

**VERTEX**  
REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA  
**139**



PSICOGÉNESIS

*Avenburg / Berrios / Casarotti / Keegan / Levy Yeyati*

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

Volumen XXIX – N° 139 Mayo – Junio 2018 – ISSN 0327-6139 – Buenos Aires

Director:  
**Juan Carlos Stagnaro**  
 Director Asociado para Europa:  
**Dominique Wintrebert**  
 Secretario:  
**Martín Nemirovsky**

#### Comité Científico

**ARGENTINA:** F. Álvarez, M. Cetkovich Bakmas, R. H. Etchegoyen, O. Gershanik, A. Goldchluk, A. Monchablón Espinoza, J. Nazar, E. Olivera, J. Pellegrini, D. J. Rapela, L. Ricón, S. L. Rojtenberg, D. Rabinovich, A. Ravenna, E. Rodríguez Echandiá, C. Solomonoff, M. Suárez Richards, I. Vegh, H. Vezzetti, 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  
**ESPAÑA:** V. Baremlit, H. Pelegrina Cetrán  
**FRANCIA:** F. Caroli, H. Lôo, P. Noël, J. Postel, S. Resnik, T. Tremine, E. Zarifian  
**ITALIA:** F. Rotelli  
**PERÚ:** M. Hernández  
**SUECIA:** L. Jacobsson  
**URUGUAY:** H. Casarotti, A. Lista, E. Probst  
**VENEZUELA:** C. Rojas Malpica

#### Comité Editorial

Martín Agrest (Proyecto Suma); Patricio Alba (Hospital "Torcuato de Alvear"); Norberto Aldo Conti (Hospital "José T. Borda"); Juan Costa (Centro de Atención Primaria CeSAC 24, GCBA); Gabriela S. Jufe (Hospital "Torcuato de Alvear"); Eduardo Leiderman (Universidad de Palermo); Santiago Levín (Universidad de Bs. As.); Daniel Matusevich (Hospital Italiano de Bs. As.); Alexis Mussa (Medicus); Martín Nemirovsky (Proyecto Suma); Federico Rebok (Hospital "Braulio A. Moyano"); Esteban Toro Martínez (Cuerpo Médico Forense de la Corte Suprema de Justicia de la Nación); Hugo Pisa (Consultor independiente); Fabián Triskier (Consultor independiente); Ernesto Wahlberg (Consultor independiente); Silvia Wikinski (CONICET).

#### 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); 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); M. Outes (Hosp. B. Moyano); S. Sarubi (Hosp. P. de Elizalde); N. Stepansky (Hosp. R. Gutiérrez); J. Zirulnik (Hosp. J. Fernández).  
**CÓRDOBA:** C. Curtó, J. L. Fitó, A. Sassatelli  
**CHUBUT:** J. L. Tuñón  
**ENTRE RÍOS:** J. L. Tuñón  
**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. Artiles Visbal  
**ESCOCIA:** I. McIntosh  
**ESPAÑA:** A. Berenstein; M. A. Díaz  
**EE.UU.:** G. de Erausquin; 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

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

Corrección técnica de textos:  
 Natalia Fuertes

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@easy.net.fr

Impreso en:  
 Gráfica Aler SRL  
 Calle 77 N° 856, San Martín,  
 Buenos Aires, Argentina

#### 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. XXVIII Nro. 139 MAYO-JUNIO 2018

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.

## SUMARIO

VERTEX  
*Revista Argentina  
de Psiquiatría*

Aparición  
Bimestral

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

Para consultar  
listado completo  
de números anteriores:  
[www.editorialpolemos.com.ar](http://www.editorialpolemos.com.ar)

*Ilustración de tapa:  
Eduardo Naón  
Sin título  
Óleo sobre tela  
50 x 40 cm  
Año 1999*

### REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

#### • Síndrome de Kleine Levin: reporte de casos de Buenos Aires, Argentina

Stella Maris Valiensi, Arturo Garay, Claudio Podestá, María Elena Mazzola, María Carolina Paleka, Oscar Adolfo Martínez pág. 165

#### • Impacto emocional y cambios en la conducta profesional a causa del suicidio de pacientes

Enzo Guzzo, Fernando Taragano, Silvina Heisecke, Hugo Krupitzki, Leonardo Tondo pág. 172

#### • Prevalencia de deterioro cognitivo en población mayor de 60 años con alto riesgo social de Neuquén capital

Martín Regueiro, Cecilia Homar, Martín Cañas, Virginia Tosello pág. 178

#### • El test de lenguaje figurado: un instrumento para medir el concretismo en pacientes esquizofrénicos

Daniel Roberto Martínez pág. 184

### DOSSIER

#### PSICOGÉNESIS

Federico Rebok, Juan Carlos Stagnaro pág. 192

#### • Psicogénesis: ¿concepto central de las disciplinas de la mente?

Germán E. Berrios pág. 195

#### • III Coloquio de Bonneval: Ey y Lacan discuten sobre la realidad de la enfermedad mental

Humberto Casarotti pág. 203

#### • Psicogénesis

Ricardo Avenburg pág. 214

#### • El trauma de Freud a Lacan: una relectura teórica a partir del «giro lingüístico»

Elena Levy Yeyati pág. 216

#### • ¿Por qué se desarrollan y persisten los trastornos mentales?

#### La perspectiva cognitivo-conductual

Eduardo Keegan pág. 221

### EL RESCATE Y LA MEMORIA

#### • La causa del sueño lúcido o estudio sobre la naturaleza del hombre

Abate Faria pág. 227

### CONFRONTACIONES

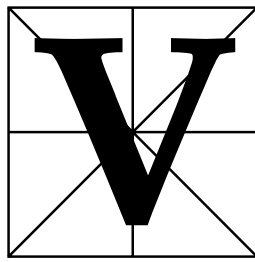
#### • El terrible mito de la muerte

Lía Ricón pág. 235

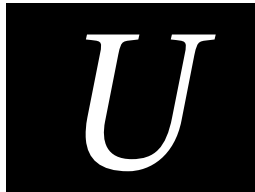
### LECTURAS Y SEÑALES

#### • Los diarios de Emilio Renzi. Un día en la vida

Daniel Matusevich pág. 239



### EDITORIAL



*Una civilización mide su viabilidad, entre otros factores, por la forma en que trata a sus niños. Si se toma ese criterio como parámetro, ésta, en la que vivimos, parece llamada a su extinción. Después de décadas introduciendo principios, declaraciones y recomendaciones en relación al cuidado y derechos de la niñez, el momento actual parece teñido de la más feroz indiferencia hacia los menores. Ya sea que se trate de soldaditos al servicio del narcotráfico, pequeños guerreros africanos que apenas si pueden sostener sus armas, migrantes intentando alcanzar Europa ahogándose en las playas italianas, pibes argentinos desnutridos en un país masivamente productor de alimentos... la brutalidad y la indiferencia ante el sufrimiento de sus cachorros parece campar por doquier en la cultura del homo sapiens.*

*Tal estado de cosas no es privativo de la periferia subdesarrollada del mundo. En el centro desarrollado se verifica el mismo fenómeno con la mayor agudeza.*

*Durante los meses de mayo y junio de este año la prensa mundial dio a conocer una información ofrecida por el Departamento de Seguridad Nacional de los EE. UU., según la cual, en tan solo seis semanas casi dos mil niños centroamericanos -la mayoría provenientes de Guatemala, Honduras y El Salvador que huían de situaciones de creciente inseguridad y miseria- fueron separados de sus familias, debido a la aplicación del principio de tolerancia cero a la migración de familias indocumentadas impuesto por la administración de Donald Trump. Efectivamente, según esos datos oficiales, entre el 5 de mayo, cuando comenzó a implementarse esa política, y el 9 de junio, 2.342 niños y jóvenes inmigrantes fueron separados de sus padres en la frontera sur del país y encerrados en centros de detención, mientras sus progenitores eran enviados a juicio.*

*Ante la condena internacional a ese accionar y la exigencia de la ONU emitida por la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos a fin de que se detuviera "de inmediato esa grave violación de los derechos del niño", en la que además se denunciaba que los "Estados Unidos es el único país en el mundo que no ha ratificado la Convención de los Derechos de los Niños, pero eso no los exime de velar y cumplir los derechos de los menores", el presidente norteamericano suspendió la medida, pero el daño traumático sobre las víctimas ya estaba consumado.*

*Nicolás Guillén, el célebre poeta cubano, nos recuerda en sus versos profundamente fraternales que: "Al negro de negra piel / la sangre el cuerpo le baña, / la misma sangre, corriendo, / hierva bajo carne blanca"; y pregunta dolorosamente; "¿Quién vio la carne amarilla, / cuando las venas estallan/ sangrar sino con la roja/ sangre con que todos sangran?".*

*¿Qué pretensión se puede tener de vivir en una sociedad en la que impere una dosis, aceptable al menos, de salud mental, cuando algunos, los más poderosos e influyentes para apoyar ese objetivo, actúan en el sentido contrario al mismo. Cuando olvidan que son iguales a los demás en derechos y obligaciones, aunque no en el caudal de su fortuna. Quizás Guillén vuelva a ser de ayuda para llamarlos a la realidad de su simple y común condición que es la vara que nos mide a todos, cuando advierte: "¡Ay del que separa niños, porque a los hombres separa!", y nos recuerda que: "Sobre sangre van los hombres/ navegando en sus barcazas:/ reman, que reman, que reman,/ ¡nunca de remar descansan!/ Ay de quien no tenga sangre,/ porque de remar acaba,/ y si acaba de remar,/ da con su cuerpo en la playa,/ un cuerpo seco y vacío,/ un cuerpo roto y sin alma,/ ¡un cuerpo roto y sin alma!... ■*

## 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](http://www.editorialpolemos.com.ar)

## MÉTODO DE ARBITRAJE

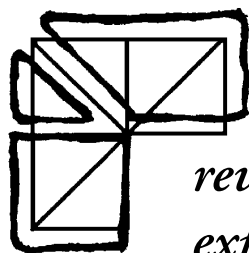
Los trabajos enviados a la revista son evaluados de manera independiente por un mínimo de dos árbitros, a los que por otro lado se les da a conocer el nombre del autor. Cuando ambos arbitrajes son coincidentes y documentan la calidad e interés del trabajo para la revista, el trabajo es aceptado. Cuando 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 2018

**Vertex 137 / Enero - Febrero**  
**RECURSOS DIGITALES**  
**EN SALUD MENTAL**

**Vertex 138 / Marzo - Abril**  
**PSIQUIATRÍA Y OBESIDAD**

**Vertex 139 / Mayo-Junio**  
**PSICOGÉNESIS**



*revista de  
experiencias  
clínicas y neurociencias*



## **Síndrome de Kleine Levin: reporte de casos de Buenos Aires, Argentina**

**Stella Maris Valiensi**

*Neuróloga. Sección de Medicina del sueño. Neurología. Hospital Italiano.  
Hospital Británico. Buenos Aires  
E-mail: svaliensi@gmail.com*

**Arturo Garay**

*Neurólogo. Sección Medicina del sueño. Servicio de Neurología. CEMIC. Buenos Aires*

**Claudio Podestá**

*Neurólogo. Servicio de Medicina del sueño. Neurología. FLENI. Buenos Aires*

**María Elena Mazzola**

*Neuróloga infantil. Servicio de Medicina del sueño. Neurología. FLENI. Buenos Aires*

**María Carolina Paleka**

*Residente de Neurología. Servicio de Neurología. Hospital de Clínicas. Buenos Aires*

**Oscar Adolfo Martínez**

*Neurólogo. Servicio de Neurología. Hospital Británico. Buenos Aires*

## Resumen

El síndrome de Kleine-Levin (SKL) es un trastorno poco frecuente de episodios recurrentes de hipersomnias, asociado con ingesta compulsiva, hipersexualidad y comportamiento anormal. **Objetivos:** reportar casos del síndrome de Kleine-Levin ocurridos en Buenos Aires, Argentina y caracterizar la presentación clínica de estos pacientes. Se incluyeron pacientes de diferentes centros hospitalarios con síndrome de Kleine-Levin según la Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño. Se evaluaron los síntomas psiquiátricos, físicos y neurológicos. Algunos fueron investigados con resonancia magnética cerebral, tomografía computarizada de emisión de fotones, electroencefalograma y algunos con polisomnografía. **Resultados:** n= 7 pacientes (2 mujeres, 5 varones) con edades comprendidas entre 8 y 47 años (mediana 20 años). La duración de los síntomas: 1.5-20 con una media de 8 días. El rango de intervalo entre episodios: 2,5-24 meses, mediana 13,7; todos tenían antecedentes de hipersomnias (un paciente post traumatismo craneal); 5 pacientes informaron hiperfagia y 2 disminución del apetito. La polisomnografía mostró reducción de la eficiencia del sueño. La resonancia magnética se realizó en 6 pacientes. Fue normal en 4 pacientes; 1 mostró anomalías no específicas y otro hematoma diencefálico.

Nuestro trabajo es el primer reporte de casos de este síndrome de diferentes etiologías. La prevalencia es difícil de estimar en nuestro país.

**Palabras claves:** Síndrome de Kleine-Levin - Trastornos del Sueño - Reporte de casos.

KLEINE LEVIN SYNDROME: REVIEW OF DIAGNOSED CASES OF BUENOS AIRES, ARGENTINA

## Abstract

Kleine-Levin syndrome is an uncommon disorder with recurrent episodes of hypersomnia, and behavioral abnormalities such as binge-eating and hypersexuality. Our aims were to report cases of the Kleine-Levin syndrome diagnosed in Buenos Aires, Argentina and to characterize the clinical presentation of these patients. We evaluated patients with Kleine-Levin syndrome according to the International Classification of Sleep Disorders. Psychiatric, physical and neurological symptoms were present. Some patients were investigated with brain Magnetic Resonance Imaging, Single Photon Emission Computed Tomography, electroencefalogram and some with polysomnography.

Seven patients (2 female, 5 male), ages from 8 to 47 years (median 20.7 years) were included in the study. The duration of symptoms was 1.5–20 days with a mean of 8. The range of interval between episodes: 2.5-24 months, median=13. All seven patients had a history of hypersomnia (one of them post head injury); 5 reported hyperphagia and 2 reduced appetite. Brain MRI was performed in 6 patients: 1 showed non-specific abnormalities and another presented diencephalic hematoma; the rest were normal.

Our paper is the first one in Buenos Aires reporting Kleine-Levin syndrome of different etiologies. The prevalence is difficult to estimate in our country.

**Keywords:** Kleine-Levin syndrome - Sleep disorder - Case report.

## Introducción

Willis Kleine reportó 5 pacientes con “somnolencia periódica” en 1925. Posteriormente, Max Levin publicó en 1936 una descripción de 6 pacientes que padecían “un síndrome de somnolencia periódica y hambre mórbida” (1). El síndrome de Kleine-Levin (SKL) se considera un trastorno neurológico raro. La prevalencia es desconocida, pero se calcula en 1,5 casos por millón de habitantes (2). Se caracteriza por un mínimo de dos episodios recurrentes de hipersomnias, que duran de 2 días a 5 semanas, se repiten al menos una vez cada 18 meses y están acompañados por al menos uno de los siguientes síntomas: anomalías cognitivas, alteración de la percepción e hipersexualidad. Entre los episodios, el estado de alerta, las funciones cognitivas y el comportamiento, son usualmente normales. El diagnóstico requiere la exclusión de otras entidades, principalmente psiquiátricas (como bipolaridad) o trastornos relacionados con el sueño (como hipersomnias idiopáticas o narcolepsia).

Ocurre principalmente en adolescentes varones jóvenes pero también se han reportado casos en adultos. Su fisiopatología aún es desconocida, aunque según estudios recientes de imágenes funcionales, el hipotálamo,

el tálamo, el núcleo caudado, el giro angular, el cíngulo anterior, el córtex prefrontal dorsomedial, el orbitofrontal y el temporal, están hipoperfundidos durante los episodios (3-7).

Varios factores precipitantes se han descrito antes de la aparición de los episodios, entre los cuales se mencionan infecciones, consumo de alcohol, privación de sueño, estrés inusual y traumatismo craneal (8-11).

Un estudio apuntó a un aumento significativo de la frecuencia de los alelos HLA-DQB1 \* 0201 en pacientes con SKL, reforzando la hipótesis de un posible origen autoinmune, pero esto no se ha confirmado en una cohorte mayor (12).

El litio parece ser el fármaco profiláctico más eficaz que se utiliza (13-14).

Se menciona recientemente “los imitadores o *mimic* del síndrome de Kleine-Levin (SKLM)”, descriptos como pacientes con hipersomnias recurrentes, de mayor edad al inicio de la enfermedad. No se constató predominio de género en esta descripción. Estos pacientes en su mayoría no supieron referir factores precipitantes y tenían una mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos en su historial (15). No hemos encontrado en la literatura, reportes de serie de casos de SKL y su caracterización clínica en Buenos Aires.

## Objetivos

1. Informar casos de SKL en Buenos Aires.
2. Caracterizar la presentación clínica de estos pacientes.

## Métodos

Se revisaron las historias clínicas de pacientes diagnosticados con SKL de acuerdo a Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño (ICSD) (16), desde 2004 a 2017.

Se recolectaron, según lo detallado por Arnulf y colaboradores (17-18): datos demográficos, tiempo de duración del primer episodio, tiempo de diagnóstico, duración de los episodios, intervalo entre episodios y tiempo transcurrido desde la última recaída, comorbilidades, tratamiento farmacológico y factores precipitantes. Presencia o no de síntomas psiquiátricos y alteraciones alimentarias (hiperfagia, anorexia, desinhibición sexual, disminución del impulso sexual, lenguaje grosero, comportamiento compulsivo, humor depresivo, ansiedad,

alucinaciones, ideas delirantes). Presencia o no de síntomas neurológicos (hipersomnias, insomnio, trastornos en la concentración, lentificación en el habla, confusión temporal (en tiempo más que espacio), amnesia post episodio, apatía, alteraciones de la percepción, desapego de la realidad con sensación de ensueño, fobia, cefalea, características disautonómicas.

También se revisaron los datos de la RMN, SPECT, EEG, PSG, laboratorio básico, pruebas de alcohol y drogas.

Se estudiaron las características de la población, utilizando valores medianas y rangos para variables cuantitativas, y proporciones para variables categóricas.

## Resultados

Se identificaron 7 pacientes con hipersomnias recurrentes cuyos detalles se resumen en las tablas a continuación. En la Tabla 1 constan las características demográficas. Las Tablas 2 y 3 muestran características psiquiátricas y neurológicas. La Tabla 4 muestra características de los estudios realizados.

**Tabla 1.** Características demográficas, intervalo de recurrencia y comorbilidades en nuestra población con SKL.

Paciente	Sexo	Edad	Duración de episodios (días)	Intervalo entre episodios (meses)	Fármacos recibidos	Fármacos en el momento de la evaluación	Comorbilidades: años previos o posteriores al primer episodio de SKL
1	M	20	7	6	Olanzapina, Ácido valproico, Carbamazepina, Modafinilo	Carbamazepina Modafinilo	Ninguno
2	M	19	2-14	1-4	Litio Quetiapina Ácido valproico	Litio	Ninguno
3	M	8	5	24	Olanzapina, Risperidona, Aripiprazol	Litio, Modafinilo	Ninguno
4	F	20	3	3	Ninguna	Ninguna	4 años después: diagnóstico de enfermedad Celíaca, Lupus, Sjögren, Púrpura Trombocitopénica Trombótica, síndrome Antifosfolípido y Cirrosis Biliar primaria
5	F	47	1 a 2	18	Sertralina	Modafinilo	5 años antes: cáncer de mama con quimioterapia posterior. En el momento del diagnóstico libre de síntomas y tratamiento
6	M	21	10	24	Ninguna	Modafinilo	Traumatismo de cráneo (TEC)
7	F	10	20	11	Modafinilo	Ácido valproico	Ninguna



**Tabla 2.** Síntomas psiquiátricos presentes durante los episodios de SKL en nuestra población con SKL.

<b>Características</b>	<b>Paciente 1</b>	<b>Paciente 2</b>	<b>Paciente 3</b>	<b>Paciente 4</b>	<b>Paciente 5</b>	<b>Paciente 6</b>	<b>Paciente 7</b>
Hiperfagia	Si	Si	Si	Si	No	Si	No
Anorexia	No	No	No	No	Si	No	No
Desinhibición Sexual	No	Si	No	Si	No	Si	No
Disminución del impulso sexual	No	No	No	No	No	No	No
Lenguaje grosero	No	No	No	No	No	Si	No
Comportamiento compulsivo	No	No	No	No	No	Si	No
Humor depresivo	No	No	No	No	Si	No	Si
Ansiedad	No	No	No	No	No	Si	No
Alucinaciones	No	No	No	Si	No	No	No
Delirios	No	No	No	No	No	No	No

**Tabla 3.** Síntomas neurológicos presentes durante los episodios en nuestra población.

<b>Síntomas Neurológicos</b>	<b>Paciente 1</b>	<b>Paciente 2</b>	<b>Paciente 3</b>	<b>Paciente 4</b>	<b>Paciente 5</b>	<b>Paciente 6</b>	<b>Paciente 7</b>
Hipersomnias	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Episodio de insomnio posterior temporario	No	No	No	No	Si	No	No
Trastornos en la concentración	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si
Lentificación en el habla	Si	Si	No hay datos	No	Si	No	Si
Confusión (tiempo > espacio)	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si
Amnesia post episodio	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si
Apatía	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Alteración en la percepción	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Desapego de la realidad, sensación de ensueño	Si	Si	No hay datos	Si	Si	Si	Si
Fotofobia	No	No	No	No	No	No	No
Cefalea	No	No	No	No	No	Si	Si
Características disautonómicas	No hay datos	No	No hay datos	No	Si	No	Si

**Tabla 4.** Características de estudios realizados durante los episodios en nuestra población.

Pacientes	EEG	PSG	RMN	SPECT	Alcohol y test de drogas	Laboratorio básico	HLA
1	Lentificación difusa de la actividad cerebral	No se realizó	Normal	Hipoperfusión en región de ganglios basales y tálamo	Negativo	Normal	No se realizó
2	Lentificación difusa de la actividad cerebral	Eficiencia de sueño de 75% y lentificación de la actividad de fondo	Normal	No se realizó	Negativo	Normal IL-1 negativo	DQB1*02 negativo
3	Lentificación difusa de la actividad cerebral. Latencia de inicio de sueño en 0 minutos	No se realizó	No se realizó	No se realizó	No se realizó	Normal	No se realizó
4	Normal	PSG diurna: eficiencia 48%. Sueño fragmentado	Normal	No se realizó	Negativo	Normal	No se realizó
5	Normal	PSG diurna: Sueño superficial latencia de inicio de 3 minutos, lentificación de la actividad de fondo. Ausencia de N3	Atrofia cortical y gliosis periventricular	No se realizó	Negativo		No se realizó
6	Normal	Disminución del porcentaje de N3 y REM	Hematoma diencefálico derecho	No se realizó	Negativo	Normal	DR13 / DR16 / DR52/ DQ5 / DQ6
7	No se realizó	Lentificación generalizada del trazado. Sueño fragmentado	Normal	Hipoperfusión del lóbulo temporal	No se realizó	Normal	DR2

La edad mínima fue de 8 años y la edad máxima de 47 años. SD:  $12,72 \pm 4,80$ . Los episodios durante un mínimo de 1,5 días y máximo de 20 días en nuestra población. Media: 8,071. SD:  $6,18 \pm 2,33$ . Intervalo entre episodios en mes: Mínimo 2,5 meses. Máximo 24 meses. Media: 13,21. SD:  $9,03 \pm 3,41$ .

En nuestra serie, los pacientes no refirieron historia psiquiátrica o personal de diagnósticos psiquiátricos. En el inicio del primer episodio, 3 pacientes presentaron clínica de procesos infecciosos y un paciente tuvo TEC (traumatismo encefalocraneano) como desencadenante. En los otros pacientes no detectamos eventos precipitantes al inicio del cuadro.

Cinco pacientes refirieron conducta compulsiva con respecto a la comida. Una mujer y dos hombres reportaron desinhibición sexual. No se pudo realizar pruebas neuropsicológicas en ningún paciente para establecer grado de alteración de concentración, capacidad para tomar una decisión, deterioro o no de la memoria, confusión, presencia de amnesia después del episodio o apatía. Reportamos en este estudio estos datos según la impresión clínica referida e interpretada por los médicos a cargo.

La presencia de lenguaje más lento y pausado fue informada en la mayoría de los pacientes de nuestra muestra. Se informó depresión concomitante en dos

pacientes y se observó ansiedad en un paciente, pero por apreciación de los respectivos médicos. Seis pacientes presentaron amnesia de los episodios. A dos pacientes se les constató disautonomía caracterizada por sudoración profusa, enrojecimiento facial, hipotensión y bradicardia.

En tres pacientes a quienes se les realizó EEG, se constató lentificación difusa. En nuestra población, encontramos DQB1 \* 02 negativo en un paciente, DR13 / DR16 / DR52 / DQ5 / DQ6 (SKL postraumático) y DR2 en un paciente pediátrico.

La RMN en el paciente con TEC mostró la presencia de hematoma diencefálico. El SPECT mostró hipoperfusión en el tálamo intraepisodio y en otro paciente, mostró hipoperfusión temporal.

Durante el seguimiento, muchos pacientes se perdieron o no volvieron a la consulta. Del total de siete pacientes, conocemos que dos pacientes remitieron (número 1 y 2). Del resto de los pacientes no tenemos datos, dado que no volvieron a la consulta y/o cambiaron su domicilio.

## Discusión

El síndrome de Kleine-Levin se caracteriza por episodios recurrentes de hipersomnias claramente asociados con anomalías de comportamiento y síntomas psiquiátricos (16). Se define como SKL atípico, según Billiard y colaboradores, a una forma de trastorno recurrente en el que la hipersomnias y/o el comer compulsivamente son reemplazados por sus opuestos, así como el insomnio y la anorexia o aversión por los alimentos conforman la forma de presentación de esta variante. Nosotros pensamos que la paciente número 5 tenía ciertas características de este síndrome. La misma además refirió una edad de inicio de 47 años, lo cual podría constituir un SKLMimic (edad avanzada).

Las características disautonómicas encontradas en dos pacientes seguirían apoyando la teoría en la que habría alteración a nivel de la función del diencefalo (10).

Encontramos HLADR y DQ como en la población general, con lo cual lo consideramos un estudio complementario que no es absolutamente necesario para realizar diagnóstico en el momento actual. La tipificación de HLA-DQB1 realizada en 108 pacientes, los alelos HLADR y DQ no difirieron entre los casos y los sujetos control (18).

Las imágenes con SPECT suelen evidenciar la hipoperfusión de región talámica que evidenciamos en nuestros pacientes. La lesión diencefálica explicaría la teoría más frecuentemente planteada (19-21) al respecto. Hasta el momento, el SPECT se constituye como uno de los estudios necesarios intra o inter-episodios para evaluación del SKL.

La limitación del presente trabajo es que se trata de un estudio retrospectivo y que la calidad de los reportes fue muy variable. Además, muchos datos fueron perdidos y varios pacientes no volvieron a la consulta o cambiaron de domicilio. Cabe considerar también que la evidencia orienta a que los pacientes dejan de tener síntomas cerca de los 30 años.

Arnulf y colaboradores (22) comentan que las alteraciones temporo-parietales explicarían la clínica de desrealización de estos pacientes, lo cual ocurrió en el 100% de nuestros pacientes. Las alteraciones en región orbitofrontal y prefrontal explicarían casos de apatía y desinhibición como los pacientes número 2, 4 y 6 de nuestra serie. Las alteraciones talámicas e hipotalámicas provocarían alteración en la cognición y alteraciones del sueño (presentes en todos nuestros pacientes).

La media de episodios referidos en la literatura es de 7 episodios por paciente y 8 años de duración del síndrome (17). El diagnóstico diferencial -insoslayable sobre todo en el primer episodio- debe realizarse con narcolepsia, accidentes cerebrovasculares diencefálicos, encefalitis aguda, status no convulsivo y otros trastornos neurológicos. Seis de nuestros pacientes tuvieron en su inicio un enfoque neurológico. El paciente 3, pediátrico, fue interpretado inicialmente como un cuadro infeccioso clínico, y luego psiquiátrico. Cuando el cuadro persiste y alcanza mayor duración, se deben considerar trastornos psiquiátricos (23).

## Conclusión

Presentamos la primera serie de casos de Síndrome de Kleine-Levin de Buenos Aires de diferente etiología. La prevalencia de esta enfermedad es difícil de estimar ya que hay poca difusión de los casos y existen diversas entidades con las que suele confundirse, tal es el caso de la hipersomnias idiopática, demencia frontotemporal juvenil (por la desinhibición), hemorragia hipotalámica (por la megafagia e hipersomnias), síndrome de Klüver-Bucy (por megafagia y desinhibición sexual) y otros trastornos psiquiátricos. El psiquiatra debe tener en cuenta trastornos del estado de ánimo, bipolaridad, esquizofrenia u otros trastornos psicóticos (10) como diagnósticos diferenciales y también como posibles comorbilidades.

El SKL es una entidad cuya etiología, después de 90 años de su descripción original, sigue siendo incierta. El diagnóstico es exclusivamente clínico por lo que la organización sistematizada presentada en este trabajo, facilitaría el análisis e interpretación de este síndrome.

## Declaración de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses. ■

## Referencias bibliográficas

- Pearce JM. Kleine-Levin Syndrome: history and brief review. *Eur Neurol.* 2008; 60 (4): 212-4. doi: 10.1159 / 000148694.
- Lavault S, Golmard JL, Groos E, et al. Kleine-Levin syndrome in 120 patients differential diagnosis and long episodes. *Ann Neurol* 2015; (77):529-40.
- Haba-Rubio J, Prior JO, Guedj E, Tafti M, Heinzer R, Rossetti AO. Kleine-Levin syndrome: functional imaging correlates of hypersomnia and behavioral symptoms. *Neurology.* 2012; (79):1927-9.
- Kas A, Lavault S, Habert MO, Arnulf I. Feeling unreal: a functional imaging study in patients with Kleine-Levin syndrome. *Brain.* 2014; (137):2077-87.
- Huang YS, Guilleminault C, Kao PF, Liu FY. SPECT findings in the Kleine-Levin syndrome. *Sleep.* 2005;(28):955-60.
- Vigren P, Engstrom M, Landtblom AM. SPECT in the Kleine-Levin Syndrome, a possible diagnostic and prognostic aid? *Front Neurol* 2014;(5):178.
- Dauvilliers Y, Bayard S, Lopez R, Comte F, Zanca M, Peigneux P. Widespread hypermetabolism in symptomatic and asymptomatic episodes in Kleine-Levin syndrome. *PLoS One.* 2014; (99):93813.1-7.
- Lavault S, Golmard JL, Groos E, et al. Kleine-Levin syndrome in 120 patients: differential diagnosis and long episodes. *Ann Neurol.* 2015;(77):529-40.
- Huang YS, Guilleminault C, Lin KL, Hwang FM, Liu FY, Kung YP. Relationship between Kleine-Levin syndrome and upper respiratory infection in Taiwan. *Sleep* 2012;(35):123-9.
- Billiard M, Jaussent I, Dauvilliers Y, Besset A. Recurrent hypersomnia: a review of 339 cases. *Sleep Med Rev.* 2011; 15:247-57.
- Arnulf I, Zeitzer JM, File J, Farber N, Mignot E. Kleine-Levin syndrome: a systematic review of 186 cases in the literature. *Brain.* 2005;(128):2763-76.
- Dauvilliers Y, Mayer G, Lecendreux M, et al. Kleine-Levin syndrome: an autoimmune hypothesis based on clinical and genetic analyses. *Neurology.* 2002;(59): 1739-45.
- Arnulf I, Rico TJ, Mignot E. Diagnosis, disease course, and management of patients with Kleine-Levin syndrome. *Lancet Neurol.* 2012; (11):918-28.
- Oliveira MM, Conti C, Prado GF. Pharmacological treatment for Kleine-Levin syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;8:CD006685.
- Habra O, Heinzer R, Haba-Rubio J, Rossetti A. Prevalence and Mimics of Kleine-Levin Syndrome: A Survey in French-Speaking Switzerland. *Journal of Clinical Sleep Medicine.* 2016. Vol. 12, Nro 8.
- International Classification of Sleep Disorder. American Academy of Sleep Medicine. International classification of sleep disorders, 3rd ed. Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine 2014.
- Arnulf I, Zeitzer JM, File J, et al. Kleine-Levin syndrome: a systematic review of 186 cases in the literature. *Brain.* 2005;128 (12):2763-2776.
- Arnulf I, Ling L, Gadoth N, et al. Síndrome Kleine Levin en un estudio sistemático de 108 pacientes. *Revista de ANN Neurol.* 2008; (63):482-492.
- Hong SB, Joo EY, Tae WS, et al. Episodic diencephalic hypoperfusion in Kleine-Levin syndrome. *Sleep.* 2006; (29):1091-1093.
- Billiard Michel, Podesta C. Recurrent hypersomnia following traumatic brain injury. *Sleep Medicine.* 2013; (14): 462-465.
- Huang, Yu Shu, Guilleminault CH, et al. SPECT findings in the Kleine Levin Syndrom. *Sleep.* 2005 Aug 1; 28 (8):955-60.
- Arnulf, I. Kleine-Levin Syndrome Update 2015. SKL national reference center Pitié Salpêtrière Hospital Pierre and Marie Curie University, Paris, Francia.
- David P, Blanco M, Pedemonte M, Velluti R, Tufik S. Hipersomnias no respiratorias. En: *Medicina del sueño.* Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo Ltda.; 2008. P 126-30.

# Impacto emocional y cambios en la conducta profesional a causa del suicidio de pacientes

## Enzo Guzzo

*Médico Psiquiatra. Master en Neuropsicofarmacología  
Profesor Asociado de Psiquiatría, Instituto Universitario CEMIC  
Departamento de Psiquiatría CEMIC  
Presidente del Capítulo de Trastornos del Ánimo y Suicidio, Asociación Argentina de Psiquiatras  
E-mail: enzoeduardoguzzo@gmail.com*

## Fernando Taragano

*Médico Psiquiatra, Doctor en Salud Mental, Diplomado en Educación Médica  
Investigador Clínico (CONICET)  
Director Médico Instituto Geriátrico Nuestra Señora de Las Nieves  
Programa Factores de Riesgo de Demencia, Director Protocolo CONICET,  
Departamento de Docencia e Investigación, Hospital José T. Borda*

## Silvina Heisecke

*Profesional Principal Carrera de Apoyo a la Investigación CONICET  
Unidad Ejecutora CEMIC-CONICET*

## Hugo Krupitzki

*Médico, Master en Efectividad Clínica  
Profesor Titular de Metodología de la Investigación, Instituto Universitario CEMIC  
Secretario Académico del Instituto de Investigaciones CEMIC-IUC  
Investigador Clínico CONICET*

## Leonardo Tondo

*Médico Psiquiatra  
Profesor de Psiquiatría, Centro Lucio Bini, Cagliari, Italia y McLean Hospital, Boston, USA*

---

### Resumen

El objetivo del estudio fue explorar el impacto emocional y los cambios en la conducta de los profesionales en Argentina, a causa del suicidio de pacientes. Se realizó una encuesta anónima por correo electrónico a profesionales registrados en la base de datos de la Cátedra de Psiquiatría del Instituto Universitario CEMIC. Se obtuvieron 250 respuestas. El 50.6% de los encuestados tuvo pacientes bajo su tratamiento que consumaron suicidio. Entre los psiquiatras, el porcentaje ascendió al 62.5%. Quienes respondieron afirmativamente fueron evaluados a través de la Escala de Impacto de Evento de Horowitz para determinar intensidad del trauma. La media del puntaje para la muestra fue 19.6 (Intensidad Leve), siendo superior para las mujeres (21.2). Una diferencia se encontró en el grupo de profesionales más jóvenes (20-29 años), donde la intensidad del impacto de evento fue *moderado* (29.0), es decir mayor impacto. La diferencia fue numérica, no alcanzando significación estadística ( $\chi^2(4)=8.2110$   $p=0.084$ ). Si bien solo el 11.5% dijo haber tenido que realizar tratamiento como consecuencia de la muerte de un paciente por suicidio, el 41.5% refirió un impacto negativo en su salud física o psíquica. Casi el 60% de los profesionales refirió haber modificado su práctica clínica luego del suicidio de un paciente y cerca del 80% de los encuestados dijo no haber recibido formación suficiente acerca de la problemática del suicidio. Reconocer estas dificultades y crear áreas de apoyo favorecerán la tarea de aquellos que enfrentan los eventos suicidas.

**Palabras clave:** Suicidio - Pacientes - Impacto emocional - Cambio conductual - Profesionales de la salud.

## PATIENTS' SUICIDE: EMOTIONAL IMPACT ON HEALTHCARE PROFESSIONALS AND CHANGES IN THEIR BEHAVIOR

**Abstract**

The objective of the study was to assess the emotional impact on healthcare professionals and changes in their behavior as a result of patients' suicide in Argentina. An anonymous survey was e-mailed to healthcare professionals registered in CEMIC University Institute Department of Psychiatry database. A total of 250 responses were obtained. Among respondents, 50.6% had provided treatment to patients that committed suicide. The rate rose to 62.5% among psychiatrists. The professionals that gave an affirmative response were assessed with Horowitz Impact of Event Scale to determine the severity of trauma. The mean score for the sample was 19.6 (mild severity), with a higher mean observed in women (21.2). A difference was found in the group of younger professionals (20-29 years), who revealed a higher impact of event, with moderate severity (29.0). This difference was numerical and failed to be statistically significant ( $\chi^2(4)=8.2110$   $p=0.084$ ). Only 11.5% of respondents referred to the need to undergo treatment as a result of a patient's suicide-related death. However, 41.5% experienced a negative impact on their physical or mental health. About 60% of professionals made changes in their clinical practice after a patient's suicide. About 80% of respondents admitted they had not received enough training about suicide. Acknowledging these difficulties and providing support to healthcare professionals is crucial to face these challenges.

**Keywords:** Suicide - Patient suicide - Emotional impact - Behavioral change - Health professionals.

**Introducción**

El suicidio se puede definir como la "muerte auto-infligida, con evidencia (explícita o implícita) que la persona quería morir" (1).

Cada 40 segundos una persona se suicida en algún lugar del mundo. Más de 800.000 personas mueren por suicidio cada año y esta es la segunda causa de muerte entre sujetos de 15 a 29 años de edad. Alrededor del 75% de los suicidios ocurren en países de bajos y medianos ingresos (2). Si bien las tasas a nivel mundial son muy heterogéneas, se estima que cada año se suicidan 14.5 personas por cada 100.000 habitantes (3). En Argentina, existe una tasa de suicidio con valores medios-bajos, siendo la misma de 7.4 por cada 100.000 habitantes/año, según las últimas estimaciones publicadas (4).

Aproximadamente el 90% de los pacientes que mueren por suicidio cumplen criterios para alguna enfermedad mental (5). Muchos de estos pacientes habrán estado en contacto con profesionales de la salud en el transcurso de sus vidas. Se estima que el 50% de los que se quitan la vida habrá visto un médico general en los tres meses previos a su muerte, 40% en el mes de anterior y alrededor de 20% en la última semana de su vida. Mientras que un 25% estará en contacto con algún sistema de salud mental en el año previo a cometer suicidio (6).

El impacto psicológico, social y económico del suicidio en la familia y la comunidad resulta difícil de medir; se estima que cada suicidio tiene un grave impacto en al menos otras seis personas (7). Además, entre el 20 y el 40% de los psicólogos, y el 50 al 80% de los psiquiatras ha experimentado el suicidio de uno o más pacientes durante su práctica profesional (8), lo que pone a los agentes de salud en situación de vulnerabilidad en relación al suicidio.

El presente trabajo fue realizado con el objetivo de explorar el impacto emocional y el comportamiento terapéutico de los profesionales de la salud, en relación al suicidio de pacientes, en la República Argentina.

**Métodos**

Se realizó una encuesta on-line, a través de la herramienta SurveyMonkey (9), entre los meses de julio y septiembre de 2014. Los participantes fueron profesionales de la salud de la República Argentina, registrados en la base de datos de la Cátedra de Psiquiatría del Instituto Universitario CEMIC y fueron invitados a responder por correo electrónico mediante el sistema Doppler Email Marketing (10). Ver encuesta en Anexo 1.

Se realizó un envío de correo masivo a un total de 12.495 profesionales. El total de aperturas de la carta de invitación fue de 3.504, de los cuales 250 aceptaron realizar la encuesta (7.13%). La misma fue anónima y confidencial y tenía un total de 16 preguntas, incluyendo la Escala de Impacto de Evento (Escala de Horowitz) (11) para determinar intensidad del trauma.

**Resultados**

De los 250 participantes, el 64% fueron mujeres, el mayor número de especialistas estuvo dado por los psiquiatras (42.9%) y la edad más prevalente de los encuestados se ubicó entre 50 y 59 años (Ver Tabla 1).

Casi el 40% de los encuestados (37.3%) dijo no considerar el suicidio como una conducta siempre patológica. Un total de 125 participantes (50.6%) contestó afirmativamente haber tenido pacientes bajo su tratamiento que consumaron suicidio. Desagregado por especialidad, los porcentajes fueron diferentes: fue reportado por el 62.5% de los psiquiatras; 43.1% de los psicólogos; 34.5% de los médicos no psiquiatras; y 50% de otras profesiones del campo de la salud.

A los profesionales que respondieron afirmativamente haber tenido pacientes bajo su tratamiento que cometieran suicidio (n=125), se los invitó a seguir con la encuesta, que continuó con la *Escala de Impacto de Evento de Horowitz*.

Esta escala fue desarrollada como herramienta para la evaluación del duelo (12), pero rápidamente fue exten-

**Tabla 1.** Datos demográficos de la muestra (n=250).

	<b>%</b>	<b>N</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	35,9%	89
Femenino	<b>64,1%</b>	<b>157</b>
<i>No informado</i>		4
<b>Edad</b>		
20-29	4,5%	11
30-39	16,3%	40
40-49	23,2%	57
50-59	<b>31,3%</b>	<b>77</b>
60 o más	24,8%	62
<i>No informado</i>		3
<b>Profesión</b>		
Psicólogos	20,8%	51
Psiquiatras	<b>42,9%</b>	<b>106</b>
Médicos NO Psiquiatras	22,4%	55
Otras profesiones ligadas al campo de la salud	13,9%	34
<i>No informado</i>		4

dido su uso a diversas formas de trauma. La escala consta de un total de 15 preguntas, donde 7 corresponden al *Dominio intrusivo* y 8 al *Evitativo* (13). Cada pregunta puede ser respondida como: Nunca=0, Rara Vez=1, A veces=3 o Frecuentemente=5. Esto permite una puntuación total que va de los 0 a los 75 puntos. La escala presenta 4 puntos de corte: 0 a 8 sub clínico; 9 a 25 leve; 26 a 43 moderado y 44 o más severo (14). Entre los 99 profesionales que completaron la escala, la puntuación media fue 19.6 (intensidad leve), siendo mayor para las mujeres (21.2) vs. hombres (18.1). Los valores hallados resultaron similares a otros trabajos publicados (15-17). Una diferencia se encontró en el grupo de profesionales más jóvenes (20-29 años), donde la intensidad del impacto de evento fue moderado (29.0), es decir mayor impacto. Si bien pudo observarse diferencia numérica, la misma no alcanzó significación estadística en relación a los demás grupos etarios,  $\chi^2(4)=8.2110$   $p=0.084$  (Ver Tabla 2).

En respuestas adicionales, el 41% de los encuestados informó haber padecido un impacto negativo en su salud física o mental como consecuencia de la muerte de un paciente por suicidio, estos valores resultaron superiores a los informados en otros trabajos (18,19), mientras que el 11.5% de los profesionales dijo haber realizado tratamiento como consecuencia de este hecho.

El 51% de los encuestados consideró "Muy importante" los sistemas de apoyo recibidos luego del suicidio de un paciente, en cambio solo el 14,1% los consideró "Sin importancia". Cabe señalar que fueron los médicos *No psiquiatras* (Otras especialidades), quienes significativamente más eligieron esta última opción. (*Fisher's exact*  $p=0.027$ ) (Ver Figura 1).

Respecto a la existencia de posibles dificultades en la asistencia de pacientes con riesgo suicida, la mayoría de los encuestados respondió que "Ocasionalmente/Nunca" (90.4%) las tuvo. Cabe consignar que entre quienes dijeron "Siempre/Frecuentemente", la mayoría fueron profesionales mujeres aunque este valor no fue estadísticamente significativo. (*Fisher's exact*  $p=0.065$ ) (Ver Figura 2).

Un gran número de profesionales (58.3%) refirió un cambio en su práctica clínica después del suicidio de un paciente. El principal cambio registrado durante la evaluación fue "interrogar más sobre ideación suicida" (71.9%), y esta opción fue significativamente más elegida por los médicos psiquiatras y no psiquiatras, en relación a Psicólogos y Otras profesiones del campo de la salud. (*Fisher's exact*  $p=0,019$ )

En lo que se refiere a la modificación de conductas de tratamientos, "Trabajar más interdisciplinariamente" fue la respuesta más seleccionada (68.6%), mientras que en segundo lugar fue consignada: "Completar la Historia Clínica con mayor detenimiento" (53.4%), actitud que podría relacionarse con una conducta defensiva de los encuestados. Dicha respuesta resultó discordante con el escaso número de profesionales que respondió haber padecido perjuicios legales por la muerte de un paciente a causa de suicidio (4.2%).

Finalmente, el 77.9% de los encuestados respondió no haber recibido capacitación suficiente para afrontar situaciones ligadas al suicidio, en el transcurso de su formación profesional.

**Tabla 2.** Respuestas a la Escala de Impacto de Evento de Horowitz (n=99).

A continuación encontrará una lista de comentarios de las personas que han pasado por una situación de vida estresante. Por favor, revise cada uno e indique la frecuencia con que se ha identificado con ellos en los días siguientes al suicidio de un paciente. Si no le ocurrieron durante ese período marque "Nunca".

Opciones de respuesta	Nunca	Rara vez	A veces	Frecuentemente	N
He pensado acerca de ello sin quererlo.	13	16	41	30	99
Logré evitar perturbarme cuando pensaba acerca de ello o cuando me lo recordaban.	15	23	36	24	98
Traté de borrarlo de mi memoria.	35	27	21	13	96
Me costó dormirme o permanecer dormido porque imágenes o pensamientos acerca de ello me aparecían en la mente.	39	26	21	12	98
Tengo oleadas de sentimientos muy fuertes acerca de ello.	35	30	23	10	97
Soñé con el hecho.	74	14	5	2	95
Me mantuve alejado de todo aquello que me lo recordaba.	49	24	18	4	95
Me siento como si no hubiera ocurrido o como si no fuera real.	61	15	15	4	95
Traté de no hablar acerca del tema.	48	24	20	4	96
Me aparecían imágenes acerca de ello en forma intrusiva.	50	25	18	3	96
Otras cosas me hacían pensar en ello una y otra vez.	38	30	20	7	95
Percibía que aún tenía un montón de sentimientos acerca de ello, pero no me ocupé de ellos.	50	23	15	6	94
Traté de no pensar acerca de ello.	52	20	15	7	94
Cualquier recordatorio me traía nuevamente sentimientos relacionados a la situación.	34	33	20	9	94
Mis sentimientos acerca de ello estaban como anestesiados.	53	29	9	2	93
				<b>Respondido</b>	<b>99</b>
				<i>No informado</i>	151

## Discusión y conclusiones

La prevalencia de suicidio de pacientes entre los profesionales de nuestro país que respondieron la encuesta, fue similar a la reportada en otros estudios (15-17). La mitad de los encuestados dijo haber tenido pacientes bajo su tratamiento que cometieron suicidio, observándose el mayor porcentaje entre los psiquiatras. Vale destacar que algo más del 30% de los médicos generalistas refirió esta situación. Considerando la proporción de clínicos en relación a los psiquiatras, esto representa un alto número de sujetos. Además, fue este grupo de profesionales el que menos consideró la importancia de los sistemas de apoyo. Podríamos suponer que ellos son los más expuestos, no obstante lo cual, podrían no sentirse enteramente responsables y por otro lado, es real que no existen programas sistematizados para el abordaje de la posvención en estas situaciones.

Si bien la American Association of Suicidology hace referencia a 6 personas dañadas como consecuencia del suicidio de un paciente, lo hace sin hacer referencia específicamente de quiénes se trata. Una pregunta

que surge es: ¿estaremos los profesionales incluidos en el grupo de sujetos afectados?

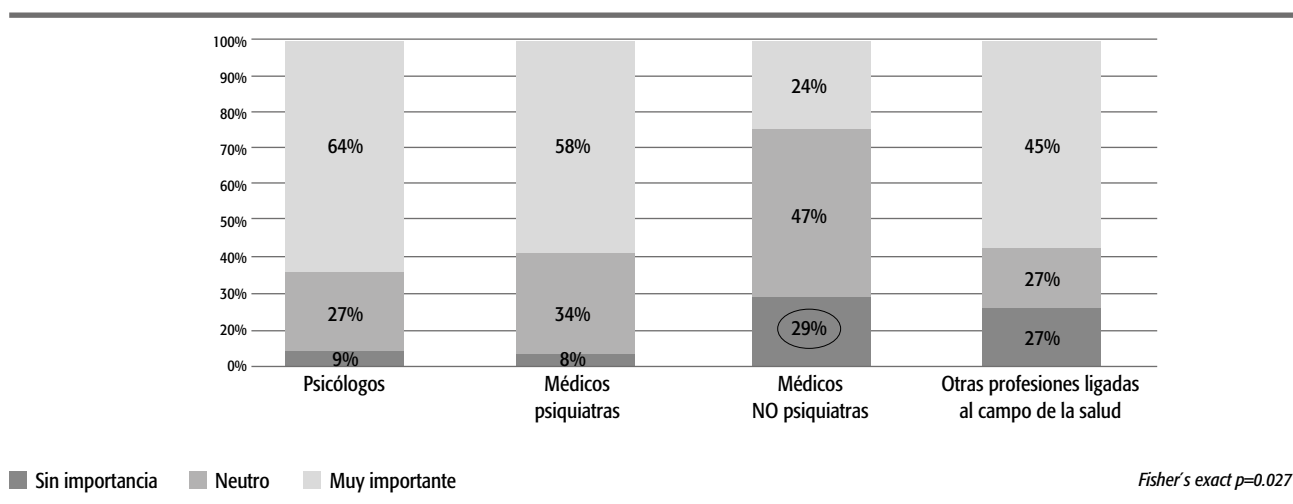
El trabajo permitió observar el impacto generado entre los profesionales, objetivándose niveles de estrés que pudieron cuantificarse con la escala de Horowitz. Además, pudo observarse consecuencias anímicas y afectivas, referidas como cambios psíquicos en la salud. Asociado a ello, uno de cada diez profesionales entrevistados requirió tratamiento como consecuencia de este hecho.

Si bien pocos profesionales dijeron tener dificultades en el vínculo con pacientes en riesgo suicida, luego del suicidio de un paciente, la mayoría de quienes lo refirieron fueron mujeres, lo que representaría un factor de vulnerabilidad para este grupo; o podría corresponder a la vergüenza de los profesionales masculinos en confesar esta condición.

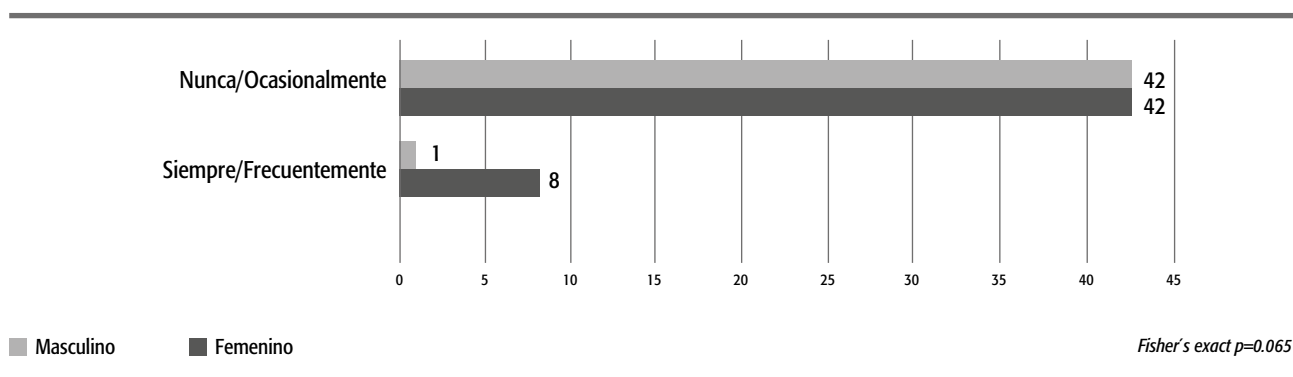
La encuesta mostró que el suicidio de pacientes en la práctica clínica, modifica las conductas terapéuticas de los profesionales, tanto en la evaluación como en el tratamiento. No debemos olvidar que, en nuestro país, los suicidios continúan siendo más prevalentes que los homicidios en sujetos entre 15 y 44 años, constituyendo



**Figura 1.** Importancia referida por los profesionales del apoyo recibido, luego del suicidio de un paciente, según profesión.



**Figura 2.** Dificultades en el vínculo con pacientes suicidas, según sexo (n=93).



una problemática de alto impacto especialmente entre los jóvenes (20).

Finalmente, casi 80% los encuestados que dijeron haber tenido pacientes que cometieron suicidio, refirió no haber recibido suficiente entrenamiento para enfrentar estas situaciones. ¿Será por ello que casi el 40% dijo no considerar al suicidio como un comportamiento siempre patológico?

Las limitaciones más importantes del presente trabajo son: el acotado número de respondedores a la encuesta asociado al elevado número de preguntas en la misma y la inclusión de una escala. Además, debe considerarse como obstáculo de la obtención de respuestas diferidas en relación al evento traumático (suicidio), el que el mismo haya acontecido con una antelación no determinada. No obstante, este trabajo fue

concebido como un intento de tomar conocimiento del impacto del suicidio en profesionales de nuestro medio y los consecuentes cambios en las conductas de los profesionales.

Si bien existe en Argentina una ley Nacional de Prevención del Suicidio (21) (Ley 27.130), debemos trabajar intensamente para afrontar esta problemática. Serán necesarios más estudios para generalizar estos resultados. El presente trabajo pone de manifiesto la importancia del suicidio en la práctica clínica como así también sus consecuencias. Además, permite observar una deuda formativa que atraviesa y trasciende lo asistencial, y que parece ser tan importante como necesaria. Crear espacios de discusión, supervisión, y abordaje de las cuestiones ligadas al paciente suicida resulta fundamental para poder dar cuenta de esta problemática. ■

**Anexo 1. Encuesta utilizada: El suicidio de pacientes y su impacto en profesionales de la salud.****Encuesta anónima y confidencial**

1. Indique su sexo
2. Indique su edad
3. Indique su profesión
4. En relación a su formación profesional y a su marco teórico, ¿considera al suicidio como una conducta siempre patológica?
5. En su práctica clínica ¿Tuvo paciente/s, bajo su tratamiento, que cometiera/n suicidio?  
*Esta pregunta implicaba un corte para quienes contestaran que no, a quienes se invitó a salir de encuesta*
6. A continuación encontrará una lista de comentarios que hacen las personas que han pasado por una situación de vida estresante. Por favor, revise cada uno e indique la frecuencia con que se ha identificado con ellos en los días siguientes al suicidio de un paciente. Si no le ocurrieron durante ese período marque "Nunca". -Escala de Impacto de Evento de Horowitz-
7. ¿Debió realizar tratamiento por ese motivo?
8. ¿Qué tratamiento realizó?
9. Evaluando retrospectivamente ¿cómo siente que impactó el suicidio de un paciente sobre su estado de salud?
10. En el tiempo posterior al suicidio de un paciente ¿cómo definiría usted la importancia del apoyo recibido por parte de sus colegas/ departamento de salud/etc.?
11. ¿Cree tener dificultades en la relación/vínculo con pacientes con riesgo suicida?
12. ¿Modificó su práctica clínica a partir del suicidio de un paciente?
13. ¿Cambió su modo de evaluar a los pacientes con riesgo suicida?
14. ¿Modificó sus conductas terapéuticas cuando asiste a sujetos con riesgo suicida?
15. ¿Padeció perjuicios legales como consecuencia del suicidio de un paciente?
16. A lo largo de su proceso de formación profesional ¿Cree haber recibido suficiente formación acerca de cómo afrontar situaciones clínicas ligadas al suicidio?

**Referencias bibliográficas**

1. *Practice guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors*: (2003) American Psychiatric Association.
2. Suicide, World Health Organization, Reviewed April 2016, Media Centre.
3. Hawton K, Van Heeringen K. (2009) Suicide. *Lancet*. 373:1372-81
4. Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud de la Nación. *Estadísticas Vitales Información Básica - Año 2013. Serie 5 - Número 57*. 2014
5. Hawton, K, Van Heeringen K. (2000) *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. John Wiley & Sons, LTD.
6. Clinical Guide. *Assessment of suicide risk in people with depression*. (2013) Centre for Suicide Research, Department of Psychiatry, University of Oxford.
7. McIntosh J L, Drapeau CW (2011). U.S.A. *Suicide 2011: Official final data*. Washington, DC: (2014). American Association of Suicidology.
8. Séguin M, Bordeleau V, Drouin M-S, Castelli-Dransart DA, Giasson F (2014). Professionals' Reactions Following a Patient's Suicide: Review and Future Investigation, *Archives of Suicide Research*. DOI: 10.1080/13811118.2013.833151
9. Finley R, 1999. SurveyMonkey. [Internet] Disponible en: <https://es.surveymonkey.com/>
10. Doppler e-mail marketing. [Internet] Disponible en: <http://www.fromdoppler.com/en/index.html>
11. Horowitz MJ, Wilner NR, Alvarez W. (1979) Impact of Event Scale. A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41,209-218.
12. Sundin EC, Horowitz MJ. (2002) Impact of Event Scale: psychometric properties. *Br J Psychiatry*. 180:205-9.
13. Sundin EC, Horowitz MJ. (2003) Horowitz's Impact of Event Scale evaluation of 20 years of use. *Psychosomatic Medicine*, 65(5):870-6.
14. Joseph S. (2000). Psychometric evaluation of Horowitz's Impact of Event Scale: a review. *J. Trauma Stress*. 13(1):101-13.
15. Chemtob CM, Hamada RS, Bauer G, Kinney B, Torigoe RY. (1988) Patients' suicides: frequency and impact on psychiatrists. *Am J Psychiatry*; 145(2):224-8.
16. Cryan E, Kelly P, McCaffrey B. (1995) The experience of patient suicide among Irish psychiatrists. *Psychiatric Bulletin*. 19,4-7.
17. Grad OT, Zavasnik A, Groleger U. (1997) Suicide of a patient: gender differences in bereavement reactions of therapists. *Suicide and Life-Threatening Behavior*; 27(4):379-386.
18. Alexander D, Klein S, Gray NM, et al. (2000) Suicide by patients : questionnaire Study of its effect on consultant psychiatrists. *British Medical Journal*; 320:1571-1574.
19. Ingram E, Ellis JB. (1992) Attitudes toward suicidal behavior: a review of the literature. *Death Stud*; 16(1):31-43.
20. Sistema de vigilancia epidemiológica en salud mental y adicciones 3. Perfil epidemiológico del suicidio en Argentina. Algunas aproximaciones. (2011). Ministerio de Salud de la Nación. [Internet] Disponible en: <http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/articulos/20.pdf>
21. [Internet] Disponible en: <http://www.todoelderecho.com.ar/bases/ley-27130-ley-nacional-de-prevencion-del-suicidio/>

# Prevalencia de deterioro cognitivo en población mayor de 60 años con alto riesgo social de Neuquén capital

## Martín Regueiro

*Médico Geriatra, Master en Demencias, Subsecretaría de Salud de la Provincia del Neuquén  
Docente de Farmacología en la Universidad Nacional Comahue  
E-mail: regueiromartin@gmail.com*

## Cecilia Homar

*Médica Geriatra, Subsecretaría de Salud de la Provincia del Neuquén  
Docente de Farmacología en la Universidad Nacional Comahue*

## Martín Cañás

*Médico Farmacólogo, Máster en Farmacoepidemiología  
Federación Médica de la provincia de Buenos Aires  
Profesor Titular de la Cátedra de Farmacoepidemiología en la Maestría de Farmacopolíticas, Universidad ISALUD  
Profesor Asociado Cátedra Farmacología, Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional Arturo Jauretche  
Jefe de Trabajos Prácticos de la Cátedra de Farmacología,  
Facultad de Ciencias Médicas de Universidad Nacional de La Plata*

## Virginia Tosello

*Médica General, Subsecretaría de Salud de la Provincia del Neuquén*

---

### Resumen

**Introducción:** La información que existe sobre demencia y deterioro cognitivo es escasa en Argentina, y particularmente en la Patagonia.

**Objetivo y Métodos:** El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia de deterioro cognitivo. Se realizó una encuesta puerta a puerta a todas las personas mayores de 60 años que vivían en un barrio de la ciudad de Neuquén de alto riesgo social, donde se evaluaban variables geriátricas y cognitivas, incluyéndose un Mini-Mental, Test del Reloj y un Set test según el nivel de instrucción.

**Resultados:** De las 78 encuestas evaluadas, la media de edad fue de 70,75 años, 37 de sexo femenino, con una escolaridad promedio de 4,37 años, con un 33% de personas analfabetas funcionales. Se evidenció deterioro cognitivo en 29,49% de los pacientes, siendo más elevado a mayor edad y menor nivel de instrucción.

**Conclusiones:** La prevalencia de deterioro cognitivo en la población estudiada fue más elevada que en otros estudios argentinos asociado a un porcentaje de analfabetismo más alto que en otras jurisdicciones.

**Palabras clave:** Anciano - Deterioro cognitivo - Demencia - Epidemiología - Alfabetización.

## PREVALENCE OF COGNITIVE IMPAIRMENT IN A HIGH SOCIAL RISK POPULATION OLDER THAN 60 YEARS FROM NEUQUÉN CAPITAL

**Abstract**

*Introduction:* The information that exists on dementia and cognitive impairment is scarce in Argentina, particularly in Patagonia.

*Objective and Methods:* The aim of the study was to determine the prevalence of cognitive impairment. A door to door survey was performed to all people over 60 who lived in a high social risk neighborhood in Neuquen city, where geriatric and cognitive variables were evaluated, including Folstein Mini-Mental State Examination, clock test and test set according to the level of instruction.

*Results:* Of the 78 surveys assessed, the mean age was 70.75 years, 37 female, with an average of 4.37 years of schooling, with 33% of functional illiterates. Cognitive impairment was evidenced in 29.49%, being high er at older and less educated respondents.

*Conclusions:* The prevalence of cognitive impairment in the study population was higher than in other Argentine studies associated with an illiteracy rate higher than in other jurisdictions.

**Key words:** Elderly - Cognitive impairment - Dementia - Epidemiology - Literacy.

**Introducción**

En la actualidad la cantidad de adultos mayores aumenta exponencialmente y el fenómeno del envejecimiento poblacional constituye un hecho de gran trascendencia social por las enormes consecuencias sociosanitarias que se han vuelto más evidentes en los últimos años. Este cambio demográfico estructural comporta un incremento en términos absolutos y relativos del colectivo del grupo de personas mayores con disminución de los grupos de menor edad.

Esta situación es asimétrica entre países en desarrollo y desarrollados, con porcentajes diferentes, más amplios, en los países desarrollados, aunque por su densidad demográfica, la mayoría de los adultos mayores viven en países en desarrollo. En el año 2000, el número de adultos mayores en los países menos desarrollados alcanzó 375 millones, lo que equivale a 62 por ciento del total de adultos mayores en el mundo, pero sólo a 7,7 por ciento de la población de estos países. En cambio, 232 millones de adultos mayores residían en los países desarrollados, sólo 38 por ciento de la población mundial mayor de 60 años, pero 19,4 por ciento de la población en el mundo desarrollado (1).

Evidentemente el impacto que esto supone sobre la situación socio sanitaria de cada país será variable y los gastos en salud aumentarán proporcionalmente. La mayor longevidad de una población es causa y consecuencia de los cambios en los patrones de enfermedad y los gastos derivados de ellas; así como de la dependencia que muchas generan. La enfermedad infecciosa, la más prevalente de forma tradicional en la historia de la humanidad, de curso agudo y de causa exógena es reemplazada por la enfermedad edad-dependiente, endógena, de curso crónico, no transmisible, degenerativa y frecuentemente incapacitante.

La ONU en su informe de consecuencias del envejecimiento demográfico de 1978, ya planteaba el mayor

costo en la dependencia de los ancianos que la de los niños; y los efectos de la necesidad de disponer de servicios y de protección para la tercera edad con un aumento del gasto público (2).

La patología del adulto mayor es significativamente distinta con mayor prevalencia de cuadros neurológicos degenerativos. Estas entidades ampliamente estudiadas en países desarrollados con más de cien estudios de prevalencia y cuatro grandes metaanálisis, recogen datos que pueden no coincidir con los de los países en desarrollo. Estos estudios muestran que en Europa, por ejemplo, la prevalencia de demencia es de 0,3% entre 60-69 años, 3,2% entre 70-79 años y más del 10% en mayores de 80 años (3).

Existen pocos datos sobre la prevalencia de deterioro cognitivo en Latinoamérica. En Argentina un estudio del 2005 que se realizó en Cañuelas (Provincia de Buenos Aires), evaluó a 1.453 individuos mayores de 60 años. En el mismo se halló una prevalencia de deterioro cognitivo de un 23%; con un 16,9% para el grupo entre 60 y 69 años; 23,3% y 42,5% para los grupos de 70 a 79 años y mayores de 80 años respectivamente. Ese estudio no evaluó la condición social de los pacientes, un factor a tener en cuenta a la hora de definir políticas socio sanitarias que sean equitativas para los más vulnerables (4).

Según el censo nacional de población, hogares y viviendas de la República Argentina que se realizó en el año 2010, en la provincia de Neuquén viven 551.266 habitantes; de esa población un 9,94% son mayores de 60 años. Del total de la población, un 65,78% vive en la ciudad de Neuquén o sus alrededores (departamento confluencia), consultan principalmente en hospitales y/o centros de salud (5).

El barrio Almafuerte es uno de los barrios que quedan en la periferia de Neuquén capital, cuya población es asistida en su mayoría por el sistema público de salud, en Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) y el Hospital Heller. En la práctica habitual es

muy frecuente que estos pacientes o sus familiares consulten por cuadros que se asocian a estados cognitivos deteriorados de mucho tiempo de evolución, sin ser el deterioro neurológico el principal motivo de consulta. En muchos casos los familiares justifican el deterioro neurológico con frases como “ya es grande”, en adultos mayores jóvenes reconocidos como los menores de 75 años, sin ser la edad un justificativo directo de deterioro cognitivo.

Estos individuos, que en muchas oportunidades ya son dementes y/o viven solos, llegan a los hospitales con cuadros de deshidratación y/o desnutrición muy avanzada. Se asocia a los cuadros descriptos las úlceras por presión y las infecciones respiratorias tipo neumonía aspirativa. A estos cuadros neurológicos crónicos se sobre agregan los cuadros confusionales agudos, que entorpecen el diagnóstico y aumentan la morbi-mortalidad.

Surge a partir de lo expuesto la necesidad de conocer el estado cognitivo de los adultos mayores en condiciones de vulnerabilidad social para plantear estrategias que protejan a esta población. Por estos motivos, este estudio busca estudiar la prevalencia de deterioro cognitivo de la población mayor de 60 años en un barrio con alto riesgo social de Neuquén capital.

## Materiales y métodos

Estudio descriptivo prospectivo de corte transversal para el cual se elaboró un protocolo que incluyó datos demográficos, un cuestionario de factores de riesgo, valoración de la visión y la agudeza visual, y valoración cognitiva mínima que incluyó Mini-Mental State Examination de Folstein (MMSE), Test del Reloj (TRO), Set Test (en personas con menos de 2 años de educación formal) (6) y Confusion Assessment Method (CAM) (7). Se usó el cuestionario de actividades instrumentales de Pfeffer; la escala de valoración funcional de Katz para actividades básicas de la vida diaria, escala valoración actividades instrumentales de la vida diaria de Lawton & Brody (L&B) y escala de Gijón para realizar la valoración socio-familiar.

Se consideró deterioro cognitivo cuando las personas con más de un año de alfabetización tenían un Mini-Mental o un Test de Reloj por debajo del límite de corte según baremo de normas nacionales o cuando su set test era menor o igual a 26 en el caso de analfabetismo (7).

Se realizó una encuesta puerta a puerta a las personas con 60 o más años de las 101 manzanas que se encuentran en las inmediaciones del Centro de Atención Primaria de la Salud Almafuerite, correspondiente a los barrios Almafuerite I, II y Los Hornitos de la ciudad de Neuquén, durante los meses de octubre a diciembre de 2015. Estos barrios se extienden sobre 11 hectáreas de propiedad provincial y se encuentra emplazado al pie de la escarpa de erosión sobre el pedimento (8).

Con respecto a la situación habitacional, predomina la casilla de cantonera de madera o chapa de cartón, con

piso de tierra o alisado de cemento y un solo ambiente. Un 25% cuenta con un cuarto de mampostería y para la calefacción y la cocción se recurre a gas de garrafa y/o leña (8).

Se incluyeron a todos los mayores de 59 años, que residían en el barrio Almafuerite I, II y los Hornitos de la ciudad de Neuquén, excluyéndose a las personas que habiendo cumplido los criterios de inclusión no aceptaron la realización del mismo, hayan presentado una internación reciente o una enfermedad neurológica aguda en los últimos 3 meses.

Se considera a una persona analfabeta funcional cuando no ha adquirido los conocimientos y las técnicas de lectura y escritura que la capacitan para emprender de modo efectivo todas las actividades en que se haya adoptado la alfabetización con normalidad a su cultura o grupo (9).

### Detalle de las variables

Las variables independientes consideradas fueron edad, sexo, años de escolaridad, comorbilidades y valoración funcional a través Katz, L&B y Pfeffer; y riesgo social de institucionalización Gijon abreviado. En cuanto a valoración cognitiva se consideró MMSE, TRO y Set Test.

Inicialmente se realizó un CAM, que cuando era negativo habilitaba continuar con la actividad. En las personas con menos de 2 años de educación formal se realizó el Set Test, y en el resto se realizó Mini-Mental State Examination ajustado a baremo de normas nacionales (10) y un Test del Reloj.

### Descripción del análisis de los datos

Para el análisis estadístico se utilizó Epi Info (versión 7.15. 2015). La estadística descriptiva de la población en estudio se expresa en media y desvío estándar. En esta muestra, se calculó la frecuencia de aparición de cada una de las comorbilidades estudiadas.

### Cuestiones éticas

Previo a la encuesta se realizó un consentimiento informado al entrevistado y a la familia, en el caso de que presentara deterioro cognitivo al finalizar la encuesta. Tanto la encuesta realizada, como el trabajo, fueron evaluados y aceptados por la Comisión Asesora en Investigación Biomédica en Seres Humanos (CAIBSH) de la Subsecretaría de Salud de la Provincia de Neuquén, República Argentina.

## Resultados

Se realizaron 80 encuestas, de las cuales 2 no pudieron completarse por CAM positivo o datos incompletos, 37 a personas de sexo femenino y 41 masculino. Las personas excluidas del estudio se vincularon a CAM posi-

tivo, en un caso por encontrarse bajo efecto del alcohol y en el otro, por un accidente cerebro vascular reciente, con alta en el mes previo. La media de edad fue de 70,75 años (+/- 8,63) y la escolaridad promedio fue de 4,37 años (+/- 3,98). Se dividieron en dos categorías según las personas tuvieran una educación formal de dos años, o por un período superior.

La población estudiada fue en general de bajos recur-

sos, aunque un alto porcentaje tenía jubilación. Dentro de las comorbilidades, la hipertensión arterial (HTA), la dislipemia y la diabetes mellitus fueron las más comunes, presentándose tabaquismo y alcoholismo en un 30,77% y 19,23%, respectivamente. Fue llamativo el alto porcentaje de analfabetismo de la población estudiada, siendo de 33,33% de los mayores de 60 años. (Tabla 1)

**Tabla 1.** Datos demográficos de la población estudiada.

<b>VARIABLES GENERALES</b>		
Edad (en años)	70.75 años	+/- 8,63
Sexo (Masc/Fem)	41/37	
Escolaridad	4.37 años	+/- 3.98
Jubilados	46	58.97%
Pensionados	9	11.54%
Sin ingresos formales	23	29.49%
<b>COMORBILIDADES</b>		
- HTA	48	61.54%
- ACV*	9	11.54%
- Cardiopatía Isquémica	10	12.82%
- Diabetes Mellitus	21	26.92%
- IRC**	4	5.13%
- Alcoholismo***	15	19.23%
- Tabaquismo****	24	30.77%
- Dislipemia	21	26,92%
- Artrosis	12	15.38%
<b>NIVEL DE INSTRUCCIÓN</b>		
Analfabetos funcionales	26 personas	33,33%
2 a 7 años	42	53,85%
8 a 15	10	12,82%

\*ACV: accidente cerebro vascular. \*\*IRC: insuficiencia renal crónica. \*\*\*Alcoholismo: considerado como el consumo de alcohol mayor a 40 a 60 gramos diarios.

\*\*\*\*Tabaquismo: aquella persona que fuma todos o algunos días en la actualidad y que a lo largo de su vida han fumado al menos 100 cigarrillos.

Según los datos obtenidos en este estudio el porcentaje de pacientes con deterioro cognitivo fue de 29,49%, siendo más elevado a mayor edad, y con menor nivel de instrucción. En la Tabla 2 se muestra como los pacientes analfabetos funcionales tuvieron deterioro cognitivo

en un 38,46%, mientras que aquellos con 8 a 15 años de instrucción, tuvieron un 10%. Del mismo modo, los alcoholistas y los tabaquistas, tienen un riesgo mayor de padecer deterioro cognitivo.

**Tabla 2.** Prevalencia de deterioro cognitivo por nivel de instrucción, grupo de edad y hábitos tóxicos.

Población total	23 personas	29,49%
<b>Deterioro cognitivo segun nivel de instrucción</b>		
< 2	10	38,46%
2 a 7	12	28,57%
8 a 15	1	10,00%
<b>Deterioro cognitivo por sexo</b>		
Mujeres	9	24,32%
Hombres	14	34,15%
<b>Deterioro cognitivo separado por edad</b>		
60 a 75	14	25,93%
Mayor 75 años	9	37,50%
<b>Hábitos tóxicos</b>		
Alcoholismo	7	46,67%
Tabaquismo	8	33,33%

## Discusión

En este trabajo se encontró una prevalencia de deterioro cognitivo de 29,4%, porcentaje más elevado que el registrado en otros estudios similares, ya sean argentinos o internacionales (3,4). Al correlacionarlo con variables demográficas podemos encontrar una prevalencia más elevada a mayor edad y en hombres, siendo de 37,5% en mayores de 75 años, contra 25,9% en menores de esa edad. En cuanto a la correlación de sexo se ve mayor frecuencia en hombres (34,1%).

Al correlacionarlo con el estudio CEIBO (4) de prevalencia de deterioro cognitivo en Cañuelas, son notorias las diferencias en resultados finales. Por un lado, se evidencia mayor prevalencia de deterioro cognitivo, en un contexto de mayor analfabetismo y mayor riesgo social. En el estudio CEIBO la escolaridad fue en promedio de 5,5 años, mientras que en este estudio la educación formal fue de 4,3 años, con un alto porcentaje de analfabetismo (33,3%). Es menester señalar, que tanto en nuestro estudio como en el CEIBO se utilizaron los mismos tests diagnósticos y baremos.

En el grupo de analfabetos funcionales, la prevalencia de deterioro cognitivo fue de 38,4%. Este porcentaje, llamativamente alto, podría vincularse en términos generales a la interacción de diversos factores como mala nutrición (fetal e infantil) con consecuente deficiente desarrollo cerebral, hábitos sanitarios y alimentarios deficientes y menor estimulación mental (9,11-14). Estos hechos podrían redundar en una menor reserva cognitiva que pone en evidencia cualquier deterioro.

Al referirnos a los hábitos tóxicos, se presentó consumo de riesgo de alcohol en un 19,2% y consumo de tabaco de 30,7%, datos coincidentes con el resto de la provincia de Neuquén (15). Podemos observar que la prevalencia de deterioro cognitivo en alcoholistas fue de 46,6% y en tabaquistas de 33,3%.

Debemos remarcar que en este estudio no se realizó una evaluación de depresión, entendiendo la frecuencia de este factor comórbido y su influencia en los resultados finales.

Este estudio de pequeñas dimensiones se centró en población de bajos recursos, con características particulares diferentes de otros estudios, por lo que genera un sesgo de importancia a la hora de comparar con poblaciones de ciudades con altos recursos y otro nivel de instrucción.

## Agradecimientos

Al personal del primer nivel de atención del Ministerio de Salud de la Provincia de Neuquén por su trabajo incansable, y en especial a Juana Huenupi, Ariel Castebianco, Marcela Alvarez, Martín Campos, Constanza Nuñez y Susana De Rose. A los residentes de Medicina General de la provincia de Neuquén, particularmente a Francisco Canale, Antonella Pastrana, Leila Dipp, Maira Lescano y Eugenia Villegas. También al equipo de Salud de Almafuerte, en especial a las agentes sanitarios Margarita Maturano y Gloria. A Hugo Ríos, Jefe de Departamento Administrativo de la Dirección General de Atención Primaria de la Salud y a Silvina Mastrángelo, Directora Provincial de Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Neuquén.

## Fuente de financiamiento

El presente trabajo de investigación fue realizado con el apoyo del programa de becas “Ramón Carrillo-Arturo Oñativia”, otorgadas por el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Comisión Nacional Salud Investiga.

## Declaración de conflicto de intereses

No hubo conflictos de intereses durante la realización del estudio de ninguno de los autores. ■

**Guía de reporte utilizada:** STROBE

## Referencias bibliográficas

- World Population Prospects. The 2002 Revision. Volume III: Analytical Report. Economic & Social Affairs. United Nations. [Internet] Disponible en: [http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2002/WPP2002\\_VOL\\_3.pdf](http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2002/WPP2002_VOL_3.pdf)
- Naciones Unidas (1978). Factores determinantes y consecuencias de las tendencias demográficas. Volumen I. Nueva York: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales.
- Cleusa P Ferri, Martin Prince, Carol Brayne, Henry Brodaty. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *The Lancet* 2005. Vol. 366, Issue 9503, pp 2112-2117.
- Arizaga R; Gogorz R et al. Deterioro Cognitivo en mayores de 60 años en Cañuelas (Argentina). Resultados del piloto del estudio Ceibo (Estudio Epidemiológico Poblacional de Demencia). *Revista Neurológica Argentina* 2005; 30: 83-90. [Internet] Disponible en: [http://www.sna.org.ar/pdf/publicacion/vol\\_30\\_2005/n2/v30n2\\_p83\\_90.pdf](http://www.sna.org.ar/pdf/publicacion/vol_30_2005/n2/v30n2_p83_90.pdf) .
- Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas. [Internet] Disponible en: <http://www.censo2010.indec.gov.ar>
- Normativa para Certificación de Discapacidad en Pacientes con Trastornos de las Funciones Mentales Superiores. Disposición 2738/2008. Servicio Nacional de rehabilitación. [Internet] Disponible en: <http://www.ssalud.gov.ar/normativas/consulta/001609.pdf>
- Butman J, Arizaga RL, Harris P, Drake M, Baumann D, de-Pascale A, Allegri RF, Mangone CA, Ollari JA. El “Mini-Mental State Examination” en Español. Normas para Buenos Aires. *Rev.Neurol.Arg.* 2001; 26 1: 11-15.
- Sznol,FE. ¿Progreso o modernización excluyente? El caso de la ciudad de Neuquén (Argentina). Observatorio Geográfico de América Latina. [Internet] Disponible en: <http://observatoriogeograficoamericalatina.org.mx/egal6/Geografiasocioeconomica/Geografiaindustrial/435.pdf>
- Castillo, Jimenez del J. Redefinición del analfabetismo: el analfabetismo funcional. *Rev Educ.* 2005;338:273-94.
- Arizaga RL, Harris P, Allegri RF. Epidemiología de las Demencias. En: Las demencias: aspectos clínicos, neuropsicológicos y tratamiento. Eds: Arango Asparilla JC, Fernández Guinea S, Ardilla A. El manual Moderno. México 2003.
- Jorm AF, Jolley D. The incidence of dementia: a metaanalysis. *Neurology* 1998; 51: 728-33.
- Gao S, Hendrie HC, Hall KS, Hui S. The relationship between age, sex, and the incidence of dementia and Alzheimer disease: a meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 809-15.
- Ritchie K, Kildea D, Robine JM. The relationship between age and the prevalence of senile dementia: a metaanalysis of recent data. *Int J Epidemiol* 1992; 21: 763-9.
- Ritchie K, Kildea A. Is senile dementia age-related or aging-related? Evidence from meta-analysis of dementia prevalence in the oldest-old. *The Lancet* 1995; 346: 931-4.
- Encuesta Nacional sobre prevalencia de consumo de sustancias Psicoactivas. Dirección Provincial Estadísticas y censos de la provincia del Neuquén – Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) – Ministerio de Salud de la Nación. 2011. [Internet] Disponible en: [http://www.estadisticaneuquen.gob.ar/informes/ENPreCoSP\\_INTERACTIVA.pdf](http://www.estadisticaneuquen.gob.ar/informes/ENPreCoSP_INTERACTIVA.pdf)



# El test de lenguaje figurado: un instrumento para medir el concretismo en pacientes esquizofrénicos

Daniel Roberto Martínez

Jefe de Servicio de Psiquiatría (31 B) del Hospital Borda

Profesor Titular de Clínica Psiquiátrica de la Escuela de Posgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad del Salvador

E-mail: drmartinez@intramed.net

---

## Resumen

**Introducción:** El concretismo es una reconocida alteración formal del pensamiento esquizofrénico, que ha sido estudiada clínicamente mediante la interpretación de refranes. Para evitar los inconvenientes que provoca la utilización de refranes orales se han desarrollado pruebas con formato *multiple choice*, que tienen la ventaja de evitar la disparidad de criterios y simplificar su aplicación. Al no existir una prueba equivalente en castellano, resulta de interés la creación de un test de este tipo para utilizar con fines clínicos y de investigación. **Método:** se elaboró un test que consta de diez frases hechas y diez refranes, cada uno con cuatro respuestas posibles (una sola correcta, abstracta). Se evaluaron 30 esquizofrénicos y 30 controles depresivos. El nivel de inteligencia premórbida se midió mediante el Test de Acentuación de Palabras. La fiabilidad del instrumento se estimó utilizando el coeficiente alfa de Cronbach. La utilidad diagnóstica diferencial del test se midió mediante regresión logística. **Resultados:** el número de respuestas correctas fue significativamente mayor en el grupo depresivo. Por regresión logística se clasificaron correctamente más del 80% de los pacientes a partir de las respuestas acertadas. El índice alfa de Cronbach fue de 0.89. **Conclusiones:** el Test de Lenguaje Figurado es una escala confiable y útil.

**Palabras clave:** Concretismo - Pensamiento esquizofrénico - Metáforas - Interpretación de refranes.

THE FIGURATIVE LANGUAGE TEST: AN INSTRUMENT FOR THE ASSESSMENT OF CONCRETISM IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS

## Abstract

**Background:** Concretism is a recognized formal thought disorder of schizophrenia, which has been studied clinically by proverb interpretation. To avoid the shortcomings of oral proverbs, there have been developed tests with multiple choice format, which have the advantage of avoiding the disparity of criteria and simplifying its application. In the absence of an equivalent test in Spanish, it is of interest to elaborate a test of this type to be used for clinical and research purposes. **Method:** the test consists of ten idioms and ten proverbs, each with four possible answers (one correct, abstract). Thirty schizophrenics and thirty depressive controls were evaluated. The premorbid intelligence level was measured by the Word Accentuation Test. The reliability of the instrument was estimated using Cronbach's alpha coefficient. The differential diagnostic utility of the test was measured by logistic regression. **Results:** the number of correct answers was significantly higher in the depressive group. Logistic regression correctly classified more than 80% of patients from the correct answers. Cronbach's alpha index was 0.89. **Conclusions:** The Figurative Language Test is a reliable and useful scale.

**Keywords:** Concretism - Schizophrenic thinking - Metaphors - Proverb comprehension.

## Introducción

El concretismo esquizofrénico es una reconocida alteración formal del pensamiento identificada hace más de cien años a partir de la interpretación de refranes (1). A principios del siglo XX, el psicólogo ruso Lev Vygotsky (2) estudió experimentalmente la formación de conceptos en pacientes esquizofrénicos y comprobó que existía en estos enfermos una regresión del pensamiento abstracto a formas concretas de pensamiento que él denominó "pensamiento en complejos". Kurt Goldstein (3), por su parte, estableció que tanto en los esquizofrénicos como en los pacientes con daño cerebral orgánico existe un deterioro de la "actitud abstracta" y atribuyó muchas de las peculiaridades de la conducta esquizofrénica al concretismo. El concretismo esquizofrénico se expresa en la dificultad que tienen los pacientes en comprender el lenguaje metafórico, razón por la cual fue estudiado clínicamente mediante la interpretación de refranes. Se han postulado distintas hipótesis para explicar el mecanismo de comprensión de expresiones metafóricas (4). En primer lugar, se requiere de la integridad del sistema léxico-semántico. En segundo lugar, se necesita un procesamiento del contexto lingüístico que permita inferir qué tipo de significado intenta transmitir el interlocutor, es decir una "teoría de la mente". En tercer lugar, es fundamental la función de control ejecutivo para coordinar habilidades cognitivas complejas como la planificación, inhibición y procesamiento del contexto. A pesar del tiempo transcurrido desde los hallazgos de Vygotsky, todavía no se conoce cuál es el déficit cognitivo que conduce a la falla en la interpretación de metáforas en la esquizofrenia.

Uno de los primeros intentos de evaluación sistemática del concretismo esquizofrénico por medio de refranes fue el de Benjamin (5) en EE.UU. Lamentablemente el uso de refranes orales conlleva dos dificultades importantes: primero, la falta de confiabilidad, ya que diferentes evaluadores pueden juzgar la misma interpretación de distinta forma (6); segundo, requiere de la grabación de las respuestas y de un evaluador independiente para ponderar los resultados. Para evitar estos inconvenientes se han desarrollado pruebas con formato de opción múltiple (*multiple choice*), que tienen la ventaja de que el paciente debe elegir la respuesta correcta entre varias opciones ya establecidas, con lo cual se evita la disparidad de criterios y se simplifica la aplicación de la prueba. Ejemplos de este tipo de test son los desarrollados por Gorhan (7) en lengua inglesa y por Barth y Küfferle (8) en alemán. Debido a que, de acuerdo con nuestro conocimiento, no existe una prueba equivalente en castellano, resulta de interés el desarrollo de un test de lenguaje figurado para evaluar el concretismo esquizofrénico en nuestro medio, tanto con fines clínicos como de investigación.

## Diseño del test de lenguaje figurado

Con este objetivo se elaboró un test que tiene las siguientes características: una primera parte que consta de diez frases hechas metafóricas (no se utilizaron frases que solo requieren reformulación) y una segunda parte con diez refranes de uso habitual. Cada frase hecha y cada refrán tiene cuatro respuestas posibles, las que pueden agruparse como sigue: 1) Respuesta A: Correcta, abstracta. 2) Respuesta C: Incorrecta, concreta. 3) Respuesta SC: Incorrecta, semiconcreta. 4) Respuesta PA: Incorrecta, pseudoabstracta. Las respuestas abstractas son las únicas que se puntúan como correctas, ya que indican que el contenido metafórico de los enunciados ha sido comprendido plenamente. Las respuestas concretas son una reformulación de los aspectos literales de las frases. En las respuestas semiconcretas se combinan elementos abstractos y literales, es decir, se reelabora parcialmente el contenido metafórico. Por último, en las respuestas pseudoabstractas son reemplazados todos los componentes de la metáfora pero de forma incorrecta. Veamos un ejemplo para ilustrar: *De tal palo, tal astilla*.

Respuesta A: Los hijos se parecen a los padres.

Respuesta C: Las astillas provienen de la madera. El palo es de madera. Por lo tanto, las astillas se parecen al palo del que provienen.

Respuesta SC: Los hijos son firmes como la madera.

Respuesta PA: Los niños tienen muchos conocimientos.

La respuesta A expresa la abstracción de rasgos semánticos del dominio de origen (madera) que se proyectan al dominio destino (humano) y se establece una relación de semejanza entre los elementos seleccionados de cada dominio. En la respuesta C no se produce ningún proceso de abstracción, ya que se permanece dentro de los límites del significado literal. En la respuesta SC una parte del enunciado permanece en el ámbito de lo concreto. En la respuesta PA los rasgos semánticos no se derivan coherentemente. A pesar de su presentación abstracta, no se ha comprendido el sentido figurado del refrán.

## Método

Con el fin de determinar la confiabilidad y validez del Test de Lenguaje Figurado (TLF), se investigó si existen diferencias significativas en el rendimiento del pensamiento abstracto entre dos poblaciones que sufren de diferentes padecimientos psiquiátricos (esquizofrénicos vs depresivos). Se tomó una muestra de 30 pacientes esquizofrénicos (15 varones y 15 mujeres), según la CIE-10 (9) (15 internados y 15 ambulatorios, todos del Hospital Borda), no mayores de 65 años de edad y con al menos siete años de educación formal. Los diagnósticos según la CIE-10 fueron los siguientes: esquizofrenia

paranoide = 20, hebefrénica = 3, catatónica = 1, residual = 3, simple = 1, indiferenciada = 2. Todos los pacientes recibían antipsicóticos y estaban compensados en el momento del examen. Como grupo control se tomó una muestra de treinta pacientes depresivos ambulatorios (del Hospital Borda y del Centro Médico Santa Ana de Buenos Aires) con los mismos requisitos de edad y educación (11 varones y 19 mujeres). Los diagnósticos según la CIE-10 fueron los siguientes: episodio depresivo leve = 8, moderado = 5, grave con síntomas psicóticos = 1; trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve = 8, moderado = 5, grave con síntomas psicóticos = 1; distimia = 2. Todos los pacientes recibían antidepressivos en el momento del examen. Quedaron excluidos de la muestra aquellos pacientes con antecedentes de lesión cerebral o retraso mental. Todos los pacientes firmaron el consentimiento informado y la investigación fue aprobada por el Comité de Ética del Hospital Borda. En todos los casos, se evaluó el nivel de inteligencia premórbida mediante el Test de Acentuación de Palabras (TAP) (10,11). Antes de iniciar la toma del TLF se le explicó a cada paciente las características del test y se le brindó ejemplos. En el análisis estadístico de los datos se utilizó el test de suma de rangos de Wilcoxon para evaluar diferencias significativas entre grupos. La utilidad diagnóstica diferencial del test se midió mediante regresión logística para expresar en qué medida la elección de la respuesta correcta permite pronosticar la pertenencia de los pacientes a uno de los grupos respectivos. Para evaluar la clasificación proporcionada por el modelo se calcularon los índices de sensibilidad (tasa de verdaderos positivos= positivos verdaderos/total de positivos), especificidad (tasa de verdaderos negativos= verdaderos negativos/total de negativos), exactitud ((verdaderos positivos + verdaderos negativos) /total de observaciones) e índice kappa (evaluación de la concordancia). Por último, la fiabilidad del instrumento se estimó utilizando el coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach.

## Resultados

La edad media de los pacientes esquizofrénicos fue de 47.6 (rango 21-65, DS 11.3) y en los depresivos de 57.5 (rango 41-65, DS 6.1). La escolaridad promedio en los esquizofrénicos fue de 10.5 años (rango 7-17, DS 2.7), similar a la de los depresivos, que fue de 10.8 años (rango 7-17, DS 3.1). La edad de los pacientes que formaron parte de la muestra con diagnóstico de esquizofrenia fue significativamente menor que la edad de los pacientes con depresión (medianas de 52 y 59 años, respectivamente;  $U_{30,30} = 698.50$ ,  $p = 0.0002$ ). No hubo diferencias significativas entre pacientes esquizofrénicos y depresivos en cuanto a los años de escolaridad (medianas de 10,50 y 11,50, respectivamente;  $U_{30,30} = 466.50$ ,  $p=0.8077$ ). El puntaje medio obtenido en el TAP no difirió significativamente entre pacientes con diagnóstico de depresión y esquizofrenia (medianas de 19 y 20, respectivamente;  $U_{30,30} = 527.00$ ,  $p = 0.2530$ ). El número de respuestas correctas no difirió según el sexo de los pacientes que integraron la muestra (medianas de 14 y 10,50 para mujeres y varones, respectivamente;  $U_{34,26} = 500.00$ ,  $p = 0.3897$ ). Entre los pacientes con esquizofrenia, el número de respuestas correctas no difirió significativamente cuando se compararon los pacientes internados y no internados (medianas de 8 y 15, respectivamente;  $U_{15,15} = 115.00$ ,  $p = 0.9334$ ). El número de respuestas correctas resultó significativamente mayor entre los pacientes con diagnóstico de depresión (medianas de 17 y 8, respectivamente;  $U_{30,30} = 827.00$ ,  $p = 0.0000$ ).

En la tabla 1 se muestra la frecuencia del tipo de respuesta por grupo diagnóstico. El criterio de clasificación proporcionado por el modelo de regresión logística arrojó un valor del índice kappa de 0.73, lo que indica que se obtuvo una buena clasificación. Coincidentemente se obtuvieron buenos valores de sensibilidad, especificidad y aciertos totales (exactitud): sensibilidad 0.8, especificidad 0.93 y exactitud 0.86.

**Tabla 1.** Tipo de respuesta por grupo diagnóstico.

Tipo de respuesta	Esquizofrenia	Depresión
<b>Abstracta</b>	257 (42,8%)	488 (81,3%)
<b>Concreta</b>	172 (28,6%)	44 (7,3%)
<b>Semiconcreta</b>	82 (13,6%)	36 (6%)
<b>Pseudoabstracta</b>	89 (14,8%)	32 (5,3%)
<b>Total incorrectas</b>	343 (57,2%)	112 (18,6%)

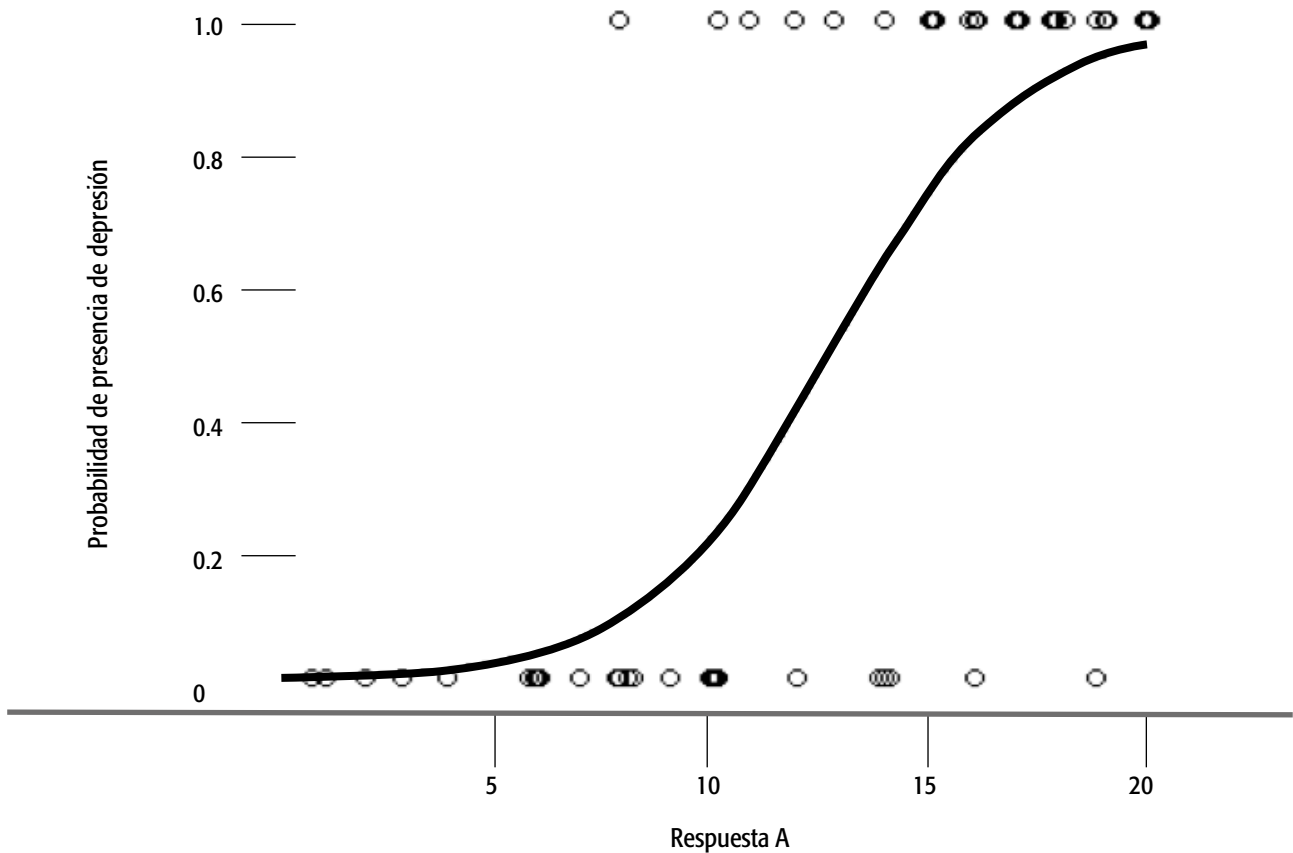
El 80% de los depresivos y el 93% de los esquizofrénicos fueron correctamente clasificados a partir del modelo (Tabla 2).

**Tabla 2.** Matriz de clasificación.

Predicción	Diagnóstico		
	Depresión	Esquizofrenia	
Depresión	24	2	
Esquizofrenia	6	28	
Total	30	30	60

Según el modelo, a partir de las 12 respuestas correctas hay mayor probabilidad de diagnóstico “depresión” (en términos estrictos: la probabilidad de depresión es mayor al 50%) (Figura 1).

**Figura 1.** Punto de corte según el modelo de regresión logística (=12).



El análisis de fiabilidad mostró que el índice alfa de Cronbach fue de 0.89, indicando que la escala utilizada es confiable. En la tabla 3 se muestran los resultados de los análisis correlacionales para cada ítem. Como puede

observarse, la mayoría de los ítems presentó un valor de selectividad apropiado, aunque los ítems 16 y 17 registraron un valor inferior a 0.35, lo que indica que no aportan a la identificación del diagnóstico.

**Tabla 3.** Análisis correlacional para cada ítem

	<b>Índice alfa</b>	<b>Selectividad</b>	<b>Dificultad</b>
Ítem 1	0,89	0,55	0,68
Ítem 2	0,88	0,72	0,63
Ítem 3	0,88	0,62	0,52
Ítem 4	0,89	0,52	0,83
Ítem 5	0,88	0,61	0,72
Ítem 6	0,88	0,6	0,73
Ítem 7	0,88	0,7	0,7
Ítem 8	0,89	0,54	0,7
Ítem 9	0,89	0,56	0,72
Ítem 10	0,88	0,58	0,57
Ítem 11	0,89	0,55	0,68
Ítem 12	0,89	0,45	0,75
Ítem 13	0,89	0,49	0,67
Ítem 14	0,89	0,36	0,33
Ítem 15	0,89	0,54	0,47
Ítem 16	0,89	0,25	0,45
Ítem 17	0,89	0,32	0,72
Ítem 18	0,89	0,4	0,65
Ítem 19	0,89	0,49	0,45
Ítem 20	0,89	0,38	0,47

## Discusión

Los resultados del TLF muestran que los pacientes esquizofrénicos presentan un trastorno formal del pensamiento de carácter concreto significativamente mayor que los depresivos. Esta diferencia no puede atribuirse a elementos tales como la inteligencia verbal o el nivel educativo, ya que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. La diferencia de edad no puede considerarse como un factor que influya en el rendimiento de los pacientes esquizofrénicos debido a que al ser estos significativamente más jóvenes no estarían afectados por un eventual deterioro cognitivo relacionado con la edad. Entre los esquizofrénicos no hubo diferencias relacionadas con la modalidad más o menos restrictiva de tratamiento (internados vs ambulatorios), lo que sugiere que la capacidad de abstracción de estos pacientes es independiente de los factores externos. Con respecto al uso de antipsicóticos y su efecto sobre la cognición, los resultados son controversiales. Si bien los antipsicóticos atípicos han contribuido a mejorar el resultado de algunas pruebas neurocognitivas, no se sabe si atribuir este resultado directamente a la medicación (12). En cualquier caso, no se han hecho estudios sistemáticos centrados en el concretismo esqui-

zofrénico. En un estudio de Chapman y cols. (13) en pacientes con y sin fenotiazinas no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos. De todas formas, el concretismo esquizofrénico fue descrito antes de la era neuroléptica y se considera un rasgo característico de la enfermedad. Algunos autores sostienen que el déficit de comprensión del lenguaje figurado podría ser un potencial marcador endofenotípico de esquizofrenia (4). No obstante, debemos tener en cuenta que no todos los pacientes esquizofrénicos respondieron de manera concreta al TLF ni todos los depresivos respondieron de forma abstracta, por lo que el test no debe utilizarse como instrumento de diagnóstico diferencial, a pesar de que a partir del modelo de regresión logística el 80% de los depresivos y el 93% de los esquizofrénicos fueron clasificados correctamente. En líneas generales, los resultados de este estudio coinciden con los de otros autores (8,14). El test obtuvo un índice alfa de Cronbach de 0.89, por lo que resulta confiable. Los resultados de la presente investigación son un indicador de la validez de constructo del TLF, aunque se requieren nuevos estudios que permitan elevar el número de probandos. Por último, aquellos ítems con bajo valor de selectividad deberán suprimirse en próximas investigaciones (ver apéndice con la versión final).

## Conclusiones

Se ha presentado por primera vez en lengua española un test con formato *multiple choice* para estudiar el concretismo esquizofrénico. Los resultados obtenidos prueban su eficacia para evaluar y cuantificar el pensamiento concreto. Consideramos que, al ser un instrumento confiable, fácil de usar y cuya aplicación insume poco tiempo, puede utilizarse tanto en el ámbito asistencial como en investigación.

## Agradecimientos

A los Dres. José M. Martínez Ferreti, Marcela Bianculli, Nora Crespi, Guillermo Puerta, Roberto Pardo y Pablo Stieben del Hospital Borda y a la Lic. Liliana Freire y el Dr. Gastón Mónaco del Centro Médico Santa Ana de Buenos Aires.

## Declaración de conflicto de intereses

El autor no declara conflictos de intereses. ■

## Apéndice.

### TEST DE LENGUAJE FIGURADO

Daniel R. Martínez

#### 1. FRASES HECHAS

¿Cuál es el significado de las siguientes frases? Marque con una cruz la respuesta que considere correcta.

<p><b>1. Tiene el corazón de piedra</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> No tiene sentimientos</li> <li><input type="checkbox"/> Su corazón está hecho de piedra</li> <li><input type="checkbox"/> Tiene un corazón resistente</li> <li><input type="checkbox"/> Tiene sentimientos muy elevados</li> </ul>	<p><b>6. Esto es un cuento chino</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Es un cuento oriental</li> <li><input type="checkbox"/> Es un cuento difícil</li> <li><input type="checkbox"/> Es una teoría científica</li> <li><input type="checkbox"/> Es una mentira elaborada</li> </ul>
<p><b>2. Es un pez gordo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Es un pez muy pesado</li> <li><input type="checkbox"/> Es una persona poderosa</li> <li><input type="checkbox"/> Es una persona elegante</li> <li><input type="checkbox"/> Es un pez importante</li> </ul>	<p><b>7. Está jugando con fuego</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Está jugando a hacer una fogata</li> <li><input type="checkbox"/> Está distendido</li> <li><input type="checkbox"/> Está haciendo algo peligroso</li> <li><input type="checkbox"/> Está jugando apasionadamente</li> </ul>
<p><b>3. Mató a sangre fría</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Mató con baja temperatura corporal</li> <li><input type="checkbox"/> Mató sin convicción</li> <li><input type="checkbox"/> Mató sin preocuparse por la sangre</li> <li><input type="checkbox"/> Mató con tranquilidad</li> </ul>	<p><b>8. La procesión va por dentro</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Mostrarse sereno a pesar del dolor</li> <li><input type="checkbox"/> La procesión está dentro de la casa</li> <li><input type="checkbox"/> Tiene paz interior</li> <li><input type="checkbox"/> La procesión marcha con tristeza</li> </ul>
<p><b>4. Se fue por las ramas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Conoce diferentes idiomas</li> <li><input type="checkbox"/> Se fue a través de los árboles</li> <li><input type="checkbox"/> Se desvió del tema principal</li> <li><input type="checkbox"/> Habló sobre el tema de las ramas</li> </ul>	<p><b>9. Es un bicho raro</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Es una persona normal</li> <li><input type="checkbox"/> Es un insecto extraño</li> <li><input type="checkbox"/> Es una persona poco común</li> <li><input type="checkbox"/> Es una persona parecida a un bicho</li> </ul>
<p><b>5. Aquí hay gato encerrado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Se está ocultando algo</li> <li><input type="checkbox"/> Hay un gato que no puede salir</li> <li><input type="checkbox"/> Están ocultando un gato</li> <li><input type="checkbox"/> Es un hombre solitario</li> </ul>	<p><b>10. Esto es una papa caliente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Es una papa que quema</li> <li><input type="checkbox"/> Es una comida complicada</li> <li><input type="checkbox"/> Es un problema de difícil solución</li> <li><input type="checkbox"/> Es un asunto sin importancia</li> </ul>

**2. REFRANES**

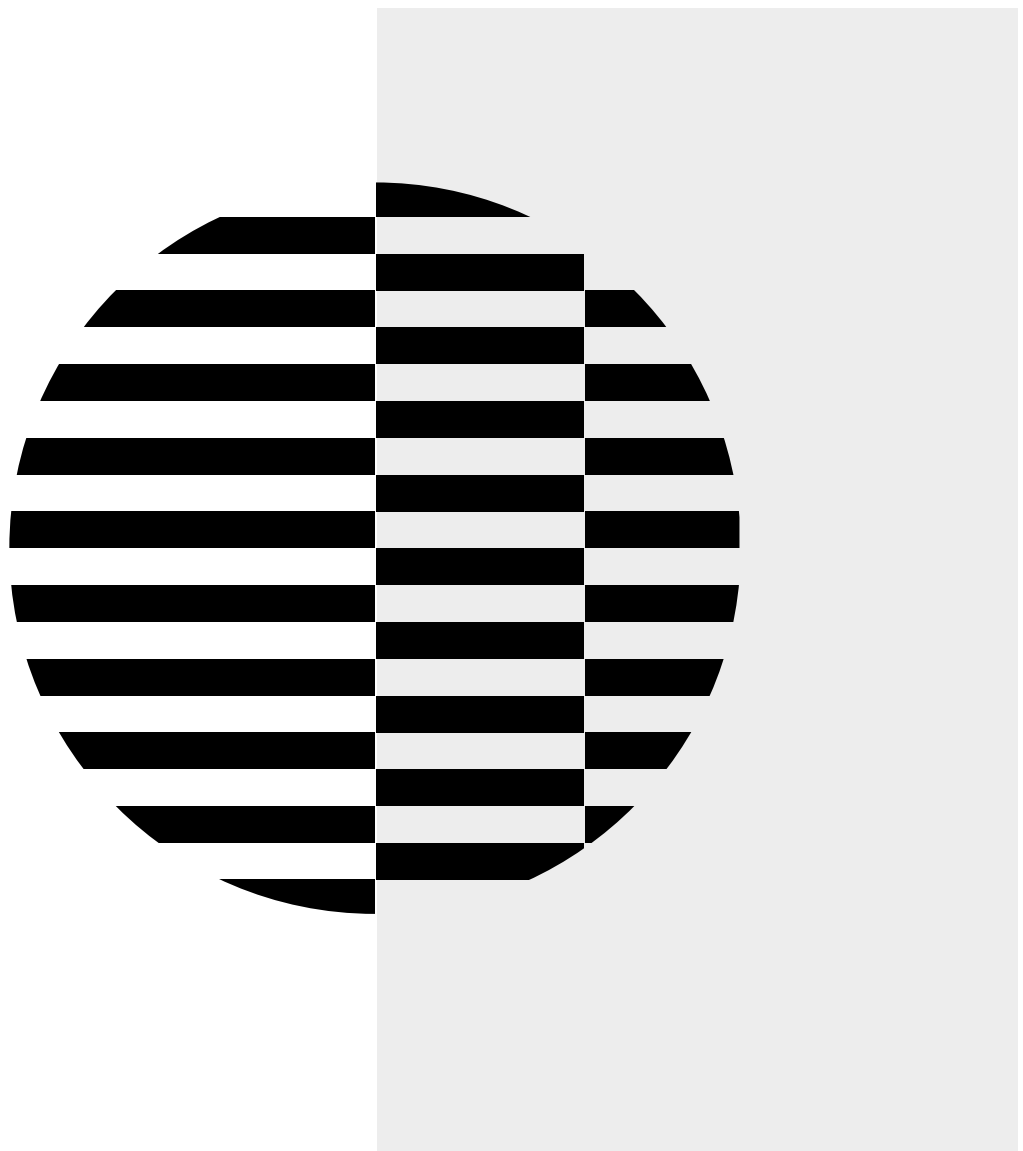
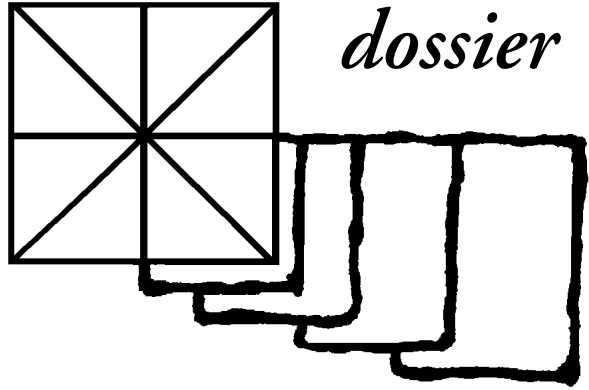
¿Cuál es el significado de los siguientes refranes? Marque con una cruz la respuesta que considere correcta.

<p><b>11. Cuando el gato no está, los ratones se divierten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Cuando nadie controla, la gente hace lo que quiere</li> <li><input type="checkbox"/> Los gatos comen ratones. Por lo tanto, los ratones pueden festejar cuando el gato se va</li> <li><input type="checkbox"/> Cuando nadie controla, los ratones salen a pasear</li> <li><input type="checkbox"/> Cuando no hay nadie, podemos aceptar la soledad</li> </ul>	<p><b>15. En casa de herrero, cuchillo de palo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> En la casa de los herreros hay cuchillos de palo</li> <li><input type="checkbox"/> Donde menos se espera, se encuentra algo útil</li> <li><input type="checkbox"/> Una persona carece de un objeto que, por su profesión, debería tener</li> <li><input type="checkbox"/> Una persona tiene cuchillos de palo en lugar de los objetos propios de su trabajo</li> </ul>
<p><b>12. De tal palo, tal astilla</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Las astillas provienen de la madera. El palo es de madera. Por lo tanto, las astillas se parecen al palo del que provienen</li> <li><input type="checkbox"/> Los hijos se parecen a los padres</li> <li><input type="checkbox"/> Los niños tienen muchos conocimientos</li> <li><input type="checkbox"/> Los hijos son firmes como la madera</li> </ul>	<p><b>16. El que a hierro mata, a hierro muere</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> El que hace daño recibirá como castigo un daño similar</li> <li><input type="checkbox"/> El que mata con un hierro será asesinado con otro hierro</li> <li><input type="checkbox"/> Hay que ser imparcial</li> <li><input type="checkbox"/> El que hace daño será asesinado con un hierro</li> </ul>
<p><b>13. Más vale pájaro en mano que cien volando</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Es mejor tener un pájaro en la mano que cien volando libremente</li> <li><input type="checkbox"/> Es mejor tener grandes proyectos</li> <li><input type="checkbox"/> Es mejor sentirse seguro a volar como los pájaros</li> <li><input type="checkbox"/> Es mejor tener algo seguro</li> </ul>	<p><b>17. Al que madruga, Dios lo ayuda</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Hay que aprovechar el tiempo</li> <li><input type="checkbox"/> Dios ayuda a los que se levantan temprano</li> <li><input type="checkbox"/> El tiempo es una ayuda de Dios</li> <li><input type="checkbox"/> El tiempo es infinito</li> </ul>
<p><b>14. No hay rosas sin espinas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> La belleza produce alegría</li> <li><input type="checkbox"/> Todo lo bueno tiene espinas</li> <li><input type="checkbox"/> Todo lo bueno tiene algo malo</li> <li><input type="checkbox"/> Todas las rosas tienen espinas</li> </ul>	<p><b>18. La necesidad tiene cara de hereje</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Hay que tener ideales</li> <li><input type="checkbox"/> La necesidad se nota en la cara de los que cometen herejía</li> <li><input type="checkbox"/> La miseria es típica de los herejes</li> <li><input type="checkbox"/> La miseria lleva a dejar de lado las convicciones</li> </ul>

## Referencias bibliográficas

1. Hadlich, H. Schizophrene Denkstörung. *Psychol Forsch* 1931, 15, 359-373.
2. Vygotsky, L. Thought in schizophrenia. *Am J Neurol Psychiatry* 1934, 31, 1063-1077.
3. Goldstein, K. Enfoque metodológico para el estudio del desorden del pensamiento esquizofrénico. En: Kasanin, JA (ed.): *Lenguaje y pensamiento en la esquizofrenia*. Buenos Aires, Hormé, 1975.
4. Thoma, P., Daum, I. Neurocognitive mechanisms of figurative language processing. Evidence from clinical dysfunctions. *Neurosci and Biobehav Reviews* 2006, 30, 1182-1205.
5. Benjamin, JD. Un método para distinguir y valorar los órdenes formales del pensamiento en la esquizofrenia. En: Kasanin, JA (ed.): *Lenguaje y pensamiento en la esquizofrenia*. Buenos Aires, Hormé, 1975.
6. Andreasen, N. Reliability and validity of proverb interpretation to assess mental status. *Compr Psychiatry* 1977, 18, 465-472.
7. Gorham, DR. A proverb test for clinical and experimental use. *Psychol Rep* 1956, 2, 1-12.
8. Barth, A; Küfferle, B. Die Entwicklung eines Sprichworttests zur Erfassung konkretistischer Denkstörungen bei schizophrenen Patienten. *Nervenarzt* 2001, 72, 853-858.
9. Organización Mundial de la Salud. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid, Meditor, 1992.
10. Del Ser, T., González Montalvo, J., Martínez Espinosa, S., Delgado Villapalos, C., Bermejo, F. Estimation of premorbid intelligence in Spanish people with the word accentuation test and its application to the diagnosis of dementia. *Brain Cogn* 1997, 33, 343-356.
11. Gomar, JJ., Ortiz-Gil, J., McKenna, PJ., Salvador, R., Sans-Sansa, B, Sarró, S., et al. Validation of the Word Accentuation Test (TAP) as a means of estimating premorbid IQ in Spanish speakers. *Schizophrenia Research* 2011, 128, 175-176.
12. Hori, H., Noguchi H., Hashimoto, R., Nakabayashi ,T., Omori, M., Takahashi, S., et al. Antipsychotic medication and cognitive function in schizophrenia. *Schizophrenia Research* 2006, 86, 138-146.
13. Chapman, LJ., Cameron, R., Cocke, JG., Pritchett, T. Effects of Phenothiazine Withdrawal on Proverb Interpretation by Chronic Schizophrenics. *J Abn Psychol* 1975, 84, 24-29.
14. Braff, DL., Beck, AT. Thinking disorder in depression. *Arch Gen Psychiatry* 1974, 31, 456-459.





# PSICOGÉNESIS

*Coordinación*

**Federico Rebok**

**Juan Carlos Stagnaro**

*En 2016, se publicó en Vertex un Dossier titulado “Psicogénesis, trauma y disociación”. La gran aceptación que el mismo tuvo en ese momento, nos sugirió ahondar en ese apasionante tema, y es por ello que hemos decidido visitarlo nuevamente.*

*En aquel entonces señalábamos que se atribuía al psiquiatra alemán Robert Sommer (1864-1937), profesor de la Universidad de Giessen, el haber introducido el vocablo “psicogénesis” en el año 1894 en los términos siguientes: «Con el nombre “Psicogénesis” (Psychogenie) trato de señalar un grupo definido e importante, desde el punto de vista práctico, de casos de la enorme área comprendida por el nombre colectivo de histeria... Estoy inclinado a dudar de que el término que he elegido cumpla con todos los requisitos lingüísticos y científicos. Si alguien encuentra una palabra mejor, será bien recibida por los practicantes y por aquellos teóricos para los que el lenguaje no es sólo una cuestión de símbolos abstractos y vacíos, sino un modo de expresión. Con la palabra “psicogénesis” estoy tratando de extraer las conclusiones adecuadas de los argumentos científicos formulados especialmente por Moebius y Rieger en Alemania, relacionados con la naturaleza de la llamada “histeria”, a la vez que también insisto en que la histeria, en su sentido actual, es un concepto más amplio. Estamos tratando con estados mórbidos (Krankheitszustande) que son evocados por las ideas (Vorstellungen) y pueden ser influenciados por las ideas».*

*Años más tarde, y tras la profusa difusión del término, Faergeman advierte -desde el principio de su monografía sobre las psicosis psicogénicas- que “psicogénesis” constituye un término polisémico. Así, distingue dos tradiciones psiquiátricas en la construcción del significado de la palabra. Por un lado, la tradición anglo-americana, para la cual una condición puede valorarse como “psicogénica” cuando la misma “nace de la mente”, es decir, cuando crece a partir de factores constitucionales innatos. Para esta tradición, explica Faergeman, tanto las psicopatías como las psicosis maniaco-depresivas y algunas esquizofrenias, estarían incluidas bajo este paraguas terminológico. Por otro lado, la palabra “psicogénesis” puede incluir toda aquella condición patológica que es causada por factores ambientales con los que el sujeto no puede lidiar usando sus mecanismos de defensa o los canales de descarga habituales. Esta es la definición habitual del término para la psiquiatría continental o europea.*

*Es decir, que “psicogénico” puede referirse igualmente a algo causado o producido por la psiquis, o a una alteración de esta psiquis producida por factores situacionales o ambientales; Faergeman destaca particularmente los factores interpersonales.*

*Podríamos decir con el profesor Germán Berrios, parafraseando a Camus, que «existe sólo una pregunta realmente seria en Psiquiatría, y es la de qué es la psicogénesis. Decidir si las ideas y las emociones pueden o no causar síntomas mentales sin mapearse a sí*

*mismas en el cerebro es responder la pregunta fundamental en Psiquiatría. Todas las demás preguntas se derivan de ésta».*

*Precisamente, iniciamos este Dossier con un artículo de Germán Berrios, quien nos propone un barrido histórico y epistemológico del término “psicogénesis”, y culmina postulando que tanto los trastornos mentales psicogénicos como los no-psicogénicos (orgánicos) tienen una base cerebral, y que la diferencia radica en que en los primeros la cascada causal es un nudo semántico, y en los segundos, es un cambio patológico genético-estructural.*

*Humberto Casarotti presenta, en el siguiente artículo, la posición de Henri Ey en el célebre debate que ese autor convocó en Bonneval, Francia, en 1946 en torno al tema de la psicogénesis de las neurosis y las psicosis cuyos contenidos no dejan de tener actualidad después de más de medio siglo.*

*El tercer texto es una reflexión de Ricardo Avenburg, uno de nuestros más eruditos lectores de la obra freudiana, ofrece un breve ensayo, en el que sintetiza con-*

*ceptos centrales del psicoanálisis en relación a la consideración de la noción de psicogénesis.*

*A continuación Elena Levy-Yeyati, psiquiatra y psicoanalista, nos ilustra sobre cómo formuló Jacques Lacan, apoyándose en la perspectiva del llamado “giro lingüístico”, una intelección de lo traumático modificando, simultáneamente, la concepción de la localización de lo inconsciente como algo más exterior que interior al sujeto.*

*Por fin, el profesor Eduardo Keegan describe las ideas centrales de los modelos conductuales y cognitivos sobre el desarrollo, gatillo y mantenimiento de los trastornos mentales, así como el mayor interés clínico por los factores de mantenimiento respecto de los factores de inicio de los trastornos mentales, en virtud de su mayor accesibilidad a la modificación terapéutica. Asimismo, se hace referencia al creciente interés en procesos o factores transdiagnósticos, y se analiza la propuesta de un modelo de red causal compleja para la conceptualización de las relaciones entre síntomas y procesos disfuncionales. ■*

# Psicogénesis: ¿concepto central de las disciplinas de la mente?<sup>1</sup>

Germán E. Berrios

*Profesor Emérito, Universidad de Cambridge, Reino Unido.*

*E-mail: geb11@cam.ac.uk*

---

## Resumen

Para la neurociencia contemporánea el concepto de psicogénesis y las explicaciones psicogenéticas de los trastornos mentales son creencias sin sentido. Los resultados de la investigación sobre psicogénesis llevada a cabo por el grupo de Cambridge disienten con esta visión reduccionista porque ella: 1) propone una concepción muy estrecha del trastorno mental; y 2) contradice los hallazgos de la investigación histórica, epistemológica y clínica que confirma la complejidad cultural del trastorno mental.

En realidad, el estudio de la psicogénesis puede ayudar en la comprensión y el manejo ético de muchos trastornos mentales. Los psiquiatras del futuro tendrán que decidir si éstos deben ser considerados como meras enfermedades del cerebro o como fenómenos híbridos que a un nivel profundo combinan localización cerebral, conflicto simbólico y configuración cultural (la psicogénesis). Igualmente, en el futuro se tendrá que definir como ética solo aquella terapia que se dirija a lo que en cada caso es la fuente primaria del trastorno (ya sea la patología cerebral o el nudo semántico).

**Palabras clave:** Psicogénesis - Organogénesis - Causalidad de los trastornos mentales - Grupo de Cambridge.

PSYCHOGENESIS: CENTRAL CONCEPT OF THE DISCIPLINES OF THE MIND?

## Abstract

To contemporary neuroscience the concept of psychogenesis and all psychogenetic explanations are nonsense. Work on psychogenesis undertaken by the Cambridge group disagrees with the concept of mental disorder proposed by neuroscientific reductionism because it: 1) offers too narrow a view of the concept of mental disorder; and 2) does not do justice to its cultural complexity as shown by epistemological, historical and clinical research.

The study of psychogenesis will help with the understanding and ethical management of many mental disorders. In due course, psychiatrists will have to decide whether these are to be considered as mere brain diseases or as complex hybrid phenomena combining brain localization, symbolic conflict and cultural configuration (psychogenesis). It seems clear that in the future therapy will only be defined as ethical when it is made to target the primary source of the disorder (which can be brain pathology or semantic conflict).

**Keywords:** Psychogenesis - Organogenesis - Causality of mental disorders - Cambridge Group.

---

<sup>1</sup> El presente artículo está basado en la conferencia que, con el mismo título, fue dictada por el autor en ocasión de la recepción del título de Doctor "Honoris Causa" de la Universidad de Buenos Aires, el 7 de octubre de 2011.

## Introducción

El concepto de psicogénesis y las explicaciones psicogenéticas de los trastornos mentales no están de moda. Para la neurociencia contemporánea son creencias sin sentido que solo reflejan la ingenuidad cartesiana de los psiquiatras.

El grupo de Cambridge no está de acuerdo con este juicio porque cree: a) que tal rechazo contradice los resultados del análisis histórico, epistemológico y clínico del trastorno mental, y acepta una concepción muy estrecha del mismo; y b) que el estudio de la psicogénesis puede ofrecer una llave maestra para la comprensión y el manejo efectivo de muchos trastornos mentales. Parafraseando a Camus (1) en su referencia a la relación entre suicidio y filosofía<sup>2</sup> se podría decir que la psicogénesis es el problema central de la psiquiatría. Tarde o temprano los psiquiatras tendremos que decidir si los trastornos mentales deben ser considerados como meras enfermedades del cerebro o como conflictos causados por ideas, símbolos, dilemas emocionales, etc., que ocurren primariamente dentro del espacio de lo semántico, psicológico, social e intersubjetivo.

Lo interesante en este asunto es que, de la boca para afuera, todo el mundo acepta alguna versión de la psicogénesis. Los neurobiólogos más acérrimos no tienen problema en decir que adoptan el llamado modelo "biopsicosocial" y que no tienen reparo en incluir variables "sociales" o "ambientales" en sus investigaciones. Lo puntual en esta actitud es que, si por casualidad encuentran que tal variable muestra una correlación significativa, no se respeta su formulación a nivel discursivo, sino que para hacerla "real" y "verdadera" se debe proceder a buscarle sus "bases cerebrales". Esta actitud separa dos grupos de investigadores: aquellos interesados seriamente en la psicogénesis que piensan que aun cuando el trastorno mental bajo estudio tenga representación cerebral, en un buen número de casos tal representación es irrelevante a la definición, significado y manejo del trastorno mental; y aquellos que piensan que todo concepto psicológico debe ser reducido a una localización cerebral y que cuando ésta se "encuentre" (cosa que es de esperar porque toda la actividad mental debe inscribirse en el cerebro) se la deberá considerar como la causa "real" y absoluta del trastorno mental bajo estudio. Desde esta perspectiva, las quejas y conflictos que son la esencia misma del trastorno mental deben considerarse como epifenómenos a evaporarse una vez que los cambios cerebrales hayan sido corregidos.

En otras palabras, la diferencia entre los que creen en la psicogénesis y aquellos que no lo hacen, reside en el respeto epistemológico, semántico y causal que se tiene frente a lo psicológico (2). Los defensores de la psicogénesis creen que la tarea principal de la psiquiatría del futuro deberá ser la de crear reglas que permitan separar los casos de trastorno mental en los cuales la representación cerebral es primaria y causal (y por lo tanto diana del tratamiento) de los casos en los cuales la representación cerebral es secundaria y no causal (y donde la diana del tratamiento es el nudo simbólico y semántico que ha producido el trastorno mental).

## Psicogénesis y sus convergencias

El vocablo psicogénesis ha participado en varias *convergencias*. A éstas se las puede definir como procesos históricos que describen y explican la construcción de objetos culturales tales como síntomas y enfermedades. Las *convergencias* capturan momentos históricos en los cuales alguien reúne una palabra, un concepto y un referente (que puede ser un grupo de quejas o conductas) y propone a ese conjunto como un nuevo objeto de estudio (3). Algunas *convergencias* son duraderas y tienden a ser consideradas como "fenómenos o hechos naturales"; otras se deshacen rápido y liberan sus componentes los cuales pueden ser utilizados en otras *convergencias*.

### *La palabra psicogénesis*

La palabra *Psicogénesis* se usó primero para referirse a los múltiples procesos que constituyen la génesis del alma y de lo psicológico en general; y tal uso explica su forma etimológica. Este uso no ha desaparecido y durante los siglos XIX y XX ha corrido en paralelo con un segundo uso, esta vez con significado psiquiátrico aparecido durante la segunda mitad del XIX<sup>3</sup>.

Los varios significados de "psicogénico" siguen debatiéndose en la literatura psicológica y filosófica (4). Ejemplos tomados de la primera son el estudio de Morgan (5) sobre la existencia de una presunta ley de psicogénesis en el Universo<sup>4</sup>; y el interesante trabajo de Piaget sobre la relación entre la psicogénesis y la historia (6). A principios del siglo XX, Baldwin recoge estos significados: "*The origin and development of mind, and the science of it. The term implies some form of development under natural laws, and so excludes the theories which deny this; as, for example, the special creation theory in so far as*

<sup>2</sup> "Hay un solo problema filosófico verdaderamente serio y es el suicidio. Juzgar si la vida vale la pena de ser vivida equivale a responder a la pregunta fundamental de la filosofía. Todo lo demás, ya sea que el mundo tenga o no tres dimensiones, si la mente tiene nueve o doce categorías, viene después (1, p. 11).

<sup>3</sup> El Diccionario de Oxford da tres significados: uno clásico, "*La génesis o el origen del alma o la mente*" (que se remonta a 1838); uno de transición: "*Origen o evolución debido a la actividad del alma o la mente misma*" (que se remonta a 1881); y uno nuevo: "*El origen psíquico o causa a la que se pueden atribuir las enfermedades mentales o las perturbaciones del comportamiento*" (que se atribuye a Freud pero que probablemente se remonta a Sommer, sino a algún autor anterior).

<sup>4</sup> Morgan (1892) afirma: "*Ya se ha dicho suficiente para indicar lo que considero la ley de la psicogénesis. Como en el caso de la selección natural, correctamente entendida, es una ley de eliminación: la eliminación de lo incongruente. Se aplica no solo a las relaciones de conceptos entre sí, sino a las relaciones de conceptos con percepciones, y de percepciones con otras percepciones* (5, p. 91).

*it denies real development or evolution is not called psychogenetic. The problem of psychogenesis is twofold: (i) that of the beginnings and development of the individual mind; and (2) that of the beginnings and evolution of mind in the series of animal forms and in the history of man ..."*

Traducido: El origen y desarrollo de la mente y su ciencia. El término implica alguna forma de desarrollo bajo las leyes naturales, y por lo tanto excluye las teorías que niegan esto; como, por ejemplo, la teoría de la creación especial en la medida en que niega el desarrollo real o la evolución no se llama psicogénica. El problema de la psicogénesis es doble: (1) el de los comienzos y el desarrollo de la mente individual; y (2) el de los comienzos y la evolución de la mente en la serie de formas animales y en la historia del hombre (7, p. 382).

Hacia fines del siglo XIX *psicogénesis* aparece como miembro de la (antes señalada) segunda convergencia. Esta vez el vocablo se lo comienza a usar para referirse a la teoría que la locura puede resultar de causas psicológicas<sup>4</sup>. Este concepto explicativo, parte también de la segunda convergencia, se lo barajaba ya desde los tiempos de Cullen(8)<sup>5</sup>, y se lo conocía como una especie de teoría "moral" de la locura (hasta el XIX temprano "moral" significaba psicológico mas bien que ético). Se lo encuentra claramente analizado en el trabajo de Esquirol<sup>6</sup> y de otros autores (9,10).

Robert Sommer creó la segunda *convergencia*. En su temprano libro "*Diagnostik der Geisteskrankheiten*", de 1894, el escritor alemán usa *Psychogenie* y *Psychogene* para nombrar el proceso a través del cual se explica la causalidad de la histeria (11, pp. 125-127). En 1910 los usa de nuevo en su descripción de las "neurosis psicógenas" ("*psychogener Neuroses*") (12, p. 51). En ambos casos, Sommer atribuye a estos términos una fuerza causal. Desde entonces, y como un miembro activo del vocabulario psiquiátrico, la *psicogénesis*: 1) aparece con variados matices en los trabajos de Jung (13), Anonymous (14), Ey (15), Lacan (16,17), Cossa (18), Dearborn (19), Savill (20), Gerö (21), Rümke (22), Böker (23), Reid (24), Lewis (25), Jørgensen (26), Dimitriadis (27), etc.; y 2) contribuye a la explicación de oscuros fenómenos psicológicos tales como la disociación (28), el hipnotismo (29,30) y de varios trastornos mentales (21,27).

### El concepto de psicogénesis

El concepto de *psicogénesis* alcanza estabilidad semántica durante el siglo XIX cuando se lo contrasta con *organogénesis* o *somatogénesis*, es decir, con la teoría de acuerdo a la cual los síntomas mentales resultan directamente de un proceso "corporal". Dentro del marco cartesiano (que fue popular durante el siglo XIX) aquello que no es somatógeno tiene que ser psicógeno (18). Típicamente apofática (por lo negativo) esta definición, usada durante la época medieval para definir a Dios (31), supervive en la medicina donde "salud" se tiende a definir como ausencia de enfermedad (por ejemplo, cuando los marcadores biológicos son "normales" o negativos). Las definiciones negativas son asertivamente débiles y así lo es la definición de *psicogenicidad* como "ausencia de patología cerebral". Por lo tanto, se necesitan teorías positivas y específicas para explicar la acción de las variables psicológicas.

### Los referentes de la psicogénesis

En las *convergencias*: 1) los vocablos nombran ciertos fenómenos reales o construidos (que son sus referentes); y 2) los conceptos explican la naturaleza del referente. Fenómenos y observaciones que sugieren que lo "psicológico" podría tener fuerza causal directa comienzan a conjeturarse, por ejemplo, en la obra de Mesmer y en la de Faria, y culminan en las de Janet y Freud.

Mesmer (32) propone un nuevo tipo de causa moduladora de la conducta humana, bajo la forma de un fluido magnético especial que es ontológicamente diferente de los cambios anatómicos considerados hasta entonces como los únicos causales, por ejemplo, por Morgagni (33, p. 46). El "fluido" de Mesmer no es "material" o "mecánico" en el sentido clásico de estos vocablos sino más bien metafísico<sup>7</sup>, y cercano a la concepción newtoniana del éter (34). La propuesta mesmeriana abre las puertas a nuevos desarrollos conceptuales: así, Faria (35) procede a internalizar y dinamizar el fluido de Mesmer, ya dentro del individuo lo hace susceptible de manipulación a través de mecanismos tales como la sugestión<sup>8</sup>. Con Bernheim, Freud y otros (36) la naturaleza de tales fuerzas internas<sup>9</sup> se hace aún más sutil y

<sup>5</sup> Con respecto a las "causas" de la locura, Cullen advierte: "... han ocurrido tantas cosas de este tipo, que creo que los médicos generalmente están dispuestos a sospechar que la lesión orgánica del cerebro existe en casi todos los casos de locura" [...] "... esto, sin embargo, es probablemente un error; porque sabemos que ha habido muchos casos de demencia de los cuales las personas se han recuperado por completo ..." (8, p.139) [...] "Tales casos transitorios, de hecho, hacen que sea probable, que un estado de excitación, cambiante por varios causas, haya sido la causa de tales casos de locura" (8, p. 140). Su uso del concepto de "estado de excitación" como factor causal puede ser considerado como una propuesta temprana de la tesis psicogénica.

<sup>6</sup> Esquirol dice en su texto sobre las enfermedades mentales: "De todas las causas morales, aquellas que con mayor frecuencia producen la locura, son: el orgullo, el miedo, el espanto, la ambición, los reveses de fortuna y los problemas domésticos. Esta última causa debería haber sido colocada, en razón de su gran influencia, como la principal de las causas morales, si aludiera a una idea simple; pero en los problemas domésticos, incluyo todas las penas, todos los dolores, todas las contrariedades y todas las desgracias y disensiones que surgen en el medio familiar" (9, p. 46).

<sup>7</sup> Mesmer lo describe así: "Un fluido universalmente difundido y continuo, de manera tal que no tiene vacíos, de una sutileza incomparable con cualquier otra sustancia y que, por su naturaleza, es capaz de recibir, propagar y comunicar todas las impresiones del movimiento y los medios de esta influencia" [...] "El cuerpo animal experimenta los efectos de este agente el cual, insinuándose en la sustancia de los nervios los afecta de manera directa" (32, p.46 y p. 76).

<sup>8</sup> Faria critica la "...futilidad de la suposición de un fluido magnético" (35, p. 335), e internaliza la respuesta del sujeto: "El uso de las funciones de los sentidos internos que responden a la excitación de los órganos externos depende, al igual que la convicción íntima, y no de un fluido magnético" (35, p. 358).

<sup>9</sup> Ellenberger llama a estas dos etapas "fluidica" e "ideo-dinámica" (37, pp. 148-150).

abstracta, se hace “psicológica”(37). Desde entonces se puede hablar de *psicogénesis* en el sentido moderno del término (38)<sup>10</sup>. Las fuerzas “psicológicas” no solo pueden afectar la mente sino también el cuerpo (39), y a través de este mecanismo se desarrolla la llamada medicina psicosomática (40,41,42,43,44,45)<sup>11</sup>.

### El contexto epistemológico de la psicogénesis

En general, los conceptos son entidades cognoscitivas que para su funcionamiento y significado requieren de la disponibilidad de estructuras epistemológicas contextuales, casi siempre temporalizadas y ocultas a la observación contemporánea. En el caso del concepto de *psicogénesis* éstas comienzan a aparecer durante siglo XVIII:

- 1) La primera es el pensamiento kantiano que hacia fines del siglo XVIII ofreció una epistemología constructorista, es decir, la propuesta que la percepción de la realidad no era pasiva (como lo había creído John Locke) sino que consistía en la imposición sobre una realidad opaca de categorías mentales. El constructorismo kantiano es esencial para el desarrollo del concepto de *psicogénesis* durante la segunda mitad del XIX (46).
- 2) La segunda es el desarrollo de teorías evolucionistas, anteriores a Darwin (por ejemplo, la de Spencer) (47), y luego de Darwin mismo. Aun cuando la teoría de Wallace ya permitía una forma débil de “Emergentismo”, éste es solo posible dentro de la teoría de la evolución spenceriana. Está claro que la idea de Emergentismo (48) (cuya versión lógica durante el siglo XX se denominó “Superveniencia”) (49) es esencial para entender el concepto de *psicogénesis*.
- 3) La tercera es el gradual desarrollo de concepto ontológico del Yo. De creación gradual, probablemente iniciada con Lutero -esa figura genial del pensamiento filosófico alemán- el Yo consiste en un espacio psicológico / metafísico incrustado en la profundidad de ser de cada individuo donde sin intermediarios el hombre negocia con su Dios (50). Con Fichte, el concepto de Yo deviene activo y creador e inicia su carrera decimonónica (51).
- 4) Una cuarta estructura se origina en los cambios en el concepto de significado y en la relación entre el lenguaje y la realidad que aparecen en la estela de los debates lingüísticos de fines del siglo XVIII entre Herder, Rousseau, Hamann y otros y que culminan con las conclusiones culturalistas de Guillermo Humboldt a principios del siglo XIX (52,53). De allí para adelante se comienza seriamente a afirmar que el len-

- guaje crea y no “fotografía” la realidad (54). El lenguaje conllevaría espacios semánticos poblados de símbolos (en el sentido que a este concepto le diera Cassirer) (55) capaces de encausar el actuar humano.
- 5) El quinto cambio estructural consistió en el debilitamiento de los viejos modelos dualistas, particularmente del cartesiano. Los modelos dualistas, sorprendentemente, no protegen la autonomía de la sustancia mental, el contexto de lo “psicógeno” (*res cogitans*) porque lo hacen dependiente, de una forma u otra, de cambios en el cuerpo (*res extensa*) (56).
  - 6) El sexto cambio estructural concierne la noción de “sentido íntimo” que se refiere a un “sentido interno” de carácter espiritual, más básico que los sentidos externos. Ya incoada en Malebranche y en Locke, la idea se define técnicamente en la filosofía de Maine de Biran y deviene importante para el espiritualismo individualista francés de principios del XIX (57).
  - 7) El séptimo cambio se refiere a los conceptos de reacción e irritabilidad que son introducidos en el lenguaje médico por Glisson de la Universidad de Cambridge en el siglo XVII. El concepto trataba de capturar una característica de la fibra muscular que pareciera responder con una contracción cuando se la estimula (58). Newton convirtió esa noción biológico-metafísica en la física de “elasticidad” y la utiliza, por ejemplo, en su análisis de colisión entre bolas de billar. John Locke lo lleva a la política para describir la respuesta social a una ley abusiva. Más tarde, en la psicología, convertida en “reacción”, la misma noción da apoyo y significado a la psicogénesis (59)<sup>12</sup>.

Estos siete cambios en el contexto epistemológico del XVIII y XIX propician la idea de la *psicogénesis* y la hacen comprensible y aceptable a la cultura del XIX tanto como descripción y como explicación. Para que tenga sentido la psicogénesis debe resistir su reducción a niveles ontológicos explicativos inferiores. Lo psicológico debe permanecer dentro de un espacio propio. A éste se refería Heidegger cuando dijo: “*La justificación de la psicología radica en el hecho de que reconoció algo no corporal, y su limitación radica en el hecho de que quiera determinarlo [esa realidad no corpórea] con el método de la investigación física, de la ciencia natural. La justificación de la psicología reside en su punto de partida y en tomar en serio lo no corpóreo. Pero entonces su justificación se pierde cuando investiga eso no corpóreo con métodos inapropiados. Es una justificación convertida en algo injustificado*” (60, p. 216).

Esta necesidad de aceptar un espacio propio para los conceptos psicológicos se encuentra incluso entre pen-

<sup>10</sup> Estos cambios obedecen a la evolución del concepto de “lesión” en medicina. Hasta el siglo XVIII tal noción se entendía en un sentido estructural o anatómico. Cuando la fisiología se desarrolla en el siglo XIX se comienza a hablar de “lesión fisiológica” y se la define de tres modos: aumento, disminución o desorganización de la función. Este es el sentido en el que Marshall Hall habla de “acción aumentada” y “parálisis” (38, p. 168) para describir la hiperactividad e hipoactividad de una función (y ya no hace ninguna referencia a cambios estructurales en las mismas).

<sup>11</sup> La historia de la medicina psicosomática se ha escrito parcialmente desde la perspectiva de la historia convencional de la medicina; pero necesita ser estudiada a partir de la historiografía que ofrece la historia de la ciencia.

<sup>12</sup> Jean Starobinski ha escrito un importante libro sobre la reacción: *Acción y reacción. La vida y las aventuras de una pareja* (59), pero no se remonta en su estudio hasta el siglo XVII.

sadores de corte analítico como Eccles y Popper (61) quienes sugieren la existencia de un “tercer mundo” conceptual. Dentro de la tradición filosófica continental Gadamer, un seguidor de Heidegger, también ha propuesto la existencia de espacios hermenéuticos donde se puede encontrar razones para la agencia humana que no dependen directamente de un modelo causal mecanicista (62).

## La evolución de la psicogénesis como modelo explicativo

Aparte de Sommer y Freud, otros mantienen la psicogénesis como tema de discusión. Jung incluye en su libro un sorprendente párrafo que suena casi como una disculpa por hablar de psicogénesis (13)<sup>13</sup>. Jaspers también apoya la psicogénesis e insiste que ni siquiera las enfermedades somáticas son “independientes del alma” (63, p. 281). Birnbaum participa en estos desarrollos y su trabajo sobre la psicogénesis tanto de las psicosis como de las neurosis es importante (64).

August Wimmer, discípulo de Kraepelin y Freud, publicó en 1916 su “*La psicosis psicogénica*”. Este importante libro permaneció encerrado en el idioma original hasta no hace mucho cuando pude convencer a un amigo, catedrático danés, de que lo tradujera al inglés (65). Wimmer define la psicosis psicogénica como un grupo de psicosis independientes clínicamente que resultan de un trauma psíquico en individuos que tienen una predisposición psicopática. Faergeman resume el trabajo de Wimmer y el suyo: “*Las psicosis psicogénicas son reactivas y razonables, esto es, se comprende no solo porque se han desarrollado sino también su naturaleza, curso y terminación. Se centran sobre una idea sobrecargada de emoción, no están acompañadas de un trastorno del pensamiento, y siempre es posible el establecer contacto con el enfermo (no hay autismo)...*” (66, p. 11).

Por su profundidad conceptual, el debate más importante sobre el concepto de psicogénesis durante este periodo es, sin duda, el de Bonneval convocado por Henri Ey en 1943, pero llevado a cabo tres años más tarde (15). Incluye ponencias de Ey, Lacan, Rouart, Follin y Bonnafé de las cuales la de Rouart es probablemente la más elegante y profunda desde el punto de vista del análisis epistemológico. Por ejemplo, ataca la afirmación de que “*las causas psíquicas de los trastornos mentales deben considerarse siempre secundarias y subordinadas a las bases orgánicas de las mismas que deben considerarse como necesarias, primarias, prevalentes y actuales...*” (15, p. 64). Concluye el gran pensador francés que “*todas las enfermedades mentales son de origen psíquico, pero en graduación*

*diferente. Todas requieren una causalidad tripartita: biológica, psicológica y sociológica y en cada caso una de ellas predomina, pero nunca con exclusividad y en detrimento de las otras*” (67, p. 90).

La línea psicósomática, ya vislumbrada en Jaspers y en el trabajo de Freudianos como Abraham y Fliess, se desarrolla en el trabajo de Franz Alexander, el húngaro emigrado a los EE. UU., y uno de los creadores de la medicina psicósomática (68). Es interesante comprobar que aquellos psiquiatras que han visto muchos enfermos están más abiertos a la posibilidad de psicogenecidad que aquellos que teorizan sobre la enfermedad mental o que trabajan en un laboratorio.

Finalmente, hay trabajos que rescatan el sentido amplio de la psicogénesis como un proceso histórico-cognoscitivo que explica la creación de conceptos útiles para la organización de la realidad. Entre estos se pueden enlistar los trabajos de Dide (69), Piaget (6), Jüttemann (70), Fountopoulos (71), etc., ninguno de los cuales se ocupa de la psicogénesis en la psiquiatría.

## Ilustración clínica

Por mucho tiempo la psicogénesis fue utilizada más como explicación del origen de las neurosis que de las psicosis. Las segundas fueron las herederas directas de la vieja noción de locura y por lo tanto tal preferencia se puede explicar por razones históricas. Es cierto que a principios del XIX: 1) era predominante el antiguo concepto de Cullen de ‘neurosis’ (como enfermedades sin fiebre y asociadas a patología general del sistema nervioso – con ausencia de cambios patológicos focales); y 2) las locuras se las consideraba una forma de ‘neurosis’ de Cullen(8). Estos conceptos cambian a lo largo del siglo y a fines del mismo se encuentran: 1) las locuras convertidas en “psicosis” y consideradas como un resultado de patologías cerebral focales (e ignotas) y, 2) seis (nuevas) neurosis superviven: ansiedad y fobias, depresión secundaria, hipocondría, histeria, enfermedad obsesiva y enfermedad de Reynaud; consideradas debido al trabajo de Freud y de otros autores como “psicogénicas” (72,73).

Por lo tanto, las psicosis constituyen ‘la piedra de toque’ de la psicogénesis. Esto se debe al hecho de que es en relación con las psicosis (herederas de la locura) que se predica el concepto de enfermedad orgánico-cerebral. No hay tiempo en esta conferencia para dar ejemplos de cómo tal visión organicista a veces necesita hacer malabares para poder aplicarse a rajatabla a las psicosis. Es suficiente mencionar las ahora llamadas patologías compartidas.

<sup>13</sup> En su texto sobre la psicogénesis de la enfermedad mental Jung dice: “*Si me atrevo a discutir el problema de la psicogénesis de la enfermedad mental, soy muy consciente de que estoy tocando una pregunta que dista mucho de ser habitual. El gran progreso que se ha realizado en el campo de la anatomía del cerebro y de la fisiología patológica, y la predisposición general a favor de las ciencias naturales actuales, nos han enseñado a buscar, siempre y en todas partes, las causas materiales, y a no cejar hasta encontrarlas. La antigua explicación metafísica de la Naturaleza fue desacreditada, debido a sus múltiples errores, hasta tal extremo, que se perdió el valor de su punto de vista psicológico. En la psiquiatría, durante las primeras décadas del siglo XIX, la explicación metafísica de la Naturaleza terminó en teorías etiológicas moralistas que explicaban la enfermedad mental a causa de fallas morales. Recién en la época de Esquirol, la psiquiatría se convirtió en una ciencia natural*” (13, p. 279).



### Los referentes de la psicogénesis

Se afirma ordinariamente que la *folie à deux* fue construida como un concepto clínico en Francia por Lasègue y Falret; y que pocos años después apareció en Inglaterra como *locura comunicada* y en Alemania como *locura inducida* (74). En este último país la palabra "inducir" incluye la explicación que el inducido puede sufrir de psicosis como resultado del estrés de vivir con la otra persona. Sea como fuere, el vocable en francés predominó en las variantes vernáculas europeas. Desde entonces se han sugerido varias explicaciones para este interesante fenómeno (75).

Las ahora llamadas "patologías compartidas" crean un interesante problema tanto para la noción individualista de enfermedad cuanto para el organicismo psiquiátrico a ultranza. Si los que comparten la locura son parientes biológicos la explicación genético-organicista es aplicable para entender la locura en el "inducido". Si no lo son, como ocurre con la mayoría de los matrimonios, la explicación organicista no es válida. Se puede proponer "coincidencia" genética o lo que en inglés se llama *marital assortment* (76) (los cónyuges se gustan debido a que tienen rasgos de personalidad coincidentes, y por lo tanto algunos de estos rasgos podrían ser marcadores de genes candidatos para esquizofrenia). Lo interesante es que cuando el tratamiento separa a los miembros de la pareja, el "inducido" mejora rápida y totalmente mientras que el inductor sigue el curso esperado del tipo de psicosis del que padece. En este caso una explicación "orgánica" de la psicosis del "inducido" deviene improbable y, en consecuencia, se debe recurrir a explicar el fenómeno por medio de mecanismos psicológicos tales como la imitación, el contagio, la configuración cultural, etc. (77).

### Conclusiones

La *psicogénesis* nombra mecanismos causales por medio de los cuales factores semánticos y psicológicos pueden inducir o modular síntomas y trastornos mentales. Tales "factores" consistirían en símbolos, significados, alegorías, etc., y otras formas semánticas capaces de generar acción cognitiva (razones) y emotivo-volitiva (impulsos). Razones e impulsos iniciarían conflictos experienciales acompañados de sus respectivos cambios cerebrales que podrían ser de corta y larga duración. Así, la *psicogénesis*, que explica que en ciertos casos la causa primera u original de un trastorno es de naturaleza puramente psicológica (semántica) no ocurre en un vacío material sino que está inscrita en el cerebro.

Esto significa que tanto los trastornos mentales psicogénicos como los no-psicogénicos (orgánicos) tienen, todos, bases cerebrales. La diferencia radica en el hecho de que en los primeros, los psicogénicos, el comienzo de

la cascada causal es un nudo semántico y, en los segundos, es un cambio patológico genético-estructural. Esta diferencia es fundamental desde el punto de vista del tratamiento en el sentido que, en el caso de un trastorno psicogénico, una intervención biológica aliviaría el problema solo parcialmente y temporalmente debido al hecho de que la fuente semántica de origen seguiría activa.

La diferencia arriba mencionada se puede entender mejor si se postula que la representación cerebral en general no es específica desde el punto de vista simbólico. No necesita serlo. En el caso de procesos orgánico-cerebrales conocidos como el de una psicosis relacionada a patología tumoral de la fosa posterior el impacto sobre la consciencia es directo y el resultado fenomenológico de tipo sindrómico (en el sentido que Bonhoeffer le dió a este concepto). Por lo tanto, una intervención quirúrgica es suficiente para aliviar el problema. En el caso de las psicosis psicógenas, en las cuales nudos y conflictos semánticos precipitan la cadena causal, la representación cerebral sigue siendo básica y sindrómica pero esta vez una intervención quirúrgica que cambie la estructura anatómica de la representación sería inútil. En tal caso, el contenido semántico del trastorno deviene importante, refleja el conflicto y lo hace blanco del tratamiento.

Los varios modelos de la mente que se han propuesto desde el siglo XVIII han dado lugar a varias teorías psicogénicas. Aparte de tales propuestas directas, se asume la existencia de mecanismos de *psicogénesis* en la mayoría de modelos de explicación de la conducta humana tanto en la psicología popular (*folk psychology*) (78) como en la médica. Por ejemplo, en las explicaciones que se usan en fenómenos disociativos, en las somatizaciones, y en la medicina psicosomática. El concepto de *psicogénesis* está, por lo tanto, metido en la definición de muchos de los problemas mentales del presente, y, en consecuencia, es relevante discutirlo a fin de sustentar la estrategia terapéutica, que es lo que importa.

También, la *psicogénesis* pareciera retar las visiones simplistas que tenemos de la función cerebral. La epistemología oficial de la psiquiatría, desafortunadamente, desautoriza a la *psicogénesis* a favor de la somatogénesis. Como dije al principio, necesitamos más investigación, tanto conceptual como empírica, en este campo. Aparte de los modelos de psicogénesis propuestos por las psicologías dinámicas necesitamos otros nuevos que tomen en cuenta los avances en las neurociencias, en los nuevos modelos para la formación de síntomas mentales, y en la manera en la cual el ser humano usa templados culturales para configurar los contenidos de su conciencia (45). Lo importante es el de desarrollar e instrumentalizar modelos de psicogénesis que lleven a terapias efectivas, cortas y con resultados duraderos. Nuestros enfermos lo merecen. ■

## Referencias bibliográficas

1. Camus A. (1975) *The myth of Sisyphus*. London, Penguin Books.
2. Lanteri-Laura G. Le concept opératoire de psychogénese et son évolution. *Psychologie Médicale*, 1984, 8: 1375-1379.
3. Berrios GE. Convergences that are no more. *History of Psychiatry*, 2011, 22: 133.
4. Hill DJ. Psychogenesis. *The Philosophical Review*, 1892, 1: 481-503.
5. Morgan CL. The Law of Psychogenesis. *Mind*, 1892, New Series 1: 72-93
6. Piaget J, Garcia R. (1983) *Psychogénese et Histoire des Sciences*. Paris, Flammarion.
7. Baldwin JM (ed.) (1902) *Dictionary of Philosophy and Psychology*. Vol 2. London, MacMillan.
8. Cullen W. (1789) *First Lines of the Practice of Physic*. Vol 4. Edinburgh, Elliot.
9. Esquirol E. (1845) *Mental Maladies. A Treatise on Insanity*. Philadelphia. Lea and Blanchard.
10. Mesmin d'Estienne J. La folie selon Esquirol. Observations médicales et conceptions de l'aliénisme à Charenton entre 1825 et 1840, *Revue d'histoire du XIXe siècle*, 2010, 40 :95-112.
11. Sommer R. (1894) *Diagnostik der Geisteskrankheiten*. Wien, Urban and Schwarzenberg.
12. Sommer R. (1906) Geistesschwäche bei psychogener Neurose mit Bezug auf § 6.1 des Bürgerlichen Gesetzbuches. In Sommer R (ed.) *Klinik für psychische un nervöse Krankheiten*, Halle, Carl Marhold, pp. 51-64.
13. Jung KG. (1960) *Psychogenesis of Mental Disease*. Princeton, Princeton University Press.
14. Anonymous: Psychogenesis of Schizophrenia. *The Lancet* 16 December 1939, pp.1274-75.
15. Ey H (ed.) (2004) *Le problème de la psychogénese des Névroses et des Psychoses*. Paris, Tchou, 2004.
16. Lanteri-Laura G. Processus et psychogénese dans l'œuvre de J. Lacan. *L'Evolution Psychiatrique*, 1984, 49 : 975-990.
17. Dimitriadis Y. Les positions de Jacques Lacan sur la psychogénese et la question du déficit des fonctions organiques. *Cliniques méditerranéennes* 2014/1, (n° 89), pp. 281-294.
18. Cossa P. Organogénese ou psychogénese des troubles mentaux? *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 1969, 133: 49-53.
19. Dearborn GVN. The concept of psychogenesis. *The Journal of Abnormal and Social Psychology* 1937, 32: 207-215.
20. Savill TD. The Psychology and Psychogenesis of Hysteria. *The Lancet*, 1909, N 6459, pp 443-448.
21. Gerö G. The Idea of Psychogenesis in Modern Psychiatry and in Psychoanalysis. *Psychoanalytical Review*, 1943, 30: 187-211.
22. Rümke HC. The Overestimation of Psychogenesis. *Folia Psychiatrica et Neurologica Neerlandica*, 1948, 51: 137-142.
23. Böker H. Zur Entwicklung der Psychogenese-Konzepte. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 2006; 157: 203-11.
24. Reid JR. The concept of psychogenesis. *The American Journal of Psychiatry*, 1948, 104: 653-660.
25. Lewis A. 'Psychogenic': a word and its mutations *Psychological Medicine*, 1972, 2, 209-215.
26. Jørgensen EG. On the concepts psychogenesis and psychosomatics. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1957, 31: 135-149.
27. Dimitriadis Y. (2013) *Psychogénese et organogénese en psychopathologie. Une hypothèse psychanalytique*. Paris, L'Harmattan.
28. Berrios GE. The concept of dissociation in psychiatry. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 2018, 142: 29-50.
29. Regnier & Grandchamps. (1890) *Histoire de L'Hypnotisme*. Paris, Bureaux de Progrès Médical.
30. Nash MR, Barnier AJ (eds.) (2012) *The Oxford Handbook of Hypnosis*. Oxford, Oxford University Press.
31. Milem B. (2002) *The Unspoken Word: Negative Theology in Meister Eckhart's German Sermons*. Washington, D.C., Catholic University of America Press.
32. Mesmer A. (1779) *Mémoire sur la découverte du magnétisme animal*. Geneva, Didot.
33. Falk F. (1887) *Die pathologische Anatomie und Physiologie Joh. Bapt. Morgagni (1682-1771). Ein monographischer Beitrag zur Geschichte der theoretischen Heilkunde*, Berlin, Hirschwald.
34. Whittaker ET. (1910) *A History of the theories of aether and electricity*. London, Longmans.
35. Faria A. (1906 [1819]) *De la causa du sommeil lucideou étude de la nature de l'homme*. Paris, Jouve.
36. Perron R. *Théories de la psychogénese*. Editions Techniques. Encycl. Méd Chir (Paris France) Psychiatrie, 37-810 F-30, 1995, pp.1-6.
37. Ellenberger HF. (1994) *The Discovery of the Unconscious*. London, Fontana Press.
38. Hall M. (1836) *Lectures on the Nervous System and its diseases*. London: Sherwood.
39. Schwarz O (ed.). (1925) *Psychogenese und Psychotherapie körperlicher Symptome*. Wiens, Springer.
40. Mizrahi N. From causation to correlation: the story of psychosomatic medicine 1939-1979. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 2001, 25: 317-343.
41. Zilboorg G. Psychosomatic Medicine. A historical Perspective. *Psychosomatic Medicine*, 1944, 6: 3-6.
42. Wittkower ED, Lipowski ZJ. Recent Developments in Psychosomatic Medicine. *Psychosomatic Medicine* 1966, 28: 722-737.
43. Stainbrook E. Psychosomatic Medicine in the Nineteenth Century. *Psychosomatic Medicine* 1952, 14: 211-227.
44. Halliday J L. Comments from contributors relative to the Psychosomatic concept. The Significance of the concept of a psychosomatic affection. *Psychosomatic Medicine* 1945, 7: 240-245
45. Berrios GE, Marková IS. "Symptoms; Historical Perspective and Effect on Diagnosis". In Blumenfeld M and Strain JJ (eds.) *Psychosomatic Medicine*, New York, Lippincott Williams & Wilkins, pp. 27-38, 2006.
46. Brittan GG. (1978) *Kant's Theory of Science*. Princeton, Princeton University Press.
47. Andreski S. (1971) *Herbert Spencer: structure, function and evolution*. London, Michael Joseph.
48. Morgan CLL. (1927) *Emergent Evolution*. London, Williams and Norgate.
49. Savellos EE, Yalçin UD. (1995) *Supervenience*. Cambridge, Cambridge University Press.

50. Berrios GE, Marková IS: The self and psychiatry: a conceptual history. In Kircher T & David A (eds) *The Self in Neuroscience and Psychiatry*. Cambridge, Cambridge University Press, pp. 9-39, 2003.
51. Neuhauser F. (1990) *Fichte's Theory of Subjectivity*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
52. Aarsleff H. (1982) *From Locke to Saussure: essays on the study of language and intellectual history*. Minnesota, University of Minnesota Press.
53. Formigari L. (2004) *A History of Language Philosophies*. Amsterdam, John Benjamins.
54. Underhill JW. (2009) *Humboldt, Worldview and Language*. Edinburgh, Edinburgh University Press.
55. Barash J A (ed.) (2008) *The symbolic Construction of Reality. The legacy of Ernst Cassirer*. Chicago, The University of Chicago Press.
56. Berrios GE: Historical Epistemology of the body-mind interaction in psychiatry. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2018, 20: 5-12.
57. Bertrand A. (1887) *Science et Psychologie, nouvelles œuvres inédites de Maine de Biran*. Paris, Ernest Leroux.
58. Temkin O: The Classical Roots of Glisson's doctrine of irritation. *Bulletin of the History of Medicine*, 1964, 38: 297-328.
59. Starobinski J. (1999) *Action et Réaction : vie et aventures d'un couple*. Paris, Editions de Seuil.
60. Boss M (ed.). (2001) *Martin Heidegger's Zollikon seminars*. Evanston, Illinois, Northwestern University Press.
61. Popper KR, Eccles JC. (1985) *The Self and Its Brain*. Berlin, Springer International.
62. Grondin J. (2003) *The Philosophy of Gadamer*. Chesham, Acumen.
63. Jaspers K. (1977) *Psicopatología General*. Buenos Aires, Editorial Beta.
64. Birnbaum K. (1908) *Psychosen mit Wahnbildung und wahnhaftige Einbildungen bei Degenerativen*. Halle, Carl Marhold.
65. Wimmer S. (2003) *Psychogenic Psychoses*. Adelaide, Adelaide Academic Press.
66. Faergeman PM. (1963) *Psychogenic Psychoses*. London, Butterworths.
67. Rouart J. (2004) Y a-t-il des maladies mentales d'origine psychique? In Ey H (ed.) *Le problème de la psychogenèse des Névroses et des Psychoses*. Paris, Tchou, 63-90.
68. Alexander F: Fundamental Concepts of psychosomatic research: psychogenesis, conversion, specificity. *The Yearbook of Psychoanalysis*, Vol 1, New York, International University Press, 257-266, 1945.
69. Dide M. (1926) *Introduction a l'étude de la psychogénèse*. Paris, Masson.
70. Jüttemann G (ed.): *Psychogenese. Das zentrale Erkenntnis objekt einer integrativen Human wissenschaft*. Lengerich, Pabst Science Publishers, 2017.
71. Fountopoulos A. (1924) *L'psychogénèseou la naissance de l'âme humaine*. Paris, Librairie Universitaire.
72. López Piñero JM. (1983) *Historical Origins of the Concept of Neurosis* (Translated by D. Berrios) Cambridge, Cambridge University Press.
73. López Piñero JM, Morales Meseguer JM. (1870) *Neurosis y psicoterapia. Un estudio histórico*. Espasa-Calpe, Madrid.
74. Berrios GE: Folie à deux-A mad family and WW Ireland. *History of Psychiatry*. 1998, 9: 383-395.
75. Gralnick A: Folie à deux. *Psychiatric Quarterly* 1942, 16: 230-263.
76. Buss DM: Marital assortment for personality dispositions: Assessment with three different data sources *Behavior Genetics*, 1984, 14: 111-123.
77. Berrios GE, Marková IS. (2015) Shared Pathologies. In Bhugra D & Malhi GS (eds) *Troublesome disguises. Managing challenging disorders in Psychiatry*. London, Wiley-Blackwell, 3-15.
78. Stich S. (1983) *From Folk psychology to cognitive science. The case against belief*. Cambridge, MIT Press.

# III Coloquio de Bonneval: Ey y Lacan discuten sobre la realidad de la enfermedad mental

Humberto Casarotti

*Psiquiatra, neurólogo, médico-legista (Montevideo, Uruguay)*  
*E-mail: humberto.casarotti@gmail.com*

---

## Resumen

En este trabajo se analizan los aportes surgidos de las discusiones que tuvieron lugar en el III Coloquio de Bonneval, Francia, sobre “El problema de la psicogénesis de las neurosis y psicosis” realizado en 1946, y especialmente el debate entre H. Ey y J. Lacan. Esos aportes gravitaron sobre la concepción que los psiquiatras tienen en relación con la realidad de la enfermedad mental. Luego de presentar los diferentes significados del término psicogénesis y los antecedentes sobre las nociones de lo normal y lo patológico en la obra de G. Cangilhem, se analizan detalladamente las posiciones de H. Ey y de J. Lacan sobre el tema central del Coloquio.

**Palabras clave:** Psicogénesis - Neurosis - Psicosis - Bonneval - Henri Ey - Jacques Lacan.

III COLLOQUIUM OF BONNEVAL: EY AND LACAN DISCUSS THE REALITY OF MENTAL ILLNESS

## Abstract

This paper analyzes the contributions emerging from the discussions of the III Colloquium of Bonneval, France, on “The problem of the psychogenesis of neuroses and psychoses” carried out in 1946, and especially the debate between H. Ey and J. Lacan. These contributions gravitated on the conception that psychiatrists have about the reality of mental illness. After presenting the different meanings of the term psychogenesis and the antecedents on the notions of the normal and the pathological in the work of G. Cangilhem, the positions of H. Ey and J. Lacan are analyzed in detail.

**Keywords:** Psychogenesis - Neurosis - Psychosis - Bonneval - Henri Ey - Jacques Lacan.

*“Lo que nos separa, estimado Lacan, es lo que opone la psiquiatría de las ciudades y la psiquiatría de los campos”*

H. Ey (ref. 1 p.55)

## Introducción

El objetivo de este trabajo es señalar que las discusiones que tuvieron lugar en el III Coloquio de Bonneval (Francia) sobre *“El problema de la psicogénesis de las neurosis y psicosis”* (1), y especialmente el debate entre H. Ey y J. Lacan, gravitaron sobre la realidad de la enfermedad mental.

Diferentes autores, analizando esa jornada han destacado otros aspectos. Por ejemplo, el psiquiatra argentino E. T. Mahieu consideró que tuvo lugar una confrontación de concepciones antropológicas alrededor del problema de la libertad como libre arbitrio (2). La filósofa M. Charles destacó que la discusión fue en relación con los objetos de la psiquiatría y de la psicología (3). Y autores de orientación lacaniana han escrito sobre las ideas de Lacan en relación con la psicogénesis (4, 5, 6, 7).

Inicialmente, Ey había pensado centrar el tema de ese encuentro en relación a la *causalidad psíquica de los trastornos mentales* (1 p.7). Esa propuesta planteaba una pregunta clara: las enfermedades mentales entendidas como una desorganización real del cuerpo ¿pueden ser determinadas psíquicamente? Ey proponía partir de la realidad de la patología mental (objeto de la psiquiatría) y preguntar a los invitados si los fenómenos mentales mórbidos, heterogéneos en relación con las experiencias psíquicas normales (objeto de la psicología), podían ser causados de modo suficiente por la propia actividad psíquica.

El término psicogénico es ambiguo porque encierra dos sentidos (8 p. 64). En efecto, “psicogénesis” puede entenderse: 1) como el *desarrollo de la vida psíquica* (el surgimiento del psiquismo como realidad que constituye el polo causal eficiente específicamente humano) y 2) como *causalidad psicopatológica* (el psiquismo como causa determinante de las enfermedades mentales). Y cuando en las exposiciones y discusiones la ambigüedad señalada no se tiene en cuenta, el término termina siendo usado de modo equívoco. Quien lo utiliza puede pasar de la idea de desarrollo psíquico (psicogénesis en el primer sentido) a la de principio de causalidad psicopatológica (psicogénesis en el segundo sentido) o inversamente. Eso explica lo que sucedió en el III Coloquio donde los participantes respondiendo y discutiendo el texto propuesto por H. Ey se desplazaron reiteradamente entre diferentes cuestiones: pasando de la clínica psiquiátrica al acto psicoanalítico, de la comprensión fenomenológica a la comprensión causal psicoanalítica y de la psicopatología a la psicología. Y eso sucedió porque no todos acordaban en que las manifestaciones mentales mórbidas sean realidades diferentes estructuralmente a las experiencias psíquicas normales, o sea que entre la vida psíquica normal y la patológica existe una ruptura de la continuidad.

¿Por qué entonces el título de la jornada fue *“el problema de la psicogénesis”* y no el pensado inicialmente

por Ey? A mi entender Ey aceptó que *psicogénesis* destacara en el título del III Coloquio porque la cuestión de la causalidad motiva a los médicos ya que el estudio de las causas de la patología constituye el problema central de la medicina. Como se ampliará en el punto siguiente, en la patología se establecen dos diagnósticos: uno semiológico (de las manifestaciones clínicas) y otro de somatosis (del proceso mórbido), y por ser la medicina un saber de causas y en razón del tratamiento, el diagnóstico etiológico tiene prioridad. Y aunque, por lo general, en psiquiatría los procesos causales son en su mayoría desconocidos, se procede del mismo modo clasificando los hechos clínicos según los factores que se consideran etiológicos. Por el pensar humano, dualista cartesiano, la “clasificación” que aparece como más natural es organizar las manifestaciones en *somatógenas* y *psicógenas*. Pero esa ordenación, aunque presta cierta ayuda en la práctica cotidiana, es ilusoria; con lo cual reaparece la pregunta primera: las variaciones psíquicas mórbidas ¿son diferentes o no a las variaciones psíquicas normales? Pregunta que nos lleva al punto siguiente.

## Diferencia entre normal y patológico en la vida mental (9)

Desde el inicio de su actividad profesional Ey siempre pensó como G. Cangilhem (10) de que “sin los conceptos de normal y de patológico el pensamiento y la actividad del médico son incomprensibles”. Siempre trabajó con la idea de que lo esencial en medicina es el diagnóstico y que el diagnóstico primordial es la identificación de un caso como patológico. H. Ey fue tomando conciencia de que en psiquiatría no todos los técnicos operan de ese modo ya que la identificación de lo mental patológico es difícil de establecer. Dificultad que se origina en el hecho de que lo propio de la vida mental es diversificar, introducir contingencia, variación. Con lo cual, dado que la vida de relación (el psiquismo) tiene por función crear variaciones ¿cómo es posible entonces afirmar que algunas variaciones mentales son patológicas?

A) En patología general una enfermedad se define cuando: a) cierto conjunto de síntomas (diagnóstico semiológico) es relacionado con un proceso mórbido (diagnóstico de somatosis) (11); b) los síntomas siempre implican un déficit, y c) el concepto de enfermedad es esencialmente etiológico.

El término “síntoma” proviene de ptosis o caída palpebral lo que refiere al carácter deficitario del síntoma. Todo síntoma es esencialmente un déficit, pero que al construirse sigue obedeciendo las reglas del organismo, porque la enfermedad no es solo un desvío en una curva de Gauss sino esencialmente *otro orden*. Un orden a un nivel inferior donde el déficit (lo negativo) debe ser percibido en la reacción del organismo al proceso mórbido (lo positivo). Entre el proceso somático y sus manifestaciones existe una *distancia*, un hiato, un desfasaje, que es *ocupado* por las reacciones del organismo. En el caso de las funciones de la vida vegetativa ese hiato es delga-

do debido a que esas funciones tienen poco margen de variación. En la medida que se han ido conociendo los procesos somáticos, la delgadez de ese hiato ha llevado a reducir el concepto de enfermedad de la vida vegetativa, al del proceso mórbido. Con lo cual el diagnóstico semiológico (el de las manifestaciones clínicas que presenta el enfermo) fue perdiendo su sustancia siendo sustituido en los hechos por el diagnóstico de somatosis.

B) En cambio, en la patología psiquiátrica ese margen -que Ey llama el "hiato órgano-clínico"- tiene gran espesor: el desfase entre el desorden somático y las manifestaciones es amplio y está colmado por las reacciones de la personalidad (reacciones que constituyen la realidad psíquica). Los síntomas mentales están en relación con la organización de funciones adaptadas para la vida de relación y por lo mismo implican la participación de la actividad psíquica, es decir, son fundamentalmente "reacciones" del sujeto al proceso mórbido. Y es en esas "reacciones" donde el clínico debe reconocer lo sintomático, es decir, lo deficitario de los síndromes psicopatológicos. Con la obra de E. Bleuler la semiología psiquiátrica dejó de ser una lectura patológica de lo psicológico para pasar a ser una lectura psicológica de las estructuras psicopatológicas (12). Para diferenciar las estructuraciones mórbidas de la vida mental, para diagnosticarlas se requiere un "análisis estructural" (13). Análisis estructural mediante el cual el semiólogo: a) describe las manifestaciones clínicas con el objetivo de extraer un radical característico que fundamente un diagnóstico y un pronóstico, b) percibe en esa "fisonomía" el movimiento de la intencionalidad del paciente (estructura positiva o reactiva) y a la vez la fatalidad de su estado (estructura negativa o deficitaria) (14).

Es decir, que la psiquiatría, que *de hecho* se ha desarrollado ignorando los procesos etiológicos, tiene por tarea prioritaria analizar la realidad psíquica que con sus leyes se interpone entre la lesión y las manifestaciones. Dice Ey, que esa prioridad que *de derecho* tienen el diagnóstico semiológico y la patogenia psíquica de los síntomas es lo original de la psiquiatría entre las ciencias médicas (15 p. 57). Prioridad *de derecho* que fundamenta en sí mismo el diagnóstico semiológico y que vuelve una ilusión pensar que en el futuro este diagnóstico será sustituido por el del proceso somático. No porque el estudio de las causas no sea esencial, sino porque sin diagnóstico semiológico no es posible afirmar que se trata de una estructura patológica de la vida mental.

## Los Coloquios de Bonneval

Las reuniones conocidas como los Coloquios de Bonneval fueron organizadas por Ey para discutir con sus pares cuestiones psiquiátricas generales y para poner en común su hipótesis de trabajo psiquiátrico. Por ser parte

de su proyecto profesional y para comprender el peso conceptual de lo expresado por Ey en la III Jornada es necesario ubicarla en su trabajo previo.

Entre 1927 y 1946 Ey llevó a cabo trabajos fundamentales de los que aquí interesa destacar algunos: a) por la dificultad que tiene el hombre para percibir la enfermedad mental es necesario conocer el trabajo de quienes previamente analizaron el fenómeno psicopatológico en su realidad (16); b) con la obra de E. Bleuler había comprendido que "síntoma mental" es la estructura regresiva que la vida mental adopta cuando sufre un proceso patológico (17)<sup>1</sup>; estructuras regresivas que siendo formas de "intencionalidad involuntaria", como lo expresa en su artículo "*La noción de automatismo en psiquiatría*" (18), hacen de la psiquiatría un saber naturalmente médico-legal); c) había criticado la "doctrina de las constituciones" (19) como hipótesis no clínica que afirma que la personalidad está preformada y que es condición *sine qua non* de las psicosis y neurosis; d) su trabajo clínico y psicopatológico sobre diversas cuestiones (alucinaciones, fenómeno dormir-soñar, esquizofrenia, etc.) fundamentaron la primera exposición de su hipótesis de trabajo (15) que como "Proyecto" presentó coloquialmente en la primera jornada de Bonneval (21); e) considerando la relación de lo psicopatológico con el psicoanálisis y con las cuestiones místicas inició una reflexión respecto a la posición de la psiquiatría entre las ciencias médicas y las ciencias antropológicas.

Los Coloquios realizados entre los años 1942 y 1960 fueron seis: a) en el primero presentó su "Proyecto de una historia natural de la locura" (21); b) en el segundo discutió sobre las relaciones de la neurología y la psiquiatría (22), c) en el tercero -objeto de este artículo- analizó la psicogénesis de las enfermedades mentales, d) el cuarto lo dedicó al análisis del factor herencia en patología mental (23), e) en el quinto consideró los problemas clínicos de la esquizofrenia (24), y f) dedicó el sexto a la cuestión del Inconsciente (25). A pesar de la importancia psiquiátrica de todas esas reuniones solo son bien conocidas la III y la VI que tuvieron que ver con cuestiones psicoanalíticas.

Los Coloquios II y III están íntimamente relacionados. En efecto, en su reflexión sistemática sobre la posición de la psiquiatría entre las ciencias médicas y las ciencias antropológicas, Ey buscaba precisar sus límites "inferiores" y "superiores" (1 p. 9).

En 1943 durante el II Coloquio discutió con J. de Ajuriaguerra y H. Hécaen sobre *los límites "inferiores" de la psiquiatría*. Allí se trataba de establecer cuál es la diferencia semiológica objetiva entre las alteraciones de las funciones psíquicas "instrumentales" (analizadores perceptivos, expresiones emocionales, mecánica del lenguaje, automatismos de hábito, etc.) y las alteraciones de las funciones psíquicas "superiores" (organización de la vida de relación como integración de las reacciones del

<sup>1</sup> Lacan, en la reseña que hace de este libro (16) valora dos puntos del trabajo de Ey: 1º) que la realidad de la alucinación es ser una "patología de la creencia" y 2º) que la observación en la clínica evidencia que las alucinaciones se integran en estructuras delirantes (Ey dirá al final de sus trabajos (20 p.741n1) que el título de ese libro podría haber sido "Delirios y alucinaciones").

organismo con su medio). Con esa finalidad esa reunión fue titulada “*Relaciones de la neurología y la psiquiatría*”. Título que surgía naturalmente dado que todos los participantes entendían que ambas especialidades eran las dos ramas de la medicina que “asisten” las desorganizaciones del sistema nervioso: las enfermedades neurológicas y las enfermedades mentales. Es decir, que acordando los participantes en que todas las manifestaciones psíquicas neurológicas o psiquiátricas (las crisis epilépticas psíquicas simples, las afasias, las alucinosis, la ceguera psíquica, etc., así como las demencias, las alucinaciones, etc.) eran fenómenos reales, lo que buscaban discutir era si se trataba de una diferencia semiológica solo de complejidad (una diferencia cuantitativa) o si constituían manifestaciones mentales diferentes cualitativamente. Todos los participantes entendían que el tópico a considerar era de carácter médico. Ey -de acuerdo al “proyecto” que había presentado en el primer Coloquio de Bonneval (21)- afirmaba: a) que las manifestaciones psíquicas eran diferentes estructuralmente: parciales y localizables en la patología neurológica y globales, con poco o ningún valor localizador, en la patología psiquiátrica y b) que la patología del sistema nervioso se manifestaba, como lo había señalado H. Jackson en su concepción del proceso epiléptico, tanto con síntomas neurológicos (“locales”) como con síntomas psiquiátricos (“uniformes”).

### III Coloquio de Bonneval: “*El problema de la psicogénesis de las neurosis y psicosis*”

Después de haber discutido sobre la diferencia estructural entre síntoma neurológico y síntoma psiquiátrico Ey se planteó considerar junto a J. Lacan, J. Rouart, L. Bonnafé y S. Follin *los límites “superiores” de la psiquiatría*. Es decir, en esa tercera reunión Ey quería discutir la diferencia estructural entre la patología mental y la vida mental normal, entre la “enfermedad mental” como fenómeno natural y la considerada por Erasmo en su *Elogio de la locura* (26) “locura de la humanidad”. En otras palabras, partir de la realidad de la enfermedad mental, descubierta en el siglo XVI y que a mediados del siglo XIX era el objeto de un campo médico específico, para discutir sobre la diferencia estructural de las experiencias patológicas de la vida de relación y las experiencias psíquicas normales. Sin embargo, y como fue señalado antes, aunque esa cuestión siempre se hizo presente en el Coloquio, el objetivo fue la “psicogénesis” de las enfermedades mentales.

Antes de la reunión Ey propuso a la reflexión y discusión de los participantes un texto en respuesta al cual fueron presentadas tres conferencias: la primera de J. Lacan: “*Acerca de la causalidad psíquica*”, la segunda de J. Rouart “*¿Hay enfermedades mentales de origen psíquico?*”

y la tercera de S. Follin y L. Bonnafé “*A propósito de la psicogénesis*”.

#### a) *El texto propuesto por H. Ey: “Los límites de la psiquiatría. El problema de la psicogénesis”* (1 pp. 9-20)

1) En ese texto Ey se pregunta: ¿Qué es lo que caracteriza al psiquismo? y se responde que es el conjunto de funciones que aseguran una adaptación personal a la realidad<sup>2</sup>. En cada etapa del desarrollo de esas funciones corresponde una síntesis (una organización sintética) resultante de la psicogénesis normal. Ey afirma que el desarrollo psicogenético introduce en el mundo un tipo de causalidad propia que construye el “cuerpo psíquico”<sup>3</sup>. Sus análisis de la patología mental “aguda” y “crónica” (27) (conceptos diferentes a los de la patología vegetativa) lo llevan a descubrir las dos dimensiones del modo de ser consciente (28): el campo de conciencia actual (ser consciente de algo) y el sistema de la personalidad (ser consciente de ser alguien)<sup>4</sup>.

La vida psíquica integra la historia personal en la intencionalidad de la conciencia actual. En su concepción K. Jaspers se refiere a esta forma de existencia como *desarrollo psíquico de la personalidad*, la autoconstrucción del Yo a partir de los acontecimientos vividos y en función de su sistema de valores (20 pp. 1378-1383). Desarrollo en el cual los motivos, las ideas, las experiencias, los sentimientos, son atravesados por una corriente intencional que los hace comprensibles. Intencionalidad que los orienta, dice Ey, a un punto en el que el sentido personal relega a un segundo plano toda otra causalidad. Ese sentido es el que la coexistencia normal exige como “el mínimo necesario de transparencia intersubjetiva”. En la ‘controversia metodológica’ (*Methodenstreit* (29) la comprensión por el sentido (*Verstehen*) era lo que los defensores de la autonomía de las ciencias humanas sostenían que fundamentaba su carácter de ciencia, frente a la explicación (*Erklären*) o conocimiento por las causas, fundamento de las ciencias de la naturaleza. Controversia de métodos que también tenía su lugar en la psiquiatría francesa que desde 1928 conocía la *Psicopatología General* de K. Jaspers en su 3ª edición (30). Distinguiendo en las relaciones psíquicas las *relaciones de comprensión* de las *relaciones causales* (31) el autor alemán establecía una aproximación comprensiva y explicativa de la psicopatología. Si bien Lacan fue quien explicitó esos conceptos en su tesis de 1932 sobre la paranoia (32) ciertamente el pensamiento de Jaspers ya formaba parte de la reflexión psiquiátrica en Francia (33, p. 305).

2) Basándose en el concepto de que lo esencial de lo psíquico es ser causa de diferenciación personal y por lo mismo creador de variaciones, Ey distingue las “psico-variaciones” normales (porque son psicogenéticas)

<sup>2</sup> En este artículo se utilizan con frecuencia frases de Ey citando la fuente original pero sin ponerlas entre comillas queriendo indicar de ese modo que el autor las hace propias y se hace responsable por el uso que hace de ellas.

<sup>3</sup> Concepto cuya comprensión desarrollará a partir de los años ‘60.

<sup>4</sup> Psico-variaciones que en 1946 denomina imprecisamente “oscilaciones del campo de conciencia” y “diferenciaciones de la trayectoria de la personalidad”.

y las "fisio-variaciones". Estas últimas guardan relación con el substrato orgánico de la vida psíquica y en el fondo son irreductibles al análisis comprensivo. Entre ellas -siguiendo a K. Jaspers (34)- distingue, primero, las que son propias de la especie (ciclo sueño-vigilia, edad, sexo) y, luego, las individuales que cuando se organizan como formas de inferioridad psicológica son "variaciones patológicas" o "procesuales"(35).

En la 8ª. edición de su *Psicopatología General* (34) Jaspers señala que titular su trabajo sobre el *Delirio de celos* (1910) *¿Desarrollo de la personalidad o proceso?* "no fue una formulación adecuada", porque lo que quería señalar en su trabajo (34 p. 693n1 y 703) era que entre la normalidad (los desarrollos de la personalidad) y lo patológico (los procesos) existe una diferencia esencial. El problema ha sido que esa "formulación inadecuada" generó la idea equivocada que se reitera en la mayor parte de las publicaciones: la idea de que los casos patológicos pueden ser el resultado tanto de un "proceso" como de un "desarrollo de la personalidad" (36). Ey se refiere a esa misma distinción cuando considera la "teoría de los 'procesos' de K. Jaspers" (20 pp. 886-892)

En ese texto Ey dice que Jaspers, analizando casos de celos patológicos (37) describió formas diferentes de celos: algunos resultantes de un "proceso" y otros (de ideas sobrevaloradas) que plantean el problema diferencial con los celos normales.

Jaspers introdujo el concepto de "proceso" en relación con los primeros, que son casos en que la trayectoria de la personalidad sufre un quiebre por la irrupción de "otra cosa". Y, conceptualmente, distinguió dos tipos de procesos. Por un lado, el "proceso físico-psicótico" (20 pp. 886 y 1379) análogo al fenómeno dormir-soñar, que quiebra de modo caótico la trayectoria existencial, que evoluciona "por su propia cuenta" y que es refractario a la comprensión. Y por otro, el proceso que llamó "proceso psíquico", que opera una modificación que cambia la dirección de la personalidad, cambio que persiste y que transforma la existencia. Y llamó *proceso psíquico* a esa transformación, primero porque puede desarrollarse de modo análogo a la personalidad originaria (37 p. 150) lo que permite cierta comprensión racional y empática, y, segundo, porque solo puede ser estudiado psicológicamente.

Jaspers habla en cambio de celos normales cuando se desarrollan en continuidad con el carácter, donde las reacciones son comprensibles frente a los acontecimientos de acuerdo al dinamismo de la personalidad y cuando la pasión celosa progresa lentamente en un estado de exaltación cuantitativamente homogéneo. Las "crisis" que a veces aparecen no desorganizan el conjunto de las disposiciones afectivas.

En resumen, para K. Jaspers el análisis de la vida psíquica pone de manifiesto que hay dos tipos de existencia: los "desarrollos normales" y los "procesos patológicos" (físico-psicóticos y psíquicos). Consecuente con ese esquema Ey señala que es contradictorio afirmar que una psicosis paranoica es un "desarrollo de la personalidad". Primero, porque así se afirma que no es

procesual y, segundo, porque todos los hombres reaccionan a las dificultades de su existencia refractándolas en su carácter.

Jaspers creó el término de "proceso psíquico" para el delirio paranoico considerando que no era un proceso físico-psicótico (como en la esquizofrenia). Fue probablemente esa denominación lo que facilitó y justificó la interpretación psicogénica que Lacan hizo en su tesis, contra la opinión explícita del planteo jaspersiano (32 p.133, 38, 39).

Ey concluye su texto diciendo que la realidad de la patología mental exige el análisis estructural y lleva a una teoría del psiquismo, dos aspectos que son incompatibles con la idea de que los trastornos mentales sean determinados por la actividad libre, psicogenética. "Solo puede haber psiquiatría si ese punto de vista se acepta", de lo contrario, no.

#### **b) Conferencia de J. Lacan: "A propósito de la causalidad psíquica" (1 pp. 23-54)**

No es fácil exponer sobre lo que J. Lacan dijo en el Coloquio de 1946, y más aún cuando se intenta ubicar esa presentación en su obra por la forma personal como utiliza sus fuentes y por los cambios de sentido en los términos. Quienes introducen su obra señalan que Lacan se expresa de modo complejo, elíptico, paradójico y por momentos impenetrable. Esos autores exponiendo su pensamiento en un lenguaje más transparente aportan esquemas sobre: 1) los principios estructuralistas y la aplicación de la lingüística al inconsciente, 2) el proceso de identificación: la *Spaltung* inicial, la fase del espejo, la ascensión al orden simbólico (lógica hegeliana), 3) la existencia de dos discursos: el del yo consciente o del desconocimiento, y el del inconsciente o de la verdad del sujeto, 4) su concepto del registro o categoría de "lo real" y todo lo que implica.

Dentro de ese esquema, esta presentación considera la evolución del pensamiento de Lacan en relación con los hechos psicopatológicos donde aparece alejándose progresivamente de la medicina.

#### **b.1.- En 1932 Lacan considera a la enfermedad mental como un fenómeno natural.**

En su tesis para el doctorado de medicina, Lacan analiza una forma psicopatológica concreta. Elige un caso de delirio paranoico al que diagnostica por su tipicidad en relación diferencial con otras formas patológicas. En este momento se está frente a un Lacan médico que a propósito de psiquiatría habla de normalidad y de patología, de diagnóstico diferencial, de evolución, pronóstico y tratamiento Claro que es un Lacan que, sin descuidar la base biológica, a) sostiene que el análisis psicológico es necesario para el estudio de la patogenia de las enfermedades mentales (32 p.317) y b) un Lacan que tiene en cuenta especialmente la coherencia, propia de la síntesis psíquica, que se define por las relaciones de comprensión con las que se evalúan las conductas humanas (32 pp. 15-17).



Lacan define a la paranoia como una enfermedad de la personalidad, entendiendo que los fenómenos de la personalidad implican: 1º) un desarrollo biográfico donde los fenómenos están relacionadas de modo comprensible y que el sujeto vive como experiencias, 2º) una concepción de sí mismo que organiza la personalidad y que el sujeto vive en imágenes más o menos ideales de sí mismo; y 3º) cierta tensión de las relaciones sociales que se define por la autonomía de la conducta y que el sujeto vive como el valor social que tiene en el grupo.

Lacan define la psicogénesis de un síntoma cuando sus causas, sus manifestaciones y su tratamiento guardan relación con los mecanismos de la personalidad (p. 41). En la parte teórica de su tesis analiza dos posibilidades: a) en primer lugar las concepciones de la paranoia como “un desarrollo de la personalidad” (p. 50), es decir, como una reacción comprensible psicogenéticamente y en relación con la cual hay que precisar los factores orgánicos. Al afirmar lo comprensible, destaca sin embargo que el delirio no expresa directamente el trastorno sino que lo hace a través de un simbolismo social, que debe ser interpretado y b) luego considera las teorías que entienden que la paranoia está condicionada por un proceso de naturaleza orgánica (p. 94) señalando que hay “momentos fecundos” de esa psicosis<sup>5</sup> (estado predelirante, 40) que son idénticos a los de las psicosis orgánicas. Allí estudia los diversos mecanismos de los grandes grupos de psicosis orgánicas, para ingresar (p. 126) al concepto de *proceso psíquico* de K. Jaspers.

A propósito del caso clínico afirma que no se trata de un desarrollo por la solución de continuidad que existe entre su carácter anterior y su delirio, sino que es una modificación de la personalidad que relaciona con el “proceso psíquico” descrito por Jaspers (32 p. 133). Sin embargo, cuando analiza las relaciones de la psicosis y de la personalidad lo hace desde la perspectiva del determinismo de los fenómenos de la personalidad, es decir de la psicogénesis<sup>6</sup>. Ey en su comentario de la tesis (41) dice que Lacan se mueve entre dos ideas contradictorias: por un lado, al comienzo busca probar que la paranoia es un *proceso* y no un simple desarrollo hipertrófico “razonante” de tendencias patológicas innatas, y por otro sostiene que el trastorno depende de la personalidad.

*b.2.- En 1946: para Lacan “la ‘locura’ es una discordancia primordial entre el Yo y el ser”*

En el III Coloquio Lacan expresó las ideas que venía trabajando en la década anterior.

a) Interesado por la génesis del yo había sido influido fuertemente por las ideas de Hegel (seminarios de A. Kojève entre 1933 y 1939).

b) En 1936 había presentado un primer texto sobre

“la fase del espejo” (42). Fase o estadio que no entiende como una etapa en la maduración sino como una actividad mental persistente, un proceso de identificación con imágenes (imágenes) donde el sentido de unidad y de coherencia que aporta el espejo es una ilusión. Ilusión que es la primera alienación que sufre el hombre.

c) En 1938 publicó su monografía sobre *La familia* (Los complejos familiares) (43) en que se refiere a la “estructura cultural de la familia” donde las relaciones familiares incrementan la capacidad de comunicación y subvierten la rigidez instintiva. Los “*complejos*” no son solo una realidad inconsciente sino las formas fijas de las reacciones que reproducen la realidad del medio, es decir, son estructurados también conscientemente. Como en la conformación de los complejos tiene prioridad lo cultural frente a lo instintivo, su estudio deberá ser coordinado por el método sociológico. Y así Lacan se orienta progresivamente a analizar cuestiones no propiamente psiquiátricas.

d) En esa línea e influido por la lingüística estructural consideró que el advenir del sujeto a la palabra determina una segunda alienación: la de una carencia de ser, porque la palabra no solo es mediadora ya que apunta a la apariencia; Lacan ingresa así en un camino de alejamiento de la patología mental para introducirse -centrado en el inconsciente- en un sistema estructuralista-lingüístico que lo va a llevar a una reflexión sobre el hombre como problema.

En su conferencia (1 pp.23-54) del III Coloquio Lacan:

1) En primer lugar critica el organicismo que propone Ey (15) sosteniendo que es una doctrina: a) incompleta, porque, aunque la haya enriquecido progresivamente priva al fenómeno de la locura de su significación, significación por la cual la locura tiene que ver con el ser del hombre; b) contradictoria, porque no aceptando ninguna idea de psicogénesis sostiene sin embargo que la reacción de la personalidad es lo específico de la psicosis, y c) donde la actividad psíquica que describe es un sueño, “el sueño de un fabricante de autómatas”.

2) En segundo lugar, dice que quiere bosquejar el concepto del objeto en que se fundamentaría una psicología científica y pasa a considerar “la causalidad esencial de la locura”. Critica nuevamente a Ey quien, según Lacan, afirmaría que la creencia es un fenómeno deficitario. La creencia delirante, dice Lacan, no es un déficit, una falta de control, sino desconocimiento sistemático. En esta parte -reiterando que en el caso de la tesis demostró su estructura psicogenética- esboza los conceptos que seguirá organizando desde entonces: a) que la palabra no es signo sino nudo de significaciones y mediante la cual el alienado se comunica, b) que el delirante en lo que dice no se reconoce (la “ley del corazón” de Hegel: no reconoce que es su ser actual el que se manifiesta

<sup>5</sup> Lacan y Ey (quien dedicó un tomo de sus *Estudios psiquiátricos* al desarrollo de su concepto de “psicosis agudas”) señalan que esas vivencias invaden el campo mental desorganizado como “momentos fecundos” del trabajo delirante (“estado predelirante”, cf. ref. 40).

<sup>6</sup> La psicogénesis que propone Lacan no tiene que ver con la comprensión empática a la que se refiere K. Jaspers. Esta comprensión es el método que permite diferenciar lo normal de lo patológico ya que estos, por definición por ser procesuales no son comprensibles. En cambio, en psicoanálisis no se comprende así, sino que lo que se comprende es el sentido, es decir su ser efecto de una causalidad inconsciente.

en el desorden del mundo), y c) que la locura no es un hecho contingente en relación con la fragilidades del organismo sino la virtualidad de una herida abierta en su esencia, por lo que el “ser del hombre no puede ser comprendido sin la locura”, y afirma que la causalidad de la locura depende de una “insondable decisión del ser”, decisión en la que comprende o desconoce su liberación, que es “consentir su deseo”<sup>7</sup>.

3) En la tercera parte, sobre “los efectos psíquicos del mundo imaginario” considera: a) que las identificaciones ideales constituyen los fenómenos psíquicos cuyo centro es el Yo, pero un Yo que no es separable de sus formas ideales, b) se refiere a la primera identificación, la de la fase del espejo (cuando el sujeto se identifica con la imagen del otro e invertida) donde la imago aliena al sujeto, c) el deseo del hombre se constituye por la mediación ya que es, deseo de hacer reconocer su deseo, y d) el Yo primordial esencialmente alienado es la estructura esencial de la locura. Una discordancia primordial entre el Yo y el ser que el desarrollo psíquico -con el margen ínfimo de libertad como “insondable decisión del ser” de que dispone- tiene que resolver: lo que puede resolver bien o patológicamente.

*b.3.- Después de 1946: Lacan considera la locura como discordancia primordial entre el yo y el ser, pero no enfermedad mental.*

No es posible aquí considerar en detalle este aspecto de la obra de Lacan. De sus trabajos a partir de 1950 solo se considera el seminario *Las estructuras freudianas en las psicosis* (44) donde afirma que “el gran secreto del psicoanálisis es que no hay psicogénesis”. Son los cambios en el pensamiento de Lacan lo que explica ese pasar de la psicogenia defendida en 1932 a afirmar la inexistencia de la psicogénesis.

En su tesis de 1932 se refería a un sujeto unitario, como una personalidad que describía como síntesis donde la psicosis era generada por el determinismo de los fenómenos de esa unidad (psicogenia como causa). Y así, en base a los conceptos psicoanalíticos freudianos interpretando los fenómenos psicóticos comprende su sentido, es decir su causalidad.

En *Función y campo del discurso y de la palabra* (45) presentaba al sujeto, dividido por su acceso al lenguaje. En el discurso del consciente el sujeto se constituye como un yo donde no puede aprehender la verdad del inconsciente. En este discurso consciente del yo que tiene lugar a nivel de lo imaginario no importa la realidad ni la sucesión de los hechos que relata y además asume que la imagen está radicalmente separada del Otro del sujeto, del inconsciente. Es decir que el lenguaje del yo que habla y que cree decir la verdad sobre su esencia, lo distancia de la verdad del inconsciente que lo funda en su ser (46).

Con lo cual en 1955 el sujeto lacaniano aparece constituido en la alteridad radical del lenguaje como un ser dividido, descentrado (2) (algo se le impone en lo que dice). El punto de partida es ahora la división y la descentración del sujeto, el malentendido, el desconocimiento y no la personalidad como síntesis, unidad y coherencia de una supuesta interioridad (47). En consecuencia la génesis psíquica de 1932 (psicogenia) se volatiliza porque comprender, a nivel del discurso consciente, no tiene sentido ya que el significante introduce opacidad en toda evidencia inmediata.

Progresivamente Lacan cuando habla de “locura” se referirá a discordancia primordial y al sufrimiento subjetivo. Pero el problema, como lo sostiene Ey, es que la alienación que el hombre sufre mediado por un discurso, en el que se identifica con ideales y con racionalizaciones que lo apartan de su verdad, no es la alienación patológica (20 p. 1563). Con lo cual la enfermedad mental pierde su carácter de desorganización biológica y, en consecuencia, su realidad. Queda limitada básicamente a tres estructuras psicopatológicas, el diagnóstico diferencial se desdibuja, no se habla de la investigación de causas biológicas (causas que Lacan destacaba en su tesis) y la cura consiste en saber escuchar y frustrar al analizando para descubrir así, por detrás de la falsedad del discurso consciente, la verdad de su inconsciente.

#### *c) H. Ey discute la conferencia de Lacan (1 pp. 55-60)*

a) Ey le responde a Lacan: 1) que todo psiquiatra, cuando inicia su carrera y se enfrenta con la dificultad que suponen los hechos psicopatológicos, sufre la tentación de orientarse a la reflexión filosófica. Y que eso es lo que ha hecho Lacan mientras que él decidió mantenerse a nivel de los hechos clínicos; 2) que de acuerdo con la clínica es necesario una teoría organicista (no mecanicista)<sup>8</sup> que implique un “proceso en tercera persona” que quiebra la causalidad psíquica personal: como no es posible sustraerse a este hecho, Ey sostiene que Lacan escotomiza esa cuestión y que procede como si no existiese; 3) que en la perspectiva de Lacan el hecho psiquiátrico no tiene originalidad porque no acepta que hay una diferencia entre el error y el delirio<sup>9</sup> (48) entre la razón y la locura y porque sostiene que no tiene que ver con la patología cerebral; en la óptica de Lacan la locura, inmanente a la naturaleza humana se volatiliza; 4) que la hipótesis que Ey propone sostiene algunas de las verdades que Lacan afirma: la importancia del proceso de identificación en el desarrollo de la personalidad la significación del delirio, el valor humano de la locura, y especialmente que la locura es inmanente; pero que discrepa radicalmente en cuanto a esa inmanencia porque la locura en el hombre solo está en potencia y no en

<sup>7</sup> Lacan insiste en que el imperativo ético es no traicionar la “ley del deseo”, traición que tiene lugar cuando se adoptan las demandas “razonables” del orden simbólico. En la frase en que Freud fue leído: “donde era el Ello debo devenir Yo”, Lacan entiende que debe leerse: “...debo devenir el que soy”. Ética donde el sujeto debe preguntarse si ha actuado en conformidad con su deseo.

<sup>8</sup> Teoría órgano-mecanicista que analiza y critica en varios trabajos y especialmente en el *Estudio 5* (49 pp.83-102 y 20 pp.973-1058).

<sup>9</sup> El fundamento de la enfermedad mental y de las creaciones del hombre sería el mismo: una causalidad psíquica “que solo sería el fermento irracional de nuestro ser, solo ese movimiento por el cual nuestro personaje se construye a partir de lo imaginario”.

acto como lo piensa Lacan, hecho que exige estudiar las condiciones naturales<sup>10</sup> de por qué la locura pasa de su virtualidad a la existencia.

Ey concluye su crítica diciendo que toda psicogénesis pura de las enfermedades mentales desconoce el objeto propio de la psiquiatría y que solo lleva a afirmaciones triviales porque cuando se afirma que lo exclusivo es la estructura psíquica se suprime la realidad de la organización del psiquismo, y cuando se afirma que es ilusorio delimitar normalidad y patología -que es lo que fundamenta a la psiquiatría- entonces la enfermedad mental está por todos lados y en ninguna parte (y señala que tal vez sea por eso que Lacan utiliza reiteradamente ejemplos de “enfermos” que son personajes imaginarios).

B) En su texto inicial Ey se preguntaba ¿qué hechos clínicos son los que llevan a plantear el concepto de ‘psicogénesis’ de una psicosis?<sup>11</sup> (50).

Desde los trabajos de E. Bleuler se sabía que incluso en los trastornos de base orgánica evidente era posible reconocer reacciones psicogénicas secundarias ya que en todo trastorno el paciente sigue viviendo mentalmente.

Como ese planteo hizo perder interés a la oposición entre *somatógeno* y *psicógeno*, en los países escandinavos se buscó precisar las características que deben darse para poder afirmar que una reacción es psicogénica. E. Strömberg (51) señala que el concepto escandinavo de “psicosis psicogénica” guarda relación con los trabajos de A. Wimmer quien había señalado que esas “psicosis reactivas” que se dan en pacientes predispuestos, se caracterizan: a) por ser causadas por un trauma psíquico sin el cual la psicosis no hubiese existido; b) porque el contenido de la reacción es comprensible, y c) porque tienden a la recuperación. A esos criterios anteriores se ha agregado el de que una reacción es psicogénica cuando es atípica, es decir cuando no se ajusta a las fisonomías semiológicas consideradas típicas.

Ey en un artículo posterior (52) dice que esos diferentes criterios no permiten afirmar su carácter patológico porque, cuando se afirma el rol patógeno del acontecimiento traumático (emoción, conflicto psíquico sostenido), también se señala la alteración del umbral de reactividad, es decir, la existencia de una modificación orgánica de la resistencia a la agresión (los ejemplos más conocidos son el Delirio de referencia de los sensitivos de Kretschmer (53, 54) y el caso Wagner descrito por R. Gaupp (55); por otro lado, cuando se destaca el rol patógeno de la motivación inconsciente, dado que la comprensión consciente fracasa, el análisis estructural muestra que la psicosis no guarda relación ni con la personalidad del paciente ni con las situaciones reales (el ejemplo típico son los casos de delirio de celos

estudiados por Jaspers); la interpretación psicoanalítica si bien hace posible una comprensión del delirio, no lo explica; y, por último, concluye Ey, cuando se dice que el cuadro reactivo es patológico por su carácter atípico, lo que se reconoce es la riqueza psicogénica de la sintomatología, pero eso no categoriza a la reacción como patológica.

Finalmente Ey concluye diciendo: primero, que los hechos clínicos no permiten afirmar la existencia de patología mental específicamente “reactiva” ya que, ni el acontecimiento, ni la motivación son en sí mismos condiciones patógenas suficientes; segundo, que la denominada “patología reactiva” es una patología de la reactividad, una patología del *medio interno* que es la vida psíquica; tercero, que lo que explica el crédito que tiene la idea de que hay “enfermedades mentales reactivas” es que todo trastorno psíquico es una alteración del sistema relacional de la coexistencia y por lo mismo siempre se manifiesta en reacciones a las situaciones, a los afectos, a la historia del paciente (“El enfermo mental está alterado pero sigue siendo un hombre lanzado en su mundo”); cuarto, que una reacción psíquica es patológica cuando la desorganización hace real lo irreal, es decir, cuando la reacción implica esa parte de imaginario que vuelve incomprendible la vivencia (punto central del trabajo de Ch. Blondel en su obra *La conscience morbide* (56); y, quinto, que para poder diagnosticar una variación mental como patológica es necesario precisar su estructura propia y no quedarse en su apariencia superficial.

C) Centrado siempre en la realidad de la enfermedad mental Ey consolidó la presentación de su pensamiento en los tres tomos de los *Estudios Psiquiátricos*. En el primero (49) explicitó su modelo órgano-dinámico (que elaboró progresivamente como una hipótesis coherente, aprendible y heurística (20 parte VII, 28, 57), en el segundo (5) detalló la semiología de diversos motivos de consulta y en el tercero (27)<sup>12</sup> abordó el problema de la patología mental aguda. Por otro lado, organizó y dirigió la publicación de los tomos dedicados a la Psychiatrie de la célebre *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*. En otros escritos y en los Coloquios encaró la dilucidación de nociones tales como la herencia en patología mental (23), los delirios crónicos especialmente esquizofrénicos (24, 58) y el problema del Inconsciente (25, 28). Y, a partir de la década del '60, Ey atacó la construcción social que significaban los conceptos antipsiquiátricos por la negación que hacían de la realidad de la enfermedad mental (8, 59, 60, 61) dedicando su “*Tratado de las alucinaciones*” a luchar contra la teoría socio-psicogénica de la enfermedad mental.

<sup>10</sup> Ey concluye su trabajo sobre “El concepto de psiquiatría animal” diciendo que el psiquiatra “... que debe ser un antropólogo culturalista también ha de ser -para adecuarse a su objeto- un naturalista” (Ey H. El concepto de psiquiatría animal. In. Brion A., Ey H. Psiquiatría animal. México: Siglo XXI; 1966; pp. 3-49).

<sup>11</sup> La *psicosis* ocupa el centro de toda clasificación y constituye lo prototípico de la patología mental por su irreductibilidad a interpretaciones puramente organicistas o psicologistas.

<sup>12</sup> En la nueva edición del Crehey del 2006 los tres tomos originales se presentan en dos volúmenes. El volumen 1 reúne los tomos I y II y el volumen 2 corresponde al tomo III.

En 1967 insiste en que es imposible la psicogénesis de las experiencias delirantes y alucinatorias primarias (62). En esas experiencias irrumpe algo que es de "otro mundo", la subjetividad es objetivada y por lo mismo son incomprensibles. Esas vivencias que son expresión verbalizada de una intencionalidad que se desarrolla en el inconsciente ¿qué relación tienen con el Inconsciente? Ey se refiere al paciente de Gruhle, el cual al ver la gorra de color rojo de un jefe de estación "sabe" que el fin del mundo está próximo. ¿Es suficiente con que el Inconsciente intervenga para que el paciente viva ese significado seguro en una percepción insignificante? Ey responde que la configuración significativa que aparece es el desarrollo imaginario de la angustia inconsciente pero también un acontecimiento vivido a nivel de la conciencia, integrado a su discurso. El carácter simbólico de una representación es la marca del accionar presente de la conciencia, que es la que establece que "esto" es imaginario y que "aquello" es real. Cuando se dice que el delirio es simbólico se afirma la intervención de la intencionalidad inconsciente pero a la vez cierta modalidad de la conciencia. Y para que ese "otro mundo" sea admitido en la conciencia es necesario que se dé un disfuncionamiento del modo de ser consciente, como dice Ey del "sistema de la realidad que es el Yo. Pero no un Yo sumergido en el Inconsciente sino el Yo que lo es 'verdaderamente' por ser consciente".

Ey analiza entonces el "*Complemento metapsicológico a la doctrina del sueño*" (63) <sup>13</sup> donde Freud se refiere a la necesidad de investigar el sistema consciente como un tercer sistema psíquico y donde afirma que la prueba de realidad es una de las grandes instituciones del Yo. Ey destaca con satisfacción esos planteos de Freud (poco citados) que ponen en la base del sueño, al dormir y en la de las experiencias delirantes una desorganización "que es una regresión hacia la positividad arcaica de las instancias inconscientes y al mismo tiempo una desorganización del ser consciente". "Es decir que para que el inconsciente se objetive es necesario que un proceso en tercera persona metamorfosee la organización del ser consciente, es decir del sistema de la realidad".

### **"Lo que nos separa estimado Lacan es lo que opone la psiquiatría de las ciudades y la psiquiatría de los campos"**

En esa frase Ey resume lo que he buscado de exponer en este artículo. Ey y Lacan se "separan" porque los objetos que trabajan "se oponen" en el sentido de que son realidades radicalmente distintas. Para Ey son las variaciones mentales patológicas y para Lacan las variaciones

normales<sup>14</sup>. "Objetos" diferentes que determinan métodos de investigación, clínicas y tratamientos diferentes.

Ey afirma que la enfermedad mental es una realidad objetiva que determina un saber y una praxis de carácter médico: la psiquiatría. Su objeto, la enfermedad mental por estar en el cruce de las ciencias de la naturaleza y de las ciencias del hombre requiere una complementación de esas ciencias, tanto en el plano teórico como práctico: una clínica en la que se diagnostican estructuraciones patológicas de la vida mental y que se tratan en su realidad de *cuero psíquico* desorganizado.

Lacan por su interpretación lingüística del psicoanálisis, rechaza que se lo asimile a la medicina y lo hace porque lo que trabaja y desarrolla no es psiquiatría. En la clínica del acto psicoanalítico se encara el sufrimiento humano subjetivo y el tratamiento es una "cura por la palabra".

### **Conclusiones**

Considerar las discusiones que tuvieron lugar en el III Coloquio ayuda a reflexionar en relación con dos problemas siempre actuales. Primero, que todo saber en el mundo se refiere a objetos particulares que son estudiados con medios determinados y desde un cierto punto de vista con lo cual el saber parcial sobre el hombre que así se genera no puede ser utilizado como un saber total (64). Según E. T. Mahieu (2) Ey y Lacan partían de concepciones antropológicas antagónicas: Ey, la de un yo como centro de autodeterminación y Lacan, la de un sujeto que recibe sus determinaciones desde fuera. El problema aquí es lo fundamentado de cada antropología.

E. Matthews filósofo de la escuela analítica dice (65 pp.145-147) que Lacan a través de una concepción del lenguaje esencialmente metafórica proporcionó una descripción psicoanalítica de la construcción del sujeto, construido por deseos no conscientes pero que lo hizo sin argumentos empíricos. El segundo problema es sostener la existencia de "dos discursos", el del yo consciente y del inconsciente ya que poder descifrar el lenguaje del inconsciente, explicarlo y argumentar sobre él, solo se puede hacer si se procede de manera metodológicamente correcta en lenguaje consciente.

Con lo que se puede entender que lo que tuvo lugar en el III Coloquio de Bonneval no fue en realidad un debate ya que no se referían a lo mismo: Ey insistía en hablar de la alienación patológica mientras que Lacan, exponiendo sobre la alienación del hombre según Hegel, hablaba de la "causalidad esencial de la locura".

La discusión por momentos ¿se volvió un "*diálogo de sordos*"? La respuesta la tiene el lector. ■

<sup>13</sup> Ey analiza este breve artículo de Freud (20 pp.1132-1152) cuando desarrolla por última vez su hipótesis de trabajo donde reitera la necesidad de modificar profundamente la teoría psicogénica pura.

<sup>14</sup> En la pág.31 del Coloquio Lacan dice "bosquejar el concepto del objeto en que se fundaría una psicología científica".

## Referencias bibliográficas

1. Ey H, Bonnafé L, Follin S, Lacan J, Rouart J. (1946 [1950]) Le problème de la psychogenèse des névroses et des psychoses. III Colloque de Bonneval. Paris: Desclée de Brouwer.
2. Mahieu ET. Jacques Lacan, Ey et Lacan: la folie entre corps et esprit. *Les Cahiers Henri Ey*, 2008, No. 20-21:187-203.
3. Charles M. (2004) *Ey/Lacan. Du dialogue au débat ou l'Homme en question*. Paris: L'Harmattan.
4. Kripper A. De cómo Lacan no salió intacto de lo heterogéneo en la tesis de Lacan. <https://www.academica.org/000-072/811>
5. Lutereau L. El problema de la intersubjetividad: entre la fenomenología y el psicoanálisis. [www.revistaepistemologia.com.ar/.../13.El%20problema%20de%20la%20intersubjetividad](http://www.revistaepistemologia.com.ar/.../13.El%20problema%20de%20la%20intersubjetividad)
6. Mattioli G. El inconsciente lacaniano y la psicogénesis. <https://guillermomattioli.com/el-inconsciente-lacaniano-y-la-psicogenesis>
7. Sauval M. Comentario de "Acerca de la causalidad psíquica" <http://www.sauval.com/articulos/causalidadpsiquica.htm>
8. Ey H. (1978) *Défense et illustration de la psychiatrie*. Paris: Masson.
9. Ey H. (1952) Le normal et le pathologique, Où commence la maladie? *Convergences (Groupe Lyonnais d'Etudes)*. Paris: Spes; 125-141
10. Canguilhem G. (1971) *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo XXI Argentina.
11. Ey H. (1975) *Des idées de Jackson à un modèle organo-dynamique en psychiatrie*. Toulouse: Privat.
12. Minkowski E. (1966) *Traité de psychopathologie*. Paris: Presses Universitaires de France.
13. Birbaum K. (1974) "The making of a psychosis", en Hirsch S., Shepherd M. *Themes and variations in European Psychiatry (an anthology)*. Charlottesville: Univ. Press of Virginia; pp. 197-238.
14. Ey H. (éd) (1977) *La notion de schizophrénie*. (Seminaire de Thuir). Paris: Desclée de Brouwer.
15. Ey H, Rouart J. Essai d'application des principes de Jackson à une conception dynamique de la neuropsychiatrie (préface de H.Claude). (Monographie de l'Encéphale, Paris: Doin, 1938). *L'Encéphale*. (1936) 31,1:313-356, 31:2:30-60, 31:2:96-123.
16. Lacan J. A propos d'Henri Ey: Hallucinations et délire. *L'Evolut Psych* (1935) I:87-91.
17. Ey H. *Hallucinations et délire (les formes hallucinatoires de l'automatisme verbal)*. Paris: Alcan; 1934.
18. Ey H. La notion d'automatisme en psychiatrie. *L'Evolut. Psychiat.* (1932) 4: 11-35.
19. Ey H. La notion de constitution. Essai critique. *L'Evolut. Psychiat.* (1932) 4:25-34.
20. Ey H. (1973) *Traité des Hallucinations*. Paris: Masson [Versión castellana: Tratado de las alucinaciones. Buenos Aires: Polemos. 2009].
21. Ey H. (1943) Esquisse du plan de l'histoire naturelle de la folie (notes recueillies par Jacques Delmont). I Journées de Bonneval, 1942. Imprimerie la Roche-sur-Yon.
22. Ey H, Ajuriaguerra J.de, Hécaen H. (1947) Les rapports de la neurologie et de la psychiatrie II Colloque de Bonneval. Paris: Hermann.
23. Ey H. (1950) Heredo-Psychiatrie. IV Colloque Bonneval (inédito). Archives Municipales de Perpignan.
24. Ey H. Les problèmes cliniques des schizophrénies. V Colloque de Bonneval, 1957. *L'Evolut. Psychiat.*, (1958) 23: 149-211.
25. Ey H (ed) (1966 [1960]) *L'inconscient*. VI Colloque de Bonneval. Paris: Desclée de Brouwer.
26. Erasmo de Rotterdam. (1972) *Elogio de la locura*. Madrid: Espasa-Calpe.
27. Ey H. "Estructura de las psicosis agudas y desestructuración de la conciencia", en *Estudios Psiquiátricos (Vol III)* (traducción de la edición francesa, Crehey, 2006); Buenos Aires: Polemos; 2008.
28. Ey H. (1968) *La conscience*. [Versión castellana: La conciencia (traducción de la 2ª. edición francesa). Buenos Aires: Polemos, 2013].
29. Fulford K.W.M., Thorton T., Graham G. (2006) Psychopathology and the 'Methodenstreit', in *Oxford Textbook of Philosophy and Psychiatry*. Chap. 10. Oxford: Oxford Univ. Press; pp. 211-238.
30. Jaspers K. (1928) *Psychopathologie générale*. Paris: Felix Alcan.
31. Jaspers K. (1977) Relaciones causales y "comprensibles", entre destino y psicosis en la demencia precoz (esquizofrenia), en Jaspers K. *Escritos psicopatológicos*. Madrid: Gredos; pp. 413-515.
32. Lacan J. (1976) *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad*. México: Siglo XXI.
33. Claude H, Ey H. Hallucinations, pseudo-hallucinations et obsessions. *Ann.méd.-psychol.* (1932) II: 273-316.
34. Jaspers K. (1997) The basic problem of psychopathology: is it personality development or process? en Jaspers K. *General Psychopathology (2 vol)*. Baltimore: The Johns Hopkins Univ. Press.; pp. 702-706.
35. Alonso-Fernandez F. (1968) "Proceso y desarrollo", en *Fundamentos de la psiquiatría actual*. Tomo I. Cap. 4º. Madrid: Paz Montalvo; pp. 139-177.
36. Mahieu ET. Lacan, Aimée, Jaspers. *Les Cahiers Henri Ey*, 2009, No. 23-24: 371-396.
37. Jaspers K. (1977) "Delirio celotípico. Contribución al problema: ¿desarrollo de una personalidad o 'proceso'?", en Jaspers K. *Escritos psicopatológicos*. Madrid: Gredos; pp. 111-181.
38. Lanteri-Laura G. La notion de processus dans la pensée psychopathologique de K. Jaspers. *L'Evolution Psych* 1962, 25: 459-499.
39. Leguil F. *Lacan avec et contre Jaspers*. Ornicar 1989, 48: 5-23.
40. Berríos GE, Fuentenebro de Diego F. (1996) *Delirio*. Madrid: Trotta.
41. Ey H. A propos de: Lacan J. "De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité. *L'Encéphale*, 1932, II: 851-856.
42. Lacan J. El estadio del espejo como formador de la función del yo (je) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. <https://planetafreud.wordpress.com/2009/09/06/2-2-el-estadio-del-espejo-como-formador-de-la-funcion-del-yo-je/>
43. Lacan J. (1978) *La familia*. Barcelona: Argonauta.
44. Lacan J. (1997) *El Seminario 3: Las psicosis*. Buenos Aires: Paidós.
45. Lacan J. (1966) Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse, en *Écrits*, Paris: Seuil, pp. 237-322.

46. Rifflet-Lemaire A. (1986) *Lacan*. Buenos Aires: Sudamericana.
47. Meléndez-Zermeño F. La inexistencia de la psicogénesis: el gran secreto del psicoanálisis. *Investigación en Salud* Guadalajara, México (2004) VI, 1: 43-49.
48. Ey H. La psychose et les psychotiques (Essai d'analyse logique et structurale). *L'Évolut Psychiatr* (1975) 40:103-116.
49. Ey H. *Estudios Psiquiátricos* (Vol I) (traducción de la edición francesa, Crehey, 2006). Buenos Aires: Polemos; 2008.
50. Villagran JM. (2012) "La idea delirante psicogénica", en Fernandez L.J., Berrios G., Yáñez B. *Las psicosis atípicas. De la epistemología al tratamiento*. Madrid: UNED, Ciencias de la Salud.
51. Strömngren E. (1974) "Psychogenic psychoses", en Hirsch S., Shepherd M. *Themes and variations in European Psychiatry (an anthology)*. Charlottesville: Univ. Press of Virginia; pp. 97-117.
52. Ey H. La notion de "réaction" en psychopathologie (Essai critique). *Confrontations psychiatriques*, 12, 1974: 43-62.
53. Krestchmer E. (1974) The sensitive delusion of reference, en Hirsch S., Shepherd M. *Themes and variations in European Psychiatry (an anthology)*. Charlottesville: Univ. Press of Virginia; 1974; pp.153-195.
54. Krestchmer E. (2000) *El delirio sensitivo de referencia*. Madrid: Triacastela.
55. Gaupp R. (1974) "The scientific significance of the case of Ernst Wagner. The illness and death of the paranoid mass murderer schoolmaster Wagner: A case history", en Hirsch S., Shepherd M. *Themes and variations in European Psychiatry (an anthology)*. Charlottesville: Univ. Press of Virginia; pp.121-150.
56. Blondel Ch. (1914) *La conscience morbide. Essai de psychopathologie générale*. Paris: Alcan.
57. Ey H. Esquisse d'une conception organo-dynamique de la structure, de la nosographie et de l'étiopathogénie des maladies mentales, en *Psychiatrie der Gegenwart*, Berlin, Springer Verlag, 1963: 720-762. [Versión en inglés: Outline of an organo-dynamic Conception of the Structure, Nosography, and Pathogenesis of mental Diseases. In: Natanson M. *Psychiatry and Philosophy*. Berlin, Springer-Verlag, 1969: 111-161]
58. Ey H. Le problème de la délimitation et la définition du groupe des schizophrénies. Congrès de Zurich, 1957. *Compte Rendu*: 144-151.
59. Ey H. L'anti-psychiatrie (Son sens et ses contresens). *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie* (1), 37005 A30, 1974:11.
60. Ey H. L'expertise psychiatrique et le problème de la responsabilité pénale. (L'impossible procès de l'article 64 du Code Pénal). *Psychiatrie française* (1977) 8,3:239-248.
61. Ey H. Psychiatrie et Criminologie: "Punir ou guérir" (à propos d'une émission radiophonique: 4/8 octobre 1976), *L'information Psychiatrique*. (1977) 53:347-361.
62. Ey H. L'impossibilité radicale d'une psychogénèse des expériences délirantes et hallucinatoires primaires. *Interprétation* (1967) 1, 3:5-17.
63. Freud S. "Complemento metapsicológico a la doctrina de los sueños", en Freud S. *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu; vol.XIV: 221-233; 1979.
64. Jaspers K. (1967) *La Razón y sus enemigos en nuestro tiempo*. Buenos Aires: Sudamericana.
65. Matthews E. (1996) *Twentieth-century French philosophy*. Oxford: Oxford. Univ. Press.

# Psicogénesis

Ricardo Avenburg

*Psiquiatra. Psicoanalista*

Voy a partir de la definición de “psíquico” del “Diccionario de la Real Academia”.

Psíquico: del latín “psychicus” y éste del griego “psíqué” (lo escribo en letras latinas): adj. Relativo o perteneciente al alma.

En los diccionarios latinos que tengo no hallé el término “psychicus”.

Del diccionario Vox griego-español “psyqué”: soplo, hálito, aliento vital; fuerza vital, alma (como principio de la vida); vida, ser viviente, persona; ser querido; alma (como contrario al cuerpo), espíritu, corazón; inteligencia, mente, espíritu, ingenuo, voluntad, deseo, apetito, gusto; sombra de un cuerpo.

¿Qué podemos sacar de estos sucesivos significados que tomó el término “psíqué”? Partamos de su primer sentido: soplo, hálito, aliento vital; en principio (según una profesora de lengua griega de la Facultad de Filosofía y Letras) se refería al soplo que es el último aliento que expedía el moribundo. Se podría decir que su alma (uno de los sentidos de “psíqué”) se expandía en el mundo: el mundo se llenaba de almas, es decir estamos en el terreno del animismo. El animismo, según Freud se dio con el comienzo del lenguaje humano, cuando las palabras se identificaban con las cosas que designaban y el mundo se llenaba de palabras (de hálitos), de significados, de almas. Es con el desarrollo del lenguaje (del preconscious) que se comenzó a discriminar las cosas de las palabras. ¿Qué es el alma? Es entonces lo que permite discriminar el sentido de las cosas, el mundo está cargado de sentidos, de almas, de “psíqué”. Desde este punto de vista el alma es una construcción del lenguaje humano.

Y acá aparece la dialéctica (o contradicción no dialéctica) entre el monismo y el dualismo: el alma ¿es una parte del cuerpo o es una estructura independiente del mismo? Desde una posición dualista es difícil definir cuál es la génesis de la “psíqué”. ¿Tiene un origen divino, o, de lo contrario, cuál sería una génesis que trasciende al cuerpo?

En Freud, el término psicogénesis (“Psychogenese”), por lo que pude encontrar, es usado por única vez en

“Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina”.

En alemán, Freud, por ejemplo, en “El yo y el ello”, usa “das Psychischen” como sustantivo, aunque habitualmente lo usa como adjetivo: “el aparato psíquico” y en el caso recién citado “psicogénesis” cuyos respectivos sustantivos son “Aparato” y “Génesis”. Pero también en “El yo y el ello” habla Freud de “gewisse seelische Strebungen” (“ciertas tendencias anímicas”) en donde el término de lo *psíquico* es reemplazado como anímico (adjetivo); sin embargo, creo que es más frecuentemente usado por Freud el término “die Seele”, o sea el “alma” que “el psiquismo” o “lo psíquico”.

Más allá de toda definición precisa, en castellano usamos en psicoanálisis “lo psíquico” o “el psiquismo” y no el alma, que tiene para nosotros una connotación más filosófica o religiosa. Por lo tanto, al hablar de psicogénesis me referiré a la génesis del aparato psíquico.

Freud se refiere a la génesis del aparato psíquico en el ser humano y, en el “Proyecto de una psicología” dice que el primer acto psíquico es la “realización alucinatoria del deseo”.

Quiero aclarar que aquí nos movemos en un terreno puramente especulativo, en términos de Kant nos movemos con la “razón pura”. Kant nos dice en su “Crítica de la razón pura” que todo conocimiento surge de la experiencia sensible; fuera de ésta nada podemos conocer. Pero tenemos derecho a preguntarnos: ¿y esto a qué se debe? ¿Cuál es su origen? y, si es el que suponemos, ¿cuáles serán sus consecuencias, fácticas o/y cognitivas? Y tenemos derecho a seguir pensando con la razón pura. Pero tenemos que tener en cuenta que sus resultados no serán “constitutivos”, es decir, reales, sino “regulativos”, o sea que nos permitan, desde el punto de vista de cada uno, cómo ubicarnos en el mundo (ej.: ¿existe Dios o no?). Y a veces, con esta ubicación, esta razón pura nos permite ubicarnos en un lugar desde el cual encontramos nuevas experiencias sensibles que se nos mantenían ocultas (esto lo pienso yo, no recuerdo que lo haya dicho Kant).

Gran parte de la teoría psicoanalítica se afirma en la razón pura: luego de profundizar en la neurología, descubrir las “barreras de contacto” (que luego se llamarían “sinapsis”), desarrollar el tema de las afasias, etc., se dio cuenta que los conocimientos neurológicos no le servían para comprender los síntomas neuróticos, los sueños y los actos fallidos. A partir de aquí, para poder pensar dichos fenómenos, inventó un esquema del aparato psíquico que expuso en el Capítulo VII de la “Interpretación de los sueños” y de ahí formuló toda la teoría psicoanalítica pasando por “Más allá del principio del placer” y “El yo y el ello”, a través de su teorización (razón pura, nadie pudo ver ni tocar al ello ni al superyo) y con su interacción con la experiencia sensible, pudo conectarse con la realidad y curar a los pacientes.

¿Cuál es, siguiendo la razón pura, el primer acto psíquico en el ser humano? Al principio de la vida el bebé siente hambre y llora (lo que luego Freud designará como angustia de nacimiento). Viene el pecho, el bebé bebe la leche, y se calma. Luego, al volver el hambre, éste se acompaña ahora con el recuerdo alucinatorio del pecho (alucinación que supongo que en este nivel eso no es visual sino táctil, olfativa o gustativa), pero el hambre no se calma y llora nuevamente hasta que “el pecho” lo escucha y lo calma en la realidad. Para Freud esta alucinación desiderativa es el primer acto psíquico, es decir, un *deseo*. A partir de este momento las sensaciones de tensión y distensión se transforman, habiéndose producido el primer acto psíquico, en sensaciones de placer y displacer, o sea que se inaugura el *principio del placer*.

Una pregunta que se nos plantea es: ¿y no hay psiquismo en el feto? (para Arnaldo Rascovsky hay un psiquismo fetal). ¿Tendrán alguna influencia en el feto las cosas que le pasan a la madre? No estoy seguro de que no, aunque no sé si las cosas que experimentaría el feto se las podría llamar psíquicas.

¿Y las otras especies animales tienen psiquismo, tendrán realizaciones alucinatorias de deseos? Tal vez, si pensamos en los animales superiores, creo que sí, aunque cada uno con sus características específicas. No podría decir que las hormigas tienen alucinaciones desiderativas: hay sí tensiones de necesidad, o sea instintos (“Triebe” en Freud) que aparecen en la primera forma de vida (ver “Más allá del principio del placer”) y, por supuesto, en todo el reino vegetal y animal, (incluyendo al ser humano), como instintos de vida y de muerte.

O sea que los instintos, o sea la expresión de las necesidades vitales, se da en todos los seres animados y, si decimos seres animados, estamos diciendo seres con alma. Tanto en su etimología griega (“psique”) como el uso que hace Freud en su idioma (el alemán: “Seele”) alma es sinónimo de psiquismo. Siguiendo este uso, decimos que todo ser animado (vivo, incluyendo los vegetales) tiene psiquismo y que la psicogénesis se da desde el comienzo de la vida.

Siguiendo esta línea, no hay ser vivo que exista en soledad; los seres vivos tienen, por lo tanto, sus medios de comunicación (inclusive los vegetales y seguramente las bacterias y virus), o sea sus modos de lenguaje (no ver-

bal, por supuesto). ¿Tienen psiquismo? Dejemos de lado el concepto de alma y si no tomamos a “psiqué” como sinónimo de “anima” ¿qué es el psiquismo? Podríamos decir que es un sistema de representaciones que, reproduciendo experiencias previas, pueden evaluar las nuevas: esto que percibo, ¿es bueno o malo para mí? ¿lo busco o lo trato de evitar?

Dice Ferenczi en “Thalassa” que la vida comenzó en el agua y que a consecuencia de grandes sequías que se produjeron, muchas especies vivas se extinguieron mientras que otras lograron adecuarse a las nuevas condiciones y que aún, luego de millones de años (imposible saber cuántos) siguen sobreviviendo. ¿Cómo lograron tal supervivencia? No cabe duda de que de alguna manera fueron aprendiendo lo que debían saber para sobrevivir (y desarrollarse). El instinto correspondiente a la conservación de la especie es, según Freud, el sexual (el de autoconservación es el de la conservación de la vida individual). ¿Presupone la presencia de un psiquismo? ¿O el psiquismo es una superestructura que se asienta sobre el instinto? Y, volviendo a la pregunta inicial: ¿en qué consistiría esa superestructura? Refiriéndonos al instinto sexual, su expresión es la “libido”. En mi libro “Nuevos diálogos y reflexiones sobre psicoanálisis” analizo las diversas definiciones del término libido en la obra de Freud. Al principio de su obra, en “Tres ensayos...” enfatiza el carácter somático de la libido y la equipara al “hambre” como una fuerza con modificaciones cuantitativas: “A esta libido la diferenciamos de la energía que ha de ser atribuida a los procesos anímicos en general”. En cambio, en “Psicoanálisis y teoría de la libido” de 1923, dice: “El instinto sexual, cuya exteriorización dinámica en la vida anímica es llamada “libido”.

En “Teoría sexual...” (1905) diferencia a la libido de los procesos anímicos en general, en “Psicoanálisis y teoría de la libido” (1923) la libido pertenece a la vida anímica: en el primer caso es un hecho biológico, en el segundo forma parte del aparato psíquico. Al final de su obra, “Psicoanálisis” (1925) la libido es la “exteriorización de la fuerza de Eros” que, según el “Compendio del psicoanálisis” “...sirve para neutralizar las tendencias destructivas existentes” (1938). En resumen, pasa de definir la libido como un concepto biológico a uno psicológico y termina con una definición que yo calificaría como metabiológica.

Por lo tanto, para hablar de psicogénesis hay que definir qué es el psiquismo. Creo que, en el campo psicoanalítico, hasta donde yo pude ver, no hay una clara definición. Esta habría que buscarla en el plano filosófico, en el que nos encontramos con una confrontación entre materialismo e idealismo, tema a ser considerado a lo largo de la historia de la filosofía.

Desde el punto de vista práctico, propongo una definición convencional, basada en la razón pura (definición regulativa y no constitutiva en términos de Kant). Partiría del ser humano y, como dice Freud, el psiquismo como el representante del instinto en un nivel más elevado: la realización alucinatoria del deseo. ■



# El trauma de Freud a Lacan: una relectura teórica a partir del «giro lingüístico»

Elena Levy Yeyati

*Doctora en Medicina de la Universidad de Buenos Aires*

*Especialista en psiquiatría*

*Psicoanalista*

*Analista de Escuela de la Escuela de la Orientación Lacaniana (2017-2020)*

*E-mail: elyeyati@intramed.net*

---

## Resumen

Este trabajo muestra cómo la influencia del «giro lingüístico» en la filosofía del siglo XX se refleja en el análisis sobre el trauma que hace Jacques Lacan. Con este objetivo, la recepción de Lacan del «giro lingüístico» será considerada en el texto programático que abre su Seminario: «Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis». En este texto son resueltos los impasses y ambigüedades señaladas por Sigmund Freud sobre cómo entender lo traumático (¿es algo interior o es exterior?). La nueva perspectiva, abierta por la aplicación del «giro lingüístico» a la idea de trauma, también modifica nuestro modo de concebir la localización de lo inconsciente (como algo más exterior que interior), así como lo que podríamos entender sobre la posición del analista en el tratamiento.

**Palabras clave:** Freud - Trauma - Metáfora interior-exterior - Giro lingüístico - Lacan - Lenguaje creador.

TRAUMA, FROM FREUD TO LACAN: A THEORETICAL REINTERPRETATION FROM THE «LINGUISTIC TURN»

## Abstract

The aim of this paper is to show how the influence of the «linguistic turn» in the XX century philosophy is reflected in Jacques Lacan's analysis of trauma. In this regard, Lacan's reception of the «linguistic turn» is considered in the programmatic text that opens his Seminar: "The function and field of speech and language in psychoanalysis." In this text the impasse and ambiguities signaled by Sigmund Freud about how to understand the traumatic (is it something interior or exterior?) were resolved. The new perspective, laid open by the application of the «linguistic turn» to the idea of trauma, also modifies what we conceive as the localization of the unconscious (as something more exterior than interior) and what might be understood as the analyst's position during the treatment as well.

**Key words:** Freud - Trauma - Interior-exterior metaphor - Linguistic turn - Lacan - Creative power of language.

«...el psicoanálisis se aficiona a poner en el afuera lo que está en el interior, a saber el inconciente»

Jacques Lacan

## Introducción

Del primer Freud al último Lacan se produce un desplazamiento de lo que, situado en los orígenes del sujeto, se considera traumático: del trauma sexual al trauma de *la-lengua*. En el origen del psicoanálisis las escenas de seducción que narraban las histéricas representaron un primer modo de abordaje de la sexualidad como trauma. El último Lacan teoriza lo inconciente como el traumatismo del encuentro con el lenguaje. Desde la perspectiva de Lacan lo inconciente, que tradicionalmente se había representado como interior, ha pasado afuera -a esa encrucijada en que lo más íntimo nuestro, está afuera-. En este trabajo, siguiendo el problema de la «localización» del traumatismo (¿es interior o exterior?) en psicoanálisis, voy a mostrar cómo la recepción lacaniana del giro de la filosofía hacia el lenguaje operó ese deslizamiento respecto de las teorizaciones de Freud. El apoyo de Lacan en el llamado «giro lingüístico» permitió un primer modo de zanjar las aporías de la metáfora interior-exterior.

### Freud: «Ya no creo en mi “neurótica”»

En 1897 se produjo un cambio de suma importancia teórica en el pensamiento de Freud, relativo a la etiología traumática de las neurosis. Hasta ese momento Freud explicaba la etiología de las neurosis en general, y la de la histeria en particular, por una experiencia de seducción real por un adulto que padecían los niños que se volverían neuróticos en un futuro. Los investigadores han fechado este giro teórico teniendo en cuenta la carta del 21 de septiembre de 1897 de Freud a Fliess (1) donde admite la necesidad de rectificar su teoría general de las neurosis. «Ya no creo más en mi “neurótica”» le escribe. ¿Por qué? Freud expuso en la carta sus argumentos: siguiendo esa perspectiva no lograba llevar los análisis a una terminación efectiva -es decir, no se le revelaba lo patógeno primero-, la barrera entre lo inconciente y lo conciente no puede ser superada ni en la psicosis más desorganizada; le resultaba sorprendente y poco verosímil que en todos los casos el padre hubiera de ser inculcado; y, el punto que aquí abordamos centralmente: en lo inconciente la fantasía sexual se apodera casi siempre de los padres pero no existe un signo que permita «distinguir la verdad de la ficción investida con afecto».

Casi 30 años después, Freud (2) caracteriza lo que

fue su primera teoría realista del trauma como un «error funesto» que podría haberlo llevado afuera del psicoanálisis. Debió admitir que algunas veces los pacientes fabulaban las escenas de seducción de su infancia que decían recordar, otras evocaban los hechos con nitidez, y otras mezclaban realidad y fantasía. Freud no tenía modo de distinguir la realidad de la ficción (suya o de sus pacientes) donde parecía residir el descubrimiento de la fuente de neurosis posteriores. El «golpe» de la revelación resintió la confianza en su método. Pero la perturbación se acompañó de una rectificación decisiva: los síntomas no se anudaban de manera directa a vivencias efectivamente reales sino a fantasías, y que para la neurosis «valía más la realidad psíquica que la material» (p. 32-33)

Mediante la rectificación de su enfoque, Freud formulará una nueva y más compleja ecuación etiológica de las neurosis y su relación con el trauma. En el núcleo de toda neurosis habría una neurosis traumática asociada con fantasías despertadas por acontecimientos accidentales infantiles, lugar de un trauma que podríamos denominar inaugural.<sup>1</sup> Pero lo traumático, ¿es el acontecimiento accidental (exterior) o la fantasía que despierta (interior)? No está claro.

Las modificaciones teóricas se acompañaron de una modificación metodológica. Según las descripciones de Freud, el nuevo abordaje analítico consistió en abstenerse del recurso a la hipnosis o a las técnicas de afrontamiento, para hacer conciente lo inconciente venciendo resistencias del individuo despierto. Con el cambio de método, Freud modifica la actitud con que recibe lo que le dicen sus pacientes: del total asentimiento acordado a los dichos del enfermo, pasa a no discutir la verdad de los dichos de sus neuróticos. O, al menos, abstenerse de manera tal que el paciente no sepa lo que él cree acerca de lo que le cuenta. Recordemos que, especialmente en la clínica de lo traumático, la mendacidad es común y el método freudiano ya no se propone sortearla artificialmente -mediante hipnosis-. Se trata, más bien, de sostener una atención flotante de manera que se suspenda el juicio (de realidad) del analista sobre lo verdadero y lo falso, privilegiando la realidad psíquica de quien le habla.

Como vemos, el resultado más importante del cambio introducido no consiste en el diseño de una técnica acabada, sino en la atribución de un valor a la historia de la enfermedad que hace el enfermo mismo, inédito hasta el advenimiento del psicoanálisis.

En lo relativo al trauma, siempre se plantea qué sucede con la distinción interior-exterior y verdad-falsedad, especie de sin salida teórico. Este dilema llegó a tener consecuencias políticas que he expuesto en otro lado.<sup>2</sup> Sin embargo, con Lacan, el psicoanálisis encontraba una vía para zanjar esta aporía gracias al modo

<sup>1</sup> En uno de sus últimos trabajos Freud resume la estructura de la neurosis: «Trauma temprano-defensa-latencia-estallido de la neurosis-retorno parcial de lo reprimido: así rezaba la fórmula que establecimos para el desarrollo de una neurosis» (Freud, p. 70) (3)

<sup>2</sup> En los años 1970 - 1980 la ortodoxia psicoanalítica, muy especialmente en Norteamérica, había transformado la frase «ya no creo en mi ‘neurótica’» en un dogma: el de la oposición excluyente entre trauma y fantasía. Vale decir, si hubo acontecimiento traumático no se trataba de fantasía y, a la inversa, si era una fantasía no había habido nada traumático. Entonces, los teóricos del trauma alertaron, equivocadamente o no, sobre el rechazo de los psicoanalistas acerca de la realidad de lo traumático frente a temas como Auschwitz y el abuso infantil. Cf. Levy Yeyati (4).

en que su comprensión del psicoanálisis en general y de lo traumático en particular fue afectada por el «giro lingüístico». Mientras que para Freud «no está claro» si es traumático el acontecimiento accidental (exterior) o la fantasía que despierta (interior), para Lacan no es necesario dirimir entre uno u otra ya que ambos lados del problema se anudan topológicamente. Es decir, la aporía que introduce la distinción interior-exterior en lo relativo al trauma en psicoanálisis se supera dándole prioridad al lenguaje por sobre la geometría con la que comúnmente se representa el hombre separado de su medio: la de una esfera o circunferencia.

### **El poder creador del lenguaje: puntualizaciones sobre el «giro lingüístico»**

Entre Freud y Lacan hay que subrayar una diferencia de época de suma importancia: muchas tendencias de la investigación sobre el hombre se comprometieron con la orientación hacia el lenguaje del pensamiento filosófico del siglo XX. Para entender porqué el enfoque de Lacan permite zanjar las dicotomías de lo que no quedaba claro en Freud en lo relativo a la teoría del trauma (la metáfora interior-exterior; la indistinción entre verdad-falsedad del recuerdo), permitiendo dar un paso adelante en una mejor comprensión clínica, debemos señalar los principios argumentativos subyacentes que lo hicieron posible: me refiero al auge del llamado «giro lingüístico».

¿En qué consistió el «giro lingüístico»?<sup>3</sup> La concepción tradicional del lenguaje es aquella que lo imagina como un instrumento para designar entidades extralingüísticas o para la comunicación de pensamientos pre-lingüísticos. La superación de esta concepción del lenguaje fue conocida como «giro lingüístico», expresión que resume la orientación de la filosofía del siglo XX hacia el lenguaje. A partir del nuevo paradigma es el lenguaje el que tiene un rol constitutivo de la experiencia (o del «mundo»), equivalente al que antes tuvo la conciencia y el yo. La diferencia es que la función constitutiva de la experiencia, centrada ahora en el lenguaje, no admite una distinción entre lo a priori y lo a posteriori, lo empírico y lo trascendental. Una implicación para la clínica de este nuevo enfoque es que cancela la distinción entre un yo percipiente y un mundo a percibir; entre superficie y profundidad; fenómeno y estructura subyacente.

El «giro lingüístico» trajo consecuencias tanto en la concepción del lenguaje mismo como en la de las ciencias humanas. En cuanto al problema de la objetividad de la experiencia o del modo en que el lenguaje se relaciona con el «mundo», el privilegio del lenguaje por sobre la conciencia implicó una relativización de los conceptos de «referencia» y de «verdad». La objetividad de la expe-

riencia fue problematizada y relativizada. Mientras que la concepción tradicional del lenguaje reduce al mismo a una función de designación de una referencia presente en un mundo extra o pre-lingüístico, para la nueva concepción el lenguaje es aquella instancia que determina lo que puede aparecer en el mundo. En ella aparece en primer plano el aspecto creador del lenguaje, que constituye y configura mundos con palabras.

Heidegger subraya esta función creadora del lenguaje en la poesía: el nombrar de los poetas «no consiste en que algo conocido de antemano es revestido con un nombre, sino que...sólo mediante ese nombrar queda establecido lo que ese ente es.»<sup>4</sup> Y a la inversa: «Sólo cuando se ha encontrado la palabra para la cosa, es ésta una cosa.» Ello muestra el carácter constitutivo del lenguaje respecto del mundo, el lenguaje «abre» el mundo, es decir, traza las coordenadas del espacio de sentido donde se vuelve posible la verdad. La palabra creadora<sup>5</sup>, poética, es aquella que produce un «espacio», como un «gesto primario» que instituye los fundamentos de la apertura de la existencia concreta en tanto ésta es siempre una manera de poder ser. Esta idea del lenguaje como un espacio creador de mundos posibles puede entenderse como lo simbólico de Lacan a la altura del texto que comentaremos a continuación, texto programático con el que inaugura su primera enseñanza.

### **Lacan: lo más íntimo no deja de ser exterior**

Además de la filosofía, la nueva orientación del pensamiento hacia el lenguaje interesó especialmente a la lingüística y a la antropología. Lacan, sirviéndose de todo ello, emprendió un «retorno a Freud» (7, 8) para revisar sus conceptos a la luz del nuevo giro abierto en las ciencias humanas. Tal como indicamos más arriba al puntualizar algunas ideas centrales, el «giro lingüístico» promueve un desplazamiento que va del sujeto de la conciencia al aspecto creador del lenguaje. El sujeto ya no es concebido como agente sino como efecto. La influencia del «giro lingüístico» en el pensamiento de Lacan ha sido ampliamente comentada y no es mi propósito extenderme aquí sobre eso. Lo que quiero mostrar en este trabajo es hasta qué punto esa influencia se manifiesta en su análisis de lo traumático, así como en la reinterpretación de lo que «no está claro» en la teoría freudiana de la relación entre trauma y fantasía (la metáfora interior-exterior y la distinción entre verdad-falsedad del recuerdo). Esta reinterpretación es central en el texto inaugural titulado «Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis» (9)

Ya imbuido por la orientación hacia el lenguaje del pensamiento de su tiempo, Lacan examina la explicación freudiana del origen traumático de la neurosis a propósito de Anna O. Esta referencia nos recuerda que

<sup>3</sup> Para realizar estas puntualizaciones he seguido el texto de Lafont C. (5); y Leserre D. (6)

<sup>4</sup> Citado en Lafont (5) p. 279

<sup>5</sup> En esto sigo el trabajo de Leserre (6)

los orígenes del psicoanálisis estuvieron fundados en el descubrimiento del acontecimiento traumático en tanto patógeno -fundamento que, como vimos, Freud rectificó.

Pero al examinar esa referencia, Lacan reemplaza la idea de «toma de conciencia» (conservada en la explicación de Freud) por la puesta en valor de la «verbalización», la «puesta en palabras» de una historia. De allí que recuerde que Anna O. había bautizado al método terapéutico con el nombre de «*talking cure*» (curación por el habla) aun cuando la paciente estuviera bajo hipnosis (¿de qué conciencia se trataba?). Lacan justifica su reemplazo (o traducción) diciendo que la idea de «toma de conciencia» pertenece a la teoría psicológica de la época de Freud (donde la objetividad de la experiencia estaba dada por la «toma de conciencia» del yo). Esa terminología, anterior al «giro lingüístico», desconocía la importancia misma de la verbalización, que es en sí misma una suerte de realidad, y no sólo una realidad sonora.

Habíamos dicho antes que Freud debió admitir que algunas veces los pacientes fabulaban, otras evocaban con nitidez, y otras mezclaban realidad y fantasía. Vimos también que Freud carecía de un modo de distinguir la realidad de la ficción (suya o de sus pacientes). Este *impasse* es retomado por Lacan quien, a la vez que retorna al texto freudiano lo reformula sirviéndose, en parte, de Heidegger. Para Lacan no hay que intentar resolver la ambigüedad aparentemente mentirosa de la historia de la histérica en cuanto a su pasado, sus vacilaciones entre lo imaginario (fantaseado) y lo real (acontecido). Hay que admitir tanto lo uno (fantaseado) como lo otro (real) ya que en ese testimonio se presenta «el nacimiento de la verdad en la palabra» (p.245). Y eso que tanto perturbó a Freud que «no está claro», que es ambiguo, no es ni verdadero ni falso (en un sentido tradicional del lenguaje). Para Lacan, en el psicoanálisis no se trata de la realidad (como exactitud o concordancia entre lenguaje y referencia mundana o mental) sino de la verdad. A través de esta idea renovada de «verdad», resultante de la concepción creadora del lenguaje,<sup>6</sup> Lacan retorna a, y reformula, la idea freudiana de «realidad psíquica». Pocos años más tarde la misma idea será sintetizada en la fórmula «la verdad tiene una estructura de ficción» (10).

Dijimos que Lacan se sirve de la comprensión heideggeriana del lenguaje para referirse al acontecimiento traumático que, junto con su patrimonio simbólico, constituye al sujeto como llegando a ser el que así ha sido. Ya que de suponerse otro legado y otros acontecimientos accidentales habría nacido de ello otro modo de ser, que le haría haber sido de manera totalmente diferente. Es decir, legado y trauma fundan los orígenes del sujeto en tanto deviene el que es y no otro.

Hay allí un borde original que la fantasía sutura -más específicamente, la fantasía originaria-.<sup>7</sup> Pero ese borde ya no responde a la tópica tradicional previa al «giro lingüístico». Hay que pasar de la tópica (incluso de la Segunda tópica freudiana) a la topología. La prioridad otorgada al lenguaje pone el adentro en el afuera (y viceversa): el lenguaje es de todos, y nuestra intimidad pasa al exterior. Lacan (12) propuso denominar «éxtimo» a lo que está allí en juego. Este neologismo denota el anudamiento entre lo exterior y lo interior posibilitado por la lingüística. Lo «éxtimo», dice Miller (13), es una formulación paradójica: es lo más próximo, lo interior que no deja de ser exterior. Así, el inconciente mismo es «éxtimo». En el mismo sentido, podemos decir que el trauma es un modo de lo «éxtimo».

En «Función y campo...» (9), el argumento (heideggeriano) del «giro lingüístico», quita la base en la que se sostiene la distinción interior-exterior o fantasía-realidad<sup>8</sup> que le da su clásico sentido a lo traumático: ya no hay algo de afuera que hiere el adentro, porque ya no hay distinción de la tópica previa al «giro lingüístico», hay que ir de la tópica a la topología. Al final del texto, Lacan se refiere a este borde originario como un «centro exterior» hecho de lenguaje. Ese «centro exterior» (p.308) es una figuración muy paradójica ya que, geoméricamente hablando, o bien algo es exterior o bien es central (en una circunferencia, por ejemplo). El «centro exterior» al que alude Lacan responde a una topología, hecha de «redes comunicantes discursivas» (p.255), que permite sostener, por ejemplo, que «el inconciente del sujeto es el discurso del otro» (p.254). Este aforismo es en sí una metáfora topológica donde se anudan lo interior y lo exterior.

La conexión que Lacan establece entre topología y lenguaje se aclara aun más en el texto sobre Lagache (14). Allí proponía acostumbrar al pensamiento en una topología que traspusiera la dicotomía interior-exterior, resabio de la estética kantiana. La ilustración más clara de la metáfora exterior-interior es, como dijimos antes, la que brinda una circunferencia o una esfera con la que se esquematiza a los seres vivos en tanto se los representa con una superficie que los separa de su medio. El modo de desacostumbrarnos a la «claridad» de esa metáfora es darle prioridad al lenguaje, a la articulación significativa, por sobre la anterioridad de un cuerpo extenso -representado por la esfera-. Lacan funda esta perspectiva en la experiencia analítica cuyo «lugar» es, ante todo, el hablar. De donde se derivan las consecuencias resumidas en sus aforismos: «el inconciente del sujeto es el discurso del otro» y, por lo tanto, «el inconciente está afuera» (lo más íntimo es también exterior).

<sup>6</sup> En «Función y campo...» (9) la calificación que hace Lacan del «instinto de muerte» como «poética de la obra freudiana» (p.305) nos muestra hasta qué punto, sutil, la idea del lenguaje creador está en obra en su argumentación.

<sup>7</sup> Remito al lector interesado al estudio sobre el tema al texto de Laplace J. y Pontalis J.B. Fantasía originaria, fantasías de los orígenes, origen de la fantasía (11).

<sup>8</sup> En el presente trabajo me limito a esquematizar algunos paralelismos entre la dicotomía interior-exterior y fantasía-realidad dejando de lado, por razones de extensión, la rigurosa distinción que requieren conceptos tales en psicoanálisis.

## Freud después de Lacan: algunas conclusiones

Freud (15, 16) empleó varias veces analogías tomadas de la sugestión hipnótica. El sujeto de la experiencia actúa la orden impartida (desde fuera) sin saberlo y sin comprender el sentido profundo de su acto (cree que proviene de él mismo, desde dentro). Si volvemos a las analogías freudianas luego de haber revisado la articulación lacaniana entre trauma, lenguaje e inconciente a la luz de la orientación del «giro lingüístico», podemos adivinar otro motivo del interés de Freud por la hipnosis. Este motivo parece una anticipación de la idea de un inconciente que está «afuera» y de un trauma que es «éxtimo» (íntimo y exterior).

En la hipnosis hay un borramiento del yo del hipnotizado, no podemos decir que el hipnotizado es un yo conciente que escucha y obedece a otro. Más bien, parafraseando a Leys (17) a propósito de la hipnosis, el yo es el otro. Una vez despierto, la acción que lleva a cabo es efecto de los mandatos del hipnotizador pero el hipnotizado no lo sabe. No sabe que, con relación a su

acción, no es un agente sino que actúa por efecto del discurso de otro, que repite. ¿Qué había antes? Nada, nadie, ningún sujeto capaz de esa idea que ocasiona una acción eficaz. Si asumimos que la acción eficaz nace de las órdenes (no reconocidas) del hipnotizador tendremos una modesta representación del surgimiento del inconciente y del trauma del lenguaje como borde inaugural de una subjetividad.

A la luz de la enseñanza de Lacan se podría decir que en aquellas analogías entre inconciente, sueño e hipnosis Freud anticipaba el giro que la orientación por el lenguaje imprimiría a la psicoterapia en general y a la idea de trauma en particular (en especial a su localización). Ese giro tiene consecuencias decisivas en nuestro modo de concebir la posición del analista y sus intervenciones en la cura.

## Declaración de conflictos de intereses

La autora no declara conflictos de intereses. ■

## Referencias bibliográficas

1. Freud S. (1950). Fragmentos de la correspondencia con Fliess 1892-99. En *Obras Completas*. Vol. I. Buenos Aires: Amorrortu.
2. Freud S. (1925). Presentación autobiográfica. En *Obras Completas*. Vol. XX. Buenos Aires: Amorrortu.
3. Freud S. (1934-38). Moisés y la religión monoteísta. En *Obras Completas*. Vol. XXIII. Buenos Aires: Amorrortu.
4. Levy Yeyati E. *El DSM en cuestión. Una crítica de la categoría de estrés postraumático*. Buenos Aires: Editorial Polemos; 2014.
5. Lafont C. Apertura del mundo y referencia. En López de la Vieja M.T. ed. *Figuras del Logos. Entre filosofía y literatura*. México D.C: FCE; 1994. p. 271-300.
6. Leserre D. Significado y posibilidad: la comprensión ontológica del lenguaje en Ser y tiempo como filosofía del hablar. *Revista de Humanidades* 2011; 24: 25-51.
7. Caruso P. Conversación con Jacques Lacan. En *Conversaciones con Lévi-Strauss, Foucault y Lacan*. Barcelona: Anagrama; 1969, p.95-123
8. Milner J-C. *La obra clara. Lacan, la ciencia, la filosofía*. Buenos Aires: Manantial; 1996.
9. Lacan J. (1953) Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis. En *Escritos 1*. Buenos Aires: Siglo XXI editores; 1987. p. 227-310.
10. Lacan J. (1957) El psicoanálisis y su enseñanza. En *Escritos 1*. Buenos Aires: Siglo XXI editores; 1987. p. 419-440.
11. Laplanche J. y Pontalis J.B. Fantasía originaria, fantasías de los orígenes, origen de la fantasía. En: Green A, Laplanche J, Leclair S, Pontalis JB. *El inconciente freudiano y el psicoanálisis francés contemporáneo*. Buenos Aires: Nueva Visión; 1969, p.103-143.
12. Lacan J. El Seminario. Libro 16. De Otro al otro. 1968-1969. Buenos Aires: Paidós.
13. Miller J-A. Extimidad. Buenos Aires: Paidós; 2010.
14. Lacan J. (1960) Observación sobre el informe de Daniel Lagache: «Psicoanálisis y estructura de la personalidad». En *Escritos 2*. Buenos Aires: Siglo XXI editores; 1987. p. 627-664.
15. Freud S (1915-1916). Conferencias de introducción al psicoanálisis. En: *Obras completas*. Vol. XV. Buenos Aires: Amorrortu.
16. Freud S. (1940) Algunas lecciones elementales sobre psicoanálisis. En: *Obras completas*. Vol. XXIII. Buenos Aires: Amorrortu.
17. Leys R. *Trauma. A Genealogy*. Chicago-Londres: The University of Chicago Press; 2000.

# ¿Por qué se desarrollan y persisten los trastornos mentales? La perspectiva cognitivo-conductual

Eduardo Keegan

*Doctor en Psicología de la Universidad de Buenos Aires (UBA)  
Director de la Carrera de Especialización en Psicología Clínica y Terapia Cognitivo-Conductual, Facultad de Psicología, UBA  
Profesor Titular de Clínica Psicológica y Psicoterapias, Facultad de Psicología, UBA  
E-mail: ekeegan@psi.uba.ar*

---

## Resumen

En este artículo se describen las ideas centrales de los modelos conductuales y cognitivos sobre el desarrollo, gatillado y mantenimiento de los trastornos mentales. Estos modelos sostienen que los procesos que dan lugar a la patología mental son los mismos que gobiernan la conducta normal, reconociendo al mismo tiempo el papel de factores biopsicosociales en el inicio y mantenimiento de la patología. Al modelo del síndrome se opone la tradición del análisis funcional de la conducta problemática, y frente a las limitaciones de los sistemas diagnósticos categoriales se opta por conceptualizaciones de caso que integren la perspectiva nomotética con la idiográfica. Se destaca el mayor interés clínico por los factores de mantenimiento respecto de los factores de inicio de los trastornos mentales, en virtud de su mayor accesibilidad a la modificación terapéutica. El artículo ofrece a modo de ilustración algunos ejemplos de modelos cognitivo-conductuales para diferentes psicopatologías. Se explica la diferencia entre las causas y las razones de los trastornos mentales. Se hace referencia al creciente interés en procesos o factores transdiagnósticos, y se analiza la propuesta de un modelo de red causal compleja para la conceptualización de las relaciones entre síntomas y procesos disfuncionales.

**Palabras clave:** Análisis funcional - Factores de mantenimiento - Modelos cognitivo-conductuales - Procesos transdiagnósticos.

WHY DO MENTAL DISORDERS DEVELOP AND PERSIST? THE COGNITIVE-BEHAVIOURAL PERSPECTIVE

## Abstract

This paper describes the main tenets of behavioural and cognitive models for the development, triggering and maintenance of mental disorders. These models hold that the processes that generate mental pathology are the same that rule normal behaviour. They also acknowledge the role of biopsychosocial factors in the initiation and persistence of pathology. To the model of the syndrome they oppose the tradition of functional analysis of problem behaviour. In view of the limitations of categorical diagnostic systems, these models opt for case formulations that integrate both the nomothetic and the idiographic perspectives. Cognitive-behavioural models place greater emphasis on the maintaining factors of mental disorders, since they are more accessible for therapeutic change than initiating factors. The paper illustrates these points with some examples of cognitive-behavioural models for different psychopathologies. A difference is made between the causes and reasons for mental disorders. Finally, the article analyses the growing interest in transdiagnostic processes, as well as the potential use of the complex causal network model for conceptualising the relationship between symptoms and dysfunctional processes in psychopathology.

**Keywords:** Functional analysis - Maintaining factors - Cognitive-behavioral models - Transdiagnostic processes.

## La evolución de la psicopatología y el campo cognitivo-conductual

La denominada psicoterapia cognitivo-conductual no es un campo homogéneo, sino más bien una familia de psicoterapias que se basan en modelos psicopatológicos que tienen importantes coincidencias, pero también diferencias apreciables. Reflejar con precisión y detalle todas las perspectivas cognitivo-conductuales sobre la génesis de los trastornos mentales es una empresa que excede con creces la extensión de este artículo. En consecuencia, intentaremos reflejar aquí algunas ideas centrales, en particular aquellas que diferencian la perspectiva cognitivo-conductual de las posiciones de otros abordajes psicológicos o biológicos.

### El desarrollo de la terapia conductual

Las psicoterapias del campo cognitivo-conductual están basadas en modelos psicopatológicos que son producto de distintas tradiciones científicas. Los primeros modelos fueron producto de la psicopatología experimental conductista, en sus distintas variantes. El conductismo es un paradigma psicológico que desde sus albores señaló los problemas metodológicos y epistemológicos asociados a los intentos de dar cuenta de la conducta apelando a causas internas.

Contrariamente a la perspectiva médica o sindrómica, los primeros modelos conductuales concibieron a los trastornos mentales como conductas problemáticas aprendidas y, por lo tanto, gobernadas por las mismas reglas que dan lugar a las conductas adaptativas. Esto se debe, en parte, al tipo de patologías que abordó primeramente la terapia conductual. Esta tradición no se fundó en el tratamiento de patologías con síntomas psicóticos, sino más bien en los trastornos depresivos y de ansiedad. Para decirlo de modo simple, para la tradición conductual las enfermedades mentales no son enfermedades del cerebro.

Así, en lugar de diagnosticar –inferir las causas subyacentes de un trastorno que se evidencia a través de sus síntomas- la aplicación de los principios conductistas a la clínica dio lugar al *análisis funcional*, un procedimiento previo a todo tratamiento, en el cual no se da tanta importancia a la topografía de la conducta, sino a su función. La mirada conductista no se pregunta por la causa de que un paciente se corte, sino más bien por la función que cumple la conducta de cortarse. La psicoterapia conductual con frecuencia consiste en ayudar al paciente a desarrollar una conducta alternativa que cumpla la misma función que la conducta problemática, pero que no sea desadaptativa. La conducta de cortarse, o la conducta de tomar una droga ilegal, por ejemplo, pueden ser reemplazadas por una habilidad de regulación emocional que permita el manejo de la ansiedad sin producir daño físico (1).

El conductismo se interesó fundamentalmente por el fenómeno del aprendizaje, tanto humano como animal. Distintas teorías conductistas dieron cuenta de distintos

tipos de aprendizaje. Cada una de estas teorías del aprendizaje se ha aplicado a la explicación de distintos fenómenos clínicos. La teoría del condicionamiento clásico o pavloviano permite explicar, por ejemplo, por qué una persona aprende a temer un estímulo intrínsecamente neutro o inofensivo. La teoría del condicionamiento operante, a su vez, nos dice que la conducta humana está fuertemente regulada por sus consecuencias inmediatas. Esta teoría nos permite explicar, así, por qué una conducta que se ve seguida de reforzamiento aumenta la probabilidad de su emisión. La teoría del aprendizaje social (2), por su parte, nos permite comprender cómo una persona puede aprender a desarrollar una determinada conducta de resultados de observar las consecuencias de esa conducta en otro ser humano.

Estas teorías no son mutuamente excluyentes. Así, una primera e influyente teoría del desarrollo y del mantenimiento de los trastornos de ansiedad fue propuesta por Mowrer (3), quien atribuyó la adquisición de un trastorno de ansiedad al condicionamiento pavloviano, pero explicó la persistencia del trastorno en términos del reforzamiento negativo producido por la conducta evitativa. Una persona puede comenzar a consumir una droga porque sus pares o personas importantes lo hacen (aprendizaje social). Esta persona puede sentir un fuerte impulso a consumir drogas en un contexto típicamente asociado al consumo (condicionamiento clásico) y a la vez repetir esa conducta como consecuencia del fuerte alivio del malestar emocional o físico que sigue al consumo (reforzamiento negativo).

Las teorías conductistas sobre el desarrollo del lenguaje también tuvieron su impacto sobre la psicopatología y las terapias conductuales o contextuales. En particular, la teoría de los marcos referenciales, una revisión de la teoría skinneriana del lenguaje, es una de las bases teóricas de la terapia de aceptación y compromiso (4). De acuerdo a esta teoría, la capacidad humana de derivar relaciones entre estímulos amplifica enormemente nuestra capacidad de sufrimiento, a la vez que reduce nuestra sensibilidad o capacidad de estar en contacto directo con nuestro contexto. Esto da lugar a rigidez en el repertorio conductual y a la fusión cognitiva (tomar nuestros pensamientos como reflejo de la realidad). De aquí que uno de los esfuerzos centrales de los tratamientos derivados de esta teoría sea el de desliteralizar (reducir los efectos patológicos del lenguaje), apuntando a la defusión cognitiva (v.gr., la capacidad de una persona de distanciarse de sus cogniciones, de percibir las como meros eventos mentales).

### La perspectiva cognitiva en la psicopatología

Los primeros modelos cognitivos fueron modelos clínicos inspirados en ideas provenientes de algunos representantes de la psiquiatría clásica, pero por sobre todo de la neuropsicología y de la psicología del aprendizaje piagetiana. Estos primeros modelos, sin embargo, no tenían una sólida conexión con la investigación psicológica básica (5, 6). Algún tiempo más tarde, investi-

gadores provenientes del campo de la psicología cognitiva intentaron cerrar esa brecha. Estos investigadores, tanto como los provenientes de la tradición conductista, expresaron sus objeciones sobre los modelos clínicos (por ejemplo, Teasdale) (7). En efecto, estos pueden ser útiles inicialmente para generar intervenciones eficaces para los trastornos mentales, pero en el mediano plazo los modelos puramente clínicos pueden resultar un obstáculo para el desarrollo del campo y el progreso psicoterapéutico.

El interés por procesos cognitivos básicos llevó al desarrollo de nuevos modelos psicopatológicos y grandes innovaciones en el campo terapéutico. Así, por ejemplo, la investigación sobre el papel de la atención autoenfocada en la psicopatología llevó al desarrollo de modelos como el de la función ejecutiva autoreguladora (S-REF, por sus siglas en inglés) y la denominada *terapia metacognitiva* (8).

Una hipótesis central de los modelos cognitivos es que la cognición cumple un papel mediador entre estímulo y respuesta en los seres humanos. La hipótesis de la primacía cognitiva –uno de los puntos cardinales de diferencia con el enfoque conductual- implica asumir que nuestra interpretación de la realidad determina nuestra respuesta emocional y conductual ante ella (9, 10).

El gran desarrollo de las capacidades (meta)cognitivas es una ventaja evolutiva de la especie humana. Desarrollar un sistema de reglas, actitudes y creencias sobre nuestro entorno es crítico para nuestra supervivencia y el logro de nuestros intereses vitales. Ese sistema de creencias se activará cuando los eventos del ambiente demanden alguna acción, exigiendo la interpretación de las señales del ambiente. Pero si esas reglas resultan inflexibles e idiosincrásicas se tornarán disfuncionales. Así, los modelos cognitivos sostienen que los eventos funcionan como gatillos de estructuras y procesos cognitivos que darían lugar a respuestas emocionales y conductuales excesivas o inapropiadas.

Como puede apreciarse, se trata de modelos de diátesis-estrés para los que determinados eventos vitales activan estructuras cognitivas disfuncionales relativas al sí mismo y a los otros, que se desarrollan en la infancia y se re-elaboran a lo largo de la vida, y que representan la vulnerabilidad psicológica de esa persona para el desarrollo de una determinada psicopatología (10, 11). Otros modelos cognitivos sobre la depresión consideran que la vulnerabilidad cognitiva se relaciona con ciertos estilos de respuesta ante la adversidad que resultan problemáticos (12).

Una teoría cognitiva de los trastornos de la personalidad sostiene que estas patologías son el resultado de la frustración de necesidades emocionales básicas en el curso del desarrollo de una persona (13, 14). La combinación de ciertas variables temperamentales (v.gr., biológicas) con experiencias infantiles problemáticas daría lugar a esquemas tempranos desadaptativos (estructuras cognitivas que asignan sentido a un conjunto de experiencias) que se activarían ante eventos relacionados, generando respuestas rígidas y disfuncionales a lo largo

de la vida, e impidiendo el contacto con experiencias vitales que podrían resultar correctivas.

### **La psicoterapia cognitivo-conductual. Integración, crisis y reformulación**

Eventualmente algunos investigadores combinaron hipótesis cognitivas y conductuales en sus modelos psicopatológicos. Otros denunciaron esto como algo útil clínicamente, pero problemático en tanto se combinaban explicaciones que resultaban incompatibles en el plano de la causación de los trastornos mentales. El gran éxito clínico de las intervenciones cognitivo-conductuales acalló estas discusiones por cierto tiempo, pero volvieron a emerger con fuerza hacia fines de la década de los '90. Se inició así un período de fuerte debate sobre cuestiones teórico-epistemológicas de fondo. Ese período parece haber dado lugar a una nueva fase de desarrollo caracterizada por una base teórica y epistemológica más compartida y el paso hacia un modelo más enfocado en procesos que en los tradicionales abordajes cognitivos o conductuales (15).

### **De los contenidos a los procesos. La evolución de la perspectiva cognitiva**

Ya hemos señalado anteriormente la contribución de las psicoterapias inspiradas en la revisión de la teoría skinneriana sobre el lenguaje. En forma paralela, los modelos cognitivos experimentaban un viraje importante. Del interés inicial por los contenidos cognitivos se pasó a un interés creciente por los procesos cognitivos. Así, resultó crecientemente convincente la idea de que la psicopatología no se relacionaba tan directamente con el contenido de la cognición patológica, sino más bien con el modo en que una persona controlaba, monitoreaba o evaluaba su cognición (16). Las teorías sobre la depresión, por ejemplo, comenzaron a centrarse en procesos cognitivos tales como la atención, o bien sobre el estilo de respuesta ante la experiencia de la adversidad. Varios teóricos (17, 18) concordaron en que la diferencia entre una experiencia de tristeza normal y la depresión clínica no radicaba en el hecho de tener pensamientos negativos en sí, sino en el modo ruminativo de responder a la adversidad. Las personas que se autoenfocan en sus pensamientos negativos relativos a las causas y consecuencias de la depresión experimentan un ánimo negativo persistente e intenso. La rumiación interfiere la recuperación espontánea ante la adversidad, manteniendo la tristeza y las conductas evitativas propias de la depresión. Los tratamientos, en consecuencia, comenzaron a enfocarse en la rumiación como proceso central disfuncional en la depresión.

### **Factores de inicio, gatillado y mantenimiento de los trastornos mentales**

Los modelos psicopatológicos cognitivo-conductua-



les son multicausales y pueden incluir trayectorias diferentes para una misma patología. En efecto, una persona puede desarrollar una fobia específica a los perros como consecuencia de factores genéticos y del modelado de la conducta evitativa, pero también puede desarrollar esa misma fobia como resultado de experimentar un ataque canino y afrontarlo luego por medio de la evitación (19).

Los modelos cognitivo-conductuales pueden incluir factores biológicos, socioculturales y psicológicos en la explicación del desarrollo, gatillado y mantenimiento de un trastorno mental. Así, el modelo transdiagnóstico de los trastornos de la conducta alimentaria propone que el problema central en estas patologías radica en definir la valía personal en términos de la figura corporal, el peso, y/o en el modo en que se los controla (20). Pero esa característica cognitiva se desarrollará con mayor probabilidad en un contexto sociocultural que presione hacia la delgadez. La conducta alimentaria problemática sería, entonces, una consecuencia –una conducta de afrontamiento problemática– de esa característica cognitiva. La dieta hiperestricta gatilla, a su vez, la conducta de atracción, una conducta evolutivamente determinada en los mamíferos, que es interpretada como falla personal por la persona afectada, llevándola a redoblar los esfuerzos dietarios problemáticos. Algunos modelos cognitivos de los síntomas psicóticos positivos los atribuyen a la combinación de distintos factores, tales como las injurias perinatales, las afecciones de la neurotransmisión dopaminérgica y los sesgos cognitivos tales como el sacar conclusiones apresuradamente (21, 22).

La psicopatología cognitivo-conductual se esfuerza por identificar aquellos factores que dan inicio a un problema mental, y los distingue de los factores que gatillan el problema en un determinado momento. Pero el rasgo distintivo de la psicopatología cognitivo-conductual radica en su interés por los factores que *mantienen* un determinado trastorno mental (23). En efecto, los factores de mantenimiento de un trastorno tienen particular relevancia clínica. A diferencia de los factores de inicio, que son con frecuencia remotos, inaccesibles o bien desconocidos, los factores de mantenimiento han de estar presentes para que un trastorno persista. Identificar los factores de mantenimiento es relativamente sencillo, por lo que son mucho más fáciles de modificar en el abordaje terapéutico.

Hay mucho consenso en el campo sobre el papel fundamental de la evitación en el mantenimiento de los trastornos mentales. En los trastornos emocionales, la evitación toma habitualmente la forma de evitar pensamientos o emociones de valencia negativa. Esta evitación puede ser cognitiva (por ejemplo, comenzar a preocuparse al emerger en la mente de la persona una imagen cargada negativamente), o bien conductual (evitar los contextos en los que se asume aparecerán esos pensamientos o emociones). Así, uno de los procedimientos clásicos en los abordajes cognitivo-conductuales implica el diseñar experiencias en las que la persona afectada acepta entrar en contacto con pensamientos, emociones, conductas o contextos evitados

La psicopatología cognitivo-conductual denomina *medidas de seguridad* o *conductas de seguridad* a las acciones a las que apelan los consultantes para evitar un desenlace temido cuando la mera evitación no es una opción (24, 25). Las personas con trastorno de ansiedad social pueden apelar, así, a usar lentes oscuros para evitar el contacto ocular directo, una persona con trastorno obsesivo-compulsivo puede apelar a una conducta ritualística para conjurar un desenlace temido, en tanto que las personas afectadas por trastorno de pánico pueden llevar ansiolíticos en el bolsillo para tomar ante la eventualidad de sufrir una crisis de angustia. Las medidas de seguridad, al igual que la evitación, interfieren el proceso de recuperación espontánea, y por lo tanto las consideramos factores de mantenimiento en muchos trastornos.

También es importante clínicamente el diferenciar las *razones* que los pacientes aducen para dar cuenta del origen de sus problemas de las *causas* de esos problemas, esto es, de los factores de inicio (4). Por diversas razones, los seres humanos creamos narrativas que intentan dar sentido a nuestro padecer, pero esas narrativas pueden ser parte central del problema. Dado que muchos procesos de inicio pueden ocurrir sin percatación consciente (por ejemplo, el condicionamiento) y dado que muchos de los factores de inicio son remotos, resulta altamente improbable que las razones invocadas por el consultante coincidan con los factores de inicio. En la conceptualización o formulación de un caso resulta relevante examinar en qué medida las teorías del paciente acerca del origen de sus problemas puede ser un factor de mantenimiento de esos problemas (26).

### Modelo del síndrome versus red causal compleja

Como se ha mencionado antes, la psicopatología cognitivo-conductual no se basa en el modelo del síndrome, a veces denominado *modelo médico*, que considera que los síntomas son emergentes de una entidad patológica subyacente. En la perspectiva cognitivo-conductual los síntomas *son* el trastorno. Así, no se cree que los eventos negativos activen una entidad subyacente llamada depresión, que a su vez activa síntomas característicos. Los eventos negativos activan ciertos síntomas que a su vez activan a otros síntomas. Un trastorno no es el determinante subyacente de los síntomas, sino que es una red de síntomas que interactúan entre sí de un modo tal en el que se mantienen (27). Debido a esto, el tomar por blanco un elemento del sistema producirá eventualmente un cambio en todo el sistema. Esto se ve reflejado en los protocolos de tratamiento.

La mayor parte de la gente experimenta las mismas intrusiones mentales no deseadas que experimentan las personas afectadas por el trastorno obsesivo-compulsivo. Para un modelo cognitivo, la diferencia entre los dos grupos de personas radica en el modo en que responden a esas intrusiones. Las personas que sufren trastorno obsesivo-compulsivo evalúan esas intrusiones de modo sesgado y mantienen una sensación de amenaza que los lleva a intentar conjurar esas amenazas por

medio de compulsiones o neutralizaciones. Esto reduce la ansiedad en el corto plazo, pero al precio de aumentar la saliencia y la frecuencia de las intrusiones no deseadas, lo que lleva a que la persona redoble los intentos de control de esas intrusiones. El abordaje cognitivo apunta a que el paciente abandone los intentos de control de los pensamientos y reconozca los sesgos en la evaluación de las intrusiones. El abordaje conductual clásico apunta a que el paciente se exponga a los contextos temidos en los que arrecian las intrusiones y se abstenga de ejecutar las compulsiones o neutralizaciones. Ambos procedimientos producen cambios en todo el sistema y de hecho suelen combinarse (28).

El enfoque de red causal compleja ha sido postulado (23, 26) como una alternativa al sistema categorial DSM (29). Estos investigadores consideran que debido al notable desarrollo de la psicopatología y la terapia cognitivo-conductual, y la solidez de su base empírica, sería posible basar en ellas un nuevo sistema de clasificación de los trastornos mentales, siendo una de las opciones posibles para tal empresa la de adoptar la forma de una red causal compleja.

### De los diagnósticos a la conceptualización de caso

La terapia cognitivo-conductual adquirió prestigio a medida que iba desarrollando tratamientos de probada eficacia que tomaban por blanco trastornos mentales definidos de acuerdo con el sistema DSM, en línea con la política de investigación prevaleciente en los años '80 y '90. Esos tratamientos estaban claramente definidos en manuales, que eran utilizados para llevar adelante la investigación de eficacia y, posteriormente, el entrenamiento de terapeutas. Al cabo de cierto tiempo sin embargo, resultó evidente que esos tratamientos tenían muchos más elementos en común de lo que resultaba esperable si uno debía tomar por válida la perspectiva categorial de los trastornos mentales en la que se basa el sistema DSM. Comenzó a cobrar fuerza entonces la llamada *perspectiva transdiagnóstica* (30).

La investigación psicopatológica y las intervenciones cognitivo-conductuales comenzaron a centrarse en los procesos comunes a distintas patologías, una tradición que retomó la tradicional perspectiva conductual, y que tiene por blanco el generar tratamientos basados en teorías generales con buena evidencia empírica, pero que a la vez tienen la virtud de estar diseñados a medida del consultante. A la perspectiva nomotética de las intervenciones protocolizadas para trastornos mentales se suma así una perspectiva idiográfica, que se elabora en las primeras entrevistas con el paciente, y que recibe el nombre de *conceptualización* o *formulación de caso* (26). El foco en procesos comunes podría redundar en tratamientos más simples, más eficaces y mejor adaptados a las necesidades de los pacientes. Esto también podría facilitar el entrenamiento de los psicoterapeutas. Esto no es una cuestión menor, sobre todo si se tiene en cuenta que las ventajas notables de la psicoterapia pueden verse contrapesadas por la complejidad de su diseminación (31).

Ya hemos mencionado anteriormente un ejemplo de este tipo de intervenciones: el tratamiento transdiagnóstico para trastornos alimentarios de Fairburn, Cooper y Shafran (20). Este tratamiento, como todos aquellos basados en una conceptualización, apunta a identificar los factores de inicio, gatillado y mantenimiento del trastorno *en ese consultante en particular*, pero lo hace basándose en un modelo psicopatológico y un tratamiento genérico puestos a prueba empíricamente.

La terapia cognitivo-conductual puede así realizar una vieja aspiración de la psicoterapia: la de atender a la singularidad de cada consultante sin sacrificar por ello la validez genérica de los principios en los que se basa dicha intervención. La gran cantidad de estudios que avalan tanto el modelo como las intervenciones derivadas de él para virtualmente la totalidad de los problemas clínicos conocidos (23) le otorga a la terapia cognitivo-conductual una posición de liderazgo en el campo de la psicoterapia. ■

### Referencias bibliográficas

1. Linehan M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York. Guilford.
2. Bandura A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs. Prentice Hall.
3. Mowrer OH. (1960). *Learning theory and behavior*. New York. John Wiley.
4. Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
5. Semerari A. (2002). *Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva*. Buenos Aires. Paidós.
6. Keegan E, Holas P. (2010). Cognitive behavior therapy. Theory and practice. En Carlstedt, R. (ed.) (2010). *Handbook of integrative clinical psychology, psychiatry and behavioral medicine. Perspectives, practices and research*, 605-630. New York. Springer.
7. Teasdale J. (1993). Emotion and two kinds of meaning: cognitive therapy and applied cognitive science. *Behaviour Research and Therapy*, 31(4): 339-354.
8. Wells A, Matthews G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: the S-REF model. *Behaviour Research and Therapy*, 34(11-12): 881-8.
9. Lazarus R. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York. McGraw-Hill.

10. Beck AT. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. Philadelphia. University of Pennsylvania Press.
11. Beck AT. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Madison. International Universities Press.
12. Abramson L, Metalsky G, Alloy L. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review* (96)2: 358-372.
13. Young J. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota. Professional Resource Press.
14. Young J, Klosko J, Weishaar M. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York. Guilford.
15. Hofmann S, Hayes S. (2017). Comunicación al 10th International Congress of Cognitive Psychotherapy, Cluj-Napoca, Rumania, 27 de junio de 2017.
16. Wells A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. West Sussex. Wiley.
17. Nolen-Hoeksema S, Roberts JE, Gotlib IH. (1998). Neuroticism and ruminative response style as predictors of change in depressive symptomatology. *Cognitive Therapy and Research*. 22: 445-455.
18. Papageorgiou C, Wells A. (2001). Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. *Cognitive and Behavioral Practice*. 8(2): 160-164.
19. Barlow DH. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of panic and anxiety*. New York. Guilford.
20. Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A transdiagnostic theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528.
21. Beck AT, Rector N. (2010). *Esquizofrenia. Terapia cognitiva, investigación y terapia*. Madrid. Paidós Ibérica.
22. Kuipers E, Garety P, Fowler D, Freeman D, Dunn G, Bebbington P. (2006). Cognitive, emotional, and social processes in psychosis: Refining cognitive-behavioral therapy for persistent positive symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 32(Suppl 1): S24-S31.
23. Hofmann S. (2014). Toward a cognitive-behavioral classification system for mental disorders. *Behavior Therapy*. 45(4): 576-587.
24. Rachman S. (1984). Agoraphobia: A safety-signal perspective. *Behaviour Research and Therapy*, 22(1), 59-70.
25. Salkovskis P. (1991). The importance of behaviour in the maintenance of anxiety and panic. A cognitive account. *Behavioural Psychotherapy*, 19(1), 6-19.
26. Persons J. (2008). *The case formulation approach to cognitive-behavior therapy: Guides to individualized evidence-based treatments*. New York. Guilford.
27. Hofmann S, Curtiss J, McNally RJ. (2016). A complex causal network perspective on clinical science. *Perspectives on Psychological Science*, (11)5: 597-605.
28. Clark DA. (2004). *Cognitive-behavioral therapy for OCD*. New York. Guilford
29. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic, statistical manual for mental disorders, 5th ed*. Washington DC. APA Press.
30. Harvey A, Watkins E, Mansell W, Shafran R. (2004). *Cognitive-behavioral processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford. Oxford University Press.
31. McHugh RK, Barlow DH. (2010). The dissemination and implementation of evidence-based psychological treatments: A review of current efforts. *The American Psychologist*, 65(2), 73-84.



## *el rescate y la memoria*

*El monje José Custodio de Faria, también conocido como abate Faria nació en Candolim, en la localidad de Goa, India portuguesa, en 1746. Luego de obtener su doctorado en Teología en Roma ejerció por un tiempo su sacerdocio y, años después, se radicó en París. Atraído por los escritos de Armand-Marie-Jacques de Chastenet, Marqués de Puységur (1751-1825), quien adhería a la teoría del magnetismo animal creada por el médico alemán Franz Anton Mesmer*

*(1734-1815), Faria dictó conferencias e hizo demostraciones del fenómeno, pero a diferencia de Mesmer y Puysegur, lo denominó "sueño lúcido" y postuló que estaba basado en la sugestión, interpretándolo como un fenómeno psicógeno, abriendo así el camino a las investigaciones del neurocirujano escocés James Braid (1795-1860) quien lo describió científicamente y acuñó el término hipnotismo. Faria murió en París el 30 de septiembre de 1819 de un paro cardíaco.*

# La causa del sueño lúcido<sup>1</sup> o estudio sobre la naturaleza del hombre

Abate Faria  
(Fragmento)

## SESIÓN IX

### LA NATURALEZA INDIVIDUAL DEL HOMBRE Y LOS DIFERENTES MOTIVOS QUE DETERMINAN LAS ACCIONES DEL ALMA

1. El desarrollo de la causa del sueño lúcido en todos sus detalles requiere nociones preliminares que puedan hacerlo inteligible. Con este fin, nos detenemos aquí para profundizar en lo que es la naturaleza individual del hombre, y para formular ideas precisas sobre el modo de sus operaciones internas.

La palabra *naturaleza* es muy vaga en casi todos los idiomas de Europa. Sin entrar en los detalles de las acepciones de las cuales es susceptible este término, nosotros consideramos que la naturaleza individual, al actuar en cada individuo más por instinto y hábito que por la reflexión y el ejercicio de su libertad interna, es solo un principio inteligente que vela y contribuye a la conservación y a la propagación de su ser. Con esta definición se puede apreciar que lo que hemos afirmado en otras partes sobre el estado intuitivo del alma no es más que una aproximación a la condición de la naturaleza individual del hombre.

Lo que decimos aquí de esta naturaleza del hombre, es, guardando la proporción, lo mismo que debe pensarse en relación con los animales. La única diferencia entre aquel y estos radica en la degradación del hombre y en la integridad primordial de los animales, como veremos más adelante. Mientras tanto, observamos que lo que los filósofos han enseñado acerca de su llamado mecanismo, prueba más bien de la profundidad de su genio para sostener una paradoja que para iluminar una verdad que lucha con el error. Desde la Antigüedad, la razón siempre ha reconocido en los animales no solo un alma inteligente, sino incluso un Alma espiritual e inmortal, consecuencia necesaria de su inteligencia.

Lo contrario, ocurre con los seres puramente sensitivos e insensatos. Aunque los naturalistas, bajo los térmi-

nos *intus susceptionem*, y *juxtapositionem*, colocan en diferentes reinos a los vegetales y a los minerales; las observaciones microscópicas revelan que los cuerpos estúpidos tienen su vegetación, al igual las plantas. Es muy probable que el modo de crecimiento y conservación de unos se deba a otras leyes que las que rigen el modo de crecimiento y preservación de otros; pero sea como sea, es cierto que su naturaleza individual depende de una disposición de las partes internas para convertir en un movimiento especial y singular el movimiento general del orden físico. Este tema es ajeno a nuestro trabajo, por lo tanto es suficiente para nosotros establecer que el crecimiento y la conservación de vegetales y minerales dependen de causas ciegas, mientras que los de los animales dependen de causas reflexionadas y habituales, susceptibles de dirección.

2. Lo que se ha dicho desde el principio sobre el estado sensitivo y sobre el estado intuitivo del alma, sirve para mostrar que este principio inteligente tiene una modificación diferente, al ser independiente de los sentidos, de la que acompaña las funciones de los sentidos. Establecemos así que el estado intuitivo del alma es lo que forma la naturaleza individual del hombre. Para sentir todo el peso de esta verdad, basta recordar todos los esfuerzos que se desarrollan en los epóptas<sup>1</sup> ante las órdenes de los concentradores<sup>2</sup>, en contra y además de la tendencia del movimiento que se considera necesario, del cual hemos hecho un sucinto comentario en la Introducción. Es incontestable que este movimiento pertenece exclusivamente a la naturaleza del hombre. Solo la naturaleza misma del hombre puede controlarlo a voluntad.

La abstracción de los sentidos, en la cual esta naturaleza desarrolla su trabajo interior, no es necesaria para que ella actúe. Ella trabaja constantemente, pero de una manera completamente ajena al conocimiento del hombre, ya sea que éste esté durmiendo o despierto; y es capaz de dar a conocer su acción solo en una determi-

<sup>1</sup> Traducción de *De la cause du sommeil lucide ou étude de la nature de l'homme*, Seance IX, Paris, 1819.

<sup>2</sup> N. del E.: Epopta, del griego *Apoptae*, es el iniciado en los misterios de Eleusis. Los Misterios Mayores, según la clasificación que había establecido Orfeo, se celebraban en la isla de Eleusis en honor a las diosas Démeter y Perséfone. Aunque se ignora el contenido exacto de esos Misterios se piensa que los que eran iniciados en ellos recibían, probablemente bajo el efecto de alucinógenos, enseñanzas sobre la vida después de la muerte y sobre el mundo celestial. Los iniciados eran llamados *Apoptae*, que significa el que contempla. En la nomenclatura de Faria designa a las personas susceptibles de entrar en transe hipnótico.

nada disposición de la liquidez de la sangre del hombre que ella constituye. Los eoptas dan una prueba irrefutable de esta economía de su comportamiento. Cuando se les indica durante el sueño que descubran algo que no ven en su estado de vigilia, cumplen puntualmente en el siguiente sueño con la tarea impuesta, agregando que, sin ninguna duda, siguieron con ella después de despertarse. También experimentan en su estado de vigilia, en el momento correcto, la orden impartida durante su sueño, como la descarga menstrual, los vómitos, las heces y otros similares.

Sin embargo, esta naturaleza individual, al expresar por boca de los eoptas lo que ella ejecuta de acuerdo con la orden, ordinariamente no la recuerda, e ignora la causa de sus ocupaciones continuas. Actúa como si fuera una necesidad ineludible, y no por una opción resultante de su libre arbitrio. De esa manera, los eoptas no solo no la dominan espontáneamente sin una orden externa, sino que incluso en lo que ejecutan mediante este esfuerzo, reconocen en otro el imperio que ejercen ellos mismos.

Así es como ella actúa más por instinto y hábito que por la reflexión y por el ejercicio de su libertad interna. Su conversación y su reproducción son los únicos objetivos que persigue, y aún así ella es, a menudo, indiferente a ella, falta de saber sentir y pesar las consecuencias funestas. Los medios conducentes a la misma, que son ajenos a su marcha ordinaria, le son tan desconocidos a causa de la ausencia de la reflexión necesaria, que ella adopta sin reticencias lo bueno por malo y lo malo por bueno. Por lo tanto, solo con la palabra, uno puede enfermar a los eoptas sanos, y sanar a los eoptas enfermos.

**3.-** Pero ¿Qué son el instinto y el hábito? Estos son dos puntos que necesitan ser aclarados.

El instinto es solo un impulso interno del alma que conduce al hombre a una acción, antes de cualquier reflexión. Por lo tanto, puede afirmarse que aquel que es susceptible al instinto es capaz de reflexionar. En general, es una voz de la naturaleza que tiende a la conservación del ser, primer objetivo de su cuidado y su trabajo. Esa voz es casi infalible, siempre que no sea sugerida por una causa externa, y siempre se sigue con satisfacción y sin repugnancia.

Si el instinto es susceptible de reflexión, está claro que el hombre lo comparte más particularmente que los animales. Por lo tanto, es incorrecto decir vulgarmente que los animales siempre actúan solo por instinto. Al querer de ese modo desvalorizar su inteligencia, se sugiere que son susceptibles de reflexión, y, en consecuencia, se reconoce en ellos una inteligencia superior a la que desarrollan en la conducta de su existencia.

Sin embargo, el instinto puede existir en los animales; porque, como veremos a continuación, ellos están dotados como el hombre, de un alma inteligente, modificada por un estado sensitivo y un estado intuitivo. No cabe duda de que todas las acciones aparentes son el

resultado de una deliberación calculada y reflexionada. Estas pruebas de su atención probablemente tengan un limitación marcada por la restricción de sus ideas; pero estos límites no impiden que estos seres se sean capaces de combinar, conjeturar y deducir. Por poco que se preste atención a la fidelidad de los perros, a la habilidad de los gatos, a la prudencia del castor, a las trampas de las arañas y a los diferentes caracteres de otras especies de animales, se podrá reconocer en su conducta.

El instinto del hombre es una rutina perfectamente pensada. El alma la sigue en su estado intuitivo por el primer impulso, y se aferra a él tan estrechamente que basta con que la mente comprenda que algo imprevisto puede alterar su progreso habitual, para provocar en su cuerpo sobresaltos horribles e incluso mortales. Esta es la fuente del miedo a una explosión inesperada e incluso esperada; desmayarse ante un asesinato cruel y bárbaro; horrorizarse frente a los huesos humanos que dan fe de la certeza de la destrucción del hombre.

Sin embargo, este instinto es susceptible de reflexión; pero siempre y cuando haya una gran liquidez de la sangre. Es por este instinto que los pacientes a veces han visto en los sueños los remedios precisos que necesitan contra sus enfermedades. Es por este instinto que las mujeres embarazadas anuncian en sus antojos lo que les es indispensable por su condición. La naturaleza individual se siente, en ocasiones singulares, lo suficientemente libre como para reconocer la insuficiencia de su cuidado e inculcar lo que puede ayudarlo a cumplir su tarea de vigilancia.

**4.-** Ahora es fácil entender qué es un hábito. Se lo denomina una segunda naturaleza, porque siendo un resultado que se vuelve natural por la repetición de un acto, se confunde con el instinto y deviene independiente de toda reflexión. Hemos dicho muchas veces que las ideas sensitivas se convierten más fácilmente en ideas intuitivas que a la inversa, cuando el alma se penetra intensamente de ellas y les otorga importancia. Mediante la repetición de actos, finalmente ellas se ordenan en la línea de ideas naturales e infusas; y el alma en su curso ordinario de la naturaleza individual, al estar incapacitada para reflexionar, adopta a unas y otras, sin reconocer diferencia entre ellas.

Por lo tanto, es normal que el hábito sea considerado como una segunda naturaleza. Travestido en naturaleza, ejerce toda su potencia y difiere sólo en su denominación, debido a la sobrecarga que suma a sus funciones ordinarias.

Si es difícil desviar a la naturaleza de su marcha, es igualmente difícil erradicar un hábito contraído. La fuerza de los medios para adquirirlo o destruirlo no es la misma. De ordinario repetimos solamente los actos que exalten su inclinación, y, por lo tanto, este ejercicio se convierte en una satisfacción agradable en lugar de un trabajo desagradable. La empresa de destruir un hábito es un esfuerzo para despegar el espíritu de aquello que lo

<sup>3</sup> N. del E.: Concentradores era la denominación que Faria daba a los que inducían el sueño lúcido.

seduce; es una tarea fatigante y despojada de todo incentivo para ser mantenida.

Sin embargo, esto se logra mediante la repetición de actos contrarios; pero esta ejecución requiere más tiempo del que uno emplea cuando quiere destruir el resultado. La historia está llena de ejemplos que muestran que, a menudo, llegamos a convertirnos en un modelo de virtud, después de haber estado hundidos largo tiempo en el fango del vicio, incluso cuando se haya logrado desviar a la naturaleza de su marcha regular para someterla a regímenes espantosos, que a primera vista debieron de ser muy repugnantes. La experiencia siempre muestra que incluso una autoridad absoluta puede menos que una voluntad adecuadamente eficaz.

No necesito profundizar aquí la causa por la cual esta naturaleza individual, no estando dotada más que de una razón justa y eterna, está sujeta a las aberraciones más vergonzosas y dispares. Lo poco que hemos dicho acerca de la restricción de su libertad interna es suficiente para saber que siempre acoge como un bien todo lo que se le inculca bajo su apariencia, y que al ser el resultado del alma y el cuerpo, en la práctica, no está exenta de las influencias de la materia.

**5.-** Si bien es equívoca, esta razón intuitiva que tiene tantos nombres, goza del derecho a ser justa y eterna, ¿qué deberíamos pensar de la razón sensitiva, conocida como razón humana, para revelarnos esta pretendida ley natural, grabada en el corazón del hombre? Hemos determinado en otros lugares la confianza que puede merecer en sus dogmas: observemos aquí que estos preceptos eternos, a los que, a pesar de sí mismos, los hombres se encuentran encadenados internamente, solo existen en sus mentes por el intercambio social.

Ya hemos dicho que el alma humana goza de una ciencia infusa y universal; pero hemos agregado que estos conocimientos no se manifiestan en la vida cotidiana, y que cuando se presentan en los sueños, en los *presentimientos* y las sensaciones, solo se consideran como el resultado de una imaginación delirante. El hombre solo tiene luz a través de los sentidos, y aunque internamente los individuos de todas las edades y de todos los sexos sean igualmente sabios, solo lo son aquellos que están más dedicados al estudio y a la meditación.

La virtud, además de su estado natural, le presenta a la sociedad una utilidad real, así como el vicio, además de su deformidad le presenta también infortunios sin fin. Por ello, los hombres han creado preceptos que se aplican a cada uno, bajo penas severas, para ubicarlos en el lugar que le corresponde, especialmente cuando, después de rechazar los preceptos positivos de la revelación primitiva, conocieron su utilidad por su propia experiencia. Esa es la fuente de lo que se llama la ley natural, una fuente que se ha convertido en sagrada debido al uso público y privado resultante.

¿Creemos de buena fe que un niño que ha sido abandonado a una temprana edad en un bosque no puede alcanzar la edad de la razón, distinguir entre la virtud

y el vicio, lo justo y lo injusto, lo bueno y lo malo? No conocería ningún mal sino lo que podría ser perjudicial para la conservación de su ser; y, además, vería la virtud, la justicia y la bondad solo en la medida de sus fuerzas para satisfacer sus gustos e inclinaciones.

**6.-** Esta observación proporciona una respuesta perentoria a una sólida objeción contra la espiritualidad del alma humana y en favor del materialismo, que ha escapado a su defensor. Aquí está la objeción. Una sustancia espiritual tiene esencialmente, entre otras propiedades, la de penetrar en los cuerpos. Es concebible que los ojos a través de los cuales el hombre ve no puedan alcanzar el interior de los objetos materiales debido a las trabas que lo obstruyen. Pero, ¿cómo puede uno explicar que el alma, que debe ser una mente intuitiva, no conoce el interior del cuerpo que informa? ¿Por qué esta alma no tiene la menor idea de su naturaleza, mientras que da a la de los objetos que caen bajo los sentidos? Quién más sabe, debe saber lo menos. Saber lo que somos es mucho más fácil que saber lo que son los demás. Por lo tanto, debe admitirse que la inteligencia que el hombre desarrolla es más bien una modificación de la materia que la propiedad de una sustancia simple y espiritual.

Hemos repetido varias veces que el hombre solo tiene la idea de lo que ha entrado por los sentidos. Está claro, entonces, que, como nunca vio su interior, no puede tener idea de él. Sin embargo, el alma ve todos los pliegues y repliegues, no solo del cuerpo que ella informa, sino también de todo tipo de asuntos extraños, tan pronto como los sentidos del hombre se vuelven incapaces de ejercer sus funciones ordinarias. La inteligencia que se desarrolla en el hombre, lejos de descubrirla como una modificación de la materia, nos hace, por el contrario, saber que es propiedad de una sustancia simple y espiritual.

Sin embargo, mientras goza de una intuición en la abstracción de los sentidos, esa Alma, aún no conoce su naturaleza pura. Es porque esta intuición en su unión con el cuerpo es mixta, es decir, una intuición que, perforando las distancias de tiempos y lugares, presenta los objetos solo por las *especies*. Es un resultado inexplicable de lo espiritual y lo sensible, e insuficiente para alcanzar una mente pura inaccesible a toda imagen; sin embargo, es un resultado que decide que de ninguna manera puede ser una modificación de la materia siempre sensiblemente limitada y circunscrita.

El alma humana se verá tal como es solo cuando, separada de su envoltura, se libere de cualquier intermediario entre ella y los objetos. En su misteriosa unión con el cuerpo, está tan irrevocablemente sujeta que parece diferir de sí misma y formar otro ser, que es siempre el hombre en apariencia en la abstracción de sus sentidos, e inteligente en su estado de sensaciones. El alma es percibida a través de sus operaciones, pero no se la conoce en sí misma.

**7. -** Volviendo ahora al tema del que nos hemos desviado, observaremos que la naturaleza individual, que

realiza de manera constante su trabajo ordinario en cualquier disposición de la sangre, varía más o menos según la fuerza de los diferentes motivos que cautivan la adherencia del espíritu. Su marcha, de donde se origina en el hombre el movimiento necesario independientemente de todo poder de la voluntad sensitiva, perturba su regularidad y se acelera, se enlentece o se suspende totalmente, frente a todo lo que le da una convicción contraria a la que gobierna y dirige su trabajo.

El poder de actuar más o menos enérgicamente sobre el movimiento necesario, es, por lo tanto, solo prerrogativa de la convicción, de acuerdo con la fuerza del motivo que lo provoca. Indudablemente en el estudio y en el conocimiento del hombre no haberlo distinguido de la persuasión ha dado como resultado una serie de impedimentos quiméricos que han hecho que esto haya sido visto como más enigmático de lo que es. Para aclarar el tema, nosotros fijaremos la diferencia característica entre uno y otro, y distinguiremos al mismo tiempo las diferentes especies de convicción.

Reservando para más tarde la definición de persuasión, definimos ahora que la convicción puede ser de diferentes especies: *íntima, instintiva, sensible, habitual o demostrativa*. Nos ocuparemos de cada una de estas formas de convicción en particular y luego mostraremos la diferencia entre ellas y la persuasión; y terminaremos esta sesión dando nociones precisas de la confianza y de la prevención, que están conectadas con el presente desarrollo por una analogía íntima.

De esta doctrina se desprende: que la naturaleza individual que se considera vulgarmente como algo completamente ajeno al hombre, realiza su trabajo, a veces de acuerdo con él y otras veces a pesar suyo a pesar de todos los obstáculos que éste le presente; que ella es, en cierta disposición física del cuerpo, ágil y flexible bajo la dirección de alguien que disfruta de su confianza; que este impulso por el cual se domina a sí misma siempre está en relación inversa a la solidez de su causa; y que lo que, según la luz de la razón humana, es solo el intercambio de inteligencia, depende en gran medida de la extraordinaria liquidez de la sangre.

Esta última observación merece ser examinada más específicamente. Con esto quiero señalar la gran influencia del cuerpo, para desarrollar u obstruir la penetración de las facultades espirituales, a pesar de la gran distancia que existe entre el alma y la materia. Si el hecho no probara evidentemente que el hombre en la densidad de su sangre no tiene el mismo poder sobre su movimiento necesario que en la liquidez extraordinaria, uno tendría razones para pensar que una suposición similar solo puede ser compartida con un espíritu amigo de las paradojas.

**8.-** La convicción, en general, es la adhesión de la mente a un motivo extraído de una creencia real o creída como tal. La convicción íntima es la adhesión de la mente a un motivo extraído de su propia conciencia. Esta convicción es la más poderosa de todas, porque ninguna verdad tiene más influencia sobre la mente del

hombre que la que él ve o cree ver grabada en sí mismo. Sin embargo, tiene matices, de acuerdo con los grados de liquidez de la sangre y con la cantidad de su masa. Es probable que solo los epóptes sean susceptibles a ella en el más alto grado, aunque no todos en igual medida.

Uno debe sentir que una verdad sacada de la propia conciencia puede ser solo un error, y, consecuentemente, el motivo de la convicción íntima es, en general, menos sólido que el de cualquier otra convicción. Así los epoptas experimentan, ante una orden del concentrador, todo lo que él les anuncia caprichosamente o bromeando, porque están íntimamente convencidos y sienten en su conciencia que solo él tiene el poder de provocarles tales efectos, de acuerdo con su voluntad. No es difícil percibir que la verdad sobre la cual basan el motivo de su convicción es solo relativa, aunque a veces puede ser generalmente exacta.

Decir que la convicción íntima se adapta a la fluidez de la sangre es reconocer que puede producirse más o menos completamente en todas las personas. Todo individuo de la especie humana sueña, y el sueño es solo producto de una convicción íntima. Esto es lo que pone en evidencia que no hay nadie que no posea en su cuerpo una porción de sangre que extraordinariamente líquida. Este tipo de convicción, sin embargo, tiene un carácter distintivo que, como veremos, se denomina convicción instintiva, aunque reconoce su origen en una convicción íntima.

Toda convicción se apoya sobre el movimiento necesario; sin embargo, la convicción íntima puede dominar a voluntad o capricho, pero por una dirección exterior, porque no da a conocer su existencia a la persona que la posee: se desarrolla solo a su orden. Es por eso que se puede establecer el principio de que la convicción íntima es la única autoridad que puede regular, obstaculizar e incluso suspender la marcha de naturaleza individual, y que es solo el efecto de una disposición de la sangre, independientemente de cualquier esfuerzo del estado sensitivo del hombre. Por lo tanto, es un error irreflexivo pensar que uno puede adquirir una convicción íntima mediante el cuidado y la investigación. Uno adquiere una persuasión más o menos sólida solo si uno tiene la condición requerida.

**9.-** La convicción intuitiva es la adhesión de la mente a un motivo derivado de un impulso interno. Esto significa que quien la posee la usa sin conocer la causa que lo impulsa a actuar. Es fácil ver que siempre proviene de la naturaleza individual, cuando con voz sorda le dice al corazón lo que quiere que hagamos. El poseedor de esta convicción obedece incluso con una especie de voluptuosidad, sin tener la idea de ese imperioso poder que lo ha subyugado a pesar suyo.

Un repliegue en la atención sobre sí misma, que la naturaleza individual tiene del tiempo, este orden inculca en el hombre algo que ella detecta en su intuición, ya sea para la conservación de su ser, ya sea para beneficio de su tranquilidad. Tal es aquello que obedecen las mujeres embarazadas con sus antojos, así como



lo que aparece con insistencia en la cabeza de aquellos pacientes que espontáneamente dicen lo que les es necesario para su completa curación. Los sueños también entran en esta categoría, cuando se destacan en sus elementos, ya sea que anuncien verdades claras o las envuelvan en figuras difíciles de descifrar.

En otras ocasiones, la convicción instintiva es solo pasajera, como cuando es causada por un miedo fundado en algo, o por pánico. La reflexión la mitiga o la disipa; pero, a veces, tiene consecuencias muy desfavorables. En tales circunstancias la naturaleza individual se alarma por la conservación del ser que ella vigila, y a menudo le hace más mal por la fuerza de su aprehensión, que el bien que quiere hacerle por la fuerza de su precaución. Todos esos ataques de nervios, desfallecimientos y desmayos, que se desarrollan ante la vista de un espectáculo angustiante, son el producto de esa convicción instintiva que es solo pasajera.

Esta convicción, que no es otra cosa que la voz de la naturaleza individual, coincide con la convicción íntima; sin embargo, una difiere de la otra, en que esta última es común exclusivamente en los epoptas y su naturaleza es susceptible de dirección, mientras que la primera es atributo, con mayor o menor intensidad de todos los seres humanos, y siempre es rebelde a un poder externo.

Lo que los ingleses denominan *spleen* y los franceses "*mal du pays*", y, en general, todo lo que los médicos caracterizan como la enfermedad imaginaria que debilita a los pacientes y los conduce gradualmente a la tumba cuando se prolonga en el tiempo, proviene de la potencia de esta convicción instintiva. Estos males son reales y provienen de un sentimiento intuitivo que tiene el poder de provocar todo lo que uno aprehende en una determinada disposición de la sangre; y solo pueden ser curados por una conversión contraria. Puede ser que la causa sea la convicción íntima más que la convicción instintiva: a menudo uno puede confundir a una con la otra debido a su gran analogía.

**10.-** La convicción sensitiva es la adhesión de la mente a un estímulo producido por la acción mediata o inmediata de objetos sensibles. Tal es la convicción que resulta de la existencia de los cuerpos y, en consecuencia, de toda manifestación física. Aunque la certeza que resulte de ella es más sólida que la de la convicción íntima, no tiene tanto efecto sobre el movimiento necesario como esta última. El alma humana solo se subyuga completamente ante el motivo que abraza, cuando ella ejerce un poder absoluto sobre todos los pliegues y repliegues de la envoltura que contribuye a su individualidad; y es cierto que la convicción íntima, que normalmente tiene una base sólida, supera con creces la convicción sensitiva, que tiene una consistencia mayor, aunque a veces equívoca; aunque esta última aún supera la convicción demostrativa, que siempre resulta de verdades eternas. El hombre, cuyo orgullo requiere en el desarrollo de lo que es oscuro y sobre todo inaccesible a los sentidos, una demostración rigurosa, tiene, por lo

tanto, más como guía de sus operaciones mentales la versatilidad de sus prejuicios que la justeza de sus ideas.

Sin embargo, la convicción sensitiva también actúa sobre el cuerpo, pero solo durante el tiempo en que la causa que lo provoca está presente o se supone que está presente en los sentidos. La visión de un asesinato es a menudo suficiente para someter a un individuo a una conmoción penosa en las partes del cuerpo que él nunca pudo dominar mediante su voluntad. Es suficiente para excitar tales sensaciones, la descripción elocuente de una escena horrible, que la reproduce con todos sus matices y detalles.

Las sacudidas que producen estas diferentes imágenes no provienen de las impresiones materiales que imprimen sobre los órganos externos, y aunque esta acción se produce por igual en todos los espectadores presentes, el efecto no es el mismo en todos por igual. Estas agitaciones dependen completamente de los sentimientos que despiertan las sensaciones, y se presentan fácilmente en las personas que asocian con la delicadeza de su complexión el hábito de reflexionar sobre los males que entraña la fragilidad humana. Ninguna persona piensa ser ella misma la causa, porque la velocidad con la que se suceden estas operaciones de la mente, ocultan a la razón asustada la fuente legítima; y uno cree que no puede estar a salvo de esas emociones dolorosas, salvo alejándose de los lugares donde los sentidos se ven obligados a presenciar la escena.

**11.-** La creencia habitual es la adhesión de la mente a un patrón basado en la experiencia de la repetición de actos. Esta creencia siempre precede a la reflexión y, por lo tanto, es a la convicción sensitiva lo que la convicción instintiva es la convicción íntima. Esta es la que gobierna el movimiento de los miembros externos. Como convicción, cuya potencia siempre se extiende más allá de los límites del movimiento libre, ella domina también una parte del movimiento necesario, pero precisa y proporcionadamente al motivo sensible que la provoca. Tal es la que excita el amor, la ira y otros afectos de ese tipo. Una belleza lograda produce la primera, la presencia de un enemigo odiado produce la segunda y lo mismo sucede con las restantes.

No necesito detenerme aquí para explicar que el efecto de estas pasiones no se manifiesta solo sobre la circulación de la sangre y, en consecuencia, sobre un movimiento que es completamente independiente del poder de la voluntad sensitiva. En efecto, sabemos por experiencia que su acción no tiene otra finalidad que la aceleración o el entecimiento, o la extravasación de ese fluido vital, y que de ese desorden orgánico, resultan, a veces, consecuencias que requieren, para ser reparadas, del socorro del arte médico

He dicho que la convicción habitual precede a toda reflexión; sin embargo, a veces se adquiere rumiando en la mente el motivo que puede provocarla. Por lo tanto, uno se inflama de amor, ira y otras pasiones, representándose vivamente sus objetos en la mente, aunque están ausentes y lejos de los sentidos. Puede suceder que

estos efectos pertenezcan más a la convicción sensitiva que a la convicción habitual. Ambos tienen tal afinidad entre ellos que pueden confundirse fácilmente.

La convicción habitual se convierte en una oposición habitual opuesta, siempre que el motivo desaparezca y sea reemplazado por un motivo contrario. Es necesario que, para restaurar la primera convicción, el primer motivo exista y tenga la fuerza de someter el espíritu a su favor. No es difícil obtener este objetivo, porque a uno generalmente le gusta elogiarse con el motivo de un hábito, ya sea que haya sido útil o agradable.

De esta manera, una persona que, por las limitaciones que le impone el reumatismo, se habría privado durante algún tiempo del ejercicio de sus piernas, solo las usará después de que la experiencia lo haya convencido de su aptitud para ejercer sus funciones ordinarias. La palabra del médico tratante no será suficiente para devolver a la persona su convicción habitual, si no encuentra por sí misma que la respuesta corresponde al anuncio. El motivo de esta convicción pertenece esencialmente a la experiencia y no a la fe en el prójimo, sin importar cuán confiable pueda éste ser.

**12.-** Finalmente, la convicción demostrativa es la adhesión de la mente a un motivo extraído de una verdad eterna, susceptible de desarrollo. Tal es aquella que resulta de una demostración matemática. Esta convicción puramente especulativa solo puede actuar sobre la mente y no sobre el cuerpo. La razón es clara; las verdades sobre las cuales se establecen las matemáticas no son reales sino supuestas. La mente siente toda su exactitud, pero una demostración matemática no tiene el poder de reflejar su influencia sobre el cuerpo; porque por su constitución no tiene la capacidad para subyugarlo.

Estas verdades, reducidas a una demostración física, no tienen la fuerza para provocar una convicción que domine la menor parte del movimiento necesario. Al menos no lo producen sobre la generalidad de los individuos de la masa humana.

Está evidentemente demostrado que con un paracaídas uno puede intentar los saltos más peligrosos. Sin embargo, nadie se atrevería a arrojarse, equipado con una garantía similar, desde lo alto de las torres de la iglesia de Nôtre Dame. Cuando las personas valientes ascienden en un globo aerostático a una altura realmente aterradora, uno admira esta acción, considerada insensata y temeraria. Creo que incluso aquellos que se exponen a ella están más empujados por el interés que por la convicción. Sin embargo, nada es tan cierto como la evidencia que muestra que hay menos peligro en ese intento que el que ocasiona circular en un vehículo sujeto a mil y un accidentes imposibles de prever. ¡Es cierto que la certeza que gobierna las acciones del hombre está siempre en relación inversa a la solidez de sus bases!

En la práctica, está tan lejos de su pensamiento buscar más que encontrar la convicción demostrativa de la corrección de sus acciones más ligadas con la seguridad de su conservación, que hay muchas razones para

pensar que, cuando pide una demostración matemática de verdades positivas, aunque abstractas, que tienen el derecho de regular su moralidad, solo busca liberarse de todo yugo que pudiera obstaculizarlo en la satisfacción de sus inclinaciones. No está en él el ardor de conocer una verdad oscura, sino el deseo de volver problemática una verdad conocida que le reprocha la irregularidad de su conducta. Es más fácil pensar que no hay nada que temer o esperar después de la muerte, que justificar ante la razón la satisfacción de la caída en el vicio. Un Dios indolente ciertamente le convendría mucho mejor que un Dios justo.

**13.-** Es hora de explicar la diferencia entre convicción y persuasión. La persuasión es también una adhesión del espíritu, pero hace fe en los demás. Por grande que sea nuestra confianza en la veracidad de una persona, siempre es menos grande que la que estamos obligados a otorgar al testimonio de nuestra conciencia. La diferencia entre la convicción y la persuasión es que la primera se basa en nuestro propio testimonio y la segunda resulta del testimonio de los demás.

La persuasión ofrece a la mente solo un motivo externo, y la convicción siempre un motivo interno. Si, para actuar con el movimiento necesario, hace falta un motivo conectado con él, la persuasión, cuyo motivo es completamente extraño, nunca puede, como tal, controlar la impulsión. El ejercicio de la libertad interna, a la que se subordina este impulso, no depende solo de los individuos: ninguna fuerza externa tiene influencia alguna. El poder de la propia voluntad que lo rige está guiado únicamente por el motivo que subyuga la comprensión.

La persuasión, sin embargo, se convierte en convicción de todo tipo, de acuerdo con las disposiciones internas, por lo tanto, la persuasión actúa con convicción y logra controlar el movimiento necesario. Cuando los motivos de la persuasión, que por lo general son intrínsecamente más fuertes que los de la convicción, logran a fuerza de ser meditados, a apoderarse de la mente, o cuando estos motivos encuentran en el corazón del oyente sentimientos habituales análogos a él, la persuasión siempre se presenta bajo el aspecto de la convicción, y es realmente solo la convicción misma que triunfa sobre una parte del movimiento necesario.

Es por eso que el discurso de un orador sagrado, que solo tiene la fuerza para persuadir, también mueve el cuerpo y provoca convicción en la mente; porque cada cristiano se nutre de la idea de la existencia de un Dios testigo de las acciones más ocultas, de su justicia terrible, de su clemencia misericordiosa y de su inefable munificencia. Son estos sentimientos, latentes en el corazón, que una elocuencia masculina despierta por la fuerza de su razonamiento; y en lugar de usarlo para persuadir, lo usa para convencer.

La persuasión sigue, en estos motivos externos, el mismo curso que la convicción demostrativa en sus motivos internos. Ambas subyugan la mente de acuerdo con su naturaleza particular; pero, como tales, nunca

logran dominar el movimiento necesario. Por lo tanto, los efectos de la persuasión no son tan generales como los de la convicción: no todos los que escuchan a un orador ceden a la fuerza de su elocuencia.

**14.-** Hemos prometido ocuparnos de la naturaleza de la confianza y la prevención: mantendremos nuestra promesa en pocas palabras para finalizar esta reunión.

La confianza es el abandono de la mente a discreción de los demás, debido a una certeza relativa de la corrección de los propios sentimientos. La misma persona no disfruta de la confianza de todos, porque sus sentimientos no son apreciados de la misma manera por todos. Cuando alguien se lo otorga en toda la extensión del significado de la palabra, se pone a su disposición sin reservas y se somete por completo a su opinión e influencia.

Generalmente, la confianza entre los hombres está restringida porque, a juzgar por la inestabilidad de sus propios sentimientos, siempre se desafían unos a otros. Sin embargo, hay algunos que son tan ciegos a la fe en aquellos con los que se relacionan que, a pesar de las tristes pruebas, siguen siendo lo suficientemente débiles como para continuar abandonándose a su discreción. Es de suponer que la complejidad es en ellos la primera causa de este trastorno, más que la debilidad de su mente; o, para decirlo mejor, la debilidad de su mente proviene de una determinada complejidad.

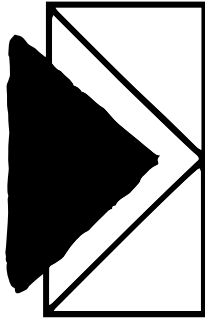
Al menos la confianza de la que goza todo concentrador en el espíritu de sus epoptas, y es así en todo el rigor del término, reconoce su fuente solo en una disposición precisa de la sangre. Sus epoptas pasan por las prue-

bas más difíciles bajo sus órdenes, sin perder, al menos ordinariamente, el menor grado de confianza; y toda esa enorme confianza se desvanece por completo, tan pronto como dejan el estado de sueño lúcido y sus accesorios.

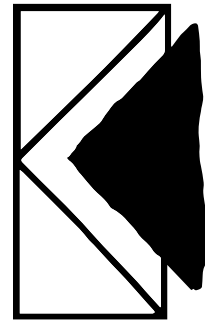
La prevención es una disposición de la mente a favor o en contra de alguien o algo. Y sin correctivo expresa, por lo general, una disposición desfavorable.

Los defectos reales y positivos, que notamos en otros, suelen ser la causa de la prevención, incluso en contra de sus acciones más encomiables; porque seguros de lo que tienen de reprochable, no nos tomamos la molestia de reflexionar en lo que tienen de virtuoso. A veces también advertimos contra alguien solo por un gesto, por una palabra, por una opinión que no encaja con nuestra forma de pensar. Igualmente nos prevenimos contra las cosas, solo porque no respondieron a nuestras expectativas. La prevención, ya sea a favor o en contra, siempre anuncia un juicio falso o una debilidad de la mente.

Sin embargo, lo que es prevención en otros es una convicción íntima en los epoptas y en cualquier persona que tenga la sangre extraordinariamente líquida. A partir de entonces, existe por su parte la adhesión de la mente a un motivo extraído de su conciencia, para influir en el movimiento necesario. Explicaremos más adelante la causa del paso de este tipo de adherencia de la mente a la acción sobre el movimiento necesario. Mientras tanto, observaremos que estos epoptas ocasionales y naturales experimentan de manera sensata y real ante las personas y cosas contra las cuales se previenen, todos los males que responden a esta preocupación de sus mentes. ■



## *confrontaciones*



# El terrible mito de la muerte

Lía Ricón

*Profesora titular consulta, Universidad de Buenos Aires  
Psicoanalista, en función didáctica, Asociación Psicoanalítica Argentina (APA)  
E-mail: ricon.lia@gmail.com*

*“Así pues, la muerte no es real  
ni para los vivos ni para los muertos,  
ya que está lejos de los primeros y,  
cuando se acerca a los segundos,  
éstos han desaparecido ya.”*

Epicuro, Carta a Meneceo (1)

*“Hemos manifestado la inequívoca tendencia  
a hacer a un lado la muerte, a eliminarla de la vida.  
Hemos intentado matarla con el silencio; y aun tenemos el dicho:  
‘Creo en esto tan poco como en la muerte...’  
La muerte propia no se puede concebir;  
tan pronto como intentamos hacerlo podemos  
notar que, en verdad, sobrevivimos como observadores...  
en el inconsciente cada uno de nosotros está convencido de su inmortalidad...  
Recordemos el viejo apotegma: Si vis pacem, para bellum,  
sería tiempo de modificarlo: Si vis vitam para mortem.”*

Sigmund Freud (2)

*“Vivo sin vivir en mí,  
y tan alta vida espero  
que muero porque no muero.”*

Teresa de Ávila (3)

La primera cita del epígrafe es útil para intentar entender o por lo menos meditar sobre esta dificultad que tiene el *homo sapiens* con la muerte, seguramente como consecuencia de haber adquirido la conciencia. ¿Por qué, si nadie puede contradecir lo que dijo Epicuro, la muerte produce ese efecto terrorífico?<sup>1</sup>

La segunda cita del epígrafe es de Sigmund Freud en su trabajo sobre la guerra y la muerte. El fundador del psicoanálisis parafrasea el apotegma latino y nos da la clave para intentar elaborar la propia muerte: *Si vis vitam para mortem*.

En la misma línea de la teoría psicoanalítica los traba-

jos de Carl Jung tienen la singularidad de haber estructurado arquetipos que darían cuenta de aspectos del mito sobre la muerte que sería útil entender.<sup>2</sup>

Desde esta perspectiva junguiana Marie-Louise von Franz (9), relata muchos sueños de pacientes terminales que ilustran particularmente el mito calcado sobre el relato bíblico. Se basan siempre en la creencia en una realidad trascendente. Mi propuesta, ante los sueños que ilustran el trabajo de von Franz, es entenderlos a partir de la posición de Epicuro o de Freud y no desde la idea de otra realidad trascendente como la planteada por los místicos, que obviamente parte también del mito judeo-cristiano.

La tercera cita es de Teresa de Ávila (nacida Teresa de Cepeda y Ahumada). Esta gran poeta y también el otro místico su amigo Juan de la Cruz (Juan de Yepes), esperan la muerte desde la perspectiva del relato bíblico que les hace concebir la vida como una cárcel que los separa de la dicha eterna.

A partir de esas reflexiones propongo interrogarnos sobre cuál es el mito sobre la muerte, ¿cuáles son las representaciones que en nuestra mente la muestran tan terrorífica, con una guadaña, vestida de negro, decidida a cortar nuestra cabeza, portadora de todos los horrores del infierno, especulando con nuestra incertidumbre, agazapada como un asesino, criminal que nos roba la vida?

El infierno como lugar concebido por el mito cristiano de la creación, sin duda tiene una relación estrecha con el temor a la muerte, con los rituales de perdón de los pecados y particularmente con la culpa. La incierta muerte es el paso que nos llevará al cielo o al infierno, según decida el *bondadoso dios* que maldice a la serpiente, a la mujer y al hombre porque han adquirido la conciencia, el conocimiento del bien y del mal, por haber comido del árbol prohibido.

Es muy pertinente aquí recordar en su totalidad el poema de Teresa de Ávila<sup>3</sup> y preguntarnos casi ingenuamente: ¿será cierto que la fe puede ser tan potente? También se le atribuye otra frase en el día de su cumpleaños: "Un día menos hasta su gloria". Sería benéfico poder aceptar plenamente que este mito de la vida eterna cuando es aceptado hace desaparecer las angustias que se padecen por el temor a la muerte...

Antes de considerar los aspectos míticos cabe mencionar en una breve síntesis lo que me ha aportado desde mi experiencia clínica el trabajo con personas que habían recibido la noticia de que su muerte ocurriría en un plazo determinado. Para esa labor pude servirme con

mucho provecho del estudio de Elisabeth Kübler-Ross sobre las etapas que habitualmente transitan las personas que están en tales circunstancias (10). Ello implica considerar que ante una muerte con un plazo previsible, están involucrados el paciente, la familia y el terapeuta que está intentando prestar ayuda. Mi trabajo con este tipo de problemática se remonta a mis primeros tiempos de práctica profesional y me fue muy útil para ello conocer las etapas de esta especie de semiología del paciente moribundo que hace Kübler-Ross.

Recordemos esas etapas: 1) Negación y aislamiento; 2) Cólera y agresión; 3) Componendas; 4) Depresión; 5) Aceptación.

El recorrido a través de ellas tiene tiempos fuertemente singulares. Es fundamental tener en cuenta, por una parte, que el paciente y la familia pueden estar en distintos tiempos de la elaboración del morir y, por otra, que pueden presentarse a-sincronías respecto de esa problemática entre la familia, los especialistas en la enfermedad que padece el paciente, los cuidadores, el psicoterapeuta y el paciente mismo.

Es fácil imaginar las consecuencias negativas de una situación en la que el paciente está ya en la última etapa (aceptación), la familia está en la primera (negación), el especialista, clínico o cirujano en la tercera (ira por no poder haber resuelto el problema), y un psicoterapeuta navegando en la tercera (componendas). Tal situación puede conducir a un diálogo de sordos.

Si el paciente no tiene ya la negación como defensa, tiene conocimiento vivencial de su cuerpo (son ejemplo de ello los deportistas y los bailarines), ha recorrido con mayor o menor desarrollo las otras etapas, ha aceptado que va a morir y está arreglando sus asuntos terrenales, es absolutamente indispensable hablar de la muerte con él porque otra conducta sería dejarlo solo con sus vivencias.

La situación opuesta se plantea cuando se trata de alguien con muy poco conocimiento vivencial de su cuerpo (paradójicamente los médicos) y está fuertemente instalado en la etapa de negación. Hay que ser muy prudente en ese caso porque tal vez puede morir sin recorrer todas las etapas. Parafraseando a Epicuro, la muerte sería para ese paciente como un trámite que hace otro.

Hasta aquí este breve comentario que nos servirá para acercarnos a los mecanismos de defensa.

...

Un superficial recorrido histórico ya nos muestra que ninguna cultura occidental escapa a este horror. Desde un simple nivel coloquial sabemos que desearle la

<sup>1</sup> Del griego Epicuro (341 aC-270 aC), fundador de la escuela filosófica hedonista, se conservan solo tres cartas: a Meneceo, a Heródoto y a Pitocles (4).

<sup>2</sup> Adherimos al concepto de mito desarrollado por Gusdorf y Colombres (5, 6, 7) entendido no como mentira sino como potente verdad del psiquismo que tomando estímulos del mundo externo organiza una idea o un concepto o inviste a una persona. Con esta operación mental el ser humano alivia sus angustias. Sería similar a las antropotécnicas de Sloterdijk que son válidas hoy como consecuencia del avance de las tecnologías (8).

<sup>3</sup> Vivo sin vivir en mí/ y tan alta vida espero/ *que muero porque no muero*/ Vivo ya fuera de mí/ después que muero de amor/ porque vivo en el Señor;/ que me quiso para Sí,/ Cuando el corazón le di/ puso en mí este letrado: / " *Que muero porque no muero* " / Esta divina prisión,/ del amor con que yo vivo,/ hace Dios ser mi cautivo/ y libre mi corazón;/ mas causa en mí tal pasión/ ver a mi Dios prisionero, / *que muero porque no muero*. ¡Ay! / do no se goza el Señor! Porque, si es dulce el amor, / no lo es la esperanza larga:/ quítame Dios esta carga, / más pesada que de acero, *que muero porque no muero*. Solo con la confianza/ vivo de que he de morir;/ porque muriendo el vivir/ me asegura mi esperanza. / Muerte do el vivir se alcanza, / no te tardes que te espero, / *que muero porque no muero*. / Mira que el amor es fuerte;/ vida, no seas molesta, / mira que solo te resta, / para ganarte, perderte;/ venga ya la dulce muerte, / venga el morir muy ligero, / *que muero porque no muero*. / Aquella vida de arriba, / que es la vida verdadera, / hasta que esta vida muera/ no se goza estando viva. / Muerte no seas esquiva, / viva muriendo primero, / que muero porque no muero. / Vida, ¿qué puedo yo darle/ a mi Dios, que vive en mí, / si no es perderte a ti para mejor a Él gozarle? / Quiero muriendo alcanzarle/ pues a Él solo es a quien quiero, / *que muero porque no muero*.

muerte a alguien es casi lo peor que le podemos desear; cuando en realidad sabemos que puede ser hasta lo mejor para alguien que sufre dolores que no se pueden calmar o que está siendo torturado antes de morir. Lo supimos tristemente cuando le deseamos la muerte a alguien muy querido a quien llevaban preso en la época oscura del Terrorismo de Estado. Sé que era difícil decirlo y hasta difícil solo pensarlo. ¿Quién no tiene alguno de esos horribles recuerdos?.

Ahí está el horror al sufrimiento, no a la muerte que tan bien describe Epicuro desde la inmanencia. Ya que no tenemos ninguna experiencia ni propia, ni relatada de quien haya vuelto de la muerte, nuestra reacción ante su evidencia debería depender del constructo teórico que tengamos sobre este más allá trascendente.

Las culturas orientales tienen otros mitos que voy a dejar para otro momento, pero que de todos modos parecen incorporar más cómodamente la muerte a la vida misma. Esto también ocurre con los místicos como se ve en el magnífico poema de Teresa de Ávila. Se puede entender que espera la muerte como el momento en el que empezará a gozar de la presencia divina que será el mayor gozo.

Seguimos entonces con el gran interrogante. ¿Por qué la conciencia nos dio esa insoportable vivencia del horror a la muerte?

Empecemos por formular algunas hipótesis: el desconocimiento tangible, la falta de un relato de alguien que haya *vuelto* unido a la evidencia de la no conciencia de ese estado alimenta una fantasía que o bien puede estar poblada de las cohortes de ángeles del relato mítico cristiano o de huríes del relato musulmán o de demonios del relato cristiano o de pájaros que desgarran las entrañas como le seguirá pasando a Prometeo.

A partir de aquí si desconocemos el relato mítico de la creación, podemos apropiarnos del texto bíblico del Génesis, cap. 3 que vale la pena citar para entender muchos aspectos de la historia posterior:

*“...Oyeron luego el ruido de los pasos de Yahve Dios que se paseaba por el jardín a la hora de la brisa, y el hombre y su mujer se ocultaron de la vista de Yahve por entre los árboles del jardín... Yahve dijo: ‘¿Dónde estás?’ Este contestó: ‘Te he oído andar por el jardín y he tenido miedo, porque estoy desnudo; y por eso me he escondido’. El replicó: ‘¿Quién te ha hecho ver que estabas desnudo? ¿Has comido acaso del árbol del que te prohibí comer?’; y dijo el hombre: ‘La mujer que me diste por compañera me dio del árbol y comí’; dijo pues Dios a la mujer: ‘¿Por qué lo has hecho?’. Contestó la mujer: ‘La serpiente me sedujo y comí’... y dijo Dios a la mujer: ‘Tantas haré tus fatigas cuantos sean tus embarazos: con dolor parirás los hijos. Hacia tu marido ira tu apetencia y el te dominará’. Y al hombre le dijo: ‘Por haber escuchado la voz de tu mujer y comido del árbol del que te había prohibido comer, maldito sea el suelo por tu casa, sacarás de él el alimento con fatiga todos los días de tu vida. Te producirá espinas y abrojos y comerás la hierba del campo. Comerás el pan con el sudor de tu rostro, hasta que vuelvas al suelo, pues de él*

*fuiste tomado. Porque eres polvo y al polvo retornarás...’. Se dijo Dios: ‘¡Resulta que el hombre ha venido a ser como uno de nosotros, en cuanto a conocer el bien y el mal! Ahora pues cuidado, no alargue su mano y tome también del árbol de la vida y comiendo de él viva para siempre’ (11).*

Alusiones y repeticiones de estos mandatos se encuentran en muchos lugares de la Biblia tales como los libros de los profetas, Apocalipsis, cartas de Pablo, etc. Lo menciono para entender la pregnancia de este texto, el Pentateuco, del cual el Génesis (Berehit), podría haber sido escrito en los tiempos del cautiverio de los judíos en Babilonia, por varios autores o tal vez solo por Moisés.

El relato mítico del Génesis es absolutamente atemorizador. Tanto la serpiente, como la mujer y el hombre son duramente castigados; podemos entender que por haber adquirido la conciencia a través de haber comido del árbol del bien y del mal que nos hace como dioses.

Esto ha sido entendido como una diferencia insalvable con los animales a quienes tal vez por falta de comunicación comprensible para nosotros les negamos rotundamente la conciencia.

Es de experiencia cotidiana que el animal también tiene algún conocimiento de su muerte propia y las hembras madres de la muerte inminente de la cría.<sup>4</sup>

La muerte está ahí, y como dice claramente Freud en el artículo mencionado, que tanto para nosotros como para el hombre primordial, en nuestro inconsciente, la muerte, aun sin tener registro, se presenta con dos actitudes contrapuestas -una que la admite como aniquilación de la vida y la otra que la desmiente como irreal- que chocan y entran en conflicto.

Lo dicho hasta aquí implica que ante el espectáculo diario e inevitable de la muerte de los otros, algo tenemos que fantasear sobre nosotros mismos, desprovistos de un registro de lo que será no existir.

Podemos suponer que este no registro es responsable de los relatos míticos religiosos de las religiones del libro del que hemos dado el ejemplo del Génesis y por otra parte de los conceptos de otras civilizaciones, unas primitivas, otras orientales entre los que el de Epicuro es paradigmático, que pueden intentar considerar la muerte desde otras perspectivas.

Como psicoanalistas tenemos la posibilidad de desarrollos importantes y frondosos que permitan entender mejor los afectos implicados, las defensas puestas en juego, las soluciones que la incertidumbre nos dicta y que en general nos permiten lidiar, exactamente pelear contra este desconocimiento, esta falta de registro y consecuentemente poder ayudar mejor a quienes tienen menos posibilidad de implementar mecanismos de negación para adoptar la actitud de desmentirla como dice claramente Freud.

Cabe citar aquí a Alain Badiou, en un texto que dio como respuesta a una entrevista publicada en el diario “La Nación” de Buenos Aires (12). La pregunta a la que respondió fue: ¿Qué es “vivir como inmortal”?:

*“Es vivir en el elemento de una verdad, incorporarse a*

<sup>4</sup> Una gata siamesa pare un gatito muy enfermo y minutos antes de la muerte del cachorrito lo lleva en su boca a depositarlo en las faldas de su dueña a quien mira y maúlla tristemente. Una perra entierra a un cachorro no se sabe si todavía vivo, quien tenía una malformación cardíaca que le hubiera permitido tal vez algunos minutos de vida. Quien no trate con animales entiendo que no crea en estos sucesos.

un proceso creador, ya sea amoroso, político, artístico o científico. Declarar un amor y recibir su confirmación del Otro, participar con entusiasmo en una manifestación decisiva, contemplar un cuadro, comprender un teorema... Son esos los momentos en los que, para hablar como Spinoza 'experimentamos que somos eternos'. La vida es, entonces, una vida más fuerte que la vida".

Recordemos que en la filosofía de este gran pensador, tienen un lugar importante los conceptos de procedimientos de verdad: Filosofía, Política, Arte, Amor, y tal vez también Psicoanálisis.

¿Qué nos permite pensar lo antedicho con respecto al "terrible" mito de la muerte con el que titulamos este escrito?

Nadie lo pudo decir mejor que este filósofo: queremos ser inmortales y no podemos imaginar el mundo sin nosotros.

De aquí haríamos nacer el alma y su eternidad a pesar de saber sobre la desaparición del sol de aquí a cinco millones y medio de años. Las cifras casi no importan, si fuera un millón de años terrestres sería lo mismo. No somos inmortales y no es fácil que lo podamos aceptar.

En suma, a partir de la adquisición de la conciencia, que ya anuncia el preclaro Moisés al hablar del pecado de Adán y Eva comiendo del árbol del conocimiento, sin tener a pesar de esto la posibilidad de saber más que la vuelta al polvo, la muerte nos resulta insoportable y por ende no es registrada en nuestro inconsciente. Se la puede ubicar en la represión primaria de un inconsciente reprimido. La evidencia de la muerte de los otros es el comienzo de las elucubraciones sobre la otra existencia, lo trascendente más allá de lo inmanente que es lo único a lo que tenemos acceso.

Un comentario especial sobre el texto de Luigi Zoja (13), quien nos habla no exactamente de la muerte del prójimo sino de cómo por diversos motivos que no están del todo claros nuestra cultura tecnologizada está haciendo desaparecer. Los ejemplos más significativos son los del grupo que estaría incluido en los *millennials* que los japoneses denominan *hikikomori*, sus equivalentes occidentales *neet* (*not currently engaged in employment, education or training*: ni trabaja, ni estudia ni recibe información) y en nuestro medio los *nini*. ¿Qué pasará aquí con el mito de la muerte cuando hay esta "inflación de la distancia", como dice Zoja? Estos jóvenes aislados no

parecen claramente fóbicos, ni depresivos, ni con rasgos psicopáticos. Están alejados, aislados con una precaria conexión cibernética con computadoras o celulares. ¿Qué constructo estarán haciendo para enfrentarse con la realidad de la no existencia? Tal vez no registran del mismo modo la muerte del prójimo. ¿Tendrá este hecho alguna relación con las matanzas en los colegios de los Estados Unidos?

La estructura mítica más consistente que parece estar como sostén de lo que estoy tratando de pensar con quienes lean este trabajo es que *queremos ser inmortales* y esto llevó a los riquísimos y tranquilizadores relatos míticos con los que tenemos que lidiar ante las situaciones concretas de muertes anunciadas. Sabemos que una de las características siempre presentes en el mito es la multiplicidad de relatos. El mito surge de la necesidad de explicación de una situación insoportable; el relato es del relator que se organiza a partir de haber tomado elementos de la realidad fáctica para combinarlos de modo que aparezcan como una organización racional que al proporcionar algún sentido alivia la incertidumbre, la soledad, la inconsistencia y la desprotección de la vida.

Vuelvo a la semiología de Kübler Ross y a lo ya mencionado de Freud. La primera muestra los distintos niveles del mito que es muy útil tener lo más conscientes posibles para no gastar energía psíquica en mantener la actitud de desconocimiento ya mencionada por Freud. Queda así más energía para gozar la vida. *Si vis vitam para mortem*.

Sintetizando, podemos decir que los mitos sobre la muerte se apoyan sobre cinco pilares:

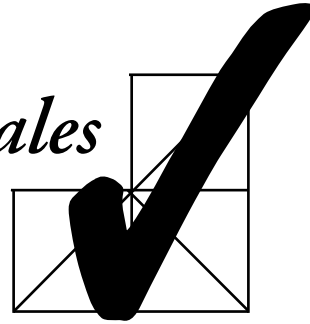
- La aparición de la conciencia.
- La evidencia de la muerte de todo ser vivo.
- La no resurrección de la vida animal.
- El miedo y la impotencia ante el desconocimiento y la incertidumbre de lo que se experimentaría después de la muerte.
- El deseo de inmortalidad.

¡Cuánta energía gastamos en reprimir todo esto! ¡Pensarlo e intentar llegar a la fase de aceptación nos deja más energía disponible para disfrutar de este único tiempo de vida que nos toca administrar aunque no hayamos podido decidir sobre su aceptación!. ■

## Referencias bibliográficas

1. Epicuro. Carta a Meneceo: [onomazein.letras.uc.cl/Articulos/4/23\\_Oyarzun.pdf](http://onomazein.letras.uc.cl/Articulos/4/23_Oyarzun.pdf)
2. Freud S ([1915] 1987). *De guerra y muerte. Temas de actualidad*. Obras Completas. Volumen 14, Buenos Aires, Amorrortu.
3. San Juan de la Cruz, Santa Teresa de Jesús (1999). *Poemas del amor divino*. Madrid, Grijalbo Mondadori.
4. Verneaux R (2016). *Textos de los grandes filósofos. Edad Antigua*. Barcelona, Herder.
5. Gurdorf G (1960). *Mito y Metafísica*. Buenos Aires, Nova.
6. Colombres A (1991). "Mitos, ritos, fetiches. Desmitificaciones y resignificaciones para una teoría de la cultura y del arte en América", en: *Hacia una teoría americana del arte*. Buenos Aires, Ediciones del Sol.
7. Ricón L (2005). "Mito y saber", en *Mitos y Psicoanálisis*. Gustavo Corra (Comp.). Buenos Aires, APA.
8. Sloterdijk P (2012). *Has de cambiar tu vida*. Barcelona, Pre-Textos.
9. Franz von ML (1990). *Sobre los sueños y a muerte*. Madrid, Kairós
10. Kübler Ross E (1972). *On death and dying*. Nueva York, Mac Millan.
11. Biblia de Jerusalén (1998). Bilbao, Desclée de Brouwer.
12. Badiou A (2008). Entrevista diario *La Nación*, Suplemento ADN, 4 de octubre de 2008.
13. Zoja L (2015). *La muerte del prójimo*. México, Fondo de Cultura Económica.

# *Lecturas y señales*

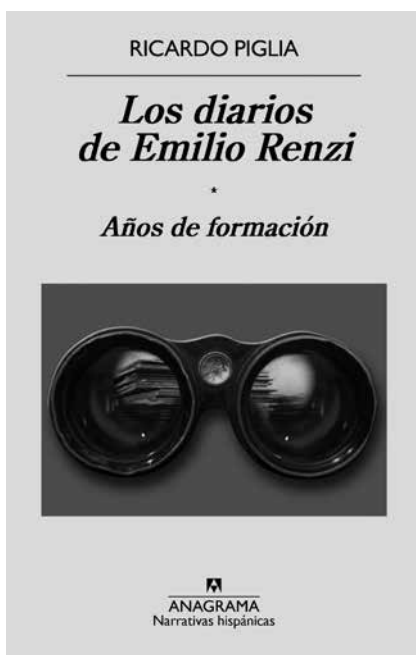


## Los diarios de Emilio Renzi. Un día en la vida

Daniel Matusevich

*“Se distingue a un verdadero maestro en que carece de arrogancia. Muestra la incertidumbre y deleite de ir aprendiendo, no la soberbia de saber. En las breves paginas de estas charlas sobre el arte de la ficción se aprende tanto que uno tiene la sensación de escuchar la voz de James Salter”*

Antonio Muñoz Molina



**Ricardo Piglia**  
Anagrama, 2017

Ricardo Piglia falleció en enero de 2017 a los 75 años, víctima de las complicaciones originadas por una enfermedad degenerativa que poco a poco fue tomando el control de su vida. *Los diarios de Emilio Renzi* iban por el segundo tomo, completándose su publicación en marzo de ese año.

Emilio era el segundo nombre de Piglia y era también el *alter ego* que transitó su obra en distintos momentos de su vida y de la historia de Argentina. De esta forma fue configurando un fresco sensible y profundo de distintas realidades personales y sociales, mezclando la novela con el diario para definir un cruce de estilos impar que quizás constituya el legado de un autor único e irremplazable.

En esta ocasión decidimos comentar el último tomo de *Los diarios...*, más específicamente “Días sin fecha”, el final de la obra que coincide con el final de la vida de Piglia; nuestra elección se fundamenta en que las casi 50 páginas que conforman este capítulo constituyen una de las reflexiones más profundas y conmovedoras sobre la enfermedad y la muerte, escritas desde la primera línea por alguien consciente del final del camino.



Estamos de acuerdo con Luciano Lamberti cuando plantea que su Piglia preferido es el Piglia ensayista, el que es capaz de encontrar ideas en cualquier idea y de transformar imágenes en narraciones que no son novelas, no son cuentos, sino objetos muy difíciles de clasificar que ejercen una atracción en el lector semejante a leer una novela policial, uno de los géneros preferidos del autor de *Respiración artificial*. En este caso, la enfermedad y la muerte actúan como hilos visibles e invisibles que unen los últimos días en Estados Unidos, la despedida, la jubilación, el regreso a la Argentina y algunos acontecimientos más que definen el final de una historia a los que haremos mención brevemente en este comentario.

“Paso la noche internado en el Hospital de Princeton... pensar no es recordar, se puede pensar, aunque se haya perdido la memoria (lo vengo sabiendo por mí desde hace años: solo recuerdo lo que está escrito en el diario)”. Este comienzo nos prepara para lo que va a venir, la sensación de pérdida de control existencial, la impresión de no ser dueño del destino, de perderse mientras se van perdiendo capacidades y sentidos, en ninguna de las novelas o cuentos de Piglia estuvimos tan cerca de experimentar esa sensación como en estas páginas finales.

Releyendo a Brecht y a Adorno, vuelve sobre la vieja idea acerca de si es posible describir el horror de los campos de exterminio nazis “...después de lo que pasó en el campo de Auschwitz es un hecho de barbarie escribir un poema, y este hecho corroe incluso el conocimiento que señala porque se ha hecho hoy imposible escribir poesía”; este fragmento nos conecta con la pregunta sobre la posibilidad o imposibilidad de escribir sobre la propia muerte sabiéndose en las inmediaciones de esta. La respuesta de Piglia es que sí, que se puede y estas páginas son la demostración, apelando a un sistema de citas, referencias y descripciones que intentaremos seguir.

En primer lugar, aparece el relato del suicidio de Antonio Calvo, encargado de enseñanza de la lengua española en Princeton; nos enteramos de que este hecho trágico sucede tres días después de haber sido cesanteado por la administración de la Universidad. En una sola línea Piglia plantea que “nada explica un suicidio” además de agregar que “la significación de las palabras depende de quien tenga el poder de decidir su sentido”.

La pista sigue con Pavese, uno de los autores preferidos de Piglia, recordamos brevemente aquí el cuento “Un pez en el hielo” con Renzi como protagonista e investigador del suicidio del italiano a partir de la lectura de su Diario (el de Pavese), como “un crimen que era preciso descifrar”. En este caso nos recuerda que en *El oficio*

*de vivir* “el suicidio es el fin deliberado del diario (“basta de palabras, un gesto, no escribiré más”), le da un aire de conclusión inevitable”.

Por último, aparece una mención a *El ser y la nada* de Sartre que también convocó nuestra atención: “... me interesa la distinción que establece Sartre entre estar muerto y estar retirado: en el primer caso el pasado no existe; en el segundo no hay otra cosa”. Las reflexiones sobre la muerte continúan con Kafka, Melville, Hemingway, Chejov y terminan con Turguenev: “...la enfermedad de Bazarov está tan bien descrita que yo mismo me debilité y tuve la sensación de contagiarme de él”. La verdad en el lugar del muerto dice Piglia, el moribundo que no alcanza a decir quién fue el asesino mientras la película termina.

Preguntarnos acerca de si imaginó o no su propio suicidio no tiene aquí mucho sentido, la peripecia está latente, el análisis de sus páginas finales nos remite a esa posibilidad, avalada por líneas en las cuales aparecen de manera clara momentos en los que se verifica una pérdida de control sobre el cuerpo; es muy parecido el relato de Sandor Marai en las páginas finales de *Confesiones de un burgués*, otra edad, otros tiempos, pero la misma lucidez para observarse. Piglia da ejemplos en donde la escena central de un relato no se narra y el lector debe imaginarla, ya que lo que se sustrae define la historia.

Perspicacia en la observación que se expresa a través de frases como las que siguen: “...he empezado a declinar inesperadamente. No hay quejas... La mano derecha está pesada e indócil, pero puedo escribir. Cuando ya no pueda... La enfermedad como garantía de lucidez extrema”; el cierre de los diarios coincide con el cierre de la vida, mientras la obra se abre cada vez más a múltiples análisis e interpretaciones.

Creemos que el fragmento final del prólogo escrito por Antonio Muñoz Molina para el trabajo póstumo del increíble James Salter se puede aplicar perfectamente a la obra de nuestro autor, “El último lector” de las letras argentinas al cual las lecturas y relecturas por venir no harán más que agrandar su leyenda.

*“El lenguaje tiene su propia temporalidad; mas bien es el lenguaje el que define nuestra experiencia de la temporalidad, no solo porque la tematiza y la encarna en la conjugación de los verbos, sino porque impone su propia duración al usarlo. Para estar a la altura de la velocidad de circulación de las nuevas tecnologías, habría que abandonar las palabras y pasar a un lenguaje inventado, hecho de números y notaciones matemáticas”.* ■