta, excluyendo a todos los

demás.

Aunque su hostilidad al terapeuta era obvia, ella no la veía ni la controlaba. Sus dificultades con el terapeuta culminaron en varios episodios de intentos suicidas y de auto-mutilación, motivo por el cual fue hecha la interconsulta ("Case Book DSM III", Spitzer, R.L.; Diagnóstico: Trastorno de personalidad límite).

Comentario: Lilian oscila entre la independencia extrema en que "evita a las amigas y vive preocupada en torno a sí misma", y la dependencia sin límites. Esta dependencia surge cuando logra establecer un vínculo cercano, como el vivido con su terapeuta. Cada uno de estos polos es vivido con tal intensidad que pierde el sentido de realidad, llegando a tener graves conductas de aislamiento y autodestrucción.

➤ *Disfunción yoica en el trastorno de personalidad paranoico*

La patología del paranoico se desarrolla en torno a la independencia. Esta independencia puede ser vivida activa, pasiva y/o ambivalentemente. Lo que lo diferencia del narcisista, antisocial, compulsivo o pasivo-agresivo, como formas de trastorno de personalidad es, una vez más, el compromiso de la dimensión realidad-irrealidad.

Como en todos los trastornos fronterizos, el compromiso yoico en esta dimensión realidad-irrealidad se hace evidente no sólo por alteraciones perceptivas, las cuales además pueden estar presentes en las micropsicosis, sino por una interacción con los demás y consigo mismo, francamente distorsionadas.

El paranoico independiente-pasivo, próximo al narcista como forma de alteración de la personalidad, tiene una sobrevaloración de sí mismo notablemente más exagerada que aquél, llegando a estar cercano a la megalomanía psicótica. Su hipersensibilidad al rechazo lo lleva a constantes actitudes autorreferentes, suspicaces y a una postura desafiante y agresiva hacia los demás. El elemento pasivo se traduce en una necesidad de confirmar con conductas su sobrevaloración.

El paranoico independiente-activo, próximo al antisocial como forma de alteración de la personalidad, considera desde su megalomanía casi psicótica que él tiene derecho natural a cualquier cosa, que todo el mundo está contra él, y por lo tanto despliega una conducta agresiva muy peligrosa e impredecible. Siempre a la defensiva y dispuesto a atacar, con una distorsión grave de la realidad, desconfiado, autorreferente, suspicaz y sobre todo hostil. El elemento activo incide en su necesidad de confirmar y revelar en conductas una y otra vez su poder por sobre los otros.

El paranoico ambivalente-pasivo, cercano al compulsivo como tipo de alteración de la personalidad, vive en torno a exigencias de tipo moralista religioso, legal, etc., con un fanatismo que va más allá de la rigidez del compulsivo y toca de cerca una grandiosidad paranoica del poseedor de la verdad. Esta veta autoexigente la lleva a tal extremo que es habitual que sea acomplejado, tímido; que se considere despreciable y rechazado como tal, con lo cual vive en un clima de suspicacias y autorreferencias. Pueden establecer vínculos de dependencia con grupos, instituciones o corrientes ideológicas. Estos los viven con la rigidez y fanatismo señalado, con elevada auto y heteroexigencias. Cuando dependen de alguna persona son muy desconfiados, celosos, hostiles con ésta, pudiendo llegar a sistematizar celotipias.

El paranoico ambivalente-activo, próximo al pasivo-agresivo como tipo de personalidad alterada, es similar al recién descrito, pero bajo la impronta especial que le da su agresividad a flor de piel. Esta agresividad es más opositora y violenta que el pasivo-agresivo. Además tal agresividad es imprevista, compulsiva y muy en relación a sentimientos autorreferentes, a envidias y celos. Siempre están irritables e insatisfechos en grado extremo.

Al igual que el límite, en el paranoico los trastornos psicopatológicos del yo provienen

de un severo compromiso del área vincular, y una fijación patológica de la independencia en el área de las interacciones. Esta independencia patológica puede ser vivida en perfiles más o menos definidos, narcisistas, antisociales, compulsivos o pasivo-agresivos como los recién descritos. Sin embargo a menudo el paranoico tiene un compromiso de varias de estas áreas, sin que necesariamente sobresalga una. Todas, eso sí, en torno a la conflictiva de la independencia.

En resumen, el trastorno de personalidad paranoico quedó comprometido a nivel del vínculo, traduciéndose esto en una grave falta de integración de la dimensión realidad-irrealidad. Además, quedó fijado en la independencia en el área de la interacción, independencia que vive en cualquiera de sus modalidades, activa, pasiva y/o ambivalente.

Psicopatológicamente, en lo fundamental, es un independiente-irreal.

Ejemplo:

Reinaldo, un trabajador de la Construcción, de 40 años, cree que sus compañeros de trabajo no lo quieren, teme que alguien le haga mal los andamios para que se caiga y se dañe.

Dice comprobar esta actitud de los demás ya que el otro día en el almuerzo, por una discusión en que se le criticaba, tenía la impresión que uno de ellos hablaba solapadamente y lo "pelaba".

El comenzó a notar que este "enemigo" se reía con otro. A menudo se preocupaba de confirmar si él era el blanco de esas burlas.

Quiso enfrentarlos, pero decidió que quizás todas estas ideas eran producto de su imaginación, y pensó que se metería en más problemas si actuaba.

En la entrevista el paciente ofrece muy poca información espontánea, se sienta tenso en la silla, los ojos bien abiertos, está atento a lo que pasa en la sala.

El lee entre líneas las preguntas del psiquiatra, se siente criticado, e imagina que él estará del lado de sus compañeros de trabajo. Aclara enfáticamente que él no habría consultado si no fuera para solicitar algo para dormir.

Fue siempre solo cuando niño y sintió que los demás formaban pandillas y lo despreciaban. De bajo rendimiento en el colegio, con frecuencia insultaba a los profesores.

Ha sido un buen trabajador, pero siente que nunca ha tenido suerte ni logrado nada. Cree que ha sido discriminado porque es católico, pero no puede señalar evidencias sobre esto.

Tiene relaciones pobres con sus jefes y compañeros, no ríe nunca ni juguetea. Ha cambiado de trabajo muchas veces porque siente que ha sido mal tratado.

El paciente es distante y exigente con su familia. Sus hijos lo llaman "Señor", y refieren que es bueno "ser vistos pero no escuchados" cuando su padre anda rodando por la casa.

En la casa nunca puede estar confortablemente tranquilo y siempre está ocupado en una u otra cosa. Prefiere no recibir visitas en su casa, y se pone muy inquieto cuando su mujer sale a visitar otra gente ("Case Book DSM III", Spitzer, R.L.; Diagnóstico: Trastorno de personalidad paranoico).

Comentario: Reinaldo enfrenta las personas y el mundo que lo rodean con severa desconfianza, no espera de los demás sino rechazo y persecución. En estas condiciones es incapaz de depender de alguien. Esta independencia en la que vive el paciente, adquiere caracteres dramáticos, ya que su condición es enjuiciada como tan especial que despertaría el rechazo, la envidia, la preocupación y la maquinación en su contra por parte de los demás. Pierde el sentido de realidad.

Es un independiente con compromiso en el sentido de realidad.

➤ *Disfunción yoica en el trastorno de personalidad esquizotípico*

La evitación de las relaciones interpersonales y de desconexión de sí mismo, es tan grave que el esquizotípico puede acercarse al autismo del esquizofrénico, con su falta de propositividad vital y su desgano. Sin embargo, al igual que los restantes trastornos fronterizos, pueden presentar micropsicosis de productividad autolimitada, que surgen en la búsqueda anamnésica retrospectiva, pero que raramente llegan en su momento evolutivo a constituirse como brote productivo con el defecto consecuente. Inducen a

una inserción social degradada pero no con el rango modal de aquél. Por otra parte, la personalidad esquizotípica se aproxima al esquizoide como alteración de personalidad, pero se separa de él en el compromiso grave de la dimensión realidad-irrealidad del yo, traducido en un serio desajuste conductual a través del desgano, de la falta de propositividad vital y el autismo.

Como decíamos, el esquizotípico se aísla de tal manera que lleva una vida cercana al autismo esquizofrénico propiamente tal. No le interesan las relaciones con los demás, son lejanos y fríos, y prefieren pasar gran parte del día solos. Esta actitud se potencia con el desgano que lo caracteriza. No se entusiasma ni le llama la atención iniciar o cultivar actividades o relaciones. Por último la gravedad de su pasividad se aprecia en la falta de propositividad vital del esquizotípico. Todo esto es vivido sin conciencia de su déficit, lo que confirma una vez más la situación de irrealidad en que lo ubica su trastorno yoico.

En resumen, el trastorno de personalidad esquizotípico quedó comprometido a nivel de vínculo, traduciéndose esto en una grave falta de integración de la dimensión realidad-irrealidad. Además quedó fijo, en el área de las relaciones, en la evitación. Psicopatológicamente, en lo fundamental, es un evitador-irreal.

Ejemplo:

Adelaida, una paciente soltera de 32 años, cesante, que se queja de sentirse como flotando en el espacio.

Su sentimiento de desarraigo ha sido cada vez más intenso y desagradable.

Por muchas horas, cada día ella siente como si estuviera mirándose a sí misma moverse a través de la vida. A veces siente que el mundo alrededor de ella parece irreal.

Se siente en especial extraña cuando se mira al espejo. Desde hace muchos años dice tener la capacidad de leer en la mente de las personas por "una especie de clarividencia que yo no entiendo". De acuerdo a su relato, mucha gente en su familia también tendría esta habilidad. Ella está preocupada por el pensamiento de que tendría una misión especial en la vida, pero no está segura de cuál es ésta. La paciente no es particularmente religiosa. A menudo siente que la gente pone especial atención en su persona, y a veces piensa que algunos cruzan la calle para eludirla.

Vive sola y aislada, y gasta mucho tiempo cada día en fantasías o mirando óperas en la televisión.

Habla de una manera vaga, abstracta y afectada, a menudo perdiendo el punto de conversación, pero nunca se disgrega. Se ve tímida, suspicaz y temerosa a ser criticada.

No presenta delirio ni alucinaciones. Nunca ha sido tratada. Tiene trabajos ocasionales, que los abandona por falta de interés (Case Book DSM III, Spitzer, RL.; Diagnóstico: Trastorno de personalidad esquizotípico).

Comentario: Adelaida vive preocupada y sumida en un mundo interno plagado de curiosos fenómenos, careciendo de interés y motivación a vincularse con los demás, a quienes evita. Vive sola y aislada. En esta retirada sus fantasías internas cobran tal relieve que pierde el sentido de realidad.

➤ *Disfunción yoica en el trastorno de personalidad orgánico (fronterizo)*

La perseveración afectiva, en un estado emocional o en un sentimiento, alcanza niveles extremos, llegando a crepuscularizarse y a perder el control por completo. La adhesividad al deseo y la pulsión, les impide poder aplazar su satisfacción, actuando impulsivamente. Por quedarse pegados en los detalles son incapaces de ver el conjunto, lo cual los hace ser sumamente irreflexivos, y con un manejo caótico de su realidad.

Todo lo anterior se traduce en relaciones gravemente conflictivas con los demás y consigo mismo. Su vínculo con la realidad severamente comprometido, en este caso por una definida deficiencia orgánica, se traduce en incapacidad de integrar la dimensión realidad-irrealidad. Su misma condición orgánica lo limita a una relación adhesiva. Psicopatológicamente en lo fundamental es un adhesivo-irreal.

Como manera de objetivar lo anteriormente dicho, y al mismo tiempo mencionar de paso las áreas de exploración de las dimensiones aludidas, creemos útil el esquema que desarrollamos en la página siguiente.

Este esquema permite visualizar que es el criterio del grado de compromiso del principio de realidad, como parte de la funcionalidad yoica, el que permite discriminar los dos grandes grupos básicos de trastornos de personalidad. Los trastornos menos graves y mucho más frecuentes que llamamos neuróticos, de los trastornos graves o fronterizos. Esta dimensión realidad-irrealidad debe ser explorada en el área del vínculo.

La dimensión dependencia-independencia se configura en el área de las interacciones, y será ahí donde el clínico deberá explorarla. El área de las relaciones configurará la modalidad de integración de la dimensión acercamiento-evitación, y en esta área es donde se debe explorar si se desea precisar el carácter de tal dimensión. Son estas dos áreas conjugadas con la dimensión actividad-pasividad las que tipifican los trastornos de personalidad en general, sean éstos fronterizos o menos graves.

Al terminar el capítulo, quisiéramos insistir en los límites de esta aproximación. Cuando deseamos entender la funcionalidad yoica, habitualmente lo hacemos motivados por el deseo de inducir cambios en ella. Nos resultan especialmente atractivos aquellos métodos que, además de ofrecernos un orden diagnóstico, nos ayuden a implementar una técnica psicoterapéutica. Con el método fenomenológico este proceso se cumple en buena forma frente al paciente gravemente sintomático, ya que el diagnóstico descriptivo implicará una conducta terapéutica psicofarmacológica. El diagnóstico descriptivo de la funcionalidad yoica desde el método fenomenológico no nos ilumina sobre una conducta psicoterapéutica, sólo nos ayuda a orientarnos, a ordenarnos frente al paciente. De ahí que consideramos que este análisis de la funcionalidad yoica que proponemos sólo intenta ayudar al médico en formación psiquiátrica y al estudiante de psicología dándole una primera visión de conjunto coherente, al poder ordenar, reducir, esquematizar e integrar un área del vivenciar que en la formación psicopatológica se soslaya.

Para abordar el yo desde una actitud no sólo diagnóstica sino además psicoterapéutica definida, creemos que es inevitable abandonar la visión fenomenológica y usar los métodos interpretativos. Esta debería ser una segunda etapa en la formación del psiquiatra, que considere el conocimiento de las hipótesis interpretativas de la funcionalidad yoica y de los instrumentos de trabajo que se derivan de dichas hipótesis, o sea la técnica psicoterapéutica que implican. Llámese ésta psicoanalítica, conductista, cognitiva, existencialista o sistémica.

Unas palabras finales sobre lo que nosotros consideramos es esencial en la elección de modelos psicoterapéuticos que aspiren a modificar las dicotomizaciones de la funcionalidad yoica.

Creemos que no es posible intervenir en una estructura dinámica cuya organización se funda en interacciones dialécticas, a través de un modelo causalista. Para poder entrar en esta dinámica y así promover el cambio, debemos acceder a través de un modelo necesariamente hipotético, interpretativo, que se introduzca en este proceso cuya lógica no es la tradicional, a través de una instancia irracional pero ,:argada de penetrancia; esta es la interpretación y el símbolo.

La calidad de una construcción simbólica, dicho de otra manera, de la hipótesis interpretativa sobre un transcurrir, o siguiendo a Paul R. Mc. Hugh (1985) la calidad de una "Historia Vital", va a depender de la capacidad que tenga este constructo de ser internalizado, asumido e incorporado, por parte del paciente. Para esto es necesario que inicialmente considere los hechos que el sujeto vive, aprecie su realidad (fenomenología

descriptiva), para en un segundo momento echarse a volar creativamente. Constructo histórico, simbólico e interpretativo, cuya verdad no se evalúa por los criterios científicos habituales. Como señala Lacan: "No hay ciencia del hombre, cosa que debe entenderse en el mismo tono que no hay pequeñas economías. No hay ciencia del hombre, porque el hombre de la ciencia no existe, sino únicamente su sujeto. Es bien conocida mi repugnancia de siempre por la apelación de ciencias humanas, que me parece ser el llamado mismo de la servidumbre".

Sin embargo una interpretación por muy creativa que sea si no se funda en la consideración de hechos obtenidos de la realidad, no es más que fantasía estéril, y no provoca cambios en la organización yoica.

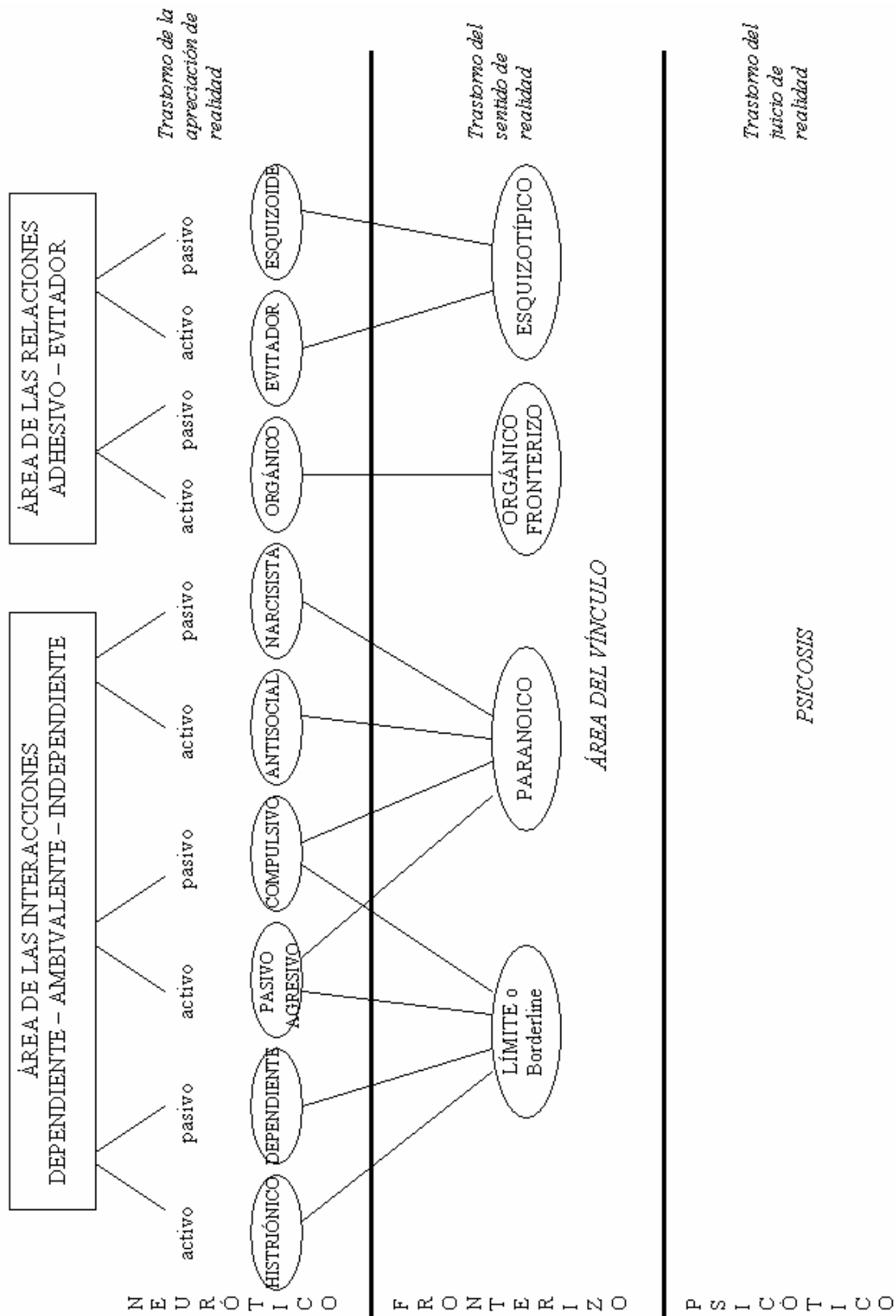
Acá se suscribe nuestro trabajo descriptivo dimensional. Sólo en el primer peldaño, el más elemental, no ofrece una resolución terapéutica, pero echa las bases para facilitar la construcción de "Historias Vitales"; símbolos e hipótesis con repercusión efectiva en el yo del sujeto.

Facilita así al profesional de la salud mental, una formación ordenada, donde la descripción es una primera etapa, prerequisite para acceder al nivel interpretativo. En este segundo momento será libre de adscribirse a las "historias" que más le convenzan. Podrá considerar que la historia en la que el triángulo padre-madrehijo, mediatizado por impulsos sexuales y agresivos que son manejados por instancias denominadas yo-ello y super yo, en áreas denominadas inconscientes preconscious y consciente, es la que mejor acceso le da a la organización dinámica del sujeto. Para otro será la "historia" en la cual los momentos gratificantes o castigadores fueron cruciales en la constitución de la dinámica estructural y organizativa del yo. Los terapeutas sistémicos construirán la "historia" del paciente en referencia a la interacción de múltiples variables que contribuyen a mantener una homeostasis.

Reiteramos, para hacer psicoterapia con la aspiración de modificar aspectos estructurales y organizativos del yo, es imprescindible moverse en este plan interpretativo, y hacer historia. La mejor "historia" es aquella que logra penetrar en la dinámica del sujeto, y reestructurar ciclos viciosos, estereotipados y autodestructivos. Esta penetrancia se logra cuando el modelo propuesto considera los elementos de la realidad en que se mueve y se ha movido el sujeto, y desde ahí los interpreta creativamente.

El adiestramiento en esta segunda etapa es fundamental en la formación de un profesional de la salud mental, tema del cual se ocupa la mayor parte de la literatura psiquiátrica, y que escapa a los objetivos de este texto, limitado sólo a los aspectos semiológicos del enfermar psiquiátrico.

DISFUNCIONALIDAD YOICA EN LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD



IV

DIAGNÓSTICO PSICOPATOLÓGICO, SINDROMÁTICO Y NOSOLÓGICO

1. *Conceptos*

En este capítulo pretendemos llenar el vacío entre el elemento psicopatológico y el cuadro nosológico. En este sentido, hablamos de niveles de diagnóstico: Un primer nivel es el diagnóstico psicopatológico que consiste en identificar al fenómeno psicopatológico aislado, su descripción y denominación convencional.

En un segundo nivel, se procede a un diagnóstico sindromático. Los elementos psicopatológicos suelen manifestarse en un ámbito constante, organizándose en determinadas constelaciones clínicas que por sí mismas constituyen un nivel diagnóstico, y que corresponden al cuadro de estado.

Las denominaciones que reciben tales síndromes emanan de algunos de sus síntomas y signos más relevantes y significativos del desorden mental nuclear, y que con mayor frecuencia se agrupan. Sólo excepcionalmente se dan en forma pura, no son excluyente de una gama más extensa y superpuesta con otros síndromes, pero su peso clínico es tal dentro del cuadro de estado, que lo define. Por ejemplo, el síndrome depresivo sustantivo que con frecuencia es enmascarado por una productividad delirante secundaria pero más llamativa.

El diagnóstico sindromático, representa una vía de orientación diagnóstica y como cuadro de estado facilita un manejo terapéutico inmediato frente al paciente.

En un tercer nivel, se delimita el diagnóstico nosológico, como entidad que puede implicar, además del cuadro de estado, determinantes etiopatogénicos, pronósticos e intervenciones terapéuticas específicas. Equivale al concepto de enfermedad como entidad clínica individualizada. Hoy día las clasificaciones nosológicas más en uso son el CIE-9 y el DSM III. El análisis del diagnóstico nosológico pone límites a nuestro trabajo.

En estos tres niveles diagnósticos persisten las dos formas de aproximación que hemos denominado categorial y dimensional.

A continuación nos extenderemos en la precisión de los conceptos de Síndrome ~ la perspectiva categorial, y su equivalente, las disfunciones psicóticas en la perspectiva dimensional.

Los Síndromes son una constelación de síntomas y signos que configuran un cuadro clínico de estado, y que describimos a través del método fenomenológico categorial. Su equivalente en la aproximación fenomenológica dimensional lo constituyen las disfunciones psicóticas.

Cuando hacemos fenomenología categorial, primero observamos y describimos los síntomas y signos psicopatológicos del paciente, para luego en un segundo nivel agruparlos en estas constelaciones que llamamos Síndromes. Es una descripción del aquí y ahora, ponderando las manifestaciones clínicas relevantes que le dan sentido al conjunto de síntomas y signos del paciente, en un corte estático.

La fenomenología dimensional, que incorpora en su descripción la variable

dinámica, y con la cual nos aproximamos a la cualificación del vivenciar, al yo, también tiene un segundo nivel, análogo al sindromático de la fenomenología categorial, que denominamos disfuncionalidad yoica.

Así como la agrupación sindromática contribuye a un mayor ordenamiento de lo categorial, poniendo el acento en aquel aspecto que define al método -facilitar la identificación diagnóstica del cuadro de estado-, así también la descripción de la disfuncionalidad yoica contribuye a un mayor ordenamiento de lo dimensional, poniendo el acento en aquel aspecto que define al método, o sea, la descripción de dinanismos que transcurren en el tiempo.

La esencia del método fenomenológico categorial desde el punto de vista práctico, radica en su capacidad discriminatoria de los fenómenos, y el criterio de clasificación de los síndromes es concordante con esta variable. Se agrupan según perfiles clínicos. La esencia del método fenomenológico dimensional desde el punto de vista práctico está dada por la capacidad reveladora de los dinanismos del sujeto con especial énfasis en su proyección a través del tiempo, concepto que implica la categoría de funcionamiento. O sea, las características de este dinamismo en cuanto a sus funciones principales; cualificar la vivencia y, al mismo tiempo, adaptar el sujeto a la realidad. La estructura diferenciada que asume esta tarea es la que llamamos yo.

En otras palabras, la clasificación del yo en este segundo nivel, se hará a base de su grado de funcionalidad. El criterio más útil, práctico y discriminatorio de los grados de funcionalidad yoica lo constituye la capacidad de adaptación del yo a través de la construcción y manejo de la realidad. Hemos desarrollado en el capítulo sobre dimensiones del yo, los conceptos sobre la dimensión realidad-irrealidad. Acordamos que en el sujeto normal hay un adecuado manejo del principio de realidad, en el neurótico está comprometida la apreciación de realidad, en el fronterizo es el sentido de realidad el alterado, y en el psicótico se trastorna el juicio de realidad.

Hasta la década del cincuenta la cuestión sobre el juicio y manejo de la realidad se planteaba con perfiles claramente definidos. Existían los neuróticos, con conservación del juicio de realidad, y los psicóticos con perturbación del juicio de realidad, manifestada a través de sus delirios y alucinaciones.

En la década del cuarenta, Zilboorg en su trabajo "Ambulatory Schizophrenias" (Psychiatry, 4, 149-155, 1941), Hoch y Polatin "Pseudoneurotic forms of schizophrenia" (Psychiat Quart, 23, 248-276, 1949) y Rapaport, Gill y Schaffer "Diagnostic Psychological Testing" (2 vols. Chicago, Year Book Publishers, 1945 y 1946), describen un grupo de pacientes que sin tener productividad psicótica presentan un manejo de la realidad tan perturbado, que los consideraron esquizofrenias de apariencia neurótica. A partir de estas descripciones se empieza a perfilar un grupo intermedio de pacientes, cuyo manejo de la realidad no es puramente neurótico ni francamente psicótico. Freud ya había esbozado algunas ideas acerca de una tercera modalidad de perturbación del principio de realidad.

Capponi Atilio, en su trabajo "Origin and Evolution of the Borderline Concept" dice: "Freud consideró que el contacto con la realidad tanto en las neurosis como en las psicosis, era el área más importante a investigar en relación al yo y sus conflictos, y que debería precisarse cuáles son los factores que determinan la evolución hacia un contacto con la realidad u otro". Señala el mismo autor que para Freud el yo neurótico era lo suficientemente fuerte y unitario como para optar por la represión de los instintos en deferencia a la realidad. En las psicosis el yo se aleja de la realidad y es dominado por su mundo instintivo interno. Sin embargo, señala Capponi, "Freud vislumbró incluso otra posibilidad en relación al yo en los desórdenes del carácter" y lo cita textualmente: "Y más aún es siempre posible para el yo deformarse a sí mismo con el fin de evitar un quiebre en sus relaciones, tolerando daños de su unidad o incluso disociándose en algún caso. De este

modo, las inconsecuencias y las chifladuras de los hombres resultarían análogas a sus perversiones sexuales en el sentido de ahorrarles represiones". Más tarde, en el mismo año, Freud reconocerá que en las neurosis hay también un cierto grado de alienación de la realidad en su intento de reconstruir la realidad, como en el caso de las psicosis.

Capponi Atillio plantea que son Frosch y Bion quienes continuarán aclarando los problemas abiertos por Freud, y en su texto señala: "Frosch retornó la tarea iniciada por Freud e hizo significativos avances con sus análisis de la función yoica de contacto y relación con la realidad, como del sentido y examen de realidad. Estos aportes contribuyeron en forma importante en la evaluación más precisa del contacto con la realidad y han permitido diferenciar el carácter psicótico (fronterizos) de las neurosis y psicosis". Continúa comentando el trabajo de Frosch: "Uno podría subdividir la interacción del yo con su medio ambiente y con los objetos en tres componentes funcionales: 1) la relación con la realidad propiamente tal; 2) el sentimiento de realidad y, 3) el examen de realidad.

1. Los trastornos del yo en su relación con la realidad se reflejan en distorsiones de la percepción, fenómenos relacionados con la falta de límites, alucinaciones y delirios. También se revelará en conductas y actitudes bizarras que llamarán la atención en su medio social y cultural.
2. Los trastornos en los sentimientos de realidad se manifiestan por una alteración en la percepción del sí mismo con un distorsionado rasgo de concretismo, como son los sentimientos de irrealidad y despersonalización.
3. El examen de realidad incluye los factores mencionados, pero implica además la capacidad de llegar a conclusiones lógicas a partir de las auto-observaciones de dichos fenómenos.

Según Frosch los fronterizos a diferencia de los psicóticos no tendrían comprometida esta tercera función. Otros autores confirman la posición intermedia del limítrofe en su contacto y manejo de la realidad.

Gunderson y Singer, "Defining borderline patients: an overview" (*Am. J. of Psych.* 1975, 132: 1-10) describen que los pacientes limítrofes dan respuestas bizarras, dereísticas, ilógicas, y primitivas en el test de Rorschach.

Para Giovacchini, "The Many sides of Helplessness: The Borderline patient" (Cap. 6, *Le Boit-Capponi*, 1979), dos características definen al paciente fronterizo "(1) la capacidad para descompensarse con mucha facilidad y caer en un estado psicótico desde el cual él rápidamente logra retornar a su anterior equilibrio y (2) su precario ajuste y manejo del mundo externo, debido a su falta de capacidad adaptativa para poder lidiar e interactuar con las complicaciones de la realidad".

Hablamos de apreciación de realidad y sentido de realidad como función yoica en una perspectiva similar a la desarrollada por la escuela psicoanalítica englobada bajo el término de juicio. L. Bellak et al. (1973) (Larraín, 1986) señalan tres factores principales como componentes de la función yoica del juicio: a) Anticipación de consecuencias probables de la conducta intentada; b) Extensión o grado en el cual el comportamiento manifiesto refleja la conciencia de sus probables consecuencias, como también el grado en que se repite un comportamiento que manifiesta un juicio desadaptativo; y c) Adecuación del comportamiento o grado en el cual la persona es capaz de ponerse a tono emocionalmente con aspectos relevantes de la realidad externa.

Para H. Hartmann (1939) (Larraín, 1986) el principio de realidad implica la habilidad para anticipar el futuro y plantear que los seres humanos dirigen sus acciones de acuerdo con secuencias anticipadas de eventos, aunque en áreas importantes es raro que se

anticipe con certeza científica. Este autor considera la anticipación como una función del yo de fundamental importancia para la adaptación, incluyendo en ella tanto el conocimiento del mundo externo como el de la vida interna.

Robert White en su texto "El yo y la realidad en la teoría psicoanalítica", señala: "En la teoría psicoanalítica, se atribuye al yo la función de representar la realidad y de asegurar que la conducta esté gobernada por consideraciones realistas". Agrega: "La realidad no se concibe en forma pasiva; no se imprime en la mente. Se construye poco a poco mediante una exploración activa, variada y persistente, y lo que se aprende sobre ella es la manera de manejarla: qué acciones ejercen qué efectos sobre qué objetos".

L. Spiegel (Larraín, 1986) plantea que el superyó juega un rol importante en la anticipación interna, operando como una barrera interna de estímulos contra una cantidad muy elevada de energía pulsional. Afirma que las principales determinantes de la formación de la habilidad para anticipar consecuencias futuras son los requerimientos y advertencias paternas: "Si haces (o no haces) esto, te ocurrirá aquello". Una vez internalizadas estas experiencias, cuando la persona responde a una anticipación de "si... entonces" sobre la base de consideraciones de la realidad, en ese caso la anticipación de consecuencias habrá llegado a ser una función del yo.

Citamos finalmente un comentario de la tesis ya mencionada: "Conceptualizaciones psicoanalíticas de las funciones yoicas" Larraín, 1986: "Según señalan estos autores (L. Bellak, 1973) otro aspecto del buen juicio es la adecuación, que consiste en la habilidad para dilucidar (aprehender) qué es adecuado en una situación dada. Para ello se requiere de conocimiento y pensamiento agudos, pero el componente principal sería una orientación emocional que traiga a la mente las posibilidades relevantes a partir de las cuales se efectuarán la elección y el énfasis adecuados. Esta orientación emocional subyacente sería lo que permite a la persona actuar rápidamente de una manera que refleja buen juicio. Para ello se requiere a menudo una postergación de impulsos, una enumeración de las diversas posibilidades y una selección adecuada entre éstas".

Lo que queremos poner de relieve es el carácter comportamental que tiene el manejo de la realidad como función del yo, y en la cual si bien la indemnidad de los procesos lógicos son una condición necesaria, no lo son suficiente, ya que los efectos, impulsos, deseos, conflictos, etc., determinarán en forma significativa el manejo de la realidad por parte del yo.

En resumen: Múltiples autores plantean una tercera modalidad de funcionalidad yoica con la realidad, intermedia entre la neurótica y la psicótica. Desde un punto de vista descriptivo ésta puede ser evaluada desde la perspectiva del comportamiento del sujeto consigo mismo, con los demás y con sus proyectos. En definitiva con su manejo adaptativo, el cual no es sino la manifestación fenoménica de la adecuada función de realidad del yo. El grado de compromiso de la función de realidad del yo es el criterio más sensible, discriminatorio y práctico para una clasificación general de la funcionalidad yoica, que se denominará neurótica cuando presenta un compromiso de la apreciación de realidad, fronteriza cuando sea el sentido de realidad el comprometido y psicótica si perturba el juicio de realidad.

2. Síndromes categoriales

➤ *Síndrome alucinatorio*

Se fundamenta clínicamente en la sintomatología productiva de falsas percepciones sensoriales, sin estímulo externo concreto, y con una afirmación de realidad que compromete la eficacia de la función predicativa. Los síntomas de esta constelación

implican, en consecuencia, una experiencia psíquica referida a una vía sensorial no estimulada por las vías normales de información y, además, asimilada por un juicio alterado. La experiencia alucinatoria es también un fenómeno delirioso, deliroide o delirante primario implícitos.

Su aparición psicopatológica comienza generalmente por ser insólita para el paciente, para luego naturalizarse según el contexto o sustrato clínico que la mantiene. Estos síntomas ocurren en estados de conciencia alterada, como el delirium, en psico-orgánicos demenciados, en psicosis mayores: esquizofrenias y psicosis maníaco depresiva, en estados psicorreactivos de dominio afectivo y en situaciones experimentales y límites, de privación sensorial.

Si bien las alucinaciones pueden aparecer bajo cualquier modalidad sensorial, auditiva, visual, táctil, gustativa, cenestésica, las de mayor frecuencia clínica son las auditivas. Si el paciente que oye voces está con conciencia clara, en el juego sistémico de su personalidad no está dominando la efectividad desorbitada y no hay una organicidad evidente, se da un tipo de alucinación auditiva que está señalando inequívocamente un proceso esquizofrénico. Y con más neta significación clínica; el paciente oye que personas sin cuerpo presente hablan entre sí acerca del paciente refiriéndose a él como a una tercera persona en forma ominosa, y sin que los contenidos demenciadores sean claramente informados sensorialmente. El paciente sabe que lo comentan menoscabando su dignidad personal, reduciendo su imagen, menospreciándolo, pero no logra definir más las acusaciones y denuncias. Otras veces comentan siempre animosamente cada una de sus acciones u oye voces que repiten sus pensamientos. Rara vez identifica a los comentaristas murmurantes, reduciendo su experiencia a un saberse centralmente hostilizado, amenazado, indignizado, llamando la atención la necesidad pasiva con que el paciente vivencia estas experiencias psicopatológicas.

La vulnerabilidad de la función predicativa asociada a la productividad alucinatoria, está marcada por la afirmación de realidad que adjudica a la experiencia alucinatoria y la facilidad con que construye ideas delirantes secundarias a ellas, y que en primeras etapas comienzan como interpretaciones vagas e inestables, para luego adoptar un carácter incorregible y persistente que sí se emancipan de la experiencia sensorial inicial.

Las alucinaciones en los estados afectivos, del círculo afectivo tanto depresivo como expansivo son congruentes de manera obvia en sus contenidos y significaciones con el afecto dominante del paciente. También son congruentes con aquel en los estados psicorreactivos situacionales. En los cuadros clínicos en que la oscuridad de conciencia es el fenómeno central psicopatológico, las alucinaciones adoptan mayormente la vía visual con características que varían en su ordenación temporal y espacial según el cuadro determinante. Arrecian en horas vespertinas y nocturnas, retroceden en horas tempranas. Son zoomórficas y a veces liliputienses en el delirium alcohólico. En los estados psicoorgánicos las alucinaciones son extremadamente propias y referidas al pasado remoto del paciente. Reaparecen antiguas figuras del pasado, con las que la muerte o la separación puso término a una comunicación importante. Son vistos y oídos los seres significativos de su pasado remoto, y el paciente parece haber roto la barrera vivencial entre lo recordado y lo visto y oído aquí y ahora.

Los efectos alucinatorios de drogas son de vivida riqueza sensorial, y suelen aparecer bajo desmesuradas dimensiones de inestable presencia. La privación sensorial sugiere fuertemente que la ración informativa que se requiere para un adecuado rendimiento psíquico global, y especialmente referido a la dimensión realidad-irrealidad, requiere de un rango óptimo, que si es sobrepasado, o si es minimizado, rompe la barrera dramática de la esfera subjetiva interna y la objetiva externa. De aquí que la productividad

alucinatoria haya sido antropológicamente considerada como expresión de la necesidad fundamental de ser oídos, ser vistos, ser tocados y estar en relación.

El síndrome alucinatorio es fundamentalmente abordable bajo un pensar categorial: el paciente alucina o no alucina.

➤ *Síndrome delirante*

El delirio es un fenómeno nuclear en la psicopatología de las psicosis. Forma parte necesaria del concepto cultural extendido, acerca de la locura. Bajo un análisis psicopatológico disecador, surge el juicio delirante como afirmación absurda, apodíctica, incorregible por la experiencia invalidatoria y de origen patológico. Como tal se puede dar bajo forma deliroide, deliriosa y delirante propiamente tal. Esta última no encuentra su origen patológico en un estado afectivo exaltado que invade el psiquismo, ni en un oscurecimiento de conciencia de carácter productivo, como las dos primeras formas lo hacen, respectivamente.

Como síndrome delirante, un conjunto de perturbaciones se agrupan en un cuadro de estado en el que lo central es la desviación patológica del conocimiento. El proceso cognitivo es extremadamente complejo y requiere de etapas sucesivas e integradas que para llegar a resultantes judicativas normales, eficientes y adaptadas a la realidad, cumplan requisitos básicos de los cuales algunos pertenecen a los instrumentos del vivenciar (conciencia, inteligencia), otros a la cualificación vivencial como función yoica catatimizada y seguramente algunos más aún insuficientemente diferenciados y de conceptualización oscura. Así, por ejemplo, la intervención en el proceso del conocimiento de la historia del individuo en desarrollo y la historia del saber socializado.

➤ *Síndrome obsesivo*

Está constituido por una constelación sintomática de características especialmente enigmáticas cuya significación clínica es posiblemente uno de los mayores problemas que plantea el ejercicio de la Psiquiatría.

El fenómeno obsesivo es una forma de alteración del pensar, en la que una idea o grupo de ideas se impone penosamente en la conciencia del sujeto el que no logra suprimirlas por su voluntad pese a reconocerlas como absurdas y patológicas. Implica un psiquismo cautivo por un núcleo que imanta la atención de quien la sufre, paralogiza su voluntad y anula las relaciones posibles con otros contenidos que no sean el dominante. La forzosidad egodistónica marca la diferencia entre la obsesión neurótica, a la que es propia, y la pseudoobsesividad del proceso psicótico.

En ambos, el fenómeno obsesivo representa un modo arcaico del funcionamiento psíquico en el que la contradicción emerge escindiendo el conocimiento entre una realidad obsesivizada y la realidad organizada bajo el consenso común. La angustia que acompaña tal contradicción, es reducida por una actividad de forzosidad inexorable, ante la cual también la voluntad se manifiesta impotente. En el síndrome obsesivo, hay una unidad natural entre la obsesión psíquica y la compulsión obsesiva con compromisos proporcionales variables en el campo del pensamiento y de la acción, pero siempre presentes.

El fenómeno obsesivo en la perspectiva sindromática, implica, pues, una penosa vivencia afectiva de angustia específica, una temática obsesiva y un actuar obsesivo. La tonalidad del fenómeno obsesivo en sus tres aspectos, del pensar, del actuar y del sentir, tiene una especificidad a nuestro juicio, que lo particulariza en el orden neurótico:

1. Aunque la conciencia los rechaza y la voluntad se opone y pese a la contradicción en su sistema de realidad habitual, el sujeto jamás le desconoce la procedencia de sí mismo,

- lo que separa este síndrome de todo otro en el que se pierde esa pertenencia y se adjudica por el sujeto a una acción exterior.
2. El carácter repetitivo del fenómeno obsesivo es abrumador. Pese a ser denunciado sintomáticamente con intensidad angustiosa, parece servir a fines de anulación de angustias primarias.
 3. El doble carácter de adherencia paradójal a sus obsesiones por parte del sujeto obsesivo, y el combate ansioso por neutralizarlas con confusos rituales, confirmaciones validatorias, etc., y que a su vez pone en marcha angustia secundaria si tales reacciones defensivas son interferidas.
 4. La intolerancia aguda y espasmodizada de la contradicción, que exige polarización extrema de certeza, de absoluto inaccesible de perfección y completación. El modo arcaico de funcionamiento psíquico, aparece como solución posible, de la angustia primaria, de la contradicción, a través del pensamiento mágico que resuelve la duda, la relatividad, la imperfección, lo inacabado, y todo ese enorme caudal de lo indeciso ante el que el pensar racional y adaptado a la realidad de consenso unánime, es radicalmente ineficaz. El fondo depresivo de esta tonalidad vivencia; obsesiva, es de rigor y a menudo tan resaltante que impone por sí mismo una indicación terapéutica.

En cuanto a la temática obsesiva, ésta es siempre susceptible de contradicción antinómica; lo sagrado profanado, el orden y la simetría contra el caos y la diferenciación, la certeza y confirmación frente a la duda y la incertidumbre, la protección contra el daño sufrido y ejercido, norma e infracción, la identidad sexual, la estabilidad contra el cambio, la angustia de la muerte y la defensa de la vida, son todos temas obsesivos que algo nos dicen acerca de una profunda intolerancia a la contradicción y que nos hablan de un posible acceso al enigma obsesivo. La ambivalencia surge como rasgo esencial del síndrome obsesivo e hilo conductor de su elaboración sintomática. Como síndrome obsesivo, de forma neurótica ya establecida, puede darse como neurosis propiamente tal, como estructura de personalidad y forma organización estable del psiquismo, como reacción vivencia; y, finalmente, como sintomatología accesoria a un daño estructural orgánico. Es excepcional que se den fenómenos obsesivos en oscurecimientos de conciencia.

➤ *Síndrome expansivo*

El síndrome de expansividad patológica reúne la psicopatología de la conducta y de la afectividad que exterioriza exaltación. Implica tanto alteraciones psicomotoras de excitación, como alteraciones vivenciales de exaltación eufórica a veces con alternancias de irritabilidad malhumorada. Si bien la manía como manifestación psicótica de la entidad nosológica clásica maniaco-depresiva, representa el cuadro central de la expansividad patológica, el síndrome expansivo de conducta y afectividad se extiende tanto a formas atípicas dentro del cuadro maniacodepresivo, como a otras formas psicóticas agudas o de curso prolongado, y especialmente a desórdenes psíquicos de determinantes orgánicos.

En la manía psicótica, como paradigma de la expansividad patológica la psicopatología se ordena en 3 áreas fundamentales: la afectividad, el curso del pensar, y la actividad psicomotriz. La afectividad está exaltada en una vertiente eufórica que se expresa en aumento grandioso de la autoestima con vivencias de omnipotencia, alegría desmesurada y contagiosa, prodigabilidad ilimitada, optimismo y proyectismo confiado e involucración irrelevante en toda situación interaccional, con pérdida de la distancia social. En el área del curso del pensar, hay activismo infatigable, laboral, social y aun sexual, con inquietud física constante. En el lenguaje, se manifiesta el activismo en la verborrea y

locuacidad no habitual. Y en el curso del pensar la ideofugalidad o al menos la experiencia subjetiva de un conocimiento hiperlúcido, ideación fácil y ocurrente sin filtro de autocrítica. La atención espontánea se exalta en tanto que la capacidad de concentración se muestra extremadamente reducida. Pese al hiperactivismo, no hay fatigabilidad proporcional, la necesidad de dormir se reduce, la libido se exalta y la vivencia de goce de salud es irreductible. Excepcionalmente dominan el cuadro de estado afirmaciones deliroides o alucinaciones de contenidos congruentes con la euforia maniacal.

Aspectos clínicos vecinos al ámbito psicopatológico descrito, se dan en la llamada hipomanía, en la ciclotimia, y en formas sintomáticas expansivas de origen orgánico como formas encefalíticas y de parálisis general, hormonales, tóxicas. La esclerosis múltiple, los tumores del 3º ventrículo, y formas frontales de demencia presenil. En general, se ha señalado que ninguna afección cerebral es causa necesaria, suficiente y específica, teniendo siempre un carácter desencadenante o precipitante de dimensiones latentes de personalidad aún, insuficientemente descritas.

La sintomatología de excitación psicomotriz dominante en el cuadro de expansividad patológica se da en los estados confusionales de origen tóxico (alcohol, amfetamina, tirotoxicosis). La excitación cognitiva conduce a polimorfismos de temas como grandeza, posesión, etc., y domina en las raras expansividades patológicas de clara reactividad psicógena. Las hemos visto como bruscas inversiones del ánimo en pacientes extremadamente presionados por la presión psicosocial que afecta la supervivencia, y que de sentirse humillados y desprivados pasan instantáneamente, por inspiraciones o revelaciones de tinte religioso, a la omnipotencia reivindicativa, a la posición desmesurada e irreal, y a la transformación corporal exaltada. Este polimorfismo ideativo expansivo, surge en íntima congruencia con la afectividad euforizada. Accesos de envergadura expansiva pueden acompañar los inicios adolescentes de una hebefrenia difícil de delimitar. La discordancia en esbozos, los matices catatónicos agregados frecuentemente, la agresividad, la ausencia de síntoma y contagio afectivo, el payaseo grotesco, la delimitan.

Existen dos formas del grupo de las parafrenias, que aluden a la expansividad patológica, la forma fantástica plagada de una cuantificación desorbitada (millones de hijos, entroncamientos de nobleza, riquezas inconmensurables, etc.). Y la parafrenia expansiva cuyo delirio pseudo-megalomaniaco se acompaña de euforia y excitación psicomotriz variable.

En los estados demenciales la hiperactividad de los seniles tiene siempre un carácter perseverativo; vestirse y desvestirse constantemente, la logorrea es de pobreza ideativa. Sin embargo, prima el empobrecimiento ideativo, y la triada memoria, concentración y orientación perturbadas.

La demencia presenil y en especial la enfermedad de Pick, tiene un síndrome expansivo inicial frecuente: hiperactivismo con incontinencia mórbida de la acción impulsiva que puede conducir al delirio, la euforia pueril, la pérdida de la distancia y oportunidad social, con actos absurdos y frecuente asociación con ideas delirantes de grandeza. En su cuadro de estado se establece un síndrome prefrontal mórbico con ruptura esencial de la adaptación social incongruente con la conservación de fachada.

➤ *Síndrome depresivo*

En la clínica psiquiátrica, es habitual que el término depresión se utilice en su sentido sindromático. Connota un cuadro de estado en cuya constelación sintomática destacan afectos de tristeza desesperanzada, una personal desvalorización de la autoimagen, la despresentificación vivencial con referencia preferente tanto hacia un pasado retrospectivamente cargado de culpa y responsabilidad mal llevadas, como a un

futuro de soledad inexorable, de condenación y castigo, o de ruina catastrófica. Se agregan grados variables de inhibición física y psíquica, conjuntas o disociadas, manifestaciones enmascaradoras de referencia corporal que, asumiendo sesgos hipocondríacos, suelen ser entregadas en primer plano por el paciente depresivo, posponiendo así la restante sintomatología depresiva, y enmascarando su naturaleza afectiva bajo un padecimiento corporal, de mayor frecuencia monosintomática. Al síndrome depresivo básico así configurado pueden agregarse la desvitalización corporal, con desgano y fatiga fácil pérdida de las apetencias instintivo-tendenciales, pérdida de peso, piel reseca y alteraciones del dormir con insomnio de despertar precoz.

Es el síndrome depresivo un conjunto clínico complejo, en el que es ineludible el esfuerzo por discriminar síntomas primarios y síntomas derivados. Un ejemplo de ello es la inhibición, síntoma fundamental que en la esfera psíquica, al predominar, da lugar con cierta frecuencia a síntomas derivados como despersonalización y desrealización, las que a su vez pueden conducir a una franca psicotización con productividad delirante paranoidea, persecutoria, de imposición de ideas o conductas, afirmaciones erotomaniacas, etc. Esta productividad delirante secundaria, no parece congruente con la afectividad depresiva, como lo son las de condenación o ruina, y que surgen definitivamente como deliroides. Configurando básicamente un síndrome depresivo, es importante señalar ciertos rasgos clínicos que orientan a su significación nosológica. Tales rasgos clínicos son de predominancia sintomática, de su ordenación periódica en el tiempo y su ritmo en el día, presencia o ausencia de psicotizaciones productivas, y agregados a antecedentes familiares afectivos frecuentes o ausentes, a pruebas de laboratorio y a las variadas respuestas a los psicofármacos antidepressivos, determinan variantes sindromáticas de significación nosológica. El síndrome depresivo puede ser expresión de una depresión mayor monopolar o bipolar, de una alteración ciclotímica, de un trastorno distímico (término equivalente a neurosis depresiva), de una reacción adaptativa de forma depresiva o finalmente sintomático a una organicidad cerebral o a una enfermedad somática.

En el rango de depresión mayor el síndrome depresivo puede o no presentar productividad psicótica. Si no es primer episodio, aparece con carácter fásico periódico e intermitente con recuperaciones intercríticas de la persona en su totalidad bio-psico-social. En esta depresión, llamada también endogenomórfica, el paciente ofrece una clara vivencia de ruptura en la continuidad básica de la personalidad, con frecuentes expresiones del temor de "este no soy yo... es como caer en un hondo pozo... dejo de funcionar...". La normalización es vivida como una especie de resurrección de retorno al modo de ser, de restauración de un quiebre vital. En relación al horario, la sintomatología arrecia en las mañanas, para atenuarse notablemente en horas vespertinas. El insomnio predomina con un despertar prematuro que da lugar a un pensar rumiativo de problemas }, conflictos sin conclusiones ni salidas. La desvitalización es notable, como también el desgano, el descuido corporal, la fatigabilidad facial y la pérdida de iniciativas y capacidad de decisión.

Recursos diagnósticos complementarios radican en inventarios de manifestaciones clínicas, como la escala de Hamilton, orientada a puntuar la magnitud del síndrome depresivo en categorías de mayor y menor, y la de Newcastle, orientada a discriminar el síndrome depresivo propio de lo endogenomórfico de aquel fundamentalmente neurótico.

El DSM III determina que la depresión mayor exige la presencia de al menos 4 de los síntomas depresivos ya señalados, por un período no menor de 2 semanas, considerando fundamentales el buen ajuste premórbido, la existencia de un episodio depresivo previo, con recuperación íntegra y antecedentes familiares significativos de desórdenes afectivos. Si se agrega la iniciación en edades adultas o tardías, las validaciones biológicas especialmente al test de la dexametasona, latencia REM reducida, la segura

identidad del síndrome depresivo como expresión de una depresión mayor de un desorden afectivo primario, se verá configurado por la buena respuesta clínica a los psicofármacos antidepressivos.

Si el síndrome depresivo está construido por síntomas de rango menor y circunscritos a los no psicóticos, es frecuente que adopte caracteres de cronicidad. Con ello, el síndrome apunta a cuatro individualidades clínicas discriminables englobales como desorden distímico, y que requiere de al menos dos años de duración. Diferenciar las subformas clínicas de depresión cronicada menor, es la base de indicaciones y manejo terapéutico eficiente. Ellas son la depresión cronicada residual de un episodio depresivo afectivo mayor monopolar o bipolar, la depresión menor de connotación disfuncional caracterológica, el desorden distímico subafectivo y la disforia crónica secundaria. Esta última surge como elemento secundario dentro de un cuadro de perturbaciones tipificadas como neuróticas y no pertenecientes al círculo afectivo, o a enfermedades médicas incapacitadoras. La depresión cronicada residual es de tardía aparición como lo es la depresión mayor que suele precederla, y exige tratamiento timoléptico de mantención, a largo plazo.

Akiskal ha propuesto una redefinición de la depresión menor crónica separable tanto de la anterior como desorden distímico residual, como de la disforia crónica secundaria, ya señalada, cuyo comienzo es a edades variables. Se refiere al desorden distímico de alcances fundamentalmente disfuncionales caracterológicos, de temprana aparición en el curso vital. A él pertenecen los dos grupos restantes de desórdenes distímicos: uno de base clínica sintomatológica dada por rasgos de carácter, no susceptibles de modificación por timolépticos, y otro que denomina desorden subafectivo distímico, que pertenecería al círculo afectivo, y claramente modificable por timolépticos.

El síndrome depresivo que manifiesta un desorden distímico fundamentalmente de estructura caracterológica, constituye el grupo mayor de la depresión menor crónica o desorden distímico. Se asocia con frecuencia a la adicción a drogas, al abuso alcohólico y a trastornos de la conducta alimentaria. Predominan rasgos de dependencia, de intolerancia al cambio, de adhesividad en las relaciones interpersonales e intolerancia a las rupturas y pérdidas, con mezclas intermitentes de histrionismos y repliegues esquizoideos. Es marcada su asociación con historias vitales de temprana pérdida de uno o ambos padres, o de quiebres familiares y hogares deshechos. El desorden distímico subafectivo, también de aparición temprana, ha sido adscrito al círculo afectivo por su favorable respuesta a los timolépticos, al litio, o a su combinación. La historia familiar es frecuentemente positiva en cuanto a estados afectivos bipolares. Su sintomatología se centra en una incapacidad de goce que linda en la anhedonia, la tendencia a autoinculparse, y un hipersomnio de carácter evasor. La investigación señala reducción de la latencia REM en el rango propio de la depresión mayor. La personalidad básica se acerca notablemente a la descrita por Schneider para la personalidad depresiva: pasiva, no asertiva, sombría, pesimista, incapaz de entretención amena, hiper crítica de sí misma, y complaciente de los otros, temerosos de inadecuación, fracaso y eventos incómodos. Estas características, sugieren que son formas atenuadas y permanentes de un desorden afectivo primario. De ello surge la denominación de distimia subafectiva. Parte significativa de estos pacientes responden con hipomanías atenuadas, frente a los timolépticos.

Klein y colaboradores han trabajado un grupo de pacientes que muestran centralmente disturbios caracterológicos depresivos y atípicos, de frecuente comienzo en la adolescencia, con humor depresivo como forma de respuesta reiterada ante situaciones de rechazo. La extrema vulnerabilidad a la desconfirmación y pérdida de fuentes de cariño hace surgir abrupta sintomatología de hiperfagia especialmente a alimentos dulces, hipersomnio y fatiga extrema. El componente histeroide del síndrome depresivo, está

agregado por la emocionalidad elevada, la dramatización, y la fácil respuesta expansiva ante la aprobación, la confirmación y el elogio. Se acentúan la vivencia de fracaso-pérdida de autoestima, tristeza y desesperanza que a la inversa del rechazo que les provoca, rápidamente se deshacen ante la atención y confirmación. El síndrome depresivo es de corta duración, pero muy repetido. Este grupo de pacientes depresivos es muy susceptible de recuperación bajo la prescripción de MAO y no de antidepresivos tricíclicos que o no actúan o agravan. En general, su marcado déficit de funcionalidad social los acerca notablemente a trastorno fronterizo de personalidad. Para Klein la disforia histeroide se acerca a los desórdenes afectivos, por la elevada incidencia de estos desórdenes en los antecedentes familiares.

Finalmente la ciclotimia, que exige un curso temporal de al menos 2 años, alterna el síndrome depresivo con episodios de expansividad patológica del tipo hipomanía. Es excluyente de ciclotimia el síndrome depresivo que incluye manifestaciones psicóticas. La extensión desusada que hemos dado al síndrome depresivo, se explica por su enorme importancia clínica, tanto por ser junto al síndrome angustioso una de las formas esenciales de la psicorreactividad patológica, como por las implicancias terapéuticas de su naturaleza clínica.

➤ *Síndrome ansioso:*

El síndrome ansioso es un conjunto de síntomas y signos cuyo rasgo clínico central es una emoción parecida al miedo, en que el paciente teme que algo funesto le va a acontecer.

En el síndrome ansioso hay un componente vivencial y otro fisiológico. Hoy día es aceptada la división del síndrome ansioso según su forma de presentación y evolución, en ansiedad generalizada y ataque de pánico. La primera se manifiesta en forma gradual y permanente, la segunda se instala en forma brusca, de crisis, pudiendo no haber sintomatología ansiosa intercrítica.

En la ansiedad generalizada los síntomas más frecuentes son:

1. *Psíquicos:*

- a) *Preocupación excesiva, o expectación aprehensiva:* El paciente tiene la sensación de que algo malo le va a ocurrir a él o a su familia. Es un pensamiento acompañado de ansiedad, a veces vago y difuso y otras más concretos: accidentes, enfermedades graves, etc. A este síntoma también se le denomina expectación ansiosa.
- b) *Hipervigilancia:* Habitualmente a consecuencia de la preocupación excesiva, el paciente adopta una actitud hipervigilante y escudriñadora, con el objeto de descubrir las amenazas que siente que lo acechan. A menudo a raíz de esta atención centrada en la vigilancia, se pierde la concentración, anda sobresaltado, irritable, mal genio, insomne y fatigado.
- c) *Tensión motora:* Malestar centrado en la musculatura habitualmente de cara, cuello y tronco. Se queja de dolor, tensión, temblor, movimientos bruscos, estremecimientos, fatigabilidad e incapacidad de relajarse. Estas molestias se acompañan con frecuencia de inquietud, intranquilidad, respuestas de alarma y respiración suspirosa.

2. *Neurovegetativos:*

- a) *Cardiovasculares:* Taquicardia, palpitaciones y extrasístoles.
- b) *Respiratorias:* Opresión precordial a veces irradiada al brazo, puntadas torácicas, sensación subjetiva de dificultad respiratoria.
- c) *Gastrointestinales:* Sequedad bucal, hipersalivación, bolo esofágico y nudo en la garganta que pueden causar disfagia, hiperacidez, flatulencias, diarreas y

- estreñimiento.
- d) *Sistema nervioso*: Parestesias, palidez, mareos, alergias diversas y temblores.
 - e) *Piel*: Sudores profusos, bochornos.
 - f) *Olfactométricas*: Visión borrosa.
 - g) *Genitourinarios*: Poliaquiuria, a menudo metrorragia, frigidez, eyaculación precoz, impotencia.

En el ataque de pánico el sujeto siente un brusco e intenso temor a que algo malo le va a suceder de modo inmediato; generalmente piensa que se trata de una enfermedad grave que amenaza su salud física, que lo puede llevar a la muerte o que amenaza su salud psíquica con temor a descontrolarse o enloquecer. En ocasiones el paciente no sabe realmente qué es lo que teme, dando un carácter espectral y misterioso al miedo, abarcativo, que afectaría a la totalidad de su ser. Mientras unos enfermos se quedan sobrecogidos, otros sienten la necesidad imperiosa de salir arrancando. Algunos desean arrancar sin destino, otros hacia el médico o un servicio de urgencia.

Al mismo tiempo que el paciente vive el intenso temor pánico, puede sentir fenómenos de despersonalización, desrealización y todos los síntomas psíquicos propios de la ansiedad generalizada: expectación, hipervigilancia y tensión motora.

Paralelo al despliegue de la sintomatología ansiosa descrita, el sujeto siente diversas manifestaciones somáticas de la ansiedad, que acentúa sus temores y desencadena un círculo vicioso donde la angustia llega a niveles pavorosos. Los pacientes relatan que llegan a un nivel de sufrimiento indescriptible, superior a cualquier tipo de dolor físico. Los síntomas somáticos que se presentan con mayor frecuencia e intensidad son: disnea, palpitaciones, dolor o malestar precordial, sensación de ahogo, mareo, vértigo o sensación de inestabilidad, sentimiento de irrealidad, parestesias, oleadas de calor y frío, sudoración, debilidad, temblor o estremecimientos, miedo a morir, a volverse loco o a realizar cualquier cosa descontrolada durante el ataque. El DSM III exige para hacer el diagnóstico de ataque de pánico, al menos 4 de los síntomas mencionados, en cada crisis.

La frecuencia de las crisis es muy variable, desde sujetos que sólo han tenido un número reducido en su vida, hasta quienes presentan varias al día. En algunos, los períodos intercríticos son asintomáticos, y en otros se da sobre un estado de ansiedad generalizada.

➤ *Síndrome catatónico*

Incorpora la patología de la conducta actos y movimientos propios de la psicomotilidad, y que normalmente involucran una intencionalidad evidente o inferible y una orientación dirigida a un objetivo comprensible. En el orden psicopatológico tales conjuntos motrices se emancipan de la normal integración a la actividad personalizada. Se restringe, pues, el síndrome catatónico, al área de la psicomotilidad aunando en él los desórdenes de la actividad que, sin lesión muscular o neurológica, dejará de evidenciar o manifestar congruentemente los afectos y voliciones que normalmente los subyacen.

Definiremos, la psicomotilidad como aquella área de la motricidad directamente ligada a lo psíquico y a su servicio. En consecuencia, sus formas patológicas están condicionadas por el desorden psíquico originario. Es, pues, el síndrome catatónico un conjunto de perturbaciones de la conducta motriz y de la actividad general del individuo, que surgen clínicamente como secundarios a fenómenos psíquicos primariamente alterados en el orden de impulsos, afectos, voluntad, etc.

El síndrome catatónico incorpora un vasto complejo de signos y síntomas que parecen tener en común un oscuro sello de perturbación de la voluntad, manifestado en que la psicomotilidad parece desintegrarse del querer o no querer hacer actos, movimientos y conductas. Sabemos poco de la organización compleja de la actividad voluntaria. La

patología catatónica sugiere fuertemente que la no integración incide en el nivel de enlace del querer volitivo y la gama afectiva con el actuar, emancipándose ambos de la interacción mutua, y manifestándose así como elementos deslizados de un proceso normalmente unitario. Reichard acertadamente define la sintomatología catatónica, como "interceptaciones de la voluntad". Recordaremos que en el orden de funcionalidad caracterológica normal, la voluntad puede mostrarse de laxa a tenaz.

Una descripción focalizada de los síntomas catatónicos como unidades psicopatológicas ya ha sido dada suficientemente en el capítulo Psicopatología de la conación. Señalaremos sólo algunas generalidades respecto a su agrupación sindromática.

Es pertinente insistir en el denominador presente en la vasta sintomatología catatónica. Ésta deja en un plano irrelevante la fuerza muscular y las praxias en tanto capacidades de acción. Su conocimiento involucra necesariamente un análisis de la estructura y organización de la motricidad, análisis que hasta ahora es precario. Si aceptamos la perspectiva que integra al enfermo y su ambiente, esta perspectiva destaca que la sintomatología catatónica rompe la experiencia relacional que tiene su traducción motriz en conductas, actos y movimientos, y su modo intencional de ejecutarlos. La valorización de esta ruptura impone un estudio diacrónico de la motricidad, su secuencia y recursividad en el tiempo.

Es excepcional que el síndrome catatónico se dé a base de una o muy escasas unidades sintomáticas. Y cuando sucede, conlinda semiológicamente con sintomatología motriz de naturaleza muy diferente, pero con la característica común de repetitividad que integra el vasto capítulo de los movimientos iterativos ejemplificados por tics, movimientos coreicos y atetósicos, hemibalísticos y otros. A la inversa, la excitación o agitación catatónica, que surge a modo de torrente sintomático inestable en el que surgen mostraciones fugaces de prácticamente todo el ámbito sindromático. Nos detendremos pues, en su distinción.

Los catatónicos con frecuencia despliegan violentas excitaciones motrices de máxima intensidad que implican desplazamientos abruptos, gritos, golpes destructivos, movimientos estereotipados, muecas y mímicas absurdas que recuerdan la pantomima. No muestran la limitación de la fatiga, y parece independizarse del medio y sus estímulos. Resulta imposible tomar contacto con estos pacientes, y a diferencia de la excitación maniacal, no se calman al aislarlos y sustraerlos de toda relación interpersonal. A veces es cierto que estimularlos aumenta su agitación catatónica, pero aún así conservan el carácter elemental, de total desmotivación y pérdida de secuencia lógica. Las contorsiones faciales y corporales parecen vacías psicológicamente y carecen de coherencia expresiva que pudiese adquirir algún significado inteligible.

Así, un paciente nuestro que ofrecía una estereotipia de lugar y posición, hincándose reiteradamente en un mismo rincón en actitud de rezo religioso musitando suavemente durante horas, súbitamente entró en agitación catatónica golpeando violentamente paredes, pacientes, lanzando una silla contra la puerta de entrada de la sala, y sin por ello dejar la musitación y cierta expresión semiestática sólo interrumpida por muecas grotescas. Como el furor epiléptico, el acceso catatónico es de alto riesgo para el paciente y los otros, requiriendo medidas terapéuticas propias de la emergencia psiquiátrica. En general, el síndrome catatónico es ordenable en 2 grandes variantes señaladas ya por Bleuler: hipocinético e hiperkinético. La constelación hipocinética incluye la acinesia (en la que faltan los movimientos espontáneos, pero está presente la respuesta motriz a estímulos), el estupor tenso, el mutismo, las interceptaciones motrices (o contraimpulsos), el negativismo, la ambitendencia, la pseudoflexibilidad cerea. En la constelación hiperkinética están presentes la estereotipia, el amaneramiento (con manierismos grotescos, extravagantes y desgarrados) no avalorativo, la verbigeración, las

muecas, los actos impulsivos, la obediencia automática, la ecolalia, la ecopraxia.

El síndrome catatónico se da con connotación característica, en la esquizofrenia. La productividad motriz catatónica en un trasfondo de autismo y discordancia es unívoca. También lo encontramos en otro contexto, en encefalitis, arterioesclerosis cerebral, parálisis progresiva luética, en formas amenciales de psicosis sintomáticas. Han sido descritas amnesias en lesiones frontales. Y no son excepcionales formas hipercinéticas en encefalitis que comprometen el sistema estriado, y en las intoxicaciones por óxido de carbono.

El estupor depresivo requiere con frecuencia de los antecedentes familiares de estados afectivos patológicos, y de pruebas bioquímicas que actualmente son apoyo diagnóstico decisivo.

➤ *Síndrome obnubilatorio:*

Corresponde al trastorno psicopatológico descrito en los trastornos cuantitativos de conciencia, ya sea en sus formas de embotamiento, somnolencia, sopor y coma.

➤ *Síndrome crepuscular:*

Corresponde al trastorno psicopatológico descrito como un tipo de trastorno cualitativo de conciencia, que llamamos estado crepuscular.

➤ *Síndrome delirioso:*

Corresponde al trastorno psicopatológico descrito como un tipo de trastorno cualitativo de conciencia que llamamos estado delirioso.

➤ *Síndrome ictal:*

Corresponde al trastorno psicopatológico descrito como guspensiones paroxísticas de la conciencia.

➤ *Síndrome oligofrénico:*

Las principales características del síndrome oligofrénico son (criterios DSM III): compromiso significativo del cociente intelectual, asociado a conflictos y déficit en sus conductas de adaptación, cuyo comienzo es anterior a los 18 años.

➤ *Síndrome psicoorgánico:*

Concepto introducido por E. Bleuler (1924), que denota un conjunto de manifestaciones psicopatológicas producto de un daño difuso crónico de la corteza cerebral. Hay trastornos de la memoria, del juicio, de la facultad crítica, de la discriminación perceptual, de la atención y orientación, además de labilidad emocional y deficiente control del impulso. Con frecuencia hay cambios en su personalidad, haciéndose más conflictivo.

Los déficits no son uniformes y se afectan menos las capacidades más desarrolladas y más usadas.

➤ *Síndrome demencial:*

Se manifiesta por una pérdida de las capacidades intelectuales de severidad suficiente como para interferir con las relaciones sociales y el desempeño laboral. Importante compromiso mnésico, de la capacidad de abstracción, del juicio y en grado variable afasias, apraxias y agnosias. Cambios de la personalidad con alteración o acentuación de rasgos premórbidos. La causa del síndrome demencial es un daño orgánico cerebral.

➤ *Síndrome disociativo*

El término disociación significa una pérdida de la habitual interrelación y consistencia entre distintos grupos de procesos mentales, emergiendo una función como separada e independiente de las otras. Por ejemplo, en la múltiple personalidad la persona de pronto aparece con distintos contenidos mentales, disposición y carácter, alejándose, separándose, o sea, disociándose de todo lo anterior, mostrando completa ignorancia de su personalidad previa.

Esta pérdida de integración o disociación opera habitualmente sobre tres áreas del funcionamiento psicológico: la memoria, la psicomotricidad y la identidad.

El síndrome disociativo que compromete la memoria se denomina amnesia psicogénica y se caracteriza por una repentina incapacidad para recordar importante información personal. Ésta puede ser:

- a) *Circunscrita*: referida a un período delimitado de tiempo, habitualmente las primeras horas que siguieron a un conflicto o experiencia traumática severa.
- b) *Selectiva*: en la cual la dificultad radica en recordar algunos, pero no todos los eventos ocurridos dentro de un cierto período de tiempo.
- c) *Generalizada*: la amnesia abarca toda la vida del paciente.
- d) *Continua*: el paciente no puede recordar los hechos que acontecieron en un período determinado de tiempo incluyendo el presente.

El síndrome disociativo que compromete la psicomotricidad se refiere a una inesperada y repentina conducta de viajar hacia cualquier lugar, asumiendo a veces una nueva identidad sin poder recordar la previa. Este se denomina Fuga Psicogénica.

Los trastornos disociativos que afectan la identidad se dividen en aquellos en los cuales el paciente olvida temporalmente su identidad habitual y asume una nueva y diferente, llamados Múltiple Personalidad, y los que pierden esa acostumbrada y familiar sensación de su propia realidad y caen en vivencias de irrealidad, llamadas Despersonalizaciones.

La Múltiple Personalidad es definida por el DSM III como la existencia en el individuo de dos o más personalidades distintas, cada una de las cuales es la dominante durante un período de tiempo, determinando ésta la conducta del sujeto. Cada personalidad asumida es compleja e integrada, a menudo con características diferentes y opuestas entre sí. La transición de una personalidad a otra es brusca y, no hay recuerdos de la o las que pasan a segundo plano.

Los rasgos clínicos principales de las Despersonalizaciones son según John C. Nemiah: Alteración de la percepción de sí mismo con pérdida del sentido de su propia realidad y asociado a esto, cambios en la imagen corporal. Comienza y termina rápidamente. También pueden estar presentes sentimientos de pérdida de control de sus acciones y de lo que dice. Estos episodios duran algunos minutos hasta horas y son recurrentes. Junto a la despersonalización es habitual que el paciente refiera que siente que el mundo que lo rodea pierde su carácter de realidad, lo siente como irreal, llegando a percibir cambios de forma y tamaño en los objetos externos. Mareos, ansiedad, hipocondriasis, temores a enloquecer, y trastornos en la percepción de la temporalidad, a menudo se asocian a la despersonalización.

➤ *Síndrome somatomorfo*

La característica clínica principal del síndrome somatomorfo es la presencia de síntomas que sugieren una patología somática, pero para los cuales no se puede demostrar

mecanismos fisiológicos conocidos ni hallazgos orgánicos. Por la forma de presentación y la evolución de los síntomas existe la certeza, o al menos la fuerte presunción, de que los síntomas están ligados a factores psicológicos o a conflictos no resueltos. A diferencia del síndrome de Ganser, Munchhansen y de simulación, el síndrome somatomorfo no es producido voluntariamente por el paciente, en el sentido de controlar la generación de sus síntomas.

El DSM III describe 4 formas de presentación de este síndrome:

1. La forma somática que se caracteriza por un trastorno crónico polisintomático (sobre 12 síntomas), que comienza antes de los 30 años y que puede comprometer el área neurológica, gastrointestinal, genital, sexual, cardiopulmonar, con dolores y sensaciones diversas de poca salud física.
2. La forma conversiva que se diagnostica cuando la pérdida o alteración de una función física es fuertemente sugerente de un conflicto psicológico o de una necesidad no resueltos, que se expresan a través de dicho trastorno.
3. La forma dolorosa, en la que el paciente se queja de dolores severos y prolongados que no se correlacionan con hallazgos de enfermedad física, y que sí se asocian a factores psicológicos.
4. La forma hipocondriaca, caracterizada por una preocupación constante del paciente acerca de su salud física. Cualquier sensación o signo físico es interpretado como anormal, afirmando que tiene una grave enfermedad.

➤ *Síndrome de Ganser*

El síndrome de Ganser es considerado por el DSM III como un desorden psiquiátrico funcional, que ocupa una posición intermedia entre las neurosis y las psicosis, y entre la enfermedad y la simulación. Lo denomina desorden facticio con síntomas psicológicos. Para Heins E. Lehman se trataría de un trastorno disociativo peculiar en el cual el paciente trataría inconscientemente de imitar las conductas, el lenguaje y pensamiento de un paciente psicótico, de acuerdo al concepto y a la imagen mental que tenga de la locura. La producción de estos síntomas es voluntaria, a diferencia del síndrome disociativo en el cual no hay intención voluntaria por parte del paciente. Pero si bien es voluntaria en el sentido de ser deliberada y planificada, el paciente no puede dejar de "hacer" los síntomas o de emitir la conducta patológica, aunque le acarrée problemas. Este carácter compulsivo lo diferencia del síndrome de simulación, el cual además de ser voluntario, es controlado.

Para López Ibor (Alonso Fernández, 1979) el síndrome de Ganser es un tipo de trastorno histérico clasificado junto al puerilismo y a la pseudodemencia. En el Síndrome de Ganser el sujeto se comporta como un enfermo mental. En la pseudodemencia como un demente. En el puerilismo como un niño. En tanto el Ganser está promovido muchas veces por la tendencia a evadirse de un castigo o de una culpa, sobre el puerilismo influye la vivencia de desamparo. En la pseudodemencia señala Alonso Fernández (1979) "el sujeto se presenta con una falta absoluta de recuerdos personales y conocimientos escolares y, sin embargo, su conducta no se ajusta a ese déficit. De sus contestaciones se infiere que ha comprendido muy bien el sentido de la pregunta y que pretende hacernos ver que no ha entendido nada". Para López Ibor (1966): "Lo que el enfermo quiere mostrar es una insuficiencia de la que él tiene oscura conciencia, y que teme que no sea tomada en cuenta".

El DSM III define como rasgos esenciales del síndrome de Ganser: Producción de síntomas psicológicos bajo el control voluntario del paciente. Síntomas que no derivan de ningún otro desorden mental, pero que pueden superponerse con otro. Los objetivos del paciente, a diferencia de la simulación, no son fácilmente identificables.

Otras características clínicas asociadas son: Síntomas mentales inconscientes, como pérdida de la memoria, alucinación y demencia. Sugestibilidad, negativismo y oposicionismo. Respuestas aproximadas y tangenciales. Uso de drogas. Las manifestaciones pueden estar presentes sólo cuando el paciente cree que está siendo observado.

➤ *Síndrome de Munchhausen*

El síndrome de Munchhausen es considerado por el DSM III como un desorden psiquiátrico que ocupa un lugar intermedio entre la enfermedad y la simulación. Lo denomina desorden facticio con síntomas físicos. Para Sussman y Hyler se trataría de pacientes con historia de múltiples hospitalizaciones, de las cuales existe la certeza de que el motivo de su internación han sido síntomas y signos de enfermedad física producidos por el paciente. Estos síntomas son producidos voluntariamente por el paciente, pero con un carácter compulsivo. El individuo es incapaz de abstenerse, a pesar de que pueda acarrearle consecuencias funestas. En esto último se diferencia del síndrome de simulación, el cual, además de ser voluntario, es controlado. Se aparta del síndrome conversivo, porque en éste la producción de síntomas y signos por parte del paciente es involuntaria.

El DSM III considera que el elemento clínico esencial de este síndrome es la presentación de síntomas físicos que no son reales ni genuinos, pero que tienen tales características que obtienen y mantienen múltiples hospitalizaciones. Estos síntomas producidos voluntariamente, forman parte de un estilo de vida, en el cual el paciente se vuelca a conseguir admisiones y estar en distintos hospitales. Los cuadros clínicos que presenta pueden comprometer cualquier órgano o sistema, lo cual va a depender del conocimiento médico del paciente, su imaginación y sofisticación. Son frecuentes los dolores abdominales con náuseas y vómitos, mareos, hemoptisis, rash cutáneos y abscesos, fiebre de origen indeterminado y hematuria.

Como rasgos asociados al DSM III señala la tendencia de estos pacientes a la pseudología fantástica y su gran conocimiento de la terminología médica y de la rutina hospitalaria. Además suelen ser exigentes y conflictivos. Por sus múltiples dolores abusan de los analgésicos. Se muestran ansiosos de ser intervenidos con procedimientos médicos, ojalá los más invasores: exámenes, operaciones, etc. Rotan el tipo de quejas y síntomas, y deambulan por distintos hospitales que abarcan a veces ciudades, países distintos y hasta continentes.

Señalan Sessman y Hyler que es habitual en estos pacientes, el ser impostores asumiendo la identidad de personas de gran prestigio, el haber estado en la cárcel o en hospitales psiquiátricos.

➤ *Síndrome simulador*

Según James A. Boydstein, existen dos formas de simulación. La más frecuente es aquella en la que el sujeto inventa o exagera síntomas. La segunda se refiere a la disimulación o minimización de los síntomas.

El DSM III considera que la característica clínica central de este síndrome, es la presentación y producción voluntaria de un síntoma físico o psicológico falso o groseramente exagerado. Los síntomas son producidos con el fin de conseguir un objetivo, el cual se logra comprender e identificar en relación a las circunstancias reales actuales que vive el paciente, más que a sus conflictos psicológicos internos.

Los motivos y objetivos del simulador son habitualmente el evitar dificultades y situaciones peligrosas, responsabilidades o castigos. Recibir compensaciones como hospitalizaciones gratis, pensiones, abastecimiento de drogas o impunidad policial.

Prevenir la pérdida de una relación dependiente, o de un trabajo que requiere buena salud. También con el fin de vengarse, cuando la víctima de sus manejos se siente culpable, o le provoca perjuicio económico, penas legales o pérdida del trabajo.

El síndrome de simulación a diferencia del síndrome de Ganser y Munchhansen es, además de voluntario, totalmente consciente, sin el carácter compulsivo propio de los otros. No resuelve un conflicto psicológico interno vago, sino un conflicto externo preciso y claramente identificable.

A modo de resumen presentamos un cuadro ordenador que ayude al diagnóstico diferencial entre los Síndromes de patología manipuladora en cuanto al tipo de síntoma, la finalidad de éste y qué tipo de control opera en su producción.

<i>Síndromes</i>	<i>Tipo de síntoma</i>	<i>Finalidad</i>
<i>Control</i>		
Somatormfos Inconsciente	Físico	Resolver un conflicto psicológico Involuntario
Disociativos Inconsciente	Psíquico	Resolver un conflicto psicológico Involuntario
Ficticios Inconsciente	Físico y/o Psíquico	Resolver un conflicto psicológico (compulsivo) Voluntario
Simulaciones Consciente	Físico y/o Psíquico	Resolver un conflicto externo Voluntario

➤ *Síndrome amnésico:*

También denominado síndrome amnésico de Kotsakoff. En rigor debiera denominarse síndrome amnésico Wernicke-Korsakoff. Wernicke describió la fase aguda del síndrome, caracterizada por oftalmoplejia, ataxia y confusión. Korsakoff enfatizó la fase amnésica crónica del Síndrome, y la coexistencia frecuente de neuropatía periférica

(Cummings, 1985).

En la fase descrita por Korsakoff el paciente tiene dificultad para aprender nueva información. También se compromete la memoria de conservación y en los casos más graves la memoria de evocación. El paciente presenta amnesia de fijación, de conservación y, a veces, de evocación que abarca desde 3 a 20 años hacia atrás.

Un compromiso por el cual se identifica muchas veces el síndrome, es el de la memoria de reconocimiento y ubicación temporal. A pesar de no estar comprometido de conciencia el enfermo da respuestas absurdas cuando se le pide la edad o la fecha, no reconoce el lugar donde se encuentra y son habituales los falsos reconocimientos.

El compromiso amnésico se rellena con la fabulación. Puede ser espontánea o provocada. A cada pregunta sugerente los pacientes responden construyendo con facilidad, pero sin gran riqueza, nuevas situaciones y acontecimientos que asegura haber vivido, en los cuales incluye habitualmente a alguien presente que reconoce falsamente.

El paciente permanece amnésico por 1 a 3 meses y se recupera en el plazo de 1 a 10 meses. El 25% se recupera completamente, el 50% moderadamente y el 25% restante no se mejora.

3. Disfunciones yoicas

A. Disfuncionalidad yoica neurótica (Trastorno del principio de realidad)

El yo adquiere su perfil definitivo a través del desarrollo, integrando las polaridades que hemos señalado. Si la integración es defectuosa, a raíz de conflictos y/o predisposiciones en su crecimiento, tiende a quedarse adherido a uno de los polos de la dimensión. Por ejemplo, una relación conflictiva en la relación de dependencia con su madre lo puede fijar a una dependencia que le dificulta su autonomía. Como consecuencia de esta fijación el yo tenderá a percibir la realidad y a manejarla de acuerdo a su estilo dependiente. Cuando se le presenten situaciones nuevas que le demandan autonomía, en la medida que pueda las soslayará, si por su intensidad no las puede evitar, por serle desconocidas las percibirá en forma distorsionada y desproporcionada. Lo mismo cuando desee proyectarse a futuro, siempre lo hará planificando y programando de acuerdo a su estilo dependiente, evitando situaciones que deba vivir independientemente. O sea, la realidad tiene en este caso un sesgo para el yo, y su funcionalidad se ve afectada comprometiendo su flexibilidad adaptativa, fortaleza y estabilidad. Este compromiso lo denominamos trastorno de la apreciación de realidad del yo, y la disfuncionalidad yoica que implica la llamamos disfuncionalidad yoica neurótica.

Los estilos de disfuncionalidad yoica neurótica son: dependiente, independiente, ambivalente, adhesivo y evitador, en sus variantes activas o pasivas, que hemos descrito en el capítulo II.

B. Disfuncionalidad yoica fronteriza (Trastorno del sentido de realidad)

Al igual que el yo neurótico, el fronterizo ha quedado sin integrar las dimensiones polares que lo constituyen, pero de una manera más grave y más radical. Su dificultad en el manejo y percepción de la realidad será mucho peor. Su independencia será llevada a tal extremo que no necesitará de nadie llegando a sentirse superior a los demás o a veces envidiado y perseguido. Si su fijación es en la dependencia, se sentirá inutilizado si no se apoya en alguien, su comportamiento será infantil, viviendo casi como un niño al que le manejan su vida. Si es un evitador, su aislamiento lo llevará a una vida extraña, casi bizarra.

La rigidez y gravedad de su polarización lo llevan a un manejo sumamente

conflictivo de la realidad. Es habitual que la perciban como amenazante, castigadora, angustiante y muy exigente. Su proyección a futuro es pobre, llena de contradicciones y sin capacidad de perseverar. Su percepción de sí mismo tiene estas mismas características, puede ser grandiosa y por lo tanto fuente de grandes envidias, o muy degradada y, por ende, perseguida y autodestruida. El manejo y construcción de la realidad tan gravemente comprometido lo denominamos trastorno del sentido de la realidad, aludiendo con este término la dificultad central del fronterizo de captar tanto el sentido de sí mismo y del entorno, como de proyectar con sentido su propia existencia. En este yo, predomina más que el amor, la construcción y el desarrollo, la agresividad, la destrucción y la regresión. En el neurótico si bien la realidad está comprometida y el yo la maneja con un grado importante de conflicto, ésta no pierde su sentido, y construye un proyecto vital a pesar de las dificultades vividas.

Los estilos de disfuncionalidad yoica fronteriza son el límite, paranoico, esquizoide y orgánico, que hemos descrito en el capítulo II.

C. Disfuncionalidad yoica psicótica (Trastorno del juicio de realidad)

El juicio de realidad puede verse comprometido en forma sintomática, por ejemplo, un delirio de ruina en una depresión psicótica, o en forma más estructural y permanente afectando la funcionalidad yoica. Acá nos referimos a este último. El yo del sujeto, por graves conflictos y/o predisposición determinada, resuelve de manera extremadamente patológica las dimensiones que lo constituyen, quedando fijado a polos extremos que se traducen en dependencias simbióticas, independencias paranoicas, evitaciones autísticas y ambivalencias catatónicas. A raíz de estas graves fijaciones, su vínculo con la realidad será extremadamente distorsionado, llegando a comprometerse la vivencia de realidad que se expresa en un juicio de realidad perturbado, afectando así el pensamiento. Tendremos acá las ideas delirantes primarias, con sus características propias de certeza subjetiva incomparable, apodícticas y de contenido absurdo, contradictorio e imposible. En estas condiciones el manejo de la realidad por parte del yo tan gravemente afectado se traduce en el desgano, la retirada autística, la falta de propositividad vital, y en trastornos de la conciencia de límites, de existencia, de identidad, de unidad y de pertenencia, como también en conductas psicóticas diversas.

Cuando el yo presenta un trastorno del juicio de realidad con las características descritas, hablamos de disfunción yoica psicótica.

Se presenta en la esquizofrenia, en los desarrollos paranoicos y en general en todos los cuadros psicóticos crónicos.

V

**APORTES DEL DIAGNÓSTICO
FENOMENOLÓGICO CATEGORIAL Y DIMENSIONAL
PARA LA PRÁCTICA TERAPÉUTICA**

**APORTES DEL DIAGNÓSTICO
FENOMENOLÓGICO CATEGORIAL Y DIMENSIONAL
PARA LA PRÁCTICA TERAPÉUTICA**

A. Planteamiento del Problema

Para los psiquiatras formados en el modelo médico, acostumbrados a reducir las expresiones del enfermar, síntomas y signos, a manifestaciones de trastornos patológicos bioquímicos, histológicos, en definitiva orgánicos y somáticos, resulta difícil, a veces extraño, y les demanda muchas veces un esfuerzo, poder integrar los aspectos que tienen que ver con las relaciones interpersonales, con lo que pudiéramos llamar la vida "psíquica". Para los psicólogos, en cambio, les es más familiar el tema "psíquico", y tienden a reducir los síntomas a conflictos asociados a la vida de relación del paciente consigo mismo y los demás. El acontecer orgánico y corporal les resulta más ajeno y lo integran con menos frecuencia a su trabajo.

Los intereses en la Salud Mental van desde la ultraestructura del cuerpo, del sujeto, pasando por sus relaciones consigo mismo hasta llegar a las relaciones de grupos de mentes dentro de un contexto social. Si lo decimos de otra manera, debemos integrar datos que van desde lo bioquímico hasta lo sociológico y debemos valorar al hombre como sujeto y como objeto, como agente y como organismo (McHugh, 1986).

Frente a este problema muchos psiquiatras y psicólogos han decidido adoptar un único modelo (por ej.: biológico, psicoanalítico), y aplicarlo para abarcar toda la disciplina, decisión que si bien puede producir tranquilidad y sensación de dominio, no siempre beneficia al paciente. "La psiquiatría es la única disciplina médica en la que, al parecer, es correcto, incluso lógico, preguntar a un profesional por su "orientación" o "filosofía". Esta clase de preguntas indica que la identidad profesional no se mantiene de uno a otro psiquiatra" (McHugh, 1986).

La disputa se centra en el considerar al paciente como objeto/organismo o como sujeto/agente, discusión que se deriva de la dicotomía cuerpo-mente, que tiene sus orígenes en el Renacimiento y que Descartes se ocupa de fundamentar metafísicamente. Desde esa época discutimos sobre la preeminencia de uno sobre otro, que en nuestro campo psiquiátrico se reduce a la sobrevaloración del objeto/organismo o del sujeto/agente.

Señala McHugh: "Es la ambigüedad que representa la relación mente-cuerpo contra lo que estamos luchando. Existe una fundamental solución de continuidad en la secuencia jerárquica de explicaciones psiquiátricas que toma oscura la relación entre temas tales como el metabolismo o las desaveniencias interpersonales. Esta solución de continuidad ocurre en lo que se denomina la juntura, la conexión cerebro-mente, una zona de localización incierta donde los fenómenos que estamos describiendo abruptamente se

transforman de tangibles, como células, neuronas o cerebros, en intangibles, como pensamientos, estados de ánimo o intenciones. Los psiquiatras reconocen que el área de observaciones que agrupa pensamientos y sentimientos y el área de observaciones que incluye neuronas y estructuras sinápticas son inseparables y están relacionados en la vida mental. Sin embargo, se nos escapa, nos preocupa y nos crea problemas, como traducir la contribución particular de un campo en la expresión del otro, como especificar la naturaleza o la dirección de sus interacciones y de este modo definir, por ejemplo, las relaciones de una molécula con un pensamiento. Las explicaciones sintéticas a partir de una molécula y en dirección ascendente, o los análisis reduccionistas que descienden a partir de un pensamiento, no se encuentran entre sí, sino que dejan abierta tan amplia brecha que la más conspicua característica de la vida mental, el sentimiento subjetivo de propósito, finalidad y significado permanece desconectado de su objetivamente demostrada dependencia de una integridad neurológica".

Las diversas escuelas que han surgido en la historia de la psiquiatría pueden ser agrupadas en torno a dos perspectivas que hemos denominado categorial y dimensional. La primera privilegia el cerebro, la segunda la mente. La perspectiva categorial considera los fenómenos psicopatológicos como formas que aparecen como formas entre otras formas en la conciencia y que se juzgan como normales o anormales por sus características definidas, su frecuencia, su momento de aparición y sus asociaciones. Consideran al paciente como un objeto/organismo, confían en la preeminencia del cerebro sobre la mente, y su arsenal terapéutico es aquel que modifica el substrato biológico de donde surge el trastorno psicopatológico.

La perspectiva dimensional considera los fenómenos psicopatológicos como producciones y funciones a través de las cuales un individuo revela, en última instancia, sus intenciones y su individualidad. Consideran al paciente como un sujeto/agente, confían en la preeminencia de la mente sobre el cerebro y sus armas terapéuticas son "el hacer comprender al paciente que está limitado por su pasado y, al mismo tiempo, es libre de cambiar su futuro, y que, sano o enajenado, vive su vida en un mundo lleno de significado" (McHugh, 1986).

La aspiración de muchos es lograr integrar ambos modelos en una síntesis tal que uno se pueda derivar del otro y viceversa. Consideramos que es una empresa sin destino para nosotros. Este no es un dilema que puede ser aclarado por la ciencia. Plantea una interrogante metafísica: El problema de la relación mente-cuerpo. El salto desde una molécula a un pensamiento no puede sino entenderse desde elaboraciones filosóficas. Lo cual no implica que no puedan desarrollarse correlaciones entre ambas, ni mucho menos trabajar con las dos en un mismo paciente. Al contrario, debe hacerse. Tratando de ser más precisos, queremos decir que en una primera categoría, la reducción última, desde los fundamentos epistemológicos del problema mente-cuerpo, es tarea de filósofos. En otra categoría está el investigador puro, el psicopatólogo que se preocupa del progreso del conocimiento de los fenómenos psíquicos desde una de estas dos perspectivas. Cumple con su tarea al investigar, experimentar y desarrollar sus teorías desde su constructo hipotético, aunque no integre ni considere el otro. Un psiquiatra "biológico" debe tratar de explicar a través de sus teorías, validaciones experimentales y estadísticas el máximo de variables que constituyen la salud mental del sujeto. Asimismo el investigador psicoanalista. Desde sus perspectivas deben tratar de entender ojalá casi todas las variables que conforman y determinan la Salud Mental. En esta categoría la aspiración que motiva, es la búsqueda de modelos convincentes que nos expliquen el funcionamiento de la realidad. En la categoría anterior es la búsqueda de la verdad metafísica.

La tercera categoría no se mueve en la búsqueda de una "verdad gnosisológica" sino el ámbito de la praxis. Su objetivo es resolver problemas. Se nutre de las dos categorías

anteriores, pero su desarrollo está determinado por la fuerza de los hechos. Es en esta área del trabajo en Salud Mental donde nos ubicamos la mayor parte de los profesionales dedicados a ayudar al paciente. Desde esta perspectiva, tenemos el deber de conocer las dos formas de aproximación que hemos descrito, con los alcances y limitaciones de cada una. Debemos ser capaces de ver al paciente como sujeto/agente y como objeto/organismo, o sea, como cerebro y mente, independiente de que desarrollemos más una postura que otra. Cuando decimos debemos, nos referimos a un imperativo ético. La ciencia aplicada si bien se nutre de la filosofía y la investigación pura, la decisión final acerca de los métodos a seguir para enfrentar la realidad, es ética. No está motivada por la búsqueda de una verdad sino por la solución, en este caso, del conflicto, del problema o la patología que aqueja al paciente. Este punto lo hemos desarrollado en los primeros capítulos del texto, al definir el carácter práctico de éste, y por lo tanto intentar entregar los elementos semiológicos básicos con miras a ayudar al paciente. Por esto sin excluir lo psicopatológico, hemos acentuado los aspectos semiológicos del texto. En breve podemos decir que el deber ético es la preocupación por acercar al hombre a la normalidad, a la salud, con el modelo más operante, concibiendo la normalidad y la salud como conceptos estrechamente ligados al de libertad. Desarrollaremos a continuación los alcances y limitaciones de estas dos formas de aproximación al paciente, en el proceso de tratamiento.

B. El diagnóstico categorial y sus implicancias terapéuticas

En la historia de la psiquiatría, aquellas escuelas que no han ofrecido eficiencia terapéutica han quedado en el camino. En los primeros capítulos de este texto hicimos una breve historia del método fenomenológico descriptivo categorial cuyos primeros exponentes fueron E. Kraepelin y posteriormente K. Jaspers.

Debemos tratar de entender la causa de su vigencia actual. El factor fundamental es que dicha aproximación categorial a los fenómenos psíquicos, a través de la observación y descripción fenomenológica facilita el proceso diagnóstico que constituye la base de una postura que ayuda al control de las variables identificadas. En términos muy concretos: es la base del progreso de la psiquiatría biológica y de los psicofármacos. Su fundamento epistemológico se orienta a la sobrevaloración del cerebro por sobre la mente, del objeto/organismo por sobre el sujeto/ agente, de lo orgánico por sobre lo psíquico. Se inspira en el empirismo inglés de Bacon, Hobbes, Locke, Berkeley y Hume, en el positivismo lógico de Voshinger y en el pragmatismo de filósofos americanos como Charles Sanders Peirce, Williams James y John Dewey. Se cristaliza plenamente en el operativismo de P.W. Brigman. Para Herbert Feigl el operativismo: "es una serie de normas ordenadoras o críticas. A la luz de estas normas críticas pueden apreciarse el sentido y la fecundidad de los conceptos científicos. Los requisitos más destacados que el operativismo ha enfatizado muy justificadamente pueden enunciarse como siguen: para tener valor en las ciencias fácticas, los conceptos deben ser definibles por operaciones: 1) lógicamente coherentes; 2) suficientemente delimitadas (si es posible, precisas cuantitativamente); 3) empíricamente enraizadas, es decir, por procedimientos relacionados y con lazos evidentes, finalmente con lo observable; 4) natural y, de preferencia técnicamente posibles; 5) intersubjetivos y repetibles; 6) que apunten a la creación de conceptos que puedan funcionar como leyes o teorías de mayor poder predictivo". ,

En otra secuencia; primero se observan y describen los fenómenos, después se construyen hipótesis de correlaciones entre sí que sean lógicamente coherentes, en seguida se procede a verificar las observaciones a través del proceso de fiabilidad y a verificar las hipótesis a través del proceso de validación. Más breve aún; se diagnostican los fenómenos

y se les aplica la lógica positivista, la estadística y el proceso hipotético-deductivo.

Primero se identifica el fenómeno, después se explica. Es en la identificación del fenómeno donde la fenomenología descriptiva categorial adquiere fundamental importancia en psiquiatría. El segundo momento, la explicación, es una búsqueda de correlaciones como primer paso hacia la hipótesis, la teoría y la ley científica. Señala McHugh: "Las correlaciones, puesto que se refieren a grupos de enfermos, suministran desde el comienzo mismo observaciones de naturaleza generalizada; finalmente, observaciones de este tipo pueden expresarse cuantitativamente en términos de factores de riesgo, conexiones genéticas o relaciones en "respuesta a una dosis", y éste es el tipo de afirmación que puede confirmarse o refutarse por nuevos datos y aportaciones". "... así, cualquier resultado confirmado que se derive de una población bien definida se podrá aplicar fácilmente a otros pacientes adecuados, puesto que se habían establecido los criterios de identificación .

No podemos negar el importante aporte de esta perspectiva en la Psiquiatría. Gracias a ella hemos adquirido herramientas fundamentales para ayudar a nuestros pacientes. Nadie discute hoy en día la utilidad de los neurolepticos en los episodios psicóticos, ni el uso de antidepresivos en una depresión mayor mono o bipolar, del litio y la carbamazepina en los maniaco-depresivos, y los tranquilizantes frente a ansiedades paralizantes que sin su ayuda no permitirían un trabajo psicoterapéutico, por mencionar algunos hallazgos derivados de este método.

Debemos estar atentos a aplicar este método evitando caer en riesgos y desviaciones que derivan de su mal uso. En el acto de diagnosticar el cuadro clínico del paciente, podemos entusiasmarnos en este proceso y despreocuparnos del sentido terapéutico que dicha identificación implica. Transformarnos en "etiquetadores" que creen haber ayudado al paciente por el solo hecho de describir y definir con términos convencionales lo que le pasa. Esta actitud nos puede llevar a algunos vicios como el creer que hacer psiquiatría es dedicarse a diferenciar múltiples cuadros unos de otros, o a agruparlos en reduccionismos muchas veces simplistas. Lo primero ha sucedido con el problema de si la paranoia es o no una esquizofrenia. Lo segundo en relación a los trastornos esquizofrénicos, saco sin fondo donde al parecer se meten diversos cuadros clínicos.

Otro riesgo es el de aplicarnos muy rápidamente a hacer correlaciones precipitadas desde un cuerpo conceptual preconcebido, deduciendo leyes causales simplistas, y exagerando por ejemplo el uso de psicofármacos.

Pero además de los riesgos derivados de la mala aplicación del método, debemos tener presente sus limitaciones y no tratar de ver al paciente solo desde la perspectiva objeto/organismo. Este tipo de análisis no considera las razones más obvias y frecuentes por las que los pacientes acuden a solicitar ayuda. La vida y sus circunstancias deparan experiencias difíciles, dolorosas y problemáticas, que el paciente siente lo sobrepasan. Muchos de ellos pueden reconocer que no todas sus angustias provienen del medio, sino de conflictos internos no resueltos que los lleva a conducir su vida como "pisándose la cola", y lo que piden es que los ayuden a identificar y resolver esos conflictos, "darse cuenta", entender su historia. Los enfermos quieren un enfoque de sus problemas que considere no tanto el "que" y el "como" de un análisis categorial, sino más bien el "porqué" del sujeto individual.

C. El diagnóstico dimensional y sus implicancias terapéuticas

Es una vieja disputa: el hombre domina la materia, o la materia domina al hombre. La mente controla los procesos cerebrales, o el cerebro determina el acontecer psíquico.

Pienso, luego existo, o existo, luego pienso. Conflicto entre epistemologías realistas e idealistas. En este dilema cerebro-mente, el diagnóstico dimensional valora al último. Aunque resulta evidente la necesidad de la integridad de la materia, del cerebro para la constitución de la vida psíquica, el ser humano no es un puro producto de éste. Más bien lo domina y lo controla.

La base de esta postura está implícita en el concepto de yo, como instancia conductora de la vida del sujeto. La noción de yo emerge desde la teoría psicoanalítica, que en sus bases epistemológicas es dimensional. La Salud Mental del sujeto no solo deriva de su organismo/objeto, sino de la conducción de la vida que resulta de ser agente/sujeto, rol que desempeña el yo. Citamos a McHugh: "Este sentido del yo como piloto de los mecanismos corporales y director del proyecto vital es tan generalizado y penetrante que todos nos regimos por él, y de él dependen la mayoría de nuestras instituciones o convenciones sociales, como las leyes, los contratos y las relaciones interpersonales".

Es obvio que el daño cerebral puede alterar las capacidades psíquicas y distorsionar las experiencias mentales, pero resulta igualmente obvio que las decisiones que toma el yo pueden ser problemáticas y conducir al malestar emocional y somático y/o a situaciones que produzcan otras conductas mal adaptativas. Esto es lo que justifica la impresión clínica de que las vivencias no son simplemente fenómenos que emergen a partir de mecanismos cerebrales, sino también las producciones de una persona con una "historia vital". La pregunta que surge es: ¿por qué necesitamos un método diferente al dimensional para aproximarnos a este sujeto/agente?, ¿por qué no podemos hacerlo con el mismo método categorial anteriormente señalado?

Porque el yo, no se construye ni se puede comprender desde el modelo causalista propio del análisis categorial. El yo en su constitución es la resultante de la resolución de una interacción dialéctica de polos antinómicos que se ubican en los extremos de cada dimensión que lo conforman. "En contraposición al modo deductivo reinante en el naturalismo, que se apoya en la sincronía, la dialéctica se funda en la diacronía, en el transcurso del Tiempo, que es la malla misma donde ella entreteje sus propios hilos. En consecuencia, es imposible recurrir a un estricto método lógico tal como el requerido en la deducción cartesiana: pensar dialécticamente implica una previa disposición personal de quien lo hace, pues el ser humano no es un espectador de lo que acontece en derredor, ni tampoco es una instancia deductiva, pues se amasa, totalmente comprometido, con aquello mismo que él vive y tiene" (Saurí J.).

Por medio del diagnóstico categorial, calificamos un determinado estado efectivo como depresivo, y lo correlacionamos con una baja de neurotransmisores en el cerebro. En este modelo causalista, la causa de la depresión es el trastorno bioquímico cerebral. La acción terapéutica está dirigida a corregir la causa.

Una actitud vital propia del sujeto/agente en su afán de control del mundo que lo rodea, es la resultante de una integración de polaridades, y es imposible entenderla sin remitirse alternadamente a uno y otro extremo de esa dimensión. No podemos entender cabalmente el rechazo del obsesivo a sus impulsos internos sin la gran atracción que ellos provocan en él. La historia vital del sujeto-agente puede ser mirada como la resultante de un proceso interaccional entre antinomias de dominio-sumisión, dependencia-independencia, realidad-irrealidad, actividad-pasividad, sobrevaloración-infravaloración, culpa-megalomanía, eros-tanatos, etcétera.

La "normalidad" es la libertad que genera una integración óptima de los polos de dichas dimensiones. La "anormalidad" es la esclavitud resultante del dominio de un polo sobre otro. El diagnóstico de dichas dimensiones, de su grado de integración o escisión no puede hacerse con un modelo categorial. La actitud egocéntrica y omnipotente frente a la vida del yo narcisista, por decirlo de alguna manera, no lo podemos entender en su esencia,

como resultante de una causa que provocó este efecto, sino como la construcción de una historia en la cual esa interacción entre generosidad-egoísmo, deseo de interactuar dando y recibiendo versus retirada independiente, terminó con el predominio de un polo sobre el otro. Saurí enriquece estas reflexiones cuando señala: "Aquellos hechos que se revelaban como antagónicos y opuestos y que por esta misma razón eran dejados fuera de la unidad pasan a integrarse a ella. Sucede así que, como he de mostrar, la idea de alienación se integra en la de totalidad y la Psiquiatría puede ahora concebir la Locura como una manifestación misma de la vida y no como desnaturalización marginal".

Los psicólogos Carlos Zalaquett y Verónica Bagladi hacen una interesante descripción de las características que tienen las polaridades internas del sujeto y su posible abordaje terapéutico, en el trabajo "Partes, Polaridades y Dicotomías internas" (1986). A continuación resumiremos algunas de sus ideas. "Autores como Pearls (1976), Zinber (1979), Liberman (1976) y Yonteff y Simkin (1984), emplean en sus trabajos el concepto de polaridades. Dentro de la conceptualización de partes internas distintos autores han planteado que cada estado o parte de sí mismo, que constituye la personalidad de un individuo, supone la existencia o presencia implícita de su antítesis o cualidad polar, que permanece difusa en el fondo, dando relieve a la experiencia presente (figura y fondo), conservando la potencialidad necesaria para emerger como figura cuando cobre la fuerza suficiente (Perls, 1974, 1976; Stevens, 1974; Hillman, 1983; Jung, 1936)".

El desarrollo armónico y libre de conflictos es aquel que logra integrar dichas polaridades en una interacción que está al servicio del crecimiento y de la óptima funcionalidad yoica. Los conflictos, las neurosis y trastornos del yo, derivan de una defectiva integración, que Zalaquett-Bagladi llaman en este caso dicotomías internas. "Una dicotomía es una división al interior de una persona que lleva a que perciba sus partes internas como fuerzas independientes, opuestas, y que compiten entre sí. El funcionamiento dicotómico interfiere con el de regulación orgánica y, por lo mismo, con su crecimiento y desarrollo".

Definíamos al yo como la instancia piloto de la vivencia. Cualifica los elementos e instrumentos constitutivos del vivenciar y dirige este conjunto a través del tiempo con su capacidad de interactuar (dependencia-independencia), relacionarse (acercarse-alejarse) y vincularse (realidad-irrealidad).

La funcionalidad yoica depende del manejo de sí mismo y de la realidad, que haga a través de estas dimensiones. Si éstas no están integradas, o dicotomizadas en lenguaje de Zalaquett-Bagladi, el yo entra en conflicto.

Cada elemento de la polaridad representa un aspecto parcial de la persona, y el asumir solo ese extremo de la dimensión implica una lucha por aplacar el otro polo, una interrelación sesgada consigo mismo y el medio, y por ende desorientada respecto a lo que realmente se quiere conseguir. "Tomemos como ejemplo una persona que considera indispensable el ser ordenado: en tal situación, esta persona considera necesario el enterrar el lado desordenado, hundirlo en el fondo. Esto parece eficiente, ya que es práctico, rápido, simple y decisivo, sin embargo se trata de una eficiencia inmediata e incómoda: si bien algunos individuos parecen sacarse de encima la parte cuestionada, no es más que una pseudosolución o pseudoeficiencia que no durará más que el tiempo que tome la parte delegada en ocupar el primer plano. En este caso, el ignorar partes de sí mismo implica tenerse a raya a sí mismo y autoengañarse. Mientras más se intenta identificar con un polo, más se vivencia el otro. Si se debe ser fuerte y dominante en todas las situaciones, significa que se está siempre sintiendo la debilidad potencial y cuidándose de ella" (Zalaquett, Bagladi, 1986).

La mayor parte de los psicopatólogos tiene presente cuatro variables al evaluar la funcionalidad yoica de un sujeto. Estas son:

- a) Flexibilidad adaptativa
- b) Capacidad de romper círculos viciosos
- c) Fortaleza
- d) Estabilidad

a) *Flexibilidad adaptativa*: Consiste en la capacidad que tiene el yo de elaborar estrategias en su relación consigo mismo, con los demás, con sus metas y objetivos, y con las situaciones de conflicto, que sean versátiles dependiendo de la situación, y que respondan adecuadamente a lo vivido en ese momento. La rigidez adaptativa por el contrario es la aplicación de un patrón de conductas único, repetitivo y estereotipado, frente a situaciones distintas que requieran elaboraciones diversas y que por lo tanto conducen a un choque con la realidad que resulta destructivo para el sujeto.

b) *Capacidad de romper círculos viciosos*: Esta variable considera la capacidad que tiene el yo de tomar conciencia y modificar conductas, actitudes, reacciones, percepciones y estrategias, en relación a sí mismo y a los demás. Toda conducta neurótica aporta gratificaciones parciales que llevan a desear repetirla a pesar del conflicto que genera. Lo que se evalúa acá es la capacidad yoica de tomar conciencia y romper desde algún punto el círculo vicioso. Esta capacidad está muy ligada a lo que se ha llamado elaboración de insight. Por ejemplo: Una paciente señala que se siente muy bien cuando llama la atención de los demás a pesar de que esta conducta que tiende a realizar indiscriminadamente le trae conflictos. El círculo vicioso en este caso radica en que mientras más orienta su vida afectiva a llamar la atención de los demás, menos se relaciona consigo mismo y las cosas, con lo cual no obtiene la gratificación afectiva que esa alternativa depara, y por consiguiente persiste su ansia afectiva que no puede sino satisfacer con su único mecanismo conocido. La capacidad de romper este ciclo radica en el tomar conciencia de él y al mismo tiempo generar una actitud de cambio, ya sea buscando formas 'nuevas de gratificarse (sí mismo o las cosas), ya sea controlando y/o frustrando la gratificación parcial que conduce al conflicto.

Cuando esta capacidad es escasa o no existe, el sujeto perpetúa e intensifica sus dificultades ya que provoca reacciones en el medio ambiente que le confirman sus temores y lo llevan a acentuar su conducta parcialmente gratificante, agravando progresivamente sus conflictos. En el caso descrito el paciente se hace cada vez más demandante, hasta provocar el hastío en quienes lo rodean, situación que le provoca más necesidad afectiva, que para aplacarla recurre a actitudes cada vez más cargantes, generando así más rechazo. No es raro que desarrollen una profecía autocumplida. "De un nadie me quiere" inicialmente subjetivo, se transforma en una realidad; todos terminan rechazándolo por exigente y manejador.

c) *Fortaleza*: El yo está expuesto a situaciones difíciles, ya sea por las naturales etapas que debe atravesar en su proceso de maduración, o por frustraciones, pérdidas, amenazas, exigencias y agresiones provenientes del medio externo. La fortaleza yoica permite que el sujeto resista estos embates, sin desestructurarse de manera grave.

Un yo fuerte sufre una pérdida, se angustia transitoriamente frente a exigencias nuevas, se pone alerta y se defiende en medios agresivos, se entusiasma y se proyecta adecuadamente cuando se le ofrecen las posibilidades, y tolera un cierto grado de frustración si las cosas no resultan.

Un yo débil cae víctima de una depresión cuando pierde algo, frente a exigencias nuevas sufre de angustia paralizante, y si el medio que lo rodea es agresivo tiende a vivirlo como persecutorio y fuertemente destructivo. Cuando no se siente controlado ni exigido se

exalta con facilidad sin medir consecuencias, y las frustraciones a sus deseos las vive con mucha rabia.

d) *Estabilidad*: Es la capacidad de mantener relaciones consigo mismo, con los demás, con las cosas, y con sus proyectos vitales, con un sentimiento de conformidad, agrado y perseveración que si bien sufre ciertos altibajos, mantiene una continuidad, consistencia y sentido apreciables.

Un yo inestable cambia sus proyectos personales con suma facilidad, sus sentimientos hacia los demás son en extremo oscilantes, pasando del amor más excelso al odio recóndito. A sí mismo se trata con igual variabilidad; se siente la persona más fantástica, capaz y afortunada, o la más desgraciada, incapaz y desdichada. Esta inestabilidad lo hace proclive a contradicciones y conflictos auto y heterodestructivos.

Las cuatro variables de la funcionalidad yoica que hemos definido, se ven gravemente comprometidas en un yo dicotomizado y no integrado en sus polaridades.

La falta de integración y el predominio de un polo sobre el otro se traduce en conductas rígidas que atentan la flexibilidad adaptativa. Además se teme perder la gratificación que proviene de este polo y se evita reconocer la existencia del otro, creando círculos viciosos que se autoperpetúan y agravan. El yo pierde fortaleza, ya que cuando se ve exigido a usar aspectos del polo reprimido o escindido, se siente vulnerable ya que lo desconoce y no lo sabe manejar. Por último su estabilidad se ve amenazada ya que va a oscilar intensamente en relación a la posibilidad de satisfacer o frustrar su polo disociado. Por ejemplo: Un paciente dependiente, que no integra en esta dimensión la polaridad independencia, no podrá adaptarse a situaciones que requieran de él autonomía y determinación y su conducta dependiente rígida lo llevará a conflictos. Caerá en el círculo vicioso de gratificarse solo con aquellas conductas en las que se siente protegido y nutrido, y si la polarización es severa no será capaz de ver el conflicto derivado de dicho círculo vicioso, o en caso de reconocerlo, no será capaz de romperlo ya sea frustrando su tendencia a la dependencia o buscando alternativas que lo familiaricen y gratifiquen en la independencia. Se sentirá débil y vulnerable en ambientes donde tenga que tomar decisiones por su cuenta, se angustiara al estar solo y lo invadirá la rabia si se siente abandonado por quienes lo apoyan. Cuando logre mantener cerca a las personas de quienes depende se sentirá tranquilo, dichoso, querido y apreciado. Si éste se aleja, se sentirá ansioso, desdichado, marginado y despreciado.

Hasta acá nos hemos limitado a describir la composición dimensional del yo y la necesaria integración de sus polaridades para una óptima funcionalidad.

A estas alturas reiteramos la pregunta planteada también en otros capítulos: ¿Cuáles son los aportes al proceso psicoterapéutico, que esta aproximación dimensional implica?

La descripción de las áreas conflictivas, en este caso de las polaridades no integradas, o en palabras de Zalaquet, de las dicotomías yoicas, corresponden al nivel diagnóstico y su aporte al proceso psicoterapéutico es elemental y modesto. Permiten orientar al terapeuta en la estrategia de ayuda a seguir.

En relación a este punto consideramos que esta psicopatológica del yo fenomenológica descriptiva dimensional, al no ser interpretativa, permite la acción terapéutica de cualquier postura. Si hiciéramos una psicopatología del yo en términos de su configuración en relación al ello y al superyó, la única alternativa terapéutica será la psicoanalítica.

El análisis semiológico del yo en términos dimensionales hecha las bases para que sobre esta plataforma se elaboren diversas teorías e hipótesis cuyo objetivo central sea la integración de dichas polaridades escindidas.

Para el psicoanálisis esta escisión tiene sus orígenes en procesos inconscientes que

sólo pueden ser abordados a través de la interpretación y resolución transferencial, en condiciones de comunicación paciente-terapeuta que facilitan dicho trabajo Teoría y técnica que para el autor de este texto es la más convincente.

Para el conductista esta dicotomía tiene su origen en un aprendizaje en que ya sea por sobregratificación, o exceso de castigo de una de las polaridades el paciente desplazó, anuló o escindió la otra. El trabajo estará orientado a integrar ambos polos a través de refuerzos y castigos programados con el terapeuta.

Podríamos decir que prácticamente todas las técnicas psicoterapéuticas tienen como objetivo el integrar aspectos escindidos de las dimensiones constitutivas del yo, y por esto creemos que el entrenar al profesional de la Salud Mental en una primera etapa en el diagnóstico dimensional del yo, le facilita y le aclara las alternativas terapéuticas que tiene a su disposición, para en una segunda etapa aplicarse al tratamiento propiamente tal, con técnicas definidas, derivadas de las hipótesis que le resulten convincentes.

BIBLIOGRAFÍA

- ACEVEDO JORGE, *Hombre y Mundo*, Chile, Ed. Universitaria, 137 pp., 1984.
- ALONSO F., FRANCISCO, *Fundamentos de la Psiquiatría Actual*, España. Ed. Paz Montalvo, 1.680 pp., 1979.
- AMADO, G., *Fundamentos de la Psicopatología*, Barcelona, Ed. Gedisa, 267 pp.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Third Edition (DSMI III), Washington, D.C., 1980.
- ANDREOLI, VITTORINO, *La tercera vía de la psiquiatría*, México, Ed. F. de Cultura Económica, 240 pp., 1986.
- BACON, F., *Novum organum*, Madrid, Biblioteca Económica Filosófica, 1892. 210 pp.
- BENDER, M.B., *Disorders of Perception*, Charles C. Thomas, Spring, 1952.
- BERNARD P., TROUVE, *Semiología Psiquiátrica*, España, Ed. Toray-Masson, 243 pp., 1975.
- BERRÍOS, G.E., *Delirium and Confusion in the 19th Century: A conceptual history*, Brit. Psychiat. (1981), 139, 439-449.
- BETTA, JUAN C., *Manual de Psiquiatría*, Buenos Aires, Ed. Centro Editor Argentino, 710 pp., 1981.
- BINSWANGER, L., *Artículos y conferencias escogidas*, Madrid, Ed. Gredos. 513 pp., 1973.
- BLEULER, E., *Afectividad Sugestibilidad Paranoia*, España, Ed. Morata, 206 pp., 1969.
- BLEULER, EUGEN, *Tratado de Psiquiatría*, Madrid. Ed. Espasa-Calpe, 747 pp., 1971.
- BLEULER, E., *Demencia precoz, o el grupo de las Esquizofrenias*, Edit. Paidós. Buenos Aires, 1950.
- BUMKE, O., *Tratado de las Enfermedades Mentales*, Barcelona. Ed. F. Seix, 1917.
- CANGUILHEM, G., *Lo normal y lo Patológico*, México, Ed. Siglo Veintiuno, 232 pp., 1983.
- CASTILLA DEL PINO, C., *Introducción a la psiquiatría I. Problemas generales*. Psicopatología, Edit. Alianza Universidad, Madrid, 1980. 474 pp.
- CASTILLA DEL PINO, C., *Introducción a la Psiquiatría*, Madrid, Ed. Alianza, 417 pp., 1978.
- CONRAD *La Esquizofrenia Incipiente*, España, Ed. Alhambra, 196 pp.
- DEVEREAUX, G., *Essais d'ernopsiehiatrie générale*, Paris, 1973.
- CUZZOLARO, M., *Normalité e devianza*. Riv. di Psichiatria, 1977, 4, p. 230-239.
- DELAY, S., PICHOT, P., *Manual de Psicología*, Toray Masson S.A., Barcelona, 1979.
- DÓRR ZEGERS, OTTO, *Perspectivas Fenomenológicas de los trastornos de personalidad*, Revista de Psiquiatría III, 117-127 (1986).
- ELLENBERGER F., HENRI, *El descubrimiento del inconsciente*, Madrid, Ed. Gredos, 1000 pp., 1976.
- *Encyclopedie Médico-Chirurgicale*, Editions Teehniques S.A., Paris, 1981.
- ESCRIBAR W., ANA, *Crisis moral contemporánea, sus causas*, Chile, Ed. U. de Chile, Revista de Filosofía, Vol. XVIII, 47-61, 1979.

- EY HENRY, BERNARD P. y BRISSET, CH., *Tratado de Psiquiatría*, Barcelona, Ed. Toray Masson, 1068 pp., 1978.
- FEIGL, H. *Operationism and scientific method*. Psychol. Rev. 52: 250-259, 1945.
- FENICHEL, O., *Teoría psicoanalítica de las neurosis*, Buenos Aires, Ed. Paidos, 655 pp., 1982.
- FouCAULT, M., *Historia de la locura en la época clásica*, Edit. Fondo de Cultura Económica, México, 1967.
- FRANKL E., VIKTOR, *La presencia ignorada de Dios*, Barcelona, Ed. Herder, 117 pp., 1985.
- FRANKL E. VIKTOR *Psicoanálisis y existencialismo de la psicoterapia a la logoterapia*, México, Ed. F. de Cultura Económica, 349 pp., 1950.
- FRIGHI, L. *Ricerca etnopsichiatrica su alcuniriti di guarigione nel ghana*, Riv. Sper. Freniat., 1978, 102.
- FREEMAN, T., *On the psychopathology of Persecutory Delusionsi*, Brit. J. Psychiat. (1981), 139, 529-532.
- FREUD, SIGMUND, *Obras Completas*, Madrid, Ed. Biblioteca Nueva, Tomo 1-2-3, 1.167 pp., 1973.
- GASTAUT, H., *Epilepsias*, Buenos Aires, Ed. Universitaria, 131 pp., 1977.
- GESCHWIND, N., *Aphasia*, N. EngL J. Med., 284:654, 1971.
- GRADILLAS, V., *Psiquiatría de Urgencia*, España, Ed. Paz Montalvo, 210 pp., 1985.
- GRUPO DE TRABAJO METÓDICA Y DOCUMENTACIÓN EN PSIQUIATRÍA, 1969, *Escala A.M.P. Servicio de Psicofarmacología Clínica*, Hospital Psiquiátrico El Peral, Universidad de Chile, 1978.
- HARING, BEMHARD, *Ética de la manipulación*, Barcelona, Ed. Herder, 273 pp., 1985.
- HARTMANN, *La Psicología del yo y el problema de la adaptación*, Fondo de Cultura Económica, México, 1939.
- HOOK Y PoLATIN, *Pseudoneurotic Forms of Schizophrenia*, Psychiat., 23, 248-276, 1949.
- JASPERS, K., *Escritos Psicopatológicos*, Madrid, Ed. Gredos, 524 pp., 1977.
- JASPERS, K., *Psicopatología General*, Buenos Aires, Ed. Beta, 971 pp., 1980.
- JIMÉNEZ y GOMBEROFF, *Psiquiatría*, Chile, Ed. Medcom, 656 pp., 1982.
- JÖRG W., HANS, *Manual de Psiquiatría*, Madrid, Ed. Gredos, 710 pp., 1970.
- KAPLAN, FREEDMAN, SADOCK, *Comprehensive textbook of Psychiatry III*, U.S. of America, Ed. Williams & Wilkins, 1.091 pp., 1981. Volumen 1-2-3.
- KENBERG, OTro, *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*, Buenos Aires, Ed. Paidos, 301 pp., 1985.
- KENDELL, R.E. *Il ruolo della diagnosi in psichiatria*, 1977, Il Pensiero Scientifico, E. Roma.
- LACAN, J., *De la Psicosis Paranoica en sus Relaciones con la Personalidad*, Argentina, Ed. Siglo Veintiuno, 351 pp., 1985.
- LAPLANCHE, J., PONTALIS, J. B., *Diccionario de psicoanálisis*, Barcelona, Ed. Labor, 476 pp., 1983.
- LARRAÍN, C., MÉNDEZ, B. y PRUZZO, C., *Conceptualizaciones psicoanalíticas de las funciones yoicas*, Chile, Ed. U. Católica de Chile, 189 pp., 1986.

- LeBorr, J., CAPPONI, A., *Advances in Psychotherapy of the Borderline Patient*, New York, Ed. J. Aronson, 515 pp., 1979.
- LEFEBRE, H., *Lógica Formal-Lógica Dialéctica*, México, Ed. Siglo Veintiuno, 344 pp., 1982.
- LEHMANN, M.D. *Unusual Psychiatric Disorders, Atypical Psychoses, and Brief Reactive Psychoses Chapter 27*, Comprehensive textbook of Psychiatry 111, 1981.
- LEVI, A. *Il pensiero di F. Bacone considerato in relazione con la filosofia della natura del Rinascimento e col razionalismo cartesiano*, Roma, El Bulzoni, 1925.
- LHERMÉTICE, F., SIGNORET, J. L., *Analyse Psychophysique des Syndromes Amnésiques*, Evolution Psych., 39, 203-214, 1974.
- LIPOWSKY, Z., J., *Organic Brain Syndromes: A Reformulation*, Comprehensive Psychiatry, Vol. 19 # 4 (July/August), 1978.
- LOBOS, V., PATRICIO, HERMOSILLA, M., *Las Escalas Wechsler en la detección del daño cerebral: Los últimos diez años*, Chile, Ed. U. Católica de Chile, 116 pp., 1986.
- LÓPEZ, J.J., ALIÑO, IBOR, *El cuerpo y la Corporalidad*, Madrid. Ed. Gredos, 232 pp., 1974.
- LURIA, A.R., *El Cerebro en Acción*, Barcelona, "Ed. Fontanella, 342 pp., 1974.
- MAHLER MARGARET-KERNBERG, OTTO, *Y otros diez años de psicoanálisis en los Estados Unidos*. Madrid. Ed. A. Universitaria, 376 pp., 1983.
- MATTE BLANCO, IGNACIO, *L'inconscio come insieme infiniti*, Torino, Ed. Giulio Binaudi, 515 pp., 1981.
- MAYER, SLATER, ROTH, *Psiquiatría Clínica*. Buenos Aires, Ed. Paidós, 649 pp., 1974.
- MAYER-GROSS, SLATER, ROTH, *Psiquiatría Clínica*, Buenos Aires, Ed. Paidós, 490 pp., 1974.
- McHUGH R., PAUL, Slavney R.P. *Perspectivas de la Psiquiatría*. Barcelona, Ed. Masson, 162 pp., 1985.
- MERLEAU M., PONTY, *La fenomenología y las ciencias del Hombre*, Argentina, Ed. Nova, 109 pp., 1977.
- MILLON, T., *Disorders of Personality*, New York, Ed. John Wiley and Sons, 440 pp., 1981.
- MILLON, T., *Psicopatología y Personalidad*, México, Ed. Interamericana, 438 pp., 1974.
- MONEDERO, C., *Introducción a la Psicopatología*, España, Ed. Biblioteca Nueva, 195 pp., 1977.
- NARVARTE, CÁSTOR, *Problemas de Método y Teoría*, Chile, Ed. Edeh. 203 pp., 1981.
- NARVARTE, CÁSTOR, *Nihilismo y violencia*, Chile, Ed. Universitaria, 589 pp., 1981.
- NEMIAH, J. Anxiety state. Chapter 21. *Comprehensive textbook of Psychiatry* 111, 1981.
- OJEDA, CÉSAR, *La Corporalidad y las Perturbaciones Psíquicas*, Chile, Ed. U. Católica de Chile, 143 pp., 1983.
- OJEDA, C., *La esquizofrenia clásica*, E. Bleuler, E. Minkowsky, K. Schneider. Cuadernos Clínicos, Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Ediciones Nueva Universidad, 1981.
- PANCHERI, PAOLO, *Trattato di Medicina Psicosomática*, Firenze, Ed. USES., 1.786 pp., 1984.
- PAYKEL, E. S., *Psicopatología de los Trastornos Afectivos*, Madrid, Ed. Pirámide, 670 pp., 1985.

- PAZ, JOSÉ R., *Sus fundamentos dinámicos*, Buenos Aires, Ed. Nueva Visión, 279 pp., 1984.
- PEREYRA R., CARLOS, *Parafrenias*, Buenos Aires, Ed. Salerno, 117 pp., 1965.
- PEREYRA R., CARLOS, *Semiología y Psicopatología de los Procesos de la Esfera Intelectual*, Buenos Aires, Ed. Salerno, 341 pp., 1973.
- PICHON-RIVIERE, ENRIQUE, *Teoría del vínculo*, Buenos Aires, Ed. Nueva Visión, 126 pp., 1985.
- POINSO, Ives, GORI, R., *Diccionario Práctico de Psicopatología*, España, Ed. Herder, 317 pp., 1976.
- PÖLDINGER, WALTER, *Compendio de Psicofarmacoterapia*, Basilea, Ed. Roche, 159 pp., 1975.
- POPPER, K.R. y ECCLES, J.C., *El yo y su cerebro*, Suiza, Ed. Roche, 634 pp., 1980.
- PORTUONDO, A., JUAN, *Psicopatología en Psicología Clínica*, Madrid, Ed. Biblioteca Nueva, 347 pp., 1985.
- PURRIEL, PABLO, *Semiología del Sistema Nervioso*, Uruguay, Ed. Ofc. del Libro, 247 pp., 1976.
- RAPAPORT, D., *Test de Diagnóstico Psicológico*, Buenos Aires, Ed. Paidós, 323 pp., 1959.
- RAPAPORT, GILL., *Schaffer Diagnostic Psychological Testing*, Chicago, Year Book Publishers, 1945-1946, 2 Vol.
- REDA, GIAN C., *Trattato di Psichiatria*, Firenze, Ed. Scientifiche, 708 pp., 1982.
- RIVERA, Luis F., *Antropología Existencial*, Argentina, Ed. Guadalupe, 186 pp., 1983.
- ROA, ARMANDO, *Problemas Psicológicos y Clínicos de Enfermedades Mentales*, Chile, Ed. Nueva Universidad, 424 pp., 1973.
- ROA, ARMANDO, *Enfermedades Mentales*, Chile, Ed. Universitaria, 427 pp., 1980.
- ROA, A., *Psiquiatría*, Ed. Andrés Bello, Santiago 1981.
- ROF, CARBALLO, JUAN, *Biología y Psicoanálisis*, Bilbao, Ed. DDB., 579 pp., 1972.
- ROGERS, C. *On Becoming a Person*. Houghton Mifflin, Boston, 1961.
- SÁNCHEZ, A., BARRANCO-RUIZ, *Las Oligofrenias*, Suiza, Ed. Roche, 133 pp., 1980.
- SÁNCHEZ-BARRANCO, A., *Las Oligofrenias*, Ediciones Roche, Basilea, 1980.
- SAURÍ, JORGE, *Historia de las Ideas Psiquiátricas*, Buenos Aires, Ed. Carlos Cuhé, 443 pp., 1969.
- SCHARFEI'E, CH., *Introducción a la psicopatología general*, Madrid, Ed. Morata, 348 pp., 1979.
- SCHNEIDER, K., *Patopsicología Clínica*, Madrid, Ed. Paz Montalvo, 222 pp., 1975.
- SCIENTIFIC ROCHE, *Concise Encyclopaedia of psychiatry*, England, Ed. MTP Press Limited, 371 pp., 1982.
- SCADDING, J.T. *The semantics of medicinal diagnosis*, *Biomedical Computing*, 1972, 3, 83-90.
- SEGAL, HANNA, *Melanie Klein*, Madrid, Ed. Alianza ED., 193 pp., 1979.
- SHAPIRO, D., *Neurotic Styles*, Basic Books, Inc., Publishers. USA., 1965.
- SICHIROLLO, *Dialéctica*, Barcelona, Ed. Labor, 295 pp., 1976.

- SPITZER, RL., ENDICOTT, J. and ROBBINS, E. , *Research Diagnostic Criteria: Rational and Reliability*, Arch. Gen. Psychiatry, 35: 773, 1978 b.
- SPITZER, ROBERT L., SKODOL A., GIBBON M., WILLIAMS, JANET, B. W., *Case Book DSM American Psychiatric Association*, 1981.
- SUTHERLAND, J.M., TAIT, H., EADIE M.J., *Epilepsias Diagnóstico y Tratamiento*, México, Ed. M. Moderno, 157 pp., 1982.
- SWANSON-BOHNERT-SMITH, *El Mundo Paranoide*, Barcelona, Ed. Labor, 441 pp., 1974.
- THENON, JORGE, *Neurosis Juveniles*, Buenos Aires, Ed. La Pleyade, 126 pp., 1971.
- TORRETI, R. *Lecciones sobre el empirismo inglés*. Revista de Filosofía. Vol. IX, N° 3, Santiago, 1962.
- TRIMBLE, MICHAEL R., *Neuropsiquiatría*, México, Ed. Limusa, 348 pp., 1984.
- VALLEJO, J., BULBENA, A., GRAU, A., POCH, J., SERRALONGA, J., *Introducción a la psicopatología y psiquiatría*, Barcelona, Ed. Salvat, 872 pp., 1980.
- VIDAL-ALARCÓN, *Psiquiatría, Argentina*, Ed. Médica Panamericana, 734 pp., 1986.
- WEGROCKI, H.J. *A critique of cultural and statistical concepts of abnormality*. *Society and Culture*, 1953, Knopf, New York.
- WEIZBRECHT, H.J., *Manual de Psiquiatría*, Ed. Gredos, Madrid, 1970.
- WHERE, W., ROBERT, *El yo y la realidad en la teoría psicoanalítica*, Buenos Aires, Ed. Paidós, 190 pp., 1973.
- ZAZZO, RENÉ, *Los Débiles Mentales*, Barcelona, Ed. Fontanella, 490 pp., 1973.
- ZILBOORG, H., *Ambulatory Schizophrenias*. *Psychiatry*, 4, 149-155, 1941.
- ZILBOORG, G., *Historia de la Psicología Médica*, Ed. Psique, Buenos Aires, 1968.
- ZIZIEMSKY, DAVID, *Métodos de investigación en psicología y psicopatología*, Buenos Aires, Ed. Nueva Visión, 214 pp., 1985.