Sobre el concepto de lucidez

Daniel R. Martínez

Médico psiquiatra; Doctor de la Universidad de Buenos Aires,
Hospital Borda; Universidad del Salvador.
E-mail: drmartinez@intramed.net

Los conceptos de conciencia y lucidez en psiquiatría

Lo que habitualmente denominamos conciencia, o sea la capacidad que tiene un individuo de darse cuenta de sí mismo y de su entorno, ha generado innumerables controversias en la historia de la filosofía (1). Del mismo modo, el concepto ha tenido un sinuoso recorrido a lo largo de la tradición psiquiátrica (2, 3). Recién a partir de Griesinger, en el siglo XIX, se sientan las bases para fijar una noción psiquiátrica de conciencia con la suficiente aceptación en el desarrollo posterior de la disciplina. Griesinger considera la conciencia como un "espacio vacío" donde, a partir de las sensaciones, se producen representaciones de diferente vigor, precisión y claridad, que se relacionan de acuerdo con las leyes de la asociación de ideas (4). A partir de esta concepción, Krafft-Ebing elabora el concepto de "estado crepuscular" (5) y Kraepelin extiende el concepto de "*claridad" (Klarheit)* a la conciencia en su conjunto, en lugar de restringirlo a representaciones particulares como hacía Griesinger (6).

Resumen
El concepto de lucidez o claridad de conciencia ha tenido un significado estable durante más de cien años. Esta noción que surge con Kraepelin es la base de las teorías actuales sobre alteraciones de la conciencia. Sin embargo, han aparecido en Buenos Aires dos definiciones alternativas de lucidez (Portnoy, Marietán) que producen desconcierto debido a su solapamiento conceptual. En el presente trabajo se revisa la definición del concepto de lucidez en los principales tratados de la especialidad con el objeto de discutir ambas propuestas y se formula además una clasificación de los trastornos de conciencia que sigue el criterio canónico de lucidez.
Palabras clave: Lucidez - Claridad de conciencia - Conciencia - Sensorio - Trastornos de conciencia.

ON THE CONCEPT OF LUCIDITY

Abstract
Kraepelin's concept of clarity of awareness (lucidity) had a stable signification during more than hundred years. It is the basis of most of current theories of disturbed consciousness. However, two alternative definitions that arise in Buenos Aires produce confusion due to their conceptual overlap. We discuss these definitions and propose a classification of disorders of consciousness that rely on traditional point of view.
Key words: Lucidity - Clarity of awareness - Consciousness - Sensorium - Disorders of consciousness.

De acuerdo con Hamanaka, la concepción de Kraepelin será la base de la mayor parte de las teorías actuales sobre alteraciones de la conciencia en neuropsiquiatría (3). Por otra parte, esta noción será retomada en la *Psicopatología General* de Karl Jaspers, quien, a su vez, hará un análisis minucioso de la actividad conciente en su conjunto (7, 8).

Jaspers define la conciencia de dos formas diferentes. En primer lugar, enumerando sus significados fundamentales, distingue el carácter subjetivo de la experiencia, la intencionalidad o referencia al objeto y, por último, la autoconciencia. En segundo lugar, adopta su famosa definición sobre el estado de conciencia como la totalidad de la vida psíquica momentánea, es decir, lo define como el conjunto de los fenómenos psíquicos (los contenidos de la conciencia) en el aquí y ahora (9). Jaspers utiliza la conocida analogía del teatro para ilustrar este concepto[1]: la conciencia sería como un escenario en el que se mueven los fenómenos psíquicos particulares.

Ahora bien, el acto conciente requiere que los fenómenos psíquicos tengan una claridad adecuada y esta claridad se denomina lucidez. En palabras de Jaspers se llama "*lucidez al estado de conciencia en que los contenidos, en ausencia de un afecto intenso, poseen la claridad y la pureza medias, en que el curso de la vida psíquica es ordenada y dependiente de representaciones de fines*" (9). La lucidez se refiere entonces a la claridad de los contenidos de la conciencia independientemente de que estos tengan un referente real o imaginario. Como signos objetivos de lucidez menciona la orientación, la capacidad de reflexionar sobre los problemas y la de percatarse de algo.

Para que no queden dudas sobre este concepto de lucidez, Jaspers agrega de manera contundente: "*Si el estado total de la vida psíquica en los individuos está en líneas generales intacto -individuos que por lo demás pueden presentar las perturbaciones psíquicas más graves: ideas delirantes, alucinaciones, transformación de su personalidad- solemos decir: el enfermo está lúcido*" (9). Podemos añadir, como señala Scharfetter, que "*la lucidez[2] está íntimamente vinculada al grado de vigilancia. Tan sólo un sujeto despierto dispone de funciones claramente perceptivas, cognitivas, intelectuales y mnésicas*" (10).

Esta concepción de lucidez forma parte de la raigambre psiquiátrica europea (11-17), cuya influencia ha sido notoria en nuestro país (ver p. ej., 18-21). A modo de ilustración podemos citar el apartado que dedica Bleuler al concepto de lucidez en su *Tratado de Psiquiatría* (11):

"*... En los estados lúcidos no existe alteración alguna de la conciencia y la capacidad de orientación es buena. Un melancólico inhibido es capaz de pensar y de orientarse normalmente: se dice de él, por lo tanto, que está lúcido. La mayoría de los estados crónicos de esquizofrenia, aun cuando los enfermos obren en ocasiones del modo más absurdo, no carecen de lucidez, pues en tales casos la función de pensar se realiza en su mayor parte correctamente, la capacidad de orientación es buena y se halla conservada la capacidad de poder entenderse acerca de ciertos asuntos con el paciente...*"

Una noción similar de lucidez vamos a encontrar también en la bibliografía latinoamericana (22, 23) y de los EEUU (24, 25), aunque en este país el término *lucidity* se utiliza con poca frecuencia y son más comunes las expresiones "*conciencia clara*" o "*claridad de conciencia*", que tienen un sentido equivalente[3].

Las definiciones alternativas de lucidez

A pesar de esta larga tradición, han surgido en Buenos Aires dos definiciones alternativas y discordantes de lucidez, que han tenido cierta difusión en el medio -sobre todo una de ellas- y que a nuestro juicio han contribuido a generar confusión y a desvirtuar un concepto arraigado en el conocimiento de la especialidad. Si bien estas definiciones fueron introducidas por prestigiosos psiquiatras, consideramos que no tienen la independencia lógica suficiente como para suplantar una definición bien establecida como la expuesta anteriormente.

La primera de las definiciones alternativas que vamos a analizar, la más difundida, es la de Portnoy, quien sostiene lo siguiente (28): "Se llama lucidez mental al Estado de la Conciencia capaz de lograr la máxima concentración intencional normal de su actividad ordenada; haciendo que sus contenidos posean claridad nitidez y distinción. Una persona tiene la conciencia lúcida cuando tiene TODAS sus funciones psíquicas normales, lo que lleva a una correcta orientación auto y alopsíquica" (las mayúsculas son del autor). Más adelante agrega: "No concebimos ninguna psicosis con lucidez mental".

Podríamos decir que la definición de la primera parte del texto concuerda con el concepto de lucidez que venimos presentando hasta ahora. Sin embargo, al leer la tesis de la segunda oración, uno debe concluir necesariamente que *todas* las enfermedades psiquiátricas, y no sólo las psicosis, conllevan un trastorno de la lucidez. Para este autor, en consecuencia, no existe ninguna patología con conciencia lúcida. Esto es así porque quien tiene *todas sus funciones psíquicas normales* es, ni más ni menos, una persona normal. En resumen, de esta definición se desprende que lucidez es sinónimo de normalidad.

Si bien las definiciones científicas suelen ser estipulativas, es decir, no son verdaderas ni falsas en sí mismas, sino que deben guardar coherencia con el resto de las definiciones que forman parte de un determinado entramado teórico, en este caso, no vemos justificación alguna para la utilización del término en el sentido que se le está dando. ¿Cuál sería el aporte? ¿Por qué razón deberíamos cambiar el sistema conceptual vigente en la psiquiatría para introducir esta nueva definición? ¿Para qué intercambiar gratuitamente dos términos bien diferenciados como los de lucidez y normalidad? Por último,

---

[1] Retoma la idea de "*espacio vacío*" de Griesinger, la que -a su vez- remite a la noción de *theatrum internum* de Hume (3).

[2] Scharfetter utiliza *Bewusstseinsklarheit* o *Luzidität* para referirse a la claridad de la conciencia, a diferencia de otros autores de habla alemana, que usan el término *Besonnenheit*. Esta última palabra la usa Scharfetter en el sentido de *Besinnung* o conciencia reflexiva (*Störring*).

[3] *Besonnenheit* ha sido traducido del alemán al inglés como *sensible state* en el caso de la *Psicopatología General* de Jaspers (26) y como *clear mindedness* en el *Tratado de Psiquiatría* de Bleuler (27).

y en relación con la parte final de la definición, todos los psiquiatras sabemos perfectamente que no hace falta ser normal para estar bien orientado.

La segunda definición alternativa es la de Marietán. Tenemos que mencionar aquí la definición de conciencia que introduce este autor antes de referirse a la lucidez. Para Marietán conciencia es la armonía de los sistemas neurofisiológicos responsables del ciclo sueño-vigilia que posibilita la activación de los rendimientos mentales[4] (29). Esta definición presenta algunos problemas, ya que conciencia aparece aquí como sinónimo de buen funcionamiento neural, con lo cual se pierde la noción misma de conciencia. Probablemente este cortocircuito pueda solucionarse si incorporamos el concepto de proceso, de manera tal, que podríamos apelar al argumento de la identidad psicofísica para afirmar que la conciencia es el proceso neural que posibilita la activación de los rendimientos mentales.

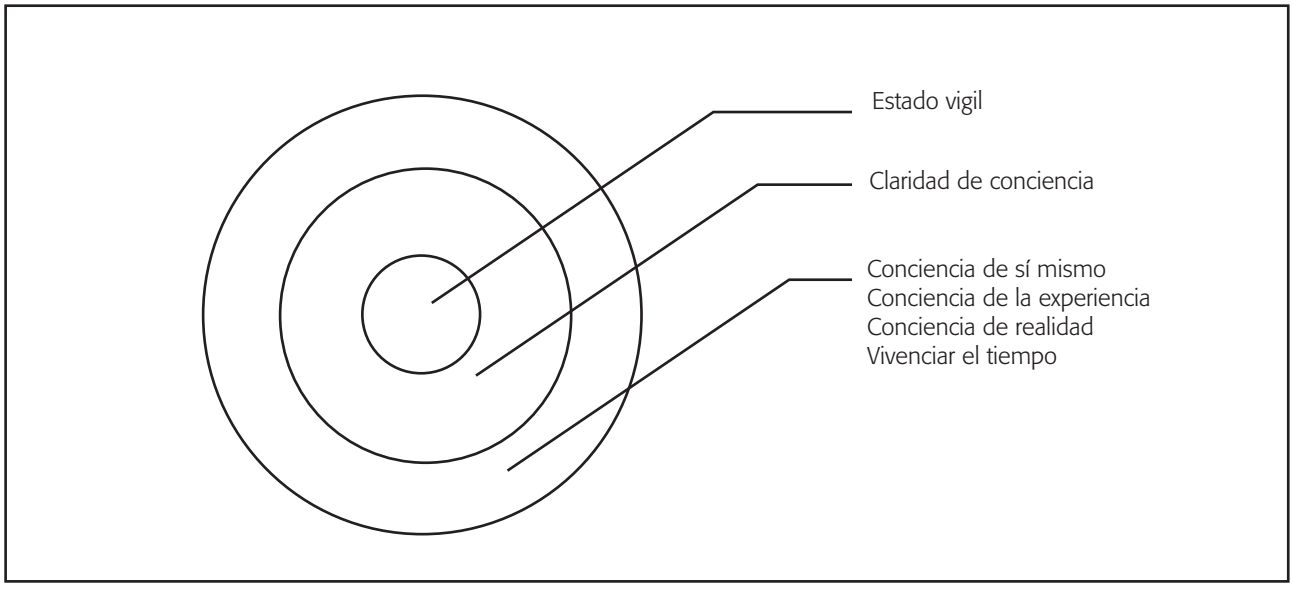
De todas formas, si tenemos esta concepción de conciencia como activación, no corresponde que la lucidez se defina como el "*autoconocimiento del rendimiento pleno de las funciones mentales*" como ocurre en el párrafo siguiente. ¿Qué significa el autoconocimiento del rendimiento pleno de las funciones mentales? ¿Que tenemos conocimiento de que nuestras funciones mentales rinden al máximo o normalmente? ¿Y si alguna de esas funciones mentales no llegara al rendimiento pleno, dejaríamos de ser lúcidos a pesar de nuestro autoconocimiento? En principio, pareciera ser que lucidez aquí es sinónimo de autoconciencia o al menos de algún tipo de autoconciencia. Dicho sea de paso, la autoconciencia es algo mucho más complejo que la activación. A este intercambio conceptual le caben los mismos comentarios que al esgrimido anteriormente por Portnoy: ¿Qué beneficios obtiene la comunidad científica si llama lucidez a la autoconciencia, dos conceptos bien establecidos en la tradición psiquiátrica y claramente disímiles?

Asimismo, resulta inconsistente la diferencia que introduce el autor entre "*alteraciones de la conciencia*" (que involucran al sustrato neurofisiológico del sistema sueño-vigilia) y "*alteraciones de la lucidez*" (cuadros con una sintomatología semejante pero debidos a disarmonías psíquicas con indemnidad del sistema neural). En esta división, la lucidez pierde su condición de atributo de la conciencia, ya que ambos conceptos se sitúan en un mismo nivel categorial. Por otra parte, si la esquizofrenia es un ejemplo de alteración de la lucidez, como dice el autor, no queda claro cuáles serían los síntomas propios de esa enfermedad que se asemejarían a los que se producen por una perturbación del sistema sueño-vigilia (los síndromes confusionales que pueden producirse en la esquizofrenia no constituyen el eje diagnóstico de la enfermedad, son verdaderas alteraciones de la conciencia con perturbación de la lucidez). Más aún, no se especifica en absoluto qué "*sintomatología semejante*" a la de las alteraciones de la conciencia presentan esos cuadros que se deben a "*disarmonía de los rendimientos psíquicos*" ni tampoco se aclara por qué en esos casos no estaría afectado el sustrato neurofisiológico responsable de la producción de los síntomas.

Los tipos de conciencia

A nuestro juicio, uno de los factores que pueden influir en la falta de compresión del concepto de lucidez en psiquiatría es la concepción unitaria que se tiene de la conciencia (30). Scharfetter diferencia desde el punto de vista psicopatológico varios sectores en su funcionamiento (ver Figura 1). Los sectores internos del círculo son premisas de los externos: sin vigilancia no existe claridad de conciencia

Figura 1. Los sectores de la conciencia según Scharfetter.



[4] Op. cit. pág. 183: "*Denominamos a la armonía de dicho funcionamiento neurofisiológico* [del ciclo sueño-vigilia] 'conciencia'".

y sin ésta no hay clara conciencia acerca de sí mismo, etc. La alteración de los sectores internos -estrechamente vinculados con la lucidez- son las alteraciones de la conciencia por antonomasia. En efecto, en los tratados de psiquiatría se incluyen en este capítulo tanto los trastornos cuantitativos como la obnubilación, el sopor y el coma, como los considerados trastornos cualitativos -aunque siempre acompañados de alteraciones cuantitativas- como la confusión, los estados crepusculares y el onirismo. Si revisamos el Glosario de Psiquiatría y Psicología de Sadock comprobaremos que conciencia y sensorio se usan a veces como sinónimos (31). En estos casos, alteraciones de la conciencia y alteraciones del sensorio son conceptos intercambiables.

¿Qué pasa entonces con los sectores externos del círculo de Scharfetter? ¿Sus alteraciones -que, valga la aclaración, no implican perturbaciones de la lucidez- no se consideran trastornos de la conciencia? Como dijimos anteriormente, no se los considera como tales porque las alteraciones de la conciencia son por definición aquellas mencionadas más arriba. Los trastornos de la forma superior de conciencia, como son, por ejemplo, los trastornos del yo, suelen ser clasificados de manera independiente en la semiología europea, por fuera de los trastornos globales de la conciencia básica.

Habíamos dicho anteriormente que no había que considerar la conciencia como algo unitario: la conciencia tiene grados y jerarquías. Damasio, por ejemplo, diferencia la conciencia central de la conciencia ampliada (32); Edelman, la conciencia primaria de la conciencia de orden superior (33). Otros autores (p. ej., Farthing) hablan de conciencia primaria y conciencia reflexiva desde una perspectiva psicológica (34). La conciencia central o primaria es la más antigua desde el punto de vista filo y ontogenético, y su función es más elemental que la de la conciencia ampliada o superior. Mientras la conciencia central consiste en la experiencia directa de objetos y eventos en el aquí y ahora; la conciencia ampliada -que presupone la existencia de la anterior- reside en un desarrollado sentido de identidad y de temporalidad (se constituye el "ser autobiográfico"). Desde el punto de vista anatómico, la conciencia central depende básicamente del tronco cerebral y de la corteza posteromedial, mientras la conciencia ampliada requiere del funcionamiento de amplios sectores del cerebro. Como en el ejemplo de los círculos de Scharfetter (aunque no son equivalentes), los déficits en la conciencia central comprometen a la conciencia ampliada porque ésta depende de la primera. Por su parte, los daños en la conciencia ampliada son compatibles con la preservación de la conciencia central. La conciencia central o primaria compromete todos los aspectos de la actividad mental. La vigilia, la producción de imágenes y la atención permiten el funcionamiento de esta conciencia básica. La memoria, el lenguaje y el razonamiento operan en la conciencia ampliada, la cual surge en la medida en que se van conformando los recuerdos autobiográficos. De esta forma, se constituye la autoconciencia con sus cualidades noética (conocimiento simbólico), autonoética (conciencia de uno mismo en el tiempo) y cronestésica (conciencia del tiempo subjetivo) (35, 36).

Los trastornos de la conciencia central que describe Damasio incluyen los automatismos epilépticos, el estado vegetativo persistente y el coma, entre otros. Como vemos, se trata de trastornos de la conciencia descritos habitualmente en las clasificaciones psiquiátricas. Algunos trastornos de la conciencia ampliada mencionados por este autor son la amnesia global transitoria y la anosognosia. Nosotros deberíamos incluir en este apartado a los trastornos del yo, ya que son alteraciones de la autoconciencia.

Para ilustrar estas disquisiciones, presentamos una propuesta de clasificación de los trastornos de la conciencia que, por un lado, respeta la tradición psiquiátrica y, por otro, incorpora la división jerárquica mencionada más arriba. En primer lugar, estos trastornos pueden ser divididos en globales y parciales. Las alteraciones globales de la conciencia afectan a la conciencia primaria y, por lo tanto, comprometen a la conciencia superior, de ahí su denominación. Comprenden todas las patologías consideradas como trastornos de la conciencia por antonomasia (tanto las alteraciones cuantitativas como las cualitativas), las que cursan con pérdida de la lucidez en su inmensa mayoría. El otro extremo de la división lo constituyen las alteraciones parciales de la conciencia, que son las que afectan a la conciencia superior y, en consecuencia, no comprometen a la forma más elemental de conciencia. Por esta razón, a estos trastornos los denominamos parciales. Aquí incluimos a los trastornos del yo, que son perturbaciones que conservan la lucidez. Cabe aclarar que esta división es puramente ilustrativa y el lector interesado deberá consultar otras clasificaciones para tener un panorama más completo de la taxonomía de estos trastornos (véanse p. ej. Gastó (37) y los manuales de la especialidad ya citados).

Conclusiones

El concepto de lucidez en psiquiatría ha tenido un significado estable durante más de 100 años. La lucidez como término técnico se refiere a la claridad y nitidez de los contenidos de la conciencia. Las definiciones alternativas que hemos discutido, que asimilan la lucidez a la normalidad o a la autoconciencia, carecen de autonomía lógica como para suplantar a la utilizada habitualmente. Pareciera que estas concepciones están impregnadas de la influencia del lenguaje cotidiano con su inevitable polisemia. Creemos que la separación de los diferentes tipos de conciencia y sus trastornos relacionados puede contribuir a una mejor comprensión del problema que nos ocupa. Obviamente, la discusión sobre un tema tan complejo no puede limitarse a unas pocas páginas. La propia definición de conciencia es en sí misma problemática y suscita en la actualidad la producción de numerosos estudios de las distintas disciplinas que se ocupan del tema. Esperamos que esta discusión pueda contribuir a clarificar el significado de un término clave, cuya extensión se ha visto modificada a partir de definiciones endebles ■

Referencias bibliográficas

1. Seager W. A Brief history of the philosophical problem of consciousness. In: Zelazo PD, Moscovitch M, Thompson E. The cambridge handbook of consciousness. Cambridge: Cambridge University Press; 2007.
2. Berrios GE. The history of mental symptoms. Cambridge: Cambridge University Press; 1996.
3. Hamanaka T. The concept of consciousness in the history of psychiatry. *Hist Psychiatry* 1997; 8: 361-373.
4. Griesinger W. Patología y terapéutica de las enfermedades mentales. Buenos Aires: Polemos; 1997.
5. Krafft-Ebing R. Lehrbuch der psychiatrie. Stuttgart: Enke; 1879.
6. Kraepelin E. Psychiatrie. Leipzig; Abel; 1887.
7. Stanghellini G, Fuchs T. One century of Karl Jaspers' General Psychopathology. Oxford: Oxford University Press; 2013.
8. Parnas J, Sass LA, Zahavi D. Rediscovering psychopathology: the epistemology and phenomenology of the psychiatric object. *Schizophr Bull* 2013; 39: 270-277.
9. Jaspers K. Psicopatología general. Buenos Aires: Beta; 1967.
10. Scharfetter C. Allgemeine psychopathologie. Eine Einführung. Stuttgart: Thieme; 2010. (Ed. española: Introducción a la Psicopatología General. Madrid: Morata; 1979).
11. Bleuler E. Tratado de psiquiatría. Madrid: Espasa-Calpe; 1967. p. 44.
12. Störring GE. Trastornos de la conciencia. En: Reichardt M. Psiquiatría general y especial. Madrid: Gredos; 1958.
13. Mayer-Gross W, Slater E, Roth M. Psiquiatría clínica. Buenos Aires: Paidós; 1958.
14. Weitbrecht HJ. Manual de psiquiatría. Madrid: Gredos; 1969.
15. Alonso Fernández F. Fundamentos de la psiquiatría actual. Madrid: Paz Montalvo; 1979.
16. Ey H, Bernard P, Brisset C. Tratado de psiquiatría. Barcelona: Toray-Masson; 1980.
17. Huber G. Psychiatrie. Stuttgart: Schattauer; 1987.
18. Pereyra C. Semiología y psicopatología de los procesos de la esfera intelectual. Buenos Aires: Salerno; 1973.
19. Betta JC. Manual de psiquiatría. Buenos Aires: CEA; 1985.
20. Cabello VP. Psiquiatría forense en el derecho penal. Buenos Aires: Hammurabi; 2005.
21. Suárez Richards M. Introducción a la psiquiatría. Buenos Aires: Polemos; 2006.
22. Capponi R. Psicopatología y semiología psiquiátrica. Santiago de Chile: Ed. Universitaria; 2011.
23. Gómez Restrepo C, Hernández Bayona G, Rojas Urrego A, Santacruz Olea H, Uribe Restrepo M. Psiquiatría clínica. Bogotá: Panamericana; 2006.
24. Sadock BJ, Sadock VA. Synopsis of psychiatry. Philadelphia: LWW; 2007.
25. Black TN, Andreasen, NC. Introductory textbook of psychiatry. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2011.
26. Jaspers K. General psychopathology (Traducción al inglés de Hoenig J, Hamilton WM). Chicago: University of Chicago Press; 1963.
27. Bleuler E. Textbook of psychiatry (Traducción al inglés de Brill A). New York: Macmillan; 1934.
28. Portnoy M. La conciencia. Buenos Aires: Salerno; 1993. p. 231
29. Marietán H. Curso de semiología psiquiátrica. Buenos Aires: Ananké; 2005.
30. Morin A. Levels of consciousness and self-awareness: a comparison and integration of various views. *Conscious Cogn* 2006; 15: 358-371.
31. Sadock BJ, Sadock VA. Sadock's comprehensive glossary of psychiatry and psychology. New York: Sadock Titles Press; 2012.
32. Damasio A. The feeling of what happens. Body and emotion in the making of consciousness. New York: Harcourt Brace; 1999.
33. Edelman GL, Tononi G. A universe of consciousness. New York: Basic Books; 2000.
34. Farthing GW. The psychology of consciousness. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1992.
35. Tulving E. Memory and Consciousness. *Can Psychol* 1985; 26: 1-12.
36. Tulving E. Chronesthesia: conscious awareness of subjective time. In: Stuss DT, Knight RT. Principles of frontal lobe function. Oxford - New York: Oxford University Press; 2002.
37. Gastó C. Psicopatología de la atención, orientación y conciencia. En: Luque R, Villagrán JM. Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias. Madrid: Trotta; 2000.