



**VERTEX**  
REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA

**103**



LA VIGENCIA DE LA OBRA DE  
CARL GUSTAV JUNG

*Costa / Loza / Montironi / Onofri / Scotillo*

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

Volumen XXIII - N° 103 Mayo - Junio 2012 - ISSN 0327-6139

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

### Comité Científico

**ARGENTINA:** F. Alvarez, M. Cetkovich Bakmas, R. H. Etchegoyen, O. Gershanik, A. Goldchluk, A. Monchablon Espinoza, J. Nazar, E. Olivera, J. Pellegrini, D. J. Rapela, L. Ricón, S. L. Rojtenberg, D. Rabinovich, E. Rodríguez Echandía, L. Salvarezza, C. Solomonoff, M. Suárez Richards, 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:** J. Bergeret, 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.

### Comité Editorial

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

### Corresponsales

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

### Corresponsales en el Exterior

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

### Objetivo de VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría

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

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

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

Diseño  
 Marisa G. Henry  
 marisaghenry@gmail.com  
 Impreso en:  
 Sol Print SRL,  
 Araoz de Lamadrid 1920, Avellaneda

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

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XXIII Nro. 103 MAYO - JUNIO 2012

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*

Obra: "Mi jardín"  
Artista: Neva Brass

*Técnica: Óleo sobre tela con relieves*

*Medidas: 0.80 x 1.20 m.*

*Año: 2004*

### REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

- **Unidad de *Addenbrooke's Cognitive Examination* versión en español en pacientes peruanos con enfermedad de Alzheimer y demencia frontotemporal**  
Nilton Custodio, David Lira, Rosa Montesinos, Ezequiel Gleichgerrcht, Facundo Manes pág. 165
- **Manía epiléptica**  
Cynthia Dunovits, Melina Levy pág. 173
- **Evaluación de características psicométricas de la versión argentina de la *Hare Psychopathy Checklist: Youth Version***  
Alejandra Gutierrez, Renata Wiese, Jorge Castillo, Jorge O. Folino pág. 180

### DOSSIER

- ***La vigencia de la obra de C. G. Jung*** pág. 188
- **El enfoque terapéutico junguiano. Planteo general y métodos**  
Néstor E. Costa pág. 191
- **La importancia de la Transferencia en la clínica junguiana**  
Irene Alejandra Scotillo pág. 199
- **La depresión. Una psicopatología simbólico arquetípica**  
Alicia Onofri pág. 205
- **Carl Gustav Jung, el mito de un hombre**  
Julieta Loza pág. 212
- **Ensayo sobre el mito de Edipo**  
Néstor E. Costa pág. 218
- **El espíritu del arte habita en la esencia poética: de C. G. Jung a M. Heidegger**  
Jorge D. Montironi pág. 224

### EL RESCATE Y LA MEMORIA

- **Acerca de *Psicología de la Demencia Precoz***  
Norberto Aldo Conti pág. 232
- **Psicología de la Demencia Precoz (1907) Capítulo II. El complejo de tonalidad emocional y sus efectos generales sobre la psiquis**  
Carl Gustav Jung pág. 235

**EDITORIAL**

**R**

ecientemente la revista *The Lancet* emitió un comunicado de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana (APA) destacando un constante descenso en el reclutamiento de estudiantes de medicina en la especialidad, en un momento en que el número de psiquiatras en ejercicio de la profesión está disminuyendo en los Estados Unidos. Por su lado, Tom Brown, Secretario Adjunto de Reclutamiento del Royal College of Psychiatrists (RCPsych) del Reino Unido, considera la crisis de identidad que está atravesando la psiquiatría como un problema internacional que se debe a motivos profundos. En ese mismo artículo de *The Lancet*, Brown exhumó los manidos argumentos: "Las percepciones comunes dentro de la profesión médica incluyen que la psiquiatría no es suficientemente científica, está muy distante del resto de la medicina, con frecuencia es vista en forma negativa por otros profesionales de la medicina, y es una especialidad muy a menudo caracterizada por las difíciles relaciones médico-paciente, los limitados índices de éxito de las intervenciones terapéuticas, los estudiantes se ven atraídos hacia las neurociencias clínicas y no es tan lucrativa como otras especialidades". A continuación se preguntan: ¿qué tipo de terapia necesita la psiquiatría? El RCPsych recomienda una campaña concertada a fin de promover la especialidad, no sólo para los estudiantes de medicina y médicos en su etapa inicial, sino incluso para los alumnos cursando los últimos años del secundario. Como remedio para convocar vocaciones recomiendan que los enfoques basados en la evidencia deben ser esenciales para los psiquiatras y los miembros no clínicos de cualquier equipo de salud mental. La prueba de que los pacientes psiquiátricos tienen una salud general más pobre que la población en general debería asegurar que la psiquiatría esté fuertemente ligada a otras especialidades médicas. Pero más importante aún -dice- "es hora de que la especialidad deje de desvalorizarse debido a su accidentada historia de asilos mentales y pseudociencia, y se vuelva a alinear como una especialidad biomédica clave en el corazón de la salud mental".

Además de señalar que en nuestro país tal fenómeno vocacional no se presenta: las vacantes -salvo alguna excepción regional- de médicos residentes y alumnos de cursos de especialista en psiquiatría, se ocupan completamente y garantizan un crecimiento normal de la cantidad de psiquiatras necesarios en la Argentina; debemos subrayar que lo que los autores del artículo de *The Lancet* no advierten es que lo que aleja de la psiquiatría, que ellos proponen, a sus estudiantes de medicina más interesados por el contacto humano, la relación médico-paciente y el encuentro subjetivo con el enfermo mental en su entorno social, es, justamente, el reduccionismo biológico y el llamado a la científicidad "dura", por el que claman. Al igual que la insistencia en las recetas neoliberales como remedio para la economía europea, que la hundieron irremediablemente en una crisis mayor, la cerrazón intelectual a valorizar la clínica y la psicopatología, a reconocer la necesidad de trabajar en esos ejes y no internarse más en el callejón sin salida de la neurobiología reduccionista para explicar la conducta humana, será, para quienes pretenden renovar y expandir la audiencia de nuestra especialidad, un "remedio" peor que la "enfermedad" que los preocupa. El camino debe ser hacia la integración de los conocimientos surgidos de las neurociencias con el vasto e incorrectamente desvalorizado campo de la psicopatología. Volver a la clínica, renovar los conceptos psicodinámicos, revisar los supuestos básicos de los programas de investigación en psicofarmacología, reintroducir la dimensión social en la psiquiatría, transformar sus instituciones asilares remanentes. Esas pueden ser recetas más efectivas para los problemas de la psiquiatría en su versión anglosajona y sus epígonos de otros países ■

Juan Carlos Stagnaro

## 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 2012

---

*Vertex 101 / Enero - Febrero*  
**LA POLISEMIA DE UN CONCEPTO**

*Vertex 102 / Marzo - Abril*  
**HOSPITALES DE DÍA**

*Vertex 103 / Mayo - Junio*  
**LA VIGENCIA DE LA OBRA  
DE C. G. JUNG**



*revista de  
experiencias  
clínicas y neurociencias*



# **Utilidad del *Addenbrooke's Cognitive Examination* versión en español en pacientes peruanos con enfermedad de Alzheimer y demencia frontotemporal**

**Nilton Custodio**

*Unidad de diagnóstico de deterioro cognitivo y prevención de demencia, Clínica Internacional, Lima, Perú  
E-mail: niltoncustodio@neuroconsultas.com*

**David Lira**

*Unidad de diagnóstico de deterioro cognitivo y prevención de demencia, Clínica Internacional, Lima, Perú*

**Rosa Montesinos**

*Unidad de diagnóstico de deterioro cognitivo y prevención de demencia, Clínica Internacional, Lima, Perú*

**Ezequiel Gleichgerrcht**

*Instituto de Neurología Cognitiva (INECO)  
Instituto de Neurociencias de la Fundación Favaloro, Buenos Aires, Argentina*

**Facundo Manes**

*Instituto de Neurología Cognitiva (INECO). Laboratorio de Neurociencias, Universidad Diego Portales, Santiago, Chile  
Instituto de Neurociencias de la Fundación Favaloro, Buenos Aires, Argentina*



## Introducción

Dada la elevada prevalencia de deterioro cognitivo de tipo degenerativo, como la enfermedad de Alzheimer (DTA) en personas de la tercera edad (1-6); la emergencia de mayores opciones de tratamiento sintomático y de agentes modificadores de la enfermedad (6, 7), se hace necesario contar con instrumentos diagnósticos breves y fiables que permitan detectar demencia en los estadios iniciales y que puedan ser utilizados en la práctica clínica diaria por los médicos generales o por personal de salud de los sistemas primarios de atención. Con tal finalidad, se han desarrollado diversos instrumentos como el *Mini-Mental State Examination* (MMSE) (7, 8), CAMCOG (8, 9), o el *Dementia Rating Scale* (DRS) (9, 10) entre los más utilizados; sin embargo, ninguno se ha convertido individualmente en el estándar establecido. El MMSE es el instrumento más utilizado y validado en diversos idiomas, pero falla para detectar demencia en los estadios iniciales, debido a su baja sensibilidad para objetivar déficits leves de memoria y lenguaje; así como su baja sensibilidad para detectar déficits ejecutivos observados en la demencia fronto-temporal (DFT). Por el otro lado, CAMCOG, DRS y la evaluación neuro-psicológica estándar (9,10) requieren de personal altamente entrenado y

equipamiento especializado, con los que habitualmente el médico general no cuenta.

Consideramos que un instrumento de detección precoz de demencia debe cumplir las siguientes características: (1) debe ser administrado rápidamente por el personal auxiliar de salud, (2) para su uso debe requerir mínimo entrenamiento y (3) debe ser capaz de diferenciar EA de los procesos cognitivos asociados a la edad. El *Addenbrooke's Cognitive Examination* (ACE) es una batería breve, de 15 a 20 minutos de duración, desarrollada y validada en inglés por Mathuranath y cols. (11) para detectar demencia, cuya versión en español ha sido validada en Argentina (12) para individuos con alta educación; y en una comunidad rural en España (13) para individuos de baja educación; el ACE es capaz de discriminar entre demencia en estadios iniciales y depresión (14); y ha demostrado ser capaz de detectar deterioro cognitivo en pacientes con enfermedad de Parkinson (15). Se ha propuesto un coeficiente denominado VL0M, que se obtiene del ACE: (fluidez verbal + lenguaje) / (orientación + recuerdo diferido), y es de utilidad para diferenciar DTA de la DFT (11-13). El ACE ha tenido gran difusión en América Latina y se utiliza en muchas clínicas de memoria de la región. Sin embargo, hasta el momento sólo se ha validado en Argentina (12). Los objetivos de la pre-

---

## Resumen

**Introducción:** el desarrollo de herramientas de tamizaje para la evaluación del estado cognitivo de pacientes con demencia debe ser a la vez breve y lograr una alta sensibilidad y especificidad para asegurar su utilidad en la práctica clínica. En este contexto, es imperioso lograr adaptar herramientas utilizadas a nivel mundial a poblaciones específicas, permitiendo así asegurar una mayor validez de las pruebas. Una de las pruebas de tamizaje más utilizadas para evaluar el estado cognitivo general en el mundo es el Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE), que ha sido adaptado y validado en múltiples idiomas y poblaciones. **Objetivo:** evaluar la utilidad de la versión peruana del ACE en pacientes con demencia. **Materiales y métodos:** se evaluó una muestra de 40 controles sanos, 40 pacientes con Demencia Tipo Alzheimer (DTA) y 18 pacientes con Demencia Frontotemporal (DFT) utilizando la versión peruana del ACE, el ADAScog para evaluar la severidad de la demencia, y una batería neuropsicológica. **Resultados:** la versión peruana del ACE mostró una muy buena consistencia interna (alfa de Cronbach = 0,82), fuerte validez concurrente dada por las correlaciones significativas entre el ACE y tanto el MMSE como el ADAScog. El ACE logró diferenciar los pacientes de los 11 controles con alta capacidad discriminatoria. Un punto de corte de 86/100 se asoció con una sensibilidad del 100% y una especificidad del 100%.

**Palabras clave:** Evaluación cognitiva - Herramientas de tamizaje - Demencia - Enfermedad de Alzheimer - Demencia fronto-temporal.

USEFULNESS OF THE ADDENBROOKE'S COGNITIVE EXAMINATION (SPANISH VERSION) IN PERUVIAN PATIENTS WITH ALZHEIMER'S DISEASE AND FRONTOTEMPORAL DEMENTIA

## Summary

**Introduction:** The development of screening tools for the assessment of cognitive status in patients with dementia must be brief yet both highly sensitive and specific in order to ensure its clinical utility. In this sense, it is important to adapt tools widely used around the world to particular populations, allowing for a more proper validity of its use in everyday clinical practice. One of the most popular general cognitive screening tools is the Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE), which has been adapted and validated in multiple languages and populations. **Objective:** To assess the usefulness of the Peruvian version of the ACE in patients with dementia. **Materials and methods:** Healthy controls, patients with Alzheimer disease (AD) and patients with Frontotemporal Dementia (FTD) were assessed with the Peruvian version of the ACE, the ADAScog to determine dementia severity, and a complete neuropsychological battery. **Results:** The Peruvian version of the ACE showed very good internal consistency, strong concurrent validity as revealed by significant correlations between the ACE total score and both the MMSE and ADAScog. The ACE was able to differentiate healthy controls from patients with dementia with high discriminatory accuracy. Using a cut-off score of 86 (out of 100), the ACE was exhibited a sensitivity of 100% and a specificity of 100%.

**Key words:** Cognitive assessment - Screening tools - Dementia - Alzheimer's disease - Frontotemporal dementia.

sente investigación fueron: a) validar la versión peruana del ACE en español para la detección de demencia en una población de idioma castellano con alto nivel de educación; b) estudiar la utilidad del coeficiente VL0M para diferenciar la DTA de la DFT.

## Materiales y métodos

El ACE evalúa seis dominios cognitivos. La puntuación máxima obtenible es 100: orientación [10], atención [8], memoria [35], fluencia verbal [14], lenguaje [28] y habilidades visoespaciales [5]. A su vez, permite calcular los 30 puntos del MMSE, ya que se incluyen en el cuestionario. Si comparamos ambas pruebas, mientras el MMSE asigna 3/30 puntos a la función memoria, el ACE le asigna 35/100, lo que permite evaluar el aprendizaje serial. También agrega el examen de la fluencia verbal y amplía el del lenguaje: suma 10 objetos más a la prueba de denominación, evalúa así más profundamente la lectura de palabras e incluye una prueba de comprensión más exigente. Con respecto a las funciones visoespaciales, además de los pentágonos cruzados del MMSE, se pide al paciente el dibujo de un cubo y de un reloj. En la adaptación peruana la prueba de aprendizaje y recuerdo del nombre y la dirección fueron cambiadas por Juan Quispe, Avenida Brasil 420, Breña y Lima; y se mantuvo el número de palabras utilizadas; en la prueba de memoria semántica se realizó una adaptación cultural (*Presidente del Perú, alcalde de Lima, presidente anterior y ministro de economía*); en la prueba de repetición de frases también se realizó otra adaptación cultural (*la mazamorra morada tiene duraznos y guindones*). Finalmente, en la evaluación de las funciones visoespaciales se solicitó que las agujas del reloj indiquen las 11:10.

## Población

Se diseñó un estudio prospectivo que incluyó 98 individuos seleccionados de forma abierta que acudieron a la unidad de diagnóstico de deterioro cognitivo y prevención de demencia de la clínica Internacional entre Abril del 2006 y Abril del 2009. Se estudiaron tres grupos: 40 controles, 40 con diagnóstico de probable DTA (estadio leve-moderado, según puntaje de ADAS-cog), y 18 con diagnóstico de probable DFT. Los criterios de inclusión fueron individuos de sexo masculino y femenino con edades superiores a 65 años de edad que cumplieron con los criterios diagnósticos de demencia según DSM-IV (16). El diagnóstico de enfermedad de Alzheimer probable se realizó según criterios de NINCDS-ADRDA (17) y el diagnóstico de demencia fronto-temporal, según criterios de Neary del Consenso para demencia fronto-temporal (18). El grupo control estuvo conformado por familiares de los pacientes o voluntarios sanos.

Los criterios de exclusión fueron: individuos con dificultad para realizar las pruebas cognitivas debido a problemas auditivos, visuales u otros problemas físicos que pudieran interferir con su performance; individuos con lengua diferente al español; individuos con bajo nivel de instrucción, definido como aquellos con menor de 4

años de educación; individuos con puntaje mayor a 4 en los criterios del índice modificado de Hachinski; individuos con diagnóstico de depresión; patología cerebrovascular concomitante; con antecedentes de adicción o abuso de sustancias; e individuos con deterioro cognitivo explicado por otra causa, como hipotiroidismo, deficiencia de vitamina B12, hepatopatía, nefropatía crónica, neuro-infecciones (infección asociada a VIH, sífilis), traumatismo craneoencefálico severo, hematoma subdural, entre otras.

## Evaluación clínica y neuropsicológica

Los individuos fueron sometidos a las siguientes evaluaciones sucesivas (cribado, diagnóstico de demencia y tipo de demencia) en cada fase. Durante la fase de cribado, los individuos fueron sometidos a evaluación clínica integral y a pruebas cognitivas breves, que incluyeron: *Mini Mental State Examination* (MMSE) (8), prueba de dibujo de reloj-versión de Manos (PDR-M) (19) y *Pfeffer Functional Activities Questionnaire* (PFAQ) (20). Los individuos que tuvieron respuestas por debajo de los puntajes establecidos para este protocolo de investigación fueron sometidos a una segunda evaluación, en la cual se realizó un segundo MMSE y PDR-M por un evaluador distinto al que realizó la fase de cribado. El punto de corte en el MMSE para sospecha de demencia fue ajustado según años de educación: 27 para individuos con más de 7 años de educación, 23 para aquellos con 4 a 7 años de educación, 22 para aquellos con 1 a 3 años de educación, y 18 para los iletrados. La PDR-M evalúa la capacidad del individuo para poner sobre un círculo dibujado, los números del 1 al 12, tal como van en un reloj, y luego evalúa la dirección y proporcionalidad de las manecillas del reloj al intentar plasmar las 11:10 horas. El puntaje máximo es 10, y un puntaje menor a 7, indica compromiso cognitivo. El PFAQ incluye 10 preguntas acerca de las actividades de la vida diaria, con rangos de puntaje de 0 a 3 según la severidad de la discapacidad en cada actividad. El puntaje máximo es 30, y un puntaje mayor de 5 indica compromiso funcional. Los individuos que confirmaron "deterioro cognitivo" en el segundo test, fueron sometidos a exámenes sanguíneos (niveles de hemoglobina, glucosa, urea, creatinina, pruebas de función hepática: TGO y TGP, niveles séricos de albumina y globulina, dosaje de vitamina B12 y ácido fólico, descartar de Sífilis: VDRL, descartar de infección VIH: Elisa VIH, perfil tiroideo: T3, T4 y TSH, niveles de electrolitos séricos: Sodio, Potasio y Cloro), tomografía cerebral y/o resonancia magnética cerebral, evaluación de síntomas depresivos (inventario de depresión de Beck), para descartar pseudo-demencia y se aplicó el ACE. En la última fase con los resultados de los exámenes de sangre, de imágenes cerebrales y el informe neuropsicológico, se realizó el diagnóstico por tipo de demencia. Se evaluó a todos los pacientes con el ACE y ADAScog. Los evaluadores eran ciegos con respecto a los antecedentes de cada paciente. El diagnóstico se basó en un consenso entre los neurólogos y neuropsicólogos del equipo, tomando en consideración los resultados obtenidos en las distintas



pruebas diagnósticas sin tener en cuenta el ACE. La batería neuropsicológica consistió en los siguientes tests: *Rey Auditory Verbal Learning Test*, *Logical Memory Subtest del Wechsler Memory Scale* revisado, *Trail Making Test A y B*, figura compleja de Rey, test de denominación de Boston, *Wisconsin Card Sorting Test*, *Letter-Number* (subtest del *Wechsler Adult Intelligent Scale III*) y *Digit Span*. La batería neuropsiquiátrica estuvo constituida por el *Neuropsychiatric Inventory* (21).

#### Análisis estadístico

El puntaje total del ACE se calculó como la sumatoria de los ítems individuales, siguiendo los lineamientos de Mathuranath y cols. (11). A partir de los ítems que incluye el ACE, se obtuvo también el puntaje total del MMSE (8). Las variables demográficas fueron comparadas entre los tres grupos utilizando análisis de varianza (ANOVA) de una vía con comparaciones post hoc de Bonferroni cuando fuera necesario. Para aquellas variables categóricas (ej. género), las proporciones fueron comparadas utilizando la prueba de Chi-cuadrado. El análisis de las propiedades psicométricas de la validación del ACE en la presente población incluyó (a) un estudio de la consistencia interna mediante el coeficiente alfa de Cronbach, (b) un análisis de validez concurrente mediante el coeficiente de correlación de Pearson entre el puntaje total del ACE con el puntaje del ADAScog, (c) un estudio comparativo entre los grupos de los puntajes obtenidos en los distintos subdominios del ACE, así como el pun-

taje total de la batería, utilizando ANOVAs de una vía para cada variable, y (d) un análisis correlacional entre el puntaje total del ACE y variables demográficas utilizando el coeficiente de correlación de Pearson. Para determinar la capacidad del ACE de discriminar pacientes con alteración cognitiva de controles normales, se utilizó un análisis de la curva ROC (*Receiver Operating Characteristic*) a fin de obtener medidas de sensibilidad y especificidad en base a distintos puntos de corte. Se comparó, además, la capacidad discriminatoria del ACE y el MMSE.

## Resultados

### Perfiles clínico-demográficos (Tabla 1)

Si bien, como era de esperar, se encontró una diferencia significativa entre los grupos respecto de la edad ( $F_{2,95} = 16,2$ ;  $p < ,001$ ) por la edad media más elevada de los pacientes con EA sobre los controles ( $p < ,001$ ) y los pacientes con DFT ( $p < ,001$ ), no se encontraron diferencias significativas entre los grupos respecto de los años de educación ( $F_{2,95} = 0,78$ ;  $p = ,46$ ) ni el género ( $\chi^2 = 0,15$ ;  $p = ,34$ ). Asimismo, si bien el ADAScog difirió significativamente entre los grupos ( $F_{2,95} = 225,6$ ;  $p < ,001$ ) debido a la media significativamente más baja de los controles respecto de los pacientes con EA ( $p < ,001$ ) y DFT ( $p < ,001$ ), los grupos de demencia no difirieron significativamente entre sí ( $p = ,22$ ). No se encontraron diferencias significativas entre los grupos para los síntomas de depresión de acuerdo al puntaje total del BDI ( $F_{2,95} = 1,38$ ;  $p = ,30$ ).

**Tabla 1.** Media (D. E.) de las variables clínico-demográficas para controles, pacientes con enfermedad de Alzheimer (EA) y pacientes con demencia frontotemporal (DFT).

	Controles <i>n</i> = 40	EA <i>n</i> = 40	DFT <i>n</i> = 18	<i>p</i>
<b>Edad</b>	68,9 (4,6)	73,0 (4,2)	66,7 (3,9)	< ,001*+
<b>Género (F:M)</b>	23 : 17	26 : 14	8 : 10	,34
<b>Educación (años)</b>	12,4 (2,8)	11,7 (2,8)	12,3 (2,8)	,46
<b>ADAScog</b>	3,17 (2,8)	21,5 (5,8)	19,0 (2,4)	< ,001*°
<b>Beck</b>	4,88 (2,7)	4,35 (2,2)	3,00 (2,3)	,30
<b>MMSE</b>	29,1 (0,7)	21,2 (2,8)	26,7 (1,5)	< ,001*+°
<b>ACE</b>	93,3 (2,6)	67,8 (5,0)	76,8 (5,5)	< ,001*+°

\* Control vs. EA  $p < ,001$

° Control vs. DFT  $p < ,001$

+ EA vs DFT  $p < ,001$

#### Propiedades psicométricas

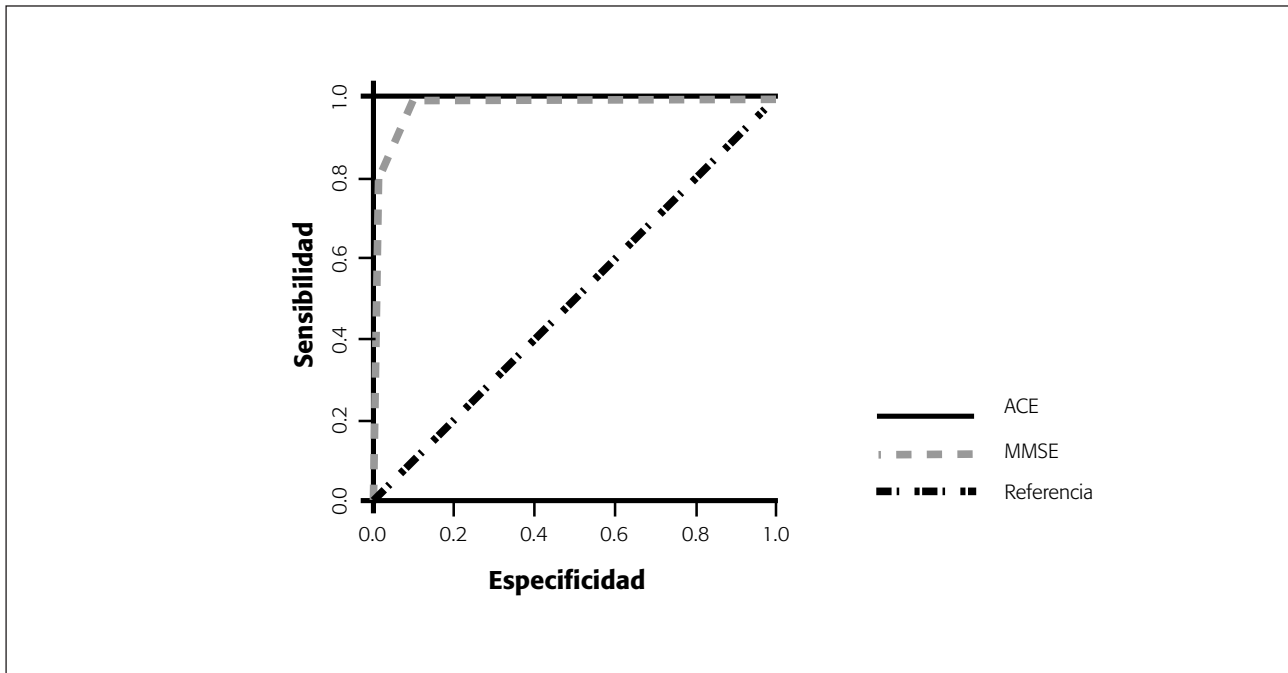
La consistencia interna del ACE fue muy buena (*alfa* de Cronbach = 0,82), y se observó una fuerte validez

concurrente dada por las correlaciones significativas entre el puntaje total del MMSE y el ACE ( $r = .85$ ,  $p < .001$ ) y entre este último y el ADAScog ( $r = -.85$ ,  $p < .001$ ). Como se muestra en la Tabla 1, se encontraron diferen-

cias significativas entre los grupos tanto para el puntaje total del MMSE ( $F_{2,95} = 166.3, p < .001$ ) como para el del ACE ( $F_{2,95} = 356.3, p < .001$ ). En ambos casos, dichas diferencias significativas se observaron entre controles y pacientes (en todos los casos  $p < .001$ ), y entre EA y DFT ( $p < .001$ ) tanto para el MMSE como para el ACE. Sin embargo, un análisis de la capacidad discriminatoria entre controles y pacientes del MMSE (Área bajo la curva ROC = .984) y el ACE (Área bajo la curva ROC = 1) demuestra que este último tiene mayor capacidad discriminatoria entre pacientes demenciales y controles sanos (Figura 1). Para el puntaje total del ACE, un punto de corte de 86 se asoció con una sensibilidad del 100% y

una especificidad del 100%. Puntos de corte superiores e inferiores, mostraron peor sensibilidad y especificidad, respectivamente (Tabla 2). Sin embargo, con el punto de corte propuesto para grupos de alta educación en el MMSE de 27 puntos (8), si bien la sensibilidad fue alta (100%), se observó una menor especificidad (83%). La Tabla 2 muestra el porcentaje de pacientes en cada grupo que quedaron por encima y por debajo de cada uno de estos puntos de corte, demostrando que ningún paciente con diagnóstico de demencia puntuó por encima del punto de corte del ACE, mientras que un relativamente alto número de pacientes con DFT puntuaron por encima del punto de corte del MMSE para alta educación.

**Figura 1.** Curvas ROC para el análisis discriminatorio entre pacientes (EA y DFT) y controles. El ACE muestra una capacidad discriminatoria superior que el MMSE.



**Tabla 2.** Porcentaje de pacientes en cada grupo que puntuaron por encima de los puntos de corte propuestos para el MMSE y el ACE. El MMSE muestra una baja sensibilidad para pacientes con DFT y el punto ideal de corte para la detección de demencia en el ACE pareciera ser 86/100.

	Controles <i>n</i> = 40	EA <i>n</i> = 40	DFT <i>n</i> = 18
<b>MMSE &gt; 27</b>	100%	0%	50%
<b>ACE &gt; 90</b>	77,5%	0	0
<b>ACE &gt; 86 *</b>	100%	0%	0%
<b>ACE &gt; 80</b>	100%	0%	27,8%

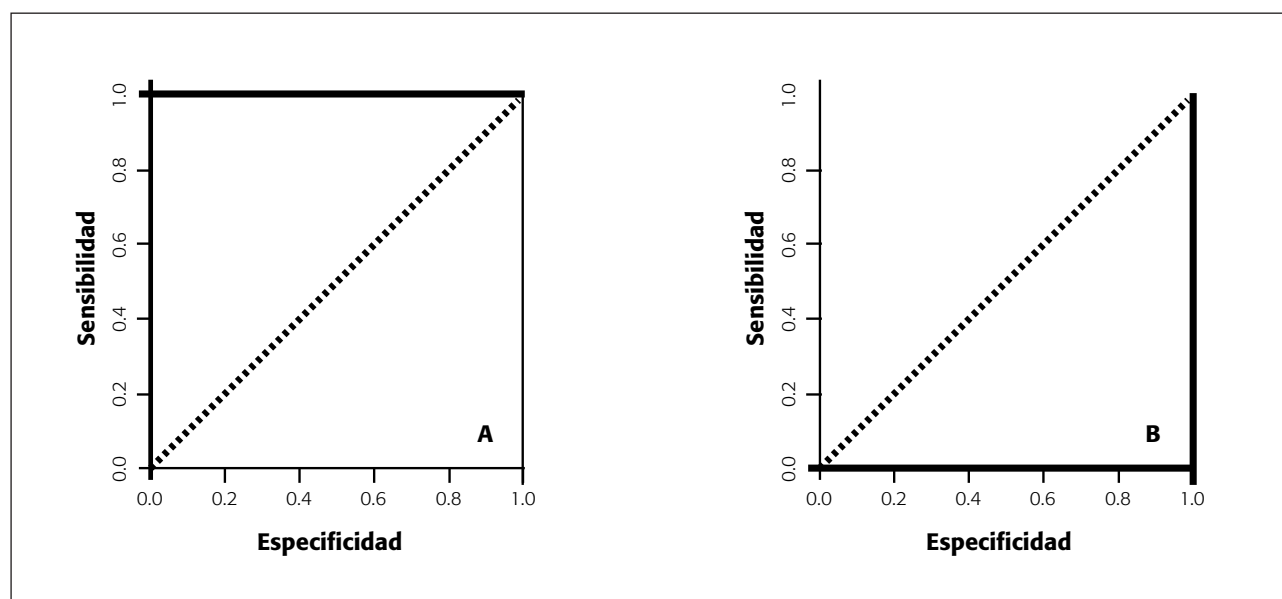
\* Valor sugerido

### Diferencias entre EA y DFT: Coeficiente VLOM

Si bien, como se mencionó previamente, se encontraron diferencias significativas entre el grupo de EA y el de DFT en el puntaje total del ACE, un análisis de su capacidad discriminatoria con un puntaje de corte de 70 mostró una baja sensibilidad (30%) y una especificidad aún más baja (13%). Como lo muestra la Tabla 3, los grupos de pacientes con EA y DFT difirieron significativamente en los subdominios de orientación ( $t_{56} = -13.6, p < .001$ ), memoria ( $t_{56} = -10.6, p < .001$ ), fluencia verbal ( $t_{56} = 2.19, p = .032$ ), lenguaje ( $t_{56} = 10.5, p < .001$ ) y habilidades visuoespaciales ( $t_{56} = -4.45, p < .001$ ). No se encontraron

diferencias significativas en el subdominio de atención ( $t_{56} = 0.64, p = .52$ ). Sin embargo, debido a la baja sensibilidad y especificidad del ACE para distinguir estos grupos de demencia, se empleó el coeficiente VLOM para determinar su capacidad de discriminar pacientes con EA de individuos no-EA y pacientes con DFT de individuos no-DFT (Figura 2). Efectivamente, un coeficiente VLOM de 2.84 o menos se asoció con una sensibilidad del 100% y una especificidad del 100% para diferenciar individuos con DFT de no-DFT. Por otro lado, un coeficiente VLOM de más de 4.92 se asoció a una sensibilidad del 100% y una especificidad del 100% para diferencias individuos con EA de no-EA.

**Figura 2.** Curvas ROC para el análisis discriminatorio a través del coeficiente VLOM entre (a) individuos con DFT y no-DFT y (b) individuos con EA y no-EA.



**Tabla 3.** Media (D. E.) de pacientes con EA y DFT en los subdominios del ACE.

	EA <i>n</i> = 40	DFT <i>n</i> = 18	<i>p</i>
<b>Orientación</b>	5,75 (0,9)	8,89 (0,7)	< ,001
<b>Atención</b>	5,98 (0,8)	5,83 (0,8)	,52
<b>Memoria</b>	14,1 (1,7)	20,9 (3,2)	< ,001
<b>Fluencia Verbal</b>	5,45 (0,9)	4,94 (0,6)	< ,001
<b>Lenguaje</b>	22,0 (1,7)	17,4 (0,9)	< ,001
<b>Habilidades</b>	1,33 (0,9)	2,56 (1,0)	< ,001
<b>VLOM</b>	4,53 (0,8)	2,08 (0,1)	< ,001

## Discusión

Este estudio evidenció dos hallazgos de importancia: a) la versión en español del ACE en pacientes peruanos es una herramienta de adecuada sensibilidad para detección de demencia en una población de alto nivel educativo; b) El coeficiente VL0M de la versión Peruana del ACE en español permite una orientación para el diagnóstico diferencial entre DTA y DFT y muestra una capacidad discriminatoria superior al MMSE. Para el ACE versión peruana (instrumento disponible en su versión empleada por los autores de dicha validación en <http://www.neurologiacognitiva.org> y en el cuerpo de este trabajo), el punto de corte más eficaz en la detección de casos con demencia en este estudio fue de 86 sobre 100, basado en la mayor sensibilidad y especificidad y reforzado por el hecho de que, con este punto de corte, la asignación de demencia no depende del sexo, edad ni años de educación.

El ACE fue desarrollado originalmente en la Universidad de Addenbrooke, en Cambridge, Inglaterra. Esta prueba evalúa seis dominios cognitivos, con una puntuación máxima de 100: orientación (10), atención (8), memoria (35), fluencia verbal (14), lenguaje (28) y habilidades visoespaciales (5). Puede administrarse en un tiempo relativamente breve (15 a 20 minutos). Comparado con el MMSE, el ACE brinda más información en memoria, denominación, funciones visoespaciales, e incorpora además la medición de funciones ejecutivas (p. ej., fluencia verbal, prueba del reloj). Además, contiene en su estructura al MMSE.

Del ACE puede extraerse un coeficiente denominado VL0M, (fluidez verbal + lenguaje) / (orientación + recuerdo diferido) diseñado para orientar la discriminación entre la DA y DFT. Con respecto al coeficiente VL0M, nuestros resultados son similares a aquellos de la publicación de la validación Argentina (12). Si bien el VL0M puede diferenciar AD de DFT en la presente muestra, debe tenerse en cuenta que no brinda información sobre la *naturaleza* de esta diferencia entre cuadros de demencia. Por lo tanto, es conveniente complementar el ACE con una herramienta de tamizaje como el INECO Frontal Screening (22) que aporte información acerca del funcionamiento ejecutivo diferencial. De hecho, el INECO Frontal Screening, ha demostrado una muy superior capacidad para detectar déficits ejecutivos que otra herramienta de screening frontal ampliamente utilizada: el Frontal Assessment Battery (FAB) (23). Evidencia de la

utilidad limitada del VL0M es la falta de diferencia significativa que se observa entre los grupos en el subdominio de atención en el presente estudio. Asimismo, se aprecia que la diferencia de desempeño en la prueba de fluencia verbal, clásicamente interpretada como una medida de funcionamiento ejecutivo, no es tan marcada como en el resto de los subdominios.

En la presente investigación, las diferencias más importantes entre los grupos se registraron en orientación, memoria, atención, fluencia verbal, lenguaje, y habilidades visoespaciales. El ACE puede realizarse en un tiempo breve (entre 15 y 20 min). Comparado con el MMSE, brinda más información en memoria, denominación, funciones visoespaciales, e incorpora además la medición de funciones ejecutivas (p. ej., fluencia verbal, prueba del reloj). Al ACE contiene en su estructura al MMSE, lo que permite que se pueda tomar en pacientes cuyas evoluciones se realizaban con ese elemento de screening, o en pacientes muy deteriorados. Si bien las muestras se homogeneizan en cuanto a edad y años de educación, se debe destacar y advertir que la población estudiada tiene como característica una escolaridad promedio de 12 años. Dicho nivel de escolaridad no es representativo de toda la población Peruana: los puntos de corte deben tomarse cuidadosamente, dado que, si bien la puntuación total del ACE no depende del sexo ni de la edad, sí lo hace con respecto a los años de educación. Para realizar una interpretación adecuada de los valores del ACE, son esenciales puntos de corte estratificados por educación. El diagnóstico y detección de los trastornos de memoria y o cognitivo implica entrenamiento que van más allá de la aplicación de una prueba de evaluación cognitiva. La creciente aparición de clínicas de memoria en América Latina refleja un aumento de la demanda de la población preocupada por problemas de memoria. Sin embargo, en centros de atención primaria no siempre existen recursos para detectar deterioro cognitivo y en muchos casos estos no son detectados hasta estadios avanzados. Por lo tanto, el ACE es de ayuda para la selección de los pacientes que deban concurrir a un especialista (geriatras, neurólogos o psiquiatras) para definir un diagnóstico preciso. El presente trabajo demuestra que el ACE en español versión peruana representa una batería confiable para detectar demencia y orientar el diagnóstico diferencial entre el DTA y DFT en la práctica clínica de rutina. Se necesitan futuros estudios para validar la utilidad del ACE en pacientes peruanos con menor nivel educativo ■

## Referencias bibliográficas

1. Ferri CP, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli M, et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet* 2005; 366: 2112-2117.
2. Kalaria RN, Maestre GE, Arizaga R, Friedland RP, Galasko D, Hall K, et al. Alzheimer's disease and vascular dementia in developing countries: prevalence, management and risk factors. *Lancet Neurol* 2008; 7: 812-826.
3. Ketzoian C, Rega I, Caseres R, et al. Estudio de prevalencia de las principales enfermedades neurológicas en una población del Uruguay. *La Prensa Medica Uruguaya* 1997; 17: 9-26.
4. Llibre JJ, Guerra MA, Perez-Cruz H, Bayarre H, Fernandez S, Gonzales M, et al. Dementia síndrome and risk factors in adults older than 60 years old residing in Habana. *Rev Neurol* 1999; 29: 908-911.
5. Herrera E, Caramelli P, Barreiros AS, Nittrini R. Epidemiologic Survey of dementia in a community-dwelling Brazilian population. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2002; 16: 103-108.
6. Custodio N, Garcia A, Montesinos R, Escobar J, Bendezu L. Prevalencia de demencia en una población urbana de Lima-Perú: Un estudio puerta a puerta. *An Fac Med* 2008; 69 (4): 233-238.
7. Cummings JL, Doody RL, Clark C. Disease-modifying therapies for Alzheimer disease: Challenges to early intervention. *Neurology* 2007; 69: 1622-1634.
8. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiat Res* 1975; 12: 189-198.
9. Roth M, Tym E, Mountjoy CQ, Huppert FA, Hendrie H, Verma S, et al. CAMDEX. A standardised instrument for the diagnosis of mental disorder in the elderly with special reference to the early detection of dementia. *Br J Psychiatry* 1986; 149: 698-709.
10. Mattis S. Mental status examination for organic mental syndrome in the elderly patient. In Bellak L, Karasu TB, eds. *Geriatric psychiatry*. New York: Grune & Stratton; 1976. p. 77-122.
11. Mathuranath PS, Nestor PJ, Berrios GE, Rakowicz W, Hodges JR. A brief cognitive test battery to differentiate Alzheimer's disease and frontotemporal dementia. *Neurology* 2000; 55: 1613-20.
12. Sarasola D, De Lujan M, Sabe L, Cribelli L, Torralva T, Roca M, et al. El Addenbrooke's Cognitive Examination en Español para el diagnóstico de demencia y para la diferenciación entre la enfermedad de Alzheimer y la demencia frontotemporal. *Rev Neurol* 2005; 41 (12): 717-721.
13. García-Caballero A, García-Lado I, García-Lado J, González-Hermida MJ, Recimili R, Area R, et al. Validation of the Spanish version of the Addenbrooke's Cognitive Examination in a rural community in Spain. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006; 21: 239-45.
14. Roca M, Torralva T, Lopez P, Marengo J, Cetcovich M, Manes F. Diferenciación entre demencias en estadio inicial y depresión utilizando la versión española del Addenbrooke's Cognitive Examination. *Rev Neurol* 2008; 46 (6): 340-343.
15. Chade A, Roca M, Torralva T, Gleichgerrcht E, Fabbro N, Gomez G, Gershanik O, et al. Detecting cognitive impairment in patients with Parkinson's disease using a brief cognitive screening tool: Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE). *Dement Neuropsychol* 2008; 2 (3): 197-200.
16. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4 ed. Washington DC: APA; 1994.
17. McKhann G, Drachman D, Folstein M, Katzman R, Price D, Stadlan EM. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA work group under the auspices of department of health and human services task force on Alzheimer's disease. *Neurology* 1984; 34: 939-944.
18. Neary D, Snowden JS, Gustafson L, Passant U, Stuss D, Black S, et al. Frontotemporal lobar degeneration: a consensus on clinical diagnostic criteria. *Neurology* 1998; 51: 1546-1554.
19. Manos P, Wu R. The ten-point clock test: A quick screen and grading method for cognitive impairment in medical and surgical patients. *Int J Psych Med* 1994; 24: 229-244.
20. Pfeffer RI, Kurosaki TT, Harrah CH Jr, Chance JM, Filos S. Measurement of functional activities in older adults in the community. *J Gerontol* 1982; 37: 323-329.
21. Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* 1994; 44: 2308-14.
22. Torralva T, Roca M, Gleichgerrcht E, Lopez P, Manes F. INECO Frontal Screening (IFS): A brief, sensitive and specific tool to assess executive functions in dementia. *J Int Neuropsychol Soc* 2009; 15: 777-86.
23. Gleichgerrcht E, Roca M, Manes F, Torralva T. Comparing the clinical usefulness of the Institute of Cognitive Neurology (INECO) Frontal Screening (IFS) and the Frontal Assessment Battery (FAB) in frontotemporal dementia. *J Clin Exp Neuropsychol* 2011; en prensa.



# Manía epiléptica

**Cynthia Dunovits**

*Médica. Especialista en psiquiatría. Jefa de Residentes. Servicio de Salud Mental, Hospital C. Argerich  
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.*

**Melina Levy**

*Médica. Especialista en psiquiatría. Servicio de Salud Mental, Hospital JM Ramos Mejía.  
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.  
E-mail: melinalevy@gmail.com*

## Introducción

El estudio de la epilepsia permite investigar los mecanismos neurofisiológicos que alteran los estados de conciencia, los fenómenos senso perceptivos, los trastornos de los estados de ánimo, a través del interjuego de estructura y función (36). A propósito de un caso clínico, nos proponemos tomar a la manía en el marco de una epilepsia para entender los mecanismos que subyacen a esta expresión sindromática como punto de partida y excusa para el mejor entendimiento de la clínica que tratamos.

## Epilepsia y Psiquiatría

La epilepsia y los trastornos psiquiátricos comparten un largo período de asociaciones. Desde el entendimiento de la primera como variante de alienación mental y por lo tanto su tratamiento indistinto y conjunto en los asilos del siglo XIX hasta la completa negación de su relación por parte de la Neurología a fines del s XX, como forma de disminuir y/o evitar el estigma que acompaña-

---

### Resumen

La epilepsia en sus manifestaciones psiquiátricas permite en su observación, explorar la relación existente entre cerebro y conducta, cerebro y personalidad. En el presente trabajo, a través de una revisión bibliográfica se tomará a la manía en el marco de una epilepsia para entender los mecanismos que subyacen a esta expresión sindromática como punto de partida y excusa para el mejor entendimiento de la clínica que tratamos. Se describe la epidemiología, clínica, neurobiología y correlato anatomoclínico de este cuadro, cuestionando al ánimo como síntoma cardinal de la manía.

**Palabras clave:** Epilepsia - Psiquiatría - Trastorno bipolar - Neurobiología - Kindling - Manía - Correlato anatomoclínico.

EPILEPTIC MANIA

### Summary

Psychiatric manifestations in epilepsy allow us to explore the relationship between brain and behaviour, brain and the mind and brain and personality. This article reviews the available literature taking mania in the context of epilepsy to better understand the mechanisms that underlie this syndromatic expression and to serve as a starting point to improve our comprehension of our patients' clinical presentations. Additionally, mood as a cardinal symptom of mania is questioned as its epidemiology, clinical presentation, neurobiology and anatomoclinic findings are reviewed.

**Key words:** Epilepsy - Psychiatry - Bipolar disorder - Neurobiology - Kindling - Mania - Anatomoclinic correlation.

---

ba este diagnóstico dejando como consecuencia un gran porcentaje de pacientes con trastornos neurológicos sin reconocimiento ni tratamiento de su comorbilidad psiquiátrica (25, 38) en detrimento de su calidad de vida (21). Lo cierto es que la epilepsia en sus manifestaciones psiquiátricas permite en su observación, explorar la relación existente entre cerebro y conducta, cerebro y mente, cerebro y personalidad (39).

## Epidemiología

En 1824 Esquirol y Calmeil realizaron un estudio científico en el que hacían un relevo de los aspectos neuropsiquiátricos de la epilepsia: *“De las 385 pacientes de la Salpetriere y la Bicetre: el 80% sufren algún tipo de locura. De éstas: 46 son histéricas; 12 monomaniacas; 30 maníacas (con tendencia suicida); 34 furiosas (a menudo postictales); 154 dementes (la gran mayoría postictalmente); 8 idiotas; 50 racionales; 60 con cambio de personalidad (irascibles, susceptibles, tozudas, raras, difíciles) (10).* Por su parte, Schmitz B. postula que la comorbilidad psiquiátrica en pacientes con epilepsia es un 5 a 10 veces más frecuente que en la población general (28, 29, 38). En este trastorno encontramos diferentes manifestaciones psiquiátricas: depresión -la más frecuente, ansiedad, psicosis y trastorno por déficit de atención (31). El aumento del riesgo de trastornos psiquiátricos en pacientes con epilepsia puede estar relacionado con factores clínicos, psicosociales y biológicos (16) (cuadro 1). Un número de estudios ha demostrado que los trastornos afectivos en epilepsia representan una comorbilidad psiquiátrica común (21). Sin embargo, la mayoría de la literatura se centra en la depresión, pero poco se conoce acerca de la

depresión bipolar y menos de manía en epilepsia (29). Los episodios de manía o de características maniformes tienen una baja tasa de presentación en cualquiera de sus variables en esta enfermedad (28, 38). Esto puede deberse a que los episodios maníacos son realmente raros entre los pacientes epilépticos, al papel de los fármacos antiepilépticos en la supresión de los episodios maníacos y/o a que los episodios maníacos no están bien documentados. De todas maneras, su presentación más frecuente es en los periodos ictal y postictal (28) ;y luego de cirugía en pacientes epilépticos (29), observándose una alta incidencia -10 %- de episodios maníacos de novo luego de una lobectomía temporal en pacientes resistentes al tratamiento farmacológico. Tienen la característica de ocurrir pocas semanas luego de la cirugía y tener un curso benigno en la mayoría de los casos (38). Un estudio realizado para evaluar la prevalencia de síntomas de bipolaridad a través de la MDQ (*Mood Disorder Questionnaire*) (20) en epilepsia con respecto a otras enfermedades crónicas arrojó como resultado que 12,2% de los pacientes con epilepsia presentaron síntomas de bipolaridad; 1,6 a 2,2 veces más frecuente que en pacientes con migraña, asma, diabetes, y 6,6 veces más frecuente que en el grupo sano control (13). Sin embargo otro estudio realizado en 143 pacientes ambulatorios con epilepsia reveló que del 11,4% de los pacientes que presentaban el diagnóstico de trastorno bipolar (TBP) a través del manual estadístico y diagnóstico (DSM IV) (2) solo 1,4% podía ser considerado bipolar “puro” el resto de los casos con síntomas de bipolaridad estaban relacionados con copias fenotípicas de bipolaridad como el trastorno disfórico interictal, manía postictal y disforia perictal (33).

**Tabla 1.** Factores relacionados con el riesgo de trastornos psiquiátricos en pacientes con epilepsia.

<p><b>- Factores clínicos</b></p> <p>Edad de aparición de la epilepsia (mayor riesgo en aparición temprana)            Tiempo de enfermedad (mayor riesgo luego de 10 años de enfermedad)            Tipo y frecuencia de las crisis (epilepsias del lóbulo temporal)            Hemisferio que presenta la disfunción cerebral            Alteraciones del EEG tanto Interictales e ictales            Antecedentes familiares de epilepsia o trastornos psiquiátricos</p>
<p><b>- Factores psicosociales negativos</b></p> <p>Naturaleza crónica de la enfermedad            Bajo nivel socioeconómico y de educación            Dificultades en la adaptación a las consecuencias de la enfermedad            El temor a nuevos episodios            El estigma social            La baja autoestima</p>
<p><b>- Factores biológicos negativos</b></p> <p>Lesión estructural (es decir, la amígdala, el sistema límbico, la corteza frontal, ganglios basales)            Efectos secundarios (emocionales y cognitivos) de los fármacos antiepilépticos            Normalización forzada (alternancia de cuadros psiquiátricos y crisis)</p>

## Clínica. ¿Qué es la manía?

Goldar la define como una alteración del impulso. Durante la exaltación todo el organismo muestra disposición para actuar. Esta disposición a la acción, impulso -explica el autor- se expresa como temperamento. Así la psicosis maníaco-depresiva sería una enfermedad del temperamento no una alteración del afecto. Leonhard describe en estos cuadros las ideas de prosperidad (18). Ey define a la manía como un estado de hiperexcitación de las funciones psíquicas caracterizado por la exaltación del humor y el desencadenamiento de pulsiones instintivo afectivo. Estas características son similares a las adoptadas por los clínicos por consenso: euforia, excitación psicomotora

y pensamiento ideofugitivo (14). Las investigaciones clínicas suponen que fenomenológicamente la manía no es una sola y que podrían distinguirse varias formas clínicas. Se describieron tres variantes: la clásica, la disfórica y la manía con depresión -estado mixto- (9). Los síntomas psicóticos son frecuentes tanto en la fase maníaca como en la depresiva (40). Goodwin y Jaminson comunican alucinaciones, mayormente de tipo auditivo, hasta en un 15% de los maníacos (6). Las causas de manía, por fuera de los trastornos psiquiátricos, son variadas (30) (cuadro 2). Cuando estos factores están presentes, sin antecedentes de episodios afectivos previos, se la considera *manía secundaria* (27). Podría representar, entonces, la manía una vía final común de diversos y distintos procesos.

**Tabla 2.** Causas de manía secundaria (30).

<b>Enfermedades del SNC</b>	ACV, tumores, enfermedades neurodegenerativas, epilepsias, TEC.
<b>Enfermedades neurometabólicas</b>	hipertiroidismo, Cushing, hipoglucemia
<b>Enfermedades Infecciosas</b>	neurosífilis, criptococosis
<b>Fármacos</b>	antidepresivos, psicoestimulantes, antiparkinsonianos, antineoplásicos, glucocorticoides, otros

## Clínica. ¿Puede la psicosis epiléptica manifestarse como manía?

La crisis parcial se puede presentar con síntomas de la esfera psíquica, emocional, sensorial, etc. Una crisis parcial simple dura segundos a minutos, aunque ocasionalmente puede prolongarse en el tiempo o recurrir con breves intervalos (41).

Con la participación de las esferas psíquicas y emocionales, muchas crisis dan lugar a alucinaciones, ilusiones y creencias delirantes. Las alucinaciones pueden ser alucinaciones de estados emocionales, como el miedo o la felicidad. Dentro de las ilusiones se observaron *déjà vu* o experiencias extracorporales y dentro de las creencias delirantes, cambios de identidad e ideas religiosas. Estos fenómenos son frecuentes y a menudo no se reconocen fácilmente como epilépticos (26).

La psicosis ictal se presenta con una clínica de un episodio psicótico agudo con florida sintomatología de tipo alucinatoria y delirante. Cuando se trata de regiones del cerebro relacionadas con la integración sensorial, la descarga de la crisis puede causar tipos específicos de alucinaciones, por ejemplo, visuales, auditivas, gustativas, olfativas y táctiles. Además, estas alucinaciones pueden

surgir de forma más compleja, como escenas visuales o escuchar música. La sintomatología psicótica de las crisis parciales complejas incluye confusión e inaccesibilidad. Generalmente el episodio dura horas, pero puede prolongarse- aún en ausencia de descargas- meses. Los síntomas generalmente fluctúan o ciclan. Por otro lado, Kanemoto estudió las diferencias clínicas de los pacientes con psicosis postictal (PIP) e interictal, observando que síntomas maníacos como la logorrea y las ideas delirantes de grandiosidad eran más frecuentes en el primer grupo en comparación a las ideas delirantes y alucinaciones más frecuentes en el segundo. La clínica de PIP incluyó ideas religiosas, delirios de grandeza en el marco de un humor elevado (29) acompañado de alucinaciones visuales y auditivas. Suelen aparecer tras un intervalo lúcido (generalmente 24-48hs) y pueden permanecer unos días o varias semanas (34). Mazza, por su parte, afirma que la PIP podría representar un grupo heterogéneo de cuadros independientes (29, 38). Resultan muy escasas las publicaciones sobre manía postictal (PIM). Generalmente se trata de publicaciones sobre casos aislados o con series muy reducidas.

Algunos autores postulan que la PIM y la PIP no sólo se diferencian psicopatológicamente sino que en ellas

subyacen procesos biológicos diferentes (34). Encontraron que la media de edad en que se inició la epilepsia era mayor en el grupo PIM, con un mayor número de episodios que los PIP, mayor intervalo lúcido y mayor duración de los síntomas. Todos los episodios de PIM precisaron de neurolépticos, frente al 82% de los PIP (34). En otro estudio se compararon las características de los episodios maníacos interictales de 13 pacientes con epilepsia con los episodios afectivos de 13 pacientes con TBP I. Se vio que las características clínicas de los episodios maníacos en estos dos grupos no eran marcadamente diferentes. Los episodios maníacos tendieron a ser menos severos en los pacientes epilépticos (28, 29). En general tenían un comienzo tardío, con una diferencia de 10 años desde el inicio de la epilepsia y el desarrollo de su desorden afectivo (28).

Por otro lado, Kraepelin y Bleuler describieron cuadros de disforia periódica en epilepsia. Posteriormente, Gastaut confirmó estas observaciones y Blumer acuñó el término de trastorno disfórico interictal que presenta tres categorías: síntomas depresivos (anergia, humor depresivo, insomnio, dolor); síntomas afectivos (ansiedad, miedo); síntomas específicos (euforia e irritabilidad). Esta sintomatología se desarrollaría sin estímulos externos, sin alteración de la conciencia y presentaría una corta duración (horas a días). Algunos autores postulan a este trastorno como parte de espectro bipolar y otros como una fenocopia del mismo (32).

Mitsuda, al igual que otros autores, cuestiona la clasificación dicotómica kraepeliniana y defiende a las psicosis atípicas como una entidad nosográfica independiente. La misma presenta una clínica de rápido inicio, fluctuante y polimorfa. Presentan un comienzo con sintomatología afectiva para rápidamente ser acompañada por estados oniroides o confusionales que evoluciona hacia un discurso delirante paranoide que puede presentarse junto a sintomatología alucinatoria. Remarca la frecuencia de la afectación del estado de la conciencia. El autor asocia estos cuadros con la epilepsia, por su inicio brusco y su curso episódico y los hallazgos de alteraciones en el EEG en pacientes con clínica de psicosis atípicas. Postulando una fuerte asociación entre ambos cuadros (31).

### **Clínica. ¿Cómo explicamos los síntomas maniformes?**

Wernicke sostenía que sólo las funciones mentales más básicas están localizadas en áreas únicas de la corteza. Postulaba que las funciones cognitivas más complejas resultaban de interconexiones de varios lugares funcionales (23). En relación a los síntomas psicóticos en epilepsia, algunos autores hablan de fenómenos inhibitorios recíprocos y prolongados sobre el circuito límbico luego de las crisis permitiendo la ocurrencia de síntomas psicóticos (antagonismo biológico y patogénico entre epilepsia y psicosis). La psiquiatría actual intenta explicar los desórdenes psíquicos a través del concepto de neuroplasticidad que se daría como resultado del interjuego de factores endógenos y otros exógenos con acción epigenética produciendo cambios en el funcionamiento cere-

bral. ¿Es esto suficiente para explicar la fenomenología psicótica? ¿Existe alguna instancia intermedia entre el modelo biológico y la clínica? En una revisión realizada en Inglaterra para estudiar las diferentes perspectivas de la Neurología y la Neuropsiquiatría en la fenomenología y fisiopatología de la experiencia alucinatoria en epilepsia (11) se observó la clínica y el correlato electroencefalo-gráfico. Se resalta en éste la divergencia conceptual entre la Neurología y la Psiquiatría en los términos delirio, alucinación, ilusión. La psiquiatría marca una diferencia clínica y semiológica entre estos fenómenos y se enfoca en el uso empírico de una psicopatología descriptiva. Esto puede ser útil para la descripción clínica, dicen los neurólogos, pero no ayuda a entender los mecanismos básicos que la generan. La Neurología (12) afirma que existen muy pequeñas diferencias en la fisiopatogenia de estos fenómenos. Con el fin de localizar las redes neuronales en epilepsia que permitían el desarrollo de síntomas psicóticos se utilizó estéreoencefalografía intracraneal. Se concluyó que la especificidad anatómica en alucinaciones era limitada. La estimulación repetida de una misma área, incluso en el mismo paciente puede producir diferentes respuestas psíquicas. Así la estimulación de distintas áreas (sobre todo en el sistema límbico) en el mismo individuo puede producir fenómenos similares. A mayor complejidad de los síntomas menor especificidad anatómica encontraron. Concluyeron además que era necesario el compromiso de la corteza límbica para la ocurrencia de alucinaciones complejas (12), con una imposibilidad de reproducir síntomas psicóticos complejos.

### **¿Existe, entonces, alguna evidencia de un correlato anatómico en la clínica?**

Kanemoto afirma que la sintomatología maniforme posquirúrgica en pacientes epilépticos se debería a un aumento de la excitabilidad del tejido temporal residual después de una lobectomía. Esta explicación la hace extensiva a la hipomanía y a la psicosis esquizofrenia-like postoperatoria (24). Otro estudio encontró como predictores de manía posquirúrgica la actividad temporal bilateral y lobectomía derecha (7). Por otra parte, en otro estudio se observaron disturbios en las conexiones temporo-frontales (orbito-frontal, temporal basal) y temporo-subcorticales (28) (cabeza del caudado, tálamo). Todas estas estructuras se encuentran involucradas en el modelo de procesamiento emocional propuesto por M. Arnold Según el mismo, Una emoción tiene dos componentes, uno evidente que se manifiesta en una sensación física característica (estado emocional) y el otro en forma de sentimiento conciente. Este último está mediado por la corteza del cíngulo y en parte por los lóbulos frontales. Por su parte, los estados emocionales están mediados por un grupo de respuestas periféricas, autónomas, endocrinas y del sistema motor esquelético. En esta respuesta participan estructuras subcorticales: núcleo amigdalino, hipotálamo y el tronco encefálico (23).

Así, existiría una elaboración inconciente subcortical de las emociones y un procesamiento conciente que le

imprime un contenido cognitivo a dicha experiencia a través, principalmente de la corteza frontal.

Existe controversia acerca de si las características clínicas de la PIM se relacionan con la localización y lateralidad hemisférica de la zona epileptógena (29). Algunos estudios previos relacionaban los estados maníacos con localización en el hemisferio no dominante y algunos estados maníacos de otras enfermedades neurológicas se relacionaban con patología de hemisferio derecho (34), en estructuras conectadas al sistema límbico -otros señalan que esta relación puede invertirse en los polos posteriores-(30). Este hecho sería homologable a lo planteado y luego discutido acerca de la localización de lesiones cerebrales y la clínica psiquiátrica. En un trabajo de pacientes con lesiones unilaterales cerebrales se identificó 244 casos de sujetos con al menos un síntoma maníaco. Fue más frecuente en estos pacientes las lesiones de localización derecha. Por otra parte, la euforia no era el síntoma que más se relacionan con la cara de la lesión. La euforia sin la manía no predijo significativamente el lado de la lesión. Sin embargo, la logorrea predijo lesión derecha ya sea en pacientes maníacos, no maníacos o incluso cuando fue el único síntoma observado. La agitación, por su parte, fue consistentemente asociada con lesiones derechas, pero no de manera completamente clara. Se propuso, que la prevalencia de lesiones del hemisferio derecho asociadas a manía, se relacionaban principalmente con desinhibición mental y conductual más que con un cambio de estado de ánimo y que consistía en la liberación de la influencia del hemisferio izquierdo (4), separando así expresiones de desinhibición conductual en la manía con el ánimo.

### ¿Qué factores neurobiológicos comparten ambos cuadros?

La neurobiología del TBP explica que el mismo sería resultado de la pérdida de factores endógenos de regulación del ánimo que traerían como consecuencia una pérdida de la homeostasis del sistema límbico en los procesos de inhibición-excitación expresados a través de fenómenos bioeléctricos. Esta pérdida daría como resultado la alteración de la dinámica neuroplástica que asegura una adecuada interrelación entre mensaje genético y el epigenético. La evidencia habla de alteraciones en las señales de transducción de las cascadas de vías de señalización de la adenilciclasa, el fosfatidil inositol y el calcio (29).

Los efectos sobre los procesos neuroplásticos alterarían progresivamente la dinámica neuronal provocando síntomas afectivos y cognitivos. Anormalidades bioquímicas, estructurales y funcionales presentes en el TBP primario también podrían ocurrir secundarias a trastornos convulsivos. Varias son las similitudes que se encuentran entre la epilepsia y el TBP, las cuales apuntan a un mecanismo fisiopatológico común. Entre ellas se puede observar que ambos trastornos se caracterizan por episodios disfuncionales separados por intervalos de relativa remisión, existe una predisposición genética en ambos trastornos. Además la evidencia ha demos-

trado que las convulsiones protegen contra la depresión (por ejemplo, la terapia electroconvulsiva). Por otro lado los fármacos antiepilepticos se utilizan en el manejo de los trastornos afectivos; y pese a que los antidepresivos fueron siempre asociados a una disminución del umbral convulsivo, algunos estudios les adjudican propiedades anticonvulsivantes a los mismos (7) mediado, principalmente por el receptor 5HT3 (15, 17, 22). Así postulan un efecto anticonvulsivante del citalopram a dosis bajas (0,5 a 1 mg/kg) mientras que a altas dosis sería proconvulsivante (50mg/kg) (3). Si bien se precisan estudios controlados para confirmar el efecto anticonvulsivante de los antidepresivos estos hallazgos pueden ser tomados como una evidencia indirecta del rol de la serotonina en la epileptogénesis(15).

Además, los sustratos neuroanatómicos y funcionales de ambas patologías se entrecruzan: (1, 7, 8, 32) el déficit serotoninérgico y noradrenérgico, contribuye a la disfunción observada en ambos trastornos, así como neuronas GABAérgicas, glutamatérgicas, y de hormona liberadora de corticotropina representan los posibles vínculos patógenos entre los trastornos afectivos y la epilepsia y el posible mecanismo de kindling. Este paradigma, invocado como un modelo para la comprensión de los trastornos convulsivos, también ha sido aplicado a la naturaleza episódica de TBP; la actividad comicial en un área del sistema nervioso central produciría en otras áreas que reciben el impulso sináptico de la primera, un nuevo foco epiléptico. Así, estímulos subumbrales repetidos inducen actividad comicial hasta que este mecanismo se independiza produciendo actividad sin la necesidad de estímulos. Este fenómeno se acompaña de cambios funcionales y estructurales. A partir de este concepto se propone que en los trastornos afectivos, el sistema límbico se vería sometido, por estímulos externos o internos repetidos a un fenómeno de kindling que daría a dicha enfermedad su autonomía y ciclicidad. En pacientes con predisposición genética, algunos tipos de estresores, darán lugar a síntomas afectivos de variable intensidad, frecuencia y duración hasta generarse un verdadero y completo episodio depresivo o maníaco con cambios funcionales y estructurales cerebrales que aumentan la vulnerabilidad para un próximo episodio (29).

La evidencia sobre cambios compartidos en el campo de neurotransmisores en epilepsia y trastorno bipolar es limitada. En ambos cuadros la dopamina y serotonina siguen un modelo regulatorio bimodal. La manía estaría relacionada con una hiperdopaminergia pero también con una hipofunción serotoninérgica (32). Por otro, lado en estudios experimentales se vio que el bloqueo D2 junto con un aumento de la concentración de serotonina debido a un bloqueo del receptor 5HT1A tiene un efecto proconvulsivante. Dentro de un cierto rango de concentración la dopamina y la serotonina contribuyen independientemente a la prevención de la epileptogénesis hipocampal vía, respectivamente, la activación de receptores D2 y 5HT-1A (7). En este sentido, la elevación hipocampal de la dopamina y serotonina fue propuesto como marcador farmacodinámico de la eficacia anticonvulsivante de la oxcarbamezepina (8).



Otros neurotransmisores involucrados tanto en epilepsia como en TBP son el GABA y el glutamato (32). Es importante señalar que estos neurotransmisores pueden no tener una relación directa en las descargas epilépticas. Por ejemplo, la transmisión gabaérgica puede dar lugar a una despolarización en lugar de una hiperpolarización, a través de los receptores GABA. Este fenómeno puede estar dado por una desensibilización de los receptores tiempo-dependiente. Por otro lado la expresión del cotransportador K<sup>+</sup> Cl<sup>-</sup> responsable del mantenimiento del gradiente iónico no es constante durante el neurodesarrollo alterando el gradiente de cloruro. En relación al glutamato, este puede tener influencia tanto en las neuronas glutamatérgicas como en las gabaérgicas; dando lugar, esto último, a un efecto inhibitorio celular, contrario al esperado por un neurotransmisor excitatorio (37).

En el trastorno bipolar se postuló una fisiopatología gabaérgica (32, 35). Dicha teoría explica que la reelina-glicoproteína involucrada en el desarrollo y mantenimiento de la estratificación cortical es secretada por las interneuronas gabaérgicas hacia neuronas piramidales de corteza e hipocampo (19, 32). La disminución de la inhibición de las células piramidales por las interneuronas gabaérgicas produciría excitotoxicidad y apoptosis, lo que constituiría un mecanismo de pérdida celular en trastorno bipolar (29). La hipótesis gabaérgica en el trastorno bipolar surge principalmente a partir del uso de estabilizadores del ánimo. La carbamacepina incrementa el flujo de cloruro a través del receptor GABA<sub>A</sub>, el ácido valproico, por su parte, incrementa la liberación y metabolismo del GABA por medio de un up regulation de los receptores GABA<sub>B</sub>. Sin embargo, existen resultados contradictorios; por ejemplo el topiramato presenta un fuerte efecto en la transmisión gabaérgica sin haberse descripto claras propiedades antimaníacas (1).

El glutamato, neurotransmisor excitatorio, demostró ser importante en la epileptogénesis. Así, varios de los estabilizadores del ánimo como la carbamacepina, el ácido valproico y la lamotrigina tienen una acción antiglutamatérgica. El topiramato posee propiedades antagonistas de los receptores AMPA de glutamato; una reducción de la transmisión glutamatérgica limitaría no solo la excitabilidad neuronal sino también el estrés relacionados con la neurotoxicidad (1, 29).

Es posible que un desbalance GABA-glutamato esté involucrado en ambos cuadros (32).

En cuanto a los canales iónicos, se sabe que en las crisis epilépticas ocurre un exceso de sodio junto con un aumento de la entrada de calcio a la neurona. Se ha encontrado un aumento de la concentración de calcio intracelular en episodios de manía aguda. Se precisan más estudios al respecto (32).

## Conclusiones

La epilepsia constituye un rico terreno para el entendimiento del funcionamiento emocional. Una irritación a nivel límbico genera la puesta en marcha de emociones y conductas sin el control ni la inhibición cognitiva que suele proveer distintas áreas de la corteza. La corteza frontal, encargada de la planificación cognitiva, de soportar las consecuencias de nuestra conducta se encuentra imposibilitada de actuar. Por un lado se activan emociones de placer, extáticas, y por otro lado, la falta de inhibición cognitiva genera conductas desinhibidas y disruptivas. Acompañan este cuadro alucinaciones complejas auditivas y visuales que parten de la irritación del sistema límbico y se constituirían a través de complejas conexiones a distancia del foco epileptógeno. ¿Cuál es el motivo de la falta de modelos para el entendimiento de los trastornos afectivos? ¿Es un simple sesgo de la psiquiatría planteada como disciplina meramente descriptiva? ¿O es acaso que por su complejidad estos trastornos no son plausibles de ser transformados en modelos? Sin embargo, pudimos observar como la manía queda replicada y sistematizada en diferentes cuadros de diferente etiopatología.

Proponemos cuestionar al ánimo como síntoma cardinal de la manía. La exaltación del humor y la manía-constituida ésta como un síndrome de liberación-podrían representar entonces, dos cuadros heterogéneos y diferenciados en su clínica y etiopatología.

**Declaración de conflicto de intereses:** Los autores no declaran conflicto de intereses ■

## Referencias bibliográficas

- Amann B, Grunze H. Neurochemical underpinnings in bipolar disorder and epilepsy. *Epilepsia*. 2005; 46 (4): 26-30.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. Washington DC. *American Psychiatric Association*, 1994.
- Bahreman A, Payandemehr B, Rahimian R, Ziai P, Pourmand N, Loloee S, Ebrahimi A, Ghasemi A, Fakhfoury G, Ghasemi M, Dehpour AR. The role of 5-HT(3) receptors in the additive anticonvulsant effects of citalopram and morphine on pentylenetetrazole-induced clonic seizures in mice. *Epilepsy Behav*. 2011; 21 (2): 122-7.
- Braun CM, Daigneault R, Gaudelet S, Guimond A. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition symptoms of mania: which one(s) result(s) more often from right than left hemisphere lesions? *Compr Psychiatry*. 2008; 49 (5): 441-59.
- Carran MA, Kohler CG, O'Connor MJ, Bilker WB, Sperling MR. Mania following temporal lobectomy. *Neurology*. 2003; 23; 61 (6): 770-4.
- Cetkovich-Bakman M. Euforia y estados mixtos. En: Akiskal H, Cetkovich-bakman M, Garcia-bonetto G, Strejilevich S, Vázquez G. Trastornos bipolares: conceptos clínicos, neurobiológicos y terapéuticos. Buenos Aires: Ed panamericana; 2006. p. 71-100.
- Clinckers R, Smolders I, Meurs A, Ebinger G, Michotte Y. Anticonvulsant action of GBR-12909 and citalopram against acute experimentally induced limbic seizures *Neuropharmacology*. 2004; 47 (7): 1053-61.
- Clinckers R, Smolders I, Meurs A, Ebinger G, Michotte Y. Hippocampal dopamine and serotonin elevations as pharmacodynamic markers for the anticonvulsant efficacy of oxcarbazepine and 10,11-dihydro-10-hydroxycarbamazepine. *Neurosci Lett*. 2005; 390 (1): 48-53.
- Dilsaver SC, Chen YR, Shoaib AM, Swann AC. Phenomenology of mania: evidence for distinct depressed, dysphoric, and euphoric presentations. *Am J Psychiatry*. 1999; 156 (3): 426-30.
- Duffy J. El paradigma cambiante de la epilepsia. En Mc Connell, H. Snyder, P. Comorbilidad Psiquiátrica en la epilepsia. Ed Masson, 1999. p. 1-13.
- Elliott B, Joyce E, Shorvon S. Delusions, illusions and hallucinations in epilepsy: 1. Elementary phenomena. *Epilepsy Research* 2009; 85: 162-171.
- Elliott B, Joyce E, Shorvon S. Delusions, illusions and hallucinations in epilepsy: 2. Complex phenomena and psychosis. *Epilepsy Research* 2009; 85: 172-186.
- Ettinger A, Reed M, Goldberg J. Prevalence of bipolar symptoms in epilepsy vs other chronic Health disorders. *Neurology* 2005; 65: 535-5.
- Ey H. Estructura y desestructuración de la conciencia. En: Estudios Psiquiátricos. Vol II. Buenos Aires: Editorial Polemos; 2008. p. 709-816.
- Favale E, Audenino D, Cocito L, Albano C. The anticonvulsant effect of citalopram as an indirect evidence of serotonergic impairment in human epileptogenesis. *Seizure*. 2003; 12 (5): 316-8.
- Gaitatzis A, Trimble MR, Sander JW. The psychiatric comorbidity of epilepsy. *Acta Neurol Scand*. 2004; 110(4):207-20.
- Gholipour T, Ghasemi M, Riazzi K, Ghaffarpour M, Dehpour AR. Seizure susceptibility alteration through 5-HT(3) receptor: modulation by nitric oxide. *Seizure*. 2010; 19 (1): 17-22.
- Goldar J, Rojas D, Outes M. Psicosis maniaco-depresiva y catatonía. En: Introducción al diagnóstico de las psicosis. Buenos Aires: Ed Salerno; 1994. p. 80-83.
- Guidotti A, Auta J, Davis JM, et al. Decrease in reelin and glutamic acid decarboxylase 67 (GAD67) expression in schizophrenia and bipolar disorder: a postmortem brain study. *Arch. Gen. Psychiatry* 2000; 57 (11): 1061-1069.
- Hirschfeld RM, Williams JB, Spitzer RL, Calabrese JR, Flynn L, Keck PE Jr, Lewis L, McElroy SL, Post RM, Rappaport DJ, Russell JM, Sachs GS, Zajecka J. Development and Validation of a Screening Instrument for Bipolar Spectrum Disorder: The Mood Disorder Questionnaire. *Am J Psychiatry*. 2000; 157 (11): 1873-5.
- Jones JE, Hermann BP, Barry JJ, Gilliam F, Kanner AM, Meador KJ. Clinical assessment of Axis I psychiatric morbidity in chronic epilepsy: a multicenter investigation. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2005; 17 (2): 172-9.
- Kabuto H, Yokoi I, Takei M, Kurimoto T, Mori A. The anticonvulsant effect of citalopram on El mice, and the levels of tryptophan and tyrosine and their metabolites in the brain. *Neurochem Res*. 1994; 19 (4): 463-7.
- Kandel E. Neurobiología de la conducta. En: Principios de Neurociencia. Ed Mc Graw Hill; 2001. p. 5-17.
- Kanemoto K. Hypomania after temporal lobectomy: a sequela to the increased excitability of the residual temporal lobe? *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1995; 59 (4): 448-9.
- Kanner AM. When did neurologists and psychiatrists stop talking to each other? *Epilepsia Behav*. 2003; 4 (6): 597-60.
- Kasper BS, Kasper EM, Pauli E, Stefan H. Phenomenology of hallucinations, illusions, and delusions as part of seizure semiology. *Epilepsy Behav*. 2010; 18 (1-2): 13-23.
- Krauthammer C, Klerman GL. Secondary mania: manic syndromes associated with antecedent physical illness or drugs. *Arch Gen Psychiatry*. 1978 Nov; 35 (11): 1333-9.
- Kudo T, Ishida S, Kubota H, Yagi K. Manic episode in epilepsy and bipolar I disorder: a comparative analysis of 13 patients. *Epilepsia*. 2001; 42 (8): 1036-42.
- Mazza M, Di Nicola M, Della Marca G, Janiri L, Bria P, Mazza S. Bipolar disorder and epilepsy: a bidirectional relation? Neurobiological underpinnings, current hypotheses, and future research directions. *Neuroscientist*. 2007; 13 (4): 392-404.
- Mc Daniel J, Johnson K, Rundell J. Manía. En: Rundell J, Wise M. Fundamentos de la psiquiatría de enlace. Barcelona: Editorial Ars Médica; 2002. p. 179-197.
- Mitsuda H. The concept of "atypical psychoses" from the aspect of clinical genetics. *Acta Psychiatr Scand* 1965; 41 (3): 372-377.
- Mula M, Marotta A, Monaco F. Epilepsy and bipolar disorders. *Expert Rev. Neurother* 2010; 10 (1): 13-23.
- Mula M, Schmitz B, Jauch R, Cavanna A, Cantello R, Monaco F, Trimble M. On the prevalence of bipolar disorder in epilepsy. *Epilepsy & Behavior* 2008; 13: 658-661.
- Nishida T, Kudo T, Inoue Y, Nakamura F, Yoshimura M, Matsuda K, Yagi K, Fujiwara T. Postictal mania versus postictal psychosis: differences in clinical features, epileptogenic zone, and brain functional changes during postictal period. *Epilepsia*. 2006; 47 (12): 2104-14.
- Petty F. GABA and mood disorders: a brief review and hypothesis. *J Affect Disord*. 1995; 18; 34 (4): 275-81.
- Rivas J, Doval O, Kanner AM. Aspectos psiquiátricos de las epilepsias. En: Epilepsias. Diagnóstico y tratamiento. G Campos Manuel de, Kanner AM. Ed. Santiago: Mediterráneo; 2003. p. 776-794.
- Scharfman HE. The neurobiology of epilepsy. *Curr Neurol Neurosci Rep*. 2007; 7 (4): 348-54.
- Schmitz B. Depression and mania in patients with epilepsy. *Epilepsia*. 2005; 46 Suppl 4: 45-9.
- Shliapochnik J. Aspectos psiquiátricos de la epilepsia. Ed Salerno, 2006. p. 11-12.
- Tellez-Vargas J. Trastorno bipolar I. En: Correa E, Silva H, Risco L. Trastornos bipolares. Santiago de Chile: Ed. Mediterráneo; 2006. p. 89-108.
- Thomson A, Epstein J. Aspectos psiquiátricos de las epilepsias. *Vertex*. 2002; 13 (49): 205-11.

# Evaluación de características psicométricas de la versión argentina de la *Hare Psychopathy Checklist: Youth Version*

**Alejandra Gutiérrez**

*Especialista en Psiquiatría Infanto-Juvenil. Docente de Psiquiatría, Universidad Nacional de La Plata.  
Perito Psiquiatra Forense, Suprema Corte de Justicia de la provincia de Buenos Aires*

**Renata Wiese**

*Magister en Psiquiatría Forense. Docente de Psiquiatría, Universidad Nacional de La Plata  
Psiquiatra del Ministerio de Desarrollo Humano, provincia de Buenos Aires*

**Jorge Castillo**

*Doctor en Medicina. Magister en Psiquiatría Forense. Docente de Medicina Legal, Universidad Nacional de La Plata.  
Perito Psiquiatra Forense, Suprema Corte de Justicia de la provincia de Buenos Aires*

**Jorge O. Folino**

*Doctor en Medicina. Profesor Titular de Psiquiatría, Universidad Nacional de La Plata  
E-mail: jorgefolino@fibertel.com.ar*

---

## Resumen

A pesar de la importancia diagnóstica, terapéutica y preventiva que tendría la apropiada evaluación de rasgos psicopáticos juveniles, los instrumentos específicos difundidos internacionalmente no cuentan con validación en la Argentina. El presente estudio tuvo el objetivo de evaluar la confiabilidad y aspectos de la validez de la versión argentina de uno de esos instrumentos, la Hare Psychopathy Checklist Youth Version. Para ello, dos evaluadores examinaron simultáneamente a 30 jóvenes varones institucionalizados por haber cometido delitos y realizaron respectivas puntuaciones independientes y luego una consensuada. Los evaluadores utilizaron la misma información proveniente de múltiples fuentes. Los resultados permiten sustentar que la versión argentina de la Hare Psychopathy Checklist Youth Version se comporta como un instrumento confiable, homogéneo, con alta congruencia interna. El coeficiente de correlación interno para el puntaje total de la escala fue 0,98 y el coeficiente Alfa de Cronbach fue 0,96. Los hallazgos también permiten sostener la validez concurrente y convergente con criterios y medidas relevantes al constructo, como son el puntaje de delitos no violentos ( $r = 0,55$ ;  $p = 0,002$ ); el puntaje de delitos violentos ( $r = 0,48$ ;  $p = 0,008$ ); el puntaje de escala de impulsividad ( $r = 0,44$ ;  $p = 0,02$ ) y el conteo de trastornos de conducta ( $r = 0,65$ ;  $p < 0,001$ ).

**Palabras clave:** Psicopatía - Evaluación de personalidad - Confiabilidad - Delincuencia juvenil.

EVALUATION OF PSYCHOMETRIC CHARACTERISTICS OF THE ARGENTINEAN VERSION OF THE HARE PSYCHOPATHY CHECKLIST: YOUTH VERSION

## Summary

In spite of the relevance on diagnosis, therapeutic strategies and prevention of psychopathy of the accurate assessment of psychopathic traits in youngsters, in Argentina the internationally widespread specific instruments have not been validated. This research is aimed to the assessment of the reliability and aspects of the validity of the Argentinean version of the Hare Psychopathy Checklist: Youth Version. Thus, thirty institutionalized juvenile offenders were simultaneously assessed by two raters who produced independent and a consensus scores. The raters used information from the same multiple sources of information. The results support that the Argentinian version of the scale is a reliable, homogeneous instrument with high internal consistence. The Intraclass Correlation Coefficient for the total score was .98 and the Cronbach's Alpha Coefficient was .96. Findings also support concurrent and convergent validity of the scale using correlation measures with other criteria and measures relevant to the construct, such as the score of non-violent offenses ( $r = .55$ ;  $p = .002$ ); the score of violent-offenses ( $r = .48$ ;  $p = .008$ ); Impulsivity scale score ( $r = 0.44$ ;  $p = .02$ ) and the count of types of conduct problems ( $r = .65$ ;  $p < 0,001$ ).

**Key words:** Psychopathy - Personality assessment - Reliability - Juvenile offenses.

## Introducción

La comunidad científica viene focalizando su atención en diversos aspectos relacionados con la delincuencia juvenil (31, 33, 37, 39). Por otra parte, en la Argentina fue informada una creciente involucración de los jóvenes en delitos violentos (21). Asimismo, diversos estudios proporcionaron avances en el conocimiento acerca de características psicopáticas detectables en la etapa juvenil, lo que resulta relevante tanto por su relación con el delito como con otras conductas problemáticas (5, 26, 27).

Los instrumentos de medición específicos difundidos internacionalmente para evaluar rasgos psicopáticos juveniles no tienen validación en la Argentina. La *Hare Psychopathy Checklist-Revised* (32) diseñada para la evaluación de psicopatía fue traducida y validada en Argentina y en Chile, pero es apta para mayores de 18 años (15, 17, 19, 24, 35). El modo de evaluación de los rasgos psicopáticos y de otras características que suelen asociarse con conductas delictivas en los jóvenes se ha incorporado más recientemente como foco de estudios latinoamericanos (18, 47). Hasta el presente, la carencia de un instrumento confiable, válido y adecuado a los jóvenes no sólo dificultó la realización de estudios que permitieran dimensionar el fenómeno, sino también, el proceso diagnóstico, el monitoreo de la respuesta a tratamientos y el conocimiento de los factores asociados en el medio local. Este estudio tiene como propósito contribuir en el intento de completar ese vacío psicométrico evaluando la confiabilidad y aspectos de la validez de la versión argentina de la *Hare Psychopathy Checklist Youth Version* (PCL-YV) (20, 25).

## El constructo

Diversos estudios han expandido la discusión respecto de si la psicopatía es un concepto en alguna medida aplicable a la infancia y a la adolescencia y sobre las trayectorias que llevan a la conducta delictiva (27, 36) incluyendo la interacción con estilos de crianza (12). También han discurrido sobre la posibilidad de su mensura dimensional (6), su influencia en el riesgo de violencia (5, 11, 34, 40, 41); su importancia para el sistema de justicia, sus correlatos biológicos (3, 8, 13, 28) y, fundamentalmente, respecto a antecedentes infantiles y juveniles que pudieran ser identificables y foco del tratamiento y prevención tempranos (2, 4, 26, 27). La disponibilidad de precisos instrumentos de evaluación resulta imprescindible en todas esas líneas de investigación.

## El instrumento

El PCL-YV es una guía de cotejo para la evaluación de los rasgos y conductas psicopáticas en adolescentes de entre 12 y 18 años. El uso del PCL-YV es pertinente para la Psicología y Psiquiatría Forense, Medicina legal en general y las disciplinas relacionadas. Requiere de formación clínica, conocimiento actualizado sobre psi-

copatía y sobre las implicancias que su identificación tiene. El instrumento no debería ser el único medio para obtener información que sustente decisiones judiciales o de salud mental acerca de los jóvenes; la interpretación del resultado de su uso deber realizarse en conjunción con otras fuentes de información, instrumentos de evaluación y observación directa en la medida de lo posible. Coincidentemente con generalizada opinión, los autores del instrumento alertan acerca del uso inadecuado de la puntuación con el PCL-YV y establecen explícitas precauciones en el sentido que no debe etiquetarse a un joven como "psicópata" (25).

El instrumento tiene la estructura de una escala que consta de 20 ítems relacionados con rasgos y conductas psicopáticas en los adolescentes y cuatro factores denominados Factor Características interpersonales –Factor 1–; Factor Características afectivas –Factor 2–; Factor Características del estilo de vida –Factor 3– y Factor Características antisociales –Factor 4–. Suministra definiciones operativas, criterios de puntuación y distribución de puntajes en percentiles para establecer el perfil del evaluado. El procedimiento para obtener la información necesaria consiste en a) entrevista semiestructurada, que comprende aproximadamente 120 minutos para ser completada y puede ser administrada a través de diferentes sesiones y b) revisión de la documentación disponible e información colateral.

## Material y método

Dos de los autores evaluaron simultáneamente 30 jóvenes institucionalizados en el Departamento Penal de Registro y Ubicación de Menores y en instituciones de la jurisdicción del Departamento Judicial La Plata. La recolección de datos se realizó utilizando múltiples fuentes (expediente judicial; historia clínica o legajo de la institución; Registros de la Secretaría del Menor; entrevista clínica; entrevista con profesionales asistentes; entrevista con familiares o conocidos según disponibilidad). Cada uno de los evaluadores hizo su puntuación independiente y luego produjeron una tercera puntuación por consenso.

Se utilizó la versión argentina para investigación de la PCL-YV (20). El instrumento fue traducido del inglés al español por uno de los autores y por traductora oficial de inglés; la retro-traducción del español al inglés fue realizada por traductora independiente. Asimismo, se aplicaron los criterios diagnósticos del DSM IV (1) para establecer categorías diagnósticas, y se utilizaron los instrumentos que se listan a continuación:

- Escala de impresión clínica sobre la capacidad intelectual, que consiste en una escala descriptiva tipo Likert de 4 grados (1, muy insuficiente; 4, superior) para el registro de la evaluación clínica consensuada por, como mínimo, dos psiquiatras.

- Ítem de la versión argentina del *Lifestyle Criminality Screening Form* (22, 30, 44, 45). Esta escala está diseñada para evaluar cuatro estilos que caracterizan los patrones de vida criminal: Irresponsabilidad, Excesos, Violencia o avasallamiento interpersonal e Incumplimiento de las



normas sociales. El ítem utilizado forma parte de la sección de Excesos y sistematiza el registro de tatuajes como indicador de estilo de apariencia.

- Escala de impulsividad validada en español (38) y utilizada en ámbito forense (16). Consiste en una escala autoadministrada de 9 ítems tipo Likert de 4 grados; la puntuación total se distribuye en las siguientes categorías: normal (puntajes entre 0 y 8), impulsividad leve (9 a 19); moderada (20 a 29) y severa (puntaje de 30 o más).

- Escala de Cormier-Lang para cuantificar la historia criminal (7), también utilizada en previos estudios locales (17, 23). Consiste en dos listados de delitos divididos en función de la violencia implícita y ordenados según atribución de gravedad expresada en puntajes específicos para cada uno. Permite resumir la historia delictiva del evaluado.

Las entrevistas se realizaron con la autorización del juez competente y con la aceptación de los evaluados, a quienes se les informó que la tarea formaba parte de un proyecto de investigación de los problemas que suelen padecer jóvenes que cometen delitos y, asimismo, que las conclusiones formarían parte de un informe del estado actual y necesidades terapéuticas tendiente a contribuir con la actualización de los expedientes judiciales y la planificación de la intervención.

## Resultados

### *Resultados descriptivos de la serie de casos*

Los jóvenes evaluados fueron todos varones. La edad media al momento de la evaluación fue 17 años; al momento del delito en cuyo proceso se estableció la institucionalización –delito índice- fue de 16 años y al momento del primer incidente violento fue de 12 años. La media de años de escolaridad fue 6 años. La media de tipos de trastornos de conducta fue 10.

Los delitos índice fueron, en general, violentos (30%, homicidios; 50%, robos calificados) y la mayoría cometida a extraños (73,3%). El 80% tuvo trastorno de conducta (DSM-IV 312.8) como diagnóstico principal y dependencia a múltiples sustancias (DSM-IV 304.80) como segundo diagnóstico del Eje I; hubo un caso con diagnóstico de dependencia a cannabis (DSM-IV 304.30).

Los jóvenes provenían de familias con diversas características de vulnerabilidad: el 67% no había con-

vivido con su padre (por razones diferentes a la muerte del progenitor) hasta los 16 años; el 53% tuvo algún progenitor que abusaba del alcohol y el 10 %, alguno que abusaba de otras sustancias. El 50% tuvo algún familiar de primer grado que cumplió pena en prisión. El 77% de los jóvenes había estado previamente alojado en institutos del estado (por causa delictiva o asistencial) y el promedio de estadía en esos alojamientos fue de 4 años. El 70% tenía tatuajes en su cuerpo (23% de uno a cuatro separados; el 47% más de cuatro o alguno en cara/cuello).

En la Tabla 1 se exhiben los puntajes totales y por factor obtenidos por los evaluadores individualmente y por consenso. Se destaca el alto puntaje promedio obtenido por la serie de casos, lo que no resulta inesperado dados los antecedentes criminológicos generales.

### *Confiabilidad entre evaluadores*

La confiabilidad entre evaluadores para la puntuación total de la PCL-YV, para los puntajes de los factores y para los puntajes individuales de cada ítem, se estimó con el coeficiente de correlación interno -CCI- (43). Este coeficiente expresa la confiabilidad del puntaje de un evaluador generalizado a la población de evaluadores representada por aquel. En otras palabras, el CCI estima la equivalencia de medidas repetidas hechas sobre el mismo sujeto. Las categorías siguientes son las que suelen utilizarse para evaluar la confiabilidad observada (14): valor mayor o igual que 0,75 = excelente; valor entre 0,40 y 0,74 = aceptable a buena; valor menor a 0,40 = pobre. Se utilizaron ANOVA de dos vías, que permitió medir cuánto de la variancia total en los puntajes observados es resultado de la variación entre sujetos, de la variación entre evaluadores y del azar, y el modelo de efectos aleatorios, que es apropiado cuando los evaluadores son una muestra aleatoria de la población de los posibles evaluadores que utilizarán luego el instrumento.

El valor del CCI para el puntaje total de la PCL-YV fue 0,98, para el Factor Características interpersonales fue 0,93 y para el Factor Características afectivas fue 0,96; para el Factor Características del estilo de vida fue 0,93; para el Factor Características antisociales fue 0,96. Los cinco puntajes se incluyen en la categoría de excelente.

**Tabla 1.** Puntajes promedios de la *Psychopathy Checklist: Youth Version* (PCL YV) por evaluador (N = 30).

	<b>Factor 1</b>	<b>Factor 2</b>	<b>Factor 3</b>	<b>Factor 4</b>	<b>Total</b>
<b>Evaluador 1</b>	5,6	6,6	8,4	7,9	31,5
<b>Evaluador 2</b>	5,9	6,7	8,3	8	32,2
<b>Consenso</b>	5,8	6,6	6,6	8,1	32,5



A nivel de los ítem individuales de la PCL-YV, en general, el CCI fue bueno a excelente (Mediana = 0,83; rango 0,68 a 0,98). La Tabla 2 detalla el coeficiente para todos los ítems. Los valores más altos fueron obtenidos para los ítems 1 y 19. La confiabilidad de los ítems del

Factor Características Afektivas fue la que resultó más baja (Mediana de CCI = 0,80). Las restantes medianas de los CCI resultaron las siguientes: Factor Características interpersonales = 0,81; Factor Características del estilo de vida = 0,81 y Factor Características antisociales = 0,85.

**Tabla 2.** Frecuencia de puntajes, estadísticos descriptivos, correlación ítem total corregida y confiabilidad entre evaluadores (CCI) para los ítem individuales.

Ítem		Valores de ítems					Ítem	CCI
		0	1	2	Media	D.T.		
<b>PCL YV 1</b>	Manejo de las apariencias	4	8	18	1,47	0,730	0,817(**)	0,98
<b>PCL YV 2</b>	Autovaloración grandiosa	4	9	17	1,43	0,728	0,747(**)	0,83
<b>PCL YV 3</b>	Búsqueda de estímulos	2	4	24	1,73	0,583	0,706(**)	0,95
<b>PCL YV 4</b>	Tendencia patológica a mentir	2	12	16	1,47	0,629	0,746(**)	0,76
<b>PCL YV 5</b>	Manipulación para obtener beneficios personales	5	8	17	1,40	0,770	0,780(**)	0,71
<b>PCL YV 6</b>	Ausencia de remordimiento	1	2	27	1,87	0,434	0,739(**)	0,78
<b>PCL YV 7</b>	Superficialidad afectiva	4	8	18	1,47	0,730	0,822(**)	0,75
<b>PCL YV 8</b>	Insensibilidad/falta de empatía	3	2	25	1,73	0,640	0,821(**)	0,90
<b>PCL YV 9</b>	Tendencia parasitaria	3	4	23	1,67	0,661	0,827(**)	0,74
<b>PCL YV 10</b>	Control de la ira inadecuado	1	8	21	1,67	0,547	0,766(**)	0,68
<b>PCL YV 11</b>	Comportamiento sexual impersonal	3	4	23	1,67	0,661	0,683(**)	0,83
<b>PCL YV 12</b>	Problemas de comportamiento a edad temprana	4	8	18	1,47	0,730	0,897(**)	0,92
<b>PCL YV 13</b>	Falta de objetivos	1	6	23	1,73	0,521	0,699(**)	0,76
<b>PCL YV 14</b>	Impulsividad	3	5	22	1,63	0,669	0,787(**)	0,81
<b>PCL YV 15</b>	Irresponsabilidad	1	2	27	1,87	0,434	0,705(**)	0,86

<b>PCL YV 16</b>	Rechazo de la responsabilidad por sus propios actos	3	7	20	1,57	0,679	0,350	0,83
<b>PCL YV 17</b>	Relaciones interpersonales inestables	1	7	22	1,70	0,535	0,691(**)	0,92
<b>PCL YV 18</b>	Comportamiento delictivo grave	0	2	28	1,93	0,254	0,647(**)	0,79
<b>PCL YV 19</b>	Violaciones graves a la libertad bajo condiciones	7	2	21	1,47	0,860	0,813(**)	0,98
<b>PCL YV 20</b>	Versatilidad criminal	5	4	21	1,53	0,776	0,817(**)	0,85

Nota: No hubo ítems omitidos. Los estadísticos descriptivos y la correlación ítem-total se basan en la puntuación consensuada. El valor de CCI fue calculado con un modelo de efectos aleatorio para dos factores.  $N = 30(**) = p < 0,001$  (bilateral). D.T.: DesvíoTípico.

### Congruencia interna

La congruencia interna se examinó en la muestra de los 30 jóvenes utilizando el coeficiente alfa de Cronbach y se encontró que fue sumamente alta (Coef. alfa = 0,96). Los factores Características Afectivas, Características interpersonales, Características del estilo de vida y Características antisociales, tuvieron coeficientes alfa de 0,72; 0,88; 0,85 y 0,86 respectivamente. Para suministrar un análisis más refinado de la consistencia interna, se examinaron también las correlaciones ítem - total corregidas para cada ítem (Tabla 2). Todos los ítems, exceptuando el ítem 16 cuya correlación fue 0,35, tuvieron correlaciones mucho mayores a 0,35 indicando que contribuyen significativamente con la puntuación total de la PCL-YV. La correlación mayor fue encontrada con los ítem 9 ( $r = 0,83$ ) y 12 ( $r = 0,90$ ).

La media de las correlaciones inter ítem fue 0,53, resultado superior al valor de 0,20 que es el umbral recomendado para considerar que una escala es homogénea (29).

### Validez

A los efectos de evaluar la validez concurrente se calculó la correlación con el puntaje de delitos violentos y no violentos (información proveniente de registros y del entrevistado en base a definiciones restrictivas) siguiendo el sistema de Cormier et al. (7). Para evaluar la validez convergente, se calculó la correlación entre los puntajes PCL-YV y los puntajes obtenidos con instrumentos que miden aspectos característicos del constructo de diferente manera: Escala de impulsividad (autoadministrada) y suma de los trastornos de con-

ducta. Para tales efectos, se tuvo el reparo de sustraer al puntaje PCL YV total, el correspondiente a los ítems equivalentes.

El puntaje total PCL YV (habiendo sustraído el valor del ítem Comportamiento delictivo grave) tuvo una correlación de 0,55 ( $p = 0,002$ ) con el puntaje de delitos no violentos y de 0,48 ( $p = 0,008$ ) con el puntaje de delitos violentos.

El puntaje total PCL YV (habiendo sustraído el valor del ítem Impulsividad) tuvo una correlación de 0,44 ( $p = 0,02$ ) con el puntaje de la escala de impulsividad.

El puntaje total PCL YV (habiendo sustraído el valor del ítem Problemas de comportamiento a edad temprana) tuvo una correlación de 0,65 ( $p < 0,001$ ) con el conteo de trastornos de conducta (1).

### Discusión

Este estudio evalúa la confiabilidad y aspectos de la validez de la versión argentina de la PCL-YV utilizando una muestra de 30 jóvenes menores de 18 años institucionalizados por haber cometido delitos. En la serie de casos se detectaron importantes antecedentes delictivos, de trastornos de conducta y de dependencia a múltiples drogas, como también, indicadores de familias disfuncionales. La serie de casos resultó, por lo tanto, apropiada para desarrollar la investigación pues el instrumento está diseñado para guiar la evaluación de características psicopáticas juveniles.

La concordancia entre evaluadores medida por los coeficientes de correlación internos resultó muy buena y comparable a la informada en la muestra agregada de jóvenes varones institucionalizados del manual original ( $n = 1.317$ ) (25). En ambas muestras el valor más bajo

de CCI fue de 0,68 pero, mientras en el presente estudio se obtuvo en el ítem 10 –Control de ira inadecuado-, en la muestra del manual original se obtuvo en el ítem 14 –Impulsividad-. El valor obtenido para el puntaje total de la escala fue levemente superior a la del manual (0,98 vs. 0,96). Estos resultados también son congruentes con los obtenidos en estudios posteriores a la publicación del manual como, por ejemplo, ocurre con la versión holandesa, aunque con ésta se obtuvieron valores más bajos para el Factor Características Afectivas (9).

Los resultados mostraron una alta congruencia interna poniendo de manifiesto que los ítems de la escala miden el mismo constructo. El valor del Coeficiente Alfa de Cronbach obtenido para el total fue levemente superior al de la muestra agregada del manual original. En relación con esta propiedad psicométrica, resulta importante mencionar que los estudios con la Hare Psychopathy Checklist Revised (32), instrumento del que deriva la versión juvenil evaluada en este estudio, también mostraron una alta congruencia interna tanto en su versión en inglés como en la versión argentina (15, 24). Otros resultados adunan a favor de la homogeneidad del instrumento. Así ocurre con los valores obtenidos en las correlaciones inter-ítem e ítem-total. En síntesis, cabe sostener que la versión argentina de la PCL:YV se comportó, en la serie de varones del presente estudio, como una escala homogénea, unidimensional y confiable.

La validez de un instrumento se refiere a la medida en que éste mide lo que pretende medir. No hay un método absoluto para el establecimiento de la validez de un instrumento y las evidencias que la sostienen o

la refutan suelen obtenerse de diversos estudios. En el presente estudio se exploraron aspectos de la validez concurrente y convergente teniendo en cuenta un criterio externo criminológico y la medición de constructos relacionados con la psicopatía evaluados de una manera diferente. Cabe destacar que en el procedimiento se excluyeron los ítems relacionados con el aspecto del constructo que se medía independientemente de manera tal de lograr mayor rigurosidad metodológica. Las correlaciones altas y significativas que se verificaron ponen de manifiesto un gran tamaño del efecto, lo que orienta a sostener la validez en las perspectivas exploradas. Si bien estos resultados son coincidentes con los de otros estudios (9, 42), aún es necesario explorar localmente otras perspectivas. Será muy importante que próximos estudios pongan a prueba la validez predictiva pues resultados foráneos imponen cautela, especialmente, con la predicción a largo plazo (5, 10, 11, 42, 46).

Entre las fortalezas del estudio cabe destacar que la exploración de la validez concurrente y convergente se basara en medidas obtenidas con diferentes fuentes de información y la experiencia forense de los evaluadores. Como debilidad se cuenta la no utilización de otras medidas generales de características psicopáticas. Sería importante que se desarrollen o se adapten localmente otros instrumentos que contribuyan a medir este constructo de manera tal que permita no sólo comparar las propiedades psicométricas entre los instrumentos, sino, principalmente, avanzar en el conocimiento y prevención de características personales tan perjudiciales para la adaptación social ■

## Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. DSM IV - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Washington DC: *American Psychiatric Association*; 2000.
- Brotman LM, Gouley KK, Huang KY, et al. Preventive intervention for preschoolers at high risk for antisocial behavior: long-term effects on child physical aggression and parenting practices. *J Clin Child Adolesc Psychol*. Apr 2008; 37 (2): 386-396.
- Buckholtz JW, Treadway MT, Cowan RL, et al. Mesolimbic dopamine reward system hypersensitivity in individuals with psychopathic traits. *Nat Neurosci*. Apr 2010; 13 (4): 419-421.
- Buschgens CJ, van Aken MA, Swinkels SH, Ormel J, Verhulst FC, Buitelaar JK. Externalizing behaviors in preadolescents: familial risk to externalizing behaviors and perceived parenting styles. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2009; 19 (7): 567-575.
- Cauffman E, Kimonis ER, Dmitrieva J, Monahan KC. A multimethod assessment of juvenile psychopathy: comparing the predictive utility of the PCL:YV, YPI, and NEO PRI. *Psychol Assess*. Dec 2009; 21 (4): 528-542.
- Coid J, Ullrich S. Antisocial personality disorder is on a continuum with psychopathy. *Compr Psychiatry*. Jul-Aug 2010; 51 (4): 426-433.
- Cormier C, Lang C, Quinsey VL, Harris GT, Rice ME, Cormier CA. *Cormier-Lang System for Quantifying Criminal History*. Vol Third printing. Washington: American Psychological Association; 1999.
- Dadds MR, Perry Y, Hawes DJ, et al. Attention to the eyes and fear-recognition deficits in child psychopathy. *Br J Psychiatry*. Sep 2006; 189: 280-281.
- Das J, de Ruiter C, Doreleijers T, Hillege S. Reliability and construct validity of the Dutch psychopathy checklist: youth version: findings from a sample of male adolescents in a juvenile justice treatment institution. *Assessment*. Mar 2009; 16 (1): 88-102.
- Das J, de Ruiter C, Lodewijks H, Doreleijers T. Predictive validity of the Dutch PCL:YV for institutional disruptive behavior: findings from two samples of male adolescents in a juvenile justice treatment institution. *Behav Sci Law*. 2007; 25 (5): 739-755.
- Douglas KS, Epstein ME, Poythress NG. Criminal recidivism among juvenile offenders: testing the incremental and predictive validity of three measures of psychopathic features. *Law Hum Behav*. Oct 2008; 32 (5): 423-438.
- Edens JF, Skopp NA, Cahill MA. Psychopathic features moderate the relationship between harsh and inconsistent parental discipline and adolescent antisocial behavior. *J Clin Child Adolesc Psychol*. Apr 2008; 37 (2): 472-476.
- Ferguson CJ, San Miguel C, Hartley RD. A multivariate analysis of youth violence and aggression: the influence of family, peers, depression, and media violence. *J Pediatr*. Dec 2009; 155 (6): 904-908 e903.
- Fleiss JL. *The design and analysis of clinical experiments*. New York: Wiley; 1986.
- Folino J, Astorga C, Sifuentes M, Ranze S, Tenaglia D. Confiabilidad de la Hare Psychopathy Checklist-Revised en población psiquiátrica forense argentina. *Alcmeon - Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*. 2003; 11 (1): 5-11.
- Folino J, Escobar Córdoba F. Nuevos aportes a la evaluación de riesgo de violencia. *MedUNAb -Especial Salud Mental - Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad de Autónoma de Bucaramanga*. 2004; 7 (20): 99-105.
- Folino J, Hare R. Listado revisado para verificación de la psicopatía: su estandarización y validación en la Argentina. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*. 2005; 51 (2): 94-104.
- Folino J, León Mayer E. Juvenile offenders assessment. *Current Opinion in Psychiatry*. 2011; in press.
- Folino J, Mendicoa G. La Psicopatía, el MMPI y la Hare PCL R. *Alcmeon - Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*. 2006; 13 (2): 43-54.
- Folino J, Raverta MJ. *Hare PCL:YV - Versión en español para investigación*. La Plata: Manuscrito no publicado; 2006.
- Folino J, Urrutia MI, Crivos M, et al. Homicides and socio-economic influences. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2004; 53 (3): 175-182.
- Folino JO. Escala para Cribaje del Estilo de Vida Delictivo - Revisada La Plata: Manuscrito no publicado; 2003.
- Folino JO. Risk Assessment and Violent Recidivism Risk Management in Convicts from Argentina. *Research in Social Problems and Public Policy*. 2005; 12: 75-78.
- Folino JO, Castillo JL. Las facetas de la psicopatía según la Hare Psychopathy Checklist revised y su Confiabilidad. *Vertex*. 2006; 17 (69): 325-330.
- Forth A, Kosson D, Hare R. *Hare Psychopathy Checklist Youth Version - Technical Manual*. Toronto: Multi-Health System Inc; 2003.
- Fowler T, Langley K, Rice F, et al. Psychopathy traits in adolescents with childhood attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry*. Jan 2009; 194 (1): 62-67.
- Frick PJ. Extending the construct of psychopathy to youth: implications for understanding, diagnosing, and treating antisocial children and adolescents. *Can J Psychiatry*. Dec 2009; 54 (12): 803-812.
- Fung AL, Gao Y, Raine A. The utility of the child and adolescent psychopathy construct in Hong Kong, China. *J Clin Child Adolesc Psychol*. Jan; 39 (1): 134-140.
- Green SB, Lissitz RW, Mulaik SA. Limitations of coefficient alpha as an index of unidimensionality. *Educational and Psychological Measurement*. 1977(37):827-838.
- Castillo J, Folino J. Validez concurrente y predictiva de la Escala de Cribado de Estilo de Vida Delictivo Revisada -ECEViD R. *Rev.Fac.Med*. 2009; 57: 295-303.
- Haller DM, Sebo P, Cerutti B, et al. Primary care services provided to adolescents in detention: a cross-sectional study using ICPC-2. *Acta Paediatr*. Jul 2010; 99 (7): 1060-1064.
- Hare RD, Neumann CS. Psychopathy: assessment and forensic implications. *Can J Psychiatry*. Dec 2009; 54 (12): 791-802.
- Hollin C, Marsh C, Bloxson C. Anger and self-reported delinquency in university students *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*. 2011; 3 (1): 1-10.
- Langstrom N, Grann M. Psychopathy and violent recidivism among young criminal offenders. *Acta Psychiatr Scand*. 2002; 412 (suppl.): 86-92.
- León Mayer E, Asún Salazar D, Folino J. Confiabilidad y validez de la versión chilena de la Hare PCL-R. *Revista Facultad de Medicina*. 2010; in press.
- Lynam DR. Early identification of the fledgling psychopath: Locating the psychopathic child in the current nomenclature. *J Abn Psychology*. 1998; 107 (4): 566-575.
- Martín MJ, Martínez JM, Rosa A. Las bandas juveniles violentas de Madrid: su socialización y aculturación. *Rev Panam Salud Publica*. 2009; 26 (2): 128-136.
- Maya J, Torres Y. Consumo de Sustancias Psicoactivas y otros Factores Asociados con Delincuencia Juvenil. Medellín: Editorial Marín-Vieco Ltda.; 2000.
- Mulder E, Brand E, Bullens R, Van Marle H. A classification of risk factors in serious juvenile offenders and the relation between patterns of risk factors and recidivism. *Crim Behav Ment Health*. *Crim Behav Ment Health*. 2010; 20 (1): 23-38.
- Rennie CE, Dolan MC. The significance of protective factors in the assessment of risk. *Crim Behav Ment Health*.

- Feb;20 (1): 8-22.
41. Roose A, Bijttebier P, Decoene S, Claes L, Frick PJ. Assessing the affective features of psychopathy in adolescence: a further validation of the inventory of callous and unemotional traits. *Assessment*. Mar;17 (1): 44-57.
  42. Schmidt F, McKinnon L, Chattha HK, Brownlee K. Concurrent and predictive validity of the psychopathy checklist: youth version across gender and ethnicity. *Psychol Assess*. Dec 2006;18 (4): 393-401.
  43. Shrout PE, Fleiss JL. Intraclass correlation: Uses in assessing rater reliability. *Psychol-Bull*. 1979; 86: 420-428.
  44. Walters GD. The Lifestyle Criminality Screening Form: Psychometric properties and practical utility. *Journal of Offender Rehabilitation*. 1998; 27: 9-23.
  45. Walters GD. Predicting Criminal Justice Outcomes with the Psychopathy Checklist and Lifestyle Criminality Screening Form: A Meta-Analytic Comparison. *Behav Sci Law*. 2003; 21 (1): 89-102.
  46. Welsh JL, Schmidt F, McKinnon L, Chattha HK, Meyers JR. A comparative study of adolescent risk assessment instruments: predictive and incremental validity. *Assessment*. Mar 2008; 15 (1): 104-115.
  47. Zúñiga D, Vinet E, León Mayer E. Caracterización psicométrica del Psychopathy Checklist: Youth Version (PCL: YV) en adolescentes chilenos. *Terapia Psicológica*. 2011; 29 (1): 25-31.



**Centro  
Psitopatológico  
Aranguren**

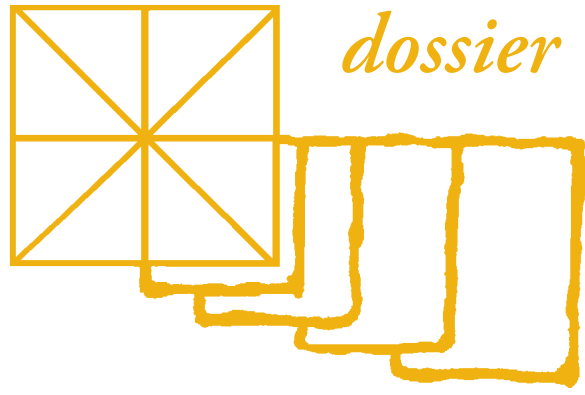


Desde 1989  
CASA DE MEDIO CAMINO Y HOSTAL  
CON UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN  
Y RESOCIALIZACIÓN PSIQUIÁTRICAS

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

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





# LA VIGENCIA DE LA OBRA DE C. G. JUNG

## Coordinación

Federico Rebok

*Carl Gustav Jung nació en Kesswil, Suiza, el 26 de julio de 1875. Hijo de un pastor de la Iglesia Reformada Suiza, y tras una infancia signada por dificultades familiares, fue a instancias de un sueño que decidió estudiar medicina y abandonar su afición por la arqueología. Su decisión de volcarse a la psiquiatría provino de su lectura del Manual de Psiquiatría de Krafft-Ebing, sobre todo de su descripción de las psicosis como “enfermedades de la personalidad” y su afirmación de que todos los libros de psiquiatría deben estar, necesariamente, estampados de un carácter “subjetivo”.*

*En 1900 había obtenido su diploma de médico con honores e ingresó al Burghölzli, la clínica psiquiátrica de la Universidad de Zurich y la que a la postre se convertiría en el primer hospital psiquiátrico-psicoanalítico. Allí se condujo como asistente de Eugen Bleuler (1857-1939), una de las figuras relevantes de la psiquiatría que pasaría a la historia por acuñar el término “esquizofrenia”. Su estancia en el Burghölzli se prolongaría hasta 1909.*

*Tal como apunta Galán Santamaría en la presentación de la edición española de la Obra Completa de C. G. Jung, se puede dividir la formación del creador de la Psicología Analítica en varias etapas, si bien las podríamos, a los fines meramente pedagógicos, dividir las en tres:*

### 1. Psiquiatría

*Bajo la tutoría de Bleuler, en esta etapa Jung finaliza su tesis doctoral: Acerca de la psicología y patología de los llamados fenómenos ocultos (1902). En 1903, Franz Riklin llega al Burghölzli y se crea un laboratorio de psicología experimental, siguiendo la psicología wundtiana de Kraepelin y*

*Aschaffenburg, con quienes Riklin había trabajado en Munich. Es así que Jung finaliza su tesis de habilitación en psiquiatría: Sobre el tiempo de reacción en el experimento de asociación (1905), realizada con sujetos normales y enfermos mentales, de la cual se desprende la idea de complejo sentimentalmente acentuado (conjunto de representaciones cargadas de afecto). Esta psicología de los complejos ofrecerá la primera formulación de la psicosis desde una psicología del inconciente en su libro La psicología de la demencia precoz (1907).*

### 2. Psicoanálisis

*Esta etapa comprende desde sus primeros contactos con Freud (1906) hasta el inicio de la primera guerra mundial. Jung le envía a Freud una copia de sus estudios de asociación de palabras y éste lo invita a encontrarse en Viena en marzo de 1907. De allí surgirá la anécdota de que durante su primer encuentro mantienen una conversación ininterrumpida durante trece horas.*

*En 1909 Jung, Freud y Ferenczi son invitados a disertar en los EE.UU. y en 1911-1912 aparece Transformaciones y símbolos de la libido, obra que representa el quiebre de la relación entre Jung y Freud. Dos ideas básicas de Freud resultaban inadmisibles para Jung: (i) que la libido es exclusivamente sexual y (ii) que el inconciente es enteramente individual. Jung consideraba estas y otras premisas freudianas hartamente estrechas y reduccionistas.*

### 3. Psicología Analítica

*En esta etapa, tras la ruptura con Freud y un período inicial de depresión, Jung elabora una caracterología que plasmará en Tipos psicológicos*

(1921) y a partir de allí comienza a construir el cuerpo de conocimiento que hoy conocemos como Psicología Analítica, una psicología profunda que se funda sobre el concepto de lo Inconciente Colectivo y sus contenidos: los arquetipos.

En "El enfoque terapéutico Junguiano. Planteo general y métodos", Néstor Costa responde algunos de los interrogantes que se plantean a quienes presentan un conocimiento escaso o nulo de la obra de C. G. Jung; haciendo hincapié en que para esta psicología profunda la terapéutica ha de ser distinta para cada paciente, por lo que el análisis resulta de un diálogo en el cual participan dos interlocutores.

En el segundo artículo del dossier, titulado "La importancia de la Transferencia en la clínica Junguiana", Irene Scotillo destaca la gran importancia que a la transferencia le otorga la Psicología Analítica y que hace referencia a la relación existente entre la alquimia y la psicología, ya que cuando dos cuerpos químicos se combinan, ambos quedan modificados.

Alicia Onofri establece, en "La depresión. Una psicopatología Simbólico Arquetípica", una comparación entre la depresión y la mitología, esta última como estructurante de nuestro psiquismo. Por otra parte, incluye un abordaje arquetípico que permite destacar los aspectos positivos de la depresión. La búsqueda del sentido, tan importante en la Psico-

logía Junguiana, se transforma en el poder curativo de algunas de las formas de esta patología.

En "C. G. Jung, el mito de un hombre", Julieta Loza trata de acercarnos a las experiencias internas que ocuparon la infancia de Jung y en las cuales ya pueden verse los fundamentos de su obra y los desarrollos de conceptos claves como: Inconciente Colectivo, Sí mismo, Arquetipos y Proceso de Individuación. La vida de Jung es el despliegue de su inconsciente, y de esto se trata su obra.

En su segunda intervención, Néstor Costa, en su trabajo "Ensayo sobre el mito de Edipo", intenta arrojar una nueva luz a la clásica leyenda, pero bajo el prisma de los postulados de la psicología junguiana. A diferencia de la interpretación clásica, se acentúa el valor simbólico de la esfinge como parte de una libido indiferenciada, de la ceguera como un aspecto constitutivo del fenómeno de la adivinación, como así también, se señala el carácter iniciático del mito de Edipo.

Finalmente, Jorge Montironi articula los planteos de Jung y Heidegger acerca de los temas del espíritu del arte y de la esencia poética, devenidos a su entender como símbolos, como lo puramente humano, y que en las investigaciones forman parte de lo que se conoce bajo el nombre de transmisión inconsciente en la poesía ■

## Referencias bibliográficas

1. Galán Santamaría E. Presentación de la edición española. En: Jung CG. Obra Completa. Volumen I. Madrid: Trotta; 1999. p. IX-XIX.
2. Stevens A. Jung. A very short introduction. Oxford, Oxford University Press, 2001.

# El enfoque terapéutico junguiano. Planteo general y métodos

**Néstor E. Costa**

*Doctor en Psicología*

*Vicedecano del Departamento de Psicología de la Universidad Argentina John F. Kennedy*

*Presidente de la Asociación de Formación e Investigación en Psicología Analítica (AFIPA)*

*Profesor Titular de la Universidad Maimónides.*

*E-mail: nestorcosta09@hotmail.com*

## A modo de introducción

Suele ser pregunta casi obligada en toda transmisión que se hace sobre el pensamiento y las propuestas que propone Carl G. Jung, la siguiente: ¿cómo es su praxis? Difícilmente no aparezca este interrogante, las que suelen ir acompañadas por estas otras: si trabaja con diván o no, si cara a cara, si el analista interviene, si guarda silencio, etcétera. Es decir, sea un alumno que recién accede al conocimiento de la obra, un lego o un profesional que desea incorporar nuevos conocimientos, este tipo de preguntas son infaltables. Y es muy lógico que así sea, dado que la corriente de pensamiento de la que tratamos, por

lo menos en nuestro país, no goza del rango de popularidad que tienen otros acercamientos psicológicos a la comprensión de la problemática humana.

Quiero aclarar desde un vamos, que personalmente, y suelo reiterarme en esta apreciación, prefiero utilizar el término psicología junguiana que el acuñado por el propio Jung de Psicología Analítica (1) a todas luces confuso y por momentos contradictorio, por lo menos si seguimos fielmente algunas teorizaciones del propio investigador suizo. Me parece un punto de partida interesante, dado que, si bien su psicología se enmarca dentro de los

---

## Resumen

La propuesta es intentar dar luz a uno de los interrogantes que suelen acuciar al estudioso de la psicología y psiquiatría en cuanto a la aplicación de la clínica de orientación junguiana: ¿cómo es la praxis?, ¿se hace cara a cara o se utiliza diván? ¿Cuáles son sus métodos? Partiendo de las propias afirmaciones de Jung, en cuanto a que no defiende ninguna doctrina y sólo describe hechos y de que deja a cada cual la libertad de ocuparse de los mismos, nos hallaremos frente a un espacio analítico fundamentalmente empírico. No se trabaja a partir de un esquema sistematizado en base a una previa ortodoxia teórica. Por el contrario, cada paciente se presentará como un nuevo desafío a la comprensión del terapeuta.

**Palabras clave:** Terapéutica - Método - Amplificación - Símbolo - Comprensión.

JUNGUIAN THERAPEUTIC FOCUS

## Summary

This article is intended to try give light to one of the questions that often reveals to the student of Psychology and Psychiatry on the application of Jungian psychotherapy. How is its praxis? Is it done face to face or does it use a couch? Which are the methods employed? On the basis of Jung's own claims that it defends no doctrine and only describes facts and leaves to everyone the freedom to deal with them, we will find from a fundamentally empirical analytic space. It does not work from a scheme systematized on the basis of a prior theoretical orthodoxy. On the contrary, each patient will be presented as a new challenge to the understanding of the therapist.

**Key words:** Therapeutic - Method - Amplification - Symbol - Understanding.

parámetros señalados por Eugen Bleuler (psicología profunda) y de esto no cabe ninguna duda, por otra parte, su cosmovisión lo acerca a una mirada holística. Por lo tanto, de preguntarme si es verdaderamente analítica, debo contestar que sí, en cuanto todo análisis remite a una búsqueda de los elementos últimos, pero también y con esto no me alejo para nada de los postulados centrales de su obra, tiene que ver con la búsqueda de la comprensión, sentido y significado de los actos psíquicos. El mismo Jung ha definido a su teoría como “energetista/finalista”, lo cual me exige de mayores comentarios. Además, el vocablo “analítica”, genera una asociación, casi obligada, con el campo de trabajo relacionado con el psicoanálisis. Sin embargo y por una cuestión práctica y no repetitiva, usaré indistintamente y con el mismo significado, los vocablos terapeuta y analista cuando me refiera a la actuación clínica del profesional, con lo que también quedan comprendidos los términos terapéutico y analítico.

Humildemente, creo que el lector habrá tomando cuenta de un cierto grado de libertad que me he tomado. Por ejemplo: alterar nada menos que el nombre que a su teoría le propuso su creador. Aclaro incluso, que esta cuestión la hubiera rechazado de plano el propio Jung. Parecería entonces de mi parte un acto de soberbia, pero no. Para aquellos que estamos dentro de este pensamiento, vemos que poco a poco, por la propia naturaleza de los nuevos paradigmas y de las exigencias de la clínica, surge esta necesidad de rebautizar la Psicología Analítica. Hoy con un cierto grado de satisfacción, puedo decir que una inmensa mayoría de las instituciones, sean fundaciones o asociaciones, en las que se enseña Jung o en los cursos y seminarios de todo tipo que se dictan, aparece con inusitada frecuencia el adjetivo “junguiana/o”. Lo cual no debe extrañarnos, es una manera de hacerle justicia a sus enunciados. Es necesario considerar que Jung como científico era, en realidad, un empírico. La ciencia, como sabemos, trabaja con conceptos de término medio que son demasiado generales para dar cuenta de la infinita variabilidad subjetiva humana.

El grado de libertad mencionado al inicio del párrafo anterior, podría decirse que tiene como punto de partida una afirmación del propio Jung, la que resonará como norte a lo largo de este escrito y que será la piedra angular para la comprensión de la posición terapéutica y analítica del profesional, al respecto nos dice: “No defiendo ninguna doctrina, sólo describo hechos y adelanto algunas ideas que considero dignas de discusión (...). Detesto a los ciegos partidarios. Dejo a cada cual la libertad de ocuparse a su manera de los hechos, pues la misma libertad quiero para mí” (2). Corolario de lo dicho es la aparición de investigadores y clínicos de orientación postjunguiana, lo que implica tomar distancia emocional y crítica respecto del propio Jung, cuestión que suele ser muy saludable a la hora de atender pacientes. Jung no dice cómo deben hacerse las cosas, en todo caso muestra su forma de actuar en la clínica y fundamentalmente provoca a la creatividad analítica. Cabe agregar que esta posición, por demás empírica, ha dado lugar a distintas “escuelas” dentro de este pensamiento.

## La postura frente al paciente

En un texto reconocido como su “autobiografía” - Recuerdos, sueños, pensamientos-, a mi modo de ver decisivo para la comprensión profunda de las ideas del autor, el propio Jung sostiene que en más de una oportunidad debió enfrentar la pregunta sobre el método psicoterapéutico que empleaba. La respuesta que voy a transcribir es lo suficientemente clara como para despejar cualquier tipo de dudas: “No puedo dar sobre esta cuestión una respuesta terminante. La terapéutica es en cada caso distinta. Si un médico me dice que “sigue” estrictamente tal o cual “método”, dudo del efecto terapéutico (...) La psicoterapia y los análisis son tan distintos como los mismos individuos” (3).

En oportunidad de una entrevista que le hicieron contestó: no me ato a ninguna técnica ni método, a veces soy freudiano, a veces fenomenólogo y a veces junguiano. Por supuesto que nadie debe entender lo que vengo exponiendo como una suerte de desconocimiento de los llamados “métodos”, tanto los científicos propiamente dichos, como aquellos que no hacen uso de los señalados, sino de otros, pero que son tan valederos como los primeros, en la medida en que operan sobre la psique de un paciente de forma favorable. En realidad, la idea que aparece como manifiesta es que su postura frente a los pacientes es intencionadamente asistemática. Señala: “yo como hombre, me enfrento a otro hombre. El análisis es un diálogo en el cual participan dos interlocutores. Analista y paciente se sientan uno frente a otro, vis a vis. El médico tiene algo que decir, pero también el paciente” (4).

Muy joven en su derrotero profesional (1909), va a señalar que el tratamiento de los pacientes requiere la aplicación de premisas teóricas, pero sin forzamiento alguno de las mismas. Sostendrá que algunas de ellas pueden ser muy válidas hoy, pero pueden ser otras o simplemente variar en pocos años. El uso del simbolismo le será necesario para el tratamiento de las psicosis latentes, si bien su estudio y aplicación se irá generalizando para la comprensión y significado de los delirios y alucinaciones de pacientes con enfermedades mentales graves, hecho novedoso para la época, dado el desinterés profesional que generaban estas producciones mentales. Por otra parte, el simbolismo también le resultó de gran utilidad para la búsqueda de sentido y significado de dibujos espontáneos, como del material proveniente de sueños y fantasías de pacientes neuróticos. En otras palabras: Jung se nos muestra como un investigador pionero en el campo de las psicosis y articulador de nuevos acercamientos en el de las neurosis, al darle un original y particular giro a las aplicaciones del psicoanálisis, utilizando modernos métodos y arriesgándose en territorios hasta ese momento –diría- poco conocidos. Es notable ver como nuestro investigador hace honor al viejo axioma de la psicología: no hay acto, idea, hecho psíquico que no conlleve una finalidad, sea la misma consciente o inconsciente. Como vemos sentido y significado se complementan para la búsqueda de la tan necesaria comprensión terapéutica.



## Algunos de los métodos que se utilizan en la clínica

Jung jamás dejó de reconocer la influencia fenomenológica en cuanto analista. Este aserto lo podemos rastrear no sólo por sus propias manifestaciones, sino por su postura frente a sus pacientes. Sabemos que la fenomenología es a la vez un “método” y un “modo de ver”. Ambos se hallan estrechamente vinculados por cuanto el método se constituye mediante un modo de ver, y éste se hace posible mediante el método. Tampoco es mi idea generar una suerte de confusión en el lector. Cuando digo que Jung reconoce su vertiente fenoménica, lo hago precisamente como aquello que revela su forma de “ver” y tratar a los pacientes y cuyas manifestaciones psíquicas (material de la fantasía, sueños, dibujos, etc.) se hacen presentes en la praxis analítica, ámbito donde cobran validez heurística.

Tomemos como ejemplo su “definición” de lo que es un sueño y veremos con claridad a qué me refiero. Un sueño –dirá– “es la autorrepresentación espontánea de la situación actual de lo inconsciente, expresada en forma simbólica”. Es decir, pensemos que ha sido un investigador que habló acerca de esa instancia que nos remite a la Historia de la humanidad, lo inconsciente colectivo, ámbito poblado por los llamados arquetipos y por imágenes de todo tipo que los aluden, que son las mencionadas como imágenes arquetípicas. Entonces, siguiendo este patrón de pensamiento y en lo relativo a los sueños, es que debemos entenderlos como algo del orden de lo psíquico que se actualiza. Lo inconsciente “habla” y entre las múltiples maneras que tiene de hacerlo es a través de los sueños. No es extraño que muchas de esas imágenes con las que se expresan lleven la impronta de un notable arcaísmo, evidente vinculación con mitos, leyendas y cuento a partir de los cuales se fue construyendo el psiquismo humano desde los albores de su aparición. Así como hay “patrones de conducta” relacionados con lo biológico y comunes a nuestra especie, también hay arquetipos (modelos) que no son más que los representantes psíquicos universales de esos patrones de conducta o para usar otro término equiparable, de la actividad instintiva. Tal vez, algún lector se pregunte si estoy equiparando el concepto de instinto al de arquetipo. Bueno, debo decir que no se equivoca. Todas las respuestas similares de la especie homo deben ser consideradas bajo esta premisa, por lo cual, también tienen su equivalente psíquico en las instancias de las funciones superiores.

A nadie escapa que buscar el sentido y significado de un sueño requiere de una ardua tarea, la que recae generalmente en el estudio de las ya mencionadas imágenes y del simbolismo que las aluden. Entonces, y en principio, se genera un acercamiento indirecto en cuanto que es un producto psíquico que aún no puede ser significado, ni por el paciente ni por el terapeuta. Sin embargo, este último tiene una cierta ventaja, en cuanto entiende que las mismas aluden a situaciones relativas al presente de su paciente, a sus complejos actuales, a su conflicto existencial, a lo que sucede en su “aquí y ahora”. El símbolo

entonces, operará como vehiculizador de esas imágenes; será el elemento que nos facilite que las mismas sean iluminadas con el prisma de la comprensión, el sentido y el significado.

Sería más lógico también que alguien se pregunte bajo qué argumentos se sostiene que el material onírico en la mayoría de las veces (los absolutos no existen) expresan la “situación actual del soñante”, al margen del arcaísmo que puedan tener o no las imágenes que en él se encuentren. En el tema de las neurosis, Jung aplica uno de sus métodos, posiblemente el más usado y extendido: el denominado compensatorio o método de los opuestos. Es decir, en líneas generales, vamos a ver que el sueño “compensa” la actitud de la consciencia. Si por ejemplo mi actitud consciente es la de creer que soy una persona buena, justa, equilibrada, por regla general el sueño me presentará imágenes de sentido opuesto, donde puedo ver escenas de peleas, o soy partícipe de las mismas, o discuto con alguien, etc.; es como si el sueño me dijera: “tú también eres esto otro”. No es ocioso señalar que ciertos sueños pueden, por otra parte, reafirmar la actitud consciente del soñador, en ese caso no “compensan”, pero a decir verdad son lo menos y la capacidad de captar estas singularidades dependerá del conocimiento del paciente y de la experiencia clínica del terapeuta.

Otro de los caminos utilizados por Jung, sobre todo cuando el material fantaseado u onírico que nos trae un paciente está cargado de imágenes o situaciones desconocidas y sus asociaciones son pobres o casi nulas, es el de aplicar el denominado método de “amplificación impersonal”, también conocido como fenomenológico hermenéutico. Esta denominación es muy lógica, dado que la “amplificación personal” nos remite al muy conocido método asociativo utilizado por el psicoanálisis y que son los sucesos o vivencias personales del transcurrir de la vida del paciente. En cambio, la “amplificación impersonal” es el método que nos vincula con el ámbito de lo inconsciente colectivo y sus contenidos, los arquetipos; esa suerte de memoria colectiva de la humanidad. Dice Jung: “Podemos suponer, pues, que nuestras imágenes proceden básicamente de las regiones de la psique que denominamos inconsciente colectivo. Llamo así a un funcionamiento inconsciente y universal del alma que no sólo da lugar a nuestras imágenes simbolistas modernas, sino, que también dio lugar a todos los productos similares del pasado humano” (5).

Como intentó demostrar Jung con reconocido esfuerzo y la experiencia en los ámbitos de aplicación así lo reconoce, es un material que para nada ha desaparecido de nuestra psique. Se encuentra en estado latente en cada inconsciente humano. Ese thopos es verdaderamente atemporal en el sentido más amplio de la palabra. Debo destacar algo que entiendo importante: Jung no se atrevió a decir que el contenido del inconsciente colectivo, los arquetipos y las imágenes que los aluden, podrían entenderse bajo el concepto de filogénesis. Habló de posibilidades, de tendencias a que el psiquismo pueda reproducir un material con las mencionadas características. No podía comprobarlo a través del método científico, sin embargo, la reiteración de la aparición de este

tipo de productos en diversas manifestaciones psíquicas (delirios, alucinaciones, dibujos, sueños) habilita aunque sea especulativamente, para así pensarlo. Freud en este aspecto fue más explícito y tal vez más audaz, al señalar sin embagues los elementos filogenéticos que conforman el aparato psíquico. Comprensible la actitud cautelosa de Jung, habida cuenta de los ataques que había sufrido desde distintos sectores del llamado “saber científico”. Jung y sus aportaciones podrían pertenecer a lo que Lasala en consonancia con otros autores supo definir bajo el concepto de los “saberes sojuzgados” (6). Por suerte, hoy día esta tendencia se está revirtiendo.

Entiendo que ha sido un logro de Jung introducir en el espacio terapéutico el método amplificatorio, donde el trabajo analítico con los símbolos es fundamental. Ahora bien, ¿en qué consiste el mismo? Basándose en los contenidos inconscientes y que habitan nuestro psiquismo profundo la cuestión sería “descubrirlos” en su operatividad y en el conglomerado de imágenes y situaciones que nos propone el material de las producciones ya señaladas. Para ello recurrió a los aportes provenientes de otras ciencias del espíritu, como ser la mitología, la historia de la humanidad, las religiones comparadas, los cuentos, el folkllore de los pueblos y también a esa vieja disciplina antecesora de la química, pero extraordinariamente rica en procesos psíquicos de transformación, me refiero a la alquimia. Por supuesto que el mundo del hermetismo tampoco le fue ajeno. Este aspecto clínico es otra muestra palpable de su concepción de hombre y mundo, para nada reductiva ni atomizada.

Como puede verse, el método amplificatorio remite a los distintos ámbitos por los que ha sabido transcurrir el pensar y el sentir humanos durante milenios y que a veces manifestamente, y en otras oportunidades en forma latente, permanecen como mudos testigos de nuestra evolución. Entonces, de ser necesario y frente a las dificultades que pueden originarse con un material altamente complejo, se recurrirá a la amplificación simbólica de las imágenes y las situaciones que allí se presentan. En la práctica, será necesario que se establezca un diálogo puntual con el paciente, donde entran en escena estos nuevos aportes que generalmente surgen del conocimiento del analista y que los puede expresar mediante algún comentario oportuno. Tenga por seguro el lector, que el paciente también se involucrará con sumo interés en relación a estas cuestiones.

Por otra parte y esto no debe sorprender, a veces ocurre que es el propio paciente el que a partir de un dato dado por el terapeuta o por motus propio, asocie un pasaje de un material onírico con cuentos o leyendas que les son conocidas. Nadie pretenda ver una suerte de “intelectualismo” en esta metodología, todo lo contrario. En las manifestaciones psíquicas donde surge material arcaico, con la existencia de figuras borrosas o de contenido sincrético, “barocas” al decir de algunos, “bizarras” al decir de otros o “extrañas” al decir de muchos, el paciente se encuentra con su sí-mismo, que es el arquetipo central de su personalidad. Suerte de vórtice donde confluye toda la situación vivencial de la persona. El método amplificatorio nos facilitará, como herramienta ideal, bucear en

los aspectos más altamente simbolizados del psiquismo. Momentos cruciales analíticos, porque dichas imágenes si bien pueden serle desconocidas al paciente, para nada le son indiferentes, todo lo contrario, son especialmente destacadas; son numinosas en el sentido de lo emocional, dado que capturan al soñante debido a la carga energética que portan. Como bien lo dice Jung: es la parte “histórica” del alma que emerge.

Por último, es necesario que abordemos el denominado método sintético/constructivo mediante el cual, el proceso de construcción que se ha venido realizando da lugar a una síntesis del material analizado. En el caso de un sueño, veremos que son aspectos del propio soñante que en forma de imágenes y situaciones expresan su actividad inconsciente. Será entonces cuando el terapeuta, ya en dominio del material y reconocido por el paciente, establezca a partir del diálogo analítico, determinar la finalidad, el sentido y el significado de la actividad señalada.

Una cuestión muy interesante y de aplicabilidad práctica, en el caso de la comprensión de material proveniente de sueños, es utilizar una metodología que Jung recomienda y que denominó de interpretación seriada. El mismo consiste en la posibilidad de analizar varios sueños y extraer de ellos una suerte de denominador común, lo que permite trabajar con una mayor seguridad en cuanto al movimiento libidinal/energético del paciente y del simbolismo que encierran los distintos sueños. Por otra parte, nos asegura si vamos por la senda correcta en cuanto al análisis que estamos llevando a cabo, al permitirnos ver la evolución del paciente.

Como ejemplo, si bien simple y de fácil comprensión, cuestión que todo profesional sabe no es muy frecuente, voy a contar una serie de sueños de un paciente de quien escribe. Muy esquemáticamente, dado que escaparía a la finalidad de este trabajo, digamos que era un hombre joven que estaba haciendo sus primeros tanteos en el mundo adulto y no lo hacía exento de dificultades. Al cabo de un tiempo en análisis, comenzó a traer material onírico que fue interpretado oportunamente, pero lo interesante del caso y para que pueda verse el fruto de esta metodología, sólo voy a relatar el denominador común que unió a los mismos y que una vez analizados seriadamente, el propio soñante reconoció el proceso en el que se hallaba inserto sin dificultad alguna. Mi paciente, en un lapso de unos tres meses tuvo cuatro sueños en los cuales iba en un vehículo. En el primer sueño, estaba sentado en un auto en el asiento de atrás, nadie manejaba el mismo, pero igualmente se movía; en el segundo sueño, iba sentado al lado de un conductor, el que manejaba el móvil, pero a quien no reconoce; en el tercero, el que manejaba el vehículo era el paciente y quien había hecho de conductor en el sueño anterior estaba como acompañante; en el cuarto y último, el soñante manejaba él sólo el auto, sin que nadie lo acompañara. Más allá de una casi evidente cuestión transferencial, es notable ver que el material expuesto muestra la evolución del paciente y su movilidad energética/libidinal positiva. Jung, en uno de sus textos nos comenta acerca de un paciente suyo donde pudo ver que el tema central de los mismos era el “agua”. El líquido elemento y sus

correspondientes imágenes se ofrecían a la consciencia del soñante de muy diversas formas: como un oleaje que irrumpe en tierra firme; ve como la lluvia cae sobre el mar; se vierte agua en una pila; se encuentra en un barco que va por el océano; pasea por la orilla de un arroyo; baja por un río con la madre; viaja en un barco de vapor, etcétera. El motivo del agua se repitió en los sueños de este paciente en veintiséis oportunidades. Lo importante de un análisis seriado consiste en poder establecer a qué aluden los motivos repetitivos. Al hacer un estudio de estas imágenes simbólicas el motivo “agua” se puede rastrear hasta el origen de la vida anímica (el agua y especialmente el mar como representación de lo inconsciente colectivo). Por supuesto que la interpretación variará según la propia imagen del agua; si está quieta; en movimiento, sea en forma de torrente o la de un gran y peligroso oleaje. No sólo nos serviremos del simbolismo, sino que al igual que en el caso de mi paciente, el motivo central nos indica lo que sucede con la energía psíquica del soñante; es decir, si la misma está estancada, se mueve lentamente o puede advertirnos de una situación peligrosa que lo “desborde” o “ahogue”.

No está de más señalar que existen otros métodos dentro del enfoque terapéutico junguiano y que se aplican para el uso de talleres vivenciales. Por otra parte, ha sido Jung el creador del conocido método de imaginación activa. Muy escuetamente diremos que este método facilita adentrarnos en la psique profunda y contactarnos con aspectos reprimidos o suprimidos por el paciente. Obviamente es de aplicación específica y no de utilización masiva. Es apenas una mención, pero considero que lo contrario sería extralimitarme en lo que concierne al contenido de este artículo.

## Objetivos de la Psicoterapia

Como lo especifica claramente el propio Jung, todos estamos de acuerdo en que las neurosis son trastornos psíquicos específicos funcionales, pero que el consenso se acaba cuando se llega a la cuestión de la estructura de las mismas y de los principios para su abordaje. Es evidente que el investigador, con una mezcla de aprobación, pero también de advertencia nos sitúa frente al cómo del accionar terapéutico. Y es cierto, cada investigador si bien recalca en una postura teórica más o menos definida, también es real que a lo largo del tiempo esos investigadores se han ido formando una propia idea de uno o de varios marcos referenciales; cuestión muy lógica por otra parte, dado que las teorías más representativas incluyen corrientes de pensamiento y disposiciones que se han venido manifestando en diversos lugares y a través de la historia. Es decir, no hay “teoría” aislada sin un basamento espiritual que la referencie, sea en el orden de las creencias, de la ciencia, de la tradición o del imaginario colectivo. Por lo que tampoco debe extrañar a la hora de la clínica, que la manera de encarar al campo terapéutico también tenga rasgos personales propios de la subjetividad del analista.

En razón de lo que vengo exponiendo y en lo que hace sólo al marco de las teorías de Freud y Adler, dirá:

“Sería un error imperdonable negar la verdad de estas teorías (...) pero igualmente imperdonable considerar a una de ellas la única verdad” (7). Tengamos en cuenta que ambas teorías eran para su época las de mayor peso en el área de la joven psicología dinámica que estaba surgiendo. Hoy día, ese espectro tan reducido se ha extendido a otra multiplicidad de miradas. Creo que es el destino de todo investigador y precursor de nuevos lineamientos no dejarse encorsetar con esquemas rígidos ni predeterminados. Obviamente estuvo atento a no caer en aquello que criticaba, leamos a Jung: “...apenas necesito añadir que también considero relativa la verdad de mis ideas discrepantes y que me entiendo a mí mismo como un mero exponente de otra disposición...” (8). Hacia 1929 decía: “Si hay algún lugar, en el que hoy debemos ser modestos y tolerar una pluralidad de opiniones contradictorias es en la psicología aplicada, pues todavía estamos muy lejos de saber algo riguroso sobre el objeto más distinguido de la ciencia, el alma humana. De momento, tenemos simplemente unas opiniones más o menos plausibles que no coinciden entre sí” (9). La pregunta que me hago y por supuesto la extiendo al mundo profesional del área de la psicología: ¿ha cambiado mucho esto desde el año 1929, cuando fueran pronunciadas las citadas reflexiones? Tengo mis dudas, aún más, diría casi con certeza que no.

Las opiniones de Jung en el transcurso de los años y de la investigación correspondiente, dieron lugar a un corpus de ideas realmente abundante. Cuando uno lee parte de esta inmensa obra (debo confesar no haberla leído toda) nota que siempre hay en la misma un espíritu latente: ver más los aspectos positivos de todo ser humano, que su lado sombrío, negativo. Este espíritu latente se despliega en la posición del analista en un marco de escucha a su paciente, pero también de un compromiso no exento de participación directa. Ha sido la transferencia un factor crucial en el enfoque psicoanalítico, no así la contratransferencia que ha sido vista más como un problema del propio terapeuta. Sin embargo, para Jung la contratransferencia es un elemento importante a tener en cuenta. Es una herramienta más con la que debe contar el profesional. También cuando la contratransferencia surge en un acto analítico, se la podría concebir como un aspecto de la función intuición. Sabemos que en ciertos círculos el mencionado vocablo intuición genera dudas y hasta se lo intenta descalificar. Es una lástima dicha posición, más intelectualista que científica propiamente dicha. Es una función que utilizada convenientemente, es riquísima en cuanto a posibilidades de aprehensión de material psíquico reprimido.

Por otra parte, el psicoterapeuta debe trabajar sobre la historia clínica de un paciente, pero al modo clásico. Hemos dejado entrever en más de un pasaje de este escrito que la energía psíquica de un paciente es una parte importante de la clínica; son los aspectos referidos a la transformación de la misma. Jung no habla de sublimación. Sublimar, muy esquemáticamente, supone pasar de un estado pulsional hacia un nuevo fin no sexual y apuntar a objetos socialmente valorados. Pero el carácter de primacía de lo sexual y el concepto de pulsión de acuer-

do al Pisocanálisis, no es aceptado por Jung. En cambio, la transformación de la energía, implica un movimiento psíquico que en su origen puede o no depender de la libido sexual, por lo que es concebida como un valor que puede transmitirse a cualquier área de la actividad humana, llámese amor, trabajo, agresión, sexualidad, espiritualidad, etcétera. Por otra parte, su idea de la libido (energía psíquica) es cuantitativa y finalista, otro rasgo que lo diferencia de la concepción freudiana, que es por esencia cualitativa.

En todo tratamiento de orientación junguiana debemos partir de una premisa, sobre la cual hubiera sido necesaria hablar de ella en los comienzos. Simplemente por una cuestión de orden. Pero lo asistemático de Jung parece habernos alcanzado. Confíemos en que suceda lo que en las matemáticas: que el orden de los factores no altere el producto. Sin embargo y ya veremos por qué lo digo, no siempre es conveniente "meterse" con lo inconsciente si éste no nos "llama", es decir, permítaseme la metáfora, no golpea las puertas de la conciencia del paciente. Es una recomendación del propio Jung. La referida premisa es que en la clínica debemos buscar hacer consciente lo inconsciente.

Parece simple lo que expresa esta vieja frase, pero dificultoso en su aplicación, como siempre sucede en el tratamiento profundo de una psique. Veamos un poco a qué me refiero: por ejemplo, en la praxis, los denominados éxtasis temporales (pasado, presente y futuro) son tenidos en cuenta y trabajados, pero no con la misma intensidad a todos ellos. El pasado con su influencia presente es importante, pero no decisivo, el presente se dilapida en un instante y se hace pasado, pero ya resignificado en aras de un futuro, que es donde se desarrollará la supuesta cura. Y digo "supuesta cura", porque nadie "cambia" a otro como si fuera a dar vueltas una media. Tampoco señala Jung una técnica precisa en la búsqueda de esa "cura", donde siempre la misma se halla en un segundo plano respecto de la posición y de la figura del analista y desde su mayor o menor saber. Jung era en lo que hace a la clínica y como él mismo ha de señalarlo más de una vez, esencialmente asistemático. Por lo tanto, en el encuentro analista/paciente, ese momento de empatía por excelencia, ni la técnica y ni tan siquiera el diagnóstico, serán determinantes.

En todo caso, la clave terapéutica será el intento de morigerar las cuestiones neuróticas. Por ejemplo y a modo didáctico: lo que denomino bajo terminología junguiana "sombra", no sólo implica aquellos aspectos más negativos de la personalidad y que no pueden eliminarse así como así; aunque no parezca, también tiene aspectos positivos, los cuales son necesarios para sobrevivir en la vida. Partamos de la base que no hay sujeto sin sombra y esto es muy cierto. En el mejor de los casos, quien la padece, debe saber integrarla y buscar, vía terapéutica, una transformación de la misma para una mejor aplicación. Una de las formas iniciales en terapia es precisamente trabajar desde la praxis con la eliminación de las proyecciones.

Muchas veces las proyecciones son precisamente hijas de la "sombra". Eliminadas las proyecciones, la terapia

puede discurrir en un sentido más creativo, dado que le hemos abierto la puerta al encuentro con el ánima, el arquetipo de la vida por excelencia. Decía Jung que la vida nos es dada por el ánima, metáfora que vincula desde la madre personal hasta la antropológica, desde lo creativo al principio femenino. Arquetipo del ánima que se constituye como consciente en la mujer e inconsciente en el hombre, su opuesto complementario es el ánimus, cuyas manifestaciones son el poder, el autoritarismo, el logos, pero también el espíritu. Al arquetipo central de la personalidad Jung lo llamaba sí-mismo, suerte de núcleo atómico que reúne a todos los arquetipos posibles. Va de suyo que estos diversos momentos clínicos nunca dejan de relacionarse con el mencionado arquetipo. La clínica junguiana es un diálogo permanente que transita sobre el eje yo-sí/mismo, al margen de las manifestaciones de otros arquetipos o situaciones existenciales. Buscar una sistematización en la ordenación y en el trabajo con los distintos arquetipos es como pedirle, al mismísimo Jung, que los hubiera ordenado en función de algún alfabeto secreto. Los arquetipos al ser simplemente modelos, se entrecruzan continuamente en su origen y en su aplicación. Solamente hablaremos con cierta exactitud de cuál prevalece en un paciente, de acuerdo a la cantidad de energía que el complejo le dispensa. La vida es incertidumbre, también lo son los entrecruzamientos de los arquetipos, dado que expresan en forma simbólica la forma y la energía de la propia vida.

Estos diversos momentos del tratamiento corresponden a la realización de un proceso importantísimo que el propio Jung denominó proceso de individuación, meta ideal del desarrollo integral de la personalidad. Es mediante el proceso de individuación (que no debe confundirse con individualismo) donde puede generarse ese espacio de transformación energética para poder dar libre curso a los aspectos creativos que están obturados por la neurosis. Por lo tanto, el hacer conscientes los aspectos inconscientes no es un dato menor, habida cuenta que una vez que el paciente es consciente de sus dificultades y de cómo las mismas inciden en su vida, debe tener la responsabilidad ética de modificar su accionar.

Sabemos que la búsqueda de la "causa" de una neurosis es capital para otras miradas clínicas, pero no lo es tanto para la mirada junguiana. Esa causa, real o fantaseada, debe ser transformada en símbolo para no dejar al paciente "anclado" en la misma, atrapado en un pasado que es irreversible. Al trabajar exclusivamente con la "causa", se corre el riesgo, desde el modelo energético propuesto por Jung, de aumentar la entropía de la misma. En cambio, si en el trabajo clínico puedo transformar dicho origen al orden de lo simbólico, se genera una transformación energética, dando espacio a nuevos y creativos aspectos que faciliten el proceso de individuación.

Otro tema fundamental a tener en cuenta es la edad del paciente. A nadie escapa que la posición terapéutica debe variar. Es muy claro Jung con esta cuestión. Así como la persona de edad avanzada, dirá, huye de la muerte y generalmente recurre a la terapéutica ante la falta de apoyaturas espirituales que le permitan morige-



rar dicha vivencia angustiante, por el contrario, el joven le teme a la vida y recela de todas sus incertidumbres. La necesidad del abandono de sus padres, en líneas generales y psicológicamente hablando, no le es gratuito. Ahora deberá enfrentar solo aquello que en otros momentos hizo acompañado. Recordemos que ha sido Jung quien también destacó en forma palmaria y definió las alternancias de otra edad que genera fuertes implicancias vivenciales. Me refiero a una época en nuestro derrotero de vida a la que bautizó acertadamente con la expresión "arquetipo de mitad de vida". Es típico de éste período su forma insidiosa y muchas veces silenciosa de aparición. Para su época, colocaba el mencionado espacio etario aproximadamente en los 36 años. Hoy entiendo que por razones de expectativa de vida, dicho inicio, no siempre exacto como todo lo psíquico, debe ser corrido hacia los cuarenta o más años.

Nada he dicho hasta ahora sobre la terapéutica con los niños. El propio Jung a veces remite a las enseñanzas de Freud en este tema. Si bien cabe agregar que han sido autores postjunguianos quienes más han ahondado en su estudio, conformando un corpus apropiado a los postulados de la Psicología Analítica. Cabe mencionar inicialmente a Melanie Klein, la que luego pasara a formar parte del psicoanálisis, al inglés Michel Fordham y en algunos de sus escritos al israelí Erich Neumann, todos ellos contemporáneos de Jung. Así como el psicoanálisis ha colocado el acento en la figura paterna, Jung lo ha hecho sobre la materna, por lo cual los efectos de esta relación madre/hijo se pueden rastrear hasta épocas muy anteriores a la problemática edípica. Desde este punto de vista, se le puede considerar a Jung un precursor de los teóricos de la Escuela Inglesa de relaciones objetales.

El arquetipo del puer aeternus (o sea del niño eterno) al margen de su especificidad en cuanto a aplicación teórica/clínica para el mundo "niño", es una muy linda contribución de Jung al esclarecimiento de la forma de manifestarse y actuar en cada uno de nosotros de este arquetipo, el que puede verse en personajes de cine y novela como Peter Pan o Don Quijote de la Mancha (especie de contra-héroe). Pero su presencia también puede manifestarse en la conducta de "adultos niños" o en la persistencia de las mismas en etapas de vida que se supone ya deberían estar superadas. Muchas veces este arquetipo, en el caso de pacientes adultos, debe ser contemplado en conjunto con el arquetipo del anciano sabio. Como todos los extremos y a pesar de sus diferencias fisiológicas y psicológicas y desde una mirada simbólica tienen bastante de común. Por ejemplo, es fácil de ver en cuentos y leyendas que un anciano suele ir acompañado por un niño, la misma representación iconográfica aparece en distintas religiones y en los relatos de muchos mitos. Por eso la aparición de la ima-

gen de un niño en los sueños de una persona adulta, no debe interpretarse sólo como los aspectos infantiles del soñador, puede ser que el mismo esté simbolizando algo que está por nacer, el germen de una situación nueva. Por supuesto, el texto y contexto de un material onírico lo otorga el paciente, el analista colaborará para ver en qué planos se mueve la posibilidad de su comprensión.

### Premisas básicas en un tratamiento

Debo señalar que ha sido Jung quien insistió, en la época en que estuvo al lado de Freud, con la necesidad de que el profesional que aplicara la técnica psicoanalítica debía previamente ser analizado bajo dicho método. Esto fue aceptado por Freud, quien así lo destaca en su artículo *Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico*, artículo del año 1912 (10); en otras palabras: la terapia más que comenzar en el paciente comienza en el trabajo previo que debió realizar sobre sí mismo el analista. Sólo conociendo sus propios problemas puede el profesional tratar a otros, compromiso muy importante para poder superar los denominados "puntos ciegos" del terapeuta. Tampoco debemos olvidar que para Jung cada paciente es una individualidad por sí misma, por lo que rechazaba anquilosarse en lo rutinario. Ya en 1909 había entendido que no podía tratar las psicosis latentes si no comprendía su simbolismo. El punto de apoyo para lograr la mencionada comprensión lo encontró en el estudio de la mitología. No ha de extrañar entonces que a lo largo de su teoría nos vincule con conceptos de por sí antiguos, pero no por ello menos actuales en cuanto a sus efectos. Refiriéndose por ejemplo al alma –por extensión se comprenden términos como ánima/anímico– ese aspecto vivencial pero inefable que porta cada humano, nos sabrá decir: "es mucho más complicada y más impenetrable que el cuerpo. Es, por así decirlo, la mitad del mundo que sólo existe en tanto se es consciente de ello. Es por ello que el alma no es sólo un problema personal sino del mundo, y el psiquiatra tiene que habérselas con todo un mundo" (11).

También ha de sostener que el psicoterapeuta no debería seguir incurriendo en la ilusión de que el tratamiento de la neurosis no requiere más que conocer una técnica, ni tan siquiera una teoría. Los múltiples puntos de vista que existen son, si se quiere, una muestra cabal de la inabarcabilidad de un solo enfoque para comprender la fenomenología psíquica, siempre tan rica y difícil de aprehender en su totalidad. Su compromiso terapéutico queda demostrado por la siguiente afirmación, de la cual hemos dado cuenta en otros párrafos de este escrito: "Debería quedar muy claro que el tratamiento anímico de un enfermo es una relación en la que el médico está tan implicado como el paciente" (12) ■



## Referencias bibliográficas

1. Costa N. Jung: Un Mundo De Imágenes Y Símbolos. Buenos Aires, Centro Editor Argentino, 2006. p. 217 y ss.
2. Galán Santamaría E. "Introducción A La Edición Española". En: Jung CG. Obra Completa, Vol. 4. Madrid: Trotta; 2000. p. XXXV.
3. Jung CG. Recuerdos, Sueños, Pensamientos. 3a ed. Buenos Aires-Barcelona, Seix Barral, 1981. p. 141-142.
4. Jung CG. Recuerdos, Sueños, Pensamientos. 3a ed. Buenos Aires-Barcelona, Seix Barral, 1981. p. 142.
5. Jung CG. "Problemas Generales de la Psicoterapia". En: Jung CG. Obra Completa, Vol. 16. Madrid: Trotta; 2006. p. 54.
6. Lasala M. "Los Límites De La Ciencia y La Ciencia Como Límite". En: AA.VV. La Racionalidad Científica, Su Texto Y Su Contexto. Buenos Aires: Biblos; 1994. p. 22.
7. Jung CG. "La Práctica De La Psicoterapia". En: Jung CG. Obra Completa, Vol. 16. Madrid: Trotta; 2006. p. 42.
8. Jung CG. "La Práctica De La Psicoterapia". En: Jung CG. Obra Completa, Vol. 16. Madrid: Trotta; 2006. p. 42-43.
9. Jung CG. "La Práctica De La Psicoterapia". En: Jung CG. Obra Completa, Vol. 16. Madrid: Trotta; 2006. p. 43.
10. Freud S. "Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico". En: Freud S. Obras Completas, Tomo II. Madrid: Biblioteca Nueva; 1973. p. 1657.
11. Jung CG. Recuerdos, Sueños, Pensamientos. 3a ed. Buenos Aires-Barcelona, Seix Barral, 1981. p. 143.
12. Jung CG. "Acerca de la situación actual de la psicoterapia".

En: Jung CG. Obra Completa, Vol. 10. Madrid: Trotta; 2001. p. 160.

## Bibliografía de consulta

- AA.VV. La racionalidad científica, su texto y su contexto. Buenos Aires, Biblos, 1994.
- Costa N. Jung: un mundo de imágenes y símbolos. Buenos Aires, Centro Editor Argentino, 2006.
- Costa N. Sincronicidad y saber absoluto en la teoría de Carl G. Jung. Buenos Aires, Centro Editor Argentino, 1997.
- Freud S. "Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico". En: Freud S. Obra Completa, Vol II. Madrid: Biblioteca Nueva; 1973.
- Jung CG. "La práctica de la psicoterapia". En: Jung CG. Obra Completa, Vol.16. Madrid: Trotta; 2006.
- Jung CG. "Civilización en transición". En: Jung CG. Obra Completa, Vol. 10. Madrid: Trotta; 2001.
- Jung CG. Recuerdos, Sueños, Pensamientos. 3a ed. Buenos Aires-Barcelona, Seix Barral, 1981.
- Jung CG. "Estudios Psiquiátricos". En: Jung CG. Obra Completa, Vol. 1. Madrid: Trotta; 1999.
- Jung CG. "Freud y el psicoanálisis" En: Jung CG. Obra Completa, Vol. 4. Madrid: Trotta; 2000.
- Neumann E. La Personalità Nascente Del BAMBINO – Struttura e dinamiche. Milano, Red Edizioni, 1991.

# La importancia de la Transferencia en la clínica junguiana

**Irene Alejandra Scotillo**

*Licenciada en Psicología (UAJFK)*

*Especialista en Psicooncología*

*Profesora Adjunta de Psicología General (UAJFK)*

*Secretaria de la Asociación de Formación e Investigación en Psicología Analítica (AFIPA)*

*E-mail: yrenealejandra@hotmail.com*

## Introducción

En la antigua terapia pre-analítica, que se remonta a los médicos románticos, se conocía a la transferencia con el nombre de *rapport*. Transferencia en alemán corresponde al término proyección. Esta afirmación es absolutamente coincidente entre Freud y Jung; pero la similitud o concordancia es sólo acerca de la importancia de la transferencia, no en cuanto al análisis del fenómeno de la misma. En su autobiografía, Jung va a decir que “el problema principal de la psicoterapia médica es la transferencia” (1); y en esto coincide con Freud.

Debemos señalar que el término transferencia evoca inmediatamente la clínica, dado que transferencia y clínica son dos aspectos inseparables; más aún, su efectua-ción, en líneas generales, sólo puede observarse en el ya citado campo. Pero debemos acentuar un aspecto: hay tantos tipos de transferencia como pacientes.

La transferencia es un proceso absolutamente natural y espontáneo, por lo cual no puede ser producido de manera artificial y voluntaria por parte del terapeuta.

---

## Resumen

La transferencia es un proceso absolutamente natural y espontáneo, por lo cual no puede ser producido de manera artificial y voluntaria por parte del terapeuta. Se lleva a cabo en una relación interpersonal subjetiva integrada por paciente y analista. Jung afirma que se siente feliz cuando la transferencia transcurre sosegada o pasa prácticamente inadvertida y entonces puede ocuparse de otros factores terapéuticos que desempeñan un papel importante. Podríamos afirmar que la psicoterapia junguiana consiste en dos personas que se reúnen para tratar de comprender lo que está ocurriendo en el inconsciente de una de ellas. El terapeuta junguiano es un terapeuta activo que favorece y ayuda al paciente a desarrollar su individuación.

**Palabras clave:** Transferencia - Contratransferencia - Psicoterapia - Alquimia – Individuación.

THE IMPORTANCE OF TRANSFERENCE IN JUNGUIAN PSYCHOTHERAPY

## Summary

Transference is an absolutely natural and spontaneous process which cannot be developed in an artificial and voluntary manner by the therapist. Transference is carried out in a subjective interpersonal relation consisting of a patient and an analyst. Jung will say he feels happy when transference takes place calmly or runs virtually unnoticed and the therapist can then focus on other therapeutic factors that play an important role. One could argue that Jungian psychotherapy consists of two people who get together to try to understand what is happening in the subconscious of one of them. The Jungian therapist is an active therapist who encourages and helps the patient to develop its individuation.

**Key words:** Transfer - Countertransference - Psychotherapy - Alchemy - Individuation.

Jung, en el firmamento de la denominada psicología profunda va a marcar, a nuestro entender, un punto de inflexión respecto de este tema y de su tramitación en la clínica. La gran importancia de la transferencia suele llevar al error de creerla absolutamente indispensable para la curación, lo que hace que muchos crean que hay que provocarla. Pero la transferencia es tan poco susceptible de ser provocada como lo es un credo. Un credo solo tiene valor cuando se mantiene por sí mismo. La fe cuando es impuesta no es más que una ficción. Quien crea que debe ser provocada, se olvida que el término transferencia es el que corresponde en alemán al término de proyección.

Para el análisis de la transferencia desde Jung debemos acercarnos a sus estudios de psicología y alquimia. La relación existente entre la alquimia y la psicología es de verdadera importancia, dado que "cuando dos cuerpos químicos se combinan, ambos quedan modificados. Lo mismo ocurre en una relación terapéutica entre el analista y su paciente. Es decir nadie está exento de que-marse si pretende jugar con fuego" (2).

Dado que la relación tan importante que hay entre la alquimia y la psicología, como así también en la relación terapéutica paciente y médico se funden, lo cual se refleja cuando a causa de que el paciente traslada al médico un contenido que se activa desde lo inconsciente, la influencia inductiva (que siempre en mayor o menor medida dan las proyecciones) fija también en este último el correspondiente material inconsciente. En consecuencia, médico y paciente se encuentran en una relación fundada en un estado inconsciente común.

Desde la unión mística designada como coniunctio lo que hoy denominaríamos combinación química, aquello que reúne los cuerpos combinados, lleva actualmente el nombre de afinidad.

Antiguamente se utilizaban diferentes denominaciones para expresar las relaciones humanas y particularmente eróticas, como: nupcias, matrimonio, amistad, atracción y caricia. Correspondientemente se caracterizaba a los cuerpos que se unían como activo-pasivo, masculino-femenino.

En la teoría analítica, la unión de los contrarios (*coniunctio oppositorum*), en la forma del sol y la luna, o de las parejas madre-hijo o hermano-hermana, posee una importancia psicológica que observa y experimenta el terapeuta junto al enfermo durante la exploración de lo inconsciente.

La representación de este género la constituye la serie de imágenes del *Rosarium Philosophorum* del año 1550. En el comienzo del *Rosarium* se expone el arte en general, poniendo de manifiesto que sólo opera en la naturaleza, ya que operar fuera de ella no conduciría a nada. "El arte consiste en unir los opuestos, que son presentados como masculino-femenino, forma y materia" (3). Para esto hacen falta los cuatro elementos, que también son parejas de opuestos: tierra-agua, fuego-aire.

Para Jung la transferencia, sea ésta positiva o negativa, consiste en una investidura libidinal del médico, el que adquiere un valor emocional para el paciente.

Es necesario decir que mediante el afecto o la oposición el paciente queda ligado al médico, de ahí que Jung tome de T. Lipps el término empatía, ya que es forzosa su presencia en cualquiera de sus extremos: simpatía o antipatía. De aquí se desprende que no se trata sólo de un mero transferir de fantasías eróticas infantiles sino que también se ve en ella un fenómeno de adaptación.

No debe causarnos asombro entonces que la empatía nos permita acercarnos a la transferencia desde una lectura simbólica, dado que las vivencias son procesos absolutamente personales de afectos proyectados sobre el terapeuta que pueden remitirnos a vivencias infantiles, pero que también pueden poseer contenidos inconscientes arcaicos.

Jung afirmaba que existían tantas variedades de transferencias como de pacientes. Años de experiencia clínica le permitían demostrar y demostrarse que la relación entre paciente y analista es una "combinación", por lo tanto ambos se encuentran involucrados; esto debe entenderse como una transformación en ambos protagonistas. De aquí se desprende que el campo terapéutico debe ser fluido, para nada rígido. Al producirse una relación mutua, recíproca entre terapeuta y paciente nos vamos a hallar frente a un proceso dinámico y constante.

En *Psicología de la Transferencia* va a decir que la transferencia es una discusión dialéctica (entendida como diálogo) entre el consciente y el inconsciente de un sujeto mediante el cual puede observarse la tendencia hacia una finalidad o un fin.

En la actualidad la transferencia ya no se concibe enteramente como una reedición del pasado sino como una nueva experiencia relacional en donde la realidad psíquica ha seguido su desarrollo reformándose en relación con sus objetos actuales. La transferencia, esa proclividad de organizar nuestra experiencia relacional actual según nuestras experiencias afectivas pasadas, no pertenece sólo al pasado sino también al presente.

La transferencia se lleva a cabo en una relación interpersonal subjetiva integrada por paciente y analista. La relación terapéutica abarca tanto lo real como lo fantaseado que acontece entre ambos -analista y analizando- en donde se incluye la sugestión o influjo del analista sobre su paciente, como factor inespecífico del tratamiento, y la sugestionabilidad del analizando, en donde florece la transferencia.

## La contratransferencia

Pero poco avanzaríamos en nuestra transmisión si no destacaríamos realmente la profunda diferencia que en este campo surge entre la concepción freudiana y la junguiana. Años de experiencia clínica le permitieron a Jung demostrarse y demostrar que la relación entre paciente y analista es de "combinación". Cuando dos cuerpos se "combinan", metáfora relativa al campo terapéutico, como ya hemos dicho anteriormente, no sólo el paciente queda involucrado, sino también el terapeuta.

Sea como fuere, se considera que en la transferencia no sólo se debe considerar la aparición de emociones y

pensamientos del paciente en relación directa al terapeuta, sino todo aquello que surge en la relación entre ambos, en la transferencia de situaciones totales. De este modo, también debe considerarse en el análisis de transferencia el modo en el cual el paciente trata de comunicarse con el terapeuta, el modo en el cual intenta aplicar sus sistemas defensivos al terapeuta y su concepción de mundo, de la forma en la cual la percibe el terapeuta a través de la contratransferencia.

Este último aspecto deberá entenderse como una suerte de transformación que se va operando entre ambos protagonistas. En otras palabras, el campo terapéutico es dinámico, siendo el analista alguien que intenta escuchar y decir algo en un mismo plano que su paciente, el de la existencia. Una derivación saludable y lógica de un planteo como el que venimos señalando es la aparición de la denominada contratransferencia.

Sabemos desde Freud que para su doctrina la aparición de la contratransferencia es un obstáculo, una especie de resistencia proveniente del mismo analista, por lo cual la considera en forma negativa. Todo lo contrario –tal como ya hemos dejado entrever– sucede desde la visión de la psicología analítica. Para Jung la psicoterapia es una labor difícil en la que cooperan dos personalidades totales: la del terapeuta y la del paciente, otorgando mucha importancia a la personalidad del primero y en ocasiones valorándola aún más que la técnica que éste utiliza.

Asimismo, resalta la actitud abierta y comprometida que éste debe tener, que responde al convencimiento que tiene la psicología analítica de que para poder ofrecer la mayor ayuda posible a otra persona, el terapeuta debe darse por completo, sin mayores resguardos técnicos. Por eso, se prefiere la consulta cara a cara más que la práctica del diván, en donde el terapeuta queda tan seguro. Eso lo lleva a ser más partícipe del proceso y también a ser más susceptible de sufrir tanto transformaciones negativas como positivas, a partir de la interacción terapéutica.

Al producirse necesariamente un influjo recíproco entre el terapeuta y su analizando, nos vamos a hallar frente a un proceso dinámico y permanente. No es infrecuente entonces la aparición de ideas o pensamientos en el terapeuta que se encuentran directamente relacionados con su escucha. Más aún, no deben descartarse, sin ser investigadas previamente, la aparición de alguna fenomenología de orden intuitivo en el analista, dado que pueden constituir caminos de señalización para llegar a una mejor comprensión clínica.

Como vemos, no sólo la transferencia será de importancia, sino también la contratransferencia, la que se halla en la base misma del acto creativo terapéutico.

Al igual que la transferencia positiva, la contratransferencia positiva le ofrece al terapeuta la energía necesaria para comprender el inconsciente del paciente. La contratransferencia negativa, por su parte, interferirá en la motivación y en la “objetividad” del terapeuta para realizar sus intervenciones.

Para evitar los efectos perjudiciales de la contratransferencia, el analista debe tener una actitud activa, que le permita sublimar su contratransferencia y mantenerla

positiva; es decir, debe mantener una actitud de amor hacia el paciente, a pesar de las agresiones que éste le infiera. Esto responde a un principio fundamental: sólo Eros origina Eros; vale decir, sólo el amor que entregue el analista será capaz de producir amor en su paciente, de modo tal de transformar las resistencias de éste en la transferencia positiva sublimada que permite el trabajo terapéutico.

Se deduce que el terapeuta no puede actuar los papeles que espera el paciente que asuma, situación de gran importancia cuando los pacientes tienden a ser manipuladores y difíciles de controlar como cuando presentan una personalidad límite. Sin embargo, puede hacerlo cuando las interpretaciones no surjan efecto, y luego de esta actuación se analizará lo sucedido, convirtiéndose la actuación en un medio consciente para lograr una interpretación.

La contratransferencia es la impresión subjetiva que va a surgir en el terapeuta frente a la actitud y el discurso del paciente. Las discusiones frente a las posibles resistencias que se ocasionan en el paciente, en el terapeuta junguiano forman parte del aprendizaje del inconsciente y “si hay algún tipo de resistencia en un análisis, de seguro que es de ambos” (4).

## La relación médico-paciente

Médico y paciente se encuentran en una relación fundada en un estado inconsciente común. Por más que se esté ilustrado desde largo tiempo, respecto de la significación, los efectos y las propiedades de los contenidos inconscientes, jamás se llega a penetrar su profundidad y abarcar sus posibilidades (5). La única manera de dominarlos en la práctica es colocando a la consciencia en una postura tal que permita que lo inconsciente coopere en lugar de perturbar. El más experimentado terapeuta redescubre continuamente que se encuentra afectado por una relación y un vínculo fundado en un inconsciente común. Los contenidos inconscientes adquieren un efecto muy importante dado que los mismos permiten proyectar una luz sobre la energía que poseen.

A la conocida relación de confianza entre el terapeuta y el paciente se opone el contenido que constela de lo inconsciente, que a causa de sus proyecciones engendra una atmósfera ilusoria que puede dar lugar a malos entendidos o interpretaciones erróneas o bien puede simular una extraordinaria armonía, siendo esto último más delicado, ya que se tendrá que recurrir a mayores esfuerzos para descubrir los puntos de diferencia.

Jung afirma que se siente feliz cuando la transferencia transcurre sosegada o pasa prácticamente inadvertida y entonces puede ocuparse de otros factores terapéuticos que desempeñan un papel importante como la comprensión del paciente, la buena voluntad, la autoridad del médico, la sugestión, el buen consejo, el entendimiento, la participación, el estímulo.

Si bien reconocía la importancia de la transferencia, supo compararla con aquellos medicamentos que en unos actúan como remedio y en otros como un verdade-

ro veneno, un fenómeno delicado que adopta innumerables matices, y cuya presencia resulta tan significativa como su ausencia.

Mediante la transferencia se modifica la estructura anímica del terapeuta, sin que él mismo se dé cuenta, al quedar también él afectado. De esto se desprende una confrontación inmediata y bilateral.

Aquello que caracteriza el comienzo de la relación es ese entrecruzamiento paradójico entre lo positivo y lo negativo, confianza y angustia, recelo y esperanza. Es el amor y el odio de los elementos que los alquimistas compararon con el caos original del mundo. En la unión de los contrarios se encuentra la analogía con las nupcias reales de la alquimia. Esto puede surgir en el inicio del tratamiento o bien puede ser necesario pasar por un examen más o menos prolongado; esto último se da cuando existe en el paciente resistencias violentas, acompañadas de angustia contra los contenidos activados del inconsciente.

Donde existen fuertes resistencias se debe observar cuidadosamente el *rappor*t consciente del enfermo y su actitud, ya que de esta manera estamos frente a un procedimiento precautorio que permitirá evitar o contener la irrupción asoladora de lo inconsciente.

No es exagerado afirmar que la mayoría de los casos que requieren un tratamiento prolongado gravitan en torno a la transferencia, y parece, al menos, que el éxito o el fracaso del tratamiento tienen una íntima relación con ella. La psicología, por lo tanto, no puede pasar por alto o eludir este fenómeno, y tampoco debe presumirse en la terapéutica que la llamada disolución de la transferencia sea un hecho claro, sencillo y evidente.

En 1914, Jung da a conocer un artículo denominado "Cuestiones psicoterapéuticas actuales" (6) donde puede leerse que sea la transferencia positiva o negativa, la misma consiste en una investidura libidinal del médico, el que adquiere un valor emocional para el paciente. Mediante el afecto o la oposición, el paciente ha de quedar ligado, de ahí que la empatía tenga forzosamente presencia. Sin embargo, Jung va a hacer hincapié en que no la puede concebir como un mero transferir fantasías erótico/infantiles, sino que también ve en ella un proceso de adaptación. Digamos de paso, que el concepto de empatía es lo que T. Lipps entendía como la vivencia a través de la cual el sujeto alcanza el conocimiento de los estados psíquicos ajenos, perteneciendo este fenómeno a un nivel puramente afectivo. No debe ser extraño entonces, que la empatía nos permita acercarnos a la transferencia a partir de una lectura simbólica, dado que una "vivencia" es un procesamiento absolutamente personal de afectos proyectados sobre el terapeuta y que si bien a veces pueden ser infantiles, en otras oportunidades alumbran imágenes y contenidos inconscientes arcaicos y primitivos.

## Transferencia y neurosis

Jung considera que toda neurosis tiene su meta: es un esfuerzo de la psique por compensar una actitud excesivamente unilateral, es una especie de voz de alarma que

llama la atención sobre un lado de la personalidad que había sido descuidado y reprimido.

Por supuesto existen varias etapas en las cuales un tratamiento puede darse por terminado. Hay pacientes que encuentran una satisfacción permanente cuando desaparecen síntomas molestos, o cuando han alcanzado un desarrollo adecuado para una mejor adaptación a la vida. Otros terminan el tratamiento cuando se ha hecho consciente un esencial contenido psíquico que ha proporcionado un nuevo ímpetu a su existencia. Sin embargo, son numerosos los casos que vuelven en una fecha posterior, movidos por el deseo de entender y desarrollarse aún más, hecho que ocurre, como hemos mencionado, sobre todo en la segunda mitad de la vida.

Existen también sujetos que, sin presentar síntomas neuróticos, se sienten simplemente "estancados", a pesar de haber llevado vidas bien adaptadas y muchas veces hasta muy exitosas. Este tipo de pacientes generalmente ha leído mucho, pensado profundamente y ha explorado las posibilidades ofrecidas por la religión y la filosofía. Todas las respuestas que la conciencia les puede dar les son conocidas. Tampoco el médico le puede dar una solución racional; lo único que sabe es que la psique inconsciente de su paciente va a reaccionar de alguna manera, desconocida por el momento, frente a este insostenible estancamiento.

Es aquí donde Jung hace su contribución tan fundamental a la psicoterapia con su procedimiento dialéctico. A los tres conocidos planos de acción psicoterapéutica, el de la catarsis, del análisis de transferencia y el de la educación, Jung agrega un cuarto plano: el de la transformación. En esta etapa del tratamiento, el terapeuta tiene que prescindir de todas sus teorías y técnicas, ya que lo individual del paciente es algo absolutamente imprevisible, singular y no interpretable.

El *procedimiento dialéctico* no es un perfeccionamiento o una continuación de prácticas más antiguas, sino una total renuncia a ellas en favor de una posición sin prejuicios; ahora el terapeuta ya no actúa, sino que vivencia junto con el paciente el proceso de su desarrollo.

En vista de que sucede con frecuencia que la propia idiosincrasia y la actitud del médico frente al paciente entorpecen el proceso de curación, Jung ha expresado la exigencia de que el analista debe someterse a un análisis didáctico.

La terapia analítica preconizada por Jung exige que el médico abandone su posición anónima de autoridad y que dé cuenta de sí mismo: en resumidas cuentas, el terapeuta tiene que hacer exactamente lo mismo que exige del paciente. El tratamiento es el producto de una influencia mutua, donde participa tanto el paciente como el médico con su ser total.

El encuentro de dos personalidades es como la mezcla de dos sustancias químicas: cuando se forma un compuesto, ambas sustancias se habrán transformado. Sólo cuando el terapeuta esté afectado de alguna manera por el paciente podrá tener influencia sobre él. Son sobre todo los factores irracionales de la relación médico-paciente los que producen mutua transformación, siendo en este



proceso la personalidad más estable y fuerte la decisiva. La posición ética del médico se hace un problema ineludible. Lo que decide ya no es el diploma médico, sino la calidad humana.

La meta de la confrontación dialéctica entre analista y paciente es la creación de un encuentro entre consciente e inconsciente del paciente. Con esto se inicia la etapa de la transformación o el proceso de individuación, proceso en el curso del cual el paciente llega a ser el mismo, es decir, realiza su individualidad más íntima, última y única en su género. El camino hacia Sí Mismo es el camino hacia dentro, la introversión.

Jung tenía conciencia del problema de transferencia-contratransferencia y esa fue una de las principales razones por las que exigió que el analista se analizara profundamente. En la actualidad, este requisito es obligatorio en casi todas las escuelas de psicología profunda.

Teóricamente, el análisis de entrenamiento reduce el peligro de que el analista proyecte aspectos disparatados sobre el paciente; queda claro que ningún análisis de entrenamiento, por completo que sea, puede evitar totalmente que surjan estas proyecciones. Mientras haya vida, habrá puntos ciegos y áreas de inconsciencia; de ahí que se da la contratransferencia.

En resumen, se puede decir que la transferencia y la contratransferencia le ayudan al analista a ser un incansable explorador de la existencia de su paciente, de sus motivaciones, de sus circunstancias, de su discurso interior tanto afectivo como ideacional con sus contradicciones e ideales, tanto del pasado como del presente.

En ese mismo sentido podríamos afirmar que la psicoterapia junguiana consiste en dos personas que se reúnen para tratar de comprender lo que está ocurriendo en el inconsciente de una de ellas... Tarde o temprano será también importante considerar lo que está ocurriendo entre las dos personas que están involucradas en este proceso. La llamada relación analítica que se da entre las dos partes es absolutamente necesaria para que exista un proceso terapéutico.

### **La dimensión espiritual en la psicoterapia**

Desde tiempos remotos el hombre se ha planteado preguntas sobre cuestiones relacionadas con la espiritualidad y ha tenido experiencias que se han llamado "espirituales". Diferentes autores a lo largo de la historia de la Psicología y la Psiquiatría han señalado la importancia de tener en consideración la dimensión espiritual dentro del abordaje del paciente.

Diversas investigaciones e historias de diferentes personas muestran que ciertas experiencias, en este ámbito, ayudan a las persona a recuperarse ante padecimientos psíquicos y a llevar mejor las dificultades de la vida. Si se tiene en consideración la dimensión espiritual, como una más que constituye la realidad de la persona, se ha de tener en cuenta dentro del abordaje psicoterapéutico, especialmente, si los pacientes manifiestan aspectos relacionados con esta temática.

Un tema recurrente en los textos de Jung es el de la importancia de la dimensión espiritual en el ser humano,

como un aspecto esencial de su existencia. Sería importante tomar conciencia de ella, porque es relevante para las personas con las que nos podemos encontrar como pacientes, como para nosotros mismos, como terapeutas.

En la realidad, se dan diversos fenómenos relacionados con la espiritualidad, que por no estar dentro del campo de lo "científico", suelen no ser tenidos en cuenta. Para ser realmente científicos, parece que sería más adecuado -que no hacerlo- tener en cuenta las diferentes dimensiones y vivencias del paciente. Pero para saber cuáles son, habría que tener una mirada libre de prejuicios, que facilitara adquirir una visión lo más global posible de lo que es una persona. Y para contemplar al hombre en su totalidad es preciso incluir la dimensión espiritual, configurando así una antropología más completa y más realista. Dicho sistema espiritual tendría que ver con lo que Jung denominó Inconsciente Colectivo (7).

Jung, por su parte, ahondó en la idea de que la convicción moderna acerca de la primacía de lo físico conducía a una psicología sin alma, en la que lo psíquico no puede ser contemplado sino como un epifenómeno de sustrato, es decir, como un efecto de la bioquímica del cerebro (algo que sostienen gran parte de los neurofisiólogos).

Una reflexión relativamente sencilla nos conduce a darnos cuenta de que el conflicto entre lo físico y lo espiritual, es sólo aparente y en él se refleja la paradójica esencia de la psique: ya que ésta tiene un aspecto físico y un aspecto espiritual o intangible. Y esta es una contradicción aparente porque, en realidad, no entendemos en qué consiste la esencia última de lo anímico, pese al hecho, innegable, de que las imágenes anímicas constituyen nuestra experiencia más directa y, en consecuencia, podríamos decir que la psique es la única realidad inmediata (pues lo psíquico son los fenómenos que acontecen en nuestra conciencia y, por lo tanto, es lo que se nos hace más evidente).

Un análisis de este último concepto, el de la realidad inmediata de la psique, nos conduce directamente al asunto que nos interesa, que es, en definitiva, la importancia del factor espiritual en el ser humano.

De esta suerte, cuando decimos que algo es físico o que es espiritual, aludimos, en última instancia, al supuesto origen del que proceden los contenidos psíquicos que acuden a la conciencia. De modo que, así considerada la realidad psíquica, el conflicto entre naturaleza y espíritu se disipa, puesto que ambos son elementos constitutivos de una única y misma psique (8).

Jung afirma que en la búsqueda del sentido que tiene el padecer de su paciente el médico bien podría "remitir a su paciente a un teólogo o a un filósofo", mas la mayoría de los enfermos acuden al médico, y no al sacerdote (9).

Estas ideas abren un nuevo campo al quehacer de la psicoterapia, mostrando una nueva dimensión posible en la que intervenir en el mundo del paciente; pero también se podría añadir que quizás sea una dimensión desde la que el terapeuta también puede amplificar su conciencia para hacer una intervención adecuada.

Es decir, se puede intervenir en el espíritu, pero esto parece ser más adecuado desde el espíritu, en una con-

ciencia de responsabilidad y libertad, por parte del propio terapeuta.

La Psicología Analítica considera fundamental una actitud espiritual o religiosa, en el sentido original de ésta última palabra, es decir, una actitud que favorezca al paciente religarse con su esencia última. A esta esencia la Psicología Analítica la denomina Sí-Mismo y al proceso que conduce a esa reunión con el arquetipo del Sí-Mismo lo llama proceso de individuación.

Por otra parte, ya se ha señalado que Jung consideraba importante la dimensión espiritual del hombre dentro de su visión psicoterapéutica, por ser algo que tiene relevancia en la experiencia cotidiana de muchos de los pacientes a los que atiende. Esto lo deja plasmado en las siguientes palabras: “en virtud de que la religión constituye, ciertamente, una de las más tempranas y universales exteriorizaciones del alma humana, sobreentiéndase que todo tipo de psicología que se ocupe de la estructura psicológica de la personalidad humana, habrá por lo menos de tener en cuenta que la religión no sólo es un fenómeno sociológico o histórico, sino también un importante asunto personal para crecido número de individuos” (10); dejando así una clara justificación del porqué la psicología debe preocuparse por la dimensión religiosa (que no necesariamente está relacionada con lo espiritual, ya que esta dimensión puede expresarse más allá de cualquier religión).

Así, Jung realza el valor de las religiones como sistemas psicoterapéuticos. Tan es así, que afirma que una renovada comprensión de la religión constituiría un modo exitoso de abordar la curación de buena parte de los padecimientos y de las dificultades que se presentan en la vida del ser humano.

Los que hacemos psicoterapia, tenemos que añadir a las numerosas herramientas terapéuticas que han demostrado con creces su eficacia, la búsqueda de un mayor nivel de conciencia, pues es el anhelo que yace en lo más profundo del corazón de los seres humanos, la finalidad que persiguen muchas crisis psicológicas, y, probablemente, todas las desorientaciones existenciales.

Por ese motivo, no podemos contentarnos con parches anestésicos, que mantengan al paciente en un

estado de adormecimiento, en el que no vea lo que es incoherente y falso en su vida, como si nada pasara, para seguir funcionando desde la incoherencia, la falta de responsabilidad y la desconexión para con esa personalidad real, a veces oculta, latente, que busca desplegarse desde la oscuridad del caos interior, a la luz de un nuevo orden integrador.

Una situación que se puede dar en el transcurso de una terapia es aquella en la que alguien que no tenía fe o la había perdido, la encuentre después de ponerse de manifiesto que estaba a un nivel inconsciente y latía por ser expresada. En este caso, la función del terapeuta es ayudar al paciente a expresar y a tomar conciencia de lo que está buscando realmente. Según la perspectiva de Jung, este “algo” sería aquello que estaría emergiendo de lo inconsciente; por ejemplo, mediante la aparición de imágenes psíquicas de orden, como mándalas (figuras simétricas, circulares, que representan armonía, unidad y totalidad).

La Psicología Analítica trata de buscar sentido, pero no parte de una estructura de sentido como las diferentes confesiones religiosas, sino que empujan al hombre a preguntarse por dicho sentido y a buscarlo por sí mismo, en función de sus características personales.

No cabe duda de que esta búsqueda puede llevar a más de una persona a encontrarse con la dimensión trascendente de su existencia y, en ciertos casos, a buscar su estructuración en la religión.

El tratamiento propuesto por Jung busca que el paciente pueda encontrar su propia individualidad. El paciente precisa desarrollar su individualidad frente al rol que se ha destinado o le han destinado, de tal manera que pueda operar en su conciencia diversos cambios y ampliarla, no limitarse a los roles impuestos o autoimpuestos. El paciente y todas las personas, tienen la capacidad de autorregulación y es mediante el proceso de búsqueda de la individuación que pueden construirse a sí mismos y realizar lo que Jung denomina una síntesis de contrarios que favorece su bienestar personal y social. El terapeuta junguiano es, pues, un terapeuta activo que favorece y ayuda al paciente a desarrollar su individuación ■

## Referencias bibliográficas

1. Jung CG. Recuerdos Sueños y Pensamientos. Barcelona, Ed. Seix Barral, 1981. p. 220.
2. Costa NE. Jung, Un mundo de Imágenes y Símbolos. Buenos Aires, Ed. C.E.A., 2006. p. 171.
3. Jung CG. Obras Completas. Vol. 18. Madrid, Ed. Trotta, 2009. p. 372.
4. Costa NE. Jung, Un mundo de Imágenes y Símbolos. Buenos Aires, Ed. C.E.A., 2006. p. 172.
5. Jung CG. La psicología de la transferencia. Barcelona, Ed. Paidós, 1964. p. 40.
6. Jung CG. Obra Completa. Vol. 4. Madrid, Ed. Trotta, 2000. p. 268-269.
7. Jung CG. Los arquetipos y lo inconsciente colectivo. Madrid, Ed. Trotta, 2002. p. 4.
8. Jung CG. La dinámica de lo inconsciente. Madrid, Ed. Trotta, 2004. p. 342.
9. Jung CG. Acerca de la Psicología de la Religión Occidental y de la Religión Oriental. Madrid, Ed. Trotta, 2008. p. 347-7.
10. Jung CG. Psicología y religión. Barcelona, Paidós, 1998.

# La depresión. Una psicopatología simbólico arquetípica

**Alicia Onofri**

*Licenciada en Psicología*

*Docente en las Universidades John. F. Kennedy y Austral*

*Miembro de AFIPA*

## Introducción

Abordar el campo de análisis, descriptivo y de tratamiento de cualquier patología en especial, resulta una tarea compleja y abarcativa. Creemos que en primer lugar, y como criterio de orden, debemos centrarnos en el marco teórico en el cuál nos vamos a situar, dado que el mismo comprenderá el modelo antropológico subyacente y los conceptos epistemológicos que el mismo

comprende. Describiremos luego al fenómeno psicopatológico en sí desde nosografías psiquiátricas clásicas y desde los códigos internacionales vigentes. Una vez descrito y circunscripto al mismo intentaremos encontrar una posible interpretación y sentido de esta patología, desde el punto de vista psicológico, para que la misma nos lleve a posibles formas de tratamiento terapéutico.

---

## Resumen

Jung entendía que nuestra psique tenía estructura arquetípica y que su mejor representante era la mitología. Es este un marco teórico diferente, con una antropología subyacente que nos permite pensar las patologías desde otros conceptos epistemológicos. Especialmente se puede pensar la patología como con aspectos positivos y negativos a tener en cuenta. Este enfoque nos permite un abordaje de diferentes tipos de depresión basado en un mitologema arquetípico que nos permite pensar algunas formas diferentes de tratamiento.

**Palabras clave:** Patología arquetípica - Aspecto positivo - Transformación - Sentido de la vida - Sentido del sacrificio - Recobrar el espíritu.

DEPRESSION. A SYMBOLIC ARCHETYPAL PSYCHOPATHOLOGY

## Summary

Jung understood that our psyche had an archetypal structure and that its best representant was mythology. This is a different theoretical framework, with an underlying anthropology that allows us to think pathology under other epistemologic concepts. Pathology can be thought as with positive and negative aspects to consider. This approach lets us consider different types of depression based on an archetypal mythologem, which allows us to think different forms of treatment.

**Key words:** Archetypal Pathology - Positive aspect - Transformation - Meaning of life - Recapturing of the spirit.

## 1. Marco teórico

Tomaremos como rector el marco teórico de la Psicología Analítica de Jung, dado que entendemos al mismo como más abarcativo que otros enfoques, incluso porque el mismo es tan amplio que en su esencia está la posibilidad de utilizar recursos de otros enfoques. Como el mismo Jung decía en su libro *La Práctica de la Psicoterapia*:

*“El paciente está ahí para ser tratado, y no para someterse a la verificación de una teoría.”* (1)

Una vez explicitado el punto de partida, aclararemos el concepto antropológico subyacente a esta teoría.

## 2. Perspectiva antropológica

Jung se caracterizó en el desarrollo de su teoría por lo que llamamos un modelo cósmico y holístico. Esto incluye una cosmovisión donde como él mismo decía en sus últimos tiempos materia y energía serían dos caras de la misma moneda, aludiendo con esto a que conceptos tales como “materia”, léase “organismo”, es decir, materia inanimada, energía y espíritu, formaban parte del mismo universo. Los mismos, como él lo demuestra en la descripción de los fenómenos de sincronidad, estarían regidos por patrones que desde lo inanimado, pasando por lo vegetal, animal, la célula humana y finalmente la conciencia humana, tendrían un factor ordenador. Esta conceptualización nos permite entender al ser humano en diferentes niveles y la patología consecuentemente también inmersa en estos niveles del hombre que la padece.

La Psicología Analítica va a intentar interpretar siempre al hombre desde un modelo holístico, donde el mismo es uno con el universo. Hombre y mundo son “Uno”

en sus patrones de comportamiento y en las leyes que los rigen, la acausalidad e incertidumbre de su ser y su existencia.

Por otra parte, y en relación además al modelo racionalista materialista que domina en la ciencia de su época y a su concepción del ser humano, Jung va a rescatar como estructurante e inherente al mismo, la religiosidad, la espiritualidad como factor instintivo. No debemos olvidar que la época en que Jung escribe los fundamentos de su teoría es una época de valores subvertidos sobre todo en lo que hace a la religiosidad, ya que ninguna religión puede contener el avance y dominio ideológico del materialismo (¿Puede en nuestra época actual?).

Entendemos lo anteriormente mencionado sobre el marco teórico junguiano sólo como una síntesis muy estrecha de este modelo. En relación al tema de la cosmovisión, remitimos al lector a otros escritos (2), dado que excedería el marco de este trabajo.

A modo de síntesis y para delimitar el modelo antropológico en lo que hace al enfoque de la depresión, consideraremos al ser humano como inmerso y como producto de varios niveles. Los mismos son el individual (biológico y psicológico), social, existencial y cósmico. En relación con esto tendremos que analizar la depresión como causada por factores biológicos, psicológicos, sociales y existenciales/espirituales.

## 3. Caracterización de la depresión. Criterio diagnóstico

### 3.1. Nosología psiquiátrica clásica

Tomaremos en este punto como referencia el clásico Tratado de Psiquiatría de Henry Ey. Encontramos la descripción de un estado depresivo como:





*“En psiquiatría el término “depresión” implica al menos tres significados. Puede referirse a un síntoma, a un síndrome y también a una entidad nosológica.” (3)*

El elemento semiológico fundamental es una alteración del humor que termina siempre siendo el de tristeza. Lo acompañan a este fenómeno la inhibición y el dolor moral.

Con respecto a su clasificación dice:

*“El problema de la clasificación de los estados depresivos es muy difícil. Clásicamente se distinguen la Depresiones endógenas (melancolías unipolares y bipolares sobre fondo ciclotímico) y Depresiones neuróticas o reactivas. Pero todavía no se ha dejado de discutir sobre las distintas formas de transición y las diversas etiologías (endógenas y exógenas) y sobre la diferencia entre sus pronósticos o sus indicaciones terapéuticas.” (4)*

Según este autor, la forma más típica de expresión de este estado es la *Crisis de Melancolía*, aunque la variedad de los estados depresivos es muy grande.

A tener en cuenta como condicionantes y circunstancias de aparición intenta comprenderlas de la siguiente manera. En el caso de las depresiones reactivas o neuróticas, se considera en general, que los accesos depresivos sobrevienen bajo la influencia de factores exógenos (emociones, conflictos; en una palabra, procedentes del medio) pero también favorecidos por una *predisposición de una personalidad de base*, la cual deberá tenerse en cuenta.

En los casos de depresión psicótica o producida por afección orgánica recomienda no enfocarse en la personalidad premórbida sino en el proceso psicótico u orgánico en donde evoluciona el acceso depresivo.

Es importante además distinguir los estados agudos de las formas crónicas de esta sintomatología, así

como distinguir entre depresiones neuróticas y endógenas. Esta última fundamentalmente trae aparejadas las ideas de suicidio, debiendo esto considerarse como un hecho y no como posibilidad en lo que hace a su tratamiento.

### 3.2. Criterios diagnósticos según DSM-IV

En principio el DSM-IV engloba como Trastornos del estado de ánimo tanto a lo que hace a la depresión como a la manía o los trastornos bipolares. Distingue entre episodios afectivos y trastornos afectivos. Los episodios afectivos (episodio depresivo mayor, episodio maníaco, episodio mixto y episodio hipomaniaco) no pueden diagnosticarse como identidades independientes; sin embargo, sirven como fundamento al diagnóstico de los trastornos. El trastorno afectivo (trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno bipolar I) tiene entidad propia.

En este caso podemos ver un paralelismo con Henry Ey en lo que hace a la consideración de la depresión como síntoma o como expresión reactiva o neurótica, interviniendo ya más la personalidad de base.

El DSM-IV distingue además el trastorno depresivo mayor del trastorno distímico sobre todo en lo que hace a su duración, es decir, el segundo apuntaría a una cronicidad de la patología. En todos los casos, dentro de su sintomatología tiene en cuenta las ideas suicidas, ya sean estas no planificadas o siguiendo una planificación.

En síntesis describiremos el trastorno depresivo mayor según DSM-IV (5):

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto de la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depre-





sivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

- (1) estado de ánimo depresivo la mayor parte del día.
- (2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades.
- (3) Pérdida o aumento importante de peso o del apetito, sin hacer ningún tipo de dietas.
- (4) Insomnio o hipersomnía.
- (5) Agitación o enlentecimiento psicomotores.
- (6) Fatiga o pérdida de energía.
- (7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada.
- (8) Disminución de la capacidad de pensar o concentrarse.
- (9) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica.

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, los síntomas persisten más de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

### 3.3. Una posible caracterización psicológica

La bibliografía específica en lo que hace a nuestro complejo tema es muy rica y se observa que habría dos orientaciones básicas en lo que hace a la consideración de la depresión. Tomaremos en esto los criterios que menciona Rosen (6). El mismo menciona que aparentemente habría dos criterios entre los teóricos en psicología y psiquiatría que los describe como “los que agrupan” y “los que dividen”. Con esto queremos decir que hay quienes incluyen dentro del mismo concepto todas las formas de esta patología, mientras que otro grupo se esfuerza por resaltar distinciones más precisas entre las formas de la depresión. Sin embargo en todos los casos se considera en términos negativos, como un desorden o como una patología.

Rosen toma una posición intermedia, pero lo que nos parece muy interesante en relación a su posición es que resalta a la depresión como con carácter de arquetípica y desprendiéndose de esto que la misma pueda tener además de factores negativos, también aspectos y un valor psicológico positivo.

En lo que hace a su valor positivo toma de Jung el aspecto transformador de la psique que tiene la depre-

sión, en su carácter de posibilidad de renacimiento. Menciona:

*“Yo también (como Jung) veo a la depresión como una ayuda potencial. Cuando el mecanismo psicológico de conservación-retiro de un individuo está operando, la persona está en un estado de depresión adaptable – un período temporal de inactividad como el período de incubación anterior a que emerja una idea creativa. Esto no es una reacción patológica, sino un proceso natural, quizás esencial. (...) La depresión se vuelve patológica sólo cuando el individuo permanece estancado en este estado de inactividad, en lugar de progresar más allá del mismo.” (7)*

Y agrega:

*“No pretendo decir que la depresión es toda positiva. Simplemente digo que la depresión tiene cualidades tanto positivas como negativas, y que las personas deprimidas a menudo deben aprender a comprender la naturaleza verdadera de la depresión con el fin de completar su viaje de retorno a la salud. (...) Por sobre todo, estoy sugiriendo que la depresión es un arquetipo, una predisposición afectiva, antigua como la propia vida, que se expresa de modos biológicos, psicológicos, sociales y existencial/espiritual. Como sucede con un arquetipo, tiene tanto un lado oscuro y un lado claro.” (8)*

Rosen entiende a la depresión como una entidad básica, que se manifiesta como un estado de ánimo. En el nivel más profundo toma la forma de un afecto, es decir que un afecto refiere al nivel más profundo de la psique, el nivel arquetípico.

Citamos a Rosen:

*“Normalmente, los afectos, emociones y estados de ánimo depresivos pueden sumir en la oscuridad la psique de la persona durante algunas horas, algunos días, e incluso algunos meses; pero no indican que la persona tenga un desorden mental, ni interfieren con sus capacidades para que desempeñe una vida normal. Son transitorios por naturaleza y pasan sin causar grandes problemas. Sin embargo, cuando la depresión de una persona va acompañada de síntomas más destructivos, tales como la desesperación profunda que no disminuye en un año o más y compromete su capacidad para funcionar, entonces la depresión es considerada patológica.” (9)*

Lo interesante en la propuesta de este autor es ver a la depresión como formando un continuum que va desde lo normal a lo anormal.

Otra característica importante a todos los tipos de depresión es la pérdida de la moral. La pérdida de la moral se asocia generalmente con la pérdida del espíritu, la voluntad, el coraje para hacer las cosas. La persona deprimida es consciente de sus fracasos en relación a sus expectativas y a las de los demás. Se sienten impotentes para cambiar o desenredarse de las situaciones cotidianas.

Como sabemos, según la teoría junguiana, toda persona debe y puede hacer un proceso de individuación,

el cual implica llegar a la totalidad, a la plenitud del ser y esto se logra fundamentalmente encontrando un sentido a su existencia. En el caso de la persona deprimida el sentimiento que experimenta es justamente de vacío y de falta de significado para su vida y para todo aquello que implique su desarrollo. Es decir, falta de significado, de valores, de proyecto y de futuro. El deprimido no puede ver sino un futuro negro, no tiene alternativas, no ve opciones.

Una psicoterapia, indudablemente deberá focalizarse en estos puntos. Sin embargo, aquellos que alguna vez tratamos pacientes depresivos, sabemos muy bien que no es fácil que cambien de posición. Nos parece interesante la posición de Rosen en el punto donde él, dando una vuelta a este tema, propone trabajar previamente con otro significado y este es justamente, que el paciente pueda darle significación también al sacrificio y al sufrimiento.

#### 4. Expresión arquetípica-mitológica de los trastornos depresivos

Dentro del marco de la psicología junguiana, sabemos que los mitos representan la estructura central arquetípica del inconsciente colectivo. Veremos ahora, dentro del mito de la creación griego, si podemos rastrear los aspectos arquetípicos de los trastornos depresivos. Para esto tomaremos el mito mencionado en primer lugar desde el Diccionario de Mitología de Grimal (10).

Según la Teogonía de Hesíodo, primero era el Caos de donde nació Gea, inmediatamente antes de Eros. Sin intervención de ningún elemento masculino engendró al Cielo (Urano) que la recubre, también a las Montañas y al Ponto.

Una vez nacido Urano, se une a él, con quien tiene primero seis Titanes y seis Titánides. Vinieron luego los Cíclopes y finalmente de los amores de Urano nacieron los Hecatonquiros, seres de cien brazos.

Urano odiaba a todos estos vástagos suyos y no les permitía ver la luz, compeliéndolos a vivir hundidos en las profundidades de su madre Gea (la Tierra). Gea resuelve liberar a sus hijos y les pide que la vengasen de Urano; pero ninguno accede, excepto Cronos, el más joven, impulsado por el odio que sentía hacia su padre. Entonces Gea le entrega una hoz de acero muy afilada, y cuando, al llegar la noche, Urano se acercó a Gea y la envolvió por todas partes, Cronos, cortó de un solo golpe los testículos de su padre y los arrojó detrás de él. La sangre de la herida cayó sobre la Tierra y la fecundó nuevamente.

Cronos, ya dueño del Universo, se casa con su propia hermana Rea y como Urano y Gea, depositarios de la sabiduría y del conocimiento del porvenir, le habían predicho que sería destronado por uno de sus hijos, iba devorando a éstos a medida que nacían. Rea, irritada por verse privada de sus hijos, llevando en su seno a Zeus, huye a Creta, donde da a luz en secreto. Luego envolviendo una piedra en pañales, la entregó a Cronos, quien se la tragó sin sospechar el engaño. Cuando Zeus fue mayor, con la ayuda de Metis, hija de Océano, hace absorber a Cronos una droga que le forzó a devolver todos los hijos que había devorado. Acaudillados por

su hermano menor Zeus le declaran a su padre la guerra, buscando Cronos la alianza de sus hermanos los Titanes. La guerra dura 10 años hasta que finalmente vence Zeus y según la tradición órfica Cronos se reconcilia con Zeus, siendo enviado a la Isla de los Bienaventurados donde reina como rey bueno en el cielo y en la tierra.

Una vez conquistado el poder, Zeus se convierte en dios único de todos los olímpicos. En lo que hace a sus uniones, la primera cronológicamente, de las esposas de Zeus, es Metis. Para escapar de las acechanzas del dios, ella adopta diferentes formas, pero todo es en vano y debe rendirse y concibe una hija de él. Gea predijo a Zeus que si Metis daba a luz una hija, ella engendraría luego un hijo que destronaría a su padre. Por eso Zeus se tragó a Metis y cuando llegó la hora del parto, Prometeo partió de un hachazo el cráneo de Zeus, de donde salió, completamente armada, la diosa Atenea.

Intentaremos ahora hacer un análisis de este mito en relación con su significación simbólica desde nuestra orientación junguiana. Para ello seguiremos al Dr. Murray Stein (11).

Tenemos indudablemente en la tríada Urano, Cronos y Zeus tres padres terribles y devoradores. Interpretan, pensamos, un triple aspecto del arquetipo del padre negativo. Claramente como todo arquetipo, el pater no tiene su polo positivo que es el ser guardián de sus hijos y brindar su fortaleza ante las amenazas del mundo exterior. Sin embargo en este caso, vemos su parte negativa, su parte basada en la rígida insistencia de formas convencionales de pensamiento, sentimiento y comportamiento. Es la conciencia inmersa en convenciones y hábitos. Como dice Stein (12):

*“Un diluvio de valores, patrones de pensamiento, gustos, disposiciones, actitudes y opiniones de la cultura predominante disuelven cualquier intento de experiencia individual y de reacción espontánea.”* (13)

La mitología griega, en las figuras de Urano, Cronos y Zeus nos muestra el fundamento arquetípico de una conciencia tragada o devorada por el padre. Los tres representan el triple aspecto del arquetipo del padre devorador. Urano el más terrible y feroz de los tres. Este no devora a sus hijos, directamente los deja en la madre, en la materia. Defiende su posición manteniendo un inconsciente joven ligado a la madre, encapsulados sus hijos en la materia cotidiana. Una terrible ruptura entre materia y espíritu. El espíritu del tiempo está lejos de toda cuestión creativa y de cambio o innovación. Quedan sus hijos en el medio material.

*“La conciencia dominada por Urano resulta en un convencionalismo a través de una gran inconsciencia: “siempre se hizo así”, “esto es lo que me enseñaron de chico”. La persona es inconsciente de sus actitudes y presupuestos y revela una casi total falta de autoconciencia, así como una pobreza para la percepción interior de sus propios fundamentos psíquicos. Convenciones, tradiciones y valores colectivos son inconscientemente asimilados, y lo nuevo, el hijo, el desarrollo creativo futuro, permanecen encerrados en la madre.”* (14)

La conciencia en este punto es la más primitiva, es decir, la conciencia individual es casi nula. Según Stein, también este hijo sofocado muchas veces se materializa en síntomas psicossomáticos.

La sangrienta victoria de Cronos sobre su padre celeste es la instauración de un nuevo orden, un acto revolucionario. Es notable ver como en este caso salta el *puer* de abajo hacia arriba y empuja al padre *senex* hacia abajo. La amenaza de castración en este caso es siempre del padre, de lo tradicional, lo convencional, no del hijo. Los cambios los hacen los hijos, lo nuevo.

La castración podemos verla como un acto supremo de desvirilización y humillación. La pérdida de la capacidad masculina de fertilizar, la esterilización del espíritu. Más aún, en nuestro mito podemos pensarla más allá como un acto heroico que separa el cielo de la tierra y de ese modo libera a los hijos de la tierra. Significaría por lo tanto, el proceso de espiritualización o creación de la psique. La castración de Urano:

*"...significa el fin de la reproducción ciega a través de la eternidad, de la fecundidad puramente instintiva, de las generaciones sucediéndose por siempre, llevadas por un espíritu inconsciente de sí mismo."* (15)

Este acto heroico es la entrada en el tiempo, la entrada en la autoconciencia, la percepción del pasado, presente y futuro. Es el nivel psicológico.

Según Stein:

*"El mitologema del padre devorador reposa sobre el principio de la revolución eterna, el hijo sustituyendo al padre, el puer derrotando al senex, lo nuevo destruyendo lo viejo. Es un mito de transformaciones."* (16)

Mientras Urano deja a sus hijos en la inconsciencia de la materia y son rivales en potencia, Cronos les permite nacer pero los priva de sus bases instintivas haciéndolos entrar en el orden psicológico pero de una autoconciencia y de un orden establecido, el de la cultura. Con esto también les saca o los priva de su carácter transformador. El orden de la cultura, "ser buen cristiano", "ser buen profesional", "ser buen ciudadano". A través de esta estrategia la conciencia colectiva mantiene su posición y su poder y se devora a los verdaderos hijos, las posibilidades de un desarrollo individual.

En este caso también la unilateralidad vence como ruptura entre consciente e inconsciente, devorada la individualidad por el espíritu de la época.

Pero veamos además que Cronos es aliado de su madre Gea, en contra de su esposa Rea y de sus hijos. Gea es la que le avisa de la amenaza de un futuro hijo. Las ambiciones de Cronos se enraizan en la madre, es decir su *animus*.

*"Así como por un lado el puer es vehículo del espíritu y trae una nueva era, por otro es aliado de la materia y por eso fatalmente tentado a concretizar sus fantasías y agarrarse de esas concretizaciones. Su fantasía heroica, en cuanto expresada en lo concreto, se transforma en tiranía."* (17)

Por lo tanto, la conciencia devorada de Cronos se mantiene a través de dos fuerzas: por un lado la fuerza conservadora del *senex* enraizada en el instinto, la madre, y por otro su propia fuerza de cambio desprovista de conexión dinámica. Sin embargo, aparece nuevamente Rea (*animus*) en su papel de gran madre, protectora de sus hijos, quien a través de un engaño se producirá un nuevo movimiento en el mitologema.

En el caso de Zeus, también se produce un nuevo orden. El mismo representa también un padre devorador, pero éste para mantener su poder, engaña a Metis y devora a la mujer embarazada, devorando sus hijos potenciales. El mismo da a luz a la hija de Metis saliendo de su propia cabeza.

En comparación con Urano y Cronos, Zeus puede ya disfrutar de sus otros hijos a quienes no devora. Pero su aspecto devorador con Metis, nos puede indicar que todavía mantiene su aspecto conservador de tratar de evitar los cambios, las transformaciones.

*"Si la estrategia de Urano es estancar a los hijos en la materia lejos del espíritu, y la de Cronos es devorarlos en el espíritu, cortándolos del instinto, la estrategia de Zeus es incorporar el ánima en el espíritu y a través de eso privarla de su fertilidad, de su capacidad de generar hijos revolucionarios. Una vez que Zeus integra al ánima de esa manera puede permitirse tolerar a sus otros hijos. Una capacidad de reflexión sobre los impulsos y las fuerzas divergentes y su acomodamiento es lo que caracteriza su reinado. Atenea es hija de su padre, eterna virgen, el ánima del espíritu, la vida volviéndose para adentro en la reflexión."* (18)

Volviendo ahora a nuestro tema de la depresión podemos ver cómo en la crisis melancólica la persona hace un acto de introversión de regreso casi a este estado de la conciencia de Urano. Regresión a la madre, indiscriminación, imposibilidad de ver la luz, imposibilidad de tener hijos propios. Claramente el trastorno depresivo es un hundimiento en el arquetipo del padre devorador. Pero también es la posibilidad de rescatar a los hijos a través del *animus* para que se produzcan las transformaciones que la persona en este estado no puede hacer.

## Conclusiones

### *Formas de abordaje*

Indudablemente los trastornos depresivos presentan un primer problema y fundamental que es su diagnóstico diferencial.

- Creemos que es importantísimo en cualquier diagnóstico de depresión detectar, como veíamos antes, si se trata de un síntoma, síndrome o estructura y si se trata de un episodio agudo o crónico, así como considerar desde el primer momento la posibilidad, siempre latente, de una tentativa de suicidio.

- Consideramos además fundamental abordar este tipo de trastornos desde una perspectiva interdisciplinaria y abarcativa de diferentes planos, como son el biológico, psicológico, social y existencial.

- Creemos que es necesario en el plano biológico, y en la mayoría de los casos, la intervención psiquiátrica en el primer momento, con la correspondiente medicación y controles o seguimiento.

- Es importante, dado el deterioro que la misma patología produce en el entorno del paciente, tener en cuenta el plano social de mismo. Trabajo, relaciones con su familia, etc. Si fuera necesario creemos conveniente incluir a su familia en el tratamiento.

- Nos parece interesante y correcto tener en cuenta el concepto de Jung y de Rosen que no toda depresión es patológica. La misma puede responder a un movimiento regresivo de la libido de carácter arquetípico que nos preanuncia una gran transformación de la psique.

- En el plano psicológico entendemos que sería a veces conveniente trabajar en el primer momento desde

una perspectiva más cognitiva y directiva para sacar más rápido al paciente del estado pasivo en que generalmente se encuentra. Incluimos en esto las funciones de la conciencia junguianas, como modelo cognitivo.

- También en el plano psicológico y teniendo en cuenta el mitologema antes mencionado, creemos que debemos ayudar al paciente a transformar su psique y su inmovilidad, falta de proyecto, falta de alternativas, a través de un trabajo que implica el recorrido del aspecto patriarcal más negativo, rescatando al animus y al aspecto positivo de la gran madre, como son la creatividad, la fertilidad, la posibilidad de sentir placer, la sensualidad.

- Finalmente, ya en el plano espiritual/existencial, deberá poder encontrar sentido a su vida y a su sacrificio. Ayudar a realizar un proceso de individuación que recobre el espíritu en todas sus manifestaciones ■

## Referencias bibliográficas

- Jung CG. (1981) A Prática da Psicoterapia. En: Jung CG. "Obra Completa", Vol. 16, Cap. IX, "Questoes básicas da psicoterapia". Petrópolis, Vozes, 1981. p. 110.
- Onofri A. Seminario Estructura y Dinámica de la Psique. Pontificia Universidad Católica del Uruguay, 2002.
- Ey H. Tratado de Psiquiatría. París, Masson S.A., 1990. p. 224.
- Ey H. Tratado de Psiquiatría. París, Masson S.A., 1990. p. 225.
- Pichot P, et al. DSM-IV, Criterios Diagnósticos. Barcelona, Masson S.A., 1995.
- Rosen D. Transforming Depression: A Junguian Approach to Healing Through the Creative Arts. New York, G. P. Putnam Sons, 1991.
- Rosen D. Transforming Depression: A Junguian Approach to Healing Through the Creative Arts. New York, G. P. Putnam Sons, 1991. p. 2.
- Rosen D. Transforming Depression: A Junguian Approach to Healing Through the Creative Arts. New York, G. P. Putnam Sons, 1991. p. 3.
- Rosen D. Transforming Depression: A Junguian Approach to Healing Through the Creative Arts. New York, G. P. Putnam Sons, 1991. p. 4.
- Grimal P. Diccionario de Mitología Griega y Romana. Buenos Aires, Paidós, 2001.
- Stein M. O Pai devorador, en Pais e Maes. Sao Paulo, Ed. Símbolo, 1979.
- (12) Stein M. O Pai devorador, en Pais e Maes. Sao Paulo, Ed. Símbolo, 1979. p. 83.
- Stein M. O Pai devorador, en Pais e Maes. Sao Paulo, Ed. Símbolo, 1979. p. 89.
- Stein M. O Pai devorador, en Pais e Maes. Sao Paulo, Ed. Símbolo, 1979. p. 91.
- Stein M. O Pai devorador, en Pais e Maes. Sao Paulo, Ed. Símbolo, 1979. p. 91.
- Stein M. O Pai devorador, en Pais e Maes. Sao Paulo, Ed. Símbolo, 1979. p. 93.
- Stein M. O Pai devorador, en Pais e Maes. Sao Paulo, Ed. Símbolo, 1979. p. 95.

# Carl Gustav Jung, el mito de un hombre

**Julieta Loza**

Licenciada en Psicología

Ayudante de trabajos prácticos de la cátedra de Psicología, Ética y Derecho Humanos de la Universidad de Buenos Aires.  
Colaboradora de la cátedra de Psicología General I y II de la Universidad Maimónides. Miembro de la Asociación de formación e investigación en Psicología Analítica (AFIPA)

No puede comprenderse a Jung y a su obra si no se tiene en cuenta la importancia fundamental que él le otorga al mundo onírico: los sueños y las imaginaciones, por lo tanto: al mundo interno. Cualquier hecho externo: situaciones, personas, ambientes, viajes, su lectura, su formación académica, quedan, en sus propias palabras: esfumados por los acontecimientos internos.

En el libro que nos ocupa: *Recuerdos, sueños y pensamientos*, que es su autobiografía, él se propone acercarnos su mito individual, el mito de su vida, contarnos historias. "Si son verdaderas no es problema. La cuestión consiste solamente en si este es *mi* cuento, *mi* verdad." (1)

Desde muy pequeño, Jung tuvo contacto directo con todo este vasto mundo interior: el disfrute de su soledad y el contacto con la naturaleza, ese mundo

enigmático como lo llamaba él: "A él pertenecían los árboles, el río, el pantano, las piedras, los animales y la biblioteca de mi padre." (2), lo ayudó en esta relación directa con los sueños, las ensoñaciones y la actividad creativa: pintaba escenas de todo tipo, caricaturas, rostros de personas. Más adelante, se verá plasmada en su obra: *El Libro Rojo*, libro fundante, en el que está contenido en germen, el conjunto de su obra, no sólo todo este contacto con lo interno, sino también su inmensa capacidad artística desarrollada ya desde los primeros años de su vida. De hecho, en otra parte de su autobiografía, nos cuenta que, a menudo, pintaba o esculpía una piedra cuando se sentía atascado en su trabajo y esto era un rito de entrada para las ideas y para poder continuar trabajando.

---

## Resumen

En el presente artículo trataremos de acercarnos al mito de Jung, esto es a parte de las experiencias internas que ocuparon su primera infancia y en las cuales ya pueden verse los fundamentos de su obra y los desarrollos de conceptos claves como: inconsciente colectivo, Sí mismo, arquetipos y proceso de individuación. Su vida es el despliegue de su inconsciente, y de esto se trata su obra. Jung no puede comprenderse si no se tiene en cuenta la importancia fundamental que él le otorga a este mundo interno: los sueños y las imaginaciones; y el contacto directo que desde muy pequeño ha tenido con estos aspectos.

**Palabras clave:** Inconsciente - Sí mismo - Arquetipo - Experiencias internas - Autobiografía.

CARL GUSTAV JUNG, THE MYTH OF A MAN

## Summary

The aim of this article is to get closer to the myth of Jung, this is part of the inner experiences that took place in his first childhood, and in which we can already see the foundation of his work and the development of key concepts as: the unconscious, Self, archetype and individuation process. His life is the display of his unconscious and this is what his work is about. We cannot understand Jung without taking into account the fundamental importance that he gives to the inner world: the dreams and fantasies; and the direct contact that he has had with these aspects since he was a little boy.

**Key words:** Unconscious - Self - Archetype - Inner experiences - Autobiography.



Su vida es el despliegue de su inconsciente, por eso él compara la vida del ser humano a una planta rizomática. La propia vida se esconde en el rizoma: algo que no vemos, que se extiende por debajo de la tierra, y que sin embargo es lo vital, lo que hace que esa planta sea lo que es, aún cuando no veamos sus flores en el invierno, cuando pareciera haber muerto; se descubre, otra vez, en su verde esplendor al verano siguiente. Así de efímeros plantea los hechos externos de la vida, en comparación con las historias internas, a tal punto que nos dice, a los ochenta y tres años, que estos recuerdos de hechos externos han desaparecido en su gran mayoría. Son las historias internas, entonces, de las que nos ocuparemos en este artículo y que nos mostrarán que, ya desde la temprana infancia, Jung estuvo en contacto con su rizoma, con lo más profundo y vital de sí, trabajando de una forma que, más adelante, derivaría en la técnica para el trabajo con sus pacientes. El mundo interno es, tanto para sí mismo como para su trabajo científico: la materia prima, la base del desarrollo de su obra y de la labor con sus pacientes. Sin un trabajo desde este mundo interno, sin un hacer de las experiencias externas, experiencias internas, no sólo los vínculos de la vida sino la vida en sí misma se mantiene en un nivel de significado muy pobre. “Las circunstancias externas no pueden sustituir a las internas. Por eso mi vida es pobre en acontecimientos externos. De ellos no puedo decir gran cosa, porque lo que dijera me parecería vacío o trivial. Sólo puedo comprenderme a partir de los sucesos internos. Constituyen lo peculiar de mi vida, y de ellos trata mi «autobiografía».” (2)

Este contacto con el mundo interior, es lo que lo llevará al desarrollo de su teoría del inconsciente. Un inconsciente que no sólo es una formación de contenidos *reprimidos*, desde la patología, sino que presenta también “otra dimensión: en su perímetro no sólo deben incluirse los contenidos reprimidos, sino también todo ese material psíquico que no ha alcanzado el umbral de la conciencia.” (3) Este material psíquico se presenta también como fuente de sabiduría, con un fuerte aspecto de guía y que se extiende más allá también de los contenidos personales. Jung señala que es la experiencia la que nos autoriza a poder clasificar los contenidos inconscientes: por un lado los contenidos personales, en los que entrarían lo reprimido: representaciones penosas, lo olvidado, lo que se ha percibido emocional y sensorialmente sin que medie la conciencia, y lo pensado, recordado, o querido, sin intención, ni atención. Por otro lado nos habla de contenidos: “que no proceden de adquisiciones personales, sino de la heredada posibilidad del funcionamiento psíquico en general, esto es, de la heredada estructura cerebral. Son las conexiones mitológicas, los temas e imágenes que pueden volver a surgir en todo tiempo y lugar, sin ninguna tradición ni migración histórica.” (4) Jung señala que a medida que descendemos más y más a través de las capas del inconsciente, las capas más recónditas y oscuras se van volviendo menos personales, más colectivas. “A la vista de los hechos, tenemos sin duda que suponer que lo inconsciente alberga no sólo elementos

personales, sino también impersonales y colectivos, en este caso en forma de *categorías heredadas* o arquetipos. (...) Ésta es la razón por la que hablo de un *inconsciente colectivo*.” (5)

No podemos dejar de aclarar, antes de continuar, que los aspectos de guía del inconsciente, de los que habláramos anteriormente, refieren al *Sí mismo*. El *Sí mismo* es un concepto que desarrolló Jung para aclarar la meta de la vida y es: “el conjunto íntegro de todos los fenómenos psíquicos que se dan en el ser humano.” (6) Por lo tanto, como refiere al individuo como una totalidad, tiene tanto un aspecto inconsciente, como un aspecto consciente; es atemporal, engloba experiencias pasadas, presentes, y futuras en su potencialidad de ocurrir como de no ocurrir. Es un concepto trascendente y sabemos de él en la empiria porque aparece en sueños, visiones, cuentos, mitos: siempre en: “la figura de la “personalidad de orden superior”, como rey, héroe, profeta, salvador, etc., o en la figura de un símbolo de totalidad, como círculo, cuadrado, *quadratura circuli*, cruz, etc.” (7). Representa la unión de los opuestos (totalidad), la posibilidad de sostener la tensión entre los contrarios y así producir la alquimia que permite avanzar en el proceso de individuación hacia la integración de la personalidad. Es este aspecto el que nos guía en su sabiduría y al que hacíamos referencia cuando hablamos del aspecto de fuente guía del inconsciente.

Habiendo introducido brevemente, y a riesgo de haber hecho una excesiva simplificación de los conceptos junguianos, vamos a indagar, ahora, en la primera de estas tres experiencias que marcan a Jung en su infancia y que resulta, como él mismo definiera, en un tipo de iniciación a las tinieblas y donde su vida espiritual dio comienzo. Esto es de fundamental importancia, ya que él mismo identifica su vida espiritual con el desarrollo de su obra.

Fue a los tres o cuatro años que en sueños penetra en un prado, cerca de la casa parroquial en la que vivía con sus padres: “Allí descubrí de pronto, en el suelo, un oscuro hoyo tapiado, rectangular, nunca lo había visto anteriormente. Por curiosidad me acerqué y miré en su interior. Entonces vi una escalera de piedra que conducía a las profundidades, titubeante y asustado descendí por ella. Abajo se veía una puerta con arcada románica cerrada por una cortina verde. La cortina era alta y pesada, como de tejido de malla o de brocado, y me llamó la atención su muy lujoso aspecto. Curioso por saber lo que detrás de ella se ocultaba, la aparté a un lado y vi una habitación rectangular de unos diez metros de largo débilmente iluminada. El techo, abovedado, era de piedra y también el suelo estaba enlosado. En el centro había una alfombra roja que iba desde la entrada hasta un estrado bajo. Sobre éste había un dorado sitial extraordinariamente lujoso. No estoy seguro, pero quizás había encima un rojo almohadón. El sillón era suntuoso, ¡como en los cuentos, un auténtico trono real! Más arriba había algo. Era una gigantesca figura que casi llega al techo. En un principio creí que se trataba de un elevado tronco de árbol. El diámetro medía unos cincuenta o sesenta centímetros y la altura era de cuatro o cinco metros. La figura era

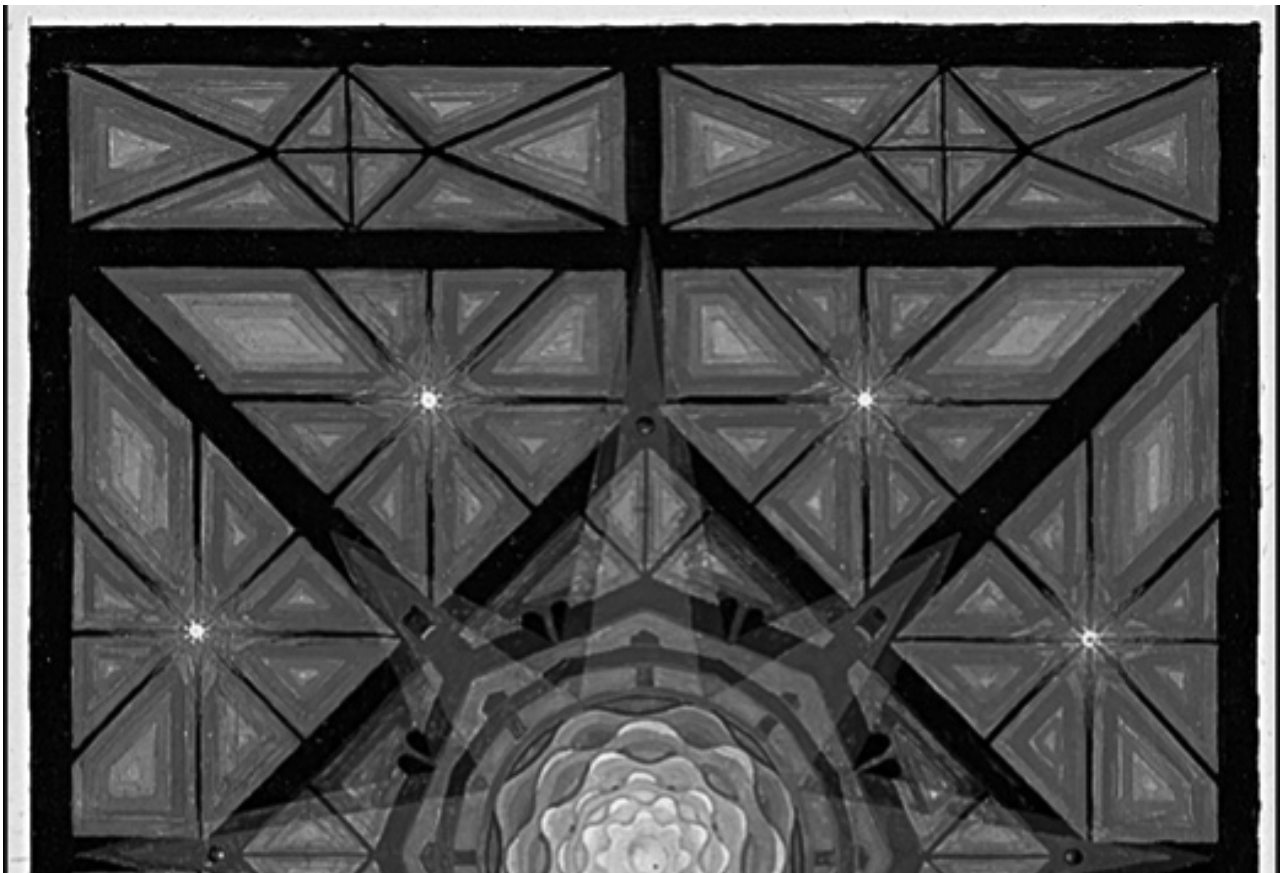
de extraños rasgos: de piel y carne llena de vida y como remate había una especie de cabeza, de forma cónica, sin rostro y sin cabellos; únicamente en la cúspide había un solo ojo que miraba fijamente hacia arriba.

La habitación estaba relativamente bien iluminada, pese a que no había luz ni ventanas. Sin embargo, allí, en lo alto, reinaba bastante claridad. La figura no se movía, no obstante, yo tenía a sensación de que a cada instante podía descender de su tronco en forma de gusano y venir hacia mí arrastrándose. Quedé como paralizado por el miedo. En tan apurado momento oí la voz de mi madre como si viniera de fuera y de lo alto, que gritaba: «Sí, mírale. ¡Es el ogro! » Sentí un miedo enorme y me desperté en sudor.” (8)

Nos cuenta que este sueño lo preocupó durante años, sueño del cual tuvo que ocuparse toda su vida. El foso por el que desciende representa una tumba, y ésta es algo sagrado, un templo subterráneo, algo que está fuera de nuestro ojos, algo escondido. El verde prado, nos dice, representa la tierra cubierta de vegetación, que resguarda un secreto, algo que a lo que no todos pueden acceder, como si no cualquiera estuviese preparado para verlo. Con respecto al falo, nos cuenta que décadas hubieron de pasar hasta que descubriera que se trataba de un falo ritual; el mismo parecía representar a un Dios, pero no un Dios como al que se refería su padre o él mismo podía escuchar en la iglesia, sino un dios infernal, un dios que

mostraba otra cara, una cara oscura y destructora. Este dios era evocado por él cuando se hablaba de Jesucristo, «Hêr Jesús», quien, según nos relata, nunca había sido aceptado, ni digno de estima por él, porque se le presentaba como: “una especie de Dios de los muertos, ciertamente dispuesto a prestar ayuda, y a la vez a dispersar los espectros nocturnos, pero también inquietante y lúgubre por haber sido crucificado y ser un sangriento cadáver.” (9) A esto ha de sumarse un traumático encuentro que tuvo de pequeño, con un sacerdote católico vestido con hábitos negros y gran sombrero, al que confundió con un jesuita, miembro integrante de esta orden, considerada peligrosa por su padre, de acuerdo a una conversación por él escuchada a escondidas, también por ésta época de su vida.

En línea con lo que venimos trabajando, una de las cosas que nos marca este sueño es la visión de dios que ya se plantea, bien distinta a la visión católica, o a la protestante de su padre. Un dios antagonico, ambivalente y que parece presentar dos caras, que plantea una tensión, pero que a la vez se ubica en un lugar superior. Por otro lado él mismo se plantea la madurez del contenido soñado y esto lo lleva a preguntarse, entonces, quién es el que le habla: “¿Quién asociaba lo superior a lo inferior y asentaba de este modo el fundamento de todo cuanto sembró toda la segunda mitad de mi vida de tempestades del más apasionado carácter?”

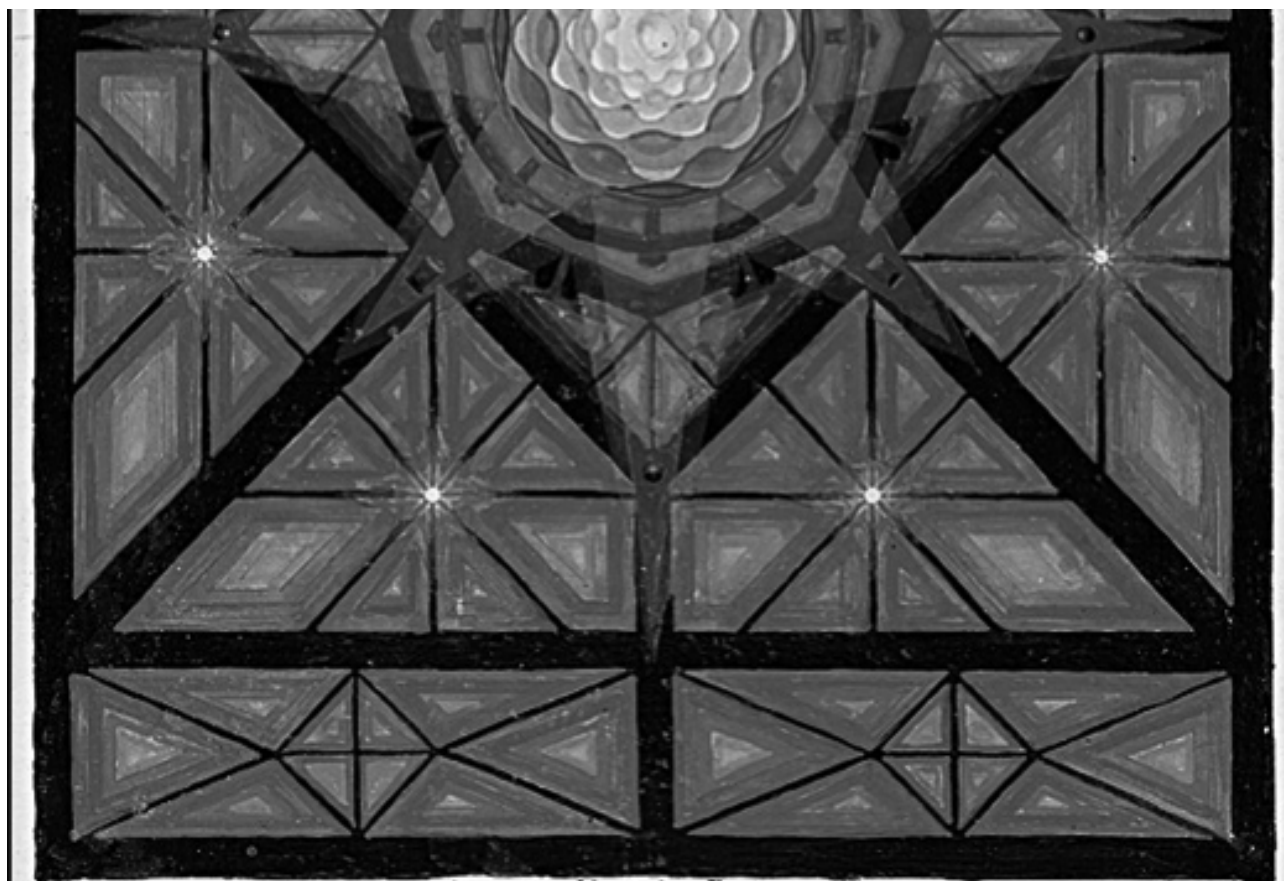


¿Quién perturbaba la serena e inocente infancia con graves presentimientos de la vida en su plena madurez? ¿Quién sino el huésped extraño que venía de arriba y de abajo?" (10) Aquí vemos el aspecto colectivo del inconciente, y también lo que más tarde desarrollará con el concepto de arquetipo. Un niño, sin acceso a figuras, imágenes, a los símbolos que planteaba ese sueño; por ejemplo, en un segundo sueño, muy parecido, en el que desciende al mismo lugar y, otra vez, una criatura inmunda e inhumana aparece, comiendo carne de hombres con la que se alimenta, y la relación con la simbología antropológica de la eucaristía, que encuentra cincuenta años después leyendo, y sin embargo, este pequeño era capaz de soñarlo, de verlo; ¿de dónde provenían estas imágenes arcaicas? Él mismo señala que gran parte de las imágenes del sueño pudo explicarlas sólo muchos años después, que no era posible tampoco que se las hubiera apropiado de la biblioteca de su padre o de la escuela. ¿Cómo habían llegado?. Jung plantea que esta parte del inconciente que va más allá de lo personal, son los arquetipos. "El concepto de arquetipo... se deriva de la observación repetida varias veces de que por ejemplo los mitos y los cuentos de la literatura universal contienen siempre en todas partes ciertos motivos. Estos mismos motivos los hallamos en las fantasías, sueños, delirios e imaginaciones de los individuos actuales. Éstas imágenes y conexiones típicas se

designan como representaciones arquetípicas. Tienen, cuanto más claras son, la propiedad de ir acompañadas por vivos matices afectivos... Impresionan, influyen y fascinan. (...) los arquetipos no están determinados en su contenido, sino meramente de un modo formal, y esto último, además, de modo muy condicionado. (...) El arquetipo es un elemento vacío en sí, formal, que no es sino una *facultas praeformandi*, una posibilidad dada *a priori* de la forma de representación." (11)

¿Quién es éste huésped de arriba y abajo? Esta voz a la que se refiere: alguien o algo más, que le habla, que parece conducirlo, como veremos luego en *El Libro Rojo*, que así lo acerca a lo más profundo y oscuro de sí, pero también a lo más sabio. El inconciente como maestro.

Mientras que su relación con «Hêr Jesús» nunca terminó de ser ambivalente, nos cuenta que, a los once años, empezó a interesarse en la idea Dios, como separado de Jesús, ya que Dios no parecía presentar las contradicciones y la desconfianza que sí presentaba su hijo que había sido crucificado; Dios era misterioso, nada familiar como sí lo era Jesús; y como agregado tampoco era un hombre de negras vestiduras. Un día, a sus doce años, al entrar a una catedral, en un momento de mucho sol, donde todo reflejaba y daba una visión dorada de la cúpula, quedó impresionado por la belleza de lo que veía, imaginando a Dios en su dorado trono





en lo alto del cielo, y, como él mismo dice: un vacío se produjo y una sensación sofocante lo invadió. Algo terrible parecía acercarse en sus pensamientos, algo que si lo dejaba hacerse explícito en su mente, lo llevaría a pecar y a ser condenado al infierno por toda la eternidad. Era un pensamiento desconocido, y aún así sabía que era prohibido y pecador. Se preguntó durante días si debía o no llevar este pensamiento a su fin, no dormía, debatiéndose si Dios realmente quería que él pensase esto, o si era una prueba a su obediencia. Se preguntaba por qué Dios no apartaba de él este pensamiento, a lo que finalmente concluía, después de largas disputas consigo mismo, que era la voluntad de Dios que el pensamiento se revelara.

Sus pensamientos lo llevaron al Génesis, al pecado cometido por el primer hombre y la primera mujer: "No hubieran podido hacerlo en absoluto si Dios no les hubiera dado la oportunidad para hacerlo. Esto se deduce de la serpiente que Dios creó ya antes que ellos, por lo visto con el fin de que debía persuadir a Adán y Eva. Dios, en su omnisciencia, lo dispensó todo de tal modo que los primeros padres debían pecar. Fue, pues, la intención de Dios el que ellos tuviesen que pecar." (12) Pero esto no terminaba de aclararlo, y continuó en sus cavilaciones de qué era lo que debía hacer. Después de meditarlo una y otra vez, llegó a una misma conclusión: "«Dios quiere evidentemente que me arriesgue», pensaba yo. «Si es así y lo hago, entonces Él me concederá su gracia e inspiración.»

Hice acopio de todo mi valor como si tuviera que precipitarme en el fuego infernal y dejé volar mi imaginación: ante mis ojos surgió la hermosa catedral, sobre ella el cielo azul, Dios sentado en trono dorado, en la cumbre del mundo, y bajo el trono cayó una enorme cantidad de excrementos sobre la cúpula de la iglesia, la destrozaron y despedazaron los muros del templo." (13)

Muy por el contrario de lo que esperaba, una sensación de alivio y plenitud invadió su ser. Llorando de alegría agradecía lo que acababa de experimentar. Sentía que la sabiduría y bondad de Dios se le habían revelado y que podía comprender ahora muchas cosas claramente. Se lamentó por su padre, porque lejos estaba de conocer al Dios verdadero, al Dios vivo, en su omnipotencia y libertad. Un Dios que no es influido por las tradiciones, "que está por encima de la Biblia y de la Iglesia" (14), y que llama a los hombres a arriesgarse en pos de su propia libertad, que consiste en cumplir sus mandatos y experimentar su gracia en el propio cuerpo. A pesar de esto, las reflexiones que fueron surgiendo posteriormente lo llenaron de angustia, porque no podía compartir estas experiencias, se sentía solo, se preguntaba: ¿cómo otros comprenderían que Dios quisiera que él haga algo injusto, que piense en algo prohibido para poder experimentar su gracia? Este episodio de la catedral le hizo sentir que formaba parte de un gran secreto, pero a la vez lo veía como algo humillante. Escapaba del todo a su comprensión. "Yo me sentía inmerso en algo desagradable, en algo malo y tenebro-

so, y al mismo tiempo era como un mérito." (15) Esto lo llevó a leer todos los libros de religión de la biblioteca de su padre, quería comprobar si otra gente había vivido algo semejante. Se sentía repudiado, maldito y también elegido, bendito. Como ya habíamos mencionado la soledad estaba presente en su vida, nada de esto podía compartir con otras personas, entonces ser solitario era como un refugio: "Se configuró ya entonces mi relación con el mundo, tal como hoy es: también hoy estoy solo porque sé cosas y debo señalar que los demás no las saben y que, en su mayoría, tampoco quieren en absoluto saberlas." (16) Vemos claramente la ambivalencia de este Dios, y de su propio ser, ¿es que acaso podemos encontrar lo más sabio de nosotros mismos, podemos encontrar a Dios, allí donde lo más oscuro y despiadado también se esconde? Nuevamente la voz del *Sí mismo* operando.

A Jung le preocupaba inmensamente este misterio, y nunca más dejó de preocuparle, fue de esto de lo que se ocupó en su vida y en los desarrollos de su obra. Hay otra circunstancia que nos relata de su infancia: una roca sobre la que se sentaba, una roca a la que muchas veces concurría en busca de consuelo. Un relato que nos muestra su concepción de que en realidad no hay un adentro y un afuera separados. No hay hechos externos que no manifiesten algo de lo que somos, él nos habla del destino como todo aquello que no conocemos de nosotros mismos; por lo tanto no hay separación entre nosotros y lo que nos sucede, lo que nos llega a nuestra vida, desde hechos, situaciones, escenas, a vínculos, a las personas con las que compartimos el camino. Nada es azaroso y todo remite a nosotros mismos.

"Frente a esta pared había una pendiente en la que había una piedra empotrada que destacaba un poco –mi piedra. Muy a menudo, cuando estaba solo, me sentaba sobre ella e iniciaba un juego mental que era más o menos lo siguiente: «yo estoy sentado sobre esta piedra. Yo estoy encima y ella está debajo.» Pero la piedra también podía decir: «yo», y pensar, «estoy aquí en esta pendiente, y él está sentado sobre mí». Entonces surgía la pregunta: «¿Soy yo el que está sentado sobre la piedra, o soy la piedra sobre la cual él está sentado?» Esta cuestión me embrollaba siempre, y dudando de mí mismo me levantaba, cavilando acerca de quién era quién. Esto era algo que no estaba claro y mi inseguridad iba acompañada de una sensación de misterio, curioso y fascinante. Era indudable, sin embargo, el hecho de que esta piedra estaba en íntima relación conmigo. Podía permanecer largas horas sentado sobre ella y me sentía embelesado por el enigma que me planteaba." (17) Esta circunstancia relatada por Jung nos recuerda fuertemente el célebre relato de Chuang Tzu que nos cuenta que cierta vez soñó que era una mariposa y al despertar no sabía si era Chuang Tzu que había soñado que era una mariposa o era una mariposa que soñaba que era Chuang Tzu. Así, una vez más, nos vemos arrastrados al mundo de los sueños y la ubicua frontera que para Jung guardan con la realidad ■

## Referencias bibliográficas

1. Jung CG. Recuerdos, sueños y pensamientos. Buenos Aires, Grupo Editorial Planeta/Seix Barral, 2002. p. 17.
2. Jung CG. Recuerdos, sueños y pensamientos. Buenos Aires, Grupo Editorial Planeta/Seix Barral, 2002. p. 19.
3. Jung CG. "Dos escritos sobre psicología analítica". En: Jung CG. Obra completa, Volumen 7. Madrid, Editorial Trotta, 2007. p. 145.
4. Jung CG. Tipos Psicológicos. España, Editorial Sudamericana, 1995. p. 534.
5. Jung CG. "Dos escritos sobre psicología analítica". En: Jung CG. Obra completa, Volumen 7. Madrid, Editorial Trotta, 2007. p. 157.
6. Jung CG. Tipos Psicológicos. España, Editorial Sudamericana, 1995. p. 562.
7. Jung CG. Tipos Psicológicos. España, Editorial Sudamericana, 1995. p. 562-563.
8. Jung CG. Recuerdos, sueños y pensamientos. Buenos Aires, Grupo Editorial Planeta / Seix Barral, 2002. p. 26-27.
9. Jung CG. Recuerdos, sueños y pensamientos. Buenos Aires, Grupo Editorial Planeta / Seix Barral, 2002. p. 28.
10. Jung CG. Recuerdos, sueños y pensamientos. Buenos Aires, Grupo Editorial Planeta / Seix Barral, 2002. p. 29-30.
11. Jung CG. Recuerdos, sueños y pensamientos. Buenos Aires, Grupo Editorial Planeta / Seix Barral, 2002. p. 472-473.
12. Jung CG. Recuerdos, sueños y pensamientos. Buenos Aires, Grupo Editorial Planeta / Seix Barral, 2002. p. 55.
13. Jung CG. Recuerdos, sueños y pensamientos. Buenos Aires, Grupo Editorial Planeta / Seix Barral, 2002. p. 56.
14. Jung CG. Recuerdos, sueños y pensamientos. Buenos Aires, Grupo Editorial Planeta / Seix Barral, 2002. p. 57.
15. Jung CG. Recuerdos, sueños y pensamientos. Buenos Aires, Grupo Editorial Planeta / Seix Barral, 2002. p. 58.
16. Jung CG. Recuerdos, sueños y pensamientos. Buenos Aires, Grupo Editorial Planeta / Seix Barral, 2002. p. 59.
17. Jung CG. Recuerdos, sueños y pensamientos. Buenos Aires, Grupo Editorial Planeta / Seix Barral, 2002. p. 35-36.



# Ensayo sobre el mito de Edipo

Néstor E. Costa

*Doctor en Psicología*

*Vicedecano del Departamento de Psicología de la Universidad Argentina John F. Kennedy*

*Presidente de la Asociación de Formación e Investigación en Psicología Analítica (AFIPA)*

*Profesor Titular de la Universidad Maimónides.*

*E-mail: nestorcosta09@hotmail.com*

Antes de adentrarnos en la temática, quiero aclarar que me ha parecido conveniente que en la medida que el relato vaya transcurriendo, intercalemos en el escrito algunas precisiones, señalamientos e interpretaciones, que en no menor medida se producen a lo largo de su lectura y serán obviamente el colofón de nuestra historia. Pienso que esto puede facilitar su lectura, al entender desde un vamos que todo mito no es más que la puesta en escena, a través de alegorías y símbolos, de las diversas conductas, pensamientos y creencias propias de la naturaleza humana que yacen, a veces en forma silenciosa y en otras no tanto, en el llamado por Jung *inconsciente*

*colectivo*. Es la razón de ser del mito, poner al descubierto nuestra psique más profunda.

Si bien esta leyenda no goza de la tradición del mito del héroe, posiblemente el más extendido universalmente de todos, Edipo, de acuerdo a ciertos autores, podría ser ubicado también como perteneciente al ciclo heroico. En lo que hace al pensamiento de lo que se ha dado en denominar Occidente, su máximo valor se inscribe en un drama clásico y por ende mucho más puntual, tanto en su vertiente épica como trágica. El nombre de Edipo, inmortalizado entre otros autores clásicos por Sófocles y Eurípides, señala indubitadamente al *mito del incesto*.

---

## Resumen

Jung concebía al inconsciente colectivo como sede de los mitos, configuraciones primarias y absolutamente genuinas formas de pensar y sentir de la humanidad. La Leyenda de Edipo o mito del incesto, es una prueba irrefutable de su eterna vigencia. El presente ensayo, es un intento de aportar otra mirada a una historia que nos pertenece a todos por igual. Las situaciones que se desarrollan en este drama, al igual que los personajes que en él intervienen, han de cobrar significación a partir de una interpretación arquetípica y esencialmente simbólica.

**Palabras clave:** Mito - Yocasta - Incesto - Esfinge - Edipo.

ESSAY ON THE MYTH OF OEDIPUS

## Summary

Jung conceptualized the collective unconscious as the locus of the myths, the absolutely genuine and primary patterns of thinking and feeling of humanity. The legend of Oedipus or myth of incest is a irrefutable proof of its eternal validity. The present essay is an attempt to take an alternative look to a history that belong to all of us. Situations that are developed in this drama, like the characters involved in it may charge significance as an archetypal and essentially symbolic interpretation.

**Key words:** Myth - Yocasta - Incest - Sphinx - Oedipus.

to. Leyenda que cobra en la obra de Sigmund Freud un lugar preponderante y central en lo que hace a su teoría y clínica.

Dicha historia cuenta que sobre el personaje central de la misma, Edipo, reinaba una maldición ya antes de nacer. Un oráculo había declarado que el hijo nacido de Yocasta (madre de Edipo) “mataría a su padre”. Según otros trágicos, como Esquilo y Eurípides, se le había advertido a Layo -el padre de Edipo- acerca de la prohibición de engendrar un hijo, dado que no sólo lo mataría, sino que sería el causante de una espantosa serie de desgracias. Como se sabe, Layo, desoyó el consejo.

Según la versión clásica, al nacer Edipo, su padre para que no se cumpliera lo anunciado por el Oráculo, abandona a su hijo en un monte, previo perforarle los tobillos y atarlo con una correa, de ahí que Edipo signifique “pies hinchados”. Pero también se contaba que el recién nacido fue metido en una canasta y arrojado al mar, un mitologema común a distintos personajes clásicos de la antigüedad. En el héroe Sigfrido, las sagas relativas a él, cuentan que fue colocado en secreto en una cuna de cristal la que en un momento determinado de la leyenda cae al río con el héroe dentro, la cuna es arrastrada hasta el mar y luego de algún tiempo queda sobre la arena, de donde Sigfrido es rescatado. Rómulo, quien junto a su hermano Remo son abandonados en una cuna en el río Tíber, hasta que la misma se dio vuelta y encontrándolos una loba, los amamantó. Moisés, nombre que significa “salvado de las aguas”, fue abandonado por su madre adentro de una canasta a orillas del río Nilo. Es decir, el tema involucrado es el del abandono del hijo por parte de alguno de sus progenitores, hijo que con los años se hará famoso por alguna serie de aventuras y sucesos cuyos destinatarios será un pueblo o sociedad determinada.

Volviendo a Edipo, digamos que la leyenda, según la versión de Sófocles, nos dice que al ser abandonado fue recogido por unos pastores, los que sabiendo que su rey Pólipo quería tener hijos, pero no podía, se lo ofrecieron. La vertiente más fidedigna es que su adopción transcurrió en la corte de este monarca, pero que al llegar a la adolescencia, abandona el lugar, sin saber que era adoptado. Es interesante destacar que en este pasaje se destaca otro mitologema clásico, que es el de la adopción y que va ligado al del abandono. Los autores difieren en el motivo de este viaje y al hecho que a consecuencia del mismo, Edipo tome conciencia de ello. Si se cree, que una de las razones habría sido la de ir a consultar al Oráculo de Delfos para saber quienes eran sus padres. Es obvio, en el plano de lo psicológico, la imperiosa necesidad de todos los adoptados de saber que lo son y la de buscar su origen.

Según el drama, Edipo y Layo se encuentran en un camino, se produce una pelea y a consecuencia de la misma, muere Layo, con lo cual se cumple la advertencia del Oráculo. Ahora bien, de acuerdo a esta versión, el encuentro entre Layo y su hijo habría ocurrido al regreso de Edipo de Delfos, adonde el Oráculo le había vaticinado que mataría a su padre y se casaría con su madre. En dicho viaje y luego de la tragedia mencionada, nuestro

héroe llega a la ciudad de Tebas, la cual por esos tiempos estaba siendo asolada por la Esfinge.

### El enigma resuelto desencadena el drama

Debemos tener en cuenta que este monstruo, de acuerdo a ciertos autores era mujer la parte de arriba y león la de abajo; pero según otros mitólogos la esfinge tebana tenía cabeza y pechos de mujer en su parte superior, cuerpo de perro, garras de león, cola de dragón y alas de ave. Este ser híbrido planteaba enigmas a los viajeros y devoraba a los que no sabían resolverlos.

Es dable destacar, que la palabra Esfinge porta en sí la nada despreciable idea de enigma. Según Pierre Grimal (1) solía hacer preguntas y no sólo una, como suele contarse. La más tradicional era: *¿cuál es el ser que anda ora con dos patas, ora con tres, ora con cuatro patas y que, contrariamente a la ley general, es más débil cuanto más patas tiene? Pero a veces hacía otra: son dos hermanas, una de las cuales engendra a la otra y, a su vez, es engendrada por la primera, ¿quiénes son?*

Ya sabemos que la respuesta al primer interrogante que es el que logra resolver Edipo, resultando ser “el hombre”; para la segunda, la respuesta sería “el día y la noche”, dado que en griego la palabra día es femenina, por lo tanto, es la “hermana” de la noche.

Vamos a ver a lo largo de este mito que la Esfinge va a ir cobrando, por lo menos en lo que hace a la mirada junguiana, un valor realmente importante, dado que no será simplemente el monstruo que hace preguntas y que plantea enigmas. Al ser sometido Edipo a la pregunta de la Esfinge y responder bien, el monstruo se habría arrojado a un barranco, matándose. La consecuencia de resolver el enigma no es un dato menor, dado que al librar a la ciudad de este ser, sus habitantes, en agradecimiento, le ofrecieron a Edipo en matrimonio a la viuda de Layo, es decir a Yocasta.

Debemos señalar que en la versión de Sófocles, Edipo ya coronado rey, envía a Creonte, el hermano de Yocasta a ver al Oráculo de Delfos para que éste le diga a qué se debían los males que asolaban a Tebas. Creonte, vuelve con la respuesta de la Pitia. No es ocioso destacar que los oráculos, a lo largo de la historia, han sido un símbolo de la sabiduría ancestral y de la medida con que deben evaluarse los temas importantes. Casi todos los personajes importantes de la antigüedad consultaban a los oráculos, siendo el de Delfos uno de los más famosos.

Volviendo a nuestro relato, digamos que Creonte comunica que según la Pitia las desgracias que se cernían sobre la ciudad - algunos hablan de una gran peste - no cesarían hasta tanto no se hubiera vengado la muerte de Layo, lo que hace que Edipo al escuchar esto, lance una maldición contra el autor de dicha muerte, la que terminará cayendo sobre su propia cabeza.

Si nos detenemos un instante en la lectura de acuerdo al mito, y nos instalamos en el orden interpretativo, es visible que la conducta de Edipo transcurre “prisionera” de su propio inconsciente. Es decir, lo inconsciente en forma “autónoma” lo guía hacia su destino, por

lo que aún deberá desencadenarse el drama final para poder superar dicho apresamiento. No tiene consciencia de ello, está como “ciego” frente a las fuerzas de lo inconsciente.

### El tema de la ceguera en lectura simbólica

Edipo, luego de recibir estas noticias por boca de Creonte, decide interrogar al adivino Tiresias para saber quien había cometido el crimen. Tiresias es un personaje ciego que interviene en variadas aventuras y cuya propia leyenda, nos pone en el camino del estudio simbólico de la bisexualidad humana, de la sabiduría y del destino. Tiresias que conoce todo el drama – por su misma condición de adivino – intenta no responderle.

Según el ya mencionado mitólogo Pierre Grimal, Edipo se da cuenta de esto y piensa que él y Creonte son los culpables. Ambos discuten, por lo que interviene Yocasta la que pone fin a la disputa al poner en duda la clarividencia de Tiresias, señalando que el vaticinio pronunciado no se había cumplido dado que Layo había muerto en una encrucijada a manos de unos bandidos. (Cfr. el mito de Hermes).

Es interesante señalar que lo enunciado por las palabras de Yocasta hacen referencia en lectura simbólico/mítica, de la presencia invisible, pero presente del viejo y multifacético dios Hermes, dado que entre otras cuestiones, era “el señor de las encrucijadas” (2). Toda “encrucijada” es también un enigma a resolver.

Siguiendo la trama, Edipo quiere que le describan el lugar y el carruaje que llevaba el rey, para ello trae testigos a declarar, entre los cuales se encuentra uno de los pastores al que Layo - siendo nuestro personaje recién nacido - lo había entregado al abandonarlo. Al escuchar las distintas historias Edipo comienza a sospechar. Mientras ocurren estos sucesos, llega un mensajero de Corinto para comunicarle a Edipo la muerte del rey de esa ciudad, Pólipo (recordemos que era el rey que lo había adoptado) y que debía volver para ocupar su trono. Entonces, tanto Edipo como Yocasta piensan que la advertencia del Oráculo de que el héroe podía llegar a matar a su padre, parece que no fuera a cumplirse, dado que Pólipo había fallecido de muerte natural y era lógico que su sucesor al trono fuese Edipo. Entonces ocurre algo inesperado, el mensajero como para tranquilizar a Edipo por la muerte de Pólipo, le comunica que dicho rey no era su padre y que éste lo había adoptado, por consiguiente si asumía el trono, no iba a cometer incesto con la mujer del rey muerto, dado que no era su madre natural.

Al oír esta historia de la adopción de Edipo y cómo había sido encontrado por unos pastores, la trama se cierra sobre nuestro héroe. Yocasta, entonces, da cuenta de que su hijo es el que ha dado muerte a su padre y que ella ha cometido incesto.

Según Sófocles, Yocasta ya en conocimiento de lo sucedido se precipita al interior del palacio y se suicida y Edipo se perfora los ojos con un prendedor de su madre. Nuevamente aparece el tema de la ceguera que para la antigüedad clásica y para el Extremo Oriente siempre

tuvo una importancia extraordinaria, dado que la ceguera en los personajes míticos tienen una fuerte vinculación con el fenómeno de la adivinación. En relación a este pasaje de la leyenda, cabría una interpretación hermenéutica acorde con el misterio que siempre ha rodeado a los no videntes.

Propongo, sin por ello dejar de contemplar el autocastigo que el propio Edipo se inflige, que dicho acto podría tener otro sentido.

Si había sido inconsciente de los hechos por él desencadenados, entonces la ceguera que se propicia a sí mismo simbolizaría el pasaje de esa situación de desconocimiento -siguiendo la esencia de la ceguera para la mitología- a la posibilidad simbólica de “ver”, un tomar consciencia a partir de la cual moriría la personificación del héroe para convertirse en vidente y/o adivinador (cfr. La leyenda de Tiresias). Otro ejemplo, es el del poeta Homero, a quien se lo representaba ciego. No es casual que se sostuviera durante la antigüedad clásica, que los ciegos habían contemplado secretos sólo reservados a los dioses.

Por supuesto, el relato de la inmensa mayoría de las distintas versiones relativas a la leyenda que tratamos, finaliza con el tema del cegamiento sin aclarar el porqué del sentido de dicho acto, salvo las lecturas ya conocidas. Arriesgo esta hipótesis en razón no sólo de la ceguera como elemento repetitivo en el mito, sino que en la versión épica del mismo, la muerte de Yocasta no interrumpe el reinado de Edipo, el cual sigue en el trono hasta su muerte. No debemos olvidar que de acuerdo a la tradición, cometer incesto era prerrogativa de los reyes y los dioses.

Según esta misma versión, Creonte, trama una conjura contra Edipo al que considera un usurpador y lo manda a cegar. Es notable y hago notar, la reiteración de este mitologema, el de la ceguera. Volveremos más tarde para ampliar este aspecto.

En cambio, en la versión de los trágicos, Edipo es víctima de sí mismo a consecuencia de la maldición que había lanzado sobre los asesinos de Layo, antes, obviamente, de tomar consciencia de que había sido él quien lo había matado. Como castigo es desterrado de la ciudad y comienza una existencia errante acompañado de su hija Antígona. En este punto, es interesante señalar que simbolizaba el destierro en la antigüedad. El destierro pasaba a ser una suerte de muerte simbólica de la vida colectiva, que era la única importante. Recordemos que la noción de un “yo personal” como se entiende hoy día, era desconocida para las sociedades antiguas. Por lo tanto, el mito nos muestra el castigo máximo con el tema del destierro. Es necesario dar cuenta que el posesivo “yo” como algo del orden de lo “personal”, sin el aditamento de lo colectivo, recién aparece en la evolución en forma tardía, tanto filo como ontogenéticamente. Otro ejemplo válido en este territorio es el semántico, dado que en ciertas lenguas semíticas arcaicas no existía el vocablo “yo” (3). Recordemos que Jung nos alerta que la consciencia actual, la del hombre moderno, es un producto de la evolución y de los entrecruzamientos culturales.

## El tránsito evolutivo y la esfinge como parte de una libido indiferenciada

Si nos situamos en la problemática de la separación del hijo de la madre –como sucede en todos los mitos del héroe y Edipo también lo es- lo que observamos es la posible superación del mundo instintivo/animal. Pero para que ello ocurriera debieron pasar muchos cientos de miles de años. En las series previas al *homo sapiens*, las relaciones incestuosas eran sumamente frecuentes, dado que aún el hombre no había dejado su porción de “animalidad”. En la perspectiva histórica, uniones llevadas a cabo entre parientes de determinadas casas reales fueron bastante frecuentes.

Para Jung, la ley que prohibió el incesto fue la “obligación de domesticarse”. Pero será necesario que volvamos un poco a la Esfinge, que de acuerdo a lo ya señalado, tiene un papel en la leyenda que nos ocupa mucho más importante que el que se le asigna comúnmente.

Si nos basamos en la mayoría de las Esfinges que poblaban el mundo antiguo, las había tanto masculinas como femeninas, incluyendo la muy famosa del valle de los Reyes en Egipto, la cual tiene cabeza humana y cuerpo de animal, lo que nos señala -simbólicamente hablando- el tránsito de la animalidad a lo humano. Ahora bien, alguien podría preguntarse ¿porqué la par-

te humana del sincretismo de dichas figuras se halla en la parte superior? Las respuestas pueden ser varias: a) remiten en forma silenciosa pero elocuente, al origen; b) dicho origen es natural y por supuesto tiene que ver con la materia, con la matriz, con la madre –clarísimo en el mito que nos convoca- c) la simbología se verifica de igual forma, sea el sincretismo hombre/animal o mujer/animal; d) provenimos de un mundo muchísimo más antiguo verificable científicamente, por nuestro material genético.

Los símbolos como la Esfinge, son estructuras hechas por el hombre posiblemente para recordarnos simbólicamente nuestro origen, pero también como formas arcaicas de manifestación de la libido o sea de la energía psíquica, que inicialmente “animal”, evolucionó a través de su sentido finalista hacia lo humano, permitiéndonos a través de la consciencia entrar –precisamente- en el reino del orden simbólico. Cuando hablamos sobre figuras como la Esfinge, nos estamos refiriendo a una protolibido indiferenciada aún y todavía ligada al “alma antropoide” como sostiene Jung. De ahí la necesidad de una mirada antropológica para la comprensión profunda de los elementos que juegan en los mitos. En la leyenda de Edipo, la Esfinge fue enviada por Hera, la esposa de Zeus, que odiaba a la ciudad de Tebas a consecuencia del crimen de Layo (4).





Como ya hemos comentado, planteaba interrogantes a los viajeros -enigmas- los cuales debían ser resueltos; en caso contrario, los devoraba. Sólo Edipo logra resolver uno de ellos, por lo cual se casa con Yocasta cometiendo incesto matriarcal dado que el trono y la mano de la reina viuda pertenecían por derecho a quien liberase a Tebas del monstruo. Tanto Yocasta como la Esfinge se matan, por lo tanto, podrían asimilarse a símiles libidinales.

Veamos un poco la genealogía de la Esfinge. Según algunas vertientes, su madre era Equidna, la que pasaba por ser una figura híbrida, doncella hermosa hasta la cintura y desde allí para abajo una espantosa serpiente que de alguna forma, preanuncia a la propia Esfinge. Ahora bien, si uno toma la línea simbólica de aproximación a estos seres, los mismos se presentan como “dobles”, no sólo la propia Esfinge que como hija de Equidna es “igual como figura”, sino también que la parte superior simbolizaría a la “madre hermosa”, a la cual se ama y de la cual “me enamoro”; la parte restante, la parte “animal”, simbolizaría a la “madre terrible”, en donde se halla el sexo, la cohabitación y el incesto, es decir, “lo prohibido”. Cuando se produce una regresión y si la misma es más o menos intensa, el componente libidinal vuelve a los padres y si se profundiza, activa imágenes arquetípicas, es decir, míticas.

Según Jung, la deficiente facultad de discriminación del estado infantil se debe a que los animales, sea en sueños o fantasías, representan aspectos relacionados con la vida afectiva e instintual, ergo, también atributos de los padres, por lo que éstos pueden aparecer bajo figuras de animales (5).

En mi libro *Jung: un mundo de imágenes y símbolos*, trato el caso Andrés, donde relato un dibujo espontáneo de un chico de doce años (6). Su madre, era el prototipo de lo que Jung conceptualiza como “el arquetipo de la madre terrible”. En la lámina referida, entre otras representaciones que aluden al paciente mismo, la progenitora de Andrés está simbolizada por una serpiente constrictora que intenta devorarlo. Es decir, cuando lo inconsciente es capturado por los aspectos más sombríos, se insinúa como una amenaza, por lo que no es extraño que la energía psíquica genere figuras peligrosas (7).

Continuando con la genealogía de la Esfinge, digamos que su madre, Equidna, también era conocida como “la víbora”. Equidna, a su vez, es hija de la Madre Tierra, Gea. Resumiendo, podríamos decir que arquetípicamente debe verse en Equidna una especie de “madre de todos los horrores”, incluyendo la versión de que Equidna copula con el monstruoso perro Ortro, uno de sus hijos. Por lo tanto, no es casual que la Esfinge también sea producto del incesto.

### Una lectura iniciática del mito de Edipo

Como podemos ver, el tema del “incesto” es muy anterior al mismísimo Edipo. Esta es la verdadera cuestión, el verdadero “eje central”, mitológicamente hablando. Edipo personaje en sí, no es más que un representante sobre el que recae el tema que nos convoca, habida

cuenta que, como figura mitológica, pertenece como ya lo dijéramos también al ciclo heroico.

Tomado desde el punto de vista histórico, Edipo y su drama, pertenecen a un estadio superior de la evolución humana, al contrario de las genealogías que acabamos de relatar, que son anteriores evolutivamente, por la simple razón que representan el componente previo animal e instintivo de todos los seres humanos. Volviendo entonces a la teoría junguiana, el drama de la leyenda se desencadena precisamente porque Edipo contesta correctamente el enigma que le plantea la Esfinge. En otra palabras, el enigma era la propia Esfinge –como bien lo señala Jung- la imagen de la madre terrible que no atemorizó a Edipo (8).

Pero cabría otro agregado iniciático para la comprensión final de la Esfinge, sobre todo si tomamos, por ejemplo, la de Gizah, seguramente la más clásica y famosa de todas las existentes.

Si la misma se observa detenidamente se convendrá en que su posición tiene un sentido particular -contempla el sol naciente- es decir, mira al Este. De acuerdo a Jung, el anhelo de luz es el anhelo por la consciencia, por el conocimiento. El opuesto a luz del día es la noche, obviamente no se refiere a la hora que la luz desaparece para dar paso a la oscuridad nocturna, es decir al fenómeno natural, sino en clave simbólica a la noche psíquica, tanto a la de hace incontable millones de años como a la actual (9). La “noche” entonces donde reinaba y reina lo inconsciente. Edipo, como ya lo dijéramos al inicio de este trabajo, no tenía consciencia que era su inconsciente el que “guiaba”, por así decir, sus actos.

Si esta lectura psicológica es correcta, entiendo que permite una hermenéutica complementaria y de la cual algo ya hemos señalado. La ceguera que se provoca el héroe a sí mismo no sólo es un castigo ante el “horror” del incesto cometido, es un intento desesperado de entrar en otro estado de consciencia, incluso superior a la consciencia vulgar y profana. Me refiero a la ceguera como acto iniciático fundador de buscar la luz, como así fue vista siempre por la antigüedad, tanto en las figuras de los “adivinos” ciegos, como en las escuelas iniciáticas en las cuales se “recreaba” la ceguera como elemento transformador y facilitador para el pasaje de un estado psíquico a otro. En palabras de Jung: *hace incontables milenios que las iniciaciones enseñan el nacimiento a partir del espíritu* (10). Como vemos, este mito nos ha llevado a un territorio aún poco explorado por los investigadores.

Aparentemente el autocastigo que se infringe a sí mismo Edipo surge de la toma de consciencia del hecho, donde el cegarse vendría a ser el horror que sintió ante el acto cometido, una especie de “no querer ver lo hecho”. Pero aquí se agota toda otra interpretación de seguir esta línea. En todo caso, hubiera sido más lógico que se hubiera castrado, dado que es el órgano por excelencia del hecho incestuoso. Al igual que cuando se comete una violación, la “imaginación colectiva” habla sobre la necesidad de castración “real” del sujeto violador. Tampoco nos seduce demasiado el tema de la ceguera como una “castración simbólica”, como si fuera



un pasaje de “abajo” a “arriba”. Válido para la mirada psicoanalítica, donde la preeminencia del componente sexual es notoria. Y si bien la misma puede aparecer como muy “lógica” y comprensible y no la descarto del todo, no me basta. Salvo que el mismo Freud hubiera sido un gran lector del hermetismo y haya aplicado dichos conocimientos a partir de uno de sus lemas clásicos: *lo que está arriba es como lo que está abajo*. Pero dudo de ello, por lo menos desconozco si el creador del

Psicoanálisis tuvo lecturas de ese tipo y si las tuvo, si acordó con ellas.

El orden de lo simbólico es una fuente inagotable de sabiduría. Hace falta para ello hacer uso de una comprensión profunda y recrear, desde diversos espacios de conocimiento la historia grande de la humanidad, a la que también debe ser incorporada -para una mejor conceptualización- una hermenéutica que no se agote en lo meramente personal ■

---

## Referencias bibliográficas

1. Grimal P. Diccionario de mitología griega y romana. Buenos Aires, Paidós, 1982.
2. López Pedraza R. Hermes y sus hijos. Caracas, Festina Lente, 2001.
3. Adler G. “The Ego And The Cycle Of Life”. En: Studies On Analytical Psychology. New York: Putnam’s Sons; 1966.
4. Jung CG. Símbolos De Transformación. Buenos Aires, Paidós, 1977.
5. Costa N. Jung: Un Mundo De Imágenes y Símbolos. Buenos Aires, Centro Editor Argentino, 2006.
6. Costa N. Jung: Un Mundo De Imágenes y Símbolos. Buenos Aires, Centro Editor Argentino, 2006.
7. Herzog E. Psiquis y Muerte. Buenos Aires, Libros del Mirasol, 1964.
8. Jung CG. Símbolos De Transformación. Buenos Aires, Paidós, 1977.
9. Jung, Carl G., Recuerdos, Sueños, Pensamientos, Seix Barral, Barcelona, 1981.
10. Jung CG. “Freud y el psicoanálisis”. En: Jung CG. Obra Completa. Vol. 4. Madrid, Trotta, 2000.

# El espíritu del arte habita en la esencia poética: de C. G. Jung a M. Heidegger

**Jorge D. Montironi**

*Doctor en Psicología Social. Licenciado en Psicología. Poeta y Psicoanalista*

*Miembro de la Escuela de Poesía y Psicoanálisis Grupo Cero Internacional. Miembro de AFIPA Director de ASAMPSCOANÁLISIS*

*Profesor Titular en las Universidades Kennedy, Maimónides e Inst. Form. Téc. Sup. N° 27*

*E-mail: jorge\_montironi@hotmail.com*

## Introducción

Dos grandes pensadores contemporáneos como Carl Gustav Jung, que fuera médico suizo nacido en 1875 y fallecido en 1961 y Martín Heidegger, filósofo alemán nacido en 1889 y muerto en 1976, incursionan en sus vastas investigaciones acerca del arte y la poética sobre dos aspectos que creemos comunes en sus pensamientos

cuales son los temas del espíritu y la esencia humana y que al mismo tiempo hace años perseguimos en nuestros trabajos, bajo el nombre de la transmisión inconsciente en la poesía. Señalaremos entonces en este escrito las articulaciones que encontramos, desplegando en primera instancia puntos clave del magnífico trabajo de Jung

---

## Resumen

Dos grandes pensadores contemporáneos como Carl Gustav Jung, que fuera médico suizo nacido en 1875 y fallecido en 1961 y Martín Heidegger, filósofo alemán nacido en 1889 y muerto en 1976 incursionan en sus vastas investigaciones acerca del arte y la poética sobre dos aspectos que creemos comunes en sus pensamientos cuales son los temas del espíritu y la esencia humana y que al mismo tiempo hace años perseguimos en nuestros trabajos, bajo el nombre de la transmisión inconsciente en la poesía. Señalaremos entonces en este escrito las articulaciones que encontramos, desplegando en primera instancia puntos clave del magnífico trabajo de Jung en *Sobre el fenómeno del espíritu en el arte y en la ciencia* y lo desarrollado por Heidegger en su conferencia titulada *Hölderlin y la esencia de la poesía*.

**Palabras clave:** Espíritu - Poesía - Obra de arte - Esencia - Inconsciente.

THE SPIRIT OF ART LIVES ON THE ESSENCE OF POETRY –FROM C. G. JUNG TO M. HEIDEGGER-

## Summary

Two major contemporary thinkers such as Carl Gustav Jung, Swiss physician who was born in 1875 and died in 1961 and Martin Heidegger, German philosopher born in 1889 and died in 1976, venture in their extensive research on art and poetry on two aspects which are the subjects of the spirit and the human essence and that for years, while pursuing in our work, under the name of the transmission unconscious poetry. Then we shall point out in this article the articulations we find, first deploying the key points of the magnificent work of Jung on *The phenomenon of spirit in art and science* and that developed by Heidegger in his lecture on *Hölderlin and the Essence of Poetry*.

**Key words:** Spirit - Poetry - Artwork - Essence - Unconscious.

en *Sobre el fenómeno del espíritu en el arte y en la ciencia* y lo desarrollado por Heidegger en su conferencia titulada *Hölderlin y la esencia de la poesía*.

Jung pues es quien plantea en este trabajo que: *...la obra de arte, no es un ser humano, sino suprapersonal* (1), es decir parte de lo humano, mas no constituye un criterio personal. Por el contrario, la verdadera obra de arte se libera de las ataduras perecederas de la persona que la llevara a cabo. Tiene vida propia y quiere ser vista como una conformación creativa libre de todo precedente.

Determina así que habría dos tipos de obra poética en función de una suerte de actitud tomada por el creador.

La una, surge como voluntad y decisión del autor de producir intencionadamente un tipo de efecto y no otro. El autor de este modo somete a la materia a un fin determinado y dirigido, planeado, agregando y sacando a su gusto, aunque respetando reglas de un estilo bello. Interviniendo así, el poeta se identifica con el proceso creador y no está cuestionado si el impulso creador lo guía a él, o él lo guía. El es la creación misma y su ser y saber están jugados ahí. Desde una concepción psicológica correspondería a un tipo introvertido, caracterizado por la afirmación del sujeto y el fin perseguido, por sobre el objeto, en este caso la obra de arte, el poema.

La otra, con un tono acabado, que no admite intervención del autor. Que rechaza toda modificación y arreglo, aún con el intento del autor. Así la obra trae su forma final en sí misma. La consciencia sólo contempla a la obra como un fenómeno, extemporáneo a él de manera atónita y vacía, bajo un torrente de ideas e imágenes que su intención jamás hubiese creado, ni su voluntad, producido. Nos dirá Jung, que habla en su obra, su sí mismo, su naturaleza más profunda, que se impone como algo más grande e inalcanzable a la que sólo puede someterse sin más; aspecto que Heidegger llamaría la esencia poética y que más adelante precisaremos. Así, el autor se manifiesta como un verdadero satélite de su obra. Mientras que psicológicamente, este tipo sería el extravertido, dado que se sometería como sujeto-autor a las exigencias de su obra-objeto.

En verdad Jung nos acerca a la idea de que el arte es también sensibilidad ergo subjetividad por lo que señala que: *... el arte es belleza y con eso, se satisface y sustenta a sí mismo. No necesita de sentido. Probablemente el arte no signifique, sino sea* y aquí encontramos otro aspecto en común, el ser tan trabajado por Heidegger.

Por lo mismo, nos advierte Jung que aún esta diferenciación, se plantea la complejidad de que también el poeta identificado con lo creado, de que mencionamos en primer lugar de producción consciente e intencionada, aunque sea mera ilusión subjetiva del artista, también su obra poseería características simbólicas que ingresarían en lo indefinido, sobrepasando la consciencia y el espíritu de la época, pues el lector tampoco puede ir más allá de los límites impuestos a la consciencia del autor por ese mismo espíritu. Por eso Jung señala que: *símbolo, significaría posibilidad e*

*insinuación de un sentido más amplio y elevado, más allá de nuestra capacidad actual de comprensión.*

También el autor nos habla del complejo autónomo y nos señala que el furor divino del artista muestra una peligrosa relación con lo patológico, sin serlo claro está. Nos indica que, se refiere a la obra que se encuentran en statu nascendi (toda forma psíquica que se desarrolla primero de manera inconsciente y que únicamente cuando alcanza el umbral consciente ingresan a éste). Puede percibirse, mas por ser precisamente autónomo, no hay manera de inhibir sus efectos o reproducirlos adrede, bajo un control consciente. En cuanto a lo que denomina complejo creador autónomo, casi no podemos hablar de él en tanto, la obra completa no nos abra una perspectiva hacia su esencia. Entonces, lo que podemos analizar es la imagen elaborada, que nos ofrece la obra, siempre y cuando la reconozcamos como símbolo.

En el caso de que la obra sea abiertamente simbólica, nos dice por sí misma aunque no la descifremos, que algo de su sentido va más allá de lo dicho, tal vez de manera inefable, *el símbolo es siempre un reproche constante a nuestra capacidad de comprensión y empatía.*

El efecto del arte, del proceso creador, radica en que consiste en una vivificación inconsciente del arquetipo, su carácter es numinoso, por lo conmovedor de esa manifestación, es una fuerza mayor a la nuestra propia. A través del símbolo, en la obra acabada, se habla con imágenes primigenias, es decir con la fuerza de los tiempos de la humanidad, placer y dolor plasmados en un sin fin de experiencias en la cadena ancestral. En el mismo sentido dirá Heidegger parafraseando a Hölderlin que lo que queda, lo esencial es la transmisión poética plasmada en la tradición de los pueblos.

De este modo podemos vislumbrar el carácter social del arte, influyendo compensatoriamente en el déficit de las figuras que faltan en el espíritu una época.

Ese anhelo colectivo, a través de la imagen, la acerca a la consciencia, transformándola y haciéndola accesible al hombre actual.

El artista es un educador de su época, la obra de arte nos permite acercarnos a respondernos algo de los estilos y circunstancias de los diferentes movimientos socioculturales vividos. La inadaptación del artista, no es más que su ventaja y así como la unilateralidad consciente en un individuo se corrige por autorregulación vía inconsciente, es decir compensatoriamente, el arte es un proceso de autorregulación gigantesco del espíritu de las épocas y sus circunstancias.

El planteo de Jung, nos indica que la psicología del autor otorga alguna característica de la obra, mas no su íntima propiedad. No hay racionalidad posible que dé cuenta del arte, pues lo irracional es la manera de mantenerse al resguardo eterno de lo inconmensurable del inconsciente. Ya nos aclaró que funciona como un elemento compensador de circunstancias en déficit, del espíritu de la época.

En cuanto al poeta, es claro para Jung, que se trata de una relación inversamente proporcional entre la

obra de arte y quien la produce. Nada de lo personal, hace de la obra, un arte. Por el contrario, el poeta es sobrehumano o inhumano, en un sentido impersonal. Su obra no es él. Su obra, habla por sí misma y lo usa como medio o instrumento de exterioridad, cuanto menos intervenga su personalidad mejor, más arte.

Si hay algo innegable, es que lo producido por el poeta surge de él, de su interioridad y oscuridad inconsciente y como tal la psicología de lo creativo, naturalmente planteado de ésta manera, es femenina, como fuente creadora y productora de vida, que deja a la voluntad consciente y a la consciencia como observadora desvalida, arrastrada por esa fuerza subterránea (2).

Por ejemplo señala: *...No es Goethe, quien hace Fausto, sino que el componente anímico Fausto hace a Goethe, siendo Fausto nada más ni nada menos que un símbolo (3)...*, no una alegoría, ni una metáfora, ni un indicador semiótico que remite a algo conocido, sino a la expresión de un efecto primigenio, vivo en el alma alemana y al nacimiento en el que Johann Wolfgang Goethe, Alemania (1749-1832) colabora, como instrumento del espíritu alemán inconsciente. Lo mismo ocurre con Zaratustra y su autor, el filósofo alemán Friedrich Wilhelm Nietzsche, (1844-1900).

Al decir de Jung, la constitución misma de lo arquetipal, por ejemplo traslucido en la figura del médico, maestro, sabio, hechicero, mago o ilusionista, nos muestran ambas formas de lo paradójico del arquetipo, que conviven en lo inconsciente colectivo, hasta que situaciones más o menos propicias del espíritu de una época, alientan la aparición de alguna de éstas formas.

Es por ello que Jung se pregunta: *... ¿Acaso podría Fausto o Así habló Zaratustra alguien que no fuera alemán? (4)...* Como un Goethe o un Nietzsche, respectivamente. Creemos entender, que esta pregunta está formulada a partir del pensamiento acerca de que lo que desde las sombras inconscientes, guía esta producción escrita, es el espíritu de un pueblo, de un anterior, de una primigenia insistencia por volver a hacer luz (5), o por producirse alguna vez. Aspecto que claramente podremos constatar en el escrito de Heidegger analizando el decir de Hölderlin.

El arquetipo en sí, no participa de un criterio moral, es neutro y numinoso, mas no es ni bueno ni malo. Esta tonalidad, sólo toma este tenor cuando alcanza la consciencia.

De modo que se puede ser noble y diabólico al acceder al desdoblamiento de la personalidad, tal el caso de Fausto de Goethe. Así el poeta se transforma en un instrumento donde la obra sacia necesidades anímicas de un pueblo o de una época y así la obra es superior al poeta y no un destino personal del autor, sea este consciente o no de ello, de modo que podemos entender que tampoco pueda darnos una interpretación propia de su producción. En verdad la interpretación de la obra es para que la hagan otros. En este sentido nos dice Jung que la obra es como un sueño, que no se interpreta a sí mismo ni es jamás unívoco, ni personal.

El secreto de la creación artística, es la mística participativa que tiene con lo primigenio, eso es por lo que

el poeta se dejó atravesar y por lo que los lectores deberían dejarse atravesar, nada de lo individual o personal, sino lo impersonal, lo que toca a todos, eso estigmatiza a la gran obra de arte y a nuestro criterio nos habla de la esencia transmitida.

También Jung nos advierte sobre el fenómeno psíquico que constituye la fuerza creadora poética, manifestación particularísima del espíritu humano, lugar donde nosotros reafirmamos el punto en común entre espíritu y esencia en el arte poético y por ende, como parte del campo de estudio de la psicología. Dice: *El alma es cuna y recipiente de todas las ciencias, así como de toda obra de arte.*

Diferencia claramente dos aspectos. Uno objetivo, la obra de arte en sí, la producción. El otro, el ser creativo, como personalidad. Aunque a pesar de estar íntimamente ligados, el uno no puede dar cuenta racional del otro, pues precisamente lo irracional creativo invade el hecho artístico, desde la atmósfera inconsciente y por siempre permanecerá oculto al conocimiento, pues su carácter es de la misma naturaleza inconsciente e inaprehensible.

Con mayor contundencia quedan delimitados dos modos del poeta, el psicológico de creación, del visionario. El primero, nos señala algo de la experiencia y vivencia de la consciencia humana, algo del orden más familiar, aún para la consciencia general. El segundo se aparece a modo de revelación, su esencia es ajena, desconocida, algo anterior al hombre, más sobrehumano, de naturaleza primigenia, carente de palabras y de imágenes como una visión en un espejo oscuro y paradójico, una suerte de poderosa anticipación presta a manifestarse, tal vez, rebeldías e insistencias del espíritu, algo que todavía no aconteció, oscuro e incomprensible, del orden del símbolo como expresión de una esencia desconocida.

También Jung es muy preciso en señalar que de modo alguno debe confundirse a la obra poética con el autor, en tanto persona.

**La obra constituiría así, un proceso impersonal y creativo, mientras la persona humana, su instrumento de enlace con el mundo.** Una paradoja, que los encuentra en el quehacer poético. Otra muestra de ello es el planteo del alemán Carl Gustav Carus, (1789-1869), hablando de lo que él denomina el genio que habita al poeta, lo muestra apremiado por aspectos inconscientes, como un dios que le dicta al oído y genera en él visiones, sin tener la menor idea de cómo han llegado allí, como transcurren, de dónde vienen ni a dónde van.

Precisamente el poeta y psicoanalista argentino Miguel O. Menassa, (1940), nos lo dice con la propia fuerza de la frase: *Poesía, lo sé, mientras te escribo, dejo de vivir...*

El arte, en el artista moderno, se trate de la poesía o de cualesquiera de las actividades humanas, al no responder a un impulso individual, sino a una corriente colectiva, que naturalmente no tiene origen en la consciencia, sino en el inconsciente colectivo de la psique actual, ejerce influencia en todos los ámbitos culturales.

Martín Heidegger, en el mismo sentido que Jung, afirma que la esencia de la transmisión humana está en el espíritu desplegado por el artista en cada época y en primer lugar señala que el reino de acción de la poesía particularmente, es el lenguaje, por lo que, la esencia de la poesía nos dice, debe ser concebida por la esencia de lenguaje. Aunque al mismo tiempo y paradójicamente en segundo lugar, pone en claro Heidegger, que la poesía, el nombrar que instaure es de los dominios del ser y la esencia de las cosas, por lo que no es un decir caprichoso, sino aquel por el que se hace público, todo cuanto después hablamos y tratamos en el lenguaje cotidiano. Por lo tanto la poesía no toma al lenguaje como un material ya existente. Sino que la poesía misma hace posible el lenguaje. Por lo que nos dirá en su trabajo que la poesía es el lenguaje primitivo de un pueblo histórico, situación que nosotros identificamos con la concepción de la transmisión tradicional del espíritu en Jung y que cobrará diferentes formas según su posibilidad de aparición y aceptación en cada época (*el espíritu de la época*). Entonces, por el contrario, es preciso entender la esencia del lenguaje por la esencia de la poesía. Aquí en la poesía, según el seguimiento de nuestro trabajo, es donde va montado el espíritu del que nos hablaba Jung al comienzo de nuestro escrito.

Nos dirá Heidegger que el fundamento de la existencia humana, es el diálogo con el propio acontecer del lenguaje, mas el lenguaje primordial es la poesía, ese lugar primigenio del que también hablaba Jung, separando la producción artística de la persona, como instauración del ser. Algo que sólo será luego, determina cómo tuvo que ser antes.

Respecto al destacado poeta alemán Friedrich Hölderlin, (1770-1843), cuyas odas, himnos y elegías que se sitúan entre el clasicismo y el romanticismo, y del que se sirve Heidegger, diremos que cuando se tienen pretensiones de manejar el lenguaje se puede correr el peligro que corrió el poeta, volverse loco. Heidegger dice: *la luz era tanta que lo cegó*. Mas es posible notar que Hölderlin, tenía una tendencia manifiesta a controlar el uso del lenguaje, cuando en realidad el tema es dejarse manejar o atravesar por el mismo o al decir de Jung por el espíritu que signará la época. Naturalmente esto no minimiza en lo más mínimo su trabajo, sino que dado nuestro ámbito dentro del campo psicológico, es menester tomarlo en cuenta, sin inocencias y sobre todo teniendo en cuenta lo planteado por Jung respecto al estado de ciertos símbolos en *statu nascendi* a los que nos refiriéramos y que sólo se harán presentes cuando el espíritu de la época los acobije.

Particularmente Jung entiende que existe una cierta pasividad del escritor, de la función mujer como función escritor, (la escritura como femenina), en el sentido de madre creadora, donde algo misterioso de la creación se vincula a lo desconocido, no simbolizable, no representable. La poesía como generadora del poeta, en el sentido en que ésta la que le dará la trascendencia a esa finitud que representa lo humano o la persona del poeta.

Continuando con Heidegger y su análisis de *Hölderlin y la esencia de la poesía* podemos constatar que tomará

algunas palabras guía (6) de éste poeta, para introducirnos en el tema:

1 *Poetizar: la más inocente de todas las ocupaciones* (III, 377).

2 *Y se le ha dado al hombre el más peligroso de los bienes, el lenguaje... para que muestre lo que es...* (IV, 246).

3 *El hombre ha experimentado mucho. Nombrado a muchos celestes, desde que somos un diálogo y podemos oír unos de otros* (IV, 343).

4 *Pero lo que queda, lo instauran los poetas* (IV, G3).

5 *Pleno de méritos, pero es poéticamente como el hombre habita esta tierra* (VI, 25).

Aquí Heidegger se pregunta por qué ha escogido la obra de Hölderlin y no la de otros grandes poetas, en el caso de los helénicos a Homero (s. IX a.C.) a quien se le atribuyen *La Ilíada* y *La Odisea*; o Sófocles (495-405 a.C.) autor de *Antígona*, *Electra*, *Edipo Rey*, entre otras; o el romano Publio Virgilio Marón (70-19 a.C.) autor de *La Eneida*; o Dante Alighieri, Italia (1265-1321), autor de *La Divina Comedia*, entre otros; o Shakespeare o Goethe, en los que, indudablemente, se ha realizado la esencia de la poesía. Cuestionándose si es posible alcanzar la esencia general de la poesía a través de la obra de un autor, y más aún, de algunas frases de ese autor.

Trataremos de encontrar en este análisis de Heidegger, precisamente lo esencial de la poesía, el símbolo de su espíritu al decir de Jung, que nos fuerza a decidir si en el futuro la tomaremos en serio y si nos podremos mantener en sus dominios, en el de la poesía. Pareciera que la poesía de Hölderlin ha sido elegida únicamente porque está cargada con la determinación de poetizar la propia esencia de la poesía (su espíritu). Hölderlin es al decir de Heidegger (7) en sentido extraordinario el poeta del poeta. Y se pregunta si, sólo poetizar sobre el poeta ¿no es la señal de un narcisismo extraviado? Como naturalmente no podemos exhibir cada una de las poesías de Hölderlin en un recorrido completo, tomaremos algunos fragmentos elegidos por el filósofo y veremos qué nos dice acerca de la esencia de la poesía.

En una carta a su madre, de enero de 1799, Hölderlin llama a la poesía *la más inocente de todas las ocupaciones*. Señala Heidegger que tal vez se trate de la poesía que se muestra en la forma modesta del juego. Sin trabas, inventando su mundo de imágenes y quedando ensimismada en el reino de lo imaginario. Este juego se escapa de lo serio de la decisión que siempre de un modo o de otro compromete (8). Poetizar es por ello enteramente inofensivo, como diría Freud como el juego en los niños, sólo que aquí el poeta juega con las palabras. Por lo que desarrollaremos luego, es menester que tengamos en cuenta que esas palabras sobre la poesía parecen ser nada más ni nada menos, que para no asustar a su madre. La poesía es inofensiva. Pero aún no hemos concebido su esencia. Al menos intentaremos indicar por dónde debemos buscarla.

Ciertamente, como anticipamos, la poesía crea su obra en el dominio y con la materia del lenguaje y Heidegger se detiene en la paradoja donde el lenguaje, es el campo del *más inocente de los bienes* y a la vez *el más*



*peligroso de los bienes*, en la segunda frase que eligió de Hölderlin y se pregunta cómo se concilian ambas frases. En qué lugar está la palabra sobre el lenguaje, tal vez en el bosquejo de una poesía que debe decir quién es el hombre a diferencia de otros seres de la naturaleza, se nombran la rosa, el cisne, el ciervo en el bosque. Hay un contraste señala Heidegger, entre el hombre y los otros seres. ¿Quién es el hombre? Aquel que debe mostrar lo que es y eso significa por una parte patentizar y por otra que lo patentizado queda en lo patente que constituye la existencia del hombre. Pero ¿qué debe mostrar el hombre? Su pertenencia a la tierra, a este mundo. Esta pertenencia consiste en que el hombre es el heredero y aprendiz en todas las cosas. A lo que mantiene las cosas separadas en conflicto, pero que igualmente las reúne y a lo que Hölderlin llama intimidad y que a nuestro decir habla en Jung en el símbolo y el espíritu que lo asiste. La manifestación de la pertenencia a esta intimidad acontece mediante la creación de un mundo, así como por su nacimiento, su destrucción y su decadencia.

La manifestación del ser del hombre y con ello su auténtica realización acontece por la libertad de la decisión. Esto es con lo que Heidegger se encuentra en la obra del poeta. La libertad de la decisión, aprehende lo necesario y se mantiene vinculada a una aspiración más alta. El ser, testimonio de la pertenencia al ente en su totalidad, acontece como historia. Pero para que sea posible esta historia se ha dado el habla al hombre. Es un bien del hombre. Pero ¿hasta dónde es *el habla el más peligroso de los bienes*? Es el peligro de los peligros, porque empieza a crear la posibilidad de un peligro. El habla es lo que primero crea el lugar abierto de la amenaza y del error del ser y la posibilidad de perder el ser, es decir, el peligro. Pero el habla no es sólo el peligro de los peligros, sino que encierra en sí mismo, para él mismo necesario, un peligro continuo. El habla nos es dado para hacer patente, en la obra, al ente como tal y custodiarlo. En la obra puede llegar a la palabra lo más puro y lo más oculto, así como lo indeciso y común. La palabra esencial, para entender y hacerse posesión, debe hacerse común. Es por eso que Jung señala que los símbolos pueden ser tan incomprensibles como al mismo tiempo reveladores, según las circunstancias, el tiempo, la época de la que se trate. Algo puede ser comprendido cuando deba serlo. Mientras, será un espíritu errante.

Lo puro y lo común son de igual manera un dicho. La palabra como palabra no ofrece nunca inmediatamente la garantía de que es una palabra esencial o una ilusión. Al contrario una palabra esencial, a menudo toma, en su sencillez, el aspecto de inesencial. Lo que por otra parte da la apariencia de esencial por su atavío es sólo una redundancia o repetición. Así el habla debe mantenerse siempre en una apariencia creada por ella misma, y arriesgar lo que tiene de más propio, el decir auténtico. El habla es su propiedad. Dispone de ella con el fin de comunicar experiencias, decisiones, estados de ánimo. El habla sirve para entender. Como instrumento eficaz para ello es un *bien*.

El habla no es sólo un instrumento que el hombre posee entre otros muchos, sino que es lo primero en garantizar la posibilidad de estar en medio de la publicidad de los entes. Sólo hay mundo donde hay habla, es decir, el círculo siempre cambiante de decisión y obra, de acción y responsabilidad, pero también de capricho y alboroto, de caída y extravió. Sólo donde rige el mundo hay historia. El habla es un bien en un sentido más original. Esto quiere decir que es bueno para garantizar que el hombre puede *ser* histórico y su tradición estará enmarcada por su espíritu al decir de Jung. El habla no es un instrumento disponible, sino aquel acontecimiento que dispone la más alta posibilidad de *ser* hombre. Debemos primero asegurarnos de esa esencia del habla, para concebir verdaderamente el campo de acción de la poesía, a ella misma y su arte. Hagamos resaltar luego, en estos versos, *Desde que somos un diálogo*. Nosotros los hombres somos un diálogo. El ser del hombre se funda en el habla; pero ésta acontece primero en el diálogo. El habla sólo es esencial como diálogo. Lo que de otro modo entendemos por *habla*, a saber, un repertorio de palabras y de reglas de sintaxis, es sólo el primer plano del habla. Pero ¿A qué se llama ahora un *diálogo*? Evidentemente el hablar unos con otros de algo. Así entonces el habla es el medio para llegar uno al otro. Sólo que Hölderlin dice: *Desde que somos un diálogo y podemos oír unos de otros*. El poder oír no es una consecuencia del hablar mutuamente, sino un antes, ese a priori señalado por Jung y materializado en el símbolo que guía oculto al espíritu. Sólo que también el poder oír, en sí, está arreglado sobre la posibilidad de la palabra y necesita de ésta. Poder hablar y poder oír son igualmente originarios (9).

Para Heidegger que somos un diálogo quiere decir que podemos oírnos mutuamente. El diálogo y su unidad es portador de nuestra existencia (10). Hasta que el hombre se sitúa en la actualidad de una permanencia, puede por primera vez exponerse a lo mudable, a lo que viene y a lo que va; porque sólo lo persistente es mudable. Hasta que por primera vez *el tiempo que se desgarrar* irrumpe en presente, pasado y futuro, hay la posibilidad de unificarse en algo permanente. Somos un diálogo desde el tiempo en que *el tiempo es*. Desde que el tiempo surgió y se hizo estable, somos históricos. Ser un diálogo y ser histórico son ambos igualmente antiguos, se pertenecen uno al otro y son lo mismo.

Hölderlin nos dice que: *...desde que somos un diálogo, el hombre ha experimentado mucho, y nombrado muchos dioses. Pero una vez más, importa ver que la actualidad de los dioses y la aparición del mundo no son una consecuencia del acontecimiento del habla, sino que son contemporáneos, consiste en el nombrar los dioses y llegar a ser el mundo en la palabra. Pero los dioses sólo pueden venir a la palabra cuando ellos mismos nos invocan, y estamos bajo su invocación. La palabra que nombra a los dioses es siempre una respuesta a tal invocación. Desde que el tiempo es tiempo, el fundamento de nuestra existencia es un diálogo. La proposición de que el habla es el aconteci-*

*miento más alto de la existencia humana ha obtenido así su explicación y fundamentación...*

Esta palabra forma la conclusión de la poesía. En memoria (11), Hölderlin dice, *Mas lo permanente lo instauran los poetas*. Esta palabra proyecta una luz sobre nuestra pregunta acerca del origen de la poesía. La poesía es instauración por la palabra y en la palabra. ¿Qué es lo que se instaure? Lo permanente. Pero ¿puede ser instaurado lo permanente? ¿No es ya lo siempre existente? Pues no, precisamente lo que permanece debe ser detenido contra la corriente, lo sencillo debe arrancarse de lo complicado, la medida debe anteponerse a lo desmedido. El poeta nombra a los dioses y a todas las cosas en lo que son. Este nombrar no consiste en que sólo se prevé de un nombre a lo que ya es de antemano conocido, sino que el poeta, al decir la palabra esencial, nombra con esta denominación, por primera vez, al ente por lo que es y así es conocido como ente.

Es aquí, donde este mismo decir de Hölderlin nos pone en una posición de desentrañar lo simbólico que expresa en ese decir, el espíritu de su decir, por eso es que Jung señalaba que el poema o la obra hace al poeta o al artista y no el poeta o el artista a la obra.

Así para Heidegger, la poesía es la instauración del ser con la palabra. Lo permanente nunca es creado por lo pasajero, lo sencillo no permite que se lo extraiga inmediatamente de lo complicado, la medida no radica en lo desmesurado. La razón de ser no la encontramos en el abismo. El ser nunca es un ente. Pero puesto que el ser y la esencia de las cosas no pueden ser calculados ni derivados de lo existente, deben ser libremente creados, puestos y donados. Esta libre donación es instauración.

Lo que dicen los poetas es instauración, no sólo en sentido de donación libre, sino a la vez en sentido de firme fundamentación de la existencia humana en su razón de ser. La poesía no es un adorno que acompaña la existencia humana, ni sólo una pasajera exaltación ni un alborotamiento y diversión. La poesía es el fundamento que soporta la historia, y por ello no es tampoco una manifestación de la cultura, y menos aún la mera *expresión del alma de la cultura*.

Que nuestra existencia sea en el fondo poética no puede, en fin, significar que sea propiamente sólo un juego inofensivo. ¿No llama Hölderlin mismo a la poesía, *la más inocente de las ocupaciones*? ¿Cómo se explicamos esto con la esencia de la poesía que ahora explicamos? El primer resultado fue que el reino de acción de la poesía es el lenguaje, como señalamos. Por lo tanto, la esencia de la poesía debe ser concebida por la esencia del lenguaje. Pero en segundo lugar se puso en claro que la poesía, el nombrar que instaure el ser y la esencia de las cosas, no es un decir caprichoso, sino aquel por el que se hace público todo cuanto después hablamos y tratamos en el lenguaje cotidiano. Por lo tanto, la poesía no toma el lenguaje como un material ya existente, sino que la poesía misma hace posible el lenguaje. La poesía es el lenguaje primitivo de un pueblo histórico. Al contrario, entonces es preciso entender la esencia del lenguaje por la esencia de la poesía. El fundamento de la existencia humana es

el diálogo como el propio acontecer del lenguaje. Pero el lenguaje primitivo es la poesía como instauración del ser. Sin embargo, el lenguaje es *el más peligroso de los bienes*. Entonces la poesía es la obra más peligrosa y a la vez *la más inocente de las ocupaciones*. Paradoja de la que se hace eco Heidegger en este análisis de la esencia de la poesía. En efecto, cuando podamos concebir ambas determinaciones en un solo pensamiento, concebiremos la plena esencia de la poesía. Al decir de Jung el arte y la poesía hacen al artista, al poeta en el mismo hacerla de estos. Su obra sólo puede nombrarlos cuando ellos pueden producir la obra, representante de alguna realidad simbólica que transmite el espíritu a través de los tiempos.

*El poeta está expuesto a los relámpagos de Dios. De eso habla aquella poesía que nosotros reconocemos como la más pura...;...esencia de la poesía y que comienza:*

*Es derecho de nosotros los poetas,  
estar en pie ante las tormentas de Dios,  
con la cabeza desnuda.  
Para apresar con nuestras propias manos  
el rayo de luz del padre, a él mismo.  
Y hacer llegar al pueblo envuelto en cantos el  
don celeste.  
Debe partir a tiempo, aquel por el que habla  
el espíritu (12).*

Nunca mejor representado que en estas palabras que cita Heidegger de Hölderlin, el planteo de C. G. Jung. La poesía parece un juego y, sin embargo, no lo es. El juego reúne a los hombres, pero olvidándose cada uno de sí mismo. Al contrario, en la poesía los hombres se reúnen sobre la base de su existencia. Por ella llegan al reposo, no evidentemente al falso reposo de la inactividad y vacío del pensamiento, sino al reposo infinito en que están en actividad todas las energías y todas las relaciones. La poesía despierta la apariencia de lo irreal y del ensueño, frente a la realidad palpable y ruidosa en la que nos creemos en casa. Sin embargo, es al contrario, pues lo que el poeta dice y toma por ser, es la realidad. Así parece vacilar la esencia de la poesía en su apariencia exterior, pero, sin embargo, está firme.

Ciertamente toda instauración queda como una donación libre, y Hölderlin oye decir: *Sean libres los poetas como las golondrinas*. Pero esta libertad no es una arbitrariedad sin ataduras y deseo caprichoso, sino suprema necesidad. La poesía como instauración del ser tiene una doble vinculación. En vista de esta ley íntima, aprehendemos por primera vez de un modo total su esencia, su espíritu.

Heidegger insiste en sobreponer el decir metafórico de Hölderlin en que: *... Poetizar es el dar nombre original a los dioses. Pero a la palabra poética no le tocaría su fuerza nominativa, si los dioses mismos no nos dieran el habla. ¿Cómo hablan los dioses? Y los signos son, desde tiempos remotos, el lenguaje de los dioses. El dicho de los poetas consiste en sorprender estos signos para luego transmitirlos a su pueblo...* Este sorprender los signos es una

recepción y, sin embargo, a la vez, una nueva donación, pues el poeta vislumbra en el *primer signo* ya también lo acabado y pone audazmente lo que ha visto en su palabra para predecir lo todavía no cumplido. La instauración del ser, está vinculada a los signos de los dioses, naturalmente lo señalamos de manera metafórica y no literal. La palabra poética sólo es igualmente la interpretación de la voz del pueblo. Es necesario que el decir del poeta sea interpretado. Así, la esencia de la poesía está encajada en el esfuerzo convergente y divergente de la ley de los signos de los dioses y *la voz del pueblo*; entendemos que los dioses en estas citas están referidos en el sentido de lo supremo del lenguaje, lugar propio del mandato de trascendencia de los pueblos. El poeta mismo está entre aquellos, los dioses, y éste, el pueblo. *Poéticamente el hombre habita esta tierra*. Ininterrumpidamente, y cada vez más seguro en medio de la plenitud desbordante de imágenes, Hölderlin ha consagrado su vocabulario poético, con la mayor sencillez, a este reino intermedio. Esto nos fuerza a decir que es el poeta de los poetas. Este poeta ha penetrado poéticamente el fondo y el corazón del ser con un excesivo impulso. De ahí que insistamos en que el símbolo está presentificado en la esencia, en el espíritu de lo transmitido al decir de Jung.

Así Heidegger plantea que el poeta poematiza la esencia de la poesía, pero no en el sentido de un concepto de valor intemporal. Esta esencia de la poesía

pertenece a un tiempo determinado. Pero no conformándose a este tiempo como algo ya existente. *La esencia de la poesía* que instaura Hölderlin es histórica en grado supremo, porque anticipa un tiempo histórico. Y dirá: *como esencia histórica es la única esencia* (13)... *El tiempo es de indigencia y por eso muy rico su poeta, tan rico que, con frecuencia, al pensar el pasado y esperar lo venidero, se entumece y sólo podría dormir en este aparente vacío*. Pero se mantiene en pie, en la nada de esta noche. Aquí vemos la simbolización como ese vidrio oscuro del que habla Jung cuando no se comprende aún algo en el decir y sin embargo el despliegue del poeta o del artista en general lo nombra a través de su obra hasta que en algún tiempo de los tiempos pase a formar parte de la vivencia de los seres que desentrañan el misterioso modo en que el símbolo lleva adelante la tradición del espíritu humano, una, otra y otra vez por siempre.

Cuando el poeta queda consigo mismo en la suprema soledad de su destino, su trabajo de escribir, entonces elabora la verdad, ese saber inconsciente del que hablamos, que representa un símbolo esencial de la tradición del espíritu de su pueblo y allí en sus versos nombra poéticamente para siempre y en transformación permanente el acontecer del paso transitorio del hombre por la tierra. Paradoja del pasar y no pasar ■

## Referencias bibliográficas

1. Jung CG. "Sobre el fenómeno del espíritu en el arte y en la ciencia". En: Jung CG. Obra Completa Vol. 15. Madrid, Trotta, 1999.
2. Jung CG. "Sobre el fenómeno del espíritu en el arte y en la ciencia". En: Jung CG. Obra Completa Vol. 15. Madrid, Trotta, 1999. p. 95.
3. Jung CG. "Sobre el fenómeno del espíritu en el arte y en la ciencia". En: Jung CG. Obra Completa Vol. 15. Madrid, Trotta, 1999. p. 95.
4. Jung CG. "Sobre el fenómeno del espíritu en el arte y en la ciencia". En: Jung CG. Obra Completa Vol. 15. Madrid, Trotta, 1999. p. 94.
5. Probablemente lo que en Jung conocemos con el nombre de a priori, ese primordial que a todo da origen. (n. del a.).
6. En la conferencia *Hölderlin y la esencia de la poesía*, por Martín Heidegger en memoria de Norberto Von Hellgrath caído el 14 de diciembre de 1916, (n. del a.).
7. Traducción de Samuel Ramos, publicada en: *Martín Heidegger, Arte y Poesía*, esta conferencia de análisis, tomando como parámetro, las cinco palabras-guía de Hölderlin.
8. Término en alemán. *Schuldig macht*.
9. Señalamos en las páginas 85 y 86 una síntesis, de algunas expresiones literales y otras no literales, que reconocen la raigambre de uno de los filósofos contemporáneo más trascendentes como lo fuera Martín Heidegger, aquí en particular sobre algunos decires de Hölderlin. (n. del a.).
10. Término en alemán. *Dasein*.
11. Término en alemán. *Andenken*.
12. Fragmento del poema de Hölderlin.
13. Textual: *como esencia histórica es la única esencia esencial*.

## Bibliografía de consulta

- Freud S. "El poeta y los sueños diurnos". En: Freud S. Obras Completas, Tomo II, 4a ed. Madrid, Biblioteca Nueva, 1981.
- Heidegger M. El ser y el tiempo. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 1991.
- Heidegger M. De la esencia de la verdad. Madrid, Alianza, 2000.
- Jung CG. Sobre el fenómeno del espíritu en el arte y en la ciencia. Vol. 15. Madrid, Trotta, 1999.
- Jung CG. Los arquetipos y el inconsciente colectivo. Vol. 9/1. Madrid, Trotta, 2004.
- Jung CG. Símbolos de transformación. Buenos Aires, Paidós, 1962.
- Jung CG. Simbología del espíritu. México, Fondo de cultura económica, 1998.
- Jung CG. Psicología y Alquimia. Buenos Aires, Santiago Rueda, 1957.
- Jung CG. El hombre y sus símbolos. Madrid, Aguilar, 1979.
- Ramos S. Conferencia traducida y publicada en: Martín Heidegger, Arte y Poesía. 1992.



## *el rescate y la memoria*

### ***Acerca de Psicología de la Demencia Precoz***

Norberto Aldo Conti

La obra que vamos a presentar constituye, a nuestro juicio, el punto inicial de las intersecciones de la investigación clínica entre psiquiatría y psicoanálisis, dicha investigación originada en los albores del siglo XX, es el fruto del esfuerzo de un grupo de psiquiatras que convergieron en el Burghölzli en esa época bajo la dirección de Eugen Bleuler, tema del cual nos hemos ocupado en esta misma sección (Eugen Bleuler y los orígenes de la psicopatología psicodinámica, Vertex 89, 2010, pag. 70-71.)



Eugene Bleuler.

En esta oportunidad nos centraremos en el pensamiento de Jung en torno a este proyecto de investigación que se extendió hasta 1909. En efecto, Jung llegó a Burghölzli en 1900, recién egresado como médico en la Universidad de Basilea, y en sus primeros años recibió entrenamiento con Bleuler, quien dirigió su tesis doctoral, y se ocupó de la lectura de la obra de Freud, entre 1905 y 1909 se desempeñó como Jefe de Clínica del Burghölzli y mantuvo una estrecha relación de trabajo e investigación con Bleuler de la cual dan cuenta obras tan importantes como *Afectividad, sugestibilidad y paranoia* (1906), *Psicología de la Demencia Precoz* (1907), y *Demencia Precoz o el grupo de las Esquizofrenias* (1911). La primera y la tercera publicadas por Bleuler y la segunda por Jung aunque, en su lectura de conjunto se puede ver que forman parte del mismo proyecto al que nos referíamos anteriormente.

Lo que Bleuler enuncia como novedad, sin duda, para el campo de la psiquiatría en 1906 cuando afirma:

*“... la investigación psicológica de la génesis del delirio en la paranoia y en las afecciones paranoides ha comprobado, con toda seguridad, la influencia patológica que ejercen sobre el pensamiento los complejos representativos cargados de afecto que signifiquen, de algún modo, un conflicto interno.*

*“Es, sobre todo, en la patología donde mejor se muestra la posición dominante de la afectividad y su gran independencia de los procesos intelectuales. La efectividad aparece aquí como una propiedad elemental de la psique, que domina todo*



*el cuadro patológico y que modifica a su arbitrio las funciones intelectuales..."*

Solo puede ser comprendido cabalmente luego de la lectura del cap. II de *Psicología de la demencia precoz*, publicado por Jung un año después, titulado *El complejo de tonalidad emocional y sus efectos generales sobre la psiquis* en donde aplica a gran cantidad de pacientes con diagnóstico de demencia precoz el método de asociación de palabras que había conceptualizado anteriormente en un artículo titulado *Estudios sobre la asociación de palabras: Contribuciones a la psicopatología experimental* (1906) llegando a la conclusión de que la forma de asociar y el tiempo de latencia para alcanzar la asociación eran elementos de capital importancia para reconocer la existencia de complejos emocionales que pueden determinar la marcha del pensamiento y las conductas tanto en sujetos normales como en las diferentes patologías mentales y fue allí donde Jung llamó, por primera vez, *complejo* al conjunto formado por la idea y su intensa carga afectiva.

Que esta línea de investigación experimental se alejaba de los métodos ortodoxos de experimentación iniciados poco tiempo antes en el campo de la psicología se desprende de los siguientes fragmentos del prólogo de *Psicología de la demencia precoz* donde dice:

*"Este trabajo es el fruto de tres años de investigaciones experimentales y observaciones clínicas. En vista de la complejidad y magnitud del material, mi trabajo no quiere y no puede pretender ni una exposición completa y definitiva ni una certeza absoluta de los enunciados y de las conclusiones..."*

*"...Lo principal es que yo logre hacer ver al lector cómo llegué, por medio de la investigación psicológica, a ciertos puntos de vista que pienso provocarán nuevas y fructíferas discusiones sobre las bases psicológicas individuales de la demencia precoz.*

*Mis puntos de vista no son las inventivas de una fantasía errante sino pensamientos que maduraron en conversaciones casi diarias con mi estimado jefe, Profesor Dr. Bleuler..."*

*"...Aun un vistazo solo superficial a las hojas de mi trabajo pondrá de manifiesto lo mucho de mi deuda con los descubrimientos brillantes de Freud ... A través de la lectura fijé mi atención en Freud y el primer libro fue casualmente La interpretación de los sueños; a partir de él estudié todos los demás escritos. Puedo asegurar que al comienzo tuve en cuenta todas las objeciones que en la literatura aparecen en contra de Freud pero me dije que solo podía ser refutado por alguien que hubiera hecho un uso repetido del método psicoanalítico y que hubiera realmente investigado como lo hace Freud, es decir, por alguien que hubiera realizado un estudio prolongado y paciente de la vida diaria, de la histeria y del sueño desde su punto de vista. El que no lo hace o no lo puede hacer, que no juzgue a Freud; de lo contrario actuaría como aquellos hombres famosos de la ciencia que se negaron a mirar a través del telescopio de Galileo ..."*

Por otro lado es a partir de las conclusiones alcanzadas por el uso de este método lo que le permitirá alejarse intelectualmente del paradigma naturalista sostenido por Kraepelin y aceptado por el conjunto de la psiquiatría académica en torno a la demencia precoz según el cual ésta se trata de una afección cerebral que se inicia a edad temprana y evoluciona en forma crónica hacia la dementización. A este respecto nos dice, en un artículo leído en Zurich en enero de 1908 y luego publicado con el título de *El contenido de las psicosis*:

*"...El 45% de los enfermos sufre de la enfermedad común y auténtica conocida como demencia precoz. El nombre no es muy apropiado, porque la demencia no siempre es precoz ni hay demencia en todos los casos ... El cuadro clínico es de una variedad increíble; en general, existe una cierta perturbación de los sentimientos, muchas veces hay delirio y alucinaciones. Por regla general, en esta enfermedad no hay hallazgos cerebrales. Aún en los casos del tipo más severo, de larga duración, es frecuente encontrar en la autopsia un cerebro intacto ..."*

*" Resumamos: en cifras redondas, alrededor de un cuarto de nuestros enfermos mentales presentan alteraciones y lesiones más o menos extensas del cerebro, mientras que los tres cuartos restantes tiene un cerebro que en general parece intacto o a lo sumo presenta cambios que no aportan absolutamente ninguna explicación del trastorno psicológico."*

*" Estas cifras son la mejor prueba posible de que un enfoque puramente anatómico de la psiquiatría moderna solo conduce de una manera muy indirecta al objetivo, que es la comprensión del trastorno psíquico ... los internados crónicos de los manicomios, que forman su población estable, corresponden a un 70 u 80% de casos de demencia precoz, es decir, de pacientes que prácticamente no manifiestan cambios anatómicos. Por lo tanto, el camino hacia la psiquiatría del futuro, que debería comprender mejor la esencia del asunto, está claramente marcado: solo puede ser el camino de la psicología. Por este motivo en nuestra clínica de Zurich hemos abandonado por completo el enfoque anatómico y nos hemos dedicado a la investigación psicológica de la enfermedad mental ..."*



Congreso Psicoanalítico Internacional 1911.  
Al centro, Jung y Freud.

No es este el lugar indicado para tratar la compleja relación que unió a Jung y Freud desde su primer encuentro personal en 1907 hasta el último en 1913, pero sí es preciso destacar que la teoría de los complejos afectivos que presentamos hoy en esta sección

tuvo su origen en la atenta lectura de Freud y que la lectura por parte de Freud de este trabajo de Jung le permitió al padre del psicoanálisis confirmar su hipótesis acerca de la represión, concepto central de la teoría psicoanalítica ■

---

## Referencias bibliográficas

- Alexander F. y Selesnick S., Historia de la Psiquiatría, Espaxs, Barcelona, 1970.
- Bercherie, P., Los fundamentos de la clínica. Manantial, Buenos Aires, 1986.
- Bleuler, E., Afectividad, sugestibilidad y paranoia, Paz Montalvo, Madrid, 1942.
- Bleuler, E., Demencia Precoz o el grupo de las Esquizofrenias, Pólemos, Bs. As., 2011.
- Conti, N., "Análisis histórico y epistemológico de la psiquiatría moderna: Terreno social y producción discursiva en los siglos XIX y XX", en *Sinopsis, APSA Revista*, N. 37, Abril, 2004.
- Conti, N., Psicosis Delirantes Crónicas en *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, Vol. XX; Nro. 85, pag.187-199, 2009.
- Conti, N., Eugen Bleuler y los orígenes de la psicopatología psicodinámica, en *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, Vol. XXI, Nro. 89, pag. 70 – 71, 2010.
- Ey, H., Estudio sobre los Delirios, Paz Montalvo, Madrid, 1950.
- Ey, H., Tratado de psiquiatría. Toray, Madrid, 1980
- Jung, C.G., Psicología de la Demencia Precoz, Psicogénesis de las enfermedades mentales/1, Paidós, Buenos Aires, 1987.
- Jung, C.G., El contenido de las psicosis, Psicogénesis de las enfermedades mentales/2, Paidós, Buenos Aires, 1990.
- Lantéri-Laura, G., Los Paradigmas de la Psiquiatría Moderna, Triacastela, Madrid, 2000.
- Stagnaro, J.C., Presentación de Emil Kraepelin en La Demencia Precoz de E. Kraepelin, Ira. Ed. en español, Pólemos, Buenos Aires, 1995.

# Psicología de la Demencia Precoz (1907)

Carl Gustav Jung (1875-1961)

## Capítulo II

### El complejo de tonalidad emocional y sus efectos generales sobre la psiquis

Mis premisas teóricas para una comprensión de la psicología de los dementes precoces están, en principio, agotadas por el contenido del primer capítulo porque, en principio, Freud expresó todo lo que es esencial en sus trabajos sobre histeria, neurosis obsesiva y sueños. De todos modos, nuestros conceptos, elaborados sobre una base experimental, difieren algo de los de Freud y podría ser que el concepto del *complejo de tonalidad emocional* vaya más allá del alcance de los puntos de vista de Freud.

La base esencial de nuestra personalidad es la afectividad. El pensamiento y la acción son, por así decirlo, sólo síntomas de la afectividad. Los elementos de la vida psíquica, sensaciones, representaciones y emociones son dados a la conciencia en forma de ciertas unidades, que son comparables, quizás, con la molécula, si es que se puede arriesgar una analogía con la química.

Por ejemplo: *Encuentro a un viejo amigo en la calle* y en mi cerebro se forma una imagen, una *unidad funcional*: la imagen de mi amigo X. En esta unidad ("molécula") distinguimos tres componentes ("radicales"): *percepción sensorial*, *componentes intelectuales* (ideas, imágenes de la memoria, juicios, etc.), y *tonalidad emocional*. Estos tres componentes están firmemente unidos, de manera tal que si la imagen de la memoria de X sube a la superficie, por regla general suben también todos los elementos pertenecientes a la misma. (La percepción sensorial está representada por una excitación centrífuga simultánea de las esferas sensoriales correspondientes). Por lo tanto se justifica que hable de una unidad funcional.



Carl Gustav Jung

*Una vez, a raíz de la charlatanería indiscreta de mi amigo X, me vi envuelto en un asunto muy desagradable y durante mucho tiempo sufrí las consecuencias.* Este asunto abarca un gran número de asociaciones (se puede comparar con un cuerpo constituido por una infinidad de moléculas). Contiene muchas personas, cosas y eventos. La unidad funcional "mi amigo" es sólo una figura entre muchas. Toda la masa de recuerdos tiene una *tonalidad emocional* definida, un sentimiento vivo de *irritación*. Cada molécula participa en esta tonalidad emocional y por ello siempre lleva consigo esa tonalidad, aparezca sola o junto con otras y es tanto más evidente cuanto más se manifieste su conexión con la situación del complejo.

Una vez observé el siguiente incidente que sirve como ejemplo: había ido a pasear con un señor muy

histórico y sensible. En un pueblo sonaban las campanas de la iglesia (una sonoridad nueva y muy armoniosa). Mi acompañante, que en otras ocasiones disfrutaba mucho de esos repiques, de repente empezó a renegar: que no aguantaba este repugnante repique en tono mayor, que sonaba horrible. Que en resumidas cuentas se trataba de una iglesia horrible y un pueblo poco simpático. (El pueblo es conocido por su ubicación encantadora). Este afecto inapropiado y extraño me interesó y continué investigando. Mi acompañante empezó a insultar al párroco local; como motivo adujo que tenía una barba repulsiva y que escribía una poesía muy mala. Mi acompañante también tenía inclinaciones poéticas. En consecuencia, el afecto surgió de la rivalidad.

El ejemplo muestra cómo cada molécula (el repique, etc.) participa en la tonalidad emocional de toda la masa de ideas (de la competencia poética) que denominamos complejo de tonalidad emocional. Comprendido en este sentido, el complejo es *una unidad psíquica más alta*. Al examinar nuestro material psíquico (por ejemplo con ayuda del experimento de asociaciones), comprobamos que *prácticamente cada asociación pertenece a uno u otro complejo*. Es verdad que resulta difícil verificar esto en la práctica, pero cuando más cuidadosamente lo analizamos, más claramente vemos la relación de las distintas asociaciones con los complejos. No existe duda alguna sobre la vinculación: *la vinculación con el complejo del yo*. En la persona normal, el complejo del yo es la autoridad psíquica más alta. Con esto queremos significar la masa de representaciones que pertenecen al yo, que pensamos que está acompañada por la tonalidad emocional poderosa y siempre viva de nuestro propio cuerpo.

El tono emocional o tonalidad es un estado afectivo, acompañado por inervaciones somáticas. El yo es la expresión psicológica de la combinación estrechamente asociada de todas las sensaciones del cuerpo. En consecuencia, la propia personalidad es el complejo más firme y más fuerte y se mantiene (si la salud lo permite) a través de todas las tormentas psicológicas. Porque las representaciones, que conciernen nuestra propia persona, son siempre las más estables y las más interesantes, o por decirlo con otras palabras, son las que poseen el tono de atención más fuerte. (Atención es, en el sentido usado por Bleuler, un estado afectivo).

### Los efectos agudos del complejo

La realidad se preocupa de que el ciclo pacífico de las representaciones egocéntricas se vea con frecuencia interrumpido por representaciones con fuerte tonalidad emocional, los así llamados *afectos*. Una situación que amenaza con un *peligro* empuja a un lado el juego tranquilo de las representaciones y pone en su lugar un complejo de otras representaciones con tonalidad emocional muy fuerte. El nuevo complejo relega todo lo demás a segundo plano; por el momento es el más *evidente*, porque inhibe por completo a todas las demás representaciones; o permitiendo únicamente *la existencia* de aquellas que *encajen en su situación* y bajo ciertas

circunstancias puede suprimir todas las representaciones que se le enfrentan hasta el punto de la inconsciencia total (momentánea), por fuertes que sean. Posee ahora *el tono* de atención más fuerte. (Por lo tanto no decimos: dirigimos nuestra atención hacia algo, sino que el estado de atención comienza con esta representación).

¿De dónde toma un complejo de representaciones su poder inhibitorio o estimulante?

Hemos visto que el complejo del yo, a raíz de su conexión directa con las sensaciones del cuerpo, es el más estable y el más rico en asociaciones. La conciencia de una situación amenazante provoca *miedo*: el miedo es un afecto, y en consecuencia provoca cambios en el cuerpo por medio de una armonía complicada de tensiones musculares y excitaciones del sistema nervioso simpático. Por lo tanto, la percepción encontró el camino a la inervación somática y de este modo ayudó al complejo asociado con ella a dominar la situación. Durante el miedo se alteran innumerables sensaciones corporales y en consecuencia cambia la mayoría de las sensaciones sobre las que se basa el yo normal. Por lo tanto, el yo normal pierde su tonalidad de atención (o la claridad o su influencia estimulante e inhibitoria sobre otras asociaciones u otros sinónimos). Está obligado a ceder el lugar a otras sensaciones más fuertes conectadas con el nuevo complejo, pero por regla general no desaparece del todo sino que queda atrás como un *yo del afecto*, porque aun los afectos muy poderosos no pueden alterar todas las sensaciones que fundamentan al yo. Como lo muestra la experiencia diaria, este yo del afecto es un complejo débil, muy inferior al complejo afectivo en cuanto a poder de constelación.

Supongamos que la situación peligrosa se resuelva rápidamente: El complejo pronto pierde su tonalidad de atención, dado que las sensaciones corporales reasumen en forma gradual su carácter normal. No obstante, el afecto sigue vibrando por algún tiempo más, tanto en sus componentes físicos como también en los psíquicos; "las rodillas tiemblan", el corazón late en forma excitada, la cara está enrojecida o pálida, "es difícil recuperarse del miedo". De tiempo en tiempo vuelve la imagen del miedo, primero a intervalos cortos, luego más prolongados, cargadas con nuevas asociaciones y evocando olas de los recuerdos del afecto. Esta *perseveración del afecto*, junto con una gran intensidad de los sentimientos, es una de las razones para un incremento correspondiente de la riqueza de las asociaciones. En consecuencia, los complejos importantes tienen siempre una tonalidad emocional fuerte y, a la inversa, los afectos fuertes dejan siempre complejos muy importantes. Esto se debe simplemente a que los complejos grandes abarcan por un lado numerosas innovaciones somáticas y por el otro constelizan muchas asociaciones a raíz de su estimulación corporal poderosa y persistente. En general, los afectos pueden seguir produciendo efectos por tiempo indeterminado (trastornos cardíacos o estomacales, insomnio, temblores, etc.). Sin embargo, desaparecen lentamente; las representaciones relacionadas con el complejo desaparecen de la con-



ciencia y sólo en los sueños se manifiestan de tiempo en tiempo alusiones más o menos enmascaradas. Los complejos continúan presentándose *durante años* en los trastornos característicos que producen en las asociaciones de una persona. Su extinción gradual está marcada por una peculiaridad psicológica general: la prontitud de reaparecer con casi la misma fuerza como resultado de un estímulo similar, pero mucho más débil. Durante mucho tiempo después prevalece un estado que yo llamaría *sensibilidad de complejo*. Un niño que alguna vez fue mordido por un perro da gritos de terror ante la sola vista de un perro a lo lejos. Las personas que recibieron malas noticias abrirán con miedo toda su correspondencia, etc. Estos efectos del complejo, que pueden persistir por mucho tiempo, nos llevan a la consideración de los

### Efectos crónicos del complejo

Aquí debemos distinguir dos tipos:

1. Un efecto que continúa durante un largo período y es producido por un afecto que sólo ocurrió una única vez.
2. Los efectos crónicos que se convierten en permanentes porque el afecto está en un estado continuo de excitación.

El primer grupo está muy bien ilustrado por la leyenda de Ramón Lully, un aventurero galante que había cortejado a una señora durante mucho tiempo. Finalmente llegó la esperada carta que lo invitaba para un encuentro a medianoche. Lully, lleno de expectativas, llegó al lugar señalado y, al acercarse a la señora que lo estaba esperando, ésta abrió su vestimenta y descubrió su pecho destrozado por el cáncer. Este episodio causó tal impresión sobre Lully que a partir de allí dedicó su vida al ascetismo piadoso.

Hay impresiones que persisten toda la vida. Son bien conocidos los efectos duraderos de impresiones religiosas intensas o de experiencias conmovedoras. Los efectos son particularmente fuertes en la juventud. En efecto, todos los objetivos de la educación tienden a implantar complejos duraderos en el niño. La duración del complejo está garantizada por una *tonalidad emocional activa constante*. El complejo se extingue cuando se extingue la tonalidad correspondiente. La persistencia de tales complejos tienen, por naturaleza, el mismo efecto constelizador sobre el resto de las actividades psíquicas como un afecto agudo. Todo lo que le conviene al complejo es asimilado, todo lo demás excluido o al menos inhibido. De ello vemos los mejores ejemplos en las convicciones religiosas. No existe argumento, por trivial que sea, que no se aduzca, con tal que esté *a favor*, mientras que por el otro lado, los argumentos más fuertes y más plausibles *no causan impresión alguna; simplemente resbalan*, porque las inhibiciones emocionales son más fuertes que cualquier lógica. Aun en personas inteligentes, con cultura y experiencia, se observa a veces una verdadera ceguera, una anestesia francamente sistemática, cuando alguien trata de convencerlos,

por ejemplo, de la teoría del determinismo. ¡Cuántas veces observamos que en algunas personas una única impresión desagradable produce un juicio falso imperceptible, que ninguna lógica puede perturbar, por convincente que fuere!

Sin embargo, los efectos del complejo se extienden no sólo al pensamiento, sino también a la acción, que puede ser forzada, en forma permanente, en direcciones bien definidas. Cuántas personas realizan sin pensar los ritos religiosos y toda clase de acciones inmotivadas a pesar del hecho de haberlos superado hace mucho tiempo desde el punto de vista del intelecto.

El segundo grupo de efectos crónicos, en los cuales la tonalidad emocional se mantiene en forma constante por estímulos activos, proporciona los mejores ejemplos de las constelaciones de complejos. Los efectos más fuertes y más duraderos se observan sobre todo en los complejos sexuales, donde la tonalidad emocional se mantiene constantemente, por ejemplo por los deseos sexuales no satisfechos. Una mirada a las leyendas de los santos o a las novelas de Zola, *Lourdes* o *Le rêve*, por ejemplo, nos ofrece numerosas instancias. Sin embargo, las constelaciones no siempre son tan crudas y obvias; muchas veces son influencias más sutiles, enmascaradas por simbolismos, las que invaden nuestros pensamientos y acciones. Remito al lector a los ejemplos numerosos e instructivos aportados por Freud. Freud fija el concepto de la *acción sintomática* como un caso especial de constelación. (En realidad, habría que hablar de "pensamiento sintomático" o de "acción sintomática"). En su *Psicopatología de la vida cotidiana* muestra cómo los trastornos aparentemente accidentales de nuestras acciones (*lapsus linguae*, equivocarse al leer, olvidarse, etc.) se deben a los complejos constelizados. En *La interpretación de los sueños* señala una influencia similar sobre nuestros sueños. En nuestros trabajos experimentales hemos demostrado que los complejos perturban también el experimento de la asociación en una forma regular y característica (formas peculiares de la reacción, perseveración, prolongación del tiempo de reacción, eventual fracaso de la reacción, olvido posterior de las reacciones críticas o postcríticas, etcétera).

Estas observaciones nos ofrecen indicios valiosos para la teoría de los complejos. Al seleccionar mis palabras de estímulo siempre tuve cuidado de emplear en lo posible las *palabras* más comunes del lenguaje diario, con el fin de evitar dificultades intelectuales. Se podría esperar que una persona educada responda "llanamente" al test, pero no es así. Ante las palabras más simples se producen titubeos u otros trastornos que sólo se pueden explicar por el hecho de que la palabra estímulo excitó un complejo. Pero ¿por qué una idea que está asociada estrechamente con un complejo no puede ser reproducida "llanamente" con el complejo? El primer motivo para la obstrucción es la inhibición emocional. En su mayoría los complejos se encuentran en un estado de represión; por regla general, se trata de los secretos más íntimos, que son protegidos con recelos y que la persona no *quiere* o no *puede* revelar. Aun en condiciones normales, la represión puede ser tan fuerte que



la persona tiene una amnesia histórica del complejo, es decir, que tiene la sensación de que surge una idea, una asociación significativa, pero una vacilación vaga impide la reproducción. Tiene la sensación de haber querido decir algo, pero que enseguida se le escapa de nuevo. *Lo que se le escapó es el pensamiento del complejo*. En algunas ocasiones surge una reacción que inconscientemente contiene ese pensamiento, pero la persona misma *anda a ciegas* y sólo el experimentador lo puede conducir al camino correcto. Aun después, la resistencia represiva tiene un efecto llamativo sobre el intento de reproducción. Las reacciones críticas y postcríticas pueden ser afectadas por una amnesia. Todos estos hechos indican que el complejo tiene una cierta posición excepcional comparado con material psíquico más indiferente. Las reacciones indiferentes se producen en forma "llana" y los tiempos de reacción son, en general, muy cortos: *por lo tanto siempre están a mano para ser usados a voluntad* por el complejo del yo. No ocurre lo mismo con las reacciones del complejo. Sólo surgen con esfuerzo, y en el momento de aparecer, muchas veces ya se escapan de nuevo del complejo del yo; su forma es peculiar, a menudo son productos embarazosos y el yo mismo no sabe cómo llegó a ellas; son susceptibles de amnesia inmediatamente después en contraposición con las reacciones indiferentes que tienen, con frecuencia, una gran estabilidad y pueden ser reproducidas sin modificaciones aun después de meses o años. En consecuencia, *las asociaciones del complejo están mucho menos a disposición del complejo del yo que las indiferentes*. De ello debemos deducir que el complejo ocupa una *posición relativamente independiente* en comparación con el complejo del yo; es un vasallo que no se someterá incondicionalmente al dominio del mismo. La experiencia enseña que cuando más fuerte es la tonalidad emocional de un complejo, tanto más fuerte y más frecuente serán los trastornos del experimento. Una persona con un complejo de fuerte tonalidad emocional está menos capacitada para reaccionar en forma "llana" (¡no sólo en el experimento de asociación, sino también a todos los estímulos de la vida cotidiana!), ya que está continuamente impedida y alterada por las influencias incontrolables del complejo. Su *autocontrol* (el control de su estado anímico, de sus pensamientos, palabras, acciones) sufre en proporción con la fuerza del complejo. La intencionalidad de sus acciones es reemplazada cada vez más por errores no intencionales, por torpezas, lapsos imprevisibles, que ella misma muchas veces es incapaz de explicar. Por lo tanto, una persona con un fuerte complejo muestra trastornos intensivos durante los experimentos de asociación; un gran número de palabras-estímulos, aparentemente inocentes, excitan el complejo. A continuación daré dos ejemplos que ilustran lo dicho:

1. La palabra estímulo "blanco" tiene muchas asociaciones gastadas. Sin embargo, el paciente puede reaccionar sólo en forma indecisa con "negro". Para su explicación reproduciré una serie de asociaciones con "blanco": "blanca es la nieve y también la sábana que cubre al muerto". *Hacía poco tiempo que el paciente había*

*perdido a un pariente que quería mucho*. El contraste muy usado "negro" sugiere en forma simbólica lo mismo, es decir, el luto.

2. "Pintar" produce con vacilación la reacción "los paisajes". Esta reacción se explica por las siguientes asociaciones sucesivas: "se pueden pintar paisajes, también retratos, caras... también las mejillas, cuando se tienen arrugas". La paciente, una soltera de cierta edad, que lamenta mucho la pérdida de un admirador, dedica a su cuerpo (como acción sintomática) una atención afectuosa y ha pensado, que al *pintarse*, sería más atractiva. "Uno pinta su cara cuando juega al teatro, una vez yo también actué". Debemos agregar que actuó en el teatro *cuando todavía estaba con ella su admirador perdido*.

Las asociaciones de personas con complejos fuertes abundan en ejemplos de este tipo, pero el experimento de asociación refleja sólo un lado de la vida psicológica diaria. La sensibilidad del complejo se puede también demostrar en todas las demás reacciones psíquicas, como lo muestran los casos siguientes.

1. Una señorita joven no aguanta que se sacuda su tapado. Esta reacción peculiar se puede atribuir a su disposición masoquista. En su juventud, su padre la había castigado con frecuencia en las nalgas, provocando así una excitación sexual. En consecuencia debe reaccionar a todo lo que remotamente se asemeje a un castigo con ira marcada, que rápidamente pasa a convertirse en excitación sexual y masturbación. Una vez, cuando le dije de casualidad: "Bueno, Ud. debe obedecer", entró en un estado de fuerte excitación sexual.

2. El señor Y se enamora sin esperanzas de una señora, que poco después se casa con el señor X. A pesar de que el señor Y conoce hace tiempo al señor X y hasta tiene relaciones comerciales con él, continúa olvidándose de su nombre y en muchas ocasiones tuvo que preguntar a otras personas cuando quería escribir al señor X.

3. Una joven histérica fue atacada de repente por su amante y se asustó especialmente al ver el miembro en erección de su seductor. De esto procede un *brazo rígido*.

4. Una joven me cuenta sin recelos un sueño. Durante el relato *esconde su cara detrás de una cortina, sin motivo alguno y en forma muy llamativa*. El análisis del sueño revela un deseo sexual que explica claramente la reacción de vergüenza.

5. Muchas personas cometen acciones extraordinariamente complicadas, que en el fondo no son otra cosa que el símbolo de un complejo. Conozco una joven que se pasea con frecuencia con un cochecito para niños, porque así la considerarían una mujer casada, como me lo confiesa vergonzosamente. Mujeres mayores solteras usan muchas veces perros y gatos como símbolos del complejo.

Como lo muestran estos ejemplos, el pensamiento y la acción son constantemente alterados y distorsionados por un fuerte complejo, tanto en cosas importantes como en insignificantes. El complejo del yo ya no es, por así decirlo, el total de la personalidad, sino que con él coexiste otro ser, que vive su propia vida y molesta y altera de esta manera el desarrollo y el progreso del complejo del yo, porque las acciones sintomá-

ticas requieren a menudo tiempo y energía a expensas del mismo. Así nos podemos imaginar con facilidad la influencia a la que está expuesta la psiquis, cuando el complejo gana en intensidad. Los complejos sexuales aportan siempre los mejores ejemplos; tomemos, por ejemplo, el estado clásico del *enamoramamiento*. *El enamorado está obsesionado por su complejo*: todo su interés depende de este complejo y de cosas que tienen que ver con él. Cada palabra, cada objeto, le recuerdan a su ser querido (en el experimento: también palabras-estímulos, aparentemente del todo indiferentes, excitan el complejo). Los objetos más triviales son cuidados como joyas de valor inestimable, en cuanto estén relacionados con el complejo; todo su entorno es considerado *sub specie amoris*. Cualquier cosa que no tenga que ver con el complejo simplemente rebota; todos los demás intereses desaparecen, se produce un punto muerto, una atrofia temporal de la personalidad. Sólo lo que tiene que ver con el complejo despierta afectos y es asimilado por la psiquis. Todos los pensamientos y acciones tienden en dirección al complejo; todo lo que no puede, ser forzado en esta dirección es repudiado o es llevado a cabo con superficialidad, falta de afecto y sin cuidado alguno. En la atención de los asuntos indiferentes se producen los compromisos más peculiares; en la correspondencia comercial se deslizan equivocaciones que se refieren al complejo erótico y al hablar se producen trabas sospechosas. El flujo de los pensamientos objetivos se interrumpe constantemente por *invasiones del complejo*, se forman largas *interrupciones del pensamiento* que se llenan con episodios eróticos.

Estos paradigmas bien conocidos muestran con claridad el efecto de un complejo fuerte sobre la psiquis normal. Observamos cómo toda la energía psíquica se dedica por completo al complejo a expensas del resto del material psíquico, que en consecuencia no se utiliza. *Todos los estímulos que no sirven al complejo sufren una degeneración aperceptiva parcial con un empobrecimiento emocional*. El *tono emocional* mismo se convierte en *inadecuado*: trivialidades como cintilas, flores secas, fotos, billetes amorosos, cabellos, etc., son tratados con el máximo afecto, mientras que las cuestiones vitales son muchas veces desechadas con una sonrisa o con una indiferencia completa. Por otro lado, la observación más insignificante que se refiera remotamente al complejo, produce al instante un estallido violento de cólera o pena que puede asumir dimensiones realmente patológicas. (En un caso de demencia precoz puede anotarse: “Al ser preguntado si está casado, el paciente soltó una carcajada inapropiada”, o “el paciente comienza a llorar y se comporta de manera totalmente negativa”, o “el paciente evidencia un bloqueo”, etc.). Si nouviésemos los medios para penetrar en la psiquis de una persona normal enamorada, su comportamiento nos parecería histérico o catatónico. En la histeria, en la cual la *sensibilidad del complejo* es mucho mayor que en una persona normal, casi no disponemos de medios de penetración y nos debemos acostumbrar, con grandes dificultades, a intuir el significado de los afectos histéricos. En la catatonía fracasamos del todo, quizás porque

todavía sabemos muy poco de la histeria.

El estado psicológico del enamoramiento se puede describir como un complejo de obsesiones. Además de esta forma especial de complejo sexual, que he elegido como un paradigma por razones didácticas (es la forma más común y más conocida de un complejo obsesional) existen por supuesto muchos otros tipos de complejos sexuales que pueden ejercer una influencia de igual fuerza. Entre las mujeres son muy comunes los complejos de un amor no correspondido o, en general, sin esperanzas. Aquí encontramos una *sensibilidad del complejo* extremadamente fuerte. Las insinuaciones más leves de parte del otro sexo son asimiladas al complejo y elaboradas, con una ceguera completa para cualquier argumento contrario, por más peso que tenga. Una observación insignificante del adorado es transformada en una prueba subjetiva poderosa de su amor. Los intereses casuales del hombre deseado se convierten en el punto de partida para intereses similares de parte de la mujer: una acción sintomática, que por lo general, desaparece rápidamente cuando por fin tiene lugar el casamiento o cuando cambia el objeto de la adoración. La sensibilidad del complejo también se evidencia en una sensibilidad inusual para estímulos sexuales, que se manifiestan en particular en forma de mojigatería. Aquellos obsesionados por el complejo evitan en su juventud todo lo que les pudiera recordar el sexo: la conocida “inocencia” de las hijas adultas. Están al tanto de dónde está todo y lo que significa, pero su comportamiento da la impresión que no tienen la más mínima noción de las cosas sexuales. Si por razones médicas hay que hacer preguntas sobre este tema, se cree, al principio, pisar un terreno virgen, pero pronto se comprueba que todos los conocimientos están implícitamente presentes, sólo que las pacientes no saben de dónde los obtuvieron. Por lo general, el psicoanálisis descubre detrás de muchas resistencias un repertorio completo de observaciones sutiles y deducciones astutas. Con una edad más avanzada, la mojigatería se vuelve con frecuencia inaguantable o la paciente manifiesta un interés sintomático ingenuo por todo tipo de situaciones naturales, por las cuales uno “ahora se puede interesar, porque ya pasó la edad en que...”, etcétera. Los objetos de este interés sintomático son entonces novias, embarazos, escándalos, y así siguiendo. El olfato de las mujeres mayores para estas cosas es proverbial y disfrazan su curiosidad como “un interés objetivo y puramente humano”.

Tenemos aquí un caso de desplazamiento: *en toda circunstancia, el complejo se debe afirmar*. Dado que en muchas personas el complejo sexual no puede actuar en forma natural, hace uso de caminos indirectos. Durante la pubertad, toma la forma de fantasías sexuales más o menos anormales que alternan, con frecuencia, con fases de entusiasmo religioso (desplazamiento). En los hombres, la sexualidad (si no es vivida en forma directa) se convierte a menudo en una actividad profesional afebrada o en una pasión por deportes peligrosos, etc., o en un capricho extraño (la manía de coleccionar, etc.). Las mujeres se dedican a actividades altruistas que pueden ser determinadas por la forma especial del complejo (se

consagran al cuidado de enfermos en hospitales donde trabajan médicos asistentes jóvenes, etc.), o desarrollan excentricidades peculiares, un “comportamiento afectado y amanerado” que quiere expresar una distinción y una resignación orgullosa. Con estos desplazamientos se suelen beneficiar sobre todo las predisposiciones artísticas. No obstante, existe un desplazamiento muy común, que es el encubrimiento del complejo mediante la *superimposición de un estado de ánimo contrastante*. Con frecuencia comprobamos este fenómeno en personas que tienen que ahuyentar alguna preocupación crónica. Entre ellas encontramos a menudo los mejores bromistas, los humoristas más finos cuyos chistes están condimentados con un grano de amargura. Otros esconden su pena bajo una alegría forzada y convulsiva que, no obstante, hace sentir a todos incómodos, a raíz del griterío y la artificialidad (“falta de afecto”). Las mujeres se delatan por una vivacidad agresiva y ruidosa, los hombres por repentinos excesos de alcohol y otros (también fugas). Se sabe que esos desplazamientos y encubrimientos pueden producir *personalidades dobles reales*, que siempre han despertado el interés de los escritores de inclinación psicológica. (Véase el problema de las dos almas de Goethe y entre los modernos Hermann Bahr, Gorki y otros.) La “personalidad doble” no es una mera frase literaria, sino un hecho científico de interés general para la psicología y la psiquiatría, sobre todo

cuando se manifiesta en forma de una *conciencia doble* o disociación de la personalidad. Los *complejos disociados se diferencian siempre por sus peculiaridades de carácter y estado de ánimo*, como lo he demostrado en un caso correspondiente.

A veces ocurre que el desplazamiento se estabiliza en forma gradual y reemplaza -por lo menos en la superficie- al carácter original. Todos conocen a personas que, juzgados en forma superficial, son muy alegres y entretenidos. Sin embargo, interiormente y a veces hasta en su vida privada, son gruñones malhumorados y taciturnos, que mantienen abierta una vieja herida. Muchas veces, su verdadera naturaleza quiebra de repente esta máscara artificial, la alegría fingida desaparece de golpe y nos enfrentamos con una persona diferente. Una sola palabra, un gesto que toca la herida, revela el complejo que yace en la profundidad de la psiquis. Hay que tener en cuenta estos factores imponderables de la vida emocional antes de aplicar nuestros métodos experimentales crudos a la psiquis complicada del paciente. En el experimento de asociación con pacientes que sufren de un alto grado de sensibilidad del complejo (histeria, demencia precoz), nos encontramos con las exageraciones de estos mecanismos normales; por lo tanto, su descripción y discusión requerirá más que una apreciación psicológica superficial ■