

V **ERTEX**
REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA
85



DELIRIOS

*Casarotti / Conti / Daray / Mahieu / Pérez Roldán
Rebok / Solimano / Wintrebert*

Revista de Experiencias Clínicas y Neurociencias / Dossier / El Rescate y la Memoria / Confrontaciones / Señales

Volumen XX - N° 85 Mayo - Junio 2009 - ISSN 0327-6139

Director:
Juan Carlos Stagnaro
Director Asociado para Europa:
Dominique Wintrebert

Comité Científico

ARGENTINA: F. Alvarez, S. Bermann, M. Cetcovich Bakmas, I. Berenstein, R. H. Etchegoyen, O. Gershanik, A. Goldchluk, M. A. Matterazzi, A. Monchablon Espinoza, R. Montenegro, J. Nazar, E. Olivera, J. Pellegrini, D. J. Rapela, L. Ricón, S. L. Rojtenberg, D. Rabinovich, E. Rodríguez Echandía, L. Salvarezza, C. Solomonoff, M. Suárez Richards, E. Toro Martínez, I. Vegh, H. Vezzetti, L. M. Zieher, P. Zöpke. **AUSTRIA:** P. Berner. **BÉLGICA:** J. Mendlewicz. **BRASIL:** J. Forbes, J. Mari. **CANADÁ:** B. Dubrovsky. **CHILE:** A. Heerlein, F. Lolas Stepke. **EE.UU.:** R. Alarcón, O. Kernberg, R. A. Muñoz, L. F. Ramírez. **ESPAÑA:** V. Barembliit, H. Pelegrina Cetrán. **FRANCIA:** J. Bergeret, F. Caroli, H. Lôo, P. Nöel, J. Postel, S. Resnik, B. Samuel-Lajeunesse, T. Tremine, E. Zarifian. **ITALIA:** F. Rotelli, J. Pérez. **PERÚ:** M. Hernández. **SUECIA:** L. Jacobsson. **URUGUAY:** A. Lista, E. Probst.

Comité Editorial

Martín Agrest, Norberto Aldo Conti, Pablo Gabay, Claudio González, Gabriela Silvia Jufe, Eduardo Leiderman, Santiago Levin, Daniel Matusevich, Alexis Mussa, Martín Nemirovsky, Federico Rebok, Esteban Toro Martínez, Fabián Triskier, Ernesto Wahlberg, Silvia Wikinski.

Corresponsales

CAPITAL FEDERAL Y PCIA. DE BUENOS AIRES: S. B. Carpintero (Hosp. C.T. García); N. Conti (Hosp. J.T. Borda); V. Dubrovsky (Hosp. T. Alvear); R. Epstein (AP de BA); J. Faccioli (Hosp. Italiano); A. Giménez (A.P.A.); N. Koldobsky (La Plata); A. Mantero (Hosp. Francés); E. Mata (Bahía Blanca); D. Millas (Hosp. T. Alvarez); L. Millas (Hosp. Rivadavia); G. Onofrio (Asoc. Esc. Arg. de Psicot. para Grad.); J. M. Paz (Hosp. Zubizarreta); M. Podruzny (Mar del Plata); H. Reggiani (Hosp. B. Moyano); S. Sarubi (Hosp. P. de Elizalde); N. Stepansky (Hosp. R. Gutiérrez); E. Diamanti (Hosp. Español); J. Zirulnik (Hosp. J. Fernández). **CÓRDOBA:** C. Curtó, J. L. Fitó, A. Sassatelli. **CHUBUT:** J. L. Tuñón. **ENTRE RÍOS:** J. H. Garcilaso. **JUJUY:** C. Rey Campero; M. Sánchez. **LA PAMPA:** C. Lisofsky. **MENDOZA:** B. Gutiérrez; J. J. Herrera; F. Linares; O. Voloschin. **NEUQUÉN:** E. Stein. **RÍO NEGRO:** D. Jerez. **SALTA:** J. M. Moltrasio. **SAN JUAN:** M. T. Aciar. **SAN LUIS:** J. Portela. **SANTA FE:** M. T. Colovini; J. C. Liotta. **SANTIAGO DEL ESTERO:** R. Costilla. **TUCUMÁN:** A. Fiorio.

Corresponsales en el Exterior

ALEMANIA Y AUSTRIA: A. Woitzuck. **AMÉRICA CENTRAL:** D. Herrera Salinas. **CHILE:** A. San Martín. **CUBA:** L. Artilles Visbal. **ESCOCIA:** I. McIntosh. **ESPAÑA:** A. Berenstein; M. A. Díaz. **EE.UU.:** G. de Erasquin; R. Hidalgo; P. Pizarro; D. Mirsky; C. Toppelberg (Boston); A. Yaryura Tobías (Nueva York). **FRANCIA:** D. Kamienny. **INGLATERRA:** C. Bronstein. **ITALIA:** M. Soboleosky. **ISRAEL:** L. Mauas. **MÉXICO:** M. Krassoievitch; S. Villaseñor Bayardo. **PARAGUAY:** J. A. Arias. **SUECIA:** U. Penayo. **SUIZA:** N. Feldman. **URUGUAY:** M. Viñar. **VENEZUELA:** J. Villasmil.

Objetivo de VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría

El objetivo de la revista VERTEX es difundir los conocimientos actuales en el área de Salud Mental y promover el intercambio y la reflexión acerca de la manera en que dichos conocimientos modifican el corpus teórico en que se basa la práctica clínica de los profesionales de dicho conjunto disciplinario.

Reg. Nacional de la Prop. Intelectual: Nro. 207187 - ISSN 0327-6139

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XX Nro. 84 MARZO-ABRIL 2009

Todos los derechos reservados. © Copyright by VERTEX

* **Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, es una publicación de Polemos, Sociedad Anónima.**

Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio, sin previo consentimiento de su Editor Responsable. Los artículos firmados y las opiniones vertidas en entrevistas no representan necesariamente la opinión de la revista y son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

Informes y correspondencia:
VERTEX, Moreno 1785, piso 5
(1093), Buenos Aires, Argentina
Tel./Fax: 54(11)4383-5291 - 54(11)4382-4181
E-mail: editorial@polemos.com.ar
www.editorialpolemos.com.ar

En Europa: Correspondencia
Informes y Suscripciones
Dominique Wintrebert, 63, Bv. de Picpus,
(75012) París, Francia. Tel.: (33-1) 43.43.82.22
Fax.: (33-1) 43.43.24.64
E.mail: wintreb@easynet.fr

Diseño
Marisa G. Henry
marisaghenry@gmail.com

Impreso en:
Sol Print. Arazo de Lamadrid 1920. Buenos Aires

SUMARIO

REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

• Validación de la escala breve de síntomas del BITE para el tamizaje de Bulimia Nerviosa en estudiantes universitarios

Germán Rueda-Jaimes, Paul Camacho López, Andrés M. Rangel-Martínez-Villalba

pág. 165

• Dos errores basales en la función clasificatoria y clínica del DSM-IV respecto del diagnóstico diferencial entre Trastorno Autista y Trastorno de Asperger

Joaquín E. Areta

pág. 174

VERTEX

Revista Argentina de
Psiquiatría

Aparición
Bimestral

Indizada en el
acopio bibliográfico
"Literatura
Latinoamericana en
Ciencias de la
Salud" (LILACS), SCIELO y
MEDLINE.

Para consultar
listado completo
de números anteriores:
www.editorialpolemos.com.ar

DOSSIER

DELIRIOS

• Psicosis Delirantes Crónicas

Norberto Aldo Conti

pág. 187

• La Alucinación: Déficit de Percepción

Humberto Casarotti

pág. 200

• Las diez clasificaciones de Kraepelin

Eduardo Luis Mahieu

pág. 206

• Acerca del delirio hipocondríaco en las Parafrenias: una revisión historiográfica y clínica

Federico Rebok, María L. Pérez Roldán, Federico Daray

pág. 213

• Hipocondría, entre creencia y certitud

Dominique Wintrebert

pág. 221

• Clínica y psicoterapia de las Psicosis

Alberto Luis Solimano

pág. 228

EL RESCATE Y LA MEMORIA

• Diferencias entre la estética surrealista y la producción estética psicopatológica

Henri Ey

pág. 237

Ilustración de tapa
Ingrid Montagna
"Cielo de barriletes"
100 cm x 100 cm
Acrílico sobre tela
2007

E-mail: ingridmontagna@ciudad.com.ar

EDITORIAL

L

a salud mental tanto a nivel individual como poblacional está ligada a múltiples factores vinculados a condiciones biológicas, psicológicas y sociales que se combinan de manera compleja e integral en la persona humana.

En el mundo actual la formación de la conciencia, en el sentido más amplio del término, está sujeta, más que nunca en la historia, a la información que recibimos constantemente a través de los medios de comunicación de masas. Ésta es, antes que nada, producción masiva de comunicación que tiene la capacidad de seleccionar y publicar, de dar a conocer, los aspectos de la realidad más convenientes para los intereses de quienes las producen y financian. Unos pocos tienen así la capacidad de definir la realidad para los muchos y de producir las informaciones que orientan a la mayoría de los ciudadanos en el conocimiento y la comprensión de su entorno, la sociedad en la que viven, su escala de valores, así como la articulación y expresión de sus necesidades y opciones. De esa manera, los medios pueden dirigir efectivamente la percepción de la realidad sobre la que se moldea cada opinión. Allí radica tal vez su efecto más importante: establecer el orden del día para todos, organizando el espacio de lo público, los temas en qué pensar. En suma, los medios establecen los límites del discurso y de la comprensión del público legitimando ciertos puntos de vista y deslegitimando otros. El resultado es un pensamiento único, uniforme, acrítico que conduce a una conciencia indiferenciada, una falsa conciencia.

La conciencia indiferenciada se corresponde con una vida emocional estereotipada. El pensamiento indiferenciado crea una conciencia conformista lo cual significa dejar en manos ajenas la solución de los problemas propios. Ahí radica el peligro de entregar las riendas de los asuntos personales en manos de especialistas del cientificismo reduccionista vulgarizado. El hombre común, perdido en la masa, es bombardeado por los multimedia varias horas por día con estímulos en los que la imagen sustituye a la información, el pensamiento indiviso a la reflexión y el mito que rodea el poder al pensamiento crítico. Donde impera el mito, el culto ocupa el centro de la atención, desde el culto de la personalidad hasta el culto ya canónico de la TV. Ese pensamiento mágico, acrítico, indiferenciado, único, está en las antípodas de la inteligencia y del espíritu crítico. Cuanto más corta y estereotipada sea la comunicación, tanto mayor será la violencia simbólica y el poder mágico de los medios, y tanto menor el significado que puede utilizar para sí mismo el sujeto receptor.

La comunicación estandarizada borra la distancia crítica del consumidor con su entorno, obstaculiza la reflexión necesaria para su conocimiento y dominio. De ahí que refuerce el poder de los pocos al ocultar las contradicciones y conflictos, al suprimir la diferencia entre imaginación y percepción, deseo y satisfacción, imagen y cosa.

La falsa conciencia, con su creencia de que las cosas están así y son imposibles de cambiar genera sentimientos contradictorios y tensiones éticas que producen apatía, distorsiones de la percepción social y confusión de valores, desánimo, miedo, desesperanza y descontento con la propia vida, entre otros sufrimientos mentales. Todos ellos suficiente motivo para que los especialistas de la salud mental nos sintamos muy comprometidos con la ineludible y urgente discusión sobre las características de los medios de comunicación que queremos para nuestro país ■

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

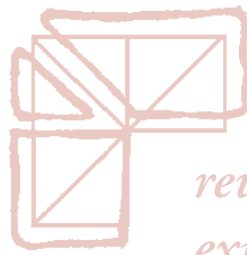
Los artículos que se envíen a la revista deben ajustarse a las normas de publicación que se especifican en el sitio www.editorialpolemos.com.ar

MÉTODO DE ARBITRAJE

Los trabajos enviados a la revista son evaluados de manera independiente por un mínimo de dos árbitros, a los que por otro lado se les da a conocer el nombre del autor. Cuando ambos arbitrajes son coincidentes y documentan la calidad e interés del trabajo para la revista, el trabajo es aceptado. Cuando hay discrepancias entre ambos árbitros, se solicita la opinión de un tercero. Si la opinión de los árbitros los exige, se pueden solicitar modificaciones al manuscrito enviado, en cuyo caso la aceptación definitiva del trabajo está supeditada a la realización de los cambios solicitados. Cuando las discrepancias entre los árbitros resultan irreconciliables, el Director de VERTEX toma la decisión final acerca de la publicación o rechazo del manuscrito.

TEMAS DE LOS DOSSIERS DEL AÑO 2009





revista de
experiencias
clínicas y neurociencias



Validación de la escala breve de síntomas del BITE para el tamizaje de Bulimia Nerviosa en estudiantes universitarios

Germán Eduardo Rueda-Jaimes

Facultad de Medicina, Grupo de Neuropsiquiatría, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Bucaramanga, Colombia
E-mail: gredu@unab.edu.co

Paul Anthony Camacho López

Facultad de Medicina, Grupo de Neuropsiquiatría, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Bucaramanga, Colombia

Andrés Mauricio Rangel-Martínez-Villalba

Facultad de Medicina, Grupo de Neuropsiquiatría, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Bucaramanga, Colombia

Resumen

Introducción: la prevalencia de la Bulimia Nerviosa y trastornos del espectro de la Bulimia ha aumentado en los últimos años, creando la necesidad de detectar precozmente los casos en poblaciones en riesgo. **Objetivo:** validar una versión breve de la escala de síntomas del BITE en una muestra de estudiantes universitarios de Colombia. **Materiales y métodos:** Se tomó una muestra probabilística y representativa de 261 estudiantes de una universidad privada. A partir de la aplicación de la escala de síntomas del BITE de treinta ítems se tomaron los quince ítems que mostraron mayor correlación con la puntuación total. A estos ítems escogidos se les determinó la validez de constructo y de criterio. **Resultados:** la consistencia interna de esta versión fue de 0,84. Se hallaron tres factores que explican el 49,2% de la varianza. No se observó diferencia significativa entre el área bajo la ROC entre la versión original (0,9736) y la versión breve (0,9608). Con el mejor punto de corte la sensibilidad fue 91,9%, la especificidad 82,6% y la kappa media de Cohen 0,53. **Conclusión:** la escala breve de síntomas del BITE muestra propiedades psicométricas similares a la original permitiendo su utilización como instrumento de tamizaje en universitarios.

Palabras clave: Bulimia nerviosa - Síndrome de descontrol alimentario - Cribado - Validez - Consistencia interna - BITE.

VALIDATION OF THE BRIEF BITE'S SYMPTOMS SCALE FOR SCREENING OF THE BULIMIA NERVOSA IN UNIVERSITY STUDENTS.

Summary

Introduction: Prevalence of the Bulimia Nervosa and eating disorder bulimic-like have increased in the last years. It has created the necessity of instruments for early detection on high risk populations. **Objective:** Validity and internal consistency of the brief BITE's symptoms scale in a non-clinical population of university students in Colombia. **Materials and methods:** We took a sample probabilistic and representative of 261 university students from Bucaramanga. They full out the BITE's symptoms scale. The fifteen items with the higher correlation with total score were selected. Construct and criterion validity were computed for these fifteen items. **Results:** Internal consistency of brief version was of 0.84. There were three factors that explained 49.2% of the variance. Significant difference among the area under the curve ROC between the original version (0.9736) and the brief version (0.9608) was not observed. The best cutoff point was 5 with sensibility of 91.9%, specificity of 82.6% and the Cohen's kappa of 0.53. **Conclusion:** The brief BITE's symptoms scale shows psychometrics properties similar to the original version allowing the use like screening instrument in university students.

Key words: Bulimia nervosa - Eating disorders - Screening - Validity - Internal consistency - BITE.

Introducción

En el DSM-IV-TR se consideran 3 trastornos del comportamiento alimentario: la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa (BN) y el trastorno de la conducta alimentaria no especificado (2).

La BN fue descrita inicialmente como una variante de la Anorexia Nerviosa, pero con los años se constituyó en un trastorno bien diferenciado, en el cual predominan las comilonas o atracones y purgas compensatorias para evitar el aumento del peso y no la restricción en la comida como en la Anorexia Nerviosa (2, 34).

En el Trastorno de la Conducta Alimentaria no Especificado se agrupan una serie de formas incompletas de Anorexia Nerviosa y BN de tal manera que se podría subdividir en trastornos del espectro de la BN y de la Anorexia Nerviosa (*Bulimic-like and anorexic-like eating disorders*). Los primeros trastornos incluyen pacientes que cumplen todos los criterios para BN, pero los atracones y conductas inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o en menos de 3 meses; empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida en individuos de peso normal; y el trastorno por atracones caracterizado por atracones recurrentes en ausencia de conductas compensatorias inapropiadas (2).

Entre de los trastornos mentales, los Trastornos de la Conducta Alimentaria tienen el riesgo mayor para muerte a edad temprana y suicidio (4, 18). Los pacientes con BN y trastornos del espectro de la Bulimia Nerviosa presentan casi siempre complicaciones agudas como deshidratación, alteraciones de electrolitos, diversas arritmias, trastornos de la motilidad gastrointestinal,

problemas renales, esterilidad, nacimientos prematuros, y otros trastornos del metabolismo, alteraciones endocrinas y nutricionales, hasta finalmente la muerte (25). La importancia de estos trastornos no solo radica en estas complicaciones sino también en el aumento de estas patologías en los últimos años (12).

La prevalencia de la BN varía entre 0,7 y 5,4% según la población y el método empleado para hallarla (22, 23). En Colombia estos trastornos parecen presentarse de una manera similar a países desarrollados occidentales: un primer estudio en 1995 en estudiantes universitarios encontró una prevalencia de BN de 1,2% y 28% de Trastornos de la Conducta Alimentaria no Especificado (3); en el 2005 se informó una prevalencia de BN de 3,3% y 17,8% de Trastornos de la Conducta Alimentaria no Especificado en una población similar (32).

Las escalas son instrumentos útiles para la identificación de posibles casos de múltiples trastornos mentales en grandes poblaciones y en el caso de los Trastornos de la Conducta Alimentaria se dispone de varias escalas para tamizaje, de las cuales el cuestionario SCOFF está validado en adolescentes y jóvenes estudiantes colombianos (32, 33). La importancia que ha adquirido para la salud pública la BN y los trastornos del espectro de la BN ha motivado el desarrollo y validación de escalas que evalúen estos trastornos en particular (14,19).

El *Bulimic Investigatory Test, Edinburgh* (BITE) es un instrumento diligenciado por la propia persona y que consta de dos subescalas: la escala de síntomas y la de severidad (19). La primera está compuesta de 30 preguntas con respuestas dicotómicas sobre aspectos cognoscitivos, anímicos y comportamentales de la BN y la segunda de 3 preguntas con respuestas tipo *liker* que



evalúan la frecuencia de atracones y purgas. El BITE se ha usado ampliamente en población general y clínica tanto para tamizaje como para describir y comparar las características clínicas de pacientes con BN (1, 5, 8, 16). La escala de síntomas del BITE ha sido validada en poblaciones de habla inglesa e italiana y sólo recientemente en jóvenes estudiantes universitarios colombianos (19, 27, 31). Los tres estudios han mostrado buenas propiedades psicométricas en diferentes poblaciones clínicas y no clínicas. Sin embargo, es posible que un número menor de componentes minimice el sesgo de respuesta relacionado con el cansancio que podría producir un instrumento de mayor longitud, y naturalmente reduciría el tiempo dedicado a dar las respuestas (7).

El objetivo de este trabajo fue validar (validez de constructo, validez de criterio y consistencia interna) una versión abreviada de quince componentes de la escala de síntomas del BITE para BN y trastornos del espectro de la BN en una muestra de estudiantes universitarios de Colombia.

Materiales y métodos

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Bucaramanga. Todos los participantes dieron su consentimiento informado después de conocer y entender los objetivos del estudio.

Se tomó una muestra probabilística y representativa de 262 estudiantes de una universidad de privada de Bucaramanga, de los cuales solo uno se negó a participar. El grupo estudiado estuvo conformado por 152

mujeres (77,4%); la edad estaba comprendida entre los 16 y 35 años (mediana 20 años, RIQ 18-21); cursaban estudios universitarios (mediana 4 semestres, RIQ 2-6).

Tamaño de la muestra

Considerando las recomendaciones de Kraemer (24), se necesitaba una muestra mínima de 260 personas para una prevalencia actual de trastornos del espectro de la BN de 18% basada en datos de la región (32); la sensibilidad esperada era de 90% y la especificidad de 80%.

Instrumentos y procedimiento

La escala de síntomas del BITE consta de 30 componentes que indagan la presencia de síntomas característicos de la BN durante los tres meses previos. Es una escala dicotómica y su puntuación puede oscilar entre 0 y 30 con un punto de corte de 10 para BN y trastornos del espectro con importancia clínica (19). El rendimiento operativo de la escala en universitarios colombianos aparece publicado en otro artículo (31).

Primero se aplicó la versión en español de escala de síntomas del BITE (6) de manera auto-diligenciada y tres a diez días después se realizó el diagnóstico definitivo de Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) por parte de un psiquiatra entrenado y con experiencia, quien aplicó la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI) (37), la cual permite confirmar los criterios diagnósticos del DSM-IV y así realizar la verificación prospectiva del diagnóstico. En caso que el



estudiante entrevistado no entendiese alguna pregunta o diese una respuesta ambigua, el clínico tenía la potestad de hacer nuevas preguntas sobre el criterio diagnóstico indagado. La entrevista fue realizada de manera enmascarada para el psiquiatra y el estudiante.

Construcción de la escala abreviada

Para escoger los componentes que formarían la nueva versión se fueron eliminando aquellos que tuviesen la menor correlación lineal de Pearson con respecto a la puntuación total de la escala. Esta medida muestra una relación importante con la "comunalidad" y el coeficiente de cada componente de una solución de factores; generalmente, los componentes que exhiben una baja correlación de Pearson presentan, igualmente, una pobre comunalidad y aportan muy poco a los factores (15, 20). Para cada versión con menor número de componentes se determinaba la curva de las características de receptor operador (ROC), y se la comparaba con la curva de la versión de 30 componentes mediante la prueba reseñada por DeLong, DeLong y Clarke-Pearson (13); si no era estadísticamente distinta, se procedía a eliminar el siguiente componente. Este procedimiento se realizó hasta que la diferencia fue significativa ($p < 0,05$), lo cual se presentó en la versión de catorce componentes, por lo que se adoptó la versión de quince componentes.

Validación de la escala abreviada

- *Validez de constructor:* a los quince componentes elegidos se les determinó la consistencia interna mediante el coeficiente de alfa de Cronbach (11). Para validar el constructo, es decir, para conocer los posibles factores o dominios de la escala, se extrajeron los componentes principales. Este proceso se inició con la aplicación de

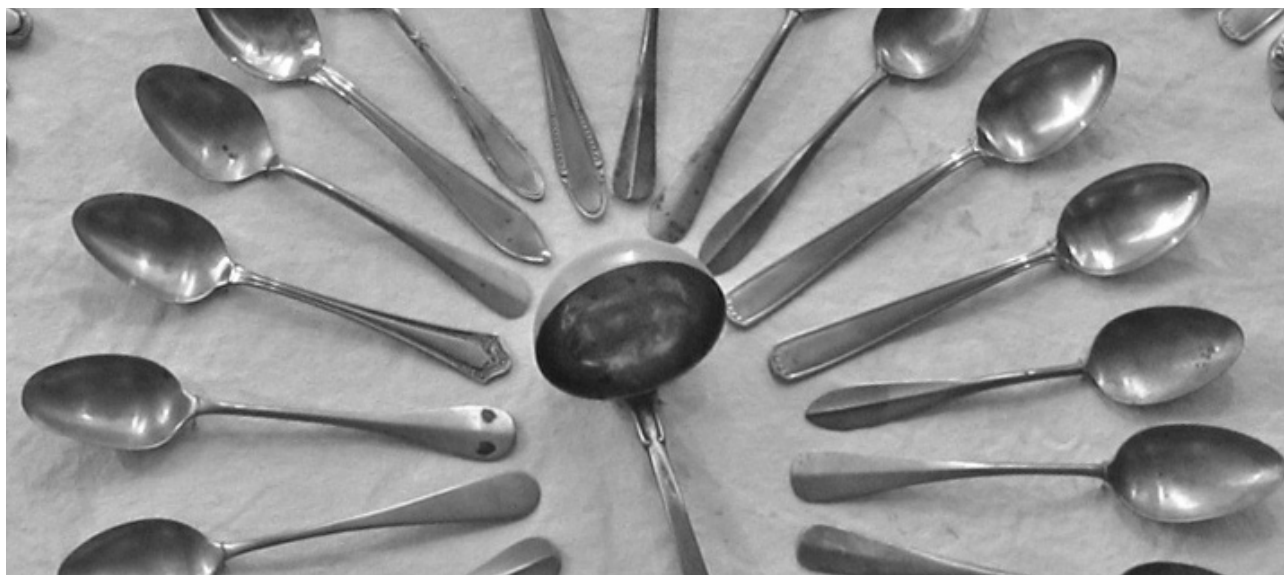
la prueba de la esfericidad de Bartlett para establecer las características de la matriz de los coeficientes (26). Para estimar la correlación de los componentes con el constructo explorado se realizó la prueba de adecuación de la muestra de Kayser-Meyer-Olkin (21). Se verificó un análisis de factores por el método de componentes principales y rotación Promax (17). Se definieron como factores principales los que mostraron valores propios mayores de 1.

- *Validez de criterio:* para escoger el mejor punto de corte para la escala abreviada se realizó una curva ROC (29). Se estimó el mejor punto de corte según la sensibilidad y la especificidad mostradas. A este punto se le calculó sensibilidad, especificidad, valores predictivos, razones de probabilidad y concordancia producto del azar (kappa media de Cohen) (9), e intervalos de confianza del 95% (IC 95%) cuando estaba indicado. Los datos se procesaron en el paquete estadístico STATA 9,0 (36).

Resultados

Con la entrevista clínica se identificaron 3 (1,1%) casos de BN y 34 (13%) de trastornos del espectro de la BN. La nueva versión quedó formada por los componentes que se presentan en el cuadro 1. El mejor punto de corte de la versión breve de quince componentes fue una puntuación de 5; en el cuadro 2 se muestran las propiedades psicométricas resultantes de la comparación de la escala breve con el patrón de oro.

La consistencia interna de esta versión fue de 0,84 y la de la versión original de 30 componentes, de 0,86. La prueba de esfericidad de Bartlett fue significativa ($X^2 = 900,564$; $gl = 91$, $p < 0,001$). La prueba de adecuación de la muestra de Kaiser-Meyer-Olkin fue excelente (0,867). Tres factores relevantes componen esta versión breve y explican el 49,2% de la varianza. Para la versión



de 30 componentes se identificaron dos factores que explicaban 22,7 y 7,1% de la varianza, respectivamente. La solución y la matriz de factores se presentan en el cuadro 3. No se observó diferencia significativa entre el área bajo la ROC entre la versión original (0,9736, IC 95% 0,9455 a 0,9892) y la versión breve (0,9608, IC 95% 0,9326 a 0,9889; $p = 0,718$). Estas curvas ROC aparecen en la figura 1.

Discusión

La escala breve de síntomas del BITE conserva las propiedades psicométricas de la escala original. Con el mejor punto de corte para estudios en jóvenes universitarios conserva una alta concordancia con el patrón de oro.

La consistencia interna de la escala breve fue similar a la informada para la versión de 30 componentes (31). La consistencia interna de ambas versiones estuvo por encima de 0,80. Se estima que este coeficiente es bueno cuando se encuentra entre 0,70 y 0,90 (35), aunque es más diciente lo encontrado en la versión breve que se propone debido a que el valor de alfa de Cronbach es menos preciso cuando una escala tiene más de 20 componentes (10).

En las mejores condiciones se espera que los factores identificados expliquen cerca del 50% de la varianza (37), lo cual se acerca en la versión breve pero no en la original, indicando que probablemente sobran componentes en dicha versión. De los tres factores hallados en la versión breve, dos son similares en la versión original: hábitos alimentarios y pérdida de control, por supuesto, con menor número de preguntas. No obstante, el tercer factor que se refiere a las consecuencias anímicas y ocultamiento del trastorno, no se halló en la versión original (31).

En los componentes de la versión breve se con-

servan los síntomas fundamentales que comparten la BN y el trastorno por atracones: el miedo a engordar, los episodios de comilonas recurrentes y la pérdida de control; también incluye síntomas mencionados en los criterios diagnósticos del trastorno por atracones, pero que además son característicos de la BN, aunque no se mencionan en los criterios diagnósticos, como el ocultamiento de las comilonas y los pensamientos depresivos luego de las mismas. Sin embargo, como en la versión original no hay componentes que evalúen las conductas compensatorias propias de la BN, éstas se evalúan en la escala de severidad; por lo tanto, la escala breve de síntomas del BITE conserva la concepción teórica del BITE que considera estos síntomas compensatorios como evidencia de severidad y un solo espectro de síntomas que comparten el trastorno por atracones, la BN y formas incompletas de BN. Esto está de acuerdo con el objeto del tamizaje, que sería excluir a las personas sin síntomas y reconocer tempranamente los casos por debajo del umbral o leves, con el propósito de iniciar una intervención temprana para evitar los costos emocionales y sociales de un episodio de BN grave.

Un instrumento con un menor número de componentes tiene mejor aceptación en la población de riesgo. El diligenciamiento será más fácil para personas con habilidades limitadas de lectoescritura, en personas con limitaciones cognoscitivas relacionadas con diferentes entidades clínicas no diagnosticadas en la comunidad general, y en individuos con escasa disposición de tiempo. Es necesario tener presente que la identificación de casos de trastornos del espectro de la BN tiene un impacto realmente significativo, puesto que incrementa en forma proporcional el número de personas adecuadamente tratadas por este trastorno (28).

Probablemente, las propiedades mostradas por la versión breve en esta población sólo puedan extra-



Cuadro 1. Componentes conservados con la numeración de la versión original de la versión breve de la escala de síntomas del BITE (*Bulimic Investigatory Test, Edinburgh*).

Número	Componente
3	¿Considera un fracaso romper su dieta alguna vez?
4	¿Cuenta las calorías de todo lo que come incluso cuando no está en régimen?
8	¿Se ve su vida gravemente afectada por su forma de comer?
10	¿Le ha ocurrido alguna vez "comer y comer" hasta que las molestias físicas le obligan a parar?
12	¿Come delante de los demás racionalmente y se excede en privado?
14	¿Ha experimentado alguna vez deseos imperiosos de "comer, comer y comer"?
15	¿Cuando se siente ansioso/a tiene tendencia a comer demasiado?
16	¿La idea de engordar le aterroriza?
18	¿Se siente avergonzado/a por sus hábitos alimentarios?
19	¿Le preocupa no tener control sobre "cuánto" come?
20	¿Se refugia en la comida para sentirse bien?
22	¿Engaña a los demás acerca de la cantidad que come?
25	Cuando termina de "atracarse" con comida ¿Se siente Ud. "miserable"?
29	Después de comer mucho ¿Se siente muy culpable?
30	¿Come alguna vez en secreto?

Cuadro 2. Comparación de la escala breve de síntomas del BITE con el patrón de oro en un punto de corte de 5.

Propiedades	Valor	Intervalo de confianza 95%
Pacientes correctamente diagnosticados	83,91%	78,75% a 88,04%
Sensibilidad	91,89%	76,98% a 97,88%
Especificidad	82,59%	76,84% a 87,19%
Valor predictivo positivo	46,58%	34,95% a 58,56%
Valor predictivo negativo	98,40%	95,03% a 99,59%
Razón de probabilidad positiva	5,28	3,91 a 7,13
Razón de probabilidad negativa	0,10	0,03 a 0,29
Kappa media de Cohen	0,5297	0,4997 a 0,5597

polarse a poblaciones similares en edad, educación y cultura. Las escalas presentan cambios significativos en las propiedades psicométricas relacionadas con factores culturales. De la misma forma, es prudente hacer algunas modificaciones lingüísticas a los componentes para adaptarlos a las características del lenguaje de cada región de Latinoamérica o España (30). Precisamente, una limitación del estudio podría estar en que este proceso de adaptación lingüística no se realizó y se utilizó una traducción española (6). Preguntas como la 24, 26 y 28 tuvieron una baja correlación con el resto del BITE, quizás por incluir la palabra "atracones", la cual no es muy popular en Colombia y eventual-

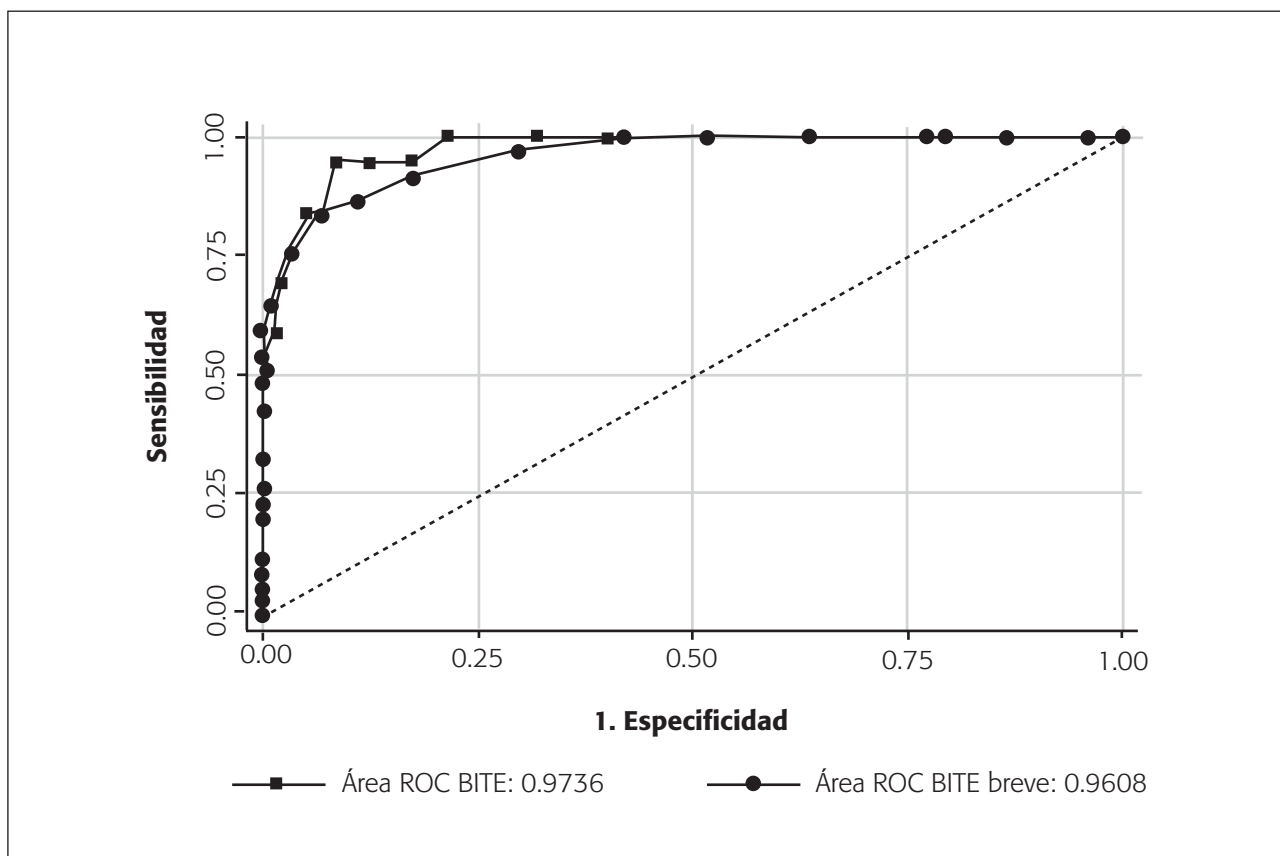
mente no entendible. Es probable que la correlación de estos componentes mejore y seguramente podrían haber quedado en la versión breve si se corrige este vocablo por "comilona", más entendible en la población colombiana. Afortunadamente, esta limitación no influyó grandemente en las propiedades de la escala, es así como se mantuvo el dominio de pérdida de control en las comidas con preguntas como la 10, 14 y 15, en donde se evalúa los atracones con otras expresiones lingüísticas como "comer demasiado" o "comer, comer y comer".

Con todo, la versión breve presentada en este estudio muestra una excelente área bajo la curva ROC,

Cuadro 3. Matriz de factores con rotación promax de la escala breve de síntomas del BITE en estudiantes universitarios de Bucaramanga, Colombia.

Número de Pregunta	Factores		
	Hábitos alimentarios	Pérdida de Control	Consecuencias
3	0,582	- 0,0431	0,2305
4	0,4696	- 0,0541	0,2519
8	0,1785	0,0149	0,5501
10	0,1354	0,6384	0,0171
12	- 0,2408	0,2966	0,7210
14	0,2240	0,6812	- 0,1417
15	0,051	0,7370	- 0,1070
16	0,7395	0,0938	- 0,1260
18	0,0806	- 0,1512	0,8157
19	0,7467	- 0,0128	0,0337
20	- 0,1982	0,6352	0,2397
22	0,1597	- 0,1512	0,6221
25	0,0559	0,2082	0,5023
29	0,6192	0,2434	- 0,0397
30	0,1049	0,3545	0,2240
Valor propio	4,90	1,36	1,11
Varianza (%)	32,7	9,1	7,4

Los componentes que cargan 0,35 o más están en negrita

Figura 1. Curva de las características de receptor-operador (ROC) de las escalas de síntomas del BITE original y abreviada en estudiantes universitarios de Bucaramanga, Colombia.

igual a la versión original, producto de una muy buena concordancia con el patrón de oro. La sensibilidad, especificidad y valores predictivos son ideales para tamizaje. Considerando su brevedad, sería una opción óptima con este propósito, incluso preferible a la original.

Sin embargo, quedan por definir dos propiedades importantes para la evaluación de la confiabilidad del BITE breve: la reproducibilidad de la escala de síntomas y la sensibilidad al cambio de la escala de severidad. Ambas propiedades fueron evaluadas en la escala original con población de habla inglesa con buenos resultados (19).

Se concluye que la escala breve de síntomas del BITE es un instrumento con una excelente consistencia interna, presenta tres factores que concuerdan con el concepto teórico de los trastornos del espectro de la BN y es tan útil como la escala de síntomas original para el tamizaje de estos trastornos. Queda por conocer la confiabilidad del BITE en esta población y verificar las propiedades psicométricas de esta versión abreviada en otras regiones de habla hispana ■

El presente estudio fue financiado por el Centro de Investigaciones Biomédicas de la Facultad de Medicina, UNAB.

Referencias bibliográficas

1. Al-Adawi S, Dorvlo AS, Burke DT, Al-Bahlani S, Martin RG, Al-Ismaily S. Presence and severity of anorexia and bulimia among male and female Omani and non-Omani adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41: 1124-1130.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth Edition. Washington DC, American Psychiatric Association, 2000.
3. Ángel LA, Vásquez R, Chavarro K, Martínez LM, García J. Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia. *Acta Med Colomb* 1997; 22: 111-9.
4. Ben-Tovim DI, Walter K, Gilchrist P, Freeman R, Kalucy R, Esterman A. Outcome in patients with eating disorders: a 5-year study. *Lancet* 2001; 357: 1254-7.
5. Bhugra D, Mastrogianni A, Maharajh H, Harvey S. Prevalence of bulimic behaviours and eating attitudes in schoolgirls from Trinidad and Barbados. *Transcult Psychiatry* 2003; 40: 409-28.
6. Bobes J, Paz G-Portilla M, Bascarán MT, Sáiz PA, Bousoño M. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. Disponible en: http://www.novartis.es/ic3_v2_output/files/82.pdf?iFilePlacementId=87.
7. Burisch M. You don't always get what you pay for: Measuring depression with short and simple versus long and sophisticated scales. *J Res Pers* 1984; 18: 81-98.
8. Carroll JM, Touyz SW, Beumont PJ. Specific comorbidity between bulimia nervosa and personality disorders. *Int J Eat Disord* 1996; 30: 163-9.
9. Cohen J. A coefficient of agreement for nominal scales. *Educ Psychol Meas* 1960; 20: 37-46.
10. Cortina JM. What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *J Appl Psychol* 1993; 78: 98-104.
11. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of test. *Psychometrika* 1951; 16: 297-334.
12. Currin L, Schmidt U, Treasure J, Jick H. Time trends in eating disorder incidence. *Br J Psychiatry* 2005; 186: 132-5.
13. DeLong ER, DeLong DM, Clarke-Pearson DL. Comparing the areas under two or more correlated receiver operating curves: a nonparametric approach. *Biometrics* 1988; 44: 837-45.
14. Fernandez S, Malcarne VL, Wilfley DE, McQuaid J. Factor structure of the Bulimia Test--Revised in college women from four ethnic groups. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol* 2006; 12: 403-19.
15. Ferré L. Selection of components in principal component analysis: a comparison of methods. *Comput Stat Data Anal* 1995; 19: 669-82.
16. García-Vilches L, Badia-Casanovas A, Fernandez-Aranda F, Jiménez-Murcia S, Turon-Gil V, Vallejo-Ruiloba J, et al. Cha-

- racteristics of bulimic patients whose parents do or do not abuse alcohol. *Eat Weight Disord* 2002; 7: 232-8.
17. Gorsuch RL. Exploratory factor analysis: its role in item analysis. *J Pers Asses* 1997; 68: 532-60.
 18. Harris BC, Barraclough B. suicide as an outcome for mental disorders: a meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1997; 170: 205-208.
 19. Henderson M, Freeman CP. A self-rating scale for bulimia. The 'BITE'. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 18-24.
 20. Hogarty KY, Hines CV, Kromey JD, Ferron JM, Mumford KR. The quality of factor solutions in exploratory factor analysis: the influence of sample size, communalities, and overtermination. *Educ Psychol Meas* 2005; 65: 202-26.
 21. Kaiser HF. An index of factorial simplicity. *Psychometrika* 1974; 39: 31-6.
 22. Keel PK, Heatherton TF, Dorer DJ, Joiner TE, Zalta AK. Point prevalence of bulimia nervosa in 1982, 1992, and 2002. *Psychol Med* 2006; 36: 119-27.
 23. Kendler KS, MacLean C, Neale M, Kessler R, Heath A, Eaves L. The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 1627-37.
 24. Kraemer HC. Evaluating medical test. Objective and quantitative guidelines. Newbury Park, Sage Publications Inc, 1992.
 25. Mehler PS, Crews C, Weiner K. Bulimia: medical complications. *J Womens Health (Larchmt)* 2004; 13: 668-75.
 26. Norman GR, Streiner DL. Bioestadística. Madrid, Mosby/Doyma Libros, 1996. p. 129-48.
 27. Orlandi E, Mannucci E, Cuzzolaro M. Bulimic investigatory test, Edinburgh (BITE). A validation study of the Italian Version. *Eat Weight Disord* 2005; 10: 14-20.
 28. Piran N. Prevention of eating disorders: a review of outcome evaluation research. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2005; 42: 172-7.
 29. Rey JM, Morris-Yates A, Stanislaw H. Measuring the accuracy of diagnostic test using receiver operating characteristics (ROC) analysis. *Int J Method Psychiatr Res* 1992; 2: 39-50.
 30. Rubio-Stipec M, Hicks MH, Tsuang MT. Cultural factors influencing the selection, use, and interpretation of psychiatric measures. En: Rush AJ, Pincus HA, First MB, Zarin DA, Blacker D, Endicott J, et al. Handbook of psychiatric measures. Washington D.C.: American Psychiatric Association; 2002 (CD-ROM).
 31. Rueda-Jaimes GE, Camacho PA, Rangel-Martínez-Villalba AM. Internal Consistency and Validity of the Bulimic Investigatory Test, Edinburgh (BITE) for the screening of Bulimia Nervosa in university students, Colombia. *Eat Weight Disord* 2008; 13: 35-9.
 32. Rueda-Jaimes GE, Diaz-Martínez LA, Campo-Arias A, Barros JA, Ávila GC, Oróstegui LT, et al. Validación de la encuesta SCOFF para tamizaje de trastornos de la conducta alimentaria en mujeres universitarias. *Biomédica* 2005; 25: 196-202.
 33. Rueda-Jaimes GE, Diaz-Martínez LA, Ortiz DP, Pinzon C, Rodríguez J, Cadena LP. Validación del cuestionario SCOFF para el cribado de los trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizadas. *Aten Primaria* 2005; 35: 89-94.
 34. Russell G. Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1979; 9: 429-48.
 35. Sánchez R, Gómez C. Conceptos básicos sobre validación de escalas. *Rev Colomb Psiquiatr* 1998; 27: 121-30.
 36. Stata Corporation. STATA for windows 9.0. College Station, StataCorp LP, 2005.
 37. World Health Organization. Composite International Diagnostic Interview. (consultado 2006 jun 15). Disponible en: <http://www3.who.int/cidi/cidispanish12M.pdf>.



**Centro
Psitopatológico
Aranguren**



Desde 1989
CASA DE MEDIO CAMINO Y HOSTAL
CON UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN
Y RESOCIALIZACIÓN PSIQUIÁTRICAS

Directores: Dr. Pablo M. Gabay - Dra. Mónica Fernández Bruno

Paysandú 661 - (C1405ANE) Ciudad Autónoma de Buenos Aires -
Tel. (011)4431-6396 Web: www.centroaranguren.com.ar
Correo Electrónico: info@centroaranguren.com.ar

Dos errores basales en la función clasificatoria y clínica del DSM-IV respecto del diagnóstico diferencial entre Trastorno Autista y Trastorno de Asperger

Joaquín E. Areta

*Lic. en Psicología. Centro de Rehabilitación "Vida" para discapacitados mentales adultos
Calle 19 N° 1756, La Plata, Buenos Aires, Argentina
E-mail: aretajoquin@yahoo.com.ar*

Introducción

Este trabajo puede enmarcarse dentro de la discusión mucho más amplia acerca del diagnóstico diferencial entre el autismo infantil descrito por Kanner (8), la psicopatía autística descrita por Asperger (4), y los posteriores análisis acerca de si ambos síndromes no serían en realidad dos extremos de un continuo que los albergaría dentro de una categoría más vasta (v.g. el espectro autista). Una infinidad de artículos (21, 22, 23, 6, 19, 24), por sólo mencionar algunos, ha dado cuenta de este proble-

ma abordando distintas características de cada síndrome y hallando convergencias y divergencias que permiten adoptar una u otra postura al respecto. En la primer parte del presente trabajo, por la vastedad de la bibliografía y la complejidad del tema, no haremos referencia directa al hecho mismo de la existencia o no de ambos síndromes como entidades separadas. Abordaremos los criterios diagnósticos con los cuales el DSM-IV pretende afirmar esta separación, y las razones que llevan a la confusión

Resumen

Se analizaron los ítems que componen la descripción sintomática del Trastorno Autista y el Trastorno de Asperger en el DSM-IV. Como resultado de esta revisión se halló una gran cantidad de criterios diagnósticos que se superponen entre ambos trastornos, lo que lleva a la imposibilidad de hacer un diagnóstico diferencial claro, cuestionando así la solidez de la función clasificatoria del manual.

La función clínica de esta distinción diagnóstica es analizada a través de un caso clínico, en el que se muestra la falta de utilidad de la misma al momento de instrumentar estrategias de abordaje para un caso de Trastorno Autista.

Se concluye que debe relativizarse el valor estadístico de los datos obtenidos por medio de esta herramienta clasificatoria, y que, de acuerdo a la forma de abordaje terapéutico que refiere el autor, el diagnóstico de cualquiera de los dos trastornos no modifica la estrategia general de trabajo.

Palabras clave: DSM-IV - Trastorno Autista - Trastorno de Asperger - Superposición categorial - Estrategia Clínica.

TWO MAIN MISTAKES IN CLASSIFICATORY AND CLINICAL FUNCTION OF DSM-IV, IN THE CASE OF DIFFERENTIAL DIAGNOSIS BETWEEN ASPERGER AND AUTISTIC DISORDER

Summary

Symptomatic description of what the DSM-IV understands for Asperger's and Autistic Disorder was analyzed. As a result of this revision there was found that a great amount of diagnostic criteria overlap, and lead to the impossibility to make a clear differential diagnosis. The classifying function is, thus, criticized.

The clinical function of this diagnostic distinction is analyzed through a clinical case. It is shown it's lack of utility when a therapeutic method should be implemented in a case of Autistic Disorder.

It is concluded that the statistical value of the results obtained by using this classificatory instrument should be examined due to this lack of distinction. Also, according to the therapeutic approach with the author makes reference, it is shown that the diagnostic of any both disorders does not modify the general intervention strategy.

Keywords: DSM-IV - Autistic Disorder - Asperger's Disorder - Categorial overlapping - Clinical strategy.

en el diagnóstico, o la imposibilidad de diagnosticar el Trastorno de Asperger. En la segunda parte haremos referencia a la problemática clínica que este hecho pone en cuestión.

En un trabajo claro y bien documentado, que hasta podría disuadirnos de escribir el presente si no fuera por su falta de consideración de la problemática clínica, Dickerson Mayes y col. (7) advierten sobre la inviabilidad o la imposibilidad de diagnosticar el Trastorno de Asperger utilizando el DSM-IV como herramienta. De los 157 casos allí analizados, todos reúnen los criterios de Autismo a pesar de que muchos habían sido diagnosticados clínicamente como Asperger. En efecto, hallaron que todos los casos implicaban alteraciones en la comunicación, lo que llevaba al diagnóstico antedicho. Al mismo tiempo estas autoras comparan sus resultados con los de otros cinco trabajos (15, 9, 11, 14, 17) en los que se obtuvieron resultados similares. El primero de los cuales concluye, luego de analizar los 4 casos originales de Asperger, que todos reúnen los criterios del DSM-IV para el Trastorno Autista, lo que es simplemente contundente.

Sea como fuere, la utilización de este manual, en la actualidad, se ha tornado una herramienta obligada para muchos profesionales psicólogos y médicos que trabajan en el ámbito de la Salud Mental y deben dar cuenta de su práctica ante Obras Sociales u otras instituciones oficiales. Ante estos organismos, al utilizarlo, se estaría demostrando que la práctica realizada está en consonancia con este acuerdo norteamericano, lo que es interpretado por estas entidades como un signo de fiabilidad y consistencia.

Por otra parte, a pesar de esta necesidad institucional y administrativa, el uso de este manual ha sido rechazado desde diversas corrientes teóricas, eminentemente psicoanalíticas, anteponiendo como principal argumento el borramiento de los rasgos subjetivos del caso tratado al restringir sus características particulares a una grilla clasificatoria, igual para todos aquellos casos susceptibles de incluirse dentro de la misma afección. Otro argumento ampliamente extendido ha sido el del peligro de discriminación social y etiquetamiento de quienes son fuertemente marcados por diagnósticos psicopatologizantes, resaltando así la dimensión iatrogénica del diagnóstico apresurado o innecesario a los fines clínicos (16).

Sin embargo, ante una tradición médica y psiquiátrica que compele a clasificar nosológicamente los padecimientos, estas críticas han sido desoídas, expandiéndose en numerosos ámbitos el uso de la herramienta en cuestión. De ello resulta que el valor de esta clasificación, y la posibilidad consiguiente de dar nombre y establecer las características del padecimiento de manera excluyente con otros con los que podría confundirse, parecerían ser valores en sí mismos más allá de su utilidad clínica y posible perjuicio de quien, a partir de allí, porta la enfermedad que el diagnóstico pretende objetivar.

A través del desarrollo de los dos apartados siguientes intentaremos mostrar cómo la supuesta claridad clasifi-

catoria, expuesta bajo los cánones de cierta objetividad, no es independiente de la subjetividad y el criterio del clasificador, con lo que el límite entre las categorías que define no resultan claros. Asimismo veremos que al interior de un mismo caso clínico el utilizar el mismo diagnóstico en dos momentos distintos, o dos diagnósticos distintos para un mismo momento, no altera la dirección general del tratamiento, lo que marca la discrepancia entre esta herramienta nomencladora y su correlato con la estrategia clínica.

1. La función clasificatoria

Tomaremos como punto de partida para el análisis de la función clasificatoria de este manual una apreciación de Luis Hornstein (12) donde retoma la definición del DSM-IV como una clasificación ateórica y descriptiva; al respecto refiere que es lo primero porque "no asume una posición ante las distintas teorías etiológicas", y lo segundo "ya que sólo hace un inventario de síntomas" (12).

Siempre resulta cuestionable la proclamación de ateoricidad, ya que hasta la descripción que se pretende más objetiva y pura basa su existencia en una concepción de aquel aspecto de la realidad que se recorta para ser descrito, por lo tanto, en una conceptualización que si bien sería excesivo llamar teórica, no puede afirmarse que carezca de esquemas conceptuales que le permitan realizar dicha selección. De hecho, en la introducción del manual se deja en claro la existencia de hipótesis contenidas en los criterios diagnósticos. Por más que no resulten, a lo largo del manual, todo lo explícitas que refieren allí que son, no es desestimable el hecho de que acepte su existencia, con lo que la apreciación de Hornstein es relativizable. Un análisis pormenorizado de este problema debería ser objeto de un escrito distinto, pero justifica el comentario en la medida en que permite poner entre paréntesis la entidad de los trastornos en el sentido ontológico del término¹. En efecto, en el apartado sobre "Limitaciones del enfoque categorial" se asegura que: "En el DSM-IV no se asume que cada categoría de trastorno mental sea una entidad separada, con límites que la diferencian de otros trastornos mentales o no mentales" (1). A pesar de esta aceptación, muy significativa, el manual procede, finalmente, otorgando cierta entidad y nombre a cada trastorno estableciendo tasas de prevalencia e incidencia, etc. en función de esa clasificación. En el caso de la distinción que nos ocupa veremos que la poca claridad es intrínseca a las categorías que intentan delimitar ambos trastornos, y no debida a la sutileza o no de la diferencia entre casos particulares.

En continuidad con lo anterior, Hornstein plantea que "...uno de los puntos de controversia concierne a las relaciones entre las nociones de *fidelidad* y de *validez*. La fidelidad permite que dos clínicos que examinen a un paciente puedan arribar a un mismo diagnóstico (...) En el plano clínico, el problema es diferente: la validez

¹ "Ontología significa 'teoría del ser' (...) en términos generales, se ocupa del ser, o sea, no de éste o aquel ser concreto y determinado, sino del ser en general, del ser en la más vasta y amplia aceptación de esta palabra" (10)

concierno a la comprensión del trastorno. Se habla de validez cuando se puede establecer la relación entre un síndrome y un proceso patológico que se encuentra en su causa" (12).

La crítica del autor es que al ser el DSM-IV un instrumento construido por los investigadores, cuando es utilizado por los clínicos se restringe la psicopatología al mero reconocimiento de los síndromes. Si bien la distinción dicotómica entre los clínicos y los investigadores es demasiado esquemática, como toda dicotomía, finalmente arbitraria, no deja de ser útil para ilustrar los posicionamientos extremos en este asunto.

Los problemas que acarrea en el plano clínico el uso del diagnóstico logrado por este medio serán tratados en el punto siguiente. Respecto de la noción de fiabilidad, o confiabilidad, pareciera que no es tan certera como el mismo Hornstein quisiera rescatar en su intento de conceder cierta utilidad al Manual. En efecto, a continuación nos avocaremos a discriminar la cantidad de síntomas en común que unen al Trastorno Autista y el Trastorno de Asperger, lo que lleva al fracaso en la posibilidad de distinguirlos usando el DSM-IV. Para comprender lo que el manual sitúa como diferencia entre ambos hay que detenerse en la comparación de los cuadros que marcan los criterios para diagnosticarlos (ver anexo). Diremos al respecto que el criterio A del trastorno de Asperger es exactamente el mismo que el A(1) del autista, y que el B del Asperger es el mismo que el A(3) del autista.

Es necesario observar que el punto A del trastorno autista es el que define al síndrome casi en su totalidad, por eso es importante que nos detengamos en él. En este sentido vemos que hay una analogía muy fuerte entre el punto A(2) y el D del trastorno de Asperger. La similitud se encuentra específicamente entre los puntos A(2)(b) y A(2)(c) que claramente pueden interpretarse como perteneciendo al punto D del trastorno de Asperger, en el que no habría retraso clínicamente significativo del lenguaje. En efecto, se supone que para que en el trastorno de Asperger se cumpla este punto no debe haber un retraso clínicamente significativo del lenguaje, pero al mismo tiempo esa ausencia de retraso general coexistiría con la presencia de patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados, y alteración cualitativa de la interacción social (puntos A y B), lo que en conjunto fácilmente equivaldría a los puntos A(2)(b) y A(2)(c) mencionados respecto del Trastorno Autista.

Es decir, el criterio D del trastorno de Asperger da por supuesta cierta conservación del lenguaje, pero el punto A(2)(b) del Autista también supone que el autista puede tener un "habla adecuada", lo que produce tal confusión entre los puntos mencionados que simplemente la diferencia deja de ser categórica.

Dickerson Mayes y col. (7) advierten claramente sobre el hecho de que los criterios A y B del DSM-IV para el Trastorno de Asperger lógicamente implicarán, para quien padece estos síntomas, dificultades para sostener una conversación y un posible uso de lenguaje repetitivo, ambos síntomas que combinados con

los dos anteriores llevan al diagnóstico de Trastorno Autista y no de Asperger.

Respecto del punto A(2)(a) diremos que sería el más particular del Trastorno Autista, ya que no se confunde con ninguno de los estipulados para el de Asperger. Del A(2)(d), nuevamente se hace notoria la falta de especificidad comparativa del criterio, ya que no se hace referencia explícita a la temática del juego en el Trastorno de Asperger (que por las características anteriores deberíamos suponer tan poco creativo y espontáneo como el del autista).

El punto C del Trastorno de Asperger, que postula un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, laboral y otras áreas importantes de la actividad del individuo, no hace más que sintetizar en un solo ítem aquellas dificultades que se infieren por la presencia de los anteriores, y esto es tanto válido para este Trastorno como para el Trastorno Autista.

Finalmente, el punto E del Trastorno de Asperger presenta una serie de características que podríamos pensar como correspondientes a un caso definido de este síndrome con un buen funcionamiento intelectual y cierto nivel de autonomía. De igual manera resulta difícil pensar la coexistencia de este ítem con aquel que hace referencia a intereses restringidos y estereotipados. Sea como fuere, no hay en el Trastorno Autista un ítem que se confunda con este. Sin embargo, situar o no la presencia de este ítem dependerá, como la mayoría de los mencionados hasta el momento, de la significatividad clínica de la alteración.

Ahora bien, si la posibilidad de distinguir entre ambos trastornos depende de estos ítems alterados de manera "clínicamente significativa", es necesario centrar la atención en lo que el mismo manual define como criterio de significatividad clínica: "Este criterio ayuda a establecer el umbral para diagnosticar un trastorno en casos donde su presentación sintomática (particularmente en sus formas más leves) no es inherentemente patológica y puede darse en individuos en quienes sería inapropiado un diagnóstico de <trastorno mental>. Evaluar si este criterio se está cumpliendo, especialmente en términos de actividad, constituye un juicio clínico intrínsecamente difícil. Con frecuencia es preciso basarse en informaciones sobre la actividad del sujeto recabadas de la familia y de terceras personas (además de las procedentes del individuo)" (1).

La referencia al "juicio clínico", y a lo "difícil" que resulta dirimir un corte en el continuo existente entre lo normal y lo patológico, es, por lo antedicho, la misma dificultad con la que se encuentra el clínico al momento de evaluar los criterios que permitirían una supuesta diferenciación clínica entre el Trastorno Autista y el Trastorno de Asperger. A ello se suma la seguidilla de errores interpretativos antes mencionados (que confunde al "juicio clínico") y los múltiples solapamientos.

Si no se toman en consideración estas nociones sutiles sobre las que se asienta el hipotéticamente claro diagnóstico diferencial entre ambos trastornos se corre el riesgo de sobreestimar la transparencia clínica con la que cada cúmulo de síntomas "debería" presentarse en los casos.

Sin embargo no se trata de los casos límpidos y polarizados de uno y otro trastorno sobre lo que deseamos llamar la atención, sino de la infinidad de casos intermedios que, con esta herramienta diagnóstica, quedan librados al criterio del evaluador, con lo que su fiabilidad cae estrepitosamente. Más aún, como se dijo en la Introducción, incluso ante casos hipotéticamente claros y polarizados podría arribarse mayoritariamente al diagnóstico de Autismo, ya que la confusión parece ser intrínseca, aunque claramente favorecida en los casos menos extremos.

No podemos finalizar este apartado sin hacer mención a la advertencia de Lorna Wing (22), quien en su trabajo sobre la prevalencia del autismo pasa revista a estudios de prevalencia de distintos autores y a los criterios diagnósticos que estos utilizan para los mismos. Allí, si bien plantea que la prevalencia no tiene por qué no modificarse en el tiempo ni entre los países, señala que la variación en los resultados obtenidos es muy probable que se deba a interpretaciones particulares de los criterios diagnósticos usados. Acompañamos la sospecha de la autora al menos para aquellos estudios de prevalencia en que el DSM-IV es utilizado como herramienta diagnóstica, donde no sólo el análisis de los datos puede ser particular, sino el mismo método con el que son relevados.

En síntesis, hemos puesto de relevancia dos características que le quitan consistencia respecto del diagnóstico diferencial entre Trastorno de Asperger y Trastorno Autista:

- Superposición categorial.
- Intervención de criterio subjetivo que intenta ocultar la confusión creada por sostener la supuesta claridad de esas categorías.

2. La utilidad clínica de la clasificación

Como se mencionó líneas arriba, el manual en cuestión ha recibido múltiples críticas sobre todo orientadas a la desconexión que expresa entre el diagnóstico al que se arriba y la estrategia de intervención clínica a utilizarse, creando así una disociación que reconduce a la trillada escisión entre la teoría y la práctica. A esto se suma la crítica a la dimensión iatrogénica del diagnóstico (16), es decir, a los efectos negativos y estigmatizantes a los que puede conducir por introducirlo temprana y/o equivocadamente, a pesar de que recomiende no ser utilizado como un “libro de cocina” (1). A excepción de este último punto, resulta dificultoso encontrar en la literatura sobre el tema ejemplos que ilustren con nociones claras, superando la generalidad, por qué el diagnóstico al cual se arriba utilizando esta herramienta resulta estéril al momento de trazar la estrategia terapéutica.

En adición a esto, el manual concede que no hay certeza de que todos los individuos que padezcan el mismo trastorno sean completamente iguales y que: “El clínico que maneje el DSM-IV debe considerar que es muy probable que las personas con el mismo diagnóstico sean heterogéneas, incluso respecto a los rasgos definitorios del diagnóstico, y que los casos límite son difíciles de

diagnosticar, como no sea de forma probabilística” (1). Sin embargo, esta concesión revela la carencia de una concepción fundamental: la de que debería haber certeza de que todos los individuos que padecen el mismo trastorno son indefectible y completamente distintos, y necesariamente heterogéneos más allá de compartir un diagnóstico.

Por otra parte, leyendo el manual no llega a comprenderse la “guía útil para la práctica clínica” (1) que pretende darse. De hecho ésta se contradice con lo recién expuesto cuando afirma que posee claridad, concisión y brevedad en los criterios. Se espera así que el manual sea útil para la práctica clínica y para el mejor entendimiento entre clínicos e investigadores.

Oponiéndonos diametralmente a estas aseveraciones, en el presente apartado intentaremos dar cuenta del postulado de que utilizar el mismo diagnóstico en dos momentos distintos de un tratamiento, o dos diagnósticos distintos para un mismo caso clínico, no altera la dirección general del tratamiento, lo que marcaría la discrepancia entre esta herramienta nomencladora y su correlato con la estrategia clínica, y por ende cuestiona su utilidad clínica.

A continuación nos referiremos sucintamente al caso clínico de Tobías, quien es atendido en un Centro de día. Actualmente tiene 20 años de edad. Está diagnosticado con Autismo de Kanner, es decir, lo que en términos del DSM-IV equivaldría al Trastorno Autista. Desde que ingresara con 7 años a la institución en el año 1994 se han trabajado aspectos del autovalimiento (alimentación con cubiertos, utilización del baño, respuesta a consignas simples, etc.) los cuales progresivamente fueron incorporados con éxito relativo a su acervo adaptativo mínimo. No obstante ello, los fuertes rasgos de autoaislamiento, tendencia a la mismidad, perseverancia, las figuras autistas de sensación y la manipulación idiosincrásica de los objetos, siguen siendo las características principales sobre las que se asienta su modo de funcionamiento psíquico y la vinculación con los otros.

Tiende a conectarse por medio de la mirada, aunque su expresión es de desinterés por el otro, de manera que si deposita la mirada en uno genera la sensación de que se es mirado aleatoriamente, como a un objeto más, a pesar de que la dirección de la mirada inequívocamente apunta hacia uno. Cuando se transita el espacio en el que se encuentra Tobías, su actitud es de indiferencia plena. Al proponerle alguna actividad puede responder con distintos niveles de conexión, siempre dando la sensación al que interviene de que podría estar haciendo tanto eso como cualquier otra cosa; cierta sensación de fragilidad y transitoriedad, como si el transcurrir del tiempo posterior pudiera borrar por completo aquello mínimamente compartido en ese instante. Justamente eso es lo que sucede: tras un momento de conexión o una serie de acciones compartidas, lo que resta para el próximo encuentro es la necesidad de reconstruir la totalidad del escenario y la escena (13) para volver a encontrar algo de aquello que se había compartido en el encuentro anterior. Esto ha motivado la conceptualización de los efectos efímeros en la clínica del autismo

(2). Ahora bien, el momento en que una intervención es exitosa, o permite cierto nivel de vinculación no dado espontáneamente, marca una ruptura con la modalidad interaccional que el sujeto autista propone incluso con las personas conocidas. Comprender que en ese punto se produce una modificación en la cualidad de la “alteración cualitativa de la interacción social”, la “alteración cualitativa de la comunicación” y los “patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados”, es poder relativizar la rigidez de la nominación del trastorno y poner en primer plano la pregunta acerca de cómo se ha intervenido para generar estas modificaciones.

Llegado determinado punto del tratamiento de Tobías, quien comparte un grupo compuesto por otros sujetos con sintomatología autista, se adopta una modalidad de intervención a nivel grupal. Hablamos de grupalidad en sentido laxo, haciendo referencia al intento de que circule colectivamente cierto sentido, motorizado por el terapeuta que interviene, y que oficie de facilitador de la conexión de los sujetos presentes.

2.a. La intervención

El salón está minado de pelotas desparramadas en el suelo. Las hay amarillas, bordó, y un algunas verdes. Son de goma, un poco más chicas que las de fútbol 5 y tienen rayas negras que imitan los gajos de las de vóley, pero todas igualmente ignoradas por Tobías, quien sentado en el suelo se reclina contra una pila de colchonetas. Tomo algunas y se las alcanzo arrojándoselas. Tobías comienza rechazando las amarillas, como si les tuviera cierto temor. Las lanza lejos de sí, apuradamente. En el suelo hay un juego de aros blandos que se enhebran en una torre cilíndrica, también blanda, y otro juego parecido pero de menores proporciones y duro, con anillitos de plástico que se insertan en una larga varilla de plástico con una especie de plato como base.

Dentro del salón se encuentra la asistente a cargo del grupo, quien participa del intercambio en la medida en que es incluida. Tomo una pelota bordó y lo incito a que la tome cuando se la lanzo. Verbalizo en todo momento mi intención y festejo a cada logro interaccional, no felicitándolo sino haciendo explícito mi sentimiento; en este sentido es que se trabaja poniendo en palabras lo acontecido durante todo el intercambio. Esta vez Tobías responde rápidamente al juego del pase de la pelota. Dirige su tiro claramente hacia mí. Cuando le pido que se la pase a la asistente también lo hace, con asombrosa direccionalidad, a pesar de que su postura corporal demuestra desinterés, todavía reclinado contra la alta pila de colchonetas.

Después de sostener el juego del pase de la pelota durante unos minutos, se dirige a enhebrar los anillitos de plástico en la varilla larga rígida. Le alcanzamos más. Me los pongo en los dedos y él los va sacando y colocando en la varilla. Acto seguido vuelco todos los anillos y los vuelve a enhebrar. Me escupe, algo que había dejado de hacer desde hacía ya un tiempo. Me quedo perplejo unos instantes porque no esperaba esa reacción. Le arro-

jo una pelota de goma que rebota en su cabeza, no como escarmiento, sino demostrando mi molestia y desagrado por su acción, es decir, explicitando mi estado de ánimo ante su conducta. Le digo que no me escupa, que no me gusta que haga eso y que no podría seguir jugando con él si lo repitiera. Tardo en reanudar el trabajo porque me siento algo fuera de la escena que construíamos juntos, enojado.

Retomo el trabajo con las pelotas. Se hace más evidente que no quiere las amarillas. Las rechaza selectivamente cada vez que le propongo trabajar con ellas. Contrariamente acepta las bordó y me las alcanza en un juego de intercambio claro. No hay allí movimientos estereotipados ni manierismos. Toma la pelota y me la tira cuando se la pido, lo mismo hace con la asistente. Cuando incito a otro de los pacientes para que le pase una pelota (dirigiendo su cuerpo hacia Tobías y explicitándole que se la de) él se la alcanza y Tobías la arroja hacia mí. Toda vez que interviene cualquiera de los otros pacientes, movilizado por mí, Tobías responde a éste en la medida en que luego direcciona su atención hacia mí por ser yo quien motoriza los acontecimientos.

Se lo ve contento y tranquilo, mostrando una sonrisa sin destinatario, estereotipada, pero que no obstante exhibe sólo cuando se encuentra calmo. Durante este trabajo no utiliza la pelota como objeto autístico, ni realiza figuras autistas de sensación, tal como las describe Tustin (20), excepto el balanceo muy esporádicamente.

Al abandonar el intento de trabajo grupal hago rebotar simultáneamente con ambas manos dos pelotas bordó contra el piso. Las pelotas rebotan asimétricamente y en un recorrido corto (estoy acucillado frente a Tobías). Esto le genera regocijo. Continúo haciéndolo porque no se asemeja a ninguna de las acciones autosensibles que le atraen o que lo llevan a conducir mi mano para que continúe la sensación. Dejo de hacerlas picar y se las doy. Levanta ambas manos y las toma, empujándolas en el aire hacia mí. Se ríe, complacido por el espectáculo. Me las entrega, pero sin tomar mis manos para que ellas continúen el movimiento de las pelotas de manera fenomenista, como acostumbra. Noto que se interesa por el espectáculo más que por la sensación que le produce el confundir el movimiento de sus manos con las mías. Entonces las vuelvo a hacer picar. Así lo hacemos algunas veces más, siempre con notorio interés por su parte en el intercambio. Por mi parte, explícito en voz alta el regocijo que me causa el poder picar las pelotas con semejante asimetría.

Me retiro del salón con la sensación de que esta ha sido la vez en que Tobías ha accedido más claramente a un intercambio pautado. La temporalidad en la espera y el diálogo motriz puesto en escena, difícil de describir en la experiencia relatada, dieron cuenta de cierta forma de interacción social, cualitativamente distinta a la que este mismo paciente nos tiene acostumbrados.

2.b. Comentario

Si tuviéramos que anteponer un diagnóstico a la singularidad de Tobías, diríamos sin duda que posee un Tras-

torno Autista. Ahora bien, Tobías posee este diagnóstico ahora, y lo poseía también cuando el tipo de intercambio relatado en la experiencia era mucho menos claro, o nulo (días antes había rechazado o ignorado intentos de trabajo similares). Sin embargo, hay una diferencia cualitativa al interior del mismo cuadro y la misma persona, alteración positiva para el tratamiento que marca la discrepancia entre el diagnóstico y la realidad clínica a la que éste hace alusión. No parece coherente denominar de la misma manera el cuadro que presenta Tobías en un momento de plena desconexión y en un momento de interacción social clara, por más que esta última esté signada por lo efímero del efecto clínico (2).

Vemos así que en dos momentos diversos del tratamiento de este sujeto autista el nominar al trastorno de la misma forma no aporta ningún elemento de análisis útil para la intervención clínica, al contrario: congela bajo un mismo nombre una realidad que, si bien poco cambiante, es dinámica en relación a lo que ese epíteto nomina. Podríamos decir que el sujeto sigue teniendo las “alteraciones cualitativas” mencionadas, pero considerarlas como factores persistentes obliga a anular los cambios que en su interior se producen. De esa forma no resulta excesivo decir que se falsea la imagen que se tiene de la potencialidad de ese sujeto, naturalizando aquellas acciones que no realiza por encajar dentro de la sintomatología descripta.

Como contraparte, si tuviéramos que evaluar la estrategia clínica general para abordar tanto un caso de Trastorno Autista como uno de Trastorno de Asperger, a nuestro criterio no habría más diferencia entre ambos trastornos que al interior de varios casos de cada uno de ellos.

Más allá de la discusión acerca de la existencia ontológica de cada trastorno por separado, y de los múltiples trabajos que los alinean en un continuo o los clasifican como de órdenes distintos, es indudable la cantidad de síntomas que presentan en común. Considerando esto, si bien la razón teórica que justifica la forma en que pensamos la necesidad de intervenir terapéuticamente con sujetos autistas ha sido tratada en otro artículo (3), diremos, a propósito de la comparación entre estos dos trastornos, que en ambos casos la intervención debe dirigirse a deshacer la trama sintomática que se presenta en forma de:

- Autoaislamiento
- Movimientos y lenguaje estereotipados
- Repetición autosensible de
 - movimientos
 - objetos o palabras
 - logros intelectuales “brillantes” o conductas adaptativas “exitosas”

En otro trabajo (3) hemos advertido sobre el hecho de que la creación de sentido por parte de quien dirige el tratamiento es opuesta a la producción de estereotipias, ya que el lenguaje tiene la característica de ser no totalizable, equívoco, polisémico, y arbitrario, o sea, simbólico, y las estereotipias se caracterizan justamente por lo opuesto: la repetición de lo mismo y la creación de ciclos reiterativos.

De acuerdo a esta forma de abordaje, introducir la dimensión del lenguaje en las intervenciones en actos con autistas tanto así como con síndrome de Asperger implica suponer que ese lenguaje puede ser significado por ese sujeto, y que esa significación, por precaria que sea, es un punto de partida para la construcción de significaciones posteriores o distintas a las que el cuadro ha rigidizado. Así apostamos a su existencia, a que del otro lado de la rígida estructura sintomática hay alguien que la produce, y no una fortaleza vacía (5) que debe ser circunscripta a los cánones de un grupo de síntomas.

Tapella y Cerdá (18), desde un abordaje fonológico que trasciende por mucho el mero interés por el aspecto fonológico del lenguaje, delimitan ciertas pautas técnicas para trabajar con niños autistas. Al respecto marcan una diferencia entre la forma de intervenir con niños que no poseen lenguaje y con los que han accedido a cierta producción lingüística. Creemos, sin embargo, que a pesar de esta diferencia que establecen (fácilmente analogable con las características de los dos síndromes que nos ocupan), la dirección general de la intervención no se modifica, ya que en ambos casos se dirigen a:

- la introducción contextualizada de sentidos;
- el vínculo que éstos tienen con las acciones ejecutadas;
- la suposición de que esa introducción que opera el terapeuta tiene un destinatario que existe como tal;
- el mayor o menor acento en cuestiones fonológicas, morfológicas, semánticas o pragmáticas según el nivel de producción del sujeto, pero cuya complejidad en la producción lingüística no suprime la necesidad de contemplar los puntos anteriores.

Mencionaremos brevemente algunas modalidades de intervención para los niños autistas sin desarrollo de lenguaje. Describen recursos tales como el contacto con o sin utilización de objetos intermediarios, estableciendo diferentes tiempos de respuesta por parte del sujeto, y asignándoles a éstos un significado vinculado con el entorno en el que surge, aunque el sujeto no lo produzca espontáneamente ni le atribuya intencionalidad.

Asimismo estas autoras (18), citando a Johnston y Johnston, rescatan las siguientes características comunicativas del lenguaje asimétrico: empleo de un lenguaje gramaticalmente correcto aunque simplificado, significativo, con repeticiones, tono de voz elevado, entonación remarcada y con una mayor frecuencia de sentencias imperativas e interrogativas, etc. También el tomar la iniciativa del sujeto e introducirla en juegos de alternancia se evalúa como una de las vías privilegiadas.

Si bien la interpretación personal de esta estrategia general puede llevar a modos diversos de intervención, acentuando una modalidad más pedagógica del lenguaje o, por el contrario, una en la que éste devenga significativo a través del intercambio establecido en primera instancia, acordamos con la perspectiva de las autoras en el hecho de que lo que debe interesarnos es poner de relieve la génesis de la posibilidad de comunicación, previa a toda evolución de la comprensión lingüística. En este sentido, circunscribiendo el abordaje clínico a

los parámetros mencionados, la distinción entre los dos trastornos que propone el DSM-IV deviene fútil. Esto contrasta con la mención que se hace en el apartado sobre el sistema multi-axial donde se explicita la ayuda que éste puede brindar al clínico en el planeamiento del tratamiento y en la predicción de resultados (1).

3. Discusión

A través del análisis exhaustivo de los ítems con los que el manual DSM-IV describe sintomáticamente al Trastorno Autista y al Trastorno de Asperger, hemos llegado a la conclusión de que no resultan suficientes para establecer un diagnóstico diferencial válido. La superposición categorial y la intervención del criterio subjetivo del evaluador oculto tras la apariencia de la objetividad brindada por el manual, son los elementos de análisis que nos llevan a dicho resultado.

Esta falta de claridad trasciende por mucho el mero interés analítico acerca de cuáles ítems se superponen y generan confusión. No debe perderse de vista el hecho de que el DSM-IV es un manual diagnóstico y estadístico. Una de las consecuencias más graves del análisis de la función clasificatoria del manual sería que no podría tomarse como herramienta confiable al momento de un relevamiento estadístico que implique el diagnóstico diferencial de estos dos trastornos.

Por otra parte, mostrando un corte de una sesión en el contexto del tratamiento de Tobías, se ilustró cómo la utilización de uno u otro diagnóstico no alteraría la forma general de trabajo. Esto sería así siempre que se considere, al menos, la modalidad de abordaje clínico vinculada a la introducción de la dimensión del lenguaje en los actos.

Si bien esto podría ser interpretado como un cuestionamiento mucho más general acerca de la pertinencia o no de la utilización de diagnósticos en este tipo de casos, o en la psicopatología en general, resulta evidente que la reducción de ambos trastornos a un listado tabulado de síntomas conmina al sujeto diagnosticado a los márgenes rígidos de una patología que no deja resto a la expresión de las variaciones que presenta en

su interior, y difícilmente permita al clínico apartarse de dicho rótulo.

El hecho de analizar la función clínica del manual en función de un solo caso, diagnosticado como autismo, evidentemente resulta una limitación si se espera de éste una demostración sustentada por el peso de la casuística. No obstante cabe preguntarse si una extensa muestra de casos clínicos aportaría elementos enriquecedores para un análisis cualitativo como el desplegado en el presente trabajo.

Sea como fuere, a través de este único caso se pretendió graficar cómo la utilización de un mismo diagnóstico en dos momentos diversos del tratamiento de Tobías hizo que deba relativizarse el papel que cumple esa nomenclatura. Así es como denominar el cuadro con un único nombre, que pretende abarcar la totalidad de las conductas y modos vinculares de este sujeto, resultó incompatible con la variabilidad de esas formas y los momentos en que éstas variaron en función de la intervención clínica.

Se consideró también la situación inversa: la inmutabilidad de la estrategia general de abordaje en función del diagnóstico de cualquiera de los dos trastornos. Ello, si bien también depende de la modalidad terapéutica esbozada en el trabajo, encuentra su fundamento en las características esenciales (que trascienden los logros ligados al aprendizaje de contenidos con mayor o menor nivel intelectual) que comparten ambos cuadros en función del análisis arriba expuesto.

Quien esté familiarizado con el método científico entenderá que no es epistemológicamente sostenible suponer que de un caso clínico se puedan extraer aserciones definitivas para sostener uno o varios postulados; sería sin duda expresión del inductivismo más ingenuo (o del refutacionismo más laxo). Por el contrario, si se considera el carácter ilustrativo del caso de Tobías, se comprenderá que hemos intentado poner de manifiesto un atolladero con el que nos encontramos constantemente en la práctica clínica concreta: la carencia de herramientas relevantes que brinda el DSM-IV para abordar clínicamente casos de Trastorno Autista y Trastorno de Asperger ■

ANEXO

Criterios para el diagnóstico de F84.0 Trastorno autista [299.00]

A. Un total de 6 (o más) ítems de (1), (2) y (3), con por los menos dos de (1), y uno de (2) y de (3):

(1) Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:

- (a) Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como son el contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social
- (b) Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros adecuadas al nivel de desarrollo
- (c) Ausencia de tendencia espontánea para compartir con otras personas disfrutes, intereses y objetivos (p. ej., no mostrar, traer o señalar objetos de interés)
- (d) Falta de reciprocidad social o emocional

(2) Alteración cualitativa de la comunicación manifestada al menos por dos de las siguientes características:

- (a) Retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral (no acompañado de intentos para compensarlo mediante modos alternativos de comunicación, tales como gestos o mímica)
- (b) En sujetos con un habla adecuada, alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros
- (c) Utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrásico
- (d) Ausencia de juego realista espontáneo, variado, o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo

(3) Patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados, manifestados por lo menos mediante una de las siguientes características:

- (a) Preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal, sea en su intensidad, sea en su objetivo
- (b) Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales
- (c) Manierismos motores y repetitivos (p. ej., sacudir o girar las manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo)
- (d) Preocupación persistente por partes de objetos

B. Retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas, que aparece antes de los tres años de edad: (1) interacción social, (2) lenguaje utilizado en la comunicación social o (3) juego simbólico o imaginativo.

C. El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de Rett o de un trastorno desintegrativo infantil.

Criterios para el diagnóstico de F84.5 Trastorno de Asperger [299.80]

A. Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:

- (1) Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como son el contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social
- (2) Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros apropiadas al nivel de desarrollo del sujeto
- (3) Ausencia de tendencia espontánea a compartir disfrutes, intereses y objetivos con otras personas (p. ej., no mostrar, traer o enseñar a otras personas objetos de interés)
- (4) Falta de reciprocidad social o emocional

B. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados, manifestados al menos por una de las siguientes características:

- (1) Preocupación absorbente por uno o más patrones de interés estereotipados y restrictivos que son

anormales, sea por su intensidad, sea por su objetivo

(2) Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales

(3) Manierismos motores y repetitivos (p. ej., sacudir o girar manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo)

(4) Preocupación persistente por partes de objetos

C. El trastorno causa un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, laboral y otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. No hay retraso general del lenguaje clínicamente significativo (p. ej., a los 2 años de edad utiliza palabras sencillas, a los 3 años de edad utiliza frases comunicativas).

E. No hay retraso clínicamente significativo del desarrollo cognoscitivo ni del desarrollo de habilidades de autoayuda propias de la edad, comportamiento adaptativo (distinto de la interacción social) y curiosidad acerca del ambiente durante la infancia.

F. No cumple las criterios de otro trastorno generalizado del desarrollo ni de esquizofrenia.

Referencias bibliográficas

1. American Psychiatric Association, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-IV. Barcelona, Masson, 1995.
2. Areta, J. Los efectos efímeros en la clínica del autismo. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales* 2006; 23: 43-50.
3. Areta, J. La introducción de sentidos en actos. *El Cisne* 2008; XVIII (213): 28-29.
4. Asperger H. Autistic psychopathy in childhood. Translated and annotated by U. Frith. En: Frith U., editor. *Autism and Asperger syndrome*. Cambridge: Cambridge University Press, 1991. p. 37-92.
5. Bettelheim B. La fortaleza vacía. El autismo infantil y el nacimiento del sí mismo. Barcelona, Editorial Laia, 1987.
6. Bishop DVM. Autism, Asperger's syndrome and semantic-pragmatic disorder: Where are the boundaries? *British Journal of Disorders of Communication* 1989; 24: 107-121
7. Dickerson Mayes S., Calhoun SL. & Crites DL. Does DSM-IV Asperger's Disorder Exist? *Journal of Abnormal Child Psychology* 2001; 29 (3): 263-271.
8. Eisenberg L. & Kanner L. Early infantile autism 1943-1955. *American Journal of Orthopsychiatry* 1956; 26: 556-566.
9. Ettenmajer, R., Prior, M., Leekman, S., Wing, L., Gould, J., Weiham, M., et al. Comparison of clinical symptoms in autism and Asperger's disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1996; 35: 1523-1531.
10. García Morente M. Lecciones preliminares de filosofía. 4ª reimp. México, Editores Mexicanos Unidos, 1992.
11. Ghaziuddin, M., Tsai, LY. & Ghaziuddin, N. Brief report: A comparison of the diagnostic criteria for Asperger syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 1992; 22: 643-649.
12. Hornstein, L. Las depresiones. Buenos Aires, Editorial Paidós, 2006.
13. Levin, E. Discapacidad. Clínica y educación. Buenos Aires, Editorial Nueva Visión, 2003.
14. Manjiviona, J. & Prior, M. Comparison of Asperger syndrome and high-functioning autistic children on a test of motor impairment. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 1995; 25: 23-39.
15. Miller, JN., & Ozonoff, S. Did Asperger's cases have Asperger disorder? A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1997; 38: 247-251.
16. Rodulfo, MP. La clínica del niño y su interior. Buenos Aires, Editorial Paidós, 2005
17. Szatmari, P., Archer, L., Fisman, S., Streiner, DL. & Wilson, F. Asperger's syndrome and autism: Differences in beha-

- ...vior, cognition, and adaptive functioning. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1995; 34: 1662-1671
18. Tapella MM. y Cerdá MM. Perspectivas en el abordaje terapéutico fonoaudiológico de los trastornos del lenguaje en el autismo infantil. En Tallis J., editor. *Autismo infantil: lejos de los dogmas*. 1ª reimp. Buenos Aires: Miño y Dávila editores, 2005. p. 135-158.
 19. Torres Iglesias, AJ., Caballero Andaluz R. & Rodríguez Sacristán J. ¿Es el Síndrome de Asperger un diagnóstico válido en la actualidad?". *psiquiatría.com*. 2001; 5 (2) [3 pantallas]. Disponible en http://psiquiatria.com/articulos/trastornos_infantiles/3381/
 20. Tustin F. *Barreras autistas en pacientes neuróticos*. Buenos Aires, Amorrortu, 1989
 21. Wing, L. Asperger Syndrome: a clinical account. *Psychological Medicine* 1981; 11: 115-130.
 22. Wing, L. The definition and prevalence of autism: a review. *European child and adolescent psychiatry* 1993; 2 Issue 2: 61-74.
 23. Winnicott, DW. *Autismo*. En: *Acerca de los niños*. 1ª reimp. Buenos Aires: Editorial Paidós, 2004. p. 239-258.
 24. Wintrebert D. La comprensión del retraso mental exige un abordaje multidimensional. Entrevista a Roger Misès. *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría* 2001; XII: 289-290.



SIRR

Sistema
Integrado de
Rehabilitación y
Reinserción

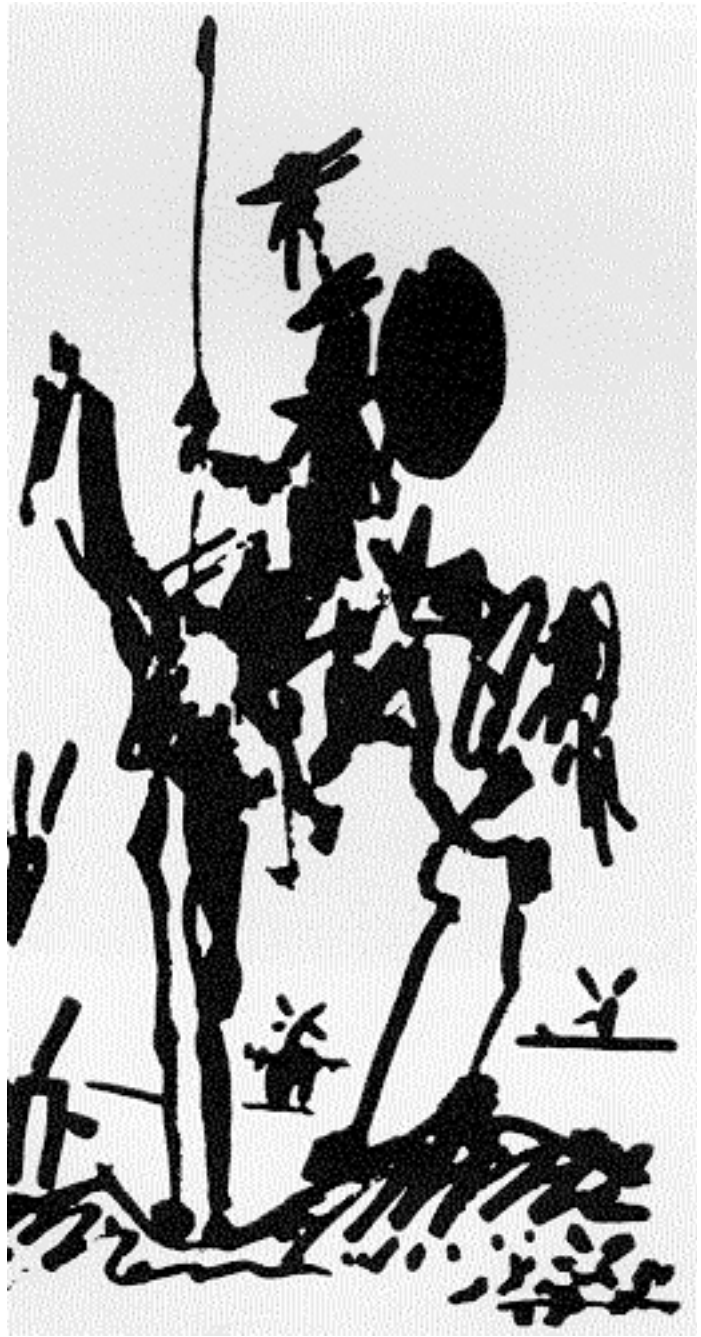
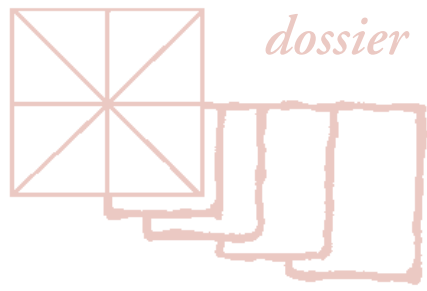
Rehabilitación, Reinserción Social y Laboral para personas que padecen trastornos mentales severos, a través de un abordaje interdisciplinario y con programas individualizados para el logro de su plena integración y adecuada evolución.

Estos programas se desarrollan en un período de tiempo acotado de acuerdo a los objetivos de rehabilitación establecidos previamente, tiempo durante el cual los usuarios del sistema (en cualquiera de sus modalidades) tienen asistencia psiquiátrica y psicológica con profesionales externos a nuestro equipo.

Ofrecemos los siguientes dispositivos:

- Evaluación integral (neurocognitiva y socio-ocupacional)
- Residencia
- Unidad convivencial supervisada
- Programa de rehabilitación ambulatorio individualizado
- Centro de fin de semana
- Reinserción social
- Capacitación laboral
- Reinserción laboral con tutoría.
- Unidades Productivas
- Empresa social

Av. Juan de Garay 1450 C1153ABY, Buenos Aires, Argentina. Tel: 4305-2272
Email info@sirrsa.com.ar Web : www.sirrsa.com.ar



DELIRIOS

Coordinación
Norberto Aldo Conti
Juan Carlos Stagnaro

El punto, el proceso, la transición, o como se quiera llamar a esa sucesión de vivencias inefables que marcan en la cultura el pasaje de lo percibido como normalidad a su calificación como fenómeno delirante, ocupó a los médicos occidentales desde los griegos. La conducta expresada en la metáfora “salirse del surco” (delirare), fue identificada como indicio de locura desde la medicina antigua y recorrió, por más de diez siglos, un sinuoso y misterioso camino explicado por furias, posesiones demoníacas, éxtasis místicos, excentricidades e iluminaciones de todo tipo.

Ya en pleno Iluminismo, en el nacimiento de la psiquiatría como especialidad médica a fines del siglo XVIII y principios del XIX, Pinel, sus inspiradores y sus émulos, intentaron delimitar esa esquiva frontera entre la Razón y su ausencia creando territorios extranjeros entre sí. Forjaron para ello la noción de Alienación Mental, la Eintheinpsychose o “enfermedad única” que, amalgamando en ella, la noción popular de “loco” y la jurídica de “alienado” incluyó definitivamente en la medicina el último producto del largo camino de naturalización de la locura.

Luego se entró en la época de clasificar exhaustivamente las formas de esa locura devenida en Enfermedades Mentales. La larga serie de minuciosas observaciones sobre los períodos de estado, las evoluciones y las formas terminales dejará sus jalones más prestigiosos en la locura circular, la catatonía, la parálisis general, el delirio alcohólico o el del haschisch, la hebefrenia, la locura del tacto y de la duda, la anorexia histérica, y tantas otras descripciones en las que abundó la clínica clásica. En la primera década del siglo XX el prototipo

de la locura para la medicina mental tomó la forma de la esquizofrenia descrita por Eugene Bleuler. Se construyó de esa manera el riquísimo edificio de la semiología clásica: en el universo cerrado de los asilos franceses y alemanes, psiquiatras y pacientes convivieron y hablaron hasta lo indecible para construir juntos las variedades descriptivas del pensamiento delirante. El minucioso recorrido de esa producción que presenta Norberto Conti en su artículo y el seguimiento exhaustivo de la serie de ediciones del Lerhbuch de Kraepelin que realiza Eduardo Luis Mahieu en el suyo ilustran claramente ese esfuerzo.

Con la introducción del vocablo Psicopatología en el léxico técnico de la psiquiatría a principios del siglo XX, (la “Psicopatología General” de Karl Jaspers [1913], la “Psicopatología de la Vida Cotidiana” de Sigmund Freud [1901] y la del “Tratado Internacional de Psicología Patológica” de Auguste Marie [1910]) comienza a dominar en la psiquiatría el interés por la búsqueda de teorías explicativas de las alteraciones mentales -otras que la de la degeneración mental- más que el centrado en la descripción semiológica exhaustiva de los cuadros a fin de ordenar clasificaciones nosográficas.

En ese nuevo contexto cobró una importancia fundamental el definir, lo más cerca y detalladamente posible de sus fuentes, el momento de la descompensación, el trágico instante de la pérdida de la unidad razonante y clara de la conciencia del sujeto. Ya algún trazo de inspiración habían dejado, durante el siglo XIX, Pinel con su metáfora del trastorno epigástrico, Joseph Guislain con ese dolor psíquico que precedía a la locura y que llamó

“frenalgia inicial” y Wilhelm Griesinger con la descripción del momento de comienzo de lo que denominó “metamorfosis del Yo” en la entrada en la alineación mental. Pero es quizás Friedrich. W. Hagen en su libro sobre las “Fixen Ideen” de 1870, quien se constituye en antecedente más inmediato de los desarrollos posteriores de la conceptualización de las psicosis agudas, cuando designa con el término Wahnstimmung (de wahn: delirio y stimmung: temple del ánimo) a un particular estado de ánimo que precedía, según su observación, a ciertos delirios y que parecía constituirse en la fuente de los mismos, aunque no en su motivo. Tal situación, afirmaba Hagen, precipita al sujeto, debilitado en su Yo, en el desconsuelo e inseguridad impulsándolo a buscar un punto de apoyo que finalmente encontrará en la irrupción de ideas delirantes.

Durante la primera mitad del siglo XX y, en particular en sus primeras décadas, se concentran los aportes de cinco grandes autores: Eugene Bleuler, Karl Jaspers, Gaétan Gatian de Clérambault, Klaus Conrad y Henri Ey; quienes intentaron, con diversas referencias teóricas, dar cuenta de una explicación coherente de los fenómenos agudos que se presentan en la descompensación psicótica y de la génesis de la producción delirante posterior: esos “neomundos” privados que constituyen nuevas formas de ser-en-el-mundo propias de los delirios crónicos. Tres acontecimientos vinieron a modificar ese estadio de la clínica. El primero fueron los desarrollos postfreudianos con su postulación de un sentido de la producción delirante, un intento de curación de la desarticulación del aparato psíquico. Véase

para ello la apretada y precisa síntesis sobre tan vasto conjunto de aportes que propone para este Dossier Alberto Solimano. El segundo fue la introducción, desde mediados del siglo XX, de los fármacos antipsicóticos que condujeron a darle prioridad a la liquidación de los síntomas productivos y luego a preocuparse por el remanente deficitario de las psicosis. El tercero, las investigaciones de la neurobiología que empiezan a arrojar datos sobre las alteraciones del sustrato cerebral en estas enfermedades. Como sea queda la clínica gobernando soberana sobre el tema. Una clínica que corre el peligro de ser aplanada por las clasificaciones criteriológicas que simplifican hasta la inoperancia las nociones vinculadas a la definición e identificación del pensamiento delirante. Afortunadamente, el interés por esa dimensión de la subjetividad sigue vivo en los clínicos y la polémica continúa. Expresión de ello son los artículos que desde distintas perspectivas de análisis presentan en las páginas que siguen Federico Rebok y Dominique Wintrebert y la fecunda discusión propuesta por Henri Ey sobre el fenómeno alucinatorio que propone Humberto Cassarotti. Es evidente que solo podemos publicar algunos aportes que visitan aspectos parciales de una problemática clínica tan actual y tan compleja. Nos damos por satisfechos si logramos inducir en nuestros lectores un interés renovado por el tema invitándolos a soportar la incertidumbre generada por un no saber infatigablemente en busca de nuevas significaciones. La misma, que a nuestro parecer, debe constituir la posición subjetiva del psiquiatra enfrentado a la terapéutica de las psicosis ■

Psicosis Delirantes Crónicas

Norberto Aldo Conti

Profesor Titular de Historia de la Psiquiatría (USAL)

Profesor Adjunto de Psicología y Psiquiatría Fenomenológica y Existencial, Facultad de Psicología (UBA)

Profesor de Filosofía, Carrera de Médicos Especialistas en Psiquiatría, Facultad de Medicina (UBA)

Ex -Presidente del Capítulo de Epistemología e Historia de la Psiquiatría (APSA), 2000-2004

Jefe de Servicio de Psiquiatría, Hospital José T. Borda (GCBA)

1. Introducción

En el presente artículo se intenta una presentación de conjunto de los aspectos históricos, nosográficos, etiopatogénicos y clínicos de todos aquellos cuadros que desde mediados del siglo XIX fueron reconocidos y diferenciados en base a la presencia de ideas delirantes y a su evolución crónica, siendo definidos por Henri Ey con el nombre de Psicosis Delirantes Crónicas, el cual, a nuestro juicio, sigue siendo la forma más adecuada de denominarlos.

2. Desarrollos Nosográficos: una visión histórico-epistemológica

La psiquiatría moderna (1,10,27,34), que comienza

con el alienismo de Pinel (1745-1826) a principios del siglo XIX (30), experimenta el proceso de conformación de sus grandes grupos nosológicos en la segunda mitad de ese siglo; en efecto, es a partir del surgimiento del concepto de *enfermedades mentales* que comienzan a desmembrarse del magma de la alineación mental los grupos característicos que quedarán conformados sobre fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX y que, con diferentes derroteros, llegarán prácticamente hasta nuestros días (3,10). Un primer paso fundamental en esa dirección fue la diferenciación de los trastornos afectivos reservando a partir de allí el término manía y melancolía para las alteraciones del estado de ánimo en el sentido de exaltación o depresión y desprovistos de la presencia del

Resumen

Los delirios crónicos constituyen una de las unidades de organización de la clínica psiquiátrica moderna tal cual ésta se conformó desde mediados del siglo XIX.

En el presente artículo se expone el proceso de surgimiento y diferenciación de estos cuadros clínicos en relación a los diferentes marcos teóricos que permiten su justificación desde el siglo XIX hasta el surgimiento de las clasificaciones globalizantes (DSM y CIE) observando su inclusión o desaparición en las mismas.

Posteriormente se presentan las características clínicas de presentación y evolución de sus cuadros más destacados.

Palabras claves: Delirios crónicos – Paranoia – Parafrenias – Delirio de interpretación – Delirio de persecución – Celotipias – Erotomanías.

CHRONIC DELIRIOUS PSYCHOSIS

Summary

Chronic delusions are one of the organization units of modern psychiatry since it took shape around the middle of the 19th century.

This paper states the emergence and differentiation process of these clinical manifestations in relation to the different theoretical frameworks that explain them, from the 19th century to the rise of encompassing classifications (DSM and CIE) while pointing out their inclusion or disappearance.

Then it exposes the clinical characteristics of the appearance and evolution of its main clinical manifestations.

Key words: Chronical delusions - Paranoia – Paraphrenia – Interpretative delusion – Persecutorial delusions- Zelotypia – Erotomaniae.

síntoma *delirio* como definitorio de esos dos diagnósticos (4,10,13). Un segundo paso consistió en el reconocimiento y diferenciación de todos aquellos cuadros en los cuales lo esencial del trastorno era precisamente el *delirio* más allá del colorido afectivo que este pudiera denotar, el concepto mismo de *enfermedad mental*, entendida como entidad clínico-evolutiva permitió una primera diferenciación del delirio según su evolución, tal como lo postuló J.P.Falret (1794-1870) al proponer tres etapas en el desarrollo del delirio 1. Incubación, 2. Sistematización y 3. Elaboración, entendiendo que el origen del mismo estaría en una modificación orgánica primitiva que permitiría la aparición de una lógica morbosa a la que llamó *trabajo del delirio*; (3,9,10,14,18) contemporáneamente J. Laseguè (1816-1883) describió, en 1852, el *Delirio de Persecución*, que será uno de los ejes de la psiquiatría clínica francesa.(3,5,14) Poco tiempo después Morel (1809-1873) publica su obra *Teoría de la Degeneración* (1857) que será la base de las clasificaciones acerca de los delirios durante el último tercio del siglo XIX tanto en Francia como en Alemania, justamente su discípulo J.J.V. Magnan (1835-1916) es el autor que domina el pensamiento acerca de los delirios en Francia durante esa época. Para este autor los delirios crónicos se dividían por la hipotética base de un terreno degenerativo o sano (3,8,10,14). El terreno degenerativo estaba caracterizado por la presencia de estigmatología física y psíquica.

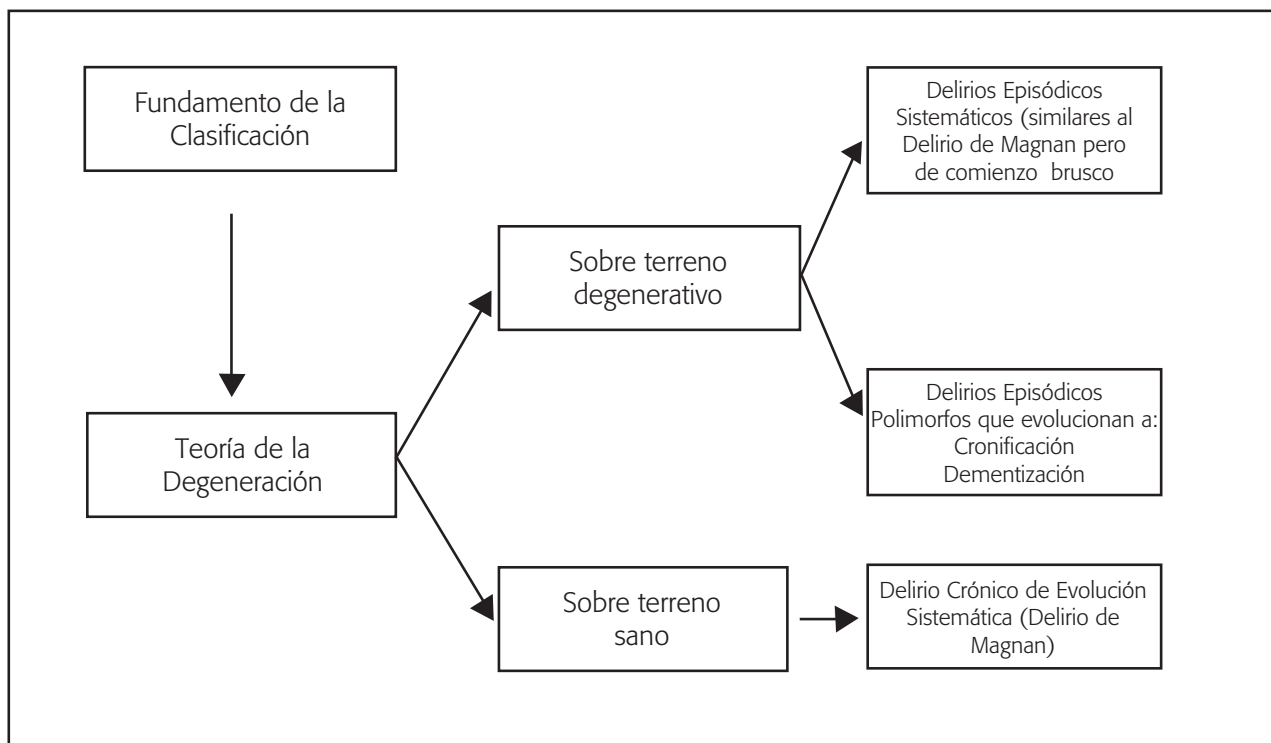
La estigmatología psíquica podía ser: debilidad mental, rarezas, extravagancias, impulsividad, sobre valoración, ambivalencia.

De esta manera el grupo de los degenerados constitucionales incluía: los delirios episódicos polimorfos, los delirios de la demencia paranoide y algunos delirios sistematizados que sólo se diferenciaban de la entidad de Magnan por su comienzo brusco. Por oposición al anterior definía Magnan el grupo cuya única entidad era el delirio que lleva su nombre (definido por él como *delirio crónico de evolución sistemática*), el cual se trata de una psicosis instalada en la madurez sobre un terreno sin antecedentes degenerativos, cuyo desarrollo era esencialmente sistemático pasando por cuatro períodos:

- Inquietud e interpretación
- Persecución y sistematización
- Grandeza
- Demencia

En 1911 Gilbert-Ballet (1853-1916) reacciona contra las ideas de Magnan considerando que este autor hace una excesiva y arbitraria división de los enfermos delirantes crónicos. Para este autor entre el delirio de Magnan y las psicosis degenerativas alucinatorias no hay diferencias sustanciales. La evolución, variable en grado extremo, puesto que unos iban a la demencia, otros curaban y otros eran delirantes crónicos, no eran para él razones

Los Delirios Crónicos en la Clasificación de Magnan

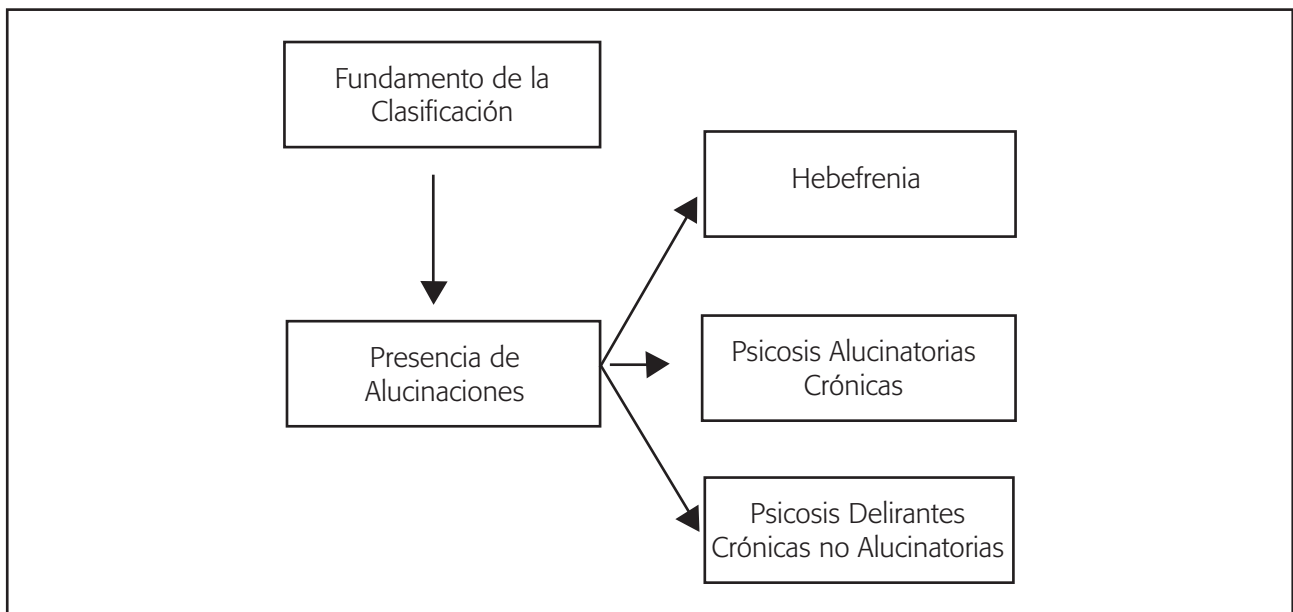


Norberto Aldo Conti, 1993

suficientes para diferenciarlos (2,3,5,10,14). Concluye así por formar un grupo aún más heterogéneo, las Psicosis Alucinatorias Crónicas; de esta manera con el solo elemento común del fenómeno alucinatorio, la presencia del delirio y la supuesta cronicidad quedan englobados en este grupo todos los delirios con alucinaciones desde las más robustas organizaciones sistemáticas hasta las incongruentes fantasías de la demencia paranoide.(31)

Este grupo clínico, propuesto por Gilbert-Ballet, queda ocupando un lugar intermedio, en las clasificaciones francesas, entre la hebefrenia (Hecker, 1871) y las psicosis delirantes sistematizadas no alucinatorias; lugar similar al que ocupan las parafrenias en la clasificación alemana propuesta por Kraepelin de 1913, de ahí surge la equivalencia aceptada por muchos autores.(16,17,23)

Delirios Crónicos: Tendencias Nosográficas Francesas hacia 1913



Norberto Aldo Conti, 1986

Mientras tanto en Alemania, también en la segunda mitad del siglo XIX, se verá el surgimiento de las enfermedades mentales (10,27) y, en el desarrollo del concepto de *delirios*, varios autores harán importantes contribuciones. Es pionera la obra de Wilhelm Griesinger (1817-1868), quien en 1845 introduce el término *verrücktheit* para referirse a cuadros de delirio sistematizado secundario a otros trastornos psiquiátricos que evolucionan hacia el debilitamiento mental y deformación del yo (10,19,37). A partir del concepto de *verrücktheit* se suceden, entre 1860 y 1890, una serie de desarrollos entre los cuales es imprescindible destacar la introducción, por parte de Karl Kahlbaum (1828-1899), en 1863 (22), del término *paranoia* para hacer referencia al delirio sistematizado primitivo de evolución crónica (3,10,14). En 1878 Krafft-Ebing (1840-1902) introduce el término *wahnsinn* para referirse a cuadros delirantes alucinatorios agudos y finalmente Willis en 1888 delimita claramente los cuadros delirantes agudos de las confusiones alucinatorias utilizando para ello el término *paranoia aguda*. (3,14)

Sobre este fecundo terreno germinará el pensamiento de Emil Kraepelin (1856-1926) quien en la octava edición de su *Tratado* (1909-1913) delimitará claramente

tres *entidades morbosas* definibles por la presencia de delirio y por su evolución crónica. (3,4,10,14,20). Primero delimita a la *demencia precoz* como un cuadro de aparición en edad temprana, que evoluciona crónicamente hacia la demencia, presentado algunas formas clínicas en las cuales predomina una actividad delirante de contenido paranoide no sistematizado; luego observa la existencia de otros cuadros delirantes de comienzo más tardío que desarrollaban un frondoso delirio crónico mal sistematizado y que no evolucionaban hacia la demencia, a estos denomina *parafrenias*; por último, y completando una verdadera escalera ascendente en cuanto al grado de sistematización del delirio, describe otro grupo caracterizado por su buena sistematización, su desarrollo coherente, su lucidez, su irreductibilidad y la ausencia de demencia o disgregación de la personalidad para el cual utiliza el término *paranoia*.

La evolución del pensamiento psiquiátrico en Alemania posterior a Kraepelin llevó a las siguientes consideraciones:

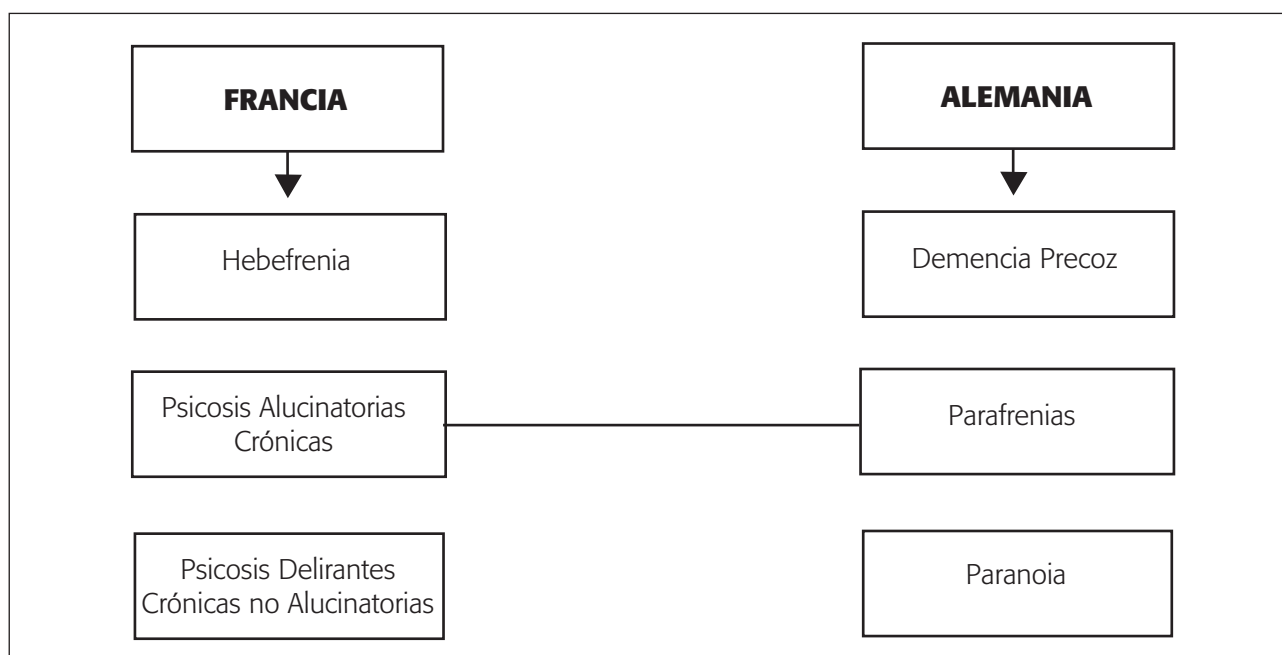
a) Algunos cuadros estudiados por Kraepelin y Mayer designados como parafrenias tuvieron una evolución hacia la demencia precoz.

Terminología aplicada a los Delirios en Alemania (1860-1890)

1863	Kahlbaum	PARANOIA	Delirio Sistematizado Primitivo
1865	Snell	WAHNSINN	Delirio Alucinatorio Primitivo
1867	Griesinger	PRIMÄRE VERRUCKTHEIT	Delirio Sistematizado Primitivo
1868	Sander	VERRUCKTHEIT ORIGINARIA	Anomalías degenerativas de la inteligencia y el carácter
1876	Westphal	VERRUCKTHEIT	Incluye formaciones delirantes Crónicas, Agudas y Abortivas
1878	Krafft-Ebing	PARANOIA WAHNSINN	Incluye todas las formaciones delirantes Crónicas Incluye todas las formaciones delirantes Agudas
1888	Willis	PARANOIA AGUDA	Estado de obnubilación secundaria a una experiencia delirante

Norberto Aldo Conti, 1993

Organización Estructural de los Delirios Crónicos: Francia y Alemania hacia 1913



Norberto Aldo Conti, 1993

b) La aparición del concepto de esquizofrenia permitía la inclusión en este grupo de cuadros delirantes sin evolución demencial.

c) Tanto los cuadros clínicos pertenecientes a la demencia precoz como aquellos pertenecientes a las parafrenias son incluidos en el grupo de las esquizofrenias.

d) Posteriormente Kolle pone en tela de juicio también el concepto Kraepeliano de paranoia al comprobar que muchos de estos cuadros tenían evidente sintomatología esquizofrénica.

e) Se abandona entonces el concepto de paranoia y se introduce el de *síndrome paranoide*, el cual designa una serie de delirios relativamente sistematizados, cuya construcción, según los casos, se monta sobre una esquizofrenia residual, un estado morbo depresivo, un desarrollo psicopático o una reacción vivencial anormal. Su pieza común es un sistema de creencias bastante coherentes y firmemente arraigadas.(16)

También en Francia, a partir de Kraepelin se tiende a diferenciar los delirios crónicos según evolucionen

o no hacia formas demenciales, pero se hace hincapié en los mecanismos de producción del delirio, es así que se delimitan los *delirios de interpretación y reivindicación*, descritos por Paul Serieux (1864-1947) y Jules Capgras (1872-1950), de origen interpretativo (3,36); el *delirio de imaginación*, descrito por Ernest Dupre (1862-1921) y Jean Logre (1890-1958), de origen imaginativo (3) y, las ya señaladas, *psicosis alucinatorias crónicas*, propuestas por Gilber-Ballet, de origen alucinatorio (2,3). Pero el excesivo celo descriptivo llevó a una pluralidad de entidades que hizo prácticamente imposible su clasificación sobre bases racionales compartidas y que alejaba los desarrollos franceses de los alemanes, cada vez más simplificados en el grupo ampliado de *las esquizofrenias*.

En 1950 Henri Ey (1900-1977), en su libro *Estudio sobre los delirios*, expresa que “sólo el análisis estructural de la evolución de los delirios crónicos puede darnos un auténtico criterio clínico clasificatorio”, (16) acto seguido propone tres tipos evolutivos fundamentales:

- FORMAS PARANOIDES ESQUIZOFRENICAS

Delirios que conducen a la disociación esquizofrénica (Spaltung), con incoherencia y evolución demencial

- FORMAS PARANOIDES PARAFRENICAS

Delirios con contraste máximo entre la producción delirante fantástica y la alterabilidad del fondo mental (Vivencia de dos mundos)

- FORMAS PARANOICAS

Delirios sistematizados que constituyen relaciones del Yo con el mundo en forma de construcciones racionales de alta verosimilitud y sin evolución deficitaria.

Henri Ey utiliza el término *paranoide* para todos aquellos delirios no sistematizados o mal sistematizados y reserva el término *paranoico* para los delirios bien sistematizados. (16,17)

El pensamiento de Henri Ey fue bastante aceptado hasta fines de los años 70. Desde principios de los 80 comenzó un avance en la importancia de las clasificaciones consensuadas por grupos de expertos tanto en Europa (ICD) como en los EE. UU. (DSM). Pero antes de referirnos a ellas nos detendremos brevemente en las tendencias nosográficas argentinas.

En nuestro medio el Prof. Carlos R. Pereyra publicó en 1945 su libro *Parafrenias*, subtítulo *Delirio Crónico de Ideas Polimorfos* (31). En este subtítulo podemos decir que se define su posición al respecto ya que para él el cuadro parafrénico presenta como elemento patognomónico un delirio crónico polimorfo mal sistematizado. Cabe destacar que si bien también Henri Ey toma en cuenta el polimorfismo de las ideas, en el francés lo esencial es la estructura vivencial, o sea, la relación *yo-mundo* (para todos los delirios y para el parafrénico en particular), en donde hace hincapié

en la *vivencia de dos mundos* (que tanto nos recuerda al idealismo platónico, aunque más no sea desde el punto de vista formal), como rasgo fundamental. (14,16,17)

Por otro lado Pereyra rechaza de plano la mayoría de las equivalencias aceptadas entre las *Psicosis Alucinatorias Crónicas* (P.A.C.) y las Parafrenias kraepelianas. Los motivos que argumenta Pereira son los siguientes:

1. En las P.A.C la unidad de grupo es la alucinación, en las parafrenias la alucinación no le da características al delirio
2. Las P.A.C incluyen algunas formas de la demencia precoz, las parafrenias no.
3. Las P.A.C incluyen algunos delirios sistematizados, las parafrenias no.
4. Las P.A.C son un cuadro clínicamente heterogéneo que agrupa distintas entidades sobre la única base común de alucinación-delirio-cronicidad, las parafrenias presentan una unidad clínica de comienzo, evolución y conservación intelectual.

Finalmente critica a Gilbert-Ballet por crear una entidad nosográfica sobre un elemento tan variable como es la presencia de alucinaciones e interpreta históricamente su postura como una reacción al pensamiento de Magnan, en un momento en el cual la teoría de la degeneración era ya insostenible. (8,31)

Paradójicamente la psiquiatría francesa clásica mantuvo el grupo de las P.A.C y excluyó el concepto de parafrenia como si no correspondiera a una realidad clínica. (33,34)

Actualmente la clasificación ICD-10 (OMS, 1992) solo contempla el ítem F.22 para todos los trastornos delirantes no esquizofrénicos bajo el título *Trastornos de ideas delirantes persistentes* el cual se define por la presencia de ideas delirantes duraderas que no puedan ser clasificadas como orgánicas, esquizofrénicas o afectivas. Por otro lado el DSM IV (1995), en una línea similar y aún más restrictiva solo contempla el ítem 297.1 *Trastorno delirante* el cual se define por la presencia de ideas delirantes verosímiles de por lo menos un mes de duración y excluye cualquier cuadro que cumpla con criterio A para esquizofrenia.

3. Patogenia

Para Henri Ey (1950), (16), las psicosis delirantes crónicas se originan a partir de estados de desorganización de la conciencia mas o menos próximos al sueño, son estos estados las *experiencias delirantes primarias* de Jaspers (1913), (21), o *hecho primordial* de Moreau de Tours (1845), (29). Tenemos entonces que el delirio, en tanto que organización durable de la personalidad o de la concepción del mundo, procede del “estado de delirio” que corresponde al termino *delirium*.

Describiremos a continuación aquellos estados de

ICD-10 Organización Mundial de la Salud (1992)

F22.0 Trastornos de ideas delirantes persistentes

Grupo de trastornos caracterizados por la aparición de un único tema delirante o de un grupo de ideas delirantes relacionadas entre sí que normalmente son muy persistentes. El contenido de las ideas es muy variable (persecución, hipocondría, grandeza, litigio, celos, deformación corporal, olor desagradable, homosexualidad).

Pueden estar presentes síntomas depresivos intermitentes y alucinaciones olfatorias y táctiles.

Las voces alucinatorias, los síntomas esquizofrénicos, el embotamiento afectivo y la presencia de enfermedad cerebral son incompatibles con este diagnóstico.

Las voces alucinatorias ocasionales no excluyen el diagnóstico en pacientes ancianos.

El trastorno suele comenzar hacia la edad media de la vida, el contenido de las ideas y el momento de aparición puede tener relación con situaciones biográficas significativas.

Fuera del comportamiento directamente relacionado con el contenido de las ideas son normales la afectividad, el lenguaje y el resto de la conducta.

Incluye: Paranoia, Psicosis paranoide sin especificación, Estado paranoide, Parafrenia, Delirio sensitivo de referencia.

F22.8 Otros trastornos de ideas delirantes persistentes

Es una categoría residual para aquellos casos que no reúnen las pautas de un trastorno de ideas delirantes. Se debe incluir aquí los casos en los cuales aparecen síntomas de tipo esquizofrénico insuficientes para categorizar ese diagnóstico.

Incluye: Dismorfofobia delirante, Estado paranoide involutivo y Paranoia querulante.

Norberto Aldo Conti, 2004 (Modificado de ICD-10, 1992)

DSM-IV (1995)

Trastorno Delirante (297.1)

Se define por la presencia de ideas delirantes no extrañas de por lo menos 1 mes de duración.

Nunca se ha cumplido el criterio A para Esquizofrenia, aunque puede haber alucinaciones táctiles u olfatorias si están relacionadas con el delirio.

La actividad psicosocial no está deteriorada significativamente y el comportamiento no es raro ni extraño excepto en relación directa a las ideas delirantes.

Si presenta episodios afectivos simultáneos su duración es inferior a los períodos delirantes.

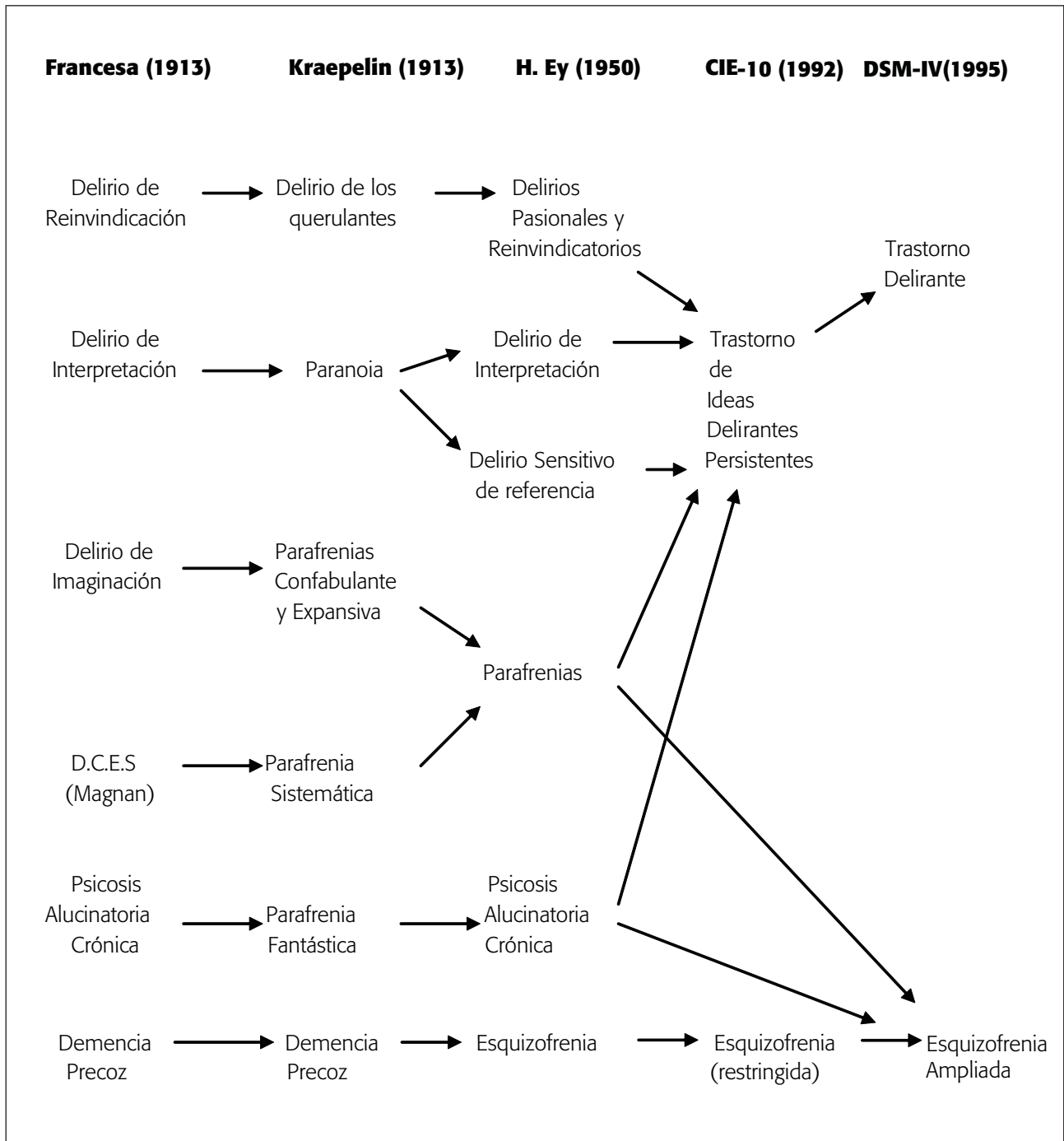
La alteración no es debida a los efectos directos de alguna sustancia o a enfermedad médica.

Según el tema delirante que predomine se especifican los siguientes tipos: erotomaniaco, grandiosidad, celotípico, persecutorio, somático, mixto y no especificado.

Norberto Aldo Conti, 2004 (Modificado de DSM-IV, 1995)

Psicosis Delirantes Crónicas: evolución histórica de sus nosografías

En la siguiente figura se intenta mostrar de manera sintética y didáctica las posibles relaciones histórico-evolutivas de las nosografías antes reseñadas:



Norberto Aldo Conti, 2004

desestructuración de la conciencia que luego pueden engendrar patologías delirantes crónicas:

Vivencia Delirante Primaria

De comienzo brusco, con trastornos del sueño, irritabilidad, trastornos del humor, trastornos de la conducta, a veces agitación y desorden en la esfera del comportamiento, trastornos físicos del tipo de pérdida de apetito, pérdida de menstruación, trastornos vasomotores, trastornos digestivos.

Los cambios observables a nivel de la conciencia son característicos y reciben el nombre de “*Dramatización de la Conciencia*”, bajo este estado la conciencia se desliga de los valores de la realidad para depender del “*trabajo*” delirante, se abandona al sortilegio de sus creaciones y cuando es capaz todavía de percibirlo las mezcla con lo real. Se construye así un mundo delirante lleno de significaciones profundas. La conciencia se vuelve espectacular, repleta de temas novelescos, de imágenes concretas, de ficciones conmovedoras.

Junto a los trastornos de conciencia aparecen otros tres elementos característicos de estos estados que son:

1. Irreductibilidad: la conciencia morbosa vive completamente prisionera sin poder desprenderse de su contenido.
2. Temática vivencial concreta: la experiencia delirante es poco intelectualizada y se encuentra permanentemente unida a la vida y al pensamiento afectivo. Son delirios mas “*vivididos*” que “*pensados*”.
3. Carácter procesal: el delirio es un simple aspecto del trastorno generador y se confunde con el mismo.

La vivencia delirante primaria, aquí descrita, es la expresión fenoménica común a todas las formas clínicas de estados psicóticos delirantes agudos, susceptibles de generar delirios crónicos, estos estados son los siguientes:

Estados Oníricos

Se define como un estado de ensueño patológico de origen generalmente tóxico-infeccioso que se presenta como una actividad alucinatoria predominantemente

visual de carácter escénico, intensa, vivida por una conciencia perturbada del cual guarda poco o ningún recuerdo. Sus principales caracteres son:

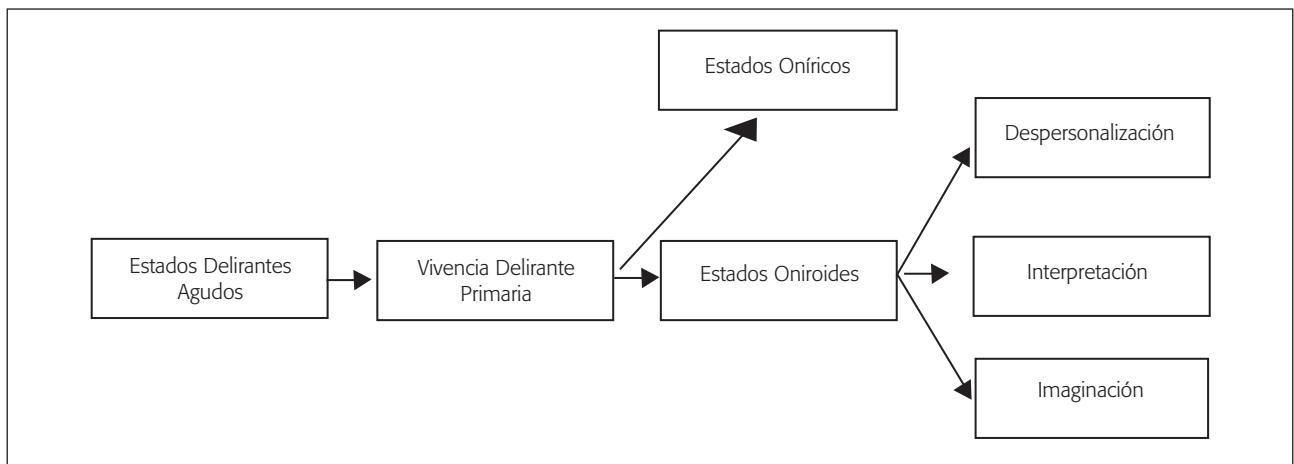
1. La visualización de la actividad alucinatoria, bajo la forma de visiones referidas al mundo exterior y ajustadas al campo objetivo. Pueden, en algunos casos, transformarse en imágenes caleidoscópicas, liliputienses o sufrir metamorfosis.
2. La trama dramática, componente característico de estos estados, presenta generalmente una unidad de acción y de significación temática.
3. La intensidad vivencial, esta realidad alucinatoria, es vivida intensamente, el individuo se identifica con la misma.
4. Obnubilación de la conciencia, que constituye la estructura negativa del onirismo.
5. La amnesia consecutiva, que puede ser total, parcial, permanente o transitoria. Pasado el acceso quedan mas emociones que recuerdos.

Estados Oniroides

Son, para Mayer-Gross, estados de conciencia perturbada, infiltrada de significaciones fantásticas, pero todavía organizada y vigil. El sujeto se adapta todavía a lo real pero el asiento lógico de lo real vacila y se le escapa, produciendo en el una sensación de perplejidad. La conciencia se vive como extraña a sí misma pero permaneciendo al mismo tiempo idéntica a sí misma. Uno de los caracteres más típicos de estos estados es la organización posible y durable de los recuerdos del delirio, los cuales permanecen, a veces, vivaces y conmovedores. Según su presentación clínica, estos estados se dividen en:

1. Síndrome oniroides de despersonalización: vivencia de curiosas y extrañas transformaciones corporales, distorsiones de la persona física y moral.
2. Síndrome oniroides interpretativo: proyección delirante en el mundo familiar, profesional, social. El mundo se presenta al sujeto como un enigma que debe ser descifrado.

Génesis de los Delirios Crónicos: Estructuración de la Conciencia Delirante - Henri Ey - 1950



Norberto Aldo Conti, 1986

3. Síndrome oniroide imaginativo: La ficción se desarrolla en el pasado, el futuro o el espacio más remoto, bajo la forma de novelas o fantasías.

Todas estas formas delirantes agudas que, como ya dijimos, tienen como común denominador a la vivencia delirante primaria de Jaspers, son susceptibles de transformarse, según los casos, en los distintos delirios crónicos. De manera que, al decir de Henri Ey, (1950), “*el delirio de un momento tiende a convertirse en el delirio de una existencia*”.(16)

4. Presentaciones Clínicas

Si bien en sentido estricto, tal como lo delimitó Henri Ey, las psicosis delirantes crónicas abarcan tres grandes grupos de enfermedades, desde Kraepelin y Bleuler en adelante, por sus particularidades clínicas y por su incidencia demográfica, la esquizofrenia ha sido siempre tratada por fuera de este grupo; en este artículo se mantendrá el mismo criterio y se abordará el grupo de las psicosis delirantes crónicas no deficitarias comúnmente englobadas bajo el término paranoias (delirios de interpretación, de relación, pasionales y de reivindicación) y la clínica del grupo intermedio que engloba las psicosis alucinatorias crónicas, las parafrenias y otros cuadros asociados de muy baja presencia demográfica.

4.1. Delirio de Interpretación de Serieux y Capgrás

Consistente en una necesidad de explicarlo todo en base a un sistema de significación fundamental. El mecanismo de edificación de este delirio es la *interpretación delirante*. Las interpretaciones pueden ser de dos tipos:

a. Interpretaciones exógenas: se refieren a datos proporcionados por los sentidos. Por ejemplo la interpretación de la amenaza de un saludo o lo que se interpreta del discurso de otro a partir de una sola palabra.

b. Interpretaciones endógenas: se refieren a sensaciones corporales, al pensamiento, los sueños o las ideas que se presentan en su mente.

Los temas esenciales han sido fijados por Serieux y Capgras en un número siete: persecución, grandeza, celos, amor, misticismo, hipocondría y auto acusación.

La estructura de estos delirios es, en oposición a los pasionales, no en “sector” sino en “red”, es decir, que el conjunto de síntomas delirantes constituye un sistema mas libre con un mosaico de ideas delirantes. Todos ellos se desarrollan insidiosamente durante meses o años aumentando la zona de “conflicto” paranoico hasta abarcar a las personas afectivamente más significativas. El pronóstico es desfavorable en la mayoría de los casos.

4.2 Delirios de reivindicación y pasionales

Fueron descriptos por de Clérambault y están caracterizados por:

1. Exaltación (hipertimia, hiperestesia)

2. Idea prevalente de convicción incommovible (interpretación delirante)

3. Desarrollo en sector, constituyendo una “cuña” que penetra en la realidad y mantiene en forma relativamente indemne las relaciones fuera de conflicto.

Delirios Reivindicatorios: se trata de sujetos con temperamento vivo, de carácter difícil, receloso y susceptible. Son rencorosos y vengativos, a menudo idealistas, fanáticos religiosos, políticos, etc. Presentan una estructura de personalidad inflexible y son íntegros y sin compromisos. De Clérambault ha señalado tres tipos de esta reivindicación delirante:

- Los querellantes: persiguen la defensa de su honor y de sus derechos o propiedades. Acumulan sentimientos de odio y de venganza, sienten la convicción de que son traicionados o juzgados injustamente. Son una suerte de “perseguidos-perseguidores” que pueden llegar hasta el crimen contra sus enemigos.

- Los inventores: guardan el secreto de sus descubrimientos y se quejan de ser desposeídos de sus derechos. Las gestiones o demandas absorben toda su actividad.

- Los apasionados idealistas: sueñan con sistemas de paz universal o de filantropía pero están impulsados por una agresiva voluntad de lucha y de combate. Los panfletos, los atentados y las campañas de prensa son sus principales actividades.

Delirios Pasionales: son sus características comunes:

- La pasión tiene una estructura esencialmente imaginaria

- La fuerza de los complejos inconscientes tiene una evolución típica que permite prever su curso

- Se acompaña de un complejo de trastornos tímicos, experiencias alucinatorias, despersonalización e impulsividad que da lugar a periodos productivos.

- Son bloques ideo-afectivos incommovibles y rebeldes a toda evidencia.

Delirio Celotípico: el individuo transforma la situación de pareja en una situación triangular, donde el tercero es un rival sobre el cual se proyecta resentimiento y odio. Cuando el delirio celotípico se ha transformado se sistematiza en una haz de pruebas y pseudocomprobaciones que constituyen interpretaciones delirantes, falsos recuerdos, ilusiones perceptivas y mnémicas, etc.

Delirio erotomaniaco: corresponde a la ilusión delirante de ser amado. Este delirio se estructura alrededor de un tema fundamental y algunos temas derivados. El tema fundamental puede definirse de la siguiente manera: “Es el objeto (el otro) quien ama más o el único que ama”. Los temas derivados son los siguientes: “El objeto no puede ser feliz sin el pretendiente (YO)”, “el objeto no puede poseer un valor completo sin el pretendiente”, “vigilancia continua por parte del objeto”, “conversaciones indirectas con el objeto”.

El delirio desarrolla un sistema fatal que termina en una etapa de rencor con reacciones agresivas de ruptura y de venganza. El sistema delirante se elabora, según Clé-

rambault, sobre la base de interpretaciones, ilusiones, e intuiciones sin alucinaciones.

4.3. Delirio Sensitivo de Relación

Este delirio, descrito por Kretschmer, corresponde a sujetos menos agresivos, hiperemotivos, tímidos, sensibles a las reacciones de los demás, con pulsiones fuertemente inhibidas e insatisfechos. Los complejos de frustración e inferioridad son manifiestos.

Sobre este terreno de experiencias penosas y de fracasos se desarrolla el delirio.

El mismo ha dado en llamarse delirio de relación porque es vivido como un conflicto del sujeto con otro o con un grupo (delirio de relación concéntrico porque el sujeto constituye el centro de este proceso), es para nosotros un delirio de referencia.

4.4. Psicosis Alucinatorias Crónicas

Ya nos hemos referido a esta entidad, descrita por Gilbert-Ballet en 1913, durante la presentación de las nosografías de los delirios crónicos; haremos aquí una breve presentación de aquellas características clínicas que nos pueden orientar hacia ese diagnóstico. (2,5,14)

Se trata de una afección que se presenta tanto en varones como en mujeres con edad de aparición entre los 30 y 40 años para los varones y a partir de los 50

en las mujeres, especialmente en aquellas en situaciones de aislamiento social (*delirio de las solteras* de Clérambault). Puede sobrevenir en sujetos con ciertas personalidades predisponentes como en el caso de los esquizoides, dependientes y pasivo-agresivos pero también fuera de cualquier predisposición. Los factores desencadenantes suelen ser situaciones de alto valor subjetivo como crisis existenciales relacionadas con la profesión, la familia, problemas económicos o trastornos somáticos. El proceso mórbido comienza de manera insidiosa y progresiva, con inquietud vaga, perplejidad, cefaleas, irritabilidad y una sensación de malestar generalizado llegado desde afuera y vivido con desconcierto y extrañeza. A continuación sobrevienen los síntomas característicos de esta afección y a los cuales debe su nombre: los fenómenos alucinatorios, de inicio sutil, subjetivamente incomprensibles, dan paso luego a un proceso alucinatorio extremadamente complejo y semiológicamente polimorfo que incluye alucinaciones auditivas, primero elementales y después verbales, psicomotrices, táctiles cutáneas y genitales, olfatorias, gustativas y más raramente visuales de tipo hipnagógicas. Desde el inicio de los fenómenos alucinatorios plenos comienza a estructurarse un delirio que, al decir de Gilbert-Ballet, es un intento secundario de interpretar los fenómenos alucinatorios; el contenido del delirio puede ser de persecución, de grandeza, de posesión o de perjuicio, entre los temas más frecuentes; desde el punto



de vista empático el delirio es inverosímil, absurdo y muchas veces de aspecto fantástico pudiendo presentar reacciones impulsivas en los momentos de mayor descompensación, con el tiempo el delirio tiende a circunscribirse y enquistarse a la vez que disminuyen los fenómenos alucinatorios. Puede presentar reagudizaciones periódicas que, con el correr de los años, disminuyen en su intensidad y van dejando paso a un comportamiento mas bien estereotipado con tendencia al debilitamiento intelectual.

4.5. Parafrenias

Es Kraepelin quien, en la octava edición de su *Tratado*, introduce el concepto de *parafrenia* con el significado todavía hoy utilizado, allí la presenta de la siguiente manera: *“La desintegración de la personalidad psíquica se cumple en la demencia precoz de forma tal que los desórdenes de las emociones y de la volición dominan, en primer plano, el estado mórbido. En contraste con esto debemos considerar ahora un grupo relativamente pequeño de casos en los cuales, a pesar de los muchos y variados puntos en común con los fenómenos de la demencia precoz, pero debido al mucho más leve desarrollo de los desórdenes de la emoción y de la volición, la armonía interior de la vida psíquica está considerablemente menos involucrada, o en los cuales, al menos, la pérdida de la unidad interior está esencialmente limitada a ciertas facultades intelectuales. Los delirios marcados y la coloración paranoide del cuadro mórbido son comunes a todas estas formas clínicas ... pero, hasta los últimos períodos de la enfermedad no aparecen ese embotamiento y esa indiferencia que tan frecuentemente constituyen los primeros síntomas de la demencia precoz ...”*. (23)

A esta delimitación del cuadro clínico, inicialmente anclada en el diagnóstico diferencial respecto a la demencia precoz, se le han ido agregando con el correr del tiempo una serie de elementos semiológicos que permiten orientar mejor ese diagnóstico. Su característica esencial es, para Pereyra (31), la de ser delirios primitivamente crónicos y de ideas polimorfos en que las alucinaciones, existentes o no, no aparecen como mecanismo del delirio. Para este autor, es polimorfo un delirio cuando al lado de un sistema principal, desarrollan otros divergentes o paralelos cuya importancia puede reemplazar al anterior, cuyo contenido ideológico puede ser incluso, contradictorio y cuya fuente de origen no aparece clara. Henri Ey concuerda también en la naturaleza polimorfa del delirio parafrénico, pero coloca como *“primer carácter decisivo”* el contraste entre la absurdidad de estos delirios y la integridad de la inteligencia y el contacto con el mundo real (vivencia de dos mundos)(16,17). El delirio esta casi siempre constituido por relatos prolijos, con una acumulación increíble de detalles de imágenes y falsos recuerdos, son temas comunes las teorías cosmogónicas, los mitos de la creación, las concepciones astronómicas, el sol, los elementos y también relatos de misterio o intrigas novelescas, por ejemplo de espionaje. Lo fantástico es la figura central

del delirio parafrénico, pero en una estructura que se ubica fuera del tiempo y el espacio.

Tenemos entonces que el concepto de *parafrenia*, tal cual fue acuñado a lo largo del siglo XX, puede resumirse en los siguientes puntos:

1. Inicio más frecuente desde los 40 años en adelante: a diferencia de la demencia precoz de inicio más frecuente entre los 15 y 25 años.
2. Predominio del mecanismo y del trabajo imaginativo: este mecanismo es esencial en la conformación del delirio parafrénico tomando la forma de fascinación o de ensoñación despierto (*“Conciencia imaginante”* de Henri Ey).
3. Polimorfismo de la ideación delirante: dos o más núcleos delirantes posibles de intercambiarse sin estar subordinados.
4. Organización paralógico de su contenido: el delirio es como un quiste ubicado al lado del pensamiento normal, el cual conserva su nivel intelectual.
5. Ausencia de disgregación de la personalidad: a diferencia de la demencia precoz en la cual este síntoma es esencial al diagnóstico.
6. Conservación o poco déficit intelectual a largo plazo: otra diferencia importante con la demencia precoz en la cual el déficit intelectual está siempre presente.

Kraepelin, en la obra citada (23), propone la existencia de cuatro formas clínicas de la parafrenia, a las que denomina *sistemática, expansiva, confabulatoria y fantástica*; a la primera atribuye más de la mitad de los casos observados, siendo las dos siguientes poco frecuentes y la última de aparición excepcional.

a) *Parafrenia Sistemática*: definida por Kraepelin como: *“... el desarrollo lento e insidioso de un delirio persecutorio progresivo, al cual se agregan en ultima instancia ideas de grandeza sin destrucción de la personalidad ...”*. Afecta mas frecuentemente a hombres entre treinta y cuarenta años, en su comienzo presenta desconfianza e interpretaciones de auto referencia provocando retraimiento y cambio de carácter, luego se desarrollan ideas delirantes que no concurren a cimentar un sistema sino que forman otros tantos núcleos y al cabo de un tiempo variable se añaden ideas megalómanas. Las alucinaciones más frecuentes son auditivas, psíquicas y cenestésicas, en ese orden, pero las ideas delirantes se nutren mas de la imaginación que de las alucinaciones. Las ideas de daño o perjuicio no producen en él mayor repercusión afectiva y el delirio que defiende es relatado solo como una teoría, carece del tono afectivo de otros delirios. La enfermedad evoluciona crónicamente hacia la muerte sin que sea apreciable mas que una ligera decadencia que trasunta en el apagamiento de la actividad general y pérdida del vigor imaginativo.

b) *Parafrenia Expansiva*: es un delirio de grandeza muy exuberante con ánimo levantado y fácilmente irritable, las ideas ambiciosas tienen un tinte erótico, pudiendo aparecer tambien ideas místicas o persecutorias; las características generales de este delirio se parecen a las ocurriencias delirantes de los maniacos,

por las alternativas eufóricas o irritables del carácter y su incansable actividad. Las alucinaciones son visuales, existiendo a veces representaciones oníricas, aunque el desbordante componente expansivo esta sustentado por la fantasía y la imaginación. Afecta con mayor frecuencia a mujeres entre treinta y cincuenta años, es de marcha crónica y el absurdo y la fantasía se acentúan con el paso del tiempo.

c) *Parafrenia Confabulatoria*: comprende un número muy reducido de casos que poco difieren de la forma anterior, su particularidad estaría dada por la ausencia o falta de comprobación clínica de las alucinaciones y por el papel dominante que desempeñan los falsos recuerdos. El delirio es a mecanismo imaginativo y de rico contenido megalomaniaco, el humor, por lo general, alegre o exaltado, hace a estos individuos, locuaces y verborrágicos, de fácil acceso al diálogo. Se presenta con igual frecuencia en ambos sexos entre los veinte y los cincuenta años.

d) *Parafrenia Fantástica*: Es la forma que más se asemeja a la demencia precoz puesto que evoluciona hacia la demencia en un período de cinco a diez años; la fijeza del delirio, el menor grado de aislamiento, la ausencia de trastornos de tipo catatónicos son elementos que para Kraepelin, justificaban su clasificación separada de aquella. Las alucinaciones son muy frecuentes y múltiples predominando las auditivas y cenestésicas; respecto a las características del delirio nos dice el autor "... se trata de un crecimiento florido de delirios altamente extraordinarios, desconectados y cambiantes". La edad de comienzo es entre los treinta y los cincuenta años y su evolución es hacia un proceso demencial terminal que afecta más al vigor de las ideas delirantes que al resto de las aptitudes del sujeto.

4.6 Delirio de Cotard

En 1880 y 1882 Jules Cotard (6,7) publicó una serie de comunicaciones sobre pacientes afectados de melancolía que presentaban una forma particular de delirio "*nihilista o de negación*" por el cual negaban la existencia de órganos internos o sostenían sentir en su interior sensaciones cualitativamente distintas a los hipochondríacos, como la sensación de órganos de piedra o de

cristal -algunos autores helenísticos tardíos de los siglos I aC. al II dC. mencionan relatos de delirios de órganos como vasijas de barro, con el consiguiente riesgo de destruirse y morir, como oportunamente lo hemos señalado, (13)- en palabras de Cotard: "*los enfermos se niegan a comer porque no tienen estómago, porque la carne y cualquier otra comida les caen en la piel del vientre ... cuando el delirio atañe al mundo exterior, los enfermos se imaginan que no tienen más familia ni país ... que el mundo no existe más ... por su marcha e inicio, por su fin brusco cuando se cura, la locura de las negaciones se asocia al grupo de las vesanias intermitentes y a la locura circular ...*" desde aquellas comunicaciones se ha llamado *delirio de Cotard* a la presencia de estas ideas en el marco de una melancolía, más recientemente, en 1984, Koizumi ha descripto formas aisladas, no ligadas a la melancolía, de este tipo de delirio.(14)

4.7. Delirios de más de uno

La primera descripción de este tipo de comportamientos se debe a al estudio de Legrand de Saulle dedicado al "*delirio de las persecuciones*" de 1871 el cual contempla un apartado titulado "*ideas de persecución comunicadas o delirio de dos o tres personas*" allí dice: "... En todos los casos de verdadero delirio comunicado, y mientras los dos enfermos están en tratamiento, el médico puede observar que uno domina al otro, que este no es más que el eco de aquél, que el primero es inteligente y el segundo mucho menos hábil ... el primero hará todos los días un progreso hacia la incurabilidad y el segundo marchará a la curación ..." Posteriormente, en 1877, Lasegue y Falret publican su famoso trabajo "*La locura de dos o locura comunicada*" (28) que precisará esta entidad nosográfica.

4.8. Ilusión de sosías

Descripto por Capgras y Carrette se trata de un delirio ilusorio en el cual el sujeto supone sosías de personas conocidas pero con atributos morales diferentes a los del personaje auténtico; se ve más frecuentemente en mujeres que en varones (14), recientemente hemos reconocido un caso femenino en el cual los sosías son conceptualizados como "clones" ■

Referencias bibliográficas

- Alexander, F. Historia de la psiquiatría. Espaxs. Barcelona. 1970.
- Ballet, G., Psychose hallucinatoire chronique, L'encephale, 1911. (en Stagnaro, J.C., (comp.) Alucinar y Delirar, Tomo II, pag. 40-50, Polemos, Bs. As., 1998).
- Bercherie P. Les fondements de la clinique: histoire et structure du savoir psychiatrique. Seuil, Paris, 1980 [Los fundamentos de la clínica, Manantial, Buenos Aires, 1982].
- Berrios GE. The History of Mental Symptoms. Descriptive Psychopathology since the Nineteenth Century. Cambridge University Press, Cambridge, 1996.
- Berrios GE, Fuentenebro de Diego, F. Delirio: Historia, Clínica, Metateoría. Trotta, Madrid, 1996.
- Cotard, J., Du délire hypocondriaque dans une forme grave de mélancolie anxieuse, Annales medico-psychologiques, sept. 1880, tomo IV, (en Stagnaro, J.C., (comp.) Alucinar y Delirar, Tomo I, pag. 80-84, Polemos, Bs. As., 1998).
- Cotard, J., Du délirs des negations, Archives de Neurologie, 1882. (en Stagnaro, J.C., (comp.) Alucinar y Delirar, Tomo I, pag. 85-110, Polemos, Bs. As., 1998).
- Conti, NA., J.J.V.Magnan, Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría VII, No 22, 1995, pp.307-310.
- Conti NA. Jean Pierre Falret. Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. VII, N 25, 1996.
- Conti, NA., "Paradigmas y Nosografías", en Rovalletti, ML., (comp.) V Conferencia Internacional de Psicología y Psiquiatría Fenomenológica, Buenos Aires, 2000.
- Conti, NA., John Huglins Jackson, (1834-1911), En los orígenes del concepto de síntomas positivos y negativos en psicología y psiquiatría, Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría Vol. XIII, N. 49, 2002, pag. 226 - 230.
- Conti, NA., Benedict Augustin Morel y el origen del término Demencia Precoz, en Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, 2003, vol. XIV: 227-234.
- Conti, NA., Historia de la Depresión: La Melancolía desde la Antigüedad hasta el siglo XIX, 1ra. ed., Ed. Polemos, Bs. As., 2007.
- Conti, NA. y Stagnaro, JC., Actualización en Delirios Crónicos no Esquizofrénicos, Roche, Consejo Médico de la Provincia de Córdoba, 1993.
- Esquirol JED. Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-legal, 2 vol.. Baillière, Paris, 1838 . Reimpr. Frénesie, Paris, 1980.
- Ey, H., Estudios sobre los delirios, Paz Montalvo, Madrid, 1950.
- Ey, H., Bernard, P., Brisset, Ch., Tratado de Psiquiatría, Masson, México, 1986.
- Falret JP. De la non existence de la monomanie, en Des maladies mentales et des asiles d'aliénés. Baillière, Paris, 1864.
- Griesinger W. Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten, 1era. Éd. alemana, Leipzig, 1845; 2da. Éd. alemana, Berlín, 1861 y 1era. Ed. francesa, Paris, 1865; 3era. Ed. alemana, Berlín, 1871 [Versión castellana de la 2da. Éd. alemana Patología y terapéutica de las enfermedades mentales, T. I y II. Polemos, Buenos Aires, 1997].
- Hoff, P., Kraepelin, en Berrios, GE., Porter, R. (eds), A history of clinical psychiatry, London, Athlone, 1995.
- Jaspers, K., Psicopatología General, FCE., México, 1980.
- Khalbaum K. Die Gruppierung der psychischen Krankheiten und die Eintheilung der Seelenstörungen. Verlag von AW Kafemann, Danzig, 1863 [Clasificación de las enfermedades psíquicas], Dor, Madrid, 1995.
- Kraepelin, E., Parafrenias, Polemos, Bs. As., 1996.
- Kretschmer, E., Constitución y Carácter, Labor, Barcelona, 1947.
- Kretschmer, E., El delirio sensitivo de referencia, Triacastela, Madrid, 2000.
- Lain Entralgo, P., La historia clínica, Madrid, Triacastela, 1998.
- Lanteri-Laura, G., Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna, Triacastela, Madrid, 2000.
- Lasegue, Ch. Y Falret, J., La folie á deux ou folie communiquée, Archives Generales de Medicine, sept. 1877. (en Stagnaro, J.C., (comp.) Alucinar y Delirar, Tomo I, pag. 45-78, Polemos, Bs. As., 1998).
- Moreau de Tours, Du haschich et de la alienation mentale, Fortin-Masson, Paris, 1845 (en Stagnaro, J.C., (comp.) Alucinar y Delirar, Tomo I, pag. 22-30, Polemos, Bs. As., 1998).
- Pinel P. Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie. Caille et Ravier, Paris, 1800 [Tratado médico-filosófico sobre la enajenación mental o la manía, trad. Luis Guarnerio y Allavena, Prefacio de Pedro Marset. Nieva, Madrid, 1988]. Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie, 2ème. éd., entièrement refondue et très augmentée. Caille et Ravier, Paris, 1809.
- Pereyra, C., Parafrenias, delirio crónico de ideas polimorfas, Salerno, Bs. As., 1965.
- Postel J. E. Georget: De la folie, textes choisis et présentes par J. Postel. Privat, Paris, 1972.
- Postel, J. Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique. Larousse, Paris, 1993.
- Postel J, Quétel C. Nouvelle histoire de la psychiatrie, 2ème éd. Dunod, Paris, 1994.
- Saurí, J. Historia de las ideas psiquiátricas. Lolhé. Bs. As. 1971.
- Serieux, P. y Capgras, J., Les folies raisonnantes. Le délire d'interpretation, Alcan, Paris, 1909. (en Stagnaro, J.C., (comp.) Alucinar y Delirar, Tomo II, pag. 8-37, Polemos, Bs. As., 1998).
- Stagnaro, J.C., Presentación, en Griesinger, W., Patología y terapéutica de las enfermedades mentales, Polemos, Bs. As., 1997.
- Stagnaro, J.C., Presentación a La folie á deux ou folie communiquée, Archives Generales de Medicine, sept. 1877. (en Stagnaro, J.C., (comp.) Alucinar y Delirar, Tomo I, pag. 43, Polemos, Bs. As., 1998).

La Alucinación: Déficit de Percepción¹

Humberto Casarotti

*Médico psiquiatra, neurólogo y legista
CEIP (Centro de Estudios y de Investigación en Psiquiatría Henri Ey)
Presidente Berro 2531, 11600, Montevideo, Uruguay
E-mail: hcasaro@adinet.com.uy*

*“...este Tratado que hemos dedicado...
al descubrimiento de lo que aparece
en la investigación de la percepción perdida”
(H. Ey; Tratado de las Alucinaciones)*

Planteo del problema

A partir de la publicación del DSM-III se ha hecho habitual referirse a la alucinación, así como a otras manifestaciones psicóticas, como “síntomas positivos” (1). Aunque se reconoce que se trata de una manifestación patológica, el hecho de hablar de “síntoma positivo” implica la idea de que el alucinado ve, oye, siente algo que el hombre sano en cambio no ve, ni oye, ni siente. En definitiva que la alucinación es un “más de percepción”. Todo el Tratado de las Alucinaciones (2) de H. Ey ha sido escrito contra esta idea, afirmando que la alucinación es una “pérdida de percepción”. J. H. Jackson, de manera muy sencilla afirmaba lo mismo cuando decía (4) que el

alucinado que por ejemplo, ve una rata que no está, en lugar de una mosca que está, expresa dos fenómenos de diferente significación respecto a la realidad, ya que “ve” una rata irreal pero no ve en cambio la mosca real, en otras palabras que ha perdido parte de la realidad. La forma máxima de esta pérdida de realidad que es el fenómeno alucinatorio, es la de la alucinación negativa, aquella que se caracteriza precisamente por la desaparición del objeto real, por ej. la imagen del esquizofrénico cuando se mira al espejo. Este caso se emparenta con los fenómenos heautoscópicos donde el sujeto “ve” su doble, generalmente con satisfacción narcisista y otras veces displacenteramente, con

Resumen

Para poder comprender tanto la realidad de la percepción como la de la alucinación es necesario partir de conceptos que, poniendo en cuestión los “de sentido común”, hagan posible: a) reconocer la estructura psíquica esencialmente diferente de los fenómenos imaginarios alucinatorios (Henri Ey habla de: “heteronomía”), y b) comprender que esa heteronomía expresa la desorganización del acto perceptivo. Así se evidencia que la alucinación es una “falsa percepción” y no una forma de “más percepción” como se entiende en la serie de los DSM. Por eso Ey dice que la alucinación es esencialmente “fáctica” en el doble sentido de la palabra, de ser un hecho clínico y de caracterizarse por ser una irrupción de irrealidad.

Palabras clave: Alucinaciones – Delirios – Henri Ey – Síntomas positivos – Trastornos perceptivos.

THE HALLUCINATION: A PERCEPTION DEFICIT

Summary

To be able to understand the reality of perception as much as the reality of hallucinations, it is necessary to start from notions that, placing in doubt those of “common sense”, make possible: a) recognize the psychic structure essentially different from the imaginary phenomena of hallucination (Henri Ey talks about “heteronomy”), and b) understand that heteronomy express the desorganization of the perceptive act. Thereby, it is showed that the hallucination is a “false perception” and not a way of “further perception”, as it is deduced from the series of DSM. Because of that Ey says that hallucination is essentially “factic” in the double sense of the term, of being a clinical fact as well as being characterized as an irruption of irreality.

Key words: Hallucinations – Deliriums – Henri Ey – Positive Symptoms – Perceptive disorder.

¹ Las citas de textos de H. Ey no están siempre entre comillas, para no sobrecargar la lectura.

la diferencia de que aquí desaparece la imagen de sí. Donde debiera estar el doble del espejo, el sujeto ha desaparecido.

Es evidente que esta manifestación clínica extrema, que en el fondo es un ejemplo más del fenómeno alucinatorio, no puede ser aprehendida por el pensamiento común ya que hace manifiesto el hecho de que la alucinación escapa a sus coordenadas. ¿Cómo puede ser que el paciente no vea su imagen en el espejo? y, cuando ve su doble ¿qué es lo que ve? y sobre todo ¿cómo lo ve? Esta dificultad de aprehensión que plantean todas las manifestaciones psiquiátricas (no solamente la alucinación negativa y los demás fenómenos alucinatorios), fue lo que llevó hacia finales del siglo XIX a iniciar una evolución que desarrolló una nueva semiología; una semiología que permitiese captar realmente lo que son esas manifestaciones y lo que significan. Dejando de ser una lectura en superficie, una simple sumatoria de síntomas, se fue transformando en una semiología de la estructuración psicopatológica que es cada fisonomía clínica. Es decir una semiología fenomenológico-estructural que fuese como dijo E. Minkowski (7): “una lectura psicológica” de la realidad patológica tal cual se ofrece al clínico, y no según el modo como este había intentado “percibirla” durante el siglo XIX.

¿Por qué, entonces, si son manifestaciones negativas, es decir deficitarias, seguimos diciendo “síntomas positivos”? Porque los DSM, más allá del significado práctico que implicaron respecto a la recuperación del diagnóstico psiquiátrico y de un diagnóstico que en parte es también estructural, en la medida en que se fueron empobreciendo psicopatológicamente han llevado a generar hábitos semiológicos semejantes a los del período anterior a Kraepelin y a Kahlbaum.

Decir hoy que en la práctica cotidiana “se ha ido perdiendo la psicopatología” significa que se trabaja de hecho pensando al psiquismo como un plano, como una realidad sin espesor, sin complejidad estructural. Tal vez esa sea la razón de que la alucinación solo ocupe algunas líneas en los sistemas actuales de diagnóstico –que no tenga allí “espesor”– y que prácticamente haya desaparecido como cuestión sobre la que se escribe o se discute en los medios psiquiátricos.

El pensar a la alucinación como un “más de percepción” que posibilitan los DSM y los textos actuales, aparece vinculado también a otros dos hechos. Estos hechos integrándose dificultan aún más la consideración del fenómeno alucinatorio en su realidad de ser un fenómeno psíquico y patológico. Estos dos hechos siguen siendo expresión de las experiencias psíquicas comunes, mediante las cuales no se puede acceder a la patología mental.

Por un lado, la experiencia cotidiana evidencia que la función imaginante irrumpe en todos los actos perceptivos, que lo imaginario está implicado constantemente en toda percepción. Por la exaltación afectiva y la sugestión los deseos son tomados por realidades, por la exaltación estética el pintor “ve” por adelantado su obra, y por la exaltación mística el creyente vivencia sus experiencias sobrenaturales con una realidad semejante a la

que tienen los fenómenos naturales. Esto hace entendible que considerando a la alucinación una forma más de esta capacidad normal de imaginar del hombre, se diga de ella que es un “síntoma positivo”. Pero entonces: ¿por qué no la consideramos una forma más de imaginar, y en cambio señalamos que es patológica? y en ese caso ¿qué es lo que permite afirmar que es patológica?

Por otro lado, la investigación neurobiológica actual también habla de “síntoma positivo”, porque considerando a la alucinación una excitación neuronal patológica la ha transformado en registros eléctricos, imagenológicos o bioquímicos. Pero entonces ¿cuál es la realidad psíquica de la alucinación?

En consecuencia, para poder comprender tanto la realidad de la percepción como de la alucinación es necesario partir de conceptos que poniendo en cuestión los “de sentido común” hagan posible: a) reconocer la estructura psíquica esencialmente diferente de los fenómenos imaginarios alucinatorios (Ey va a hablar de: “heteronomía”), y b) comprender que esa heteronomía expresa la desorganización del acto perceptivo. Así se evidencia que la alucinación es una “falsa percepción” y no una forma de “más percepción”. Por eso Ey dice que la alucinación es esencialmente “fáctica” en el doble sentido de la palabra, de ser un hecho clínico y de caracterizarse por ser una irrupción de irrealidad.

Pero, antes de considerar este carácter fáctico de la alucinación es necesario hacer algunas breves consideraciones sobre la percepción.

La percepción

Tradicionalmente la percepción era pensada como un proceso determinado por una cadena lineal de acontecimientos: primero, la estimulación provocada por los objetos sobre el receptor periférico, luego, la corriente neuronal de dirección centrípeta que parte del receptor, y finalmente, la recepción de esa información a nivel del centro del órgano del sentido correspondiente.

Una cadena de acontecimientos donde la percepción era considerada, ya sea como el resultado de la llamada “energía específica” de cada receptor periférico y del nervio a que da origen, o bien como la síntesis que el centro ejercía sobre los datos aportados desde la periferia.

Ambas hipótesis sostenían una “teoría sensorial” en el sentido de que el elemento necesario y suficiente de la percepción era el objeto y la estimulación que generaba. Diferentes desarrollos que siguieron a esta hipótesis “sensorial” fueron invirtiendo el planteo, llevando al final a dar predominancia al sujeto en el acto de percibir.

a) La psicología de la Gestalt ha evidenciado una estructuración fundamental de todo acto perceptivo el cual se constituye, no por los estímulos, sino por las leyes de organización del propio campo perceptivo (5). La percepción más que llevar a cabo una síntesis de elementos lo que hace es una selección automática de determinadas figuras de acuerdo a las reglas de las configuraciones.

b) Los trabajos de J. Piaget sobre la percepción (8) han mostrado que esta es adquisición de experiencia y cooperación permanente de las estructuras alcanzadas y

de las operaciones de adaptación. Esto significa que la percepción no es y no puede ser pensada como un acto simple, precisamente porque solo aparece integrada dentro de un sistema de diferentes niveles operatorios.

c) La interpretación del funcionamiento perceptivo en base a la teoría de la información puso en evidencia que la percepción es manipulación de mensajes, donde la información depende de códigos o "hipótesis" (6). Códigos que seleccionan o filtran lo que finalmente es percibido, incluso ya a nivel de la primera sinapsis del sistema sensorial.

d) La vieja idea de la importancia de un componente motor de la percepción, reafirmado por las investigaciones de V. von Weizsäcker como "automovimiento" (9) acentuaron la presencia del sujeto en el acto de percibir. "Automovimiento" constituido por el movimiento de proyección del sujeto, que en el fondo es la proyección de la motivación instintivo-afectiva subyacente. Esa proyección del sujeto hacia los objetos de su percepción significa que "percibir es percibirse como en un espejo en el mundo de las cosas". La existencia de esta proyección, que implica la presencia en la percepción del "deseo" y de la "decepción", invierte la teoría "sensorial", hasta llegar a decir que la percepción no es primitivamente sensorial.

e) Otro aspecto que también conforma esta franja subliminal subjetiva, llamada "subcepción" y condición necesaria de la percepción es la influencia que sobre la percepción ejercen los factores sociales, especialmente las creencias y los tabúes.

Todos estos desarrollos son destacados por H. Ey, que finaliza diciendo que la percepción no puede ser reducida a la percepción del objeto, porque la percepción, "para lograr su objetivo", compromete todas las estructuras jerarquizadas del psiquismo². Y expresando esto dice que la percepción de lo real, no solo es captación sino apresamiento del objeto. Apresamiento de un objeto exterior que realizado por el sujeto a través de tantas operaciones "internas" hace comprender que "podemos percibir sin objeto" y que habitualmente solo excepcionalmente percibimos objetos exteriores.

Es decir, contrariamente a la tradicional linealidad de la percepción, su estudio evidencia que lo que la hace posible es su complejidad estructural. En realidad, percibir nunca es lo que parece ser, o sea percibir objetos situados en el espacio de nuestro campo perceptivo, ya que percibir es siempre percibir nuestra situación actual, es decir nuestra relación con nuestro mundo. Y que este percibir, en tanto es organización del campo actual de nuestra conciencia, si bien es por un lado chocar con la objetividad del mundo, es por otro proyectar nuestra propia realidad en la realidad de los objetos.

H. Ey insiste diciendo que percibir no es percibir los "objetos sentidos", esos objetos que serían el resultado de las sensaciones que hieren los sentidos, sino los objetos que guardan conformidad con la ley común, porque percibir no solamente es "sentir", ya que lo que se siente para que sea percibido tiene que estar integrado en el sis-

tema de la realidad. Es decir, tiene que ser lícito al común del grupo. Porque percibir en último término es ubicar, en la realidad de la situación presente y del mundo de la objetividad, los objetos reales y los objetos imaginarios, ordenándolos en relación al espacio geográfico y al tiempo de los acontecimientos históricos... en suma, es disponer de las categorías de lo real. De lo real y de lo imaginario del presente, de lo real y de lo imaginario del pasado y de lo real y de lo imaginario del futuro.

Ahora bien, si la percepción de lo real es esencialmente una función que implica al sujeto y su imaginario, y si solo excepcionalmente es percepción de los objetos externos, se comprende que Ey se pregunte: ¿para qué sirven, entonces, los "órganos de los sentidos" por los que nos llegan precisamente los estímulos desde los objetos? Pues, fundamentalmente para analizar esas informaciones, y al hacerlo descartar la mayor parte de ellas para concentrarse en lo vivido del campo fenoménico actual que interesa al sujeto. Ese "trabajo perceptivo" es además siempre, esencialmente multisensorial ya que hablar de la "percepción" de tal o cual sentido solo es una abstracción artificial de las experiencias de laboratorio. Lo que es codificado es el resultado de ese "trabajo perceptivo" que aprehende "lo real" propiamente dicho, dado que lo real no está dado, sino que es construido en la dialéctica de la percepción que consiste precisamente en separar lo real de lo imaginario.

La alucinación

Pasando a considerar el fenómeno alucinatorio cabe destacar que lo que permite comprenderlo es precisamente que la percepción es una organización compleja y jerarquizada resultante de la organización de esas diversas estructuras. Las alucinaciones expresan la desorganización de esos diferentes niveles estructurales de la percepción, razón por la cual no pueden ser un fenómeno simple ni siempre igual. Por otra parte, el análisis de las especies alucinatorias como manifestaciones de desorganización permite penetrar en el orden de construcción de la percepción como "función" de posesión de lo real.

Como fue señalado, la alucinación se impone como un hecho, tanto al sujeto que la padece como al observador que la comprueba. Al sujeto se impone como una experiencia sensible que forma parte de la realidad exterior, de la objetividad. Y también se impone al observador; más aún, sólo es alucinación cuando esa experiencia de imaginario que vale para el paciente como realidad, es juzgada como irreal por el observador. Y esa percepción a la que el clínico accede solamente a través del discurso del alucinado, lo sobrecoge. Y lo sobrecoge no por lo extraño que pueda ser el contenido del percepto que le es relatado, sino por la extrañeza que supone para cualquier hombre comprobar que alguien percibe lo irreal como realidad. Es por ese motivo que afirmar que alguien "oye voces" significa en los hechos, para el hombre común, la objetivación de la locura, y es por eso también que aquel que comienza su aprendizaje semiológico resiente

² cf ref. 2: Parte 8ª, cap. I

preguntar a un paciente lúcido si “oye voces”, porque le parece que hacer esta pregunta es como ofender su sentido común. Para el observador, lo extraño no es escuchar que el alucinado vivencie ciertas sensaciones, imágenes u objetos, sino comprobar por su conducta verbal y por su comportamiento, que vive lo imaginario como realidad. En otras palabras, que no puede separar lo real de lo imaginario lo cual es testimonio de que le ha acontecido algo grave, ya que ese poder constituye lo esencial del acto de percibir, y en consecuencia de la posibilidad de relacionarse con el mundo.

Normalmente la realidad psíquica integra “dos corrientes de dirección opuesta, una centrífuga que lleva al sujeto hacia la realidad objetiva, y otra centrípeta que hace entrar por la percepción el mundo de los objetos en el mundo de las imágenes”³. La realidad psíquica, entre el mundo interno de las imágenes y las imágenes externas, es la posibilidad orgánica de la articulación real del sujeto a su mundo.

Cuando esta organización se desordena se altera la función que articula lo real subjetivo y lo real objetivo, y entonces surge la alucinación. Que la alucinación existe como realidad significa que en los movimientos de la imaginación y la percepción de los objetos reales, late una “latencia letal” (Bichat) y que esa virtualidad es actualizada como alucinación. Ese “lugar virtual” que el organismo psíquico reserva a la alucinación se hace actual cuando un proceso orgánico, desorganizando los movimientos de la realidad psíquica, se torna alucinógeno. Esa desorganización determina que la positividad del inconsciente normal –desde sus formas más arcaicas o colectivas hasta las más personalizadas por la evolución psíquica individual– escape al poder inhibitorio, negativizante del ser consciente, convirtiendo al sujeto en objeto de una falsa percepción. Falsa percepción, porque aunque es una expresión “imaginaria” del sujeto, es heterogénea respecto a las demás experiencias de imaginario. Como dice Ey es “anómica”⁴ en el sentido de que la alucinación surge únicamente cuando se contraviene la ley de construcción del organismo psíquico. Es esta “ilógica” lo que el análisis estructural pone de manifiesto como “estructuración negativa” de la vivencia. Lo cual es el resultado de una desorganización real del “cuerpo psíquico” provocada por un proceso somático (afecciones cerebrales, drogas, aislamiento sensorial, etc.).⁵ Por eso Ey va a sostener reiteradamente que la alucinación o es patológica o no es, es decir que su “epifanía” (manifestación) es siempre “apocalíptica” (desorganización). Al igual que las demás manifestaciones psíquicas mórbidas evidencia en su estructuración psíquica la marca del proceso orgánico desorganizador. En el caso de las alucinaciones son las formas de esta desorganización, ya sea del sujeto mismo o bien de los analizadores perceptivos, las que transparentan la existencia de una somatosis, de una alteración cualitativa del psiquismo, como organización corporal. Somatosis que los procesos patógenos

determinan y que son el sustrato de lo que acontece a nivel mental, como accionar del sujeto, variable según el hiato órgano-clínico. Cada sujeto está presente en los fenómenos que son “su respuesta alucinatoria” de reorganización (la “estructura positiva”) frente al daño del organismo. En último término la alucinación es su vida mental posible, su forma de adaptarse a la realidad de su medio, de acuerdo a la desorganización que padece.

Todo lo cual significa que la alucinación implica “la esfera afectiva del sujeto en el sentido de que algo desde su interioridad lo determina a preferir los objetos de su deseo a los objetos sometidos a la ley de la realidad”. Y este acto inconsciente, consecuencia de una desorganización del sujeto, es lo que hace que la alucinación sea un hecho heterogéneo respecto a todos los fenómenos ilusionales normales. La alucinación es la percepción de un objeto legalmente imperceptible (de algo que por su naturaleza no puede ser objeto de percepción). La desorganización transforma en objeto a todo o a una parte del sujeto, o sea, a lo que nunca puede ser objeto de percepción.

Por eso dice Ey que la definición clásica de “percepción sin objeto” debe ser sustituida por la de “percepción sin objeto para percibir”.⁶ Decir que la alucinación es una “percepción sin objeto para percibir” es enunciar al mismo tiempo una acción y su negación. Una negación que anula o que tiene por imposible la acción. Quedarse en la definición clásica de “percepción sin objeto” es mantenerse dentro de un concepto “elíptico y absurdo”, porque un fenómeno así es imposible, porque no puede haber una percepción si no hay objeto. Decir en cambio que es una “percepción sin objeto para percibir” es deslizar desde el objeto al acto de alucinar afirmando su falsedad ideo-afectiva, porque el objeto que percibe no es perceptible. Por eso es que no hay una percepción verdadera sino una falsificación de la percepción. Es decir, un fenómeno psíquico real, pero cuya realidad no radica en el percepto que el paciente refiere y que aparece para él como lo importante, sino en la modificación alucinógena de la organización mental. Modificación de la que el paciente es inconsciente, y que el psiquiatra tiene que hacer un esfuerzo contra-intuitivo para poder percibirla en su realidad.

“El alucinado ha perdido el señorío de sí mismo”, es decir, de los movimientos facultativos por los cuales puede normalmente relacionarse con su mundo. Son las desorganizaciones de las estructuras normales de la percepción las que constituyen los marcos que permiten clasificar naturalmente los fenómenos alucinatorios.⁷ Como la percepción no es primariamente sensorial es enteramente artificial clasificar sus falsificaciones según el criterio de la sensorialidad en alucinaciones psicosensores y alucinaciones psíquicas.

El análisis estructural en cambio permite distinguir en la clínica dos categorías naturales de alucinaciones: las que son desestructuraciones alucinógenas de la orga-

³ cf ref. 2: Prefacio

⁴ cf ref. 2: Parte 8^a, cap. II

⁵ cf ref. 2: Parte 4^a

⁶ cf ref. 2: Parte 8^a, cap. II

⁷ cf ref. 2: Parte 8^a, cap. III

nización psíquica (o alucinaciones delirantes) y las que son desintegraciones alucinógenas de los campos perceptivos o aparatos sensoriales (eidolias alucinósicas). En estas dos especies el análisis estructural evidencia la existencia de una desorganización corporal y la intencionalidad del sujeto que se manifiesta de modo variado según el tipo de alucinación.

a) En las alucinaciones delirantes⁸ es necesario distinguir las experiencias agudas y las formas delirantes crónicas. En todas ellas, lo central es el delirio y lo que las especifica es el tipo de estructura delirante. En las experiencias agudas de los diferentes niveles de “psicosis agudas”, análogas al fenómeno dormir/soñar, la evidencia de la desorganización psíquica y de la reorganización imaginaria, salta a los ojos. En las alucinaciones de los procesos ideo-verbales crónicos que H. Ey llama “noético-afectivas”, tanto la desorganización como la respuesta del sujeto son hoy aceptadas como un hecho en los procesos esquizofrénicos. En cambio, en los delirios paranoides, considerados por muchos solo formas extremas de desarrollos psicogénicos normales, afirmar su carácter “procesual” exige un mayor trabajo reflexivo.

b) En las eidolias-alucinósicas o alucinaciones no-delirantes⁹ (donde una imagen es afirmada como presente y al mismo tiempo como irreal) cabe distinguir dos tipos no por “elementales” o “complejas”, sino según su fenomenología: fanteidolias y proteidolias. Su análisis estructural pone en evidencia su carácter parcial y su significado de síntoma focal neurológico. En las “fanteidolias”, el fenómeno aparece como una “bocanada de sueño” de muy breve duración (por ejemplo, en las crisis epilépticas de tipo simple, psíquicas) por lo cual tienen analogía con las experiencias delirantes agudas. En las fanteidolias es evidente el proceso de desorganización y también la presencia del sujeto. La existencia de un bloqueo de la corriente centrípeta de información deja el camino abierto a la proyección del potencial fantasmático que la actividad de los analizadores perceptivos contiene, aunque esta proyección no tenga la riqueza personal de las experiencias agudas.

Tampoco hay dificultad en reconocer la existencia de un proceso alucinógeno en el otro tipo de eidolias, las “proteidolias” (fosfenos, acúfenos, distorsiones de todo tipo de imágenes, figuras geométricas, figuraciones simbólicas, etc.). En estos casos en cambio, por el carácter fuertemente estésico y “simple” de las imágenes alucinatorias, el problema es descubrir su complejidad y su significación, ya que apareciendo puntuales e incongruentes parecen responder exclusivamente a un mecanismo de excitación. Sin embargo, las proteidolias, a pesar de parecer tan “mecánicas”, son sin embargo también falsas percepciones, es decir son la percepción de algo que es del orden de la subjetividad del sujeto lo cual, “contra lo que debe ser”, aparece como objeto.

Como fue señalado anteriormente, en todas las for-

mas alucinatorias siempre tiene lugar la “percepción” de un “objeto” que no puede ser objeto de percepción, por lo cual las diferentes alucinaciones son todas “falsas percepciones”. Esta presentación de una “falsa objetividad” se lleva a cabo a través de una percepción, medio que habitualmente es el modo más fuerte de objetivar-se “lo objetivo”. En esto radica la contradicción esencial del fenómeno alucinatorio que presenta una falsa objetividad “haciendo uso” de un percepto sui generis. Contradicción que adopta “infinitas formas donde varía la relación entre el percepto que se presenta y la falsa objetividad”, desde “perceptos fuertes que sin embargo se perciben como irreales” (es el caso de las eidolias alucinósicas), “hasta perceptos débiles –díficiles de comprender por el observador- percibidos sin embargo por el paciente como realidades absolutas” (es el caso de las alucinaciones delirantes).

De ese modo Ey reafirma que lo relevante en la alucinación no es el percepto que el paciente refiere sino la alteración de la realidad. Alteración que en el caso de las alucinaciones no delirantes (eidolias alucinósicas) es paradójica porque el paciente vivencia un claro contraste entre la fuerte estesia del contenido y el débil o nulo grado de realidad que atribuye al percepto. Alteración de la realidad que por el contrario es lo central en las alucinaciones delirantes, la mayor parte de las cuales corresponden a las tradicionalmente llamadas “alucinaciones psíquicas” por su falta de estesia. En estas últimas la realidad es sustituida por la irrealidad del deseo no “contenido” por la desorganización que sufre el ser consciente.

Un caso especial que amerita una breve consideración es el de los fenómenos alucinatorios en las neurosis¹⁰. H. Ey afirma que diferenciándose de las alucinaciones delirantes, no son sin embargo radicalmente diferentes de ellas. El mundo de la neurosis caracterizado por ser esencialmente artificial no genera alucinaciones de tipo delirante porque su imaginación no sustituye la realidad, pero sí posibilita estructuras alucinatorias propiamente dichas que alteran su percepción sobrecargándola de imaginario (“en el obsesivo la alucinación es el instrumento de suplicio que se provoca la representación misma del objeto de su obsesión”; “en el histérico es la ‘realización’ de una imagen que borra la distancia que normalmente separa el deseo de la realidad”. Si bien los neuróticos son pacientes donde los fenómenos alucinatorios no alteran la realidad, pero sí los movimientos de su libertad.

Conclusión

A modo de conclusión de este vistazo de lo central del Tratado de las Alucinaciones de Henri Ey, podría decirse:

1. que en la fase mecanicista de la evolución de la

⁸ cf ref. 2: Parte 3ª, cap. II

⁹ cf ref. 2: Parte 3ª, cap. II

¹⁰ cf ref. 2: Parte 5a, cap.III. El Tratado de las Alucinaciones de H. Ey fue publicado cuando aún el grupo de las “neurosis” no había sido fragmentado como sucedió posteriormente, lo que a juicio del autor de este artículo configura una situación que requeriría ser rectificadas.

psiquiatría actual, los fenómenos alucinatorios por su realidad clínica y su dificultad de aprehensión aparecen como “un síntoma” útil para recuperar, primero la actitud y el método semiológicos que son necesarios para el diagnóstico en toda la patología mental y segundo, percibir el carácter patológico de las estructuras psicopatológicas, que orienten objetivamente los estudios de los procesos orgánicos patógenos.

2. que “la alucinación como “percepción sin objeto para percibir” haciendo percibir “falsos objetos” nos señala al mismo tiempo cuál es el sentido de la percep-

ción normal y cómo “se constituyen los objetos que podemos y debemos percibir”. Percepción de objetos que solo es posible cuando el sistema nervioso cumple con su función superior de asegurar la separación de los regímenes de vigilia-existir y de dormir-soñar (3). Para percibir bien, el hombre debe mantener al sueño, “contenido” dentro del dormir, ya que cada vez que el soñar “escapa” al dormir, en forma transitoria o persistente, su percepción se verá infiltrada de “un más perceptivo”, que en realidad es un déficit del acto de percibir ■

Referencias bibliográficas

1. American Psychiatric Association, DSM-III. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd. ed), A.P.A., Washington DC, 1980.
2. Ey H. Tratado de las alucinaciones, 2 tomos (traduc. al español). Buenos Aires: Polemos, 2009.
3. Ey H. La psychopathologie dans ses rapports avec la veille, le sommeil et le rêve, Gaz. méd. France, 82, 30, 1975: 3431-3433.
4. Jackson J.H. Remarks on dissolution of the nervous system as exemplified by certain post-epileptic conditions. In: Selected writings of John H. Jackson, ed. by J. Taylor, II: 3-28 (especialmente: 23-26). London: Hodder & Stoughton, 1931-32.
5. Koffka K. Principios de Psicología de la Forma. Buenos Aires: Paidós; 1953.
6. Piaget J. Les mécanismes perceptifs: modèles probabilistes, analyse génétique, relations avec l'intelligence. Paris: P.U.F., 1961.
7. McCorduck P. Máquinas que piensan. Madrid: Tecnos, 1991.
8. Minkowski E. Traité de Psychopathologie. Chap.V: De la démence précoce a la schizophrénie. Paris: P.U.F., 1966; p.80-108
9. Von Weizsäcker V. El círculo de la forma (Der Gestaltkreis). Teoría de la unidad de la percepción y del movimiento. Madrid: Morata; 1962.

Las diez clasificaciones de Kraepelin

Eduardo Luis Mahieu

Médico Psiquiatra

Prof. titular de Semiología Psiquiátrica, Universidad Nacional de Córdoba (UNC). Prof. Titular de Psiquiatría de las Psicosis (UNC). Prof. Titular de Historia de la Psiquiatría (UNC). Prof. Titular de Psiquiatría Órgano-Dinámica y Fenomenología Existencial (UNC). Prof. de Filosofía para psiquiatras (UNC). Director del Seminario de Esquizofenias (UNC)
E-mail: mahieu@onenet.com.ar

Introducción

El 15 de febrero de 1856 nace Emil Wilhelm Magnus Georg Kraepelin en Neustrelitz, Mecklenburg, en el Nordeste de Alemania. Entre 1857 y 1878 trabajó en Würzburg, en la Sección Psiquiátrica del Julius Hospital, con Franz von Rinecker.

Durante los años siguientes, desde 1878 hasta 1882, reside en Munich perfeccionando su formación en la sección psiquiátrica del hospital con Bernhard von Gudden y Paul Flechsig y en 1883 y 1884 pasas a Leipzig, con Wilhelm Wundt.

La 1ª Edición de sus estudios aparece bajo la forma de un pequeño libro bajo el título de *Compendium der Psychiatrie* (más tarde será titulado *Lerhbuch*), publicado en Leipzig en 1883.

Durante dos años, 1884 a 1886, oficia primero como Médico Mayor de la Clínica Psiquiátrica de Leubus (Silesia) y luego pasa a Dresden, en la Alta Sajonia, como Director de la Sección Psiquiátrica del Hospital.

La universidad de Dorpat

Desde 1886 hasta 1891 Kraepelin enseña en la Universidad de Dorpat (hoy Tartu, Estonia) con el cargo de Profesor de Psiquiatría. Durante el desempeño de esa labor docente elabora la 2ª y la 3ª Edición (igual a la 2ª) del *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte* (Psiquiatría. Tratado para estudiantes y médicos). Hasta aquí sus concepciones y clasificación se basan en la psiquiatría alemana anterior a él; principalmente en la obra de Wilhelm Griesinger, Schule y Richard von Krafft Ebing.

La Cátedra de Psiquiatría y la Clínica Psiquiátrica de Heidelberg

Entre 1891 y 1903 Kraepelin se instala en Heidelberg como Profesor de Psiquiatría y Director de la Clínica Psiquiátrica.

Resumen

Pocos pensadores y clínicos de la psiquiatría han marcado tanto su desarrollo y las nosografías de la especialidad como el maestro alemán Emil Kraepelin. En este artículo se presentan en forma sinóptica las diez clasificaciones que presentó a lo largo de su trabajo clínico.

Palabras clave: Kraepelin – Nosografías – Clasificaciones en psiquiatría – Historia de la psiquiatría.

THE TEN KRAEPELIN'S CLASSIFICATIONS

Summary

Just few thinkers and clinical psychiatrists have branded the development and nosographies of the specialty as much as the german teacher Emil Kraepelin did. This article presents in a synoptic way the ten classifications he has developed during his clinical work.

Key words: Kraepelin – Nosographies – Psychiatric classifications – History of Medecine.

En 1893, aparece la 4ª Edición del *Lehrbuch* que consta de 770 págs. Kraepelin comienza la revisión crítica de la nosología y la elaboración de sus propias concepciones: aparecen los Procesos Psíquicos Degenerativos que engloban la Dementia Praecox (forma ligera y forma grave o hebefrenia) la Catatonía y la Dementia Paranoides.

En 1896 se publica la 5ª Edición del *Lehrbuch* (825 págs.). Aparecen allí los Procesos Parademenciales (*Verblödung*): Dementia Praecox; Catatonía; Dementia Paranoides y en la Sección 3: Enfermedades de la Nutrición (Metabólicas).

En 1899 aparece la 6ª Edición del *Lehrbuch* (969 p.). En esa edición se llega a la concepción considerada clásica y canónica de Kraepelin: la Demencia Precoz con sus tres formas, la Locura maniáco-depresiva y la Paranoia, como entidades independientes.

En 1901, publica sus lecciones bajo el título: *Einführung in die psychiatrische Klinik* (Introducción a la Psiquiatría Clínica) en la que presenta 94 casos en treinta y dos lecciones. En ocasión del Congreso Anual de los Psiquiatras Alemanes, Kraepelin presenta una clasificación de carácter pronóstico, de durabilidad, incurabilidad y marcha crónica para servir a la planificación de las instituciones psiquiátricas del estado de Baden que Henri Ey considera como la mejor de todas las clasificaciones de Kraepelin.

La Clínica Psiquiátrica Universitaria de Munich

Entre 1903 y 1922, Kraepelin trabaja en Munich como Profesor de Psiquiatría, Director de la Clínica Psiquiátrica Universitaria y Director del Instituto Alemán de Investigación en Psiquiatría (ahora Instituto Max Planck de Psiquiatría) Loeb – Rockefeller.

La 7ª Edición del *Lehrbuch* (1369 págs.) ve la luz en 1904. El texto presenta pequeñas modificaciones a las descripciones de la Dementia Praecox, la Paranoia y la

Locura maniáco-depresiva y profundización y mayor extensión de páginas dedicadas a la locura epiléptica, las personalidades psicopáticas, etc. Esta es la edición que cita Bleuler en la bibliografía de su texto sobre la *Dementia Praecox o el Grupo de las Esquizofrenias*.

La 8ª Edición, la última aparecida durante la vida del maestro alemán, va publicándose en cuatro Tomos que reúnen 2500 páginas, a lo largo del período que discurre entre los años 1909 y 1913. En el Tomo II, 2ª parte, es adonde Kraepelin escinde el gran grupo de las Parademencias Endógenas (*Verblödungen*) en Dementia Praecox con 11 subformas y

Parafrenias con 4 subformas. Este último grupo revela su profundo conocimiento de la Psiquiatría Francesa de esa época con las boufées delirantes y las 4 formas de delirios crónicos, de los que las parafrenias parecen haberse inspirado en ellas.

“Las Formas Fenoménicas de la locura” (publicado Berlín en *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*) de 1920, es la gran síntesis final de la concepción kraepeliniana de la clasificación de las enfermedades mentales.

El 7 de octubre de 1926 muere Kraepelin en Munich y es inhumado en el cementerio de Heidelberg en cuya lápida se lee: “*Es igual que tu nombre se pierda / sólo importa que quede tu obra*”.

En 1927 aparece la 9ª Edición, póstuma, de su *Lehrbuch*, editado por su discípulo Johannes Lange.

Las clasificaciones

A continuación se presentan en forma sinóptica las clasificaciones de las enfermedades psiquiátricas que propuso Emil Kraepelin en las sucesivas ediciones de su *Lehrbuch*, y en el último cuadro las presentadas en 1901, en el Congreso Anual de los Psiquiatras Alemanes y en 1920 bajo el título “Las Formas Fenoménicas de la locura” ■



Las 10 clasificaciones de Kraepelin

1 ^{era} Edic.: 1883	2 ^{da} y 3 ^{era} Edic: 1887 (3 ^{era} muy similar a la 2 ^{da})	4 ^{ta} Edic.: 1893
<p>1) ESTADOS DEPRESIVOS -Melancolía simple y delirante.</p> <p>2)ESTADOS CREPUSCULARES -Estados de sueño patológico (Hipnosis, sonambulismo, ebriedad comatosa). -Histérico y Epiléptico. -Estupor y Éxtasis. -Demencia Aguda.</p> <p>3)ESTADOS DE EXCITACIÓN -Melancolía Agitada. -Manía. -Del Delirium: *Febril. *Alcohólico.</p> <p>4)PSICOSIS PERIÓDICA -Manía Periódica. -Melancolía Periódica. -Locura Circular.</p> <p>5)DELIRIO SISTEMATIZADO (VERRUCKTHEIT) PRIMITIVO.</p> <p>6)DEMENCIA PARALÍTICA.</p> <p>7)ESTADOS DE DEBILIDAD PSÍQUICA. -Anomalías Evolutivas (Idiicia, Imbec., Debilidad, Inversión Sexual). -Locura Moral y Delirio de Querulancia. -Estado Neurasténico (obsesiones). -Estados de Debilidad Psíquica Secundarios: VERRUCKTHEIT Y BLODSINN Secundarios</p>	<p>1) MELANCOLÍA: * Simple * Agitada * Estuporosa</p> <p>2) MANÍA</p> <p>3) DELIRIUM: Febril – Tóxico – Transitorio</p> <p>4) ESTADOS DE AGOTAMIENTO AGUDO - Delirio Agudo - Delirio de Colapso - Confusión (VERWIRRTHEIT) Asténica</p> <p>5) WAHNSINN: Psic. Del. Agud. * Depresivo * Expansivo * Alucinatorio</p> <p>6) LOCURAS PERIÓDICA Y CIRCULAR - Locura Per. (Man-Mel-Wahns) - Locura Circular</p> <p>7) DELIRIO SIST. (VERRUCKTHEIT). - Formas Depresivas: * Del. De Persec. Alucinatorio. * Del. De Persec. Combinatorio * Del. Hipocondríaco * Del. De Querulancia - Formas Expansivas: Delirio de Grandeza Alucin. Combinat. Y Verr Originario</p> <p>8) NEUROSIS GENERALES - Loc. Neurasténica (obsesión) - Loc. Hist. (y VERRUCK. HISTER) - Loc. Epiléptica</p>	<p>MODIFICACIONES A LA 3^{ERA}</p> <p>- Simplificación de: * Delirium * Estados de Agotamiento * Wahnsinn</p> <p>- Complejización de: PARANOIA (nombre que da a partir de ahora a los VERRUCKTHEIT)</p> <p>- Intercalación entre Paranoias y Neurosis Generales de los: PROCESOS PSÍQUICOS DEGENERATIVOS: a) Dementia Praecox: Forma ligera Forma grave (Hebefrenia) b) Catatonía c) Dementia Paranoides</p> <p>- Desaparición de los Debilitamientos Psíquicos Secundarios (Verrucktheit y Blodsinn secundarios) absorbidos por el Nuevo Grupo.</p> <p>Influencia de KAHLBAUM (Catatonía y Hebefrenia)</p> <p>Idea de que el estado terminal caracteriza a un proceso mórbido, y que se puede prever desde su origen por pequeños signos. Persisten influencias de Morel (degeneración). Dementia paranoides: Concepto original de Kraepelin.</p>
En la 1 ^a , 2 ^a y 3 ^a Edic.: influencia de KRAFFT - ABING	9) INTOXIC. CRÓNICAS Alcohol-Morfina-Cocaína	Criterios nosológicos de Krafft-Ebing: 1 ^o Anat. Patol.
COMBINATORIA = INTERPRETATIVA FANTÁSTICA = ALUCINATORIA (3 ^a -4 ^a -5 ^a)	10) DEMENCIA PARALÍTICA 11) ESTADOS DE DEBILIT. Demencia Senil, Lesiones Cerebr., Estados de Debilit. Secundarios 12) DETENCIÓN DEL DESARROLLO PSÍQUICO - Idiicia - Cretinismo - Debil. De Espíritu Constit. (con la Loc. Moral y Loc. Impulsiva) -Inversión Sexual	<p>2^o Etiología ↓ 3^o Clínica</p> <p>Línea Falret –Kahlbaum - Kraepelin</p> <p>1^a La Clínica: entidad Clínica Evol.</p>

5 ^{ta} Edic.: 1896	6 ^{ta} Edic.: 1899	7 ^{ma} Edic.: 1904
<p>A) ENF. MENTALES ADQUIRIDAS:</p> <p>1) ESTADOS DE AGOTAMIENTO -Delirio de Colapso -Amentía (Confusión Aguda) -Demencia Aguda -Agotamiento Nerv. Crónico: Neurastenia e Hipocondría</p> <p>2) INTOXICACIONES -Agudas (Del. Febril y tóx.) -Crónicas (Alc.-Morf.-Coc.)</p> <p>3) ENF. DE LA NUTRICIÓN (METABÓLICAS) -Locura Mixedematosa -Cretinismo -Procesos Demenciales (VERBLODUNG PROCESSE): *Dementia Praecox *Catatonia *Dementia Paranoides -Dementia Paralytica</p> <p>4) LOCURA DE LAS LESIONES DEL CEREBRO</p> <p>5) LOCURAS DE INVOLUCIÓN -Melancolía -Demencia Senil</p> <p>B) ENF. MENT. CONGÉNITAS</p> <p>1) ENF. MENT. CONSTITUCIONALES -Locura Periódica: Man-Mel-Circular -Paranoia: Formas combinatorias (incl. Del. De Querulan) Formas fantásticas (incl. Del. Crón. Evol. Sist.)</p> <p>2) NEUROSIS GENERALES -Locura Epiléptica -Locura Histérica -Locura de Terror (Neurosis traumática: SCHRECKNEUROSE)</p> <p>3) ESTADOS PSICOPÁTICOS (DEGENERACIÓN) -Desequilibrio Constit. -Loc. Obsedente -Loc. Impulsiva -Inversión Sexual</p> <p>4) DETENCIONES DEL DESARROLLO PSÍQUICO</p>	<p>1) LOCURAS INFECCIOSAS Delirio febril e infeccioso Debilitamiento infeccioso</p> <p>2) LOCURAS DE AGOTAMIENTO Delirio Agudo-Amentía Neurastenia adquirida</p> <p>3) INTOXICACIONES</p> <p>4) LOCURAS TIREOGENAS</p> <p>5) DEMENTIA PRAECOX</p> <p>6) DEMENCIA PARALÍTICA</p> <p>7) LOCURA DE LAS LESIONES DEL CEREBRO</p> <p>8) LOCURAS DE INVOLUCIÓN (Melancolía-Delirio de Perjuicio Presenil-Demencia Senil)</p> <p>9) LOCURA MANÍACO-DEPRESIVA</p> <p>10) PARANOIA</p> <p>11) NEUROSIS GENERALES</p> <p>12) ESTADOS PSICOPÁTICOS</p> <p>13) DETENCIONES DEL DESARROLLO PSÍQUICO.</p> <p>En esta edición se llega a la concepción clásica de Kraepelin.</p> <p>1) La PARANOIA actual: sólo las formas combinatorias / interpretativas de las clasificaciones anteriores. Las formas fantásticas (alucin.) pasan a la forma de D.P. Paranoide de la D.P. También saca el Del. De Per. Presenil.</p> <p>2) La PMD: todas las manías y melancolías (salvo la involutiva hasta la 8^a Edic.) son de la PMD. En esta 6^a describe por primera vez los Estados Mixtos de la PMD. Los Accesos son siempre bipolares. Incluyen todas las Psic. Period. e Intermitentes.</p> <p>3) La D.P. con 3 formas -Paranoide: la D. Paranoides + Paranoias Fantásticas -Catatonia -Hebefrénica (la DP de las clasificaciones)</p>	<p>PEQUEÑAS MODIFICACIONES A LA 6^a EDICIÓN Representan tener en cuenta a la Escuela de la Degeneración.</p> <p>11) LOCURA EPILÉPTICA (la anterior clase 11 se subdivide en 11 y 12)</p> <p>12) NEUROSIS PSICÓGENAS -Locura Histérica -Neurosis de terror (Neurosis Traumática) -Neurosis de espera ansiosa (Tartamudez, Impot. Sexual, Espasmo de los escribientes).</p> <p>13) ESTADOS PATOLÓGICOS Originarios (ex 12: Estados Psicopáticos) Agrega: -Depresión constitucional (\pm = psicastenia) -Excitación constitucional. Como no presentan accesos se los incluye aquí, no en LOCURA MANÍACO DEPRESIVA como lo está la Ciclotimia</p> <p>14) Personalidades Psicopáticas (subdivisión de 12 en 13 y 14) \pm inspirada por Lombroso -Criminales natos -Inestables -Mentirosos y estafadores patológicos -Seudo-querulantes</p> <p>15) DETENCIONES DEL DESARROLLO PSÍQUICO.</p>

8^{ava} Edic.: 1909-1913

- 1) LOCURA DE LAS HERIDAS DEL CEREBRO
- 2) LOCURA DE LAS ENFERMEDADES DEL CEREBRO
- 3) INTOXICACIONES
- 4) LOCURAS INFECCIOSAS
- 5) DEBILITAMIENTOS SIFILÍTICOS
- 6) DEMENTIA PARALYTICA
- 7) LOCURAS SENILES Y PRESENILES
- 8) LOCURAS TIREOGENAS
- 9) ENDOGENE VERBLODUNGEN
- 10) EPILEPSIA
- 11) LOCURA MANÍACO-DEPRESIVA
- 12) ENFERMEDADES PSICÓGENAS
- 13) HISTERIA
- 14) PARANOIA
- 15) ESTADOS PATOLÓGICOS CONSTITUCIONALES
- 16) PERSONALIDADES PSICOPÁTICAS
- 17) DETENCIONES DEL DESARROLLO PSÍQUICO

COMENTARIOS:

1 a 7: Estrictamente exógenos

11 a 17: Estrictamente endógeno constitucionales

8, 9 y 10: Causa obscura, verosímelmente autotóxica, pero con parte importante de predisposición

4) LOCURAS INFECCIOSAS, absorbe los ESTADOS DE AGOTAMIENTO

10) LA EPILEPSIA se aleja cada vez más de las NEUROSIS para ir acercándose a las enfermedades exógenas sobre predisposición.

11) LA LOCURA MANÍACO DEPRESIVA

Agrupar:

- Estados maníacos depresivos y mixtos (clasificación anterior)

- Estados fundamentales

* Depresión cons.] Salen de 13 ant.

* Excit. Const.]

* Temperamento ciclotímico

* Irritabilidad constitucional

- Melancolía involutiva (est. Mixto)

16) Agrega:

- Irritables

- Impulsivos

- Excéntricos

12) En Enf. PSICÓGENAS agrega:

- Neurosis de actividad (Ponopatías), Fatiga nerviosa (neurastenia adquirida), Neurosis de espera

- Psicosis de relación (Homilopatías), Locura inducida (Folie à deux), Delirio de persecución de los sordos

- Psicosis del Destino (Symbantopatías), Neurosis traumáticas, Psicosis de los prisioneros, Delirio de querulancia (sale de la paranoia)

9) ENDOGENE VERBLÖDUNGEN
 Separa las D.P. de las Parafrenias según la intensidad de trastornos de afectividad y la voluntad
 - PARAFRENIAS:
 * Sistemática
 * Expansiva
 * Confabulatoria
 * Fantástica (Ex Dementia Paranoides)
 - DEMENCIA PRECOZ

1) Demencia Simple (D.P. Simple) 1%
 2) Demencia Precoz Necia (Hebefren) 13%
 3) D.P. Depresiva Simple 10%
 4) D.P. Depresiva Delirante 13%
 5) D.P. Circular 9%] Formas agitadas
 6) D.P. Agitada 14%]
 7) D.P. Periódica 1%
 8) Catatonía 19%
 9) D.P. Paranoide Gravis 9%
 10) D.P. Paranoide Mitis (=formas psicomotrices de P.A.C., a Delirio de Influencia de Séglas) 9%
 11) D.P. de Lenguaje Confuso, Esquizofasia (Cercana a la Paraf. Fant.) 9%

(Ver cuadro comparativo Franco-Alemán)

Cuadro comparativo Franco - Alemán

1895	1920
<p>Clasificación presentada al Congreso Anual de los Psiquiatras Alemanes en Heidelberg, sept. 1896. Henri Ey la considera la mejor de todas las clasificaciones de Kraepelin (Études Psychiatriques, Tomo III, p. 19)</p> <p>1) ENFERMEDADES CURABLES:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Delirios febriles y tóxicos (Delirium) * Psicosis de agotamiento agudo * Delirio de Colapso. Confusión * Demencia aguda * Manía * Melancolía * Wahnsinn (Psicosis delirante Aguda) - Forma alucinatoria - Forma depresiva <p>2) ENFERMEDADES INCURABLES:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Locura (Irresein) periódica - Forma delirante - Forma maníaca - Forma melancólica - Forma circular 	<p>(Análisis e intento de ordenación de este trabajo esencial de Kraepelin, por E. L. Mahieu: Representa un giro revolucionario del pensamiento de Kraepelin: * Hacia la psicosis Única: La Locura * Abandono de las "entidades" rígidas * Formas sindromáticas y sintomatológicas * Aceptación de los "síndromes" performados de Hoche y de los conceptos de Bimbaum * Aceptación de la Esquizofrenia como género que subsume la Dem. Prec. como especie * Inicio de interpretaciones jacksonianas * Coexistencia muy frecuente de síntomas MD y DP).</p> <p>FORMAS FENOMÉNICAS DE LA LOCURA</p> <p>Algunas de sus formas más frecuentes: 1- Síndromes orgánico-cerebrales agudos (Confusión mental. Delirium) 2- Elaboración Paranoide de las experiencias vitales 3- Manifestaciones patológicas de los sentimientos 4- Formas impulsivas 5- Trastornos esquizofrénicos (que se manifiestan en la DP y PMD y otras) 6- Trastornos cerebrales orgánicos (encefalopatías)</p>

1895	1920
<p>* Locura sistematizada</p> <ul style="list-style-type: none"> - Forma depresiva de persecución - Forma expansiva de grandeza <p>* Degeneración psíquica</p> <ul style="list-style-type: none"> - Catatonía y demencia paranoide <p>* Neurosis generalizadas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Neurastenia. Histérica. Epilepsia <p>3) ENFERMEDADES A MARCHA CRÓNICA:</p> <p>* Intoxicaciones crónicas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alcohol. Morfina. Cocaína = PGP <p>* Demencias adquiridas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Demencia senil. Demencias orgánicas <p>* Anomalías del desarrollo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Idiocia. Cretinismo. Debilidad. - Locura moral, emotiva, impulsiva - Locura de los degenerados - Inversión del sentido genital 	<p>7- Formas de manifestaciones oligofrénicas</p> <p>8- Fenómenos convulsivos epileptoides</p> <p>Resumidas en 3 grupos principales de formas de manifestación, registros de la locura:</p> <p>1º GRUPO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Forma delirante paranoide - Forma emocional - Forma histérica - Forma impulsiva <p>2º GRUPO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Forma esquizofrénica - Forma alucinatoria verbal <p>3º GRUPO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Forma encefalopática - Forma oligofrénica - Forma espasmódica (epileptoide)

Referencias Bibliográficas

- Bercherie P. Les Fondements de la Clinique. Ornicar, Seuil, Paris, 1980.
- Bleuler E. Dementia Praecox ou le Groupe des Schizophrénies. EPEL-GREC, Paris, 1993.
- Ey H. Estudios Psiquiátricos, Tomo II, Estudio No 20. Polemos, Buenos Aires, 2008.
- Kraepelin E. Trattato de Psichiatria, Trad. de la 7a Ed. Alemana. Vallardi, Milano, 1907.
- Kraepelin E. Dementia Praecox and Paraphrenia . Trad. de la 8a (Prefacio) Krieger NewYork, 1971.
- Kraepelin E. Demencia Precoz - Parafrenias. Trad. de la 8a Ed. 2 Tomos. Polemos, Buenos Aires, 1996.
- Krapelin E. Las Formas Fenoménicas de la Locura. Trad. E. Pussetto. Vertex, Rev Arg Psiquiatría, 1994,V,17, 215-230.
- Mahieu EL. Sinfonía de la Esquizofrenia. Comunicación, XXV Congreso Argentino de Psiquiatría, Mar del Plata, abril 2009.
- Weber MM, Ångstrom EJ, Burgmair W. Introducción a «Las corrientes de la investigación psiquiátrica» de E. Kraepelin. Arch Psiq, 68, 2, 2005.

Acerca del delirio hipocondríaco en las Parafrenias: una revisión historiográfica y clínica

Federico Rebok

*Médico Especialista en Psiquiatría
Jefe de Trabajos Prácticos, III Cátedra de Farmacología, Facultad de Medicina, UBA
Carrera de Especialización derivada en Neurología Cognitiva y Neuropsiquiatría, Facultad de Medicina, UBA
Médico de Planta, Hospital "Braulio A. Moyano"
E-mail: federicorebok@yahoo.co.uk*

María Laura Pérez Roldán

*Médica Especialista en Psiquiatría y Medicina Legal
Carrera de Especialización derivada en Neurología Cognitiva y Neuropsiquiatría, Facultad de Medicina, UBA
Jefa de Residentes de Psiquiatría y Psicología Clínica, Hospital Francés*

Federico Manuel Daray

*Médico. Residencia de Psiquiatría, Hospital "Braulio A. Moyano"
Jefe de Trabajos Prácticos, III Cátedra de Farmacología, Facultad de Medicina, UBA
Doctor de la UBA. Área Farmacología. Facultad de Medicina*

Introducción

El delirio hipocondríaco constituye un síntoma de eventual aparición en las psicosis crónicas. Lamentablemente, y tal vez como consecuencia de su menor frecuencia de presentación respecto de otras formas de delirio (en especial, el de persecución), la sintomatología hipocondríaca es desatendida en la anamnesis clínica de pacientes que presentan diversas formas delirantes crónicas.

En el presente trabajo realizaremos una extensa revisión histórica primero, y clínica después, de la posición de la signo-sintomatología hipocondríaco-delirante en las escuelas francesa y alemana, para luego culminar en la descripción y presentación de tres casos de Parafrenia Hipocondríaca. Concluiremos que ésta se erige como un constructo nosológico de validez clínica independiente.

Resumen

Las ideas delirantes hipocondríacas constituyen un síntoma de eventual aparición en las psicosis crónicas. Algunos autores han planteado la existencia de un cuadro delirante crónico, la Parafrenia Hipocondríaca, en el que este tipo de ideación delirante constituye el síntoma cardinal. En el presente trabajo se evalúa la validez nosológica de la Parafrenia Hipocondríaca y su independencia de las demás formas de Parafrenias. Para esto, se realizó una revisión histórica de la posición de la sintomatología delirante hipocondríaca desde las definiciones originales de Lasègue y Griesinger hasta la descripción de la Parafrenia Hipocondríaca por Karl Leonhard. Se presentan tres casos de pacientes con el diagnóstico de Parafrenia Hipocondríaca. Concluimos que la Parafrenia Hipocondríaca representa un constructo teórico válido y útil en la discriminación de los diferentes estados delirantes crónicos.

Palabras clave: Psicosis Crónica - Delirio Hipocondríaco - Parafrenia Hipocondríaca - Trastorno Delirante (Paranoia).

HYPOCHONDRIACAL DELUSIONS IN PARAPHRENIAS: A HISTORIOGRAPHICAL AND CLINICAL REVIEW

Summary

Hypochondriacal delusions may eventually appear in chronic psychosis. Some authors have proposed the existence of a chronic delusional disease named Hypochondriacal Paraphrenia in which these delusions constitute its main feature. In the present article we discuss the nosological validity of the Hypochondriacal Paraphrenia and its independence from other subtypes of Paraphrenias. With this aim, an historical review of the position of the hypochondriacal symptomatology was performed from the original definitions of Lasègue and Griesinger to the description of the Hypochondriacal Paraphrenia by Karl Leonhard. Then, three cases of patients with the diagnosis of Hypochondriacal Paraphrenia are presented. We conclude that the Hypochondriacal Paraphrenia is a valid and useful nosological construct.

Key words: Chronic Psychosis - Hypochondriacal Delusion - Hypochondriacal Paraphrenia - Delusional Disorder (Paranoia).

Materiales y Métodos

Se realizó una extensa exploración bibliográfica, limitando el campo de búsqueda a los cuadros delirantes crónicos de tinte hipocondríaco, con especial referencia a las escuelas francesa y alemana. El período investigado abarcó desde las definiciones originales postuladas por Lasègue (Francia) y Griesinger (Alemania) hasta la descripción de la Parafrenia Hipocondríaca (Karl Leonhard). Para tal fin, se utilizó el método historiográfico para el análisis de los contenidos de las fuentes citadas. Como fuentes de acceso a la información, se utilizaron textos clásicos de psiquiatría. Fueron empleadas como palabras clave: Delirio Crónico - Delirio Parcial - Locura Parcial - Delirio Crónico a Evolución Sistemática - Verrücktheit - Verrücktheit Primaria - Paranoia - Parafrenia.

Asimismo, se transcribieron los resúmenes de historia clínica de 3 pacientes de sexo femenino que recibirían el diagnóstico de "Parafrenia Hipocondríaca" según la escuela de Wernicke-Kleist-Leonhard, a fin de ilustrar clínicamente este constructo nosológico. Se resguardó la identidad de las pacientes.

El objetivo del presente trabajo radica en demostrar la validez nosológica de la Parafrenia Hipocondríaca y su independencia de las demás formas de Parafrenia descriptas por Kraepelin y el mismo Leonhard.

Para ello, dividiremos la exposición de la siguiente manera:

1. Posición histórica del delirio hipocondríaco en la escuela francesa

- Lasègue
- Morel
- Foville
- Legrand du Saulle
- Gérente
- Magnan
- Falret

2. Posición histórica del delirio hipocondríaco en la escuela alemana

- Griesinger
- Westphal
- Krafft-Ebing
- Kraepelin

3. La Parafrenia Fantástica en Kraepelin y Leonhard

4. La Parafrenia Hipocondríaca de Leonhard

5. Presentación de casos clínicos.

Y finalizaremos el artículo con los considerandos y las conclusiones.

1. Posición histórica del delirio hipocondríaco en la escuela francesa

La historia de los delirios hipocondríacos se encuentra íntimamente ligada a la descripción del delirio de persecuciones, y estrechamente relacionada a la evolución del concepto de «delirio crónico» en Francia. En el año 1852, Lasègue publica su célebre trabajo titulado: "*Du délire des persécutions*" (9). En él destaca por primera vez la independencia nosográfica y evolutiva de esta entidad clínica, si bien aclara que las ideas delirantes

de persecución pueden irrumpir de manera satélite en distintos cuadros clínicos como el alcoholismo, las locuras tóxicas y en muchos delirios parciales. Al estudiar el delirio de persecución, reconoce dos períodos: el primero, de *incubación*, se caracteriza por la presencia de un malestar indefinido y vago pero absorbente e inquietante, en el que el paciente se siente víctima de hostilidades cuyo origen no puede precisar; y el segundo, de *estado*, en donde el delirio se instala y sistematiza. El paciente comienza a presentar interpretaciones delirantes, y finalmente aparecen las alucinaciones auditivas que considera típicas en el cuadro, aunque no imprescindibles para definirlo (9, 14).

Un año más tarde, Morel (1853) señala que muchos de los perseguidos primero desarrollan un delirio hipocondríaco; para luego discurrir por la trama persecutoria, y finalmente terminar en un delirio de grandeza. Por lo tanto, Morel constituye el primer autor en describir la sucesión de las temáticas delirantes en un mismo paciente (15). Idéntica sucesión describirán Pinel y su discípulo Esquirol.

Para Morel, entonces, el delirio de persecución y el delirio de grandeza representan la sucesión natural y lógica del delirio hipocondríaco: al compromiso de la salud de la hipocondría le sucede el compromiso de la vida entera y la honra, y esto hace suponer al paciente que él mismo es un personaje importante (15).

Foville (1869), sin embargo, le resta importancia a la fase hipocondríaca inicial, y en cambio recalca la secuencia cronológica en que discurren las diferentes temáticas delirantes dentro de la patobiografía del paciente. Llega a la conclusión de que la trama se inicia, por lo general, con ideas delirantes de persecución que sólo luego darán paso, en una segunda instancia, a la conformación de un delirio de grandeza (2).

Entonces, Foville define a la "locura parcial" como un delirio sistematizado crónico en la que existen perturbaciones sensoriales (alucinaciones), en ausencia de un estado habitual depresivo o expansivo (2).

De igual manera, este autor se pregunta qué es lo que prima en estos cuadros, es decir cuál constituye la verdadera etiología del delirio crónico: ¿es la alucinación la que secundariamente genera la necesidad de formular una explicación delirante, o simplemente la alucinación constituye un síntoma satélite que acompaña al cuadro delirante? En este sentido Foville, siguiendo a Lasègue, se inclinará a aceptar la primera premisa: la alucinación constituye el factor etiológico que explica la posterior aparición del delirio crónico. Al menos esto es lo que con mayor frecuencia este autor comprueba en sus pacientes, que suelen ser alucinados del oído en los cuales secundariamente se desarrolla un gran monto de angustia sobre el cual irrumpe un delirio de tinte "depresivo": es el delirio de persecución. Luego de su desarrollo completo, este delirio suele seguirse de un delirio de grandeza. Es decir que el paciente alucinado del oído, tras figurarse "perseguido", puede tornarse un "megalómano" (2).

A este desarrollo alucinatorio del delirio, con mucho el más frecuente, opone la presencia de pacientes que primariamente despliegan un delirio de grandeza y secun-

dariamente desarrollan ideas delirantes de persecución. Estos pacientes constituirían, por lo tanto, una especie clínica menos frecuente (2).

Legrand du Saulle (1871), por su parte, describe en su "*Le Délire des persécutions*" una fase inicial caracterizada por la presencia de una inquietud indefinible y malestares generales que a la postre serán interpretados como producidos por los enemigos del paciente (sus perseguidores) y que culmina con la aparición, en primer término, de ilusiones auditivas que darán rápidamente paso a las alucinaciones del oído, las de más frecuente presentación. Para este autor, los síntomas delirantes hipocondríacos pueden acompañar, aunque de manera accesoria, al delirio de persecuciones (10).

Gérente (1883) retoma las ideas de Morel y destaca la importancia de un terreno hipocondríaco previo: los pacientes suelen ser anormalmente impresionables, han desarrollado una «hiperalgesia psíquica» y son auto-observadores patológicos (3). En este punto el autor diferencia lo que sucede en un hipocondríaco y en la locura hipocondríaca del delirio crónico. Si bien el hipocondríaco puede estar predispuesto a desarrollar un delirio crónico, aún es capaz de ejercer un control sobre sí mismo. En el delirio crónico, el paciente ya no puede ejercer ese autogobierno, y de este estado puede surgir el período inicial del delirio en cuestión. En primera instancia, el paciente desarrolla una concentración dolorosa del Yo, por lo que surgen ideas delirantes de naturaleza depresiva. Al costado de las concepciones hipocondríacas germina el delirio de persecución. El perseguidor hostil puede pertenecer a la especie humana (el hombre hostil), o una especie sobrenatural (demonomanía). Se hacen presentes, junto con esta forma de delirio, las alucinaciones auditivas.

En un segundo momento, de entre las ideas depresivas surgen las ideas de grandeza, que al principio suelen ser vagas. A este período, Gérente lo llama "mixto o de transición". Luego florece un tercer período, que se caracteriza por la presencia de ideas ambiciosas (también de carácter humano o místico) y una plena beatitud del espíritu.

Finalmente, el paciente puede alcanzar un estado vesánico, bajo la forma de una demencia simple o apática, en la que el delirio cesa totalmente, o una forma agitada, en la que persisten las perturbaciones de la sensibilidad y las ideas delirantes se vuelven inconexas y poco sistematizadas (3).

Este autor, sin embargo, admite diferentes evoluciones posibles para el delirio crónico:

- el delirio de persecuciones, tras suceder al hipocondríaco, puede extenderse a toda la vida del paciente, sin jamás discurrir hacia un delirio de grandeza;
- el paciente puede pasar del período mixto o de transición a la demencia, salteando las ideas de grandeza;
- el paciente puede quedar varado en el delirio hipocondríaco inicial, el cual se perpetúa y sistematiza;
- el paciente puede hacer una regresión desde el delirio de grandeza al delirio de persecución.

Magnan (1893), en sus "Lecciones Clínicas", rechaza la idea de Gérente -para quien la fase hipocondríaca era

indispensable para el desarrollo ulterior de un delirio de persecución, como mencionáramos *ut supra*- (13). Para Magnan, el Delirio Crónico se encuentra conformado por cuatro períodos netamente separados y que se suceden siempre en el mismo orden, a saber:

1. Incubación
2. Persecución
3. Grandeza
4. Demencia

Y por esto, sustituye el nombre de dicho delirio por el de "Delirio Crónico a Evolución Sistemática". Estos enfermos se presentan primero inquietos, suspicaces, interpretando en sentido peyorativo las palabras y las conductas de los otros (período de incubación); se tornan alucinados, especialmente del oído, desarrollando un delirio sistematizado de persecución (período de persecución); luego despliegan ideas de grandeza (período de ambición), para finalmente culminar en un estadio final en el que las ideas delirantes se disocian (período de demencia) (12).

Falret (1878) se opone a la concepción de Magnan, por encontrar casos en los que jamás se transita por el período de grandeza (1). Por ende, para este autor no existe un verdadero Delirio Crónico a Evolución Sistemática, sino más bien un Delirio de Persecuciones que puede "complicarse" con un delirio de grandeza (refiere, además, que el delirio de grandeza sólo sucede al delirio de persecución en un tercio de los casos). Por otra parte, Falret hace suya la crítica a Magnan acerca de que no todos los delirantes crónicos acaban en la demencia (1).

2. Posición histórica del delirio hipocondríaco en la escuela alemana

Para Griesinger (1845), en la *Verrücktheit* -imagen en espejo de los delirios parciales de Lasègue y Foville- es muy frecuente la aparición de ilusiones y alucinaciones, al punto de considerar que éstas aparecen con mucha mayor frecuencia aquí que en cualquier otra patología psiquiátrica (4). Admite que estos errores psicosensores «alimentan» al delirio, pero no deja en claro que sean la causa etiológica del mismo.

A diferencia de lo sugerido por la escuela francesa, el delirio proviene, para Griesinger, de estados primitivos maníacos o melancólicos. Es decir que para el autor alemán, el delirio no es primario, sino secundario a dichas formas clínicas. En el caso de que provenga de un estado melancólico, el enfermo desplegará un delirio "depresivo" (delirio de persecuciones). Si en cambio proviene de un estado maníaco, el paciente desarrollará una forma delirante "expansiva" (delirio de grandeza). El afecto del enfermo permanece indiferente al mundo y exaltado hacia su delirio (4).

Años más tarde, Griesinger aceptará la existencia de una *Verrücktheit* 1ª, en la que el delirio crónico no se deriva de un estado melancólico o maníaco. El término comenzará a ser aceptado por los autores alemanes como sinónimo de "delirio sistematizado". Más tarde, el término Paranoia reemplazará al de *Verrücktheit*.

Para Westphal (1878), la génesis inicial de la Paranoia

está dada por la perturbación ideativa que imprime su sello en estos pacientes, en forma independiente de la existencia previa de estados afectivos (16). Es decir que los estados depresivos o expansivos se presentan solamente en forma secundaria a las ideas hipocondríacas, de persecución o de grandeza. La Paranoia, además, cursa sin evolución demencial, y si bien existen habitualmente alucinaciones, éstas a veces pueden faltar (16).

En la opinión de Krafft-Ebing (1879), la Paranoia constituye una locura sistematizada, una psicosis constitucional que cursa sin obnubilación de la conciencia y sin una alteración fundamental de los afectos (8). Describe una Paranoia Persecutoria y una Paranoia Ambiciosa. Y en la primera, acepta una primera etapa de ideas hipocondríacas que luego darán origen a las de persecución y que se continuarán, finalmente, con ideas de grandeza. Acepta que sólo un tercio de los pacientes completan los tres períodos (hipocondríaco, persecución, grandeza) (8).

Kraepelin (1883), en su concepción inicial de la Paranoia, retoma las ideas de Krafft-Ebing. Afirma que en estos pacientes existe una profunda transformación del Yo, la que lleva a una anómala comprensión y elaboración de las impresiones internas y externas; se rompe la relación Yo-Mundo. Pero aquí se diferencia de los autores franceses, y asume que esta relación "pervertida" entre el Yo y el mundo no es debida a la presencia de alucinaciones sino a la tendencia del paciente a comprender egocéntricamente el mundo (5).

A lo largo de las sucesivas ediciones de su tratado, Kraepelin va refinando la definición de la Paranoia, hasta que en la octava edición (1913), la conceptualiza como un delirio de comienzo insidioso y evolución crónica, originado en causas internas, bien sistematizado, carente de alucinaciones, a mecanismo interpretativo, y sin deterioro de la personalidad (7).

Así conceptualizada, la Paranoia no admite la presencia de alucinaciones verdaderas. De esta manera, Kraepelin logra describir, en el hiato que separa a la Paranoia de la Dementia Praecox, a un nuevo grupo clínico: el de las Parafrenias (6). Kraepelin describe a la Parafrenia como un delirio crónico inverosímil pero coherente, casi siempre con alucinaciones e ideas delirantes polimorfos, que evoluciona lentamente con relativa conservación de la personalidad. De esta manera, resguarda a la Dementia Praecox de las críticas de Bleuler, para quien esta entidad no siempre comenzaba de manera precoz ni culminaba siempre en la demencia. Las Parafrenias constituyen, pues, psicosis delirantes crónicas de comienzo tardío y sin una culminación estrictamente demencial (6).

Pero volviendo a la Paranoia, al ocuparse de ésta, Kraepelin se muestra reservado respecto de la existencia o no de una "Paranoia Hipocondríaca": "...de todos modos, no me ha sido posible, buscando cuidadosamente en mis experiencias, encontrar un caso indudable de Paranoia que se caracterice únicamente o mayoritariamente por esa orientación del delirio..."; "...por ello creo tener que renunciar, de momento, a la delimitación de una Paranoia Hipocondríaca" (7).

3. La Parafrenia Fantástica en Kraepelin y Leonhard

Respecto de la presencia de síntomas delirantes hipocondríacos en las Parafrenias, Kraepelin los adscribe principalmente a la Parafrenia Fantástica (6). Ésta se presenta entre los 30 y 40 años de edad y también es llamada "Demencia Fantástica" por ser la forma que más semeja la Dementia Praecox.

Las ideas delirantes son absurdas, repentinas y cambiantes, y se agrupan en delirios extraordinarios, deshilitados, móviles, de colorido fantástico, sin objeto y que contradicen el sentido común. El paciente no se preocupa en justificarlos, y relata los hechos con la mayor naturalidad. También aparecen falsos reconocimientos de carácter absurdo (6).

Se presentan alucinaciones en todas las esferas sensoriales, siendo fundamentales para Leonhard -no así para Kraepelin- la presencia de alucinaciones visuales escénicas y las alucinaciones "de masas" (gran cantidad de personas, espíritus o muertos, etc.) (6, 11). Kraepelin también acepta la presencia de alucinaciones auditivas en el cuadro, generalmente bajo las voces de espíritus, "voces interiores del cuerpo", o voces que comentan los actos de los pacientes (6).

Suelen presentarse alucinaciones cenestésicas e ideas de influencia corporal (especialmente de carácter sexual). El paciente siente y ve a otras personas deslizarse dentro de su cuerpo, siente que está engendrando. También pueden presentarse ideas de alta alcurnia y falsos recuerdos que no siempre tienen que ver con experiencias personales que hayan sido vividas por el paciente (6).

El humor es exaltado o indiferente. Si la conversación se prolonga, el paciente suele caer en la excitación. La conducta suele ser algo afectada, con presencia de muecas y giros expresivos bizarros, y, para Kraepelin, la presencia de neologismos. Para Bumke dichos neologismos se diferencian de los que aparecen en la Dementia Praecox por el carácter voluntario de la neoformación en este tipo de Parafrenia. Asimismo, el paciente puede redactar extensos documentos (6).

El curso de la enfermedad es progresivo. Las expresiones se vuelven cada vez más confusas e incoherentes. La bizarrería domina el cuadro. El lenguaje se llena de neologismos y giros expresivos raros. El paciente llega al aplanamiento afectivo y pueden aparecer distimias transitorias con estallidos de violencia (6).

La evolución es hacia un proceso demencial que con el tiempo afecta más al vigor de las ideas delirantes que al resto de las funciones del sujeto, quien suele comportarse de manera correcta (6).

4. La Parafrenia Hipocondríaca de Leonhard

Karl Leonhard describe siete variedades de Parafrenia, a saber (11):

1. Parafrenia Afectiva
2. Parafrenia Expansiva
3. Parafrenia Confabulatoria
4. Parafrenia Fantástica

5. Parafrenia Hipocondríaca

6. Parafrenia Fonémica

7. Parafrenia Incoherente

La Parafrenia Afectiva se encuentra separada de las demás ya que pertenece al grupo de las Esquizofrenias Asistemáticas (junto con la Catatonía Periódica y la Catafasia), de mejor pronóstico (11).

Las seis variedades restantes se encuentran incluidas dentro de las Esquizofrenias Sistemáticas. Dentro de éstas, presentan síntomas hipocondríacos las variedades Fantástica e Hipocondríaca, siendo, ésta última, la que pasaremos a describir.

También llamada "Somatopsicosis Progresiva" por su maestro, Karl Kleist, el cuadro de la Parafrenia Hipocondríaca se caracteriza por la presencia de cenestopatías que el paciente describe como sensaciones extrañas en el cuerpo, habitualmente -aunque no de forma exclusiva- en las vísceras internas. Dichas sensaciones no pueden ser entendidas por el entrevistador y presentan una cualidad torturante, pues son producidas por un aparato que actúa sobre el paciente, generalmente a la distancia. Aquí no interesa quién es el perseguidor, como en la Parafrenia Afectiva, y el mismo puede incluso cambiar de un momento a otro (11).

A las cenestopatías acompañan alucinaciones auditivas que se tornan desagradables y también torturantes no por su contenido, sino más bien por su mera existencia. Los enfermos se sienten más torturados por las sensaciones que por las voces (11).

El estado de ánimo suele ser abatido, depresivo, irritable y hasta quejoso. La afectividad y la personalidad del paciente suelen encontrarse relativamente bien conservadas (11).

5. Presentación de casos clínicos

Caso clínico N° 1

NC, 52 años. Enfermó a los 38 años, cuando comienza a presentar un cuadro que ella refiere como "depresión y angustia". Dice que gritaba mucho, y se peleaba con las vecinas porque se ponía muy celosa del marido. A los 40 comienza a concurrir a una secta y allí mejora radicalmente a la semana: "sólo quería cantar y orar, la depresión ya se me había ido". Pero a los 42, la alegría se disipa y hacen su aparición las alucinaciones auditivas, voces constantes de hombres y mujeres que hablaban entre ellas y con la paciente, y le decían groserías, riendo. "De esto no va a salir nunca más, mirá como camina". Luego, estas voces la empiezan a "tironear" de la cara (primer síntoma somático), por ejemplo, estando en la calle, para que tuviera que ver -sin poder evitarlo- la caca de los perros, "como diciendo: comé, comé". A los 44 años aparecen los calambres en las piernas y luego los dolores toman todo el cuerpo: siente durezas en el pecho y dolores poco específicos en los hipocondrios: "como si fuera una energía que me perturba, como si estuviera influenciada por Satanás"; "como si tuviera una atadura en la columna y la cintura, que sigue hasta ahora". Cree que puede tener una especie de aparato en el pecho o en el esófago. Es por ello que los días de tormenta se protege

de los relámpagos, pues le generan cosquilleos y ardor.

"Las voces me revolvían todo el cerebro con una energía, como si removieran todo por dentro, la mente, etc.". También tiene, de vez en cuando, sensaciones en la vagina, que describe como una energía de Satanás que le impide tener relaciones sexuales (de hecho, desde hace 12 años no mantiene relaciones con su actual marido), y a veces siente que el diablo la penetra.

Ha tenido visiones, pero siempre en forma aislada y producida por esa "energía" que le toma el pecho y la obliga a ver cosas; a manera de ejemplo, en una ocasión vio a un taxista que se tocaba el pene, un pene sobrenatural, enorme; en otra oportunidad, su mirada fue presa del pene enorme de un pequeño perro.

Ha consultado a innumerables médicos por sus dolores, y todos le han dicho que no tiene nada, salvo su asma y sobrepeso (éstas últimas reconocidas por la paciente como enfermedades reales, sin ser atribuidas a la presencia de los espíritus). Sin embargo, ella afirma: "estoy como paralítica, fatigada, tengo dolores en los glúteos, calambres en la cintura y una dureza en el pecho".

Tiene un hijo que enfermó a los 21 años, presentando soliloquios, sonrisas inmotivadas y graves distimias. "Escupía, se sentía perseguido. Me tiraba la comida al piso cuando la estaba por hacer".

Caso clínico N° 2

MZ, 62 años, psicóloga de profesión. Enfermó a los 45, cuando desarrolló un delirio erotómano: durante una obra de teatro a la que había asistido como espectadora, uno de los distinguidos actores del elenco le dirigió un par de miradas; señales inequívocas, para la paciente, de que él estaba enamorado de ella. A esto le sucedieron mensajes que el actor le habría dejado en su departamento.

Pero este cuadro desapareció en el lapso de 8 meses, para luego comenzar a sentir, la paciente, malestares en el cuerpo. Un día se miró en el espejo y notó que había disminuido "dos talles". Comenzó a sentir "como si la cabeza se le hundiera en el cuerpo". Las clavículas se le entrecruzaban por delante del cuello, asfixiándola. Sentía dolores en la espalda "como roldanas que se mueven"; también molestias en el abdomen, "como si una cajita musical se abriera adentro del estómago". Además, dudaba de la existencia de sus intestinos: "debe haber un sistema de laberintos para que pueda defecar, pero no sé si tengo intestinos". Tenía la sensación de que se le "despellejaba la encía y se le caían los dientes".

Toda esta sintomatología era producida, al parecer, por un aparato que emitía rayos láser que le alteraban el cuerpo. Éste era manejado por "subversivos" o por "militares", no sabía bien, y cambiaba de opinión de una semana a la otra. De lo que estaba seguro es que el aparato se encontraba en uno de los edificios de la cuadra y que los rayos penetraban por su consultorio y le producían vejaciones a su cuerpo.

Durante su internación, escuchó voces que la denigraban y planeaban su muerte, voces que atribuyó a un complot perpetrado por sus compañeras del servicio.

Caso clínico N° 3

YP, 75 años, ucraniana. Enfermó en su país natal, a los 45 años. Según refiere su hija, su ánimo cambió: se puso malhumorada. Siempre había sido una persona difícil, pero se volvió más agresiva de palabra, y presentaba frecuentes distimias (arrojaba cosas, gritaba). A los 60 años de edad acompaña a una amiga a una iglesia evangelista. A partir de entonces, comienza a escuchar la voz de Dios: ésta sólo le habla de cosas agradables. Sin embargo, unos pocos días después, esta voz desaparece y se instalan los fonemas que la acompañan y torturan hasta el día de hoy: es la voz del diablo, que la molesta, aunque no recuerda bien todo lo que le dice. Más grave ha sido soportar al diablo mismo en la espalda; éste se posó sobre su espalda a poco de haber aparecido bajo la forma de voz. Se encuentra justo por debajo de la nuca, es grande y pesa mucho, razón por la cual la paciente siente un fuerte peso en el dorso, que la “encorva”. A veces el demonio despliega sus alas y se mueve. Aquí se vuelve más molesto, e incluso ha llegado a atravesar el cuerpo de la paciente con sus garras. Esto se ha vuelto insoportable, y por ello ha tenido que ser internada por presentar ideas de suicidio (defenestrarse para liberarse del diablo).

Presenta rituales de neutralización: lee la Biblia, y toma agua bendita, la cual además utiliza para molestar al diablo al frotarla en su espalda. Idéntico ritual realiza con ajo.

De tanto en tanto, el diablo también estimula sus genitales, hecho al que prefiere referirse escasamente, por la vergüenza que le ocasiona.

Discusión

En los tres casos clínicos se han hecho presentes las alucinaciones corporales displacenteras, de cualidad torturante, fundamentales en el cuadro. Dichas sensaciones anómalas son referidas a un síndrome de influencia externa (Síndrome de Kandinsky-De Clerambault).

NC ubica el comienzo de sus alucinaciones cenestésicas en las voces que las habían precedido. Así, estas voces empezaron a “tironearle la cara” desde la oreja, para luego ganar todo su cuerpo en extensión y profundidad. De idéntica manera, el diablo comienza a atormentar el cuerpo de YP tras un breve período en el que sólo aparece bajo la forma de fonemas injuriantes. Por otra parte, las molestias corporales de MZ comenzaron tras la disolución de un pequeño delirio erotomaniaco que se había iniciado súbitamente y que desaparecería completamente dejando lugar a las alucinaciones corporales.

En NC las cenestopatías y las sensaciones corporales anormales se ubicaron en forma predominante en la superficie del cuerpo: el “tironeo” de la cara, las “durezas” en el cuerpo, los calambres en las piernas. Aunque también invadieron las profundidades: las voces le “revolvían” todo el cerebro “con una energía”; presentaba “sensaciones” en la vagina, con ocasional “penetración” de los genitales por parte del diablo.

En MZ predominaron las sensaciones corporales profundas: la cabeza se le “hundía” en el cuerpo; las clavículas se le entrecruzaban en el cuello, asfixiándola; sentía “como una cajita musical abriéndose en el estómago”; y hasta desarrolló sintomatología del síndrome de Cotard:



dudaba de la existencia de sus intestinos, seguramente existía una especie de “laberinto” que le permitía defecar.

En YP el diablo se mantuvo la mayor parte del tiempo sobre la superficie de su piel, y localizado específicamente (a diferencia de lo que ocurrió con NC y MZ) sobre su espalda: le pesaba, la “encorvaba”. Cuando el cuadro clínico empeoró, comenzó a clavar sus garras dentro de la humanidad de la paciente. También ocasionalmente le generaba molestias estomacales.

En todas las pacientes las alucinaciones fueron explicadas de manera delirante: a NC la torturaban “espíritus o energías”, que podían provenir desde su interior, aunque de forma más segura, los sentía como provenientes del exterior. En MZ existía un “aparato” que emitía rayos láser. En YP era el mismísimo “diablo” el que la agobiaba, y fue la única paciente en la que el perseguidor fue único, se mantuvo estable y actuando localizadamente sobre una parte de su cuerpo. En cambio, NC osciló entre los espíritus y las energías; y MZ entre subversivos y militares -siendo el aparato el único elemento estable en el delirio-.

Sorprendentemente notamos que en las tres pacientes el cuadro de estado de la Parafrenia Hipocondríaca fue precedida por estados de carácter placentero, de duración variable: NC había desarrollado algún tipo de alegría mística; MZ desplegó primero un delirio erotómano; y en YP el contenido inicial de las alucinaciones auditivas había sido la voz de Dios.

De diferente manera, sólo YP presentó alucinaciones auditivas continuas. En NC sólo primaron los errores

psicosensoriales corporales en ausencia casi de los auditivos; y en MZ, las alucinaciones auditivas sólo se presentaron durante la internación de la paciente, y fueron atribuidas a un complot perpetrado por sus compañeras de servicio.

En la óptica de Leonhard esto llevaría necesariamente a replantearnos los diagnósticos de NC y MZ; sin embargo, la presencia crónica y preponderante de las cenestopatías y el delirio acompañante al que *ut supra* hicieramos mención, permiten que mantengamos nuestra hipótesis diagnóstica intacta.

Dos pacientes presentaron cenestopatías genitales e ideas de influencia sexual, de las cuales prefieren no explayarse por cuestiones de pudor, lo que nos hace sospechar que la tercera pudiera haberlas presentado sin referirlas aún ante la anamnesis dirigida. En las dos pacientes en las que se presentó dicha sintomatología, ésta fue de carácter fugaz y desagradable: las “sensaciones” en la vagina o la “penetración” del diablo en NC; y la “estimulación” de los genitales en YP. En ambas pacientes, dichas sensaciones anormales fueron descriptas como desagradables y como provenientes, como mencionáramos, del diablo.

Finalmente debemos decir que en todas las pacientes primó la timia quejosa y malhumorada una vez instalado el cuadro delirante en forma completa.

Conclusiones

La psiquiatría clásica ha destacado, desde antaño, la presencia de sintomatología hipocondríaca en los deli-



rios crónicos. Morel insinuó que el delirio hipocondríaco constituía el primer período de una entidad más grande, el «delirio crónico». Sin embargo, Gérente destacó la posibilidad de que ciertos pacientes quedaran confinados a este primer período, el del delirio hipocondríaco, sin discurrir hacia el delirio de persecuciones.

Por otra parte, vimos cómo los autores franceses subrayaron la importancia de la alucinación en la génesis del delirio, y cómo Kraepelin, hacia 1913, delimitó un nuevo grupo clínico, el de las Parafrenias, que se caracterizaban por la presencia de un delirio crónico polimorfo, inverosímil pero coherente, casi siempre acompañado de alucinaciones.

Las Parafrenias fueron originariamente descritas como estados delirantes crónicos que se encontraban en la brecha que separaba a la Paranoia de la Dementia Praecox. Como vimos, Kraepelin puso en tela de juicio la real existencia de una Paranoia Hipocondríaca. En cambio, destacó la presencia de franca sintomatología hipocondríaca en la descripción de su Parafrenia Fantástica.

Leonhard, por su parte, realizó modificaciones a la descripción clínica de la Parafrenia Fantástica de Kraepelin. En efecto, y a diferencia de este autor, hizo hincapié en la presencia abultada de alucinaciones visuales escénicas y de alucinaciones de “masas”; recordemos que Kraepelin había destacado la presencia de alucinaciones en todos los campos sensoriales sin enfatizar la presencia

de alucinaciones visuales, y de hecho consideraba que éstas sólo desempeñaban un “pequeño papel” en el cuadro clínico.

De esta manera, Leonhard volvió a definir a la Parafrenia Fantástica, limitando sus alcances, y al mismo tiempo logró depurar una forma clínica novedosa: la Parafrenia Hipocondríaca, que se desprendía de la primera, pero que adquiría cuerpo nosológico propio. Si bien ambas compartían las ideas de influencia corporal (incluidas las ideas de influencia sexual), ya no eran las alucinaciones visuales las que predominaban, sino las cenestésicas que se acompañaban de las auditivas y de una timia malhumorada que, aunque frecuente, no siempre se presentaba en la forma fantástica.

Creemos, pues, que la Parafrenia Hipocondríaca constituye un constructo teórico válido y útil en la discriminación metódica de los diferentes estados delirantes crónicos. La caracterización de este tipo de pacientes podría resultar útil a la hora de plantear estrategias de abordaje psicofarmacológico, tanto en su planteo terapéutico, como en la evitación de potenciales efectos adversos desagradables que los pacientes pudieran registrar en su cuerpo (síntomas extrapiramidales, etc.). De esta manera, una terapéutica racional podría evitar el florecimiento de efectos adversos que pudieran quedar incluidos en la temática delirante del paciente, especialmente en su delirio de influencia externa ■

Referencias bibliográficas

1. Falret J. Études cliniques sur les maladies mentales et nerveuses. Paris, JB. Baillière, 1890.
2. Foville AL. La folie avec prédominance du délire des grands. En: Mattos J de. A paranoia: ensaio patogénico sobre os delirios systematisados. Lisboa, Tavares Cardoso & Irmao, 1898.
3. Gérente P. Le délire chronique. En: Mattos J de. A paranoia: ensaio patogénico sobre os delirios systematisados. Lisboa, Tavares Cardoso & Irmao, 1898.
4. Griesinger W (1845). Patología y terapéutica de las enfermedades mentales. 1ª y 2ª parte. Buenos Aires, Polemos, 1997.
5. Kraepelin E (1883). Compendium der Psychiatrie. En: Mattos J de. A paranoia: ensaio patogénico sobre os delirios systematisados. Lisboa, Tavares Cardoso & Irmao, 1898.
6. Kraepelin E (1913). La Demencia Precox - 2ª Parte. Parafrenias. Buenos Aires, Polemos, 1996 (Trad. realizada por Fiorillo G y Guerra A).
7. Kraepelin E (1913). Paranoia (Die Verrücktheit). Buenos Aires, Salerno, 2006 (Trad. realizada por Donnoli V).
8. Krafft-Ebing R von. Trattato clinico pratico delle malattie mentali. Vols. 1 y 2. Torino, Bocca, 1885 (Trad. realizada por Tonnini S y Amadei G).
9. Lasègue CE. Du délire des persécutions. *Archives générales de médecine* 1852; 28: 129-150.
10. Legrand du Saulle H. Le délire des persécutions. Paris, H. Plon, 1871.
11. Leonhard K. Clasificación de las Psicosis Endógenas y su Etiología Diferenciada. 1ª edición en castellano. Buenos Aires, Polemos, 1999.
12. Magnan JJ, Sérieux P. Delirio crónico. *Vertex* 1995; 6: 310-320.
13. Magnan JJ. Leçons cliniques sur les maladies mentales. En: Mattos J de. A paranoia: ensaio patogénico sobre os delirios systematisados. Lisboa, Tavares Cardoso & Irmao, 1898.
14. Mattos J de. A paranoia: ensaio patogénico sobre os delirios systematisados. Lisboa, Tavares Cardoso & Irmao, 1898.
15. Morel BA. Traité des maladies mentales. Paris, V. Masson, 1860.
16. Westphal K (1878). Paranoia. *Zeitschr f Psych*. En: Mattos J de. A paranoia: ensaio patogénico sobre os delirios systematisados. Lisboa, Tavares Cardoso & Irmao, 1898.

Hipocondría, entre creencia y certitud

Dominique Wintrebert

Psiquiatra, Psicoanalista
Jefe de Servicio, Centre Hospitalier "Les Murets", La Queue en Brie, Francia
Miembro de la Asociación Mundial de Psicoanálisis
E-mail: dominique.wintrebert@ch-les-murets.fr

Definición de hipocondría

Planteando desde siempre el enigma del lazo psicosoma, la hipocondría se mantiene en la intersección entre la medicina y la filosofía. Más allá de los pacientes, nos interroga a cada uno de nosotros acerca de la relación con su cuerpo y su ser mortal. Concierna, en efecto, la realidad más íntima, la más secreta de nuestro cuerpo: la esfera de las vísceras; por lo que sorprende constatar el poco espacio que le han consagrado los manuales de psiquiatría.

Encuadrada por Guelfi dentro de "las patologías emocionales con manifestaciones somáticas" (1) y por el DSM-IV entre los trastornos somatoformes, sean los síntomas físicos que no se explican ni por una afección médica ni por otro trastorno psiquiátrico, la hipocondría es definida por el *Petit Robert* como un "estado de ansiedad habitual y excesivo acerca de la salud". (2) Nosotros preferimos la definición dada por Nikola Schipkowensky y citada por Henri Ey en el Estudio no 17 de la maravillosa obra recientemente reeditada por el Círculo Henri Ey, los famosos *Estudios psiquiátricos*: "Valoración peyorativa del estado de integridad o de salud del cuerpo" (3).

La hipocondría afectaría al 5% de la población, repartiéndose equitativamente entre los sexos.

Historia

Se le atribuye a Diocles de Caristo, alumno de Hipócrates en el siglo IV a.C., la primera descripción de la hipocondría. Hace de él un cuadro emparentado con una gastritis. Galeno le reprochará el haber descuidado aquello que vincula la hipocondría con la melancolía: los sufrimientos del alma, y particularmente el temor y la tristeza ya descritas por Hipócrates (-460,-377), y relacionadas por él a la bilis negra. La medicina antigua, siguiendo en esto a Hipócrates, considera, efectivamente, que un desequilibrio en alguno de los cuatro humores (bilis amarilla, flema, sangre, bilis negra, que corresponden a cuatro elementos, a cuatro estaciones, a cuatro temperamentos), en este caso un exceso de bilis negra, tiene el poder de atacar selectivamente el pensamiento.

Nuestra aproximación histórica al tema se inspira en el excelente artículo (4) de Colette Guedeney y Cathe-

Resumen

Después de haber considerado la historia de la hipocondría desde la era antigua hasta la actualidad, el autor propone, a la luz de las obras de Freud y Lacan, una lectura psicopatológica de los fenómenos hipocondríacos.

Palabras clave: Hipocondría – Psicopatología – Pulsión de muerte – Condena – Goce.

HYPOCHONDRIA BETWEEN BELIEF AND CERTAINTY

Summary

After having studied the history of hypochondria from antiquity until today, the author proposes a psychopathological reading of hypochondriac phenomena, in the light of Freud and Lacan's works.

Key words: Hypochondria – Psychopathology – Death drive – Condemnation – Lust.

rine Weisbrot publicado en la monografía de la *Revista francesa de psicoanálisis*. Ellas ven en esta circulación de los humores el comienzo de la noción de cenestesia, que no vería la luz hasta el siglo XIX (5). La hipocondría, según esta concepción, es una enfermedad orgánica, siendo el desorden del alma secundario, por no ser más que la consecuencia de aquello que afecta a los humores, aun cuando Hipócrates, muy atento a las esferas afectiva e intelectual, puede igualmente sostener que “la tensión del espíritu es capaz de llevar a la idea fija”. Llamamos a esto “hacerse mala sangre”. Pigeaud considera que Hipócrates fuerza la situación al imponer el cerebro como el asiento del pensamiento. Demócrito (-460, -370), contemporáneo suyo, piensa que es el alma la que atormenta el cuerpo y lo vuelve enfermo (6). Encontramos aquí el reflejo de nuestros debates contemporáneos sobre la causalidad de tales trastornos, pudiendo pasar la serotonina como una variante moderna y sofisticada de la bilis negra.

Lantéri-Laura nos diría que los paradigmas abandonados siguen actuando por debajo. Constatemos que ya en aquella época, y hasta Pinel, la hipocondría se mezclaba hasta confundirse con la melancolía, cosa que la teoría de los humores facilitaba, pero también porque la clínica de la melancolía lo autoriza, punto sobre el que volveremos más adelante.

En el medioevo, la hipocondría pierde su “h” e ingresa en el lenguaje común. Asimilada a la *acedia* (la pereza), la melancolía se convierte, por la creciente influencia del cristianismo, en un pecado contra la religión (7). El temperamento hipocondríaco es ubicado bajo la influencia de Saturno, “un Dios muy inquietante”, como nos lo cantaba Brassens.

Poco antes de su muerte (1673), Molière escribe su última pieza, *El Enfermo imaginario*. Esta obra, más trágica que burlesca, describe con una ironía feroz las relaciones entre un hipocondríaco y un médico que nada puede hacer por los dolores de su paciente. Es una nueva era que se abre, con la medicina jactándose de poder encontrar la localización de las enfermedades, lo cual subraya la famosa réplica “¡el pulmón!”. Menos conocido es el hecho de que el subtítulo de *El Misántropo* era *El atrabiliario enamorado*.

En 1770, Boissier de Sauvages de la Croix, en su nosografía metódica, separa histeria e hipocondría, no siendo esta última más que “un extravío puro y simple del espíritu, que compromete el estado orgánico sobre todo por el abuso de remedios y por las exagerados regímenes a los que se someten los hipocondríacos” (8). Retengamos la idea interesante de este alienista: la hipocondría, que él clasifica dentro de las vesanias, sería una alucinación del hombre acerca de su propia salud. Con él aparece la distinción entre hipocondría simple e hipocondría delirante (9). Es en esta época que la teoría de los humores le cede el lugar a las afecciones del sistema nervioso. Es igualmente en este momento que surge la noción de cenestesia en el campo de la neurología, noción de la que los alienistas se van a apoderar.

Pinel clasifica la hipocondría entre las neurosis, es decir, afecciones del sistema nervioso, sin inflamación,

lesión de estructura ni fiebre. Es, para él, “muy difícil no confundirla con la histeria y la melancolía” (10).

Esquirol la ordenará en la clase de las lipemanías, asociándola definitivamente a la depresión. Progresivamente, la hipocondría va a ser desmembrada, a medida que se fueron afinando las nosografías de los delirios, convirtiéndose en un tema de delirio como cualquier otro, mientras que la hipocondría menor será asimilada a la neurastenia.

Jean-Pierre Falret, uno de los alienistas más lúcidos, es, notablemente, el descubridor de la psicosis maniaco depresiva, que él llamó “Locura circular”, creando el término de hipocondría moral para referirse al cuadro presentado por los melancólicos sin delirio: “...no podrán nunca recuperar sus facultades perdidas (...) echan de menos su inteligencia desaparecida, sus sentimientos extintos, su energía ausente (...) pretenden no tener más corazón, más afecto por sus padres y amigos, ni siquiera por sus hijos” (11).

El síndrome de Cotard, calificado por él mismo como delirio hipocondríaco y complicación de la melancolía en 1880, antes de ser descrito en 1882 bajo la forma hoy en día universalmente conocida como “delirio de las negaciones”, no es más que la acentuación de esta hipocondría moral y su generalización del espíritu al cuerpo mismo (12).

La creación del término *sinistrosis* por Brissaud, en 1908 (13), permitirá designar un cuadro al que son conducidos ciertos hipocondríacos litigantes.

Dupré ubica a la hipocondría dentro del primer grupo de su clasificación de 1919: el de los desequilibrios de la sensibilidad física. Pone especial acento sobre las cenestesiopatías en tanto que “alucinaciones de la sensibilidad común” (14).

Agreguemos que Follin y Azoulay oponen en 1961 la hipocondría *cum materia*, percepción anormal de los trastornos corporales reales, y la hipocondría *sine materia*; y señalan el aspecto de cuasi delirio de a dos que puede tomar la relación médico-paciente en ciertas situaciones (15).

Terminemos este rápido panorama señalando la hipocresía moderna que consiste, para muchos de nuestros colegas, en calificar de “funcionales” o de “ansiosos constitucionales” estos trastornos hipocondríacos, trastornos “hipo” como los llaman los pacientes en los foros de Internet, apócope que expresa más ajustadamente aquello que, por debajo, “hipo”, motiva dichos trastornos.

La discusión *cum* o *sine materia*

Constituye una famosa controversia: ¿existe una “espina irritativa” en el organismo que justificaría la sensación o no? ¿Se trata en un principio de una sensación completamente anodina a la que el hipocondríaco imbuje de un contenido extravagante? ¿Es acaso una alucinación cenestésica? Nos parece que esta discusión corre el riesgo de reproducir aquella que hizo furor sobre la sensorialidad de las alucinaciones: ¿el enfermo las escuchaba o no? El descubrimiento de las alucinaciones

intrapélicas había orientado este debate hasta que fue, a nuestro juicio, definitivamente zanjado por Lacan, al hacer del lenguaje un parásito, lo cual era ilustrado de manera inmejorable por la alucinación. En el caso que nos ocupa, no podemos tomar como medida orientativa la presencia o ausencia de daño físico para determinar la existencia de una enfermedad real o no. Por otra parte, es frecuentemente muy difícil determinar si la sensación física existe o si es de naturaleza alucinatoria. En fin, cuando existe un trastorno somático identificado, sabemos que la vivencia cenestésica que acompaña este trastorno será función de numerosos factores en cada caso.

A veces, la enfermedad temida se declara como si la hipocondría tuviera un valor premonitorio. En ciertos casos, la aparición de esta enfermedad real conlleva una mejoría del estado clínico, estando presente finalmente el enemigo tan temido y presentando la ocasión de entablar una lucha. En otros casos, viene a autentificar la condena a la cual el sujeto se consideraba expuesto; y en otros, la enfermedad real viene a alimentar el delirio de perjuicio, etc. La clínica, como siempre, se juzga caso por caso.

Hipocondría simple o delirante

Esta forma de plantearlo nos parece mal elegida, aunque figure como tal en el corpus psiquiátrico. Quien dice hipocondría, en el sentido en que lo empleamos nosotros, dice delirio. Está la sensación cenestésica -que puede ser muy discreta, incluso imperceptible-, o la alucinación cenestésica y la convicción que se inserta sobre ella: que esta sensación indica lo peor. Se tratará más bien de saber si esta convicción delirante sobreviene en un cuadro neurótico o psicótico. Es aquí que entra en juego el título que elegimos. Aquello que podrá guiarnos es el poder distinguir si se trata en este delirio de creencia o certitud. Habrá que definir con precisión esta cuestión. El sujeto psicótico, "aun cuando exprese que aquello que siente no es del orden de la realidad, no modifica su certidumbre. Esta certeza es radical" (16). Siguiendo esta indicación de Lacan, podremos determinar si la sensación cenestésica constituye un fenómeno elemental para el sujeto o no. Hace falta este involucramiento absolutamente irrefutable que incluye en la sensación el hecho de que ésta afecta al sujeto.

El neurótico está en una situación de coacción idéntica a aquella de todo síntoma: algo más fuerte que uno, de lo que uno se queja y de lo que se mide el aspecto patológico, pero al que estamos misteriosamente más atados, como por ejemplo puede ser un obsesivo con su ritual, estando al mismo tiempo sujeto a él y luchando contra él.

En la neurosis obsesiva, pero también en ciertos casos de psicosis, un síntoma muy común, la nosofobia, frecuentemente en el origen de las ceremonias de protección, es como la ilustración de un tiempo que precede a la hipocondría, la alienación sin la sensación, la obsesión de atrapar la enfermedad mortal y no la angustia, o aun la certeza de haberla contraído. El neurótico hipocondríaco sabe que es absurdo, acepta rechazar los fenó-

menos que lo tienen como víctima. Se deja tranquilizar por los resultados positivos de un examen hasta tener una recaída aún peor. El aspecto compulsivo, la ansiedad que lo acompaña, los rituales de reaseguro, parecen establecer un paralelismo bastante justo. Así ocurre con esa mujer, que concurre a su dermatólogo y le hace verificar cada uno de sus lunares, luego sale reasegurada del consultorio del médico, quien no le encontró nada alarmante, hasta el momento en que, asaltada por la duda, se dice a sí misma que hay uno que escapó al control, justamente ese que es el que...

Asimismo pensamos que una parte importante de lo que se presentaba en la época freudiana bajo la forma de conversiones histéricas se desplazó, con los avances del discurso de la ciencia, hacia el campo de la cenestesia y sus trastornos.

La hipocondría como síntoma

Partiendo de la idea de que la hipocondría es un síntoma trans-estructural que puede aparecer en todas las patologías, no podríamos dejar de recordar aquí una orientación que nos parece demasiado poco compartida hoy en día: el síntoma cumple siempre una función dentro de una economía subjetiva. Nosotros postulamos que ese síntoma del que el sujeto se queja, está atado a él, sin poder decírselo por razones que se le escapan y que deberemos conjeturar.

Más adelante daremos elementos de psicopatología que permitirán aclarar algunas de estas razones. Pero podemos desde ya sostener la idea de que una hipocondría puede ser una solución para ciertos casos de psicosis, en el sentido en que la sensación viene a fijar algo en el cuerpo de la misma manera -para establecer un paralelismo- que la fobia permite, al fijar la angustia, ordenar un mundo.

Debemos recordar igualmente, poniendo el acento sobre la promesa de catástrofe implícita en el fenómeno hipocondríaco (más bien el cáncer en las mujeres, así como el accidente cardíaco en los hombres), que la sensación hipocondríaca da pasto al sentimiento inconsciente de culpabilidad y a la necesidad de castigo que surge como su consecuencia. Citemos aquí a Freud: "La importancia práctica de este hallazgo no cede en nada a su importancia teórica, ya que esta necesidad de castigo es el peor enemigo de nuestro esfuerzo terapéutico. Está satisfecho por el sufrimiento que se relaciona con la neurosis y que se suma, por esta razón, al estado de enfermedad (17)."

Diagnóstico diferencial

La hipocondría puede ser lo esencial del cuadro clínico o agregarse a todo tipo de patología, pero la distinguiremos de otros cuadros clínicos.

Es diferente de la conversión histérica en función de tres criterios principales: no está la "belle indifférence", pero, al contrario, hay un sufrimiento que conlleva una preocupación exagerada; la significación simbólica del fenómeno hipocondríaco es difícil de delimitar; y

la conversión, finalmente, altera las funciones corporales.

La hipocondría puede ser una forma evolutiva de una neurosis de angustia.

La hipocondría debe distinguirse de las convicciones delirantes relativas a la forma misma del cuerpo, su apariencia y no las sensaciones corporales en tanto que signo del espejo, dismorfofobia, transexualismo, etc.

Por otra parte, ya la hemos diferenciado de la nosofobia y le falta la lesión de los órganos para considerarlo un trastorno psicósomático.

Complicaciones

Haremos un repaso rápido de las consecuencias sociales y familiares de esta afección. El hipocondríaco no agota solamente al médico que lo atiende, sino que termina por desesperar a sus seres cercanos.

Evocaremos cuatro cuadros evolutivos posibles en casos de psicosis, tomados de la descripción que da Ey en sus *Estudios* (18).

1. Si se trata de un paranoico, la mala intención atribuida al otro posiblemente va a conducirlo a la idea de perjuicio, con el consecuente riesgo de un cuadro de sinistrosis. En una ocasión asistimos a un paciente que sufría cáncer de próstata y que había amenazado de muerte a su oncólogo. Es lo que Henri Ey llama "delirio hipocondríaco de perjuicio corporal" ("Estudio 17", p. 457).

2. Si se trata de una psicosis alucinatoria crónica,

veremos que la sensación cenestésica brinda la matriz de un delirio de posesión; podemos ubicar en este segmento al síndrome de Ekbom, esos enfermos persuadidos de tener pequeños animales bajo la piel y que van a consultar a los dermatólogos, pero también las demonopatías, licantropías y otras posesiones de todo género. Ey llama a esta categoría el delirio de posesión, de zoopatía y de embarazo.

3. En el registro melancólico, debemos hacer un lugar aparte al síndrome de Cotard. Ey lo ubica dentro de una tercera categoría: el delirio hipocondríaco de transformación corporal donde encontraremos negación de los órganos, metamorfosis relacionadas con las vivencias corporales (huesos de madera, corazón de caucho, cuerpo de cartón, etc.), pero también cadaverización y podredumbre poniendo al desnudo la identificación melancólica con los desperdicios.

4. Última variedad: el delirio hipocondríaco de agresión corporal. Se trata de sensaciones verdaderamente propioceptivas vividas alucinatoriamente y proyectadas por los pacientes al mundo exterior. Se los martiriza, son sujetos de experiencia, objetos de malos tratos. Abraham describe un caso muy revelador en este sentido. Henri Ey señala que se encuentran este tipo de trastornos entre los epilépticos y los dementes.

Teorías causales

No es nuestra intención en este artículo pasar revista a todas las teorías, por lo que evocaremos ciertas de ellas



muy sucintamente para detenernos en aquellas de Freud y dar un punto de vista lacaniano que nos ayudará a situar lógicamente de qué se trata.

Las teorías mecanicistas

Estas teorías consideran que se trata de un trastorno basal de la percepción, de la somatognosia o incluso de la sensibilidad protopática. Estas teorías reposan sobre la idea de una lesión, es decir, *cum materia*. Si tomamos como ejemplo los trastornos cerebro-espinales de la sensibilidad, estas teorías darían cuenta del delirio de negación como un defecto en el registro cerebral de las zonas consideradas. En forma similar las lesiones de la tabes inspiraron una concepción espinal ya abandonada. También se postularon dolores viscerales reflejos, especialmente del sistema simpático, pero esta concepción no se sostiene más hoy en día. En fin, algunos se han inspirado en las teorías del esquema corporal (Schilder) sea hipostasiándolo en un síntoma cortical, sea imaginando fijaciones en estadios precoces del modelo postural del cuerpo.

Los modelos psicogenetistas

Son modelos *sine materia*. Para Dubois de Berne, el motivo de la aparición de la hipocondría es una especie de auto-intoxicación del sujeto por una idea fija.

Hesnard, primer psicoanalista francés que publicó una observación sobre el tema, investigó la raíz inconsciente de la hipocondría. Ferenczi, fiel a la teoría inicial de Freud, hizo de la hipocondría una éstasis de la libido. Mélanie Klein ve en ella el objeto malo introyectado devenido persecutorio. Green utilizó el concepto de alucinación negativa para rendir cuenta de él.

Fédida nos interesa particularmente, dado que enuncia que la hipocondría tiene un rol de pivote entre la paranoia y la melancolía, y que ella es una defensa contra las amenazas de descomposición y de cadaverización. Sin embargo, cuando sostiene que el órgano puede jugar “el rol de representante de un antepasado ausente cuya protección tutelar no sería acordada más que al precio de esta enigmática rememoración constante del dolor”, resulta menos convincente (19).

Es aconsejable a quienes se interesen por esta concepción leer la novela de Poe titulada *La Verdad sobre el caso del Sr. Valdemar* (20). Lacan se sirve de ella para teorizar “l'entredeux-morts” (21).

Los modelos mixtos

En primer lugar, el órgano-dinamismo de Henri Ey, quien creyó proteger la psiquiatría como rama de la medicina de un psicoanálisis en aquella época hegemónica, estructuralista, y considerado como negligente respecto del anclaje en el organismo de los trastornos psíquicos. Creyendo así salvar la psiquiatría -según la tesis de Bercherie cuya pertinencia se presta a discusión- Ey precipita su naufragio en un “a-teorismo” anglosajón y su corolario normativo de reeducación de los trastor-

nos mentales. Ciertamente la conferencia de Ey sobre la hipocondría es admirable por su erudición, pero es muy difícil encontrar en ella una lógica para aclarar la cuestión.

Consideramos que el resto actual en nuestro campo del órgano-dinamismo es el famoso ser bio-psico-social que se nos sirve de variadas maneras, especie de tautología ecuménica que sembró la confusión bajo el pretexto de dar respuesta a la complejidad de los fenómenos.

Con Freud y Lacan

Con Freud

Hay tres claves, en Freud, que permiten avanzar; pero antes de proseguir debemos recordar su primera teorización, cuasi mecanicista, y la vuelta de báscula que representa la conceptualización del narcisismo.

Inicialmente Freud hace de la hipocondría una de las tres neurosis actuales, junto con la neurastenia y la neurosis de angustia. Estas neurosis actuales eran patologías de la libido (22). La particularidad de ellas era la ausencia de conflictividad interna, oponiéndose así a las neurosis de transferencia. Las neurosis de angustia e hipocondría se relacionaban con un exceso de libido debido a la continencia sexual. En la hipocondría, la angustia que resultaba de este exceso de libido no satisfecha se fijaba sobre sensaciones corporales. La neurastenia, por el contrario, era entendida como un desperdicio de libido causada por la masturbación. Es remarcable que estas neurosis actuales fueran, cada una, puestas en relación con una enfermedad, como si ellas fueran su embrión: la neurosis de angustia con la histeria, la neurastenia con la neurosis obsesiva, y la hipocondría con la parafrenia.

La querrela con Jung empuja a Freud a teorizar el narcisismo y a interesarse nuevamente en la hipocondría, revisando su mecanismo. Con el apoyo del narcisismo, considerado como un retorno sobre el Yo de la libido de objeto bajo la influencia de factores exteriores, Freud va a oponer la angustia neurótica, ligada a la pareja del sujeto y a la libido de objeto, con la angustia hipocondríaca, ligada al cuerpo propio y a la libido del Yo. Freud inicia su estudio sobre el narcisismo con la constatación de que, en la psicosis, se encuentra conjugado el delirio de grandeza -la megalomanía- y el hecho de separarse del mundo exterior (23). Deduce de ello que la libido retirada del mundo exterior fue aportada al Yo. Y luego razona: “El hipocondríaco, como sucede en la enfermedad orgánica -ésta última con una evidencia particular-, retira interés y libido de los objetos del mundo exterior y concentra los dos sobre el órgano que lo ocupa (24)”. El modelo de órgano dolorosamente sensible es el órgano genital en estado de excitación.

Por ende, primera clave, hay excitación cuyo modelo es la turgencia peniana. Segunda clave, esta excitación que volvió al cuerpo propio puede desplazarse según la gramática de las pulsiones, la erogenización convirtiéndose en el carácter de todos los órganos. Tercera clave, Freud es conducido a teorizarla una vez establecido el narcisismo: es la pulsión de muerte. Ciertos pacientes no

quieren curarse, tienen una necesidad inconsciente de castigo: "Las personas en las cuales este sentimiento de culpabilidad inconsciente es hiperagotador se traicionan en el tratamiento analítico a través de la reacción terapéutica negativa, tan negativa para el pronóstico (25)". Sin esta tercera clave, el aspecto central de la fenomenología de la hipocondría -la condena- seguiría en las sombras.

Con Lacan

Para hablar de esta excitación libidinal que vuelve sobre el cuerpo propio, Lacan inventa el término de *goce*. El goce subsume placer y displacer. Rinde cuentas del hecho clínico elegido por Freud como uno de los tres ejemplos para postular la pulsión de muerte: la reacción terapéutica negativa. Uno puede sufrir de un síntoma, quejarse, y no querer ser liberado de él.

Planteemos que el síntoma es aquello que molesta al silencio del cuerpo. La condición para que la salud sea el silencio de los órganos, es que el cuerpo sea liberado del goce, "que la libido no invada el campo perceptivo" (26). El cuerpo debe volverse vacío de goce. Y bien, es lo que opera la castración freudiana: ella extrae el obje-

to y empareja el cuerpo a este objeto ya perdido. Es lo que Freud llama libido de objeto, oponiéndolo a la libido narcisística. Asimismo, la castración, cuando opera, brinda una significación fálica al goce.

Identifiquemos entonces la angustia hipocondríaca, la cenestopatía, con un fenómeno del goce, con un fracaso de esta operación de limpieza que es la castración simbólica. Este goce, con su criterio de displacer que puede llegar hasta lo imposible a soportar y empujar al pasaje al acto, es descargado de lo simbólico al tiempo que es un increíble llamado a los contenidos del pensamiento. Es aquí donde vienen a insertarse las significaciones delirantes, proporcionando razones imaginarias a aquello que no las tiene, permitiendo así una cierta pacificación de la excitación corporal.

Proponemos organizar a grandes rasgos estas significaciones delirantes según tres ejes:

1. En el primero, que sigue el emparentamiento de siempre de la hipocondría con la melancolía y la bella invención de Falret de la hipocondría moral, tendremos como eje la culpabilidad delirante y su corolario de castigo merecido. Digamos, la patología del Superyo. Podría verse allí una modalidad de persecución del sujeto por su propio cuerpo.



2. En el segundo, referido a la paranoia, podremos encuadrar bajo el estandarte del perjuicio y de la mala intención del Otro a todos aquellos que, por el rodeo de un mecanismo de proyección imaginaria, en vez de echarse la culpa a sí mismos, en este caso preciso, culpar a su cuerpo, la proyectan sobre el mundo exterior.

3. Finalmente, en el tercero, el de la esquizofrenia, tendremos a aquellos cuya estructura del lenguaje es tan desorganizada que no logran ni estructurar su cuerpo ni construir un delirio sistematizado que los protegería de la invasión de goce.

He aquí entonces el jardín a la francesa que les proponemos para alojar estos fenómenos hipocondríacos que

no perdonan a nadie, Freud siendo el primero en subrayar la "lucidez" del melancólico y en atestiguar, a través de su correspondencia, su lucha para poder sustraerse él mismo a la hipocondría. ¿Somos todos víctimas potenciales de este tipo de preocupaciones? Y bien no, hay un cuadro clínico que podría encarnar la excepción que confirma la regla. No hay hipocondría en este cuadro, no hay culpabilidad ni condena, y la euforia reina: es el estado maniaco. Pero, asintóticamente, no podríamos considerar que es, al contrario, el punto culminante de la hipocondría: el maniaco no es más que excitación y la condena sucede en lo real. A fuerza de quemar sus naves, la urgencia médica verdadera, aquí, no está lejos ■

Referencias bibliográficas

1. Guelfi, et al. *Psychiatrie*. Paris: PUF, 1987.
2. *Le Nouveau Petit Robert*. Paris: Dictionnaires Le Robert, 2001.
3. Ey H. Conférence no 17, "Hypocondrie". In: *Études psychiatriques*, volume II. Paris: Crehey, 2006, p. 454.
4. Guedeney C, Weisbrot C. "L'histoire de l'hypocondrie". In: Aisenstein M, Fine A, Pragier G (dir.) *Monographies de la Revue française de psychanalyse, "l'hypocondrie"*. Paris: PUF, 1995: 29-49.
5. *Ibid.* P. 33.
6. *Ibid.* P. 37.
7. *Ibid.* P. 38.
8. *Ibid.* P. 43.
9. *Ibid.* P. 43.
10. *Ibid.* P. 44.
11. Cité par Cotard dans son texte de 1882, "Le délire des négations". In: Jacques Postel (dir.). *Textes essentiels de la psychiatrie*. Paris: Larousse, 1994.
12. *Ibid.* P. 311-28.
13. Guedeney C, Weisbrot C. "L'histoire de l'hypocondrie". *Op. Cit.* P. 48.
14. Dupré E. "Les déséquilibres constitutionnels su système nerveux". In: *Textes essentiels de la psychiatrie*. Paris: Larousse, 1994.
15. Follin S., Azoulay J., cité par Guedeney C, Weisbrot C. "L'Histoire de l'hypocondrie". *Op. Cit.*
16. Lacan J. *Le Séminaire*, Livre III, "Les psychoses". Seuil, 1981.
17. Freud S. "Angoisse et vie pulsionnelle". In: *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*. Paris: NRF, Gallimard, 1984 p. 146.
18. Ey H. *Op. Cit.* P. 457-8.
19. Fédida P. "L'hypocondriaque médecin". In: *Monographie de la Revue française de psychanalyse*. Paris: PUF, 1995.
20. Poe E. A. "La Vérité sur le cas de M. Valdemar". In: *Histoires extraordinaires*. GF-Flammarion, 1965.
21. Lacan J. *Le Séminaire*, Livre II. "Le moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse". Paris: Seuil, 1978.
22. Freud S. Manuscrits B (1893) et K (1896). In: *La Naissance de la psychanalyse*. Paris: PUF, 1956. "Les psychonévroses de défense" et "Nouvelles remarques sur les psychonévroses de défense". In: *Névrose, psychose et perversion*. Paris: PUF, 1973, par exemple.
23. Freud S. "Pour introduire le narcissisme". In: *La Vie sexuelle*. Paris: PUF, 1977:82.
24. *Ibid.* P. 89.
25. Freud S. "Angoisse et vie pulsionnelle". In: *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*. Paris: NRF, Gallimard, 1984.
26. Miller JA "Les prisons de la jouissance". In: *À quoi ser un corps? La Cause freudienne no 69*. Navarin, 2008.

Clínica y psicoterapia de las Psicosis

Alberto Luis Solimano

Médico psiquiatra. Psicoanalista
Miembro titular con función didáctica de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires (ApdeBA)
Profesor del Instituto Universitario de Salud Mental de ApdeBA
E-mail: alsoli@uolsinectis.com.ar

Introducción

La concepción actual de las psicosis en Psiquiatría, aun incluyendo los aportes relevantes de las neurociencias, es, como en el pasado, una cuestión problemática. No hay una definición unívoca sino una concepción más o menos restrictiva que engloba características extraídas de los más diversos registros: gravedad, alteraciones del pensamiento, juicio de realidad, etc.

Veamos el Glosario del DSM IV (1995). En él término *psicótico* ha recibido históricamente numerosas definiciones diferentes, ninguna de las cuales ha conseguido ser aceptada universalmente (...). *“Finalmente, el término*

ha sido definido conceptualmente como una pérdida de los límites del yo o una importante alteración de la verificación de la realidad”.

Tampoco hay un concepto unívoco de psicosis desde el punto de vista psicoanalítico.

El psicoanálisis no ha desarrollado un conocimiento extenso de las psicosis como el efectuado por la clínica psiquiátrica. Indudablemente su campo fundacional fue el de las neurosis y ésta continua siendo su ámbito privilegiado. Sabemos que Freud pensaba que las psicosis, a las que llamó “neurosis narcisistas”, no podían

Resumen

Si bien Psiquiatría y Psicoanálisis comparten la idea de que la característica básica de la psicosis es el trastorno de la relación con la realidad, la diferencia reside en que para el psicoanálisis dicha relación es libidinal y esto significa que, primordialmente, se fundamenta en la relación de objeto. Sobre esta base el psicoanálisis plantea que los síntomas psicóticos tienen sentido más allá del déficit o disfunción, un significado a comprender por la historia del sujeto. Esta concepción de la realidad, que incluye tanto la realidad externa como la realidad psíquica, también determina un específico abordaje psicoterapéutico en tanto el objetivo no es la “verificación” de la realidad externa sino la contención y eventual análisis de la realidad psíquica. Se presentan ejemplos clínicos que ponen de manifiesto la falla primaria en la relación con la realidad y el uso de la Identificación Proyectiva para depositarla en el terapeuta.

Palabras clave: Psicosis - Psicoterapia de la psicosis - Identificación proyectiva - Realidad.

CLINIC AND PSYCHOTHERAPY OF THE PSICOSIS

Summary

Even though Psychiatry and Psychoanalysis share the idea that the basic characteristic of psychosis is a disorder of the relation with reality, the difference is that for psychoanalysis said relation is libidinal, which means that it is essentially based on the object relation. According to these grounds, psychoanalysis considers that psychotic symptoms make sense beyond the deficit and dysfunction, a meaning to be understood through the subject's history. This conception of reality, which includes both the external reality and the psychic one, also determines a specific psychotherapeutic approach as long as the purpose is not “verifying” the external reality, but containing and eventually analysing the psychic reality. There are clinical examples that show the primary failure in the relation with reality and the use of Projective Identification to be deposited into the therapist.

Key words: Psychosis – Psychotherapy of the psychosis - Projective Identification - Reality.

ser tratadas con el método psicoanalítico. Por eso los aportes psicoanalíticos en esta materia no constituyen un corpus organizado de conocimientos como en el caso de las neurosis, sino un conjunto variado de teorías sobre estructuras y mecanismos del fenómeno psicótico. Como dificultad adicional, los conceptos utilizados tienen significados diferentes y son objeto de discusión teórica según las distintas escuelas.

Sin embargo desde sus comienzos el psicoanálisis afirmó que “había método en la locura” (Hamlet), es decir, que los síntomas tienen un sentido más allá de la alteración o el déficit, lo que otorga especificidad a su enfoque.

Este abordaje debe estar necesariamente incluido en el marco general de las series complementarias (Freud, 1917) para evitar un reduccionismo ingenuo e imprudente frente a los aportes actuales de las neurociencias.

Teoría psicoanalítica de la psicosis

Laplanche y Pontalis en su Diccionario (1967) señalan que en la teoría psicoanalítica el denominador común de las psicosis es fundamentalmente una perturbación primaria de la relación *libidinal* con la realidad, siendo la mayoría de los síntomas manifiestos (especialmente la construcción delirante) tentativas secundarias de restauración del lazo (o relación) objetal.

Como vemos el concepto general compartido de psicosis, tanto psiquiátrico como psicoanalítico, es que implica un trastorno de la relación con la realidad.

La diferencia fundamental entre ambas concepciones y también lo específico de la concepción psicoanalítica es como se concibe esa relación con la realidad y también como se piensa esa realidad.

La noción básica sobre la que pivotean todas las diferencias es que, como se subrayó en la cita, para el psicoanálisis la relación con la realidad es libidinal, o dicho de otro modo, la relación es con la realidad investida libidinalmente. Esto significa que dicha relación se instaura y se sostiene primordialmente en la relación de objeto, y por tanto es afectada en mayor o menor medida por las vicisitudes pulsionales y el conflicto psíquico.

La realidad a la que se alude en las formulaciones psiquiátricas como “alteración de la verificación (o conciencia) de la realidad” citada, es la realidad externa, fáctica, material. Es la realidad perceptual dependiendo de la dotación instintiva o del aprendizaje, la realidad con la que se supone operan las funciones cognitivas. Planteada en estos términos la relación con esa realidad, que es unívoca, está alterada de igual manera tanto en los llamados trastornos psicogénéticos, los de las denominadas psicosis funcionales, como en los trastornos organogénéticos, propios de las demencias. La alteración se piensa como un déficit o falla de aprehensión de la realidad y desde este punto de vista, como relación basada en el déficit, no tiene un significado simbólico. Por la misma razón el delirio se define solo como error, como “Falsa creencia basada en una inferencia incorrecta de la realidad que es firmemente sostenida.” (DSM IV 1995).

Sin embargo la prueba de que hay método en la locu-

ra, o sea, que hay un sentido en los síntomas más allá de esa alteración se puede ver en la clínica, en la cualitativa diferencia que se puede observar entre los fenómenos de déficit en el discurso de la demencia y los fenómenos de significado, aunque idiosincrásico, de la psicosis esquizofrénica.

El psicoanálisis afirma que la realidad afectada es no solo esa realidad sino también la realidad psíquica, el “mundo interno” de las fantasías y relaciones de objeto que va a mediar con la realidad externa y de esa manera también va a determinar características del trastorno.

Esta realidad, en tanto basada en la relación objetal, se construye correlativamente con ésta a lo largo de un desarrollo, en un proceso epigenético, de interacción entre maduración constitucional y experiencias con el ambiente, una interacción entre factores internos y externos que van determinando su cualidad y aprehensión específica.

Freud estudió la psicopatología de la relación con la realidad poniendo énfasis en la función mediadora atribuida al Yo. Sostuvo que la psicosis era consecuencia del conflicto planteado entre el Yo y el mundo exterior, derivado a su vez es del conflicto del Ello con la realidad. Puntualiza que realidad y mundo exterior no son sinónimos, porque la realidad que se opone al Ello es tanto la realidad fáctica como el “acervo mnémico” que constituye “el mundo interior”, o sea la realidad psíquica.

Lo decisivo para la evolución psicopatológica posterior es como va a responder el Yo, si sujeta al Ello y se somete a la realidad como en las neurosis, o avasallado por las pulsiones se arranca de la realidad, constituyendo una psicosis.

Tanto la neurosis como la psicosis sustituyen la realidad, si bien en diferente forma y extensión, ya que en la neurosis lo hace puntualmente en el síntoma, mientras que en la psicosis es un fenómeno extenso y complejo.

Esta diferencia se debe fundamentalmente al papel que cumple la fantasía: en la neurosis la fantasía se apoya, “como en el juego de los niños” (que como demostró M. Klein es una actividad simbolizante), en un fragmento de realidad distinto del que se defiende, le presta un significado particular y secreto (reprimido) y así en el síntoma aparece esa realidad como simbólica. En la psicosis se reconstruye con la fantasía delirante la relación con la realidad que fue destruida, pero reemplazando con ella al mundo exterior, según el concepto del delirio como restitución.

Aquí cabe señalar una consecuencia de ese proceso que es de fundamental importancia para el abordaje psicoterapéutico de las psicosis. Es evidente que en la construcción de la fantasía delirante han intervenido los procesos de simbolización que ha estudiado el psicoanálisis (Jones, 1916), basados en los modos de funcionamiento del inconsciente (condensación, desplazamiento, identificación, etc), cuyo ejemplo *princeps* es el sueño, y por eso siempre se señaló el isomorfismo entre sueño y delirio. Esta construcción, que se puede rastrear e interpretar psicoanalíticamente, es la que confiere un significado o sentido a la idea delirante. Pero ese reemplazar a la realidad como restitución supone un proceso complejo y no

bien dilucidado que cambia radicalmente su estatuto de símbolo.

En este punto se pone de manifiesto la falla básica estructural que condiciona la evolución psicótica: el fracaso en el desarrollo de la capacidad de simbolizar. Esta falta ha sido teorizada por diversos autores con una profundidad que no puedo exponer en este trabajo por lo que nos limitaremos a mencionar los dos conceptos más conocidos: la imposibilidad del duelo por la pérdida del objeto (posición depresiva) que desarrolló M. Klein y la forclusión (*Verwerfung*) del Nombre-del-Padre que impide el acceso al orden simbólico que propuso Lacan.

Su consecuencia es que en la llamada "restitución" la fantasía delirante deja de ser un símbolo en el sentido básico de "representar" a la cosa, y esta mudanza se describe de diferentes formas según el contexto teórico: deja de ser un significante que remite a otro significante (Lacan), se convierte en una ecuación simbólica (H. Segal), elemento Beta para ser evacuado (Bion), reemplaza como representación de palabra a la representación de cosa destruida (Freud).

Cualquiera sea la explicación, lo que importa desde el punto de vista psicoterapéutico es que el delirio no puede ser abordado como símbolo a través de la interpretación, puesto que para el paciente no remite a un significado inconsciente sino a la realidad.

Escuela inglesa

Los desarrollos teóricos sobre las psicosis de Freud y sus discípulos tenían que superar un escollo, un obstáculo epistemológico (Bachelard), que era la concepción del narcisismo primario. La teoría etiopatogénica proponía un punto de fijación muy temprano, en la etapa del narcisismo primario, concebido como previa al establecimiento de la relación objetal. Por eso Freud las denominó Neurosis Narcisistas, consideró que no establecían transferencia y por tanto no se podía aplicar el tratamiento psicoanalítico.

En consecuencia los aportes a la teoría de la psicosis generalmente derivaban de otros campos pasibles de análisis, como el concepto de desmentida y escisión del Yo, elaborado a partir del fetichismo.

Con este enfoque la investigación clínica directa solo es posible en tratamientos que requieren modificaciones de la técnica clásica, en general en el manejo de la transferencia, como los que llevó a cabo la escuela americana.

M. Klein desarrolló un aparato teórico que eliminó ese obstáculo epistemológico. La teoría del desarrollo temprano plantea una concepción diferente del narcisismo, que no se considera un estado evolutivo donde no hay relación de objeto (narcisismo primario), porque como el Yo y las relaciones de objeto están dadas desde el comienzo, el narcisismo no es un estado evolutivo sino un tipo defensivo de relación de objeto. Esta concepción básica permite plantear un juego de identificaciones que van constituyendo las estructuras psíquicas, y las vicisitudes en esa construcción que dan origen a la psicosis pueden investigarse y tratarse

en la transferencia, porque lógicamente se establece un vínculo transferencial.

En "Notas sobre mecanismos esquizoides" (1946), M. Klein establece una primera etapa del desarrollo, que llamó *esquizo-paranoide*, donde describe los mecanismos y ansiedades que son constitutivos del psiquismo, pero que también permiten comprender el fenómeno psicótico.

Allí describe un mecanismo, la Identificación Proyectiva (IP), que se convertirá en el principal instrumento teórico que hizo posible una clínica para investigar las psicosis.

La define como una fantasía omnipotente en la cual el sujeto introduce su propia persona, en totalidad o en parte, en el interior del objeto para dañarlo, poseerlo o controlarlo (Klein 1946). La propone como prototipo de relación agresiva, pero también implica una relación narcisista, en el sentido de borramiento de los límites y negación de alteridad del objeto, o sea que da cuenta de los estados narcisistas como tipos o variedades de relación objetal.

Me interesa señalar que no solo es muy importante su papel en la constitución del psiquismo como mundo interno sino también *de la realidad como mundo externo*.

Su papel en esta construcción radica en que la identificación en este mecanismo es una acción transitiva, no reflexiva, como es su uso habitual en la teoría del desarrollo del aparato psíquico, tal como lo hace Freud. En esta acepción más comúnmente empleada identificarse significa que el yo se conforma de acuerdo a características del objeto, como sucede en la identificación edípica.

En la IP el Yo identifica a un objeto en sentido transitivo, es decir, lo constituye como una identidad perteneciente a una clase. Y el término proyección refuerza ese sentido de una acción del yo sobre el objeto. Por consiguiente, es el mecanismo psicológico, junto con la acción del ambiente, la realidad externa, que recibe esa proyección y a su vez puede, a través de la experiencia, modificar la identificación, va construyendo la realidad para ese sujeto, en un juego de proyección/introyección que es estructurante. Esta función primaria de la IP como modo primitivo de vinculación con el objeto fue subrayado por Bion, quién lo constituyó en pieza fundamental de su enfoque teórico.

Contando con la teoría de las relaciones de objeto tempranas los psicoanalistas pudieron realizar tratamientos psicoanalíticos de los psicóticos con el método clásico de análisis de la transferencia y así estudiar diferentes modalidades clínicas. Entre aquellos que realizaron importantes investigaciones clínicas y teóricas cabe mencionar a Rosenfeld, Segal, Fairbairn, Winnicott, etc.

Me interesa destacar para mi trabajo los aportes originales de W. Bion, que reunió una vasta experiencia clínica en el análisis de pacientes psicóticos, especialmente esquizofrénicos, y basándose en esta experiencia elaboró una serie de teorías acerca del pensamiento psicótico que permiten una visión psicoanalítica profunda del tema.

Un concepto clínico central es su concepción de Parte Psicótica de la Personalidad (Bion 1957), cuyo paradigma es la esquizofrenia, que se caracteriza por cuatro rasgos esenciales:

1. Una preponderancia de los impulsos destructivos tan grande que incluso el impulso de amar es recubierto por ellos y se transforma en sadismo,

2. Un odio a la realidad externa e interna que se extiende a todo lo que pueda despertar conciencia de la misma.

3. Pánico de aniquilación inminente.

4. Una formación de relación de objeto prematura y precipitada, que se puede observar en la transferencia y cuya fragilidad contrasta con la tenacidad con que es mantenida.

Este tipo de personalidad frente al conflicto utiliza como mecanismo de defensa central la fragmentación de toda aquella parte que si misma que está encargada de la concienciación de la realidad tanto externa como la atención y la percepción, como de la realidad interna, la conciencia como el órgano que capta la cualidad psíquica. (Cabe señalar que en lenguaje freudiano todas ellas son funciones del Yo). Los fragmentos resultantes son evacuados a través de una Identificación Proyectiva masiva en los objetos externos, creando un mundo o realidad psicótica donde el paciente queda encerrado. Como ejemplo de este mecanismo propone la alucinación, concebida como consecuencia de que los sentidos

invierten funcionalmente su dirección y en lugar de recibir los estímulos actúan evacuando, proyectándolos en el exterior.

Como estas características están dadas desde el comienzo de la vida psíquica la evolución de este tipo de personalidad es marcadamente distinta de aquella que no las tiene. Esta última es la parte no-psicótica de la personalidad, que también está presente en todos los pacientes, aunque oculta o tapada por la primera.

Bion utiliza el término "parte psicótica" o "no-psicótica" de la personalidad porque propone que ambos tipos de estructura se dan en los psicóticos y aún en los neuróticos y el cuadro clínico resulta del predominio de una de ellas.

El otro concepto de gran importancia instrumental para la psicoterapia de la psicosis es su desarrollo del uso de la IP como modo primitivo de comunicación, mediante el cual el paciente puede depositar en el terapeuta partes escindidas de su psiquis, especialmente emociones que resultan insoportables, con la esperanza de que éste pueda contenerlas y volverlas pasibles de ser reintegradas. Es la función "reverie" que, en el proceso de desarrollo normal cumple la madre.



Psicoterapia de las psicosis

Indudablemente los aportes del psicoanálisis a la comprensión de la psicosis, además del valor heurístico que poseen, sirven en la clínica para pensar la compleja problemática del psicótico, orientarse en el interjuego de los factores personales y ambientales y así poder diseñar estrategias para cada caso individual. Pienso que en esto reside su mayor eficacia, más allá de poder actuar psicoterapéuticamente a través de la palabra.

Desde el punto de vista psicopatológico la concepción de la relación narcisista de objeto permitió la investigación en la transferencia de la estructura de la psicosis, pero los psicoanálisis profundos que realizaron grandes analistas han aportado más al conocimiento de esa estructura que al desarrollo de una técnica terapéutica eficaz.

Desde el punto de vista psicoanalítico una limitación importante es que el principal instrumento del método, la interpretación, se basa en el lenguaje simbólico como medio para acceder al pensamiento y es precisamente el trastorno en la simbolización una de las características básicas de la psicosis.

Por eso creo que en cuanto a la psicoterapia basada en la técnica psicoanalítica clásica, más allá de su valor como método de investigación, los resultados terapéuticos han sido relativos y muestran un carácter experimental. Me refiero en cuanto a lograr las metas que Freud propuso con diferentes enunciados: "llenar las lagunas mnésicas", "vencer las resistencias de la represión"; "hacer consciente el Inconsciente", "donde era Ello debe advenir Yo"; conjunto de formulaciones que apuntan todas ellas a la modificación de la estructura mental.

Este modelo de la cura presupone una estructura instituida con un grado de desarrollo tal que pueda ser modificada, es decir, conservando un núcleo central que la preserva de la desintegración, pero en el caso de psicosis debemos partir de una estructura con un trastorno básico que obliga a replantear los términos.

Sin embargo, la psicoterapia es de un valor indiscutible dentro de un tratamiento integral que necesariamente es de abordaje múltiple, combinando recursos terapéuticos biológicos, especialmente psicofarmacológicos, con las terapias llamadas psicosociales, que incluyen las psicoterapias individual y familiar, actividades de resocialización, etc. Varios trabajos de investigación estadística han comprobado que cuando se combinan el tratamiento psicofarmacológico con los tratamientos psicoterapéuticos se previenen las recaídas y es necesaria una dosis menor de fármacos.

Pese a las restricciones señaladas el método analítico indudablemente proporciona instrumentos para construir un vínculo psicoterapéutico beneficioso, con la ventaja de constituir al mismo tiempo un método de investigación y preservar la singularidad del paciente.

Dos aspectos fundamentales para un abordaje psicoterapéutico de la psicosis es la relación con la realidad y la acción de la Identificación Proyectiva.

Relación con la realidad, identificación proyectiva (IP) y vínculo terapéutico

Desde siempre se observó que, salvo excepciones como estados agudos o confusionales, existe en el paciente "más" psicótico un aspecto que reconoce la realidad. La alienación, aun cuando comporta una alteración profunda del Yo y por consiguiente de la cosmovisión del mundo (H. Ey) no toma necesariamente la personalidad total.

Este hecho supone descriptivamente lo que se llama disociación o escisión psíquica (Inglés: *splitting*, Alemán: *Spaltung*). Este término es particularmente polisémico y con diversos usos, descriptivos o explicativos, tanto en psicoanálisis como en psiquiatría.

En psiquiatría fue usado por Bleuler para designar el síntoma fundamental y el modo de funcionamiento mental de la esquizofrenia: la división de las funciones psíquicas como consecuencia del trastorno primario de las asociaciones (Bleuler, 1911).

En psicoanálisis el fenómeno primario y fundante de la elaboración teórica, el inconsciente fue inicialmente descrito por Freud como escisión (*Spaltung*) de la conciencia como consecuencia de la represión. El término fue usado por Freud en sentido descriptivo para dar cuenta de su revolucionario concepción del hombre como constitutivamente escindido en su psiquismo, pero hacia el final de su obra volvió a usar el término, ahora con un sentido específico, la escisión del Yo (*Ichspaltung*) como consecuencia de la desmentida. Este mecanismo de defensa, descubierto en el fetichismo y extendido a las psicosis, que consiste en el rechazo de una percepción traumatizante (la falta de pene en la mujer) tiene como consecuencia la instauración dentro del sujeto de dos actitudes psíquicas diferentes, contrapuestas e independientes entre sí (Freud, 1938). Esta escisión implica una doble relación del Yo con la realidad externa, una que la reconoce y otra que la niega, actitudes que persisten conjuntamente sin influirse entre sí. A diferencia de la división primaria (*Spaltung*) entre sistemas (Cc-Inc) o estructuras (Yo-Ello) esta es una división intrasistémica (dentro del Yo).

M. Klein utiliza disociación (*splitting*) en un sentido distinto al de Freud, porque designó así la división del yo como proceso básico en el desarrollo del psiquismo y mecanismo central en la defensa frente a la ansiedad a lo largo de toda la vida.

Frente al hecho clínico de la disociación en el psicótico se puede plantear que, si bien es clara la diferencia y oposición entre las actitudes psíquicas es discutible la independencia y nula influencia entre ellas que propone la escisión freudiana, en tanto consideremos al sujeto, aun escindido, como un individuo y sobretodo como objeto de un tratamiento.

En nuestro trabajo preferimos tomar como modelo la concepción de Bion de la coexistencia en la personalidad de dos organizaciones diferentes con específicos funcionamientos: parte psicótica y no-psicótica, siendo el cuadro clínico el resultado del predominio de una de ellas, que de esa manera oculta a la otra, la cual sin embargo siempre

está presente y con posibilidades de actuar. En esta teoría corresponde hablar de personalidad y no del Yo, porque si bien en términos generales la relación con la realidad es una función del Yo, los factores en juego son estructuralmente complejos y trascienden lo que teóricamente se define como organización del Yo.

Este modelo permite plantear la posibilidad de una interacción entre ellas que sirva de base para una estrategia terapéutica general con el objetivo de que la parte no-psicótica adquiera el dominio de la personalidad, controlando a la parte psicótica. Dicho de otra manera debe actuar como continente, en función de cuidado y preservación del Self.

Esta manera de plantear el tratamiento incluye el problema económico, en el sentido que el factor intensidad del *¿afecto?* es también determinante en la evolución y en la presentación de los síntomas. Somos conscientes de la vaguedad de este enunciado pero no encontramos otra manera de formular nuestra impresión de que en el paciente el delirio no se modifica en su estructura sino que incide en la conducta según su fuerza o intensidad. Pensamos que sobre esta variable es que actúan los psicofármacos.

El uso de la IP como modo primitivo de comunicación se expresa desde el comienzo en el vínculo terapéutico porque el paciente la utiliza para colocar en el terapeuta el trastorno de la relación de la realidad que representa su delirio. Lo ilustramos con una viñeta clínica.

Marcelo, un paciente esquizofrénico, relata que estaba con Mario, su acompañante terapéutico, y quería averiguar sobre una próxima película sobre la infancia de H. Lecter, un personaje cinematográfico psicópata que es una de sus "personalidades múltiples". Mario dijo: "Pero Lecter no existe en la realidad". Al principio *no reparó en esa frase pero luego comenzó a tener un acceso de pensamiento obsesivo: "¿Qué quiso decir M.? ¿Qué él no era Lecter?"*. Comenzó a dar diferentes interpretaciones de la frase que mostraban que quería evitar el significado de negación a su identificación con Lecter. Comparó esa actitud de Marcos con la de Pepe, otro acompañante, que aceptaba esa idea y hasta bromeaba con él.

Este ejemplo plantea un requisito técnico que consideramos de importancia fundamental: la "aceptación" del delirio como actitud terapéutica primaria. Con esto quiero decir que la primera función es contener el fenómeno. Pensamos que corresponde a lo que Bion planteó de permitir el uso de la IP masiva como mecanismo primitivo de comunicación. También señaló que el terapeuta debe hacerse cargo del principio de realidad que al mismo tiempo le proyecta el paciente, por lo cual tampoco debe afirmarse la "realidad" de la idea delirante.

Aceptar es el término que se nos ocurre para la actitud receptiva sobre la "realidad" que propone el paciente. Es una actitud continente que no pone en juego en forma inmediata el juicio de realidad para confrontar al delirio. O dicho de otra manera, no utilizo la confrontación con la realidad, porque el problema no es la "verificación" de la realidad externa sino la aceptación de la realidad psíquica.

En este punto puede evocarse la hipótesis de Freud (Construcciones en el análisis, 1938) de que la convicción del paciente acerca de la realidad del delirio se debería al contenido de verdad histórica/vivencial (*historisch*) que encierra y que pone en lugar de la realidad rechazada. Parafraseándolo en su frase célebre ("no le creo a mi neurótica" Carta 69 -1897) diría que nuestra actitud sería expectante porque "le creemos a nuestra psicótica". De lo contrario, si no aceptamos el delirio en nombre de la realidad lo rechazamos como realidad del paciente y si lo afirmamos estamos negando la realidad externa compartida.

Pensamos que esto debe ser tenido en cuenta también cuando cabe interpretar, para que la interpretación no sea tomada solo como una afirmación de realidad externa con rechazo de la realidad psíquica.

Marcelo comienza en una sesión: "Traigo dos cosas para comentar. La primera es lo que me pasó ayer con un video de L. (cantante rock). Ud. sabe que yo me identifiqué con él, pienso que soy él. Pero no estoy seguro. Busco evidencias y me fijo en detalles. Yo lo miraba y veía que tiene dientes chicos mientras que yo tengo dientes grandes. Entonces pienso que después de la grabación se operó (o me operé la boca) para



que no se supiera que soy yo. O también otra vez que estaba rapado y yo tengo pelo y barba, entonces pienso que mi otro yo se cortó el pelo....Y siento más fuerte que soy él.”

Vale este ejemplo porque más allá del trastorno de identidad muestra la coexistencia de las dos actitudes frente a la realidad que se influyen mutuamente: la percepción de los detalles plantea la duda en la identificación delirante y a su vez esta reinterpreta la realidad. También es un ejemplo del uso de la IP psicótica.

Marcelo sufre permanentemente de trastornos de identidad como el relatado. El síntoma tiene características definidas. La identificación se produce con algún personaje que tiene una cualidad deseada. La cualidad puede variar, puede ser atributo físico (un actor), o la fuerza (un luchador) o la voz como en este caso de L, líder de rock pesado. Otras muy reiteradas son las que representan el sadismo y la crueldad como H. Lecter, un psicópata cinematográfico. Finalmente, también se produce la identificación para poseer el objeto, por ejemplo ser el novio de una modelo, o el padre de una hija de una mujer deseada.

Es decir, el deseo se registra como realizado en un sentimiento de identidad, un ejemplo muy claro del apoderamiento arcaico regresivo por identificación que propuso Freud.

Cuando le señalamos que a veces siente que quiere y otras veces siente que él era lo que quiere lo aceptó sin mayor resistencia, mostrando conciencia de la coexistencia psicótica y no-psicótica. Muy distinto era si intentábamos ir más allá e interpretar lo que quería como deseo y no como realidad en la idea delirante.

Lo interesante de la vivencia es que al mismo tiempo experimenta, con más angustia que perplejidad, la duda cuando aparece la realidad externa en la experiencia. Frente a la percepción de detalles que sentía incongruentes (edad, idioma) dice perplejo o angustiado: “*Son datos que no encajan*”. Otras veces resuelve la incongruencia con un enunciado del tipo: “*Este es una de mis múltiples personalidades y esa sabe ese idioma*”. Pero nunca podía eliminar la sensación de irrealidad o duda angustiosa sobre la identidad, que así revelaba su fragilidad.

Descriptivamente es un claro fenómeno de disociación de la personalidad: la parte psicótica ha operado un rechazo de la realidad mediante la IP omnipotente y la ha reemplazado por una realidad de ficción narcisista. Otra parte no-psicótica percibe la realidad, la advierte contradictoria, pero no la integra.

En esta coexistencia, las experiencias no se integran ni tampoco se anulan, pero no son independientes ya que se plantean en contradicción, o sea que, a diferencia de la escisión freudiana ambas partes están en conflicto, aunque no lo resuelvan.

La angustia que experimentaba Marcelo sería consecuencia de la percepción de la locura, tal vez derivada del terror primitivo del vínculo narcisista omnipotente.

Esta coexistencia conflictiva plantea la posibilidad de dominio relativo por una de las partes, y autoriza intentar el control por la parte no-psicótica como objetivo terapéutico.

Tiempo después Marcelo nos cuenta que:

Había mirado una foto en la cubierta de un CD del conjunto de rock que él admira y con cuyo líder, L, es uno de los que más se identifica. Esta foto la había visto muchas veces y siempre había visto que L estaba en el centro de la foto. De pronto se dio cuenta que el que estaba en el centro era el baterista y que L estaba en realidad en un costado. Se sorprendió mucho: “yo lo había visto muchas veces al otro y pensaba que era L. Pero no, este tenía sus rasgos, lo identifiqué...y tuve una sensación rara...como de identidad”.

Esta experiencia muestra una corrección de una IP masiva (psicótica). Correspondería a la primacía del juicio de realidad: se impuso la percepción sobre la proyección. Y es llamativa la aparición del sentimiento de identidad, que correspondería a una experiencia yoica de separación con el objeto.

A continuación describiremos otro uso de la IP masiva como control por la parte psicótica.

Leonardo, a quién habíamos analizado un tiempo al final de su adolescencia, varios años después, cuando tuvo su primer hijo sufrió una crisis psicótica aguda, de comienzo brusco, con ideas persecutorias y místicas. Lo llevaron a una Clínica psiquiátrica, donde lo medicaron y enviaron a la casa en observación, postergando la internación. Vuelve a la casa con la esposa y esa noche no duerme. Se instala con fuerza el delirio, con gran ansiedad y excitación psicomotriz. Le confiesa a la esposa una primera crisis que tuvo en la adolescencia y ella se sorprende porque nunca se lo había dicho ni había sospechado nada. La aterroriza con proposiciones sexuales perversas. Luego le cuenta haber sufrido una violación en su infancia por parte de un tío, pero enseguida se ratifica y le dice que fue el padre. La esposa, asustada, llamó a su propio padre y cuando éste llegó Leonardo repite la historia de la violación (luego nos dirá en su relato: “*Los hice testigos de mi estigma*”). Finalmente le pide que nos llame. En la mañana lo llevaron nuevamente a la Clínica y fue internado.

Nos hicimos cargo del tratamiento y luego de una internación relativamente breve continuó tratamiento ambulatorio, con psicoterapia tres veces por semana y psicofármacos.

La esposa empezó a tener una conducta de distanciamiento creciente, reprochándole que le había ocultado su crisis pasada y apoyándose en su familia le planteó que no podía ver a su hijo solo, que éste siempre estaría “custodiado” porque no confiaba en él, dado que era un potencial violador del hijo.

En este episodio podemos ver un uso de la IP por la parte psicótica. Desde el punto de vista psicopatológico la irrupción aguda del delirio representa la repetición del trauma y el abandono de la realidad. Las circunstancias de comienzo y la sintomatología clínica sugieren que el motivo desencadenante fue el nacimiento del hijo y la falla en la identificación paterna, que provocó la ansiedad persecutoria por los impulsos agresivos contra el hijo.

Mediante la confesión de la violación, en el contexto de la revelación de psicosis y el amedrentamiento sexual, Leonardo realiza una IP masiva en la esposa y el padre y los convierte en controles de un padre violador, que es la

identificación culpógena que lo marca. De esta manera la parte psicótica establece en la realidad una defensa en función del delirio, que asegura la protección del hijo. Al mismo tiempo se instala un vínculo con un objeto con características de un Super-yo cruel que mantiene una rígida disociación y rechazo de la locura ("el estigma").

Ya en el tratamiento, cuando desapareció la sintomatología psicótica manifiesta, Leonardo expresó que no tenía ningún recuerdo de haber sufrido esa violación y no podía imaginar porqué lo había dicho, sintiéndose culpable de denigrar a su padre.

En la relación terapéutica se comportaba como un neurótico, cumpliendo con el encuadre y aportando sueños y asociaciones. Sin embargo la aceptación del control de la relación con el hijo impuesta por la madre no era cuestionada a pesar de nuestros señalamientos, lo que muestra la disociación y persistencia de la idea delirante.

Un año después L. sufre una nueva crisis que obligó a una internación.

Era un delirio típicamente persecutorio, con temores de ser homosexual, ansiedad de ser atacado, ser víctima de una conspiración, etc.; y reapareció la idea de la violación por el padre y el tío. Ahora la parte psicótica no solo tomó el comando de la personalidad sino que apareció con fuerza en la transferencia. Cabe pensar que la crisis fue consecuencia del fracaso de la disociación y la masiva re-introyección de lo anteriormente proyectado, un retorno que en estos casos es un proceso violento y disruptivo.

Cuando disminuyó la sintomatología psicótica aguda comenzó a aparecer ansiedad claustrofóbica por la internación y la consiguiente demanda de externación. Apareció en la transferencia una figura terrorífica, un Superyo sádico que exigía saber la verdad de la violación, como condición para el alta de la internación.

En una sesión previa a la externación, luego de expresar su ansiedad por el encierro quedó en silencio, sentado, con la vista baja. Luego se levantó, se fue al rincón de la habitación, se sentó en el suelo contra la pared con

la cabeza entre las manos y al cabo de unos momentos, poniéndose de rodillas frente a una silla apoyó en ella el pecho y en silencio, se nos ofreció homosexualmente. Como su terapeuta me sentí confundido y paralizado, como sucede frecuentemente frente a la IP psicótica y con una duda angustiada acerca del alta.

En esta viñeta podemos observar algunas características del funcionamiento de la parte psicótica. En este caso la IP ha operado a través de la acción, sin palabras, y en ese sentido es un ejemplo de la observación de Bion que el ataque a la comunicación verbal es un mecanismo privilegiado para negar la realidad. La proyección a través de este tipo de acción es invasora y paralizante. Mediante ella Leonardo había depositado en nosotros y mejor dicho en nuestra cabeza como continente una compleja identificación, ya que no solo nos convierte en el padre violador, también el Superyo sádico que exige la "realidad", procesa la locura como estigma y niega la posibilidad de control.

Esta viñeta ilustra los aspectos teóricos y técnicos de la psicoterapia de la psicosis que exponemos en este trabajo.

Este personaje terrorífico que exige la verdad y el sometimiento en el tratamiento es un buen ejemplo del Superyo primitivo que descubrió Bion en su investigación. Se le reveló en el vínculo terapéutico cuando el paciente vivenció que se le negaba el uso de la IP como modo de comunicación (Bion 1957). Bion propuso que se debía al establecimiento de un Superyo primitivo que rechazaba la IP como modo de vinculación primitiva, y que era consecuencia del fracaso de la "reverie" materna.

Este es uno de los fundamentos teóricos de la actitud técnica que proponemos de aceptar la psicosis que mediante la IP el paciente deposita en el terapeuta con la ¿esperanza? de volverla pasible de ser contenida. El objetivo terapéutico es capacitar a la parte no-psicótica para que pueda cumplir esa función de cuidado y preservación.

La dificultad de lograrlo se traducirá en la repetición en la transferencia del fracaso de esa función primaria, como lo muestra Leonardo en relación con su psicosis,



y que puede ser pensado tanto como falla de la relación con el objeto primario (Klein) como forclusión del Nombre-del-Padre (Lacan).

En síntesis, la psicoterapia psicoanalítica es un buen método para darle al paciente la posibilidad de vivir con su locura mas que “curarla” de ella.

Conclusión

En la primera parte de este trabajo se dijo que si bien Psiquiatría y Psicoanálisis comparten la idea de que la característica básica de la psicosis es el trastorno de la relación con la realidad, la diferencia reside en que para el psicoanálisis dicha relación es libidinal y esto significa que primordialmente se fundamenta en la relación de objeto. La realidad investida libidinalmente supone su construcción en un proceso epigenético de interacción entre desarrollo madurativo y experiencias infantiles. En este proceso que es una interacción dinámica entre realidad externa y realidad psíquica, juega un papel fundamental la Identificación Proyectiva.

Sobre esta base el psicoanálisis plantea que los síntomas psicóticos tienen sentido más allá del déficit o disfunción, un significado a comprender por la historia del sujeto.

Esta concepción de la realidad, que incluye tanto

la realidad externa como la realidad psíquica, también determina un específico abordaje psicoterapéutico en tanto el objetivo no es la “verificación” de la realidad externa sino la contención y eventual análisis de la realidad psíquica.

En los ejemplos clínicos intentamos poner de manifiesto la falla primaria en la relación con la realidad y el uso de la Identificación Proyectiva para depositarla en el terapeuta. Planteamos que este modo de funcionamiento requiere desde el punto de vista de la técnica una actitud básicamente receptiva y continente, que no ponga en juego el principio de realidad para confrontar con la “realidad” del delirio.

Esta posición reconoce una característica clínica del delirio: el núcleo irreductible de realidad que tiene para el sujeto la vivencia delirante, que en nuestra experiencia se conserva aun en la llamada rectificación posterior cuando se supera la crisis.

Como síntesis: el objetivo terapéutico no es “curar” la locura sino ayudar a vivir con ella ■

El autor agradece a los Dres Alejandro Gallo, Horacio Rotemberg y Jorge Maldonado la valiosa ayuda prestada en la revisión y elaboración de este trabajo.

Referencias bibliográficas

1. Bion WR [1957]. Diferenciación de las personalidades psicóticas y no psicótica. En *Volviendo a pensar*. Buenos Aires, Horme, 1996.
2. Bion WR [1957]. Sobre la arrogancia. En *Volviendo a pensar*. Buenos Aires, Horme, 1996.
3. Bion WR [1962]. A theory of thinking. En *Second thoughts*, Londres, Karnac (1955).
4. Etchegoyen RH. *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Amorrortu, 2002.
5. Ey H, Bernard P, Brisset Ch. *Tratado de psiquiatría*, Toray-Masson, Barcelona, 1978.
6. Freud S. [1915]. *El Inconciente*. Obras completas, Amorrortu, Buenos Aires, 1986.
7. Freud S. [1916-17]. *Conferencias Introductorias*. Obras completas, Amorrortu, Buenos Aires, 1986.
8. Freud S. [1924]. *Neurosis y psicosis*. Obras completas, Amorrortu, Buenos Aires, 1986.
9. Freud S. [1924]. *La pérdida de realidad en la neurosis y la psicosis*. Obras completas, Amorrortu, Buenos Aires, 1986.
10. Freud S. [1927]. *Fetichismo*. Obras completas, Amorrortu, Buenos Aires, 1986.
11. Freud S. [1937]. *Construcciones en Psicoanálisis*. Obras completas, Amorrortu, Buenos Aires, 1986.
12. Freud S. [1938]. *Esquema del psicoanálisis*. Obras completas, Amorrortu, Buenos Aires, 1986.
13. Jones E. [1916]. “The theory of symbolism”. *Papers on Psycho-Analysis*. London, Bailliere, Tindall & Cox, 1950.
14. Klein M. [1946]. Notas sobre algunos mecanismos esquizoides. En *Desarrollos en Psicoanálisis*, Buenos Aires, Paidós, 1990.
15. Klein M. [1930]. The importance of symbol-formation in the development of the ego. In: *Love, guilt and reparation*. London, Karnac Books, 1992.
16. Lacan J. [1953]. Función y campo de la palabra y del lenguaje en Psicoanálisis. En *Escritos I*, México, Siglo XXI, 1971.
17. Lacan J. [1966]. De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis. En *Escritos I*, México, Siglo XXI 1971.
18. Laplanche J, Pontalis JB. (1971) *Diccionario de Psicoanálisis*, Labor, Barcelona,
19. Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales (DSM IV). Barcelona, Masson, 1995.
20. Segal H. (1957). Notes on Symbol-formation. *Int. J. Psycho-Anal.*, 38 : 391-398.



Diferencias entre la estética surrealista y la producción estética psicopatológica (*)

Henri Ey

En 1949 Henri Ey viajó a Madrid, invitado por el Consejo Superior de Investigaciones Científicas, para dictar un ciclo de conferencias en el servicio de Gregorio Marañón del Hospital General de Madrid. En la ocasión, el maestro de Bonneval presentó su posición que ensamblaba los aportes alemanes con los de la clínica francesa, sobre el tema de los delirios crónicos. Sus disertaciones fueron editadas el año siguiente por la editorial Paz Montalvo. En esta edición del Rescate y la Memoria transcribimos el fragmento correspondiente a la comparación crítica entre la dimensión estética del surrealismo y la de las producciones psicopatológicas que formó parte de ese ciclo de conferencias redactadas en español por Ey y revisadas para su publicación por su amigo Juan José López Ibor.

Planteemos en primer lugar este problema en su forma general: ¿Cuáles son los caracteres propios de la experiencia surrealista? ¿Qué diferencias separan las producciones estéticas surrealistas y psicopatológicas?

1. *Características de la experiencia surrealista.* Bajo los tumultos y frenesíes de la experiencia surrealista hay una disciplina, un rigor y un estilo. Los conceptos de automatismo, de pura espontaneidad, no han impedido el que, como dice BLANCHOT, “lo propio de la escuela de BRETON es el haber mantenido siempre sólidamente unidas tendencias irreconciliables”. Nada de literatura, pero, sin embargo, un esfuerzo de búsqueda literaria, una atención constantemente prestada a los procedimientos y a las imágenes, a la crítica y a la técnica. “Lo que cuenta no es el escribir...”, y, sin embargo, el escribir cuenta, escribir es un medio de experiencia auténtica, un esfuerzo completamente válido para dar al hombre idea de su condición.”

Efectivamente, incluso en la “época famosa de los sueños surrealistas y de la escritura automática de Desnos y de los “Campos magnéticos”, toda experiencia de este orden se desenvolvía bajo el signo de una consigna y de una dirección, de una valorización de la obra. La inten-



ción no puede hallarse ausente de una producción tan rica y, como me decía recientemente MIGUEL LEIRIS: “Es una cuestión de velocidad.” Algunos, como DESNOS, han podido entregarse a un virtuosismo de inspiración asombroso, y otros, como ROUSSEL, no construían su fantástico edificio sin seguir meticulosas reglas arquitectónicas. Una cosa es, en efecto, abandonarse a la inspiración, y otra castrarse de la inspiración, presentarse como una máquina, un altavoz o un fonógrafo. No puedo intentar

(*) Fragmento de la conferencia “El surrealismo y los delirios” en *Estudios sobre los delirios*, Madrid, Paz Montalvo, 1950; reeditado por Editorial Triacastella, Madrid, 1998. Recomendamos a nuestros lectores las introducciones a la reedición mencionada escritas por Jean Garrabé y Humberto Casarotti que amplían información y echan luz sobre ese tramo de la extensa obra de Henri Ey. Igualmente, resulta pertinente la lectura de los *Estudios psiquiátricos de Ey*, editados por Polemos, Buenos Aires, en 2008.

exponer aquí, pues me faltaría la competencia para hacerlo, el estilo y la técnica surrealistas tal como han llegado a constituirse. Si la retórica consiste, como dice PAULHAN, en sostener que el pensamiento procede de las palabras, entonces cierto es que el Surrealismo es la Retórica.

Esto, por otra parte, no constituye una condena de los métodos surrealistas, sino tan sólo la indicación de que no es posible prescindir de ellos. Como ya hemos subrayado, las producciones surrealistas son *obras*, el surrealismo una *forma de arte*, y los surrealistas, *artistas*. Si se han sublevado contra esta idea no han podido hacer otra cosa, para justificar su valor, sino ingresar en un sistema de valores, de técnica y de estilo, por el cual se define una escuela. Su actitud ante la realidad, ante la sociedad, su conformidad al no conformismo, su liberación, constituyen los signos habituales –dicho sea con perdón– de los “estetas”. Se que tomando como ejemplo uno de los más extravagantes y, a sus propios ojos, de los más sospechosos de entre ellos, Salvador Dalí, no podría referir todos al mismo patrón. Pero he leído atentamente su “vida secreta” y puedo decir que lo que más me ha chocado y me parece más evidente es su “parti pris” sistemático de fantasía y excentricidad. Su vida se desarrolla como un inmenso sueño freudiano, como una locura. “Estoy loco –repite varias veces–, excepto en un punto en que no estoy loco.” Esta fórmula me parece justa y expresa bastante exactamente una forma de ideal fantástico de sí mismo, que Dalí mismo denomina la “paranoia crítica”, más en la que yo más bien vería una apariencia de locura, es decir, una “ausencia de locura”.

Así, la producción surrealista se halla ligada a la libre intención de su autor, del cual se desprende. El surrealista no segrega su obra, no la exhala sin adoptar con respecto a ella una cierta distancia. Si va más lejos, en el “libre automatismo” que el arte clásico, permanece, sin embargo, siendo un artista que hace una obra de arte. Su “libre juego” es un “libre juego” libre. Por vivida, intensa, ingenua, automática que sea la producción surrealista, nace de un poder reflexivo. A este respecto, su surrealismo es una forma de arte que continúa siendo “literaria”, “esteta”, “procedista”, sin que otorguemos a estas palabras un sentido peyorativo.

2. *El objeto de la psiquiatría.* Seré en este punto breve, ya que todos mis trabajos, y singularmente el que trata sobre la noción de automatismo, gravitan en torno a este problema central. Que la locura sea idéntica al sueño me parece evidente. Que el objeto de la psiquiatría sea precisamente el estudio de todas las variaciones de la vida psíquica que se definen como una regresión forzada hacia el automatismo (del cual los ensueños constituyen un ejemplo típico), constituye el “leit-motiv” de toda mi concepción de la Psiquiatría e incluso afirmaré que de toda concepción de la Psiquiatría.

La locura no puede ser enfocada sino desde la perspectiva de la libertad. El pensamiento morboso y en especial el delirante es un pensamiento automático. Es simplemente un “libre juego”. Lo cual no quiere decir que sea pura mecánica, sino simplemente que es menos voluntario, menos consciente y libremente dirigido, que escapa al control de las formas superiores de integración psíquica.

La locura es un pensamiento de un tipo inferior, en el

sentido de que refluye a las fuentes instintivas de la psiquis, debido a una impotencia de adaptación a las formas de lo real. Este es un aspecto negativo.

Es un pensamiento lírico, esencialmente delirante, que se organiza según las leyes del pensamiento onírico y que en una cierta forma estructural representa una prodigiosa producción fantástica (aspecto positivo).

Reconocer un fenómeno humano como implicado en el orbe de la locura es definirlo fatalmente como una variación patológica, y al mismo tiempo establecer un juicio de realidad y un juicio peyorativo de valor en el sentido de que lo propio del fenómeno psicótico es ser y expresar una impotencia.

3. *Diferencia entre las producciones artísticas surrealistas y psicopatológicas.* Si se restringe el problema de estas diferencias al arte clásico, el “genio”, en su fórmula lombrosiana se impone en seguida al espíritu de los psiquiatras. Cuanto más grande y original es una obra, ya se trate de Lucrecio, de Shakespeare, Mallarmé o Proust, tanto más se buscan rasgos constitucionales patológicos o morbosos que la expliquen.

Para mí, que me he planteado la tarea de examinar las relaciones del arte fantástico y del arte psicopatológico, las dificultades son considerables. Rehusar el considerar como locos a todos estos atolondrados, fanáticos, etc., que se afirman a sí mismos como tales, podría parecer duro empeño si el declararles a todos locos no fuese un absurdo. Aun cuando tan solo de ellos no lo fuera, el problema continuaría planteado. Además, la estética surrealista, como acabamos de ver, se identifica en bastantes puntos por sus procedimientos y por su busca de lo irreal con la estética del ensueño y del delirio. El problema parece, por tanto, insoluble, y a nuestro parecer, no puede ser orientado sino por nuestros anteriores análisis.

Constatemos, en primer lugar, que, comparados punto por punto (como dos puntos de una recta o de una curva), las producciones de los unos y de los otros son de un idéntico valor estético. El relajamiento sistemático de la forma en ciertos surrealistas, un cierto talento en nuestros enfermos, hacen que los valores estéticos de unos y otros coincidan a veces con gran exactitud. Es justo señalar, sin embargo, que las producciones estéticas son muy raras en nuestros enfermos, y que más raramente aún consiguen, en las gradaciones de lo fantástico, el genio de los pintores o de los literatos surrealistas. Es un hecho comprobado la decepción del “gran público” a la salida de una exposición de pinturas de alienados.

Debemos volver, pues, resueltamente a la solución que hemos indicado, estudiando el valor psicopatológico de las producciones de los neuróticos y de los psicóticos, examinando cómo la producción se desprende de su superficie de generación en la conciencia y la esfera intencional del artista y del enfermo. Hemos visto que algunas producciones morbosas no guardaban a veces más que relaciones mediocres o contingentes con el pensamiento morboso (obras yuxtapuestas, obras modificadas), y podemos precisar que aquí se trata de *obras*, esto es, que el enfermo se distancia en cierto modo de ellas, coloca ante él sus obras como “artificios”. Pero las formas estéticas de proyección, a pesar de una adherencia más profunda del

vínculo mágico que une el poeta a su poema o el pintor a su cuadro, aquel poema, este cuadro, continúan siendo lo que son: un poema, un cuadro. Por el contrario, en las formas estéticas inmanentes al delirio, aquellas que dependen directamente de la psicosis, el acto mismo de pintar, de representar, de escribir, es aprisionado en el magma del delirio y en su sistema de representaciones simbólicas.

¿Qué sentido decisivo podemos deducir, en relación al problema concreto que nos ocupa, de esta distinción fenomenológica? El siguiente: que la producción estética patológica, que emana directamente de la locura, posee una estructura especial; que no es obra de arte, sino objeto de arte, objeto estético natural. Con ello quiero decir que en ella se realiza el ideal surrealista, ideal que jamás podrá alcanzar surrealista alguno si no está precisamente loco.

Volvamos, en efecto, a lo que hemos dicho anteriormente: a la diferencia entre obra de arte y objeto de arte. Hemos dicho que el objeto de arte, la materia estética se refracta de modo muy preciso en el foco de lo irreal y del ensueño. Desde este punto de vista, un delirio es “bello” como una puesta de sol o como un juego de imágenes, y su producción plástica o poética participa exactamente de la misma naturaleza estética. Se trata de un arte inconsciente de sí mismo, y para ser “obra” le falta a este fenómeno estético el ser artificialmente configurado. Emana del campo magnético del delirio, forma parte integrante de su “Gestaltung”. Por el contrario, una “obra de arte”, incluso surrealista, por lo mismo que expresa la intención de crear una forma estética artificial (aunque sea de un modo verbal puro y espontáneo), y en la que lo imaginario, incluso después de su realización, permanece siendo imaginario, se separa de la producción psicopatológica por su estructura misma.

Más allá de esta diferencia estructural se perfila aún otra –si se quiere, la misma bajo un aspecto distinto– y que concierne a la personalidad del surrealista y a la del loco. Si a los ojos de aquellos que no aceptan la concepción que exponía más arriba y que define el objeto de la psiquiatría como una impotencia y como una regresión, es muy difícil, si no imposible, el separar lo que es “ideal de sí mismo” y lo que es “paranoia”; para mí, por el contrario, la posibilidad teórica de esta distinción, coincidiendo con el hecho de que un esteta, por fanático que sea, no es un loco, me coloca en una posición más cómoda. Y así retorno a los criterios que no ceso de proponer –y que, por otra parte, son los reconocidos por todos los psiquiatras aunque se empeñen en negarlo–: los de las relaciones de comprensión entre las estructuras del pensamiento o del comportamiento y las fases del desarrollo de la personalidad. Si es cierto que la trayectoria de nuestra personalidad se desarrolla y varía, que es susceptible por su propio movimiento de escoger su concepción del mundo, de la vida y del arte; si es cierto, por el contrario, que el enfermo mental se define precisamente por las determinaciones que se oponen a su impulso personal y que le colocan en una situación de impotencia, de naturaleza igual, si bien de grado diferente, a la del soñador aprisionado por su sueño, entonces es justamente el análisis estructural de la personalidad del autor y tan sólo él, lo que puede determinar las diferencias entre una producción estética o la

obra, por fantástica que sea, de aquel de quien se dice que está loco, porque es un poeta, o que se califica a sí mismo de loco... sin serlo.

Podemos establecer las siguientes conclusiones:

- La locura no produce obras de arte, no es creadora. Da libertad a la materia estética, al nódulo lírico inmanente en la especie humana.

- La locura puede coexistir con ciertas formas de actividad estética, imprimiéndoles caracteres estructurales particulares.

- El loco no llega a ser artista por su locura.

- El artista puede llegar a ser loco sin cesar de ser, si no el mismo artista, al menos, un artista.

- La creación artística, por libre y extravagante que sea, es una obra de arte que posee una forma y un estilo.

- La locura no es una condición necesaria ni suficiente, ni del genio, ni de la obra de arte, ni, por consiguiente, de esa forma estética que es el surrealismo.

- El objeto de la psiquiatría no engloba la estética surrealista.

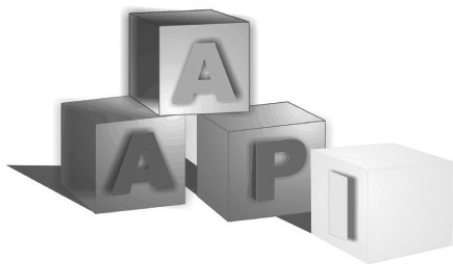
¡El loco autómatas, el surrealista autómatas! Sería, pues, en esta fundamental identificación con la máquina en la que habría que buscar el denominador común a su producción estética. Desde luego, tanto las obras surrealistas como los delirios se hallan repletas hasta el borde de imágenes de “robots”, de ruedas, de aparatos, de maniqués, de mecanismos, que reflejan su producción maquinales.

La implicación del automatismo, de la marioneta, en nuestra vida, en nuestra actividad, por oposición a la cual se define nuestra libertad, es la intuición fundamental a la que jamás he cesado de referirme, y que es el sentido profundo de toda mi concepción dinamista de la Psiquiatría. La acción es siempre una cierta forma del ensueño, como el ser una cierta forma del no ser; es siempre el mundo de las imágenes que transportamos, que fabricamos automáticamente, que proyectamos en nuestros planes y en nuestras obras. Pensamos y obramos contra él, no solamente con él. Mas a este movimiento de “desprendimiento”, por el que se define la libertad y que es el verdadero camino de la libertad, se opone ciertamente el reflujo hacia el polo automático de nuestra vida, de nuestro ser, verdadero principio de inercia psíquica.

Cuando esta caída es libre, es decir, cuando engendra el arte (y en especial aquella forma estética que es el surrealismo), cuando esta caída es también vuelo, el poeta se abandona a la potente germinación de las imágenes que en él se alzan y que nosotros llamamos inspiración. *Hace entonces lo maravilloso.*

Cuando esta caída, por el contrario, depende, vertiginosa, irresistible e irreversible (como en el sueño o la psicosis) del peso físico de nuestro organismo, engendra el delirio. Es decir, no se trata de un automatismo consentido y buscado, sino de un automatismo forzado, de un automatismo de impotencia. Entonces, y solamente entonces, es cuando el hombre está loco, cuando a medio camino entre el ser y el no ser, entre la vida y la muerte del espíritu se convierte en lo que no existía sino dentro de sí mismo, en el *reverso de su plena realidad*. Y aprisionado en la fantástica existencia de las imágenes, en su milagrosa irrealidad, *es maravilloso* ■

40 ANIVERSARIO



Asociación Argentina de Psiquiatría
Infanto Juvenil y Profesiones Afines



Asociación Argentina de Psiquiatría y
Psicología de la Infancia y la Adolescencia

INVITAN AL

XVII CONGRESO LATINOAMERICANO DE FLAPIA

FEDERACION LATINOAMERICANA DE PSIQUIATRIA
DE LA INFANCIA, LA ADOLESCENCIA, LA FAMILIA Y
PROFESIONES AFINES



“SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL: CONSTRUYENDO UNA APUESTA AL FUTURO”

19-20-21 de Agosto de 2009

Buenos Aires - Argentina

Centro Cultural Borges (Viamonte 525)

TEMAS:

- Política, Sociedad y Salud Mental
- Interdisciplina en Salud Mental
- Trastornos Psiquiátricos y Psicopatológicos en Niños y Adolescentes
- Dispositivos de Promoción y Prevención en Salud Mental
- Abordajes Terapéuticos
- Dispositivos Asistenciales

Informes: flapia@bayfem.com.ar
(5411) 4951-8139

Organiza: **Bayfem**
ORGANIZACIÓN
CONGRESOS NACIONALES E INTERNACIONALES

www.flapia2009.org