



ARMANDO ROA
ENFERMEDADES
MENTALES
Psicología y Clínica



Editorial Universitaria <http://psikolibro.blogspot.com>

ENFERMEDADES MENTALES
psicología y clínica

*A Natalia Roa Vial
y Armando Roa Vial*

Mis agradecimientos a la Editorial Universitaria, que se interesó especialmente y con insistencia por publicar este libro; a todo su personal por el cuidado puesto en la obra. Agradecimientos muy especiales a María Isabel Smith, Secretaria General de la Clínica Psiquiátrica Universitaria, por su meritorio y arduo trabajo en la revisión de pruebas y sus sugerencias respecto a la ordenación de temas.

A.R.

Armando Roa

ENFERMEDADES
MENTALES

psicología y clínica



Editorial Universitaria

<http://psikolibro.blogspot.com>

© Editorial Universitaria, 1980
Inscripción N° 52.093
derechos exclusivos reservados para todos los países

Texto compuesto con fotomatrices
Photon Times

Se terminó de imprimir en los talleres de

EDITORIAL UNIVERSITARIA
San Francisco 454, Santiago, Chile,
en el mes de mayo de 1981
2.000 ejemplares
Proyectó la edición: *Jessie Cintolesi*

Cubierta: Dibujo de Michelangelo

(Tomado de *I grandi maestri del disegno*)

IMPRESO EN CHILE/PRINTED IN CHILE

<http://psikolibro.blogspot.com>

Las transformaciones de los cuadros mentales y las épocas históricas	9
Nuevas perspectivas diagnósticas e interpretativas en la psiquiatría actual	15
Las perturbaciones de conciencia	29
Algunos caracteres de las alucinaciones	53
Sobre el delirio	71
El trabajo, el juego y el payaseo en el diagnóstico psiquiátrico	95
Psicopatología de la depresión y su referencia a una posible fisiopatología	105
Alcoholismo y psicosis endógenas	131
Alucinosis alcohólica y el mundo de lo funesto	139
Psicosis alcohólica o arquipsicosis	151
Los poderes del alcohol	155
Estudio de aspectos psicopatológicos y clínicos de la epilepsia	169
Carácter epiléptico	207
Formas esquizofrénicas de apariencia neurótica	213

Concepto transcultural de salud y enfermedad	221
Anorexia nerviosa o delirio de belleza	245
El método de investigación clínico-fenomenológico en psiquiatría	283
Mente, cuerpo y psicofármacos	301
Psicopatología del lenguaje	319
Análisis de un caso clínico de agnosia táctil pura	367
Kierkegaard y el problema de la angustia	371
Alcance clínico de la obra de Freud	381
Karl Jaspers	419
Glosario	429

Las transformaciones de los cuadros mentales y las épocas históricas

El velamiento de fisonomía experimentado recién por la vida patológica íntima del hombre, como al parecer ocurrió en épocas de derrumbes de civilizaciones, es un hecho muy inquietante. En efecto, las antiguas esquizofrenias pródigas en síntomas del tipo de las alucinaciones, eidolias, delirios, son ya hoy una rareza y las que aún vemos de ese tipo vienen más bien, salvo excepciones, de medios culturales arcaicos. Los "inventos científicos" y las persecuciones novelescas típicas de paranoicos, prácticamente se esfumaron. La neurastenia, la neurosis de angustia, la neurosis obsesiva, aparecen apenas de vez en cuando y no con la gran frecuencia de hace sólo veinte años. La depresión endógena clásica con sus ideas fatídicas de culpa, condenación, castigo irremediable no se ve; tampoco las manías festivas y delirantes en que los enfermos aparecían con pintorescos disfraces de personajes históricos como rindiéndole homenaje a su perenne significación. Aparece entonces una fisura entre lo que era hasta hace poco la abundante literatura psiquiátrica, y los pacientes con casi nula sintomatología que buscan seguridad y apoyo. Sólo a través de vestigios, de *protofenómenos*, encontramos todavía similitud entre lo viejo y lo nuevo¹.

La esquizofrenia, tal como la observamos ahora, se centra en el desgano para todo, en la falta radical de vocación, en el actuar inoportuno, en la fragilidad y sentimiento de derrota vergonzosa ante peripecias negativas naturales a cualquier existencia, en el monocordismo afectivo, como si lo trivial y lo importante repercutieran en la expresión y en la mímica de la misma manera. En suma, surge como la contraimagen de la eficacia, del coraje a toda prueba, de la flexibilidad afectiva, del actuar ponderado pero incesante, estimadas adquisiciones sumas de lo humano por el mundo moderno.

La paranoia a su vez, se vierte en interminables litigios por derechos o injusticias reales o supuestas y se expresa al final en invalideces corporales, lumbagos, dolores articulares, dolores escapulares, cefaleas, fatigabilidad fácil, parestesias, o se reduce a lo más al delirio de celos. Es como si quisiese

¹Entendemos por protofenómeno, el que, a diferencia del sano, el paciente se quede durante unos segundos en perplejo silencio, cuando le preguntamos por la existencia de alucinaciones, persecuciones, miradas ofensivas de los transeúntes, para decimos al cabo de ese "largo tiempo", que en verdad no experimenta nada de eso.

ser el vivo reflejo de la injusticia reinante o de lo ridículo de la libertad sexual proclamada por la modernidad desde la Revolución Francesa como fundamento de la salud de nuestro género. modernidad que defiende el aborto, el amor libre, la liberación de los homosexuales, la retribución de cada hombre según su capacidad y sus necesidades. En un tiempo que se jacta de esa liberación, no deja de ser curioso al respecto, el que la mayor parte de las alucinaciones auditivas de un esquizofrénico, de un alucinótico (en este caso se trata no de alucinaciones, sino de fantasioeidolias) consistan "en insoportables humillaciones de ser aludido como homosexual". Es el rechazo del psicótico que habla desde lo más profundo de la psique, desde la *protopsique*², que es lo más originario del alma, contra las pretendidas desataduras obtenidas por nuestra edad histórica. El paranoico de conversión, lleno de dolores corporales "sin causa aparente" prefiere "en protesta" no trabajar, antes de hacerlo para una sociedad vuelta entera hacia pseudovalores y aspiraciones vanas.

El neurótico obsesivo, con su manía de controlar posibles desventuras posteriores, lavándose por ejemplo, las manos treinta veces "hasta asegurarse de no dejar posibilidad alguna de tenerlas infectadas", contando el número de las calles "para comprarse la suerte en caso de dar con el trece o el veintiuno",

²La experiencia muestra una psique consciente y una no consciente. En la última se elaboran las creaciones y se resguardan los recuerdos; la designaríamos *protopsique*, para diferenciarla de la *psique consciente reflexiva o neopsique*.

"Proto" es una palabra que entre otros significados apunta a algo así como lo original, lo vivo, lo inquieto, lo fértil por esencia. A la *protopsique* la dinamiza el ímpetu, que le es consubstancial, de crear obras científicas, poéticas, fantasías, ensueños, además de dar curso armonioso a la satisfacción de impulsos y afectos.

La psique consciente activa a la *protopsique* y verifica y afina los productos que aquella le entrega comparándolos, o con los que le muestra la realidad, o con los que ella desearía entregar a la realidad. La conciencia puede ser empañada en su mirada a esa realidad por factores distorsionadores: incomunicación, ideologías, vicios éticos. Este empañamiento aleja a la conciencia, de la objetividad y oscurece los mensajes estimuladores y alentadores que debiera enviar a la *protopsique*. La envidia, por ejemplo, nace de sentirse menos fuerte que otros, en buenas cuentas, más cerca del polo de la muerte que del de la vida. Como la *protopsique* es por esencia pura vida, cuando la psique consciente le comunica que otros engendran cosas más vivas que ella, la precipita en intentos desesperados de acortar distancias, de inventar mundos aparentemente más vigorosos, y que la conciencia ya maltrecha está ávida de aceptar sin crítica, construyendo entonces, como ocurre en los psicóticos, "realidades" sin consistencia.

El estudio de sanos y enfermos parecería todavía apuntar a la existencia de una psique no consciente aún más primordial donde casi se coge experiencialmente la presencia de lo Extraño, de lo Otro, de lo Trascendente. La vida en ese tercer departamento, según nos parece, daría al alma su dirección constante hacia el ser, la resurrección, lo infinito, lo eterno, esta psique madre en contacto con los supremos poderes coincide casi con lo llamado por Ronald D. Laing*, creador de la antipsiquiatría, *mundo espiritual*: "Debemos admitir la existencia fenoménica de un mundo "interior" que va más allá del reino de la imaginación, los ensueños, la vida onírica y aun la fantasía inconsciente. No se me ocurre mejor expresión para designar este ámbito de experiencia que está "más allá" de los alcances de la percepción, el pensamiento, la imaginación,

*Ronald D. Laing. Prólogo al libro "Más allá de la razón" de Morag Coate.

etc., pese a la voz interior que le proclamaba estos soterismos³ como absurdos, ya casi no se ve en los consultorios, quizás mostrando con su desaparición, que ya no es necesario mofarse del supuesto hombre nietzscheano, que quiso desde fines del otro siglo convertirse en Dios del porvenir, en previsor de todo fracaso o mala suerte, pues este tipo de hombre fuerte se ha disuelto a sí mismo en las últimas décadas, arrasado por su propio nihilismo.

La neurosis de angustia, con el apremio físico y psíquico, el miedo al ridículo, la expectación ansiosa, es muy rara, como si ya la eficacia en el conseguir rápidamente las cosas, la necesidad de no hacer lo que otros no hacen para no caer en el ridículo, o el temor a la muerte o la locura, que quebrarían una existencia dichosa y real sólo en este mundo, —de donde el miedo a la muerte o el tenaz deseo de ocultarla—, ya no fueran una creencia profunda del hombre postactual que recién aparece, y que mira de otro modo a la mortalidad, a la ciencia, a la dicha terrena, adivinando de nuevo como posible un Más Allá; por lo tanto ya no sería necesario que la protopsique “inventara” la neurosis de angustia para caricaturizar y ridiculizar valores ya pretéritos.

El depresivo endógeno con su hiperresponsabilidad, sus indecisiones increíbles, su cierre a la esperanza, su ausencia de vibración con la realidad, y la pérdida de amor a todo, salvo al orden (y al orden porque es lo naturalmente bueno y deseable, y no por mera ordenalidad), pareciera una negación extremosa del pasado y del futuro, pues dicho pasado y futuro llegan a carecer en absoluto de influjo para temperar siquiera mínimamente la aguda infelicidad del hoy; la ruptura de los tres momentos del tiempo con la exclusiva vigencia del presente, anonada entonces la esencia de la historicidad. Para el depresivo, el recordar

los sueños, la fantasía, que la de “mundo espiritual” —o sea, el dominio de los espíritus, potestades, tronos, principados, serafines, querubines, la luz.

“Es preciso admitir tal experiencia en nuestro ámbito de significatividad simplemente porque es en esos dominios donde a menudo el esquizofrénico penetra, como ocurrió con la señora Coate, sin guía, ni orientación”.

A dicha morada donde se utiliza la sensibilidad para lo divino, lo angélico, lo humano y lo diabólico, para la Tierra, el Cielo, el Purgatorio y el Infierno, para el más acá y el más allá, para lo alto y lo abyecto, percibir lo cual supera cuanto crea la protopsique, la denominamos a falta de otro término mejor, *primopsique*, engendradora y receptora de lo más originario de lo originario. El despliegue airoso y armónico de las tres esferas: protopsique, neopsique y primopsique es fundamento de una existencia corpóreo-espiritual sana.

Dios no yace al acecho en el inconsciente como diría Frankl; está seguramente en toda la psique y en todo el hombre, pero sólo en su capa más profunda, en el fondo de la *primopsique*, en una morada secreta, en acuerdo a lo expresado por Santa Teresa y San Juan de la Cruz, allí donde no penetrarán ni los ángeles ni los demonios, tendría su aposento íntimo, al cual si el hombre por un privilegio de la Gracia, llega, tiene apenas empañada por un velo, casi una presencia cara a cara, si no lógicamente como la visión reservada con todo esplendor para la vida sobrenatural.

³ Soterismo, Soterología, lo que precave y lleva a la Salvación en el sentido religioso.

la excelencia de su antigua vida o las auspiciosas esperanzas del porvenir, no le es aliciente alguno, sino más bien dantesco contraste que hace más vivo el doloroso agobio del presente; el pasado es algo que para él volvió a la nada, el futuro es la nada; sólo existe en pasmosa inmovilidad el insufrible presente. La historicidad en la que tanto creyeron los modernos, aquí no existe. La depresión endógena es la contraimagen de dicha historicidad del hombre como pura historia.

Los síntomas de la mayoría de las enfermedades mentales parecieran centrarse en la esfera corporal, o sea en la esfera de la materia (dolores, parestesias, invalideces), esfera oscura, casi impenetrable, como si todo un mundo teórico, el de la modernidad, que aspiraban a caricaturizar y ridiculizar con sus síntomas conceptualmente claros las antiguas neurosis y psicosis, ya no lo necesitara porque dicha modernidad estuviera perdiendo su vigencia y aún no aparece un mundo teórico nuevo que exija a su vez nuevos tipos de enfermedades mentales con síntomas similarmente luminosos como lo eran los anteriores.

Si supusiésemos que los cuadros psiquiátricos derivan de lo axial de una época llevándola a su extremosidad para mostrar en espejo, sus aciertos y vicios, debiéramos pensar, que el trasbordo de los cuadros mentales desde la psique al cuerpo, o en otras palabras, a una zona cuyo lenguaje es bullicioso pero no es fácil de entender, equivale a un agazapamiento, o quizás más a un no saber qué es lo que deberían caricaturizar⁴. Ello indicaría tal vez que una época, la que

⁴Las enfermedades psíquicas no son meros reordenamientos exigidos para comunicar algo que entiendan todos como dice el estructuralismo. El hombre aspira a la comunidad, a edificar o destruir junto con los otros, pues aislado, sin haberse comunicado siquiera alguna vez, sería incapaz, incluso de elaborar un lenguaje para sí mismo, de saber cuál es su verdad. Sin embargo, las enfermedades mentales y psicósomáticas quizás no constituyen una manera de crear nuevas formas de comunicación secularizada cuando la hasta ahora habitual se ha tomado inútil, si no una caricatura de un mundo que se desestima y con el cual ya no interesa comunicarse, o una ruptura de las redes de comunicación, o un ansia de soledad; pudieran ser también un llamado de atención, un grito en el desierto. Los síntomas del enfermo se dan, en verdad, en el sano, pero en contextos diversos y tan originales, que los varían fundamentalmente, como les ocurre a los materiales arquitectónicos, que aunque sean idénticos, se prestan para configuraciones plásticas imposibles de confundir; decir en seguida que porque los materiales son homogéneos, todo es en el fondo una sola arquitectura, y "describir" unas ciertas leyes mínimas comunes a cualquier construcción, es descubrir lo descubierto, es una generalización carente de valor, una "entropización" de las palabras, un nihilismo distraído, algo que no ilumina nada. La frase de Lévi-Strauss en "El Pensamiento Salvaje" es demostrativa: "creemos que el fin último de las ciencias humanas no es constituir al hombre sino disolverlo"; nada cambia con agregar a lo afirmado: "y el día en que lleguemos a comprender la vida como una función de la materia inerte, será para descubrir que ésta posee propiedades harto diferentes de las que le atribuimos anteriormente...; hay que esperar a que, por consecuencia de la reducción al nivel considerado superior comunique retroactivamente algo de su riqueza al nivel inferior al cual lo habremos reducido". Es el mundo de lo inerte, con algunas piadosas salvedades, el desierto espiritual profetizado por Nietzsche.

se llamó modernidad, está en trance de posible disolución, sin que se divise todavía el fundamento del mundo nuevo.

Pienso que otro hombre empieza si es que la metamorfosis de la psiquiatría apunta a algo; creo que él, además de guardar el elevado potencial de inteligencia de sus antepasados, debería tal vez discernir mejor el bien y el mal, tener una sola moral, realizar y no sólo pensar lo bueno; poseer, en suma, junto a la ciencia, ojos más abiertos para Dios, lo sobrenatural y el amor. Si la mutación no se orienta en ese sentido, nos retrotraeremos a un hombre viejo, y por primera vez desde las épocas geológicas, la evolución se dirigirá claramente hacia atrás. Mientras surge este ser apenas pensable y el de la modernidad pareciera agonizar con sus ídolos, no cabe todavía clara comunicación; el cambio de los cuadros psiquiátricos es sólo uno de los tantos anuncios de una época distinta; la incomunicación, el desierto en que se mueven los espíritus, la dolorosa soledad, serían el pago necesario de todo giro trascendente, de todo decisivo alumbramiento del ser.

La psiquiatría y la sociología psiquiátrica del momento, influidas por ese estructuralismo y por Freud, creen ver aún en una incontinencia fecal, o en una úlcera gástrica, un medio de comunicación entre el paciente y la sociedad circundante, como si la comunicación no pudiese romperse nunca, o a lo menos se la intentase mantener a toda costa, pues rota ella, según dicen, el enfermo dejaría en cierto modo de ser hombre. Es una hipótesis aventurada, una "abstracción" que muestra poco por lo excesivamente abarcadora, que por explicarlo todo a lo mejor no explica nada; quizás sea una nueva forma de utopía, frente a algo en sí sumamente misterioso, como lo ha vislumbrado Viktor von Weizsäcker. Si se parte de la afirmación de que todo es comunicación, lógicamente se cae en la petición de principio de que cualquier síntoma es comunicación; se da por ya probado lo necesario de probar. El que no pueda romperse jamás el ser-en-el mundo, la comunicación entre los seres humanos, el que no quepa de repente el derecho a hundirse en la soledad absoluta en espera de mejores tiempos, o el que pese a desear comunicarse, no se logre por quiebre de las redes indispensables, nos parece urgido de más serios trabajos clínicos. La pseudocomunicación no es igual a la comunicación, menos supuestos criptogramas psicósomáticos descifrados por el omnipotente psiquiatra, la verdad de cuya interpretación no es verificada la mayoría de las veces ni por una sola palabra de su auténtico emisor, el enfermo.

Nuevas perspectivas diagnósticas e interpretativas en la psiquiatría actual

La psiquiatría actual y dentro de ella la chilena, ha hecho notables avances en el descubrimiento, estudio y reordenación de algunos cuadros psiquiátricos, como las neurosis, las psicopatías, las psicosis endógenas, las epilepsias, lo cual junto con facilitar un diagnóstico precoz, mejora el éxito de la prevención y la terapia. A lo largo de nuestras investigaciones se ha ido poniendo de relieve la importancia de algunos síntomas y de las "atmósferas sintomáticas" de ciertas enfermedades mentales que de algún modo abren una nueva perspectiva de acercamiento a este curioso mundo. Así el enfermo que consulta espontáneamente al médico porque si sale a la calle experimenta sensaciones vertiginosas y palpitaciones, agregando que además de ignorar el motivo lo encuentra vergonzoso y absurdo, padece sin duda una fobia neurótica; en cambio, si le ocurre lo mismo al salir, pero no consulta espontáneamente, o si lo hace, agrega que preferiría mejorarse sólo por lo molesto del fenómeno, pues "le sirve para ejercer la fortaleza y tonificar la voluntad", se trata con gran probabilidad de una fobia esquizofrénica; algo idéntico ocurre en la órbita de las obsesiones.

Avances parecidos se experimentan en la interpretación de cuadros del tipo de la histeria, vistos como nuevas formas de lenguaje, en este caso lenguaje icónico¹, o al revés, como privación absoluta de lenguaje, o aun todavía, como pérdida del "espacio" existente en el normal entre el deseo de enfermar experimentado a veces, y la transformación casi instantánea de ese deseo en un enfermar concreto actual. Como se sabe en el histérico el deseo se vierte de inmediato en enfermedad, la cual tiene sus rasgos peculiares diversos a los de cuadros originados en trastornos endógenos y orgánicos. Le ocurre algo así como al niño pequeño o al anciano que deben transformar en acto el deseo de orinar en cuanto viene, sin que quepa postergar y olvidar la ejecución de dicho deseo. El problema del histérico es la razón por la cual no existe en él la capacidad de postergación, olvido o rechazo de un deseo vehemente. Quizás, si lo primitivo al respecto, es que el ansia de enfermar (para salvar responsabilidades, provocar remordimiento a otros, suscitar cariño) se convierta de inmediato en enfermedad, y lo extraordinario o lo nuevo adquirido por la personalidad a lo largo de su madurez personal

¹ Ya Breuer y Freud veían en la histeria, modo simbólico de traducir conflictos reprimidos.

e histórica, sea la resistencia exitosa o la invulnerabilidad del normal a dichas tortuosas tentaciones².

Hoy se tiende a mirar los síndromes histéricos y aun las enfermedades en general, como "simuladores" pedagógicos³, idénticos a los simuladores usados en la enseñanza de la anatomía, la cirugía, la obstetricia, a fin de poner a prueba el poder de las capacidades imaginarias humanas, para el invento de estados morbosos juguetones⁴: dichos estados tendrían por objetivo ahora, entretener y liberar de vez en cuando al hombre, del aburrimiento que vendrá cuando las computadoras, desempeñando radicalmente el trabajo servil, dejen como tarea ocupar el ocio. No nos aventuraremos por este importante modo de ver el origen de las enfermedades de las épocas próximas, pues ello exigiría una exposición de todo el horizonte cultural inscrito en la medicina, lo cual no es nuestro objetivo.

La esquizofrenia y la metamorfosis de las enfermedades mentales en nuestra época

En el universo de la esquizofrenia hemos abandonado la sacralidad diagnóstica de los llamados síntomas primarios de Bleuler, o de primera clase de Kurt Schneider y Mayer-Gross, para poner el problema en un terreno más acorde con la especie de trasmutación experimentada por los cuadros psiquiátricos a lo largo de la segunda mitad del siglo XX, que coincide con el brusco viraje de la cultura occidental, racionalista y cientifista hasta la víspera de 1914, y más bien nihilista en los años posteriores.

Fenómenos fundamentales orientadores hacia la esquizofrenia pasarán a ser ahora en acuerdo a nuestras investigaciones: el autismo, el desgano, la falta de propositividad vital, el pensamiento derruido⁵, el lenguaje comunicativo y no notificativo, el candor; como resto de los antiguos grandes fenómenos patológicos, persisten: la percepción delirante, las alucinaciones auditivas (que aparecen cada vez menos), el pensamiento en tropel, el "quedar en blanco" con amnesia transitoria de lo pensado en ese momento, y el doble pensamiento simultáneo, o sea, un pensamiento silencioso o en forma de voz interna respecto a algo,

²En los pueblos primitivos las enfermedades por sugestión, autosugestión o aun por el mero creerse con un cuadro mórbido, son extraordinariamente frecuentes.

³*Les Sciences de la Folie*. Travaux publiés sous la direction de Roger Bastide. Ecole Pratique des Hautes Etudes. Sorbonne. 6^{me} Section: Sciences Economiques et Sociales. Publications de Centre de Psychiatrie Sociale sous la direction de H. Baruk, R. Bastide, C. Morazé. Paris, Mouton, La Haye. 1972. Library of Congress. Catalog N° 76-161499, Roger Bastide: Introduction. Pg. 15-16.

⁴¿Se piensan las enfermedades del futuro, como una versión más dramática del antiguo juego de niños, al médico y al enfermo?

⁵En el lenguaje del paciente: desconcentración.

cuyo contenido afirmativo es inmediatamente negado por otro pensamiento, y que una vez aceptado éste, es negado por el primero, y así en angustioso vaivén. Incluso en los casos cada vez más raros, en que se dan aquellos síntomas de los textos clásicos: robo de pensamiento, pensamiento impuesto, voces dialogadas que comentan actos del enfermo, percepción delirante, sin duda casi patognómicos de la esquizofrenia, la psiquiatría nuestra cree haber encontrado, que si se dan acompañados de propositividad vital, no apuntan hacia la esquizofrenia, sino más bien hacia la psicosis epiléptica lúcida; sólo en ausencia de propositividad vital (y no racional), aseguran el diagnóstico primitivamente sospechado.

Por otra parte, se ha separado de la esquizofrenia procesal como subespecie con relativa autonomía y buen pronóstico, la llamada esquizofrenia reactiva, que lógicamente nada tiene de parecido con la llamada reacción esquizofrénica de los autores norteamericanos, que es sólo en éstos un nombre y una perspectiva más dinámica para designar a la esquizofrenia procesal de Jaspers y Bleuler.

Quizás si valgan la pena dos palabras sobre lo entendido por intelección derruida, desgano y angustia endógena, en nuestra psiquiatría, dejando de lado, en honor a la brevedad, el concepto de autismo, que tampoco coincide con el de Bleuler, Minkowski y otros.

La intelección derruida

La intelección derruida esquizofrénica llamada por los pacientes desconcentración, a diferencia de las otras desconcentraciones, se caracteriza en lo esencial porque aun concentrándose largo rato, las palabras de una frase, o las frases de una oración, se siguen viendo como entidades sueltas, separadas, sin conexión de sentido entre sí; la persona no coge el enlace existente entre el alcance real y el metafórico, o entre el significante y el significado dentro del signo o la frase. Por otra parte, la inteligencia resbala sobre los conceptos sin traspasar su superficie; palabras y conceptos se han petrificado y su intimidad es inadivisible. No es entonces verdadera falta de concentración por distraerse con preocupaciones, pensamientos o imágenas diversas, como ocurre en el agotamiento, en la somnolencia, en la manía, o en la exacerbación de apetencias, sino al contrario, es un esforzarse denodadamente por coger el alcance de algo sin lograrlo y por lo tanto sin poder memorizarlo, salvo que se haga mecánicamente. No es desconcentración, es concentración fracasada.

El desgano

En el desgano, a diferencia de la apatía y de la hipobulia, hay grave merma de la atracción fascinada por algo y en consecuencia merma de fuerza motriz impeniente a la conquista de ese algo. La voluntad desearía querer, pero aquello que

verdaderamente enriquecería la personalidad, aquello por lo que vale la pena dejarse fascinar. es siempre necesitado de esfuerzo, sacrificio y perseverancia, y aquí en la esquizofrenia no resulta atractivo, no mueve la gana, porque el peso del esfuerzo supera al del atractivo. La persona se alegraría tal vez si la gana, si la fascinación por una carrera, por una empresa, brotase, pero ella persiste dormida, o se esfuma ante el primer escollo. Sólo cabe lo rutinario, lo estereotipado, lo que sin penosidad excesiva crea una atmósfera grata: música, cine, televisión, amorios deletéreos, matrimonios sin perspectivas. El deseo y aun la decisión pueden encontrarse intactos, pero falta la gana (lo fascinador, lo creador de un mundo) para ejecutarlo. Uno de los modos de darse el desgano es el aburrimiento radical constante ante todo, y frente al cual sólo hay salvación a través de la marihuana, las anfetaminas, el alcohol, que restituyen pasajeramente su atractivo a la existencia y su completud aparente a la persona.

En la hipobulia y abulia más propia de las psicopatías y decaimientos orgánicos iniciales, no hay deseo o capacidad de decisión para responsabilizarse por algo, aun cuando a veces haya ganas de hacerlo. En general, disminuida la voluntad, disminuye la gana, no así siempre a la inversa. Por cierto, un desgano permanente en asuntos vitales para el destino, no cabe confundirlo con un desgano transitorio frente a tareas de poca importancia.

La apatía

En la apatía, notoria en los deterioros de los alcohólicos, se hacen las cosas por deber, o si se quiere por interés, pero sin resonancia afectiva; alegría y tristeza no asoman o lo hacen pálidamente sin contagiar a nadie. Tal apatía para emprender tareas se da muchas veces paradójicamente asociada a labilidad de las emociones, y así el paciente llora o siente un nudo en la garganta ante la presencia oída, vista o recordada de cualquier incidente banal penoso. No confiesa falta de ganas, salvo mal uso de la palabra; muestra más bien indiferencia sosegada ante la mayoría de las cosas.

La angustia

La angustia endógena irrumpe como aparentemente gratuita, no ligada a nada, al revés de la neurótica derivada —aunque en el fondo así no sea— de un miedo a la enfermedad grave, a la locura, a la muerte o a la culpa, ya de la propia persona, ya de sus íntimos.

Intencionadamente no nos detenemos en este componente capital del ser humano sano y enfermo pues exigiría largos esclarecimientos ajenos al propósito de este trabajo. La angustia neurótica y psicótica sólo se ilumina previa mi-

rada a la angustia normal que llamamos también angustia antropológica, lo cual no prejuzga respecto a su origen, curso y destino, como si ocurre en cambio con la denominada angustia existencial, que de un modo y otro se fundamenta en los análisis de Kierkegaard o en la fenomenología del ser, de Heidegger. Las opiniones freudianas y neofreudianas, sobre la angustia, fundadas en el trauma del parto, en el complejo de Edipo, en el miedo a la castración, etc., merecen serios reparos. Desde luego, a nuestro juicio, la aceptación casi universal del complejo de Edipo por el Occidente del siglo XX será uno de los problemas que intrigarán a los historiadores futuros, como hoy nos intriga el que los hombres medievales creyeran en las inverosímiles hazañas de los caballeros andantes. Basta leer el Edipo Rey de Sófocles para darse cuenta que jamás a los griegos se les ocurrió cosa parecida; al contrario, consideraron ominosa crueldad del hado la singular suerte de Edipo.

En todo caso es necesario decir dos palabras más sobre los modos de darse de la angustia.

La angustia endógena, a diferencia de la neurótica, aparece "sin motivos claros" ante el enfrentamiento diario de la realidad entera, que pareciera despojarse de repente de su familiaridad habitual, mostrándose despiadada, dura, peligrosa, desconfiable, insegura. Así el esquizofrénico se angustia a ratos, o pasa angustiado, sin saber bien por qué en concreto; es como si las personas, las cosas o él mismo hubieran experimentado un cambio indefinible o se sintiera en peligro de hundirse, o sencillamente se angustiara por nada, y fuese más bien la angustia misma la provocadora de ese estado íntimo de cohibición, de miedo, de cobardía. En el depresivo endógeno las tareas cotidianas antes abordadas sin esfuerzos mayores, se vuelven ahora penosas, difíciles, teme entonces ser juzgado por los demás como torpe, insípido, sin chispa, venido a menos. Desde que abre los ojos en la madrugada y mira el día entero por delante descamado, exigente e inmisericorde, se angustia mortalmente, angustia que va cesando a medida que las horas quedan atrás y se acerca el atardecer y la noche, que ya no muestran una realidad maciza a abordar, sino la deliciosa nada del sueño.

En las neurosis de angustia, al contrario, aparece vinculada a una posibilidad concreta: el probable accidente ocurrido a alguien retrasado, la infección casi segura si no se lavan las manos varias veces; el anuncio de un infarto cardíaco ante cualquier tipo de molestia precordial, etc.

En ambos casos, los endógenos y los neuróticos, la angustia está lógicamente ligada a motivos, pero en los primeros es necesario descubrirlos y precisarlos pues el enfermo no entiende por qué las cosas pueden presentarse ahora de una manera tan extraña; a los segundos en cambio, se les aparece más bien lógico el temor: ¿si alguien se atrasa, es totalmente absurdo pensar en un atropello?; ¿si hay microbios en el ambiente, no es más seguro lavarse las manos, en vez de la intranquilidad de una infección posible?

La angustia normal también aparece ligada a motivos comprensibles, pero

no es tan difícil su alejamiento gracias al trabajo, la compañía de amigos, o cualquier tipo de distracciones.

Es innecesario recordar que la angustia se expresa de variadas maneras, como ya lo vieron los clásicos, y no sólo como sensación de zozobra, de inquietud, de desasosiego; hay angustia en el comer y beber excesivo, en el hablar incesante, en el aburrimiento, en la imposibilidad de gozar de la intimidad de la casa y tener que lanzarse presurosamente los fines de semana a donde sea, y a veces, con la compañía que sea.

Lo endógeno del alma

Estas y otras investigaciones nos han obligado a la delimitación precisa o al rescate de antiguos y nuevos conceptos, entre ellos el de la endogeneidad introducido sagazmente por Moebius y usado extensamente por Kraepelin, Wernicke, Jaspers, Kretschmer, Kurt y Carl Schneider, Conrad, Mayer-Gross. Dicho concepto aludía en la vieja psiquiatría al parecer, a algo constitucional o hereditario, que distorsionaba la vida normal irrumpiendo desde el *grund* (fondo) psíquico. Por supuesto, no todo lo hereditario, verbigracia el corea de Huntington, era endógeno. Endógeno sería no lo que quebraba las grandes disposiciones psíquicas: memoria, inteligencia, conciencia, sino sólo lo que perturbaba el armonioso y fructífero juego entre ellas. Sin embargo, al mostrarse en primer plano la desconcentración, el desgano, la pérdida de la propositividad vital, como núcleo parcial o total de la esquizofrenia, enfermedad endógena típica, la noción de endogeneidad únicamente podría salvarse si se la interpretaba ahora como el poder configurador de algunas mentes para reedificar un nuevo y ordenado mundo psíquico con los restos del llamado mundo normal. Así el esquizofrénico drogadicto aparecerá ahora sumido en lo suyo, en señal "positiva" de protestar contra el ruinoso pero aún firme orden social establecido; en vez de trabajar se asociará a pandillas de vagos, de amantes del cine, de la música, de la conversación intelectual, porque "esto es lo propio de un hombre libre"; en las obsesiones, pensamientos en tropel, pensamientos "hechos", influjos telepáticos, persecuciones, verá "algo útil", pues para defenderse se ve obligado a "ejercitar y fortificar su inteligencia y personalidad, lo cual es siempre beneficioso". La rápida metamorfosis de los cuadros psíquicos obliga hoy a una más nueva definición de la endogeneidad, pues no todos los esquizofrénicos se desconcentran o desganan, y lo que más llamaría la atención como término medio es su existencia vaporosa, insubstancial, pese al aparente colorido, vida y aun profundidad de varios de ellos. Lo ocurrido es que se ha producido ahora en el esquizofrénico una abismante disociación entre apariencia y realidad de su ser, en cuya virtud, visto en la calle, en el restaurante, en la conversación corriente, su normalidad psíquica es, si así cupiese decirlo, irrefragable; sus parientes y amigos sólo perciben una dejadez, una irresponsabilidad, o una indolencia, no mostrada hasta entonces, pero "que

bien puede ser mera consecuencia de la edad, de un traspie sentimental o económico". Sólo la perspicacia clínica logra poner al desnudo la vacuidad de aquella alma. El mismo depresivo endógeno, sumido en un abismo infernal, es para sus allegados apenas "una persona víctima de una neurastenia o de una brusca cobardía ante desagradados habituales en la vida", a quien se incita a vencer su desidia a través de consejos, paseos o viajes, sin percatarse de la profundidad en que se desarrolla el drama, nada menos que el de la pérdida de razón de ser de la vida y de cuánto existe, o sea la abolición de uno de los primeros principios del pensamiento, señalado por Leibnitz, el principio de razón suficiente, que justificaría la primacía del ser sobre la nada.

Endogeneidad apunta entonces a cuadros donde se da franca disociación entre apariencia relativamente normal y realidad de fondo patológica, entre conducta, o sea lo medible y mostrable y auténtica realidad, o sea, el fuego íntimo proyectivo y creador. Endogeneidad es en suma la nueva capacidad del alma para vivir en lo inverosímil como si fuese su tierra natal. Puede a un esquizofrénico no agradaarle en absoluto el desganamiento, la intelección perdida, la angustia, como tampoco agrada a un normal una pesadilla, pero acepta su presencia con la misma naturalidad con que el soñante acepta la visita de un fantasma. Es esta naturalidad sufriente la que asombra al médico.

La enfermedad como lenguaje

La psiquiatría contemporánea tiende a ver en las enfermedades y sobre todo en las enfermedades mentales, una forma lingüística arcaica de expresar desvalimiento individual y petición de socorro. La enfermedad sería a la manera de los jeroglíficos, un lenguaje icónico, a base de imágenes plásticas, cuyo sentido el médico y la sociedad descifrarían en cada caso. Tomás Szasz ha llevado tal postura al extremo. Jacques Lacan, freudiano y estructuralista, en una línea algo distinta pero más radical, asegura que el lenguaje no es sólo la estructura última del hombre, sino que habla a través de él; la palabra usa al hombre y no el hombre a la palabra. Lo sano y lo patológico son simples variaciones del habla. Las palabras como las imágenes del Ello se constituyen autárquicamente y son más radicales para Lacan, si eso cabe, que las antiguas imágenes freudianas, ya que las últimas sería apenas modos primitivos de darle concreción tangible al signo lingüístico.

El peligro de convertir la enfermedad, la salud, la moda, el arte y todas las cosas en lenguaje, es caer en una generalidad tan vasta, que al final no esclarezca nada. Sin duda, la histeria, la esquizofrenia, la paranoia, traducen disconformidad, sufrimiento, protesta, y es preciso conocer la realidad originante de la protesta y la realidad de quien protesta; es esa realidad la necesaria de verter en lenguaje para comprenderla en busca de solución, pues el lenguaje es la manera como el ser se hace comprensible al hombre, es la morada del ser como diría Heidegger, su luz, pero no el ser mismo. La palabra trae su claridad desde el ser donde brota

y se vuelve enseguida hacia él como un espejo para devolverle la claridad que le prestó, haciéndolo ahora patente a la mirada. Hay lenguaje en la medida que lo habita el ser, pero no como casa desalojada. El hacer de la enfermedad un conjunto de palabras icónicas, jeroglíficos, sin un substrato entitativo que sería el que enferma, el que rellena el mensaje de auxilio, es una vuelta al nominalismo de Guillermo de Occam y sus sucesores, cuyo reinado en la ciencia europea a partir del siglo XIV ha sido casi constante; Freud, Szasz, Lacan y otros, son una de sus expresiones.

La mayoría de los investigadores que ven como mito la enfermedad mental (pues lo llamado por nosotros enfermedad sería una falta de acostumbramiento a leer en el lenguaje icónico del cuerpo que se vale de otro tipo de *significante*, distinto al *significante* convencional del lenguaje denotativo y connotativo, y del metalenguaje corriente) suponen a la histeria y a otros trastornos mentales sin substratos lesionales orgánicos, pudiendo aparecer y desaparecer tras una simple sugestión, una emoción violenta, o una hipnosis, lo cual sería imposible si las células estuvieran dañadas. Son investigadores más cercanos de lo que ellos creen a Wernicke —figura señera de la psiquiatría del siglo XIX—, para quien no hay enfermedad mental sin alteración orgánica; si dicha alteración no se muestra, una parálisis del tipo de la histérica sería pseudoparálisis, simulación, enmascaramiento, y lo enmascarado es algo que se oculta para espiar o transmitir mensajes secretos importantes; lo último es el caso de la histeria según Szasz. Fuera de lo estructural orgánico sólo existe lo lingüístico, capaz de insuflar figuras fantasmales allí donde quiere engañar.

Si se acepta una región autónoma de lo psíquico —autonomía no equivalente a independencia—, caben trastornos organizacionales de lo psíquico sin mella necesaria de lo corpóreo, y en tal caso la histeria es enfermedad mental, aun cuando el desorden introducido a través de la sugestión o la hipnosis no abarque a la materia del sistema nervioso, o nunca, ni el patólogo, ni el bioquímico pudiesen encontrar nada. Debiera llamar la atención desde ya, no que el histérico enferme porque le fuese más fácil transmitir su mensaje emotivo a través de la enfermedad, sino el que tenga habilidad para cambiar de idioma como diría Szasz, habilidad no al alcance de cualquiera, y aún más, el que recurra a lenguas arcaicas en vez de disponer de medios superiores para hacerse valer; su idioma es la imitación, el engaño, la conturbación del ánimo de su prójimo. Si lo morbo no fuese la parálisis o la ceguera histérica, a lo menos lo sería el deseo de enfermarse para manipular a los otros, y la blandura de su naturaleza para mimetizarse con lo morbo, capacidad de mimesis perdida por el hombre normal; ya el recurrir a un idioma de épocas evolutivas anteriores apunta a un descenso, a una debilidad peligrosa, y eso es enfermedad.

Si la enfermedad es un desorden de la estructura psíquica u orgánica, o de ambas, que pone en peligro próximo o remoto la integridad, altura y persistencia de la vida, la histeria, al acostumbrar al sendero más cómodo para obtener ventajas a costa de la paciencia y el trabajo de otros, lógicamente pone en peligro el enriquecimiento y salud del propio paciente al alejarlo de esa fortaleza que necesita

ejercitar constantemente para que la existencia se realice. La enfermedad en la historia no está sólo en el significante usado —parálisis, ceguera—, sino en el *significado*¹⁾, que es la incapacidad para hacerse querer o valer a través de vías de calidad psíquica más alta. Por lo demás, el movimiento de un miembro requiere, además de la integridad somática, de la concurrencia justa y oportuna de una infinidad de factores psíquicos. Basta recordar la torpeza al sacar llave a una puerta cuando se está presa de susto, exaltación, rabia, premura, para darse cuenta de que no es tan asombroso el que un pánico a la vida, o una pérdida de la confianza en la posibilidad de mover una mano, como se sugiere en la hipnosis, determinen una torpeza o una detención absoluta de la destreza de dicha mano. En suma, cabe también interpretar la historia y otros trastornos mentales como enfermedades indicadoras de fragilidad en la organización del alma, y no como lenguajes diversos, que a la manera de los políglotas estarían al alcance de ciertas personas para expresar deseos no escuchados. Para muchos de nosotros la historia es más bien señal de carencia lingüística para tomar conciencia de deseos vergonzantes y no algo vergonzante vaciado en idioma peculiar. Si la ausencia de palabras impide el correcto funcionamiento del soma, pues sin palabras la mente no sabe cómo dirigir los movimientos corpóreos, ante un trastorno corpóreo podemos deducir que algo pasa por dentro, que algo amordaza y reduce a silencio; nuestro problema no es tanto la hermenéutica de una lengua desconocida, arcaica, icónica, como un reencontrar el habla, un abrir paso a la palabra silenciada.

La lingüística y el lenguaje psiquiátrico

El lenguaje no es única y exclusivamente mensaje codificado, como pretende de hecho la lingüística contemporánea; antes, y fundamentalmente, es la manera humana de esclarecerse y comprenderse a sí mismo, y esclarecer y comprender el mundo. En general el lenguaje hablado hacia afuera, si es fiel a su naturaleza, traduce parte del habla íntima. En ese habla de adentro dialogamos con nosotros mismos para saber qué nos pasa, qué somos, cuál es nuestro deber, qué deberíamos hacer, por qué nos comportamos así, qué es el hombre, por qué nos encontramos alegres o tristes, de qué manera deberíamos confortarnos, entusiasmarnos, trabajar, descansar, emplear el ocio, etc.; es el punto de donde se parte para dialogar con otras personas, con los libros y con cuanto nos rodea. Ese lenguaje íntimo, sin el cual casi no habría mensajes hablados, no es un mensaje, sino palabra, luz, comprensión. El lenguaje se acompaña de testigos expresivos, confirmatorios o denegatorios, leales o traidores al lenguaje hablado, pero que por lo mismo, por

¹⁾ El Signo lingüístico se compone de *significante* y *significado*. Significante es el sonido de la palabra oída o el trazado de la palabra escrita. Significado es la cosa, imagen, o concepto en sí, al cual nombra o evoca el significante al ser escuchado o leído. Así la palabra perro pone de inmediato ante la mente al animal perro y no a las ondas sonoras constitutivas del significante.

ser testigos, no son de la familia del lenguaje; así, a quien miente puede traicionarlo el rubor de la cara, el temblor de los dedos, la tensión corporal, o el mal criterio de llevar demasiado al extremo lo aseverado, lo cual provoca naturales sospechas. Un ataque histérico es una melodramática respuesta a una situación intolerable para la persona, y seguramente un modo de obtener favores o de cambiar la conducta de quienes la rodean. No tiene por qué ser necesariamente lenguaje, ya que en órdenes distintos también hay cosas fuera del lenguaje, como lo son la conducta ejemplar del santo, del héroe, del científico, o bien un paisaje, una tormenta o un hermoso día de sol, que sin hablar conmueven más a fondo que el lenguaje mismo. El histérico "simula" una cosa de la naturaleza, la enfermedad, que sin ser mensaje icónico logra repercusión superior a cualquier mensaje cifrado o no cifrado. Tal vez mientras "menos hablada o voceada" sea una cosa, mientras menos "intención" tenga, su éxito sea más profundo. Es un error del psicologismo creer que detrás de todo hay un lenguaje a descifrar, un encubrimiento siempre engañoso. Es posible que los síntomas histéricos broten sin intención alguna, que se le escapen al enfermo, y que seamos nosotros quienes descubrimos su verdad y se la descubrimos al paciente, como quien descubre y le descubre a otro la verdad sobre la respiración, la circulación de la sangre, la dinámica de los efectos, de los deseos, de las conductas, etc. Salvo el lenguaje interjeccional revelador inmediato e impremeditado de una dolencia física o de un estado de ánimo, el lenguaje hablado para ser tal necesita de la libertad y por lo tanto de la decisión de proferirlo o no, en el momento que la persona lo estima oportuno y deseado; esto vale para el habla descriptiva actual y para el lenguaje icónico arcaico, que pese a su arcaísmo es ya producto de una alta evolución del espíritu; sería suficiente para ver dicha alta evolución leer el Libro de los Muertos, de los antiguos egipcios⁷. El síntoma histérico no se vocea o acalla en acuerdo a la voluntad como el habla y por eso no es habla; lo maneja en el fondo un estado emotivo que somete a su mandato a la persona y no un simple "querer hablar o enmudecer icónicamente", como lo haría un escriba egipcio. El lenguaje interjeccional auténtico es el único que sorprende de improviso a la voluntad dominándola, como ocurre en el violento dolor físico o en la sorpresa súbita, pero dicho lenguaje cae en las zonas fronterizas entre el signo lingüístico y la señal; en sentido estricto es una señal que muestra de inmediato el sentimiento íntimo. Si hubiera de acercarse el cuadro histérico a algo parecido al habla, lo más cercano sería el lenguaje interjeccional, que se vale de signos, pero que de hecho no son signos, sino señales. Ni siquiera en el campo del resto de las neurosis y psicosis presta muchos servicios la divi-

⁷ Distinto es ver en la histeria una expresión de los misterios del hombre y sobre todo del alma femenina, como lo proclaman los poetas franceses Breton y Aragón en su manifiesto sobre el Cincuentenario de la Histeria, con el cual aparece el surrealismo. Recordamos que todo lenguaje es expresión, pero no toda expresión es lenguaje. Nosotros, por cierto, consideramos la histeria un desorden psicológico y ético del ser humano y de ninguna manera una suprema forma poética. Lo poético, lo bello, lo alto, sigue siendo natural y lo normal, o sea, el saber guiar con mesura el flujo casi incontenible de la individualidad. Esto es en el fondo lo esencial de la madurez plena.

sión de los lenguajes hablados en denotativos, connotativos y metalenguajes, defendida por la lingüística actual y en especial por el estructuralismo, lo que ha obligado a nuestra clínica a otra división más ágil, eficaz y esclarecedora, de diagnósticos y pronósticos; por eso lo ha dividido por primera vez en la historia psiquiátrica en lenguaje indicativo y comunicativo propio de las psicosis, y en lenguaje notificativo propio de las neurosis; queda por esclarecer el de las psicopatías, que en principio sería también notificativo. Para buena parte de la psiquiatría de acá, el uso de lo llamado lenguaje denotativo, connotativo o metalenguaje en la descripción de la enfermedad por el paciente, tanto puede ser lenguaje indicativo como comunicativo o notificativo y en consecuencia no ilumina la dinámica del cuadro; por ejemplo, el habla de los paranoicos es connotativa y metalingüística y sin embargo, desde el punto de vista clínico, es meramente comunicativa; la de los neuróticos también es connotativa y metalingüística, pero ahora con el rango de notificativa, o sea, el paciente no sólo se esmera en que el otro lo entienda, sino que pone su empeño afectivo en eso, y procura cerciorarse a través de preguntas y contrapreguntas de si se ha explicado bien y si ha sido bien comprendido.

Según Ferdinand de Saussure, el lenguaje es la masa de sonidos edificada por los hombres para comunicarse. Lengua es el aspecto social y codificado del lenguaje; es resultado de convenciones entre los hombres. Habla es el acto individual de manejar con cierta libertad giros, palabras y frases.

Según los estructuralistas, entre ellos Roland Barthes, hay el lenguaje primero de base, escueto, llamado por ellos denotativo, y hay el lenguaje segundo decorativo, impuesto por el afecto y las formas sociales, que exigen de suyo frases adobadas de relleno, es llamado connotativo. Ambos constituyen el lenguaje usual. El lenguaje más preciso, riguroso, "científico", es ya el metalenguaje.

El lenguaje icónico o el discursivo de Szasz se configuran más bien a base de una división histórica y teniendo en cuenta los trabajos de H. Reichenbach⁸, Russell, Jakobson, S. Langer y otros. Nuestra división en indicativo, comunicativo y notificativo tiene en consideración fundamentalmente el darse cuenta o no de que un lenguaje para ser entendido no basta con que se le emita y llegue al receptor, se necesita además tener buena voluntad de emitirlo, preocuparse de que sea lo más claro posible, saber a qué auditor se dirige y cómo, según su categoría intelectual, espiritual y profesional, lo entenderá; lo último, para mover a éste, en acuerdo a los datos proporcionados a dar ayuda correcta, lo que es vital en una relación entre paciente y médico. Por eso dicha división lingüística sólo tiene alcance diagnóstico en el encuentro médico-paciente, pero no en la convivencia social ordinaria, donde se usan habitualmente lenguajes indicativos o meramente comunicativos —sin notificarse el hablante a cada rato de que el otro

⁸ A la división de los conceptos en denotativos y connotativos desde el punto de vista de Hans Reichenbach y de Eysenck, se aludió ya en 1953 en nuestra obra: Contribución metodológica al estudio de las psicosis en episodios psicóticos de los oligofrénicos. Ed. Organización "Hipócrates". Santiago, Chile. Págs. 19 y 20.

lo haya entendido bien—, pues aquí se trata muchas veces de pasar un rato agradable y no de algo en que está en juego el futuro mismo de la existencia.

¿Metamorfosis o mutación de los cuadros psiquiátricos?

Hay curiosas tendencias de las enfermedades mentales a somatizarse; ya se había apuntado entre nosotros a la tendencia de los esquizofrénicos a “biologizar” la descripción de síntomas; así por ejemplo: “tengo un dolor en el nervio occipital enredado en un lóbulo del cerebro y que cuelga a lo largo, de la pared interior del hueso”; “es un ardor que va fluyendo por las venas y entra a las meninges, detrás de los ojos”. Sin embargo, el caso más notable es la paranoia del cuerpo; consiste en dolores y debilidades somáticas variadas persistentes a lo largo de años, lleva a la invalidez y aparece en personas hasta entonces trabajadoras, honestas, esforzadas, a raíz de una supuesta o real injusticia en sus labores, que según creen menoscaba gravemente su dignidad. No mejora con la jubilación, ni con ningún tipo de ocio remunerado; al contrario, los afectados acaban como seres marginados, ruinosos e insignificantes. Los clásicos incluían algunos de dichos síntomas en sus neurosis de renta; si las paranoias del cuerpo descritas entre nosotros corresponden a esas neurosis, querría decir de todas maneras que ellas o han experimentado una increíble transformación o han puesto en evidencia síntomas antiguamente larvados con tal pertinacia, como sólo se ve en un plano distinto en otras paranoias respecto a descubrimientos, perjuicios o persecuciones de que ellos se creen autores o víctimas.

Consideramos que pese a los cambios radicales de fisonomía de los cuadros mentales, sería difícil aun hablar de mutación y no sólo de metamorfosis, como lo hacemos nosotros, pues por debajo de la sintomatología actual se adivina la antigua, pero dada de otra manera. Así, por ejemplo, una de las formas de desconcentración esquizofrénica consiste en que tan pronto se necesita atender a algo necesitado de esfuerzo, dicha atención se desvía hacia el pasado o el futuro: recuerdos, problemas o proyectos; en lo que no logra detenerse es en el presente que urge en ese momento; en suma, es un estar fuera de la realidad del presente, un autismo. Por lo mismo, abolir de hecho las nomenclaturas nosológicas clásicas e inventar nombres nuevos a la manera de Harry Stack Sullivan en Estados Unidos nos parece precipitado si no se prueba antes que síntomas como el autismo, la desrealización, la despersonalización, han desaparecido, y no simplemente han cambiado para darse de otro modo más trivial: aburrimiento, desgano, desconcentración, hiperpropositividad vital. El autismo mágico de Bleuler, lleno de ensoñaciones, en el terreno evolutivo de la fantasía, equivalía en cierto modo a lo que ha sido en la historia de la imaginación el cuento maravilloso; el autismo vacío, pobre, espectral, de Minkowski, equivale al cuento fantástico. El autismo de hoy ha salido del universo de lo extraordinario en que se desenvuelven aquellos cuentos, para aposentarse dentro del universo ordinario de la vida

cotidiana, y exige discriminar las categorías directrices de la existencia trivial diaria, para pesquisar cuándo y en qué momento esas directrices han sido violadas. Era más fácil la diferencia entre lo ordinario y lo extraordinario, de que podía valerse la psiquiatría clásica, que ver matices y grados dentro de la cotidianeidad gris de lo ordinario. Sullivan, pese a su aparente iconoclastia, sigue moviéndose con sus nuevos nombres, dentro de las antiguas categorías de lo extraordinario; no ha cogido, a nuestro parecer, este traslado de lo psicótico a lo ordinario.

El cambio de los cuadros mentales se debe en parte a la moderna psicofarmacología, pero se da en pacientes ajenos a terapias de dicho tipo. Por lo demás, es necesaria cierta prudencia en la evaluación del éxito de los fármacos. Hasta hoy, ni solos ni combinados vencen ni el desgano, ni el autismo, ni la intelección derruida, ni la pérdida de propositividad vital, o sea, lo cardinal de la esquizofrenia. En las depresiones y manías su éxito es claro, pese a los pocos casos resistentes. El carbonato de litio en la prevención de depresiones, y sobre todo como abortivo de delirios —por lo menos lo último es hasta ahora lo visto en nuestra experiencia—, es muy recomendable. En verdad en el combate contra la esquizofrenia, instituciones como el Hospital Diurno, los Talleres Protegidos y Semiprotegidos, la psicoterapia individual y de grupo y el reordenamiento de la dinámica familiar siguen siendo de primera importancia. En todo caso, en los actuales modos de darse los cuadros mentales, el influjo de la psicofarmacología pareciera no ser lo único esencial.

Los cuadros clínicos de perturbación de conciencia muestran, entre otras cosas, merma de la autorreflexividad y de la apercepción, a veces vivencias patológicas reproductivas de viejos hábitos, y un desorden afectivo en cuya virtud todo es visto o enjuiciado no desde un cierto grado de objetividad, sino desde la subjetividad de un determinado sentimiento psíquico que toma, por decirlo así, el tenaz comando de todo, o a lo menos, lo tiñe con un colorido uniforme.

La merma de la autorreflexividad y de la apercepción es notoria en cierta precipitación en las respuestas verbales y motoras, en la torpeza para invertir series automáticas, como lo es contar de 30 a 1 saltándose 3 números, decir los días de la semana o los meses del año al revés, ejecutar la prueba "mano-o-oreja" de Head, verbal y visual, repetir a la inversa series arbitrarias de cuatro o cinco dígitos, coger lo sustantivo de un relato cualquiera, darse cuenta de la fecha, el lugar, la situación del momento, lo requerido por las circunstancias, etc.

Hay, por ejemplo, una merma en el darse cuenta de la situación, en el importante síntoma del apremio por el alta aludido más adelante, propio de etapas precoces o leves de perturbación cuando incluso las pruebas enunciadas están normales o apenas alteradas.

Lo desmandado respecto a sentimientos, son casi exclusivamente los sentimientos psíquicos, o sea sentimientos positivos o negativos derivados de nuestro propio estado personal (sentimientos del propio estado), del tipo de la angustia, la soledad, el desamparo, la inseguridad, vividos con o sin motivo preciso, o bien derivados de la apreciación de nuestro valor (autovalorativos), orgullo, humildad, etc., o de la calidad de nuestras relaciones con el prójimo y con nuestras tareas (alvalorativos), como el amor, la felicidad, la envidia, el resentimiento o el miedo.

Los sentimientos vitales o corporales —los alterados en la psicosis maniaco-depresiva— y vivenciados a través de las consecuencias de una especie de estado básico en cuya virtud nos encontramos fuertes, animosos, vivaces, o a la inversa: apesadumbrados, lentos y aplanados, aquí apenas se tocan por mera repercusión desde lo psíquico, salvo en las manías o melancolías confusas, en las cuales, como es lógico, la perturbación de conciencia sigue al disparo de los sentimientos vitales peculiares a aquellos enfermos.

El que un sentimiento psíquico desmandado proporcione movimiento o al menos colorido al cuadro, por ejemplo, un sentimiento erótico en estados crepusculares, un sentimiento de desamparo en muchas amencias, un sentimiento hostil de rechazo en algunos estuporosos, o uno de soledad en el estado epileptoide-angustioso, da cierta armonía al conjunto, como si vivencias y conducta guardaran algún sentido pesquisable desde el afecto anormal. Por eso los enfermos no muestran casi ni lejanía afectiva ni discordancia entre mímica, conducta y vivencias, fenómenos clásicos en la esquizofrenia, pues por obtusos, ininfluenciables, distraídos o incoherentes que parezcan, impresionan como entregados en cuerpo y alma a evidencias cargadas de afectividad, o a representaciones histriónicas, tal como podría imaginarse a un normal en circunstancias extremas. Así, aun en estados complejos del tipo de la amencia, no experimenta el observador esa básica *incomprensividad*, definitoria de la esquizofrenia desde el punto de vista clínico *fenomenológico*.

En el hecho de volverse en cuerpo y alma a un problema o situación precisas, fuera de la cual para ellos no existe nada y de la que es imposible sacarlos, se diferencian de los maniaco-depresivos abiertos al contrario a toda la problemática vital y que miran no sólo a su presente, sino que a su pasado y porvenir, repentinamente valorizados. El delirioso, el amencial o el crepuscular vueltos enteros hacia el presente, ven del pasado o del futuro sólo lo inmediatamente atado a él.

En cierto modo ve el observador al perturbado de conciencia como sumergido entero en la situación actual —de desamparo y depresión en la amencia, de juega o trabajo en el delirioso alcohólico, de satisfacción dramatizada de sus deseos amorosos o vengativos en un crepuscular histérico—, en cambio el maniaco o el depresivo endógeno juzgan su vida, sus preocupaciones y sus deseos desde el todo de su destino, incluido pasado y futuro, al margen de la mera situación feliz o desagradable en que se encuentren en ese momento. Así, mientras el amencial da gritos lastimeros porque en los gritos de otro enfermo cree oír los quejidos de su cónyuge sometido a torturas, el depresivo endógeno se desea la muerte, aun cuando reconozca agradable la situación de ese momento y no culpe de nada al ambiente.

El estudio más operativo respecto a diagnóstico, pronóstico y terapia de las perturbaciones de conciencia, lo hizo Bonhoeffer a propósito de las *psicosis exógenas agudas*, o sea, aquellas que son la respuesta psíquica a la acción masiva de un tóxico cualquiera sobre el organismo. Como se sabe tales psicosis cursan casi obligadamente con conciencia alterada, hasta el extremo de que la psicosis es, de hecho, esa alteración.

Bonhoeffer diferenció varios cuadros, cada uno con cierta configuración y alcance pronóstico propio, los cuales pese a la fluida intercambiabilidad de algunos de sus síntomas mantendrían relativa constancia de estilo: son sus *formas de reacción exógena*. Tal vez apunta con ese nombre al contorno sinuoso que no las encierra en síndromes precisos y a la inespecificidad frente a la

infección o tóxico causal, ya que la respuesta del organismo a un mismo tóxico es cualquiera de aquellas formas, o varias de ellas combinadas. Formas de reacción exógena son: el delirio agudo, la amencia, el estado crepuscular, la alucinosis, el estado estuporoso, el estado epileptoide-angustioso. Los numerosos intentos posteriores en favor de clasificaciones más sencillas con el objeto, a veces, de ahorrarse el esfuerzo clínico que obliga a discriminar una amencia de un estado crepuscular, de un delirio o de una esquizofrenia, no han tenido éxito visible, pues no orientan lo suficiente en cuanto a pronóstico y terapéutica. Quien dice estado crepuscular alude a un cuadro de duración imprevisible, pero en general breve y de más o menos fácil tratamiento; en cambio amencia significa un cuadro de meses, de difícil manejo, curable al fin, pero hasta ese momento abierto a posibles desencadenamientos endógenos. El delirio agudo soslayado su peligro vital, dura breves días y rara vez abre paso a otros cuadros.

Las perturbaciones de conciencia además de formas de reacción exógena, suelen ser endógenas y reactivas psicógenas.

Hay manías, melancolías y esquizofrenias de comienzo crepuscular o salpicadas a lo largo de su curso por estados de agitación estuporosos o epileptoide-angustiosos. Si el trastorno de conciencia es aquí meramente reactivo a la sorpresa que provoca la inundación de la psique por las vivencias nuevas, propias de tales psicosis, como piensan algunos, o nace también de la misma raíz endógena, a lo que se opondría hasta cierto punto su transitoriedad, es discutible. Sin embargo, hay en la epilepsia genuina cuadros crepusculares y deliriosos autónomos y a veces son incluso la sola manifestación de la enfermedad. Si se acepta para la epilepsia genuina una base endógena, habría entonces, de hecho, estados crepusculares y deliriosos endógenos.

El problema cambia si se incluye con Jaspers lo reactivo psicógeno en lo endógeno; los cuadros endógenos serían así reactivos o desencadenados. En los reactivos psicógenos no habría transformación del fondo psíquico (el Grund de K. Schneider) y por tanto ya cesados, la restitución sería *ad integrum* definitiva y permanente, salvo nuevo motivo conflictivo. En cambio en los endógenos espontáneos o desencadenados, el fondo psíquico agrietado desde la partida, se sacudiría como desde sí mismo provocando transformaciones transitorias (psicosis maniaco-depresiva) o permanentes. Esa transformación, en cuadros del tipo de la esquizofrenia a la paranoia, no es sólo una sacudida sino una metamorfosis en el sentido de Goethe: metamorfosis heterogénea con la personalidad previa en el caso de la esquizofrenia y homogénea en la paranoia.

Las perturbaciones de conciencia reactivas psicógenas muestran cuadros de factura parecida a los exógenos: crepusculares, deliriosos, alucinósicos, estuporosos y epileptoide-angustiosos. En orden de frecuencia priman los crepusculares y escasean en extremo las amencias. Respecto al compromiso obnubilatorio, generalmente intenso en los cuadros exógenos, es más disimulado en los reactivos psicógenos.

La obnubilación del sensorio, núcleo de toda perturbación patológica de conciencia, es muy oscilante. Casi siempre disminuye en las mañanas y se agrava al caer la tarde y la noche, sobre todo en las psicosis exógenas. En muchas ocasiones se enmascara tras vivencias deliriosas o bajo una engañosa salud mental, que lleva al médico —exigido por el enfermo— a darle su alta, cuando la propia petición majadera del alta, ajena a razones valaderas, abre a la sospecha de una posible conciencia perturbada.

La persistencia de una psicosis, desaparecida la obnubilación, agrava el pronóstico, pues anuncia un posible cuadro endógeno. De otro lado, cualquier sospecha de psicosis endógena mientras haya obnubilación abre a la esperanza de que los síntomas de colorido endógeno sean meramente reactivos y desaparezcan al limpiarse la conciencia, ya que toda perturbación de conciencia, en cuanto tal, es de suyo transitoria. Esto obliga a un trabajo clínico muy riguroso en torno a los diversos hitos indicadores de una obnubilación.

La obnubilación simple

En acuerdo a su intensidad se la llama embotamiento, adormecimiento, sopor o coma.

En el embotamiento franco el enfermo tiene difícil manejo del cuerpo, camina y se sienta pesadamente, muestra descuido en el aseo y arreglo personal, se desorienta al salir de la sala, habla de manera algo traposa e insegura, a veces disártrica, las frases son breves, cortadas, poco coordinadas y perseverativas. Carece de iniciativa verbal y entiende penosamente el interrogatorio; se irrita a ratos, aun cuando parece dispuesto a complacer. Sus respuestas en general triviales, a veces aprobativas, erróneamente ajenas a la pregunta, no tienen la sorprendente calidad del lenguaje esquizofrénico.

La mirada y la mímica impresionan como bovinas y los afectos parecen aplastados. En ningún momento hay esa frialdad, rigidez tensa o discordancia afectiva de los esquizofrénicos, menos la viveza o agobiamiento de los maniaco-depresivos.

Dejados a su arbitrio en el patio, permanecen sentados y dirigen la vista sin premura a una cosa u otra. Ante la mesa del médico se acomodan en la silla, golpean leve y rítmicamente la cubierta, miran los cuadros, la observación clínica o la puerta. Si se les mira o se les sonríe, responden también con la mirada o la sonrisa, como lo haría un normal.

En el adormecimiento esto se agrava. El enfermo tiende a quedarse en cama; pierde el control de esfínteres; dormita en el día, se ensucia al comer y se agita en la noche, agregándose una componente crepuscular o deliriosa; así se levanta, busca algo bajo el catre, quiere salir por la ventana.

El fracaso en la repetición de días de la semana y meses del año al revés, en la prueba de Head y en la orientación en tiempo y lugar, indican obnubila-

ción mediana o intensa, excluidos —lógicamente— el negativismo, la demencia orgánica y la oligofrenia, para lo cual dispone el clínico de recursos semiológicos.

En los grados leves tales síntomas suelen no darse, pero hay tendencia pasiva al ocio, cierta despreocupación por el ambiente y los sucesos del momento, falta de modulación en las relaciones interpersonales, dificultad para coger lo substantivo de una historieta o un artículo de periódico, cierta insubstancialidad en la conversación en la cual se sale del paso con "frases hechas" e incapacidad bastante marcada para simpatizar con los afectos del prójimo (preocupaciones, alegría, tristeza de-éste). Sin embargo, los grados leves son los más comunes en las perturbaciones psicógenas, en las epilépticas, en las esquizofrénicas, en la alucinosis alcohólica, en las horas próximas a los traumatismos encéfalo-craneanos de no mucha gravedad, después de los dos o tres primeros electroshocks y en los periodos finales de recuperación, posteriores a aplicaciones masivas de tipo confusional de ese mismo tratamiento.

Dentro de la pobreza sintomática parecen muy valiosos precoces síntomas subjetivos; un peculiar sentimiento de culpa, distinto al observado en las neurosis y en las psicosis endógenas, y una tenaz premiosidad en el alta. Su aparición aun en ausencia de otros signos orienta la investigación clínica hacia una probable perturbación de conciencia, que aunque leve, no es menos decisiva para el diagnóstico y el pronóstico de un cuadro mental cualquiera. Así una alucinosis alcohólica prolongada sigue teniendo relativo buen pronóstico mientras hay síntomas de obnubilación. Tal pronóstico se ensombrece si desaparecidos los últimos restos de ésta, quedan los otros síntomas, en cuyo caso cabe la sospecha de una posible alucinosis esquizofrénica que, a diferencia de la otra, cursa con conciencia clara y es de porvenir muy incierto.

El sentimiento de culpa, propio de las obnubilaciones, no es un espontáneo y monótono monólogo como en algunos crepusculares, sino un arrepentirse iterativo confesado y no monologado ante el médico, familiares o amigos, por la "ingratitude que significa no haber devuelto con actos de cariño, los sentimientos de cariñosa devoción recibidos de sus parientes a lo largo de la vida". No es una culpa centrada en la pecaminosidad o maldad de un acto en sí, con relativa independencia del afecto ajeno como en el depresivo endógeno, o una culpa por abandono de un determinado rito, o por no se sabe qué, como en el neurótico obsesivo, sino un puro recriminarse por no pagar cariño con cariño. Así toman relieve las palabras duras, las llegadas a deshora, las molestias irrogadas por la propia enfermedad y toda esa gama de pequeñas y grandes incomprendiones peculiares de la vida familiar diaria.

Dejado solo, el enfermo aparece triste, algo reconcentrado, pero sin trasunto de dicha tristeza al estado corporal o a la vida vegetativa como en el depresivo endógeno. No hay fatigabilidad, indecisión ni cara arrugada y marchita, sino manejo fácil del cuerpo y del lenguaje. Al revés del neurótico obsesivo, más que liberarse de la culpa a todo trance, desea compensar amorosamente las ingratitudes pasadas.

Un sentimiento de culpa de esta clase parece normal, sin embargo, orienta hacia trastorno de conciencia su irrupción insólita e iterativa, el hacer causa con él sin minimizarlo a base de contraargumentaciones, la impermeabilidad a los argumentos del médico o de los supuestos ofendidos, el marginarse de las labores habituales y de los entretenimientos para entregarse con cierta fruición a las autorrecreaciones íntimas.

También surgen en obnubilaciones leves, sentimientos de ofensa, de celos, de desprecio, de abandono, de falta de cariño centrados en la *ingratitude* de los otros hacia uno. En la embriaguez alcohólica se les observa nitidamente.

Estos sentimientos de "abandono" provocan cuadros de *aparición depresiva muy engañosa para el diagnóstico*. Así en ciertas alucinosis alcohólicas de pobre componente pseudoperceptivo o a lo más alucinaciones auditivas hipnagógicas, se da a veces tal pregnancia de la tristeza que si se asocia a constipación y falta de iniciativa verbal orienta hacia una melancolía endógena. Sólo el sueño, que en vez de corto y profundo es interrumpido y sobresaltado, el exceso de pesadillas con temática onírica de tipo etílico, el aire más bien reconcentrado que abatido, los sobresaltos y sacudidas bruscas ante ruidos o estímulos repentinos y la ausencia de inhibición, pese a la tendencia a la inmovilidad, llevan a ver en aquella tristeza, no el desencadenamiento de un sentido vital sino de uno psíquico —en este caso el miedo de que le suceda algo— y por tanto relacionado a embotamiento de conciencia.

Propio de los embotamientos leves, pero quizás menos leves que los anteriores, es la *premiosidad en el alta*, el apuro por asumir las responsabilidades del hogar y del trabajo. De ese modo en los residuos de estados crepusculares histéricos, epilépticos o después de tres o cuatro electroshocks, casos en los cuales la obnubilación es muy poco pesquisable, aparece como repentinamente una sensación de abierto bienestar, de mejoría absoluta y de urgente necesidad de cumplir de inmediato los compromisos pendientes a la hora de enfermarse.

Contestan precipitadamente al interrogatorio a fin de darse tiempo para insistir en lo mismo: "Usted ve que estoy bien; deme el alta; necesito trabajar; tengo abandonada a mi mujer y a mis hijos"; o bien: "deme el alta, he faltado tanto a clases, voy a perder el año".

Los argumentos a favor de una prolongación del reposo, porque el sueño no se ha restablecido, o sólo hasta ayer se estaba enfermo, no surten efecto. Si se les concede el alta vuelven a sus labores, pero allí carecen de iniciativa, caen en una "cháchara" trivial e inoportuna, cometen errores y se fatigan y angustian ante la necesidad de perseverar en la jornada. Entonces, deprimidos, se enjuician incapaces para su tarea.

Dentro del hospital contrasta la premiosidad en el alta y el sentimiento de plena salud, con el hecho o de no ayudar en nada o de hacerlo inconstantemente bajo requerimiento directo del personal, en circunstancias de que cuando la conciencia se aclara en definitiva, trabajan por decisión propia y respecto al alta se entregan el criterio de su médico.

La premiosidad en el alta de los embotados deriva de la exaltación del sentimiento de responsabilidad y en eso difiere del frío pedido estereotípico de los esquizofrénicos que, incluso, cuando planean fugas exitosas, no dan explicaciones concordantes al respecto.

En embotamientos todavía leves pero algo mayores, aparece el síntoma de la *euforia y conformidad alegre con la situación*. Dejados a su arbitrio, los enfermos están serios y circunspectos, en cambio responden al interrogatorio médico con agrado, sonrisas, frotamientos de manos, frases de gratitud por la mejoría y todo un conjunto expresivo de una felicidad recién adquirida. No es la euforia embrutecida del delirioso alcohólico, propia de obnubilaciones más intensas, ni tampoco la limpia alegría del hipomaniaco con esa clásica facilitación del pensar y del obrar, sino una especie de agradecida felicidad ante el súbito bienestar. Responden tranquilos o con precipitación, no urgen el alta, aceptan de buen grado los diversos tratamientos.

Embotamientos mayores son claramente pesquisables y parte de su semiología ya fue señalada. A veces, sin embargo, sobre todo en periodos de recuperación, se dan mezclados síntomas de embotamientos de mediana intensidad, como lo son la desorientación en el lugar y la fecha, la prueba de Head en espejo, los fracasos súbitos y sin norma en las pruebas de cálculo, son síntomas propios de etapas más leves como los ya descritos. Cuando tal hecho sucede, la línea directriz respecto a tendencia hacia el agravamiento o la mejoría, la da casi siempre la presencia de los síntomas de las etapas leves; así una obnubilación de mediana intensidad en la cual brota la "conformidad alegre" o la "premiosidad en el alta", da esperanza de ir en buen camino hacia la salud completa.

Si al lado de la obnubilación simple aparecen síntomas peculiares a otros trastornos de conciencia, son éstos los definitorios para el diagnóstico y pronóstico. De este modo un enfermo que junto a la premiosidad en el alta, la tiene en el actuar y no yace pasivo como antes se indicó, muestra un posible estado crepuscular epiléptico u orgánico, movido ya no desde el sentimiento de responsabilidad, sino desde otras instancias, cuyo pronóstico, como se sabe, sigue sus propios caminos.

Todo acrece aún más la necesidad de discriminar los síntomas propios de la obnubilación de los de otros trastornos de conciencia.

El estado crepuscular

Un sentimiento psíquico auto o alovalorativo, positivo o negativo exaltado espasmódicamente al extremo de apagar todo otro sentimiento, ordena y dirige aquí el curso psíquico. Los sentimientos vitales —los tocados en psicosis maniaco-depresivas— aparecen en cambio indemnes, o a lo más, comprometidos por mera repercusión.

El afecto psíquico exaltado, a veces erótico como en los histéricos, religioso como en los fanáticos, de venganza y crueldad como en los epilépticos, de beatitud o pavor metafísicos como en los esquizofrénicos, de miedo o perjuicio como en los orgánicos, muestra su presencia en la mímica rígida, sombría y pobre, sin las modulaciones producidas por el afecto en los normales, en la reiteración perseverativa de temas, en la tendencia al actuar dramatizado, que en ciertos casos toma un dejo de comicidad.

El discurso espontáneo parece monótono "diálogo" con algún recuerdo vivamente presente, dicho a solas o frente al médico, pero sin preocuparse de que éste se dé o no por notificado; suele ser implorante, susurrante, cantado, lloriqueado, etc. El lenguaje, si se amana con locuciones mesuradas, dignas, solemnes, orienta hacia lo crepuscular esquizofrénico, o si es amanerado con palabras extravagantes, pesadas, exageradas, perseverativas, hacia lo crepuscular epiléptico¹.

Si hay alucinaciones y vivencias deliriosas se diferencian del delirio agudo por impresión clara para el observador de que todo el cuadro es dramatizado y guiado constantemente por un determinado afecto psíquico, cosa que no ocurre en el delirio, y de la esquizofrenia en el hecho de que las alucinaciones de los crepusculares hacen fuerza por su contenido y no tanto por su forma. Como se sabe, al esquizofrénico más que lo que le dicen las voces —en ocasiones ni lo sabe— le importa el hecho en sí de estar obligado a oírlas.

En algunos de los llamados estados crepusculares orientados, sólo el desajuste de la conducta con lo requerido en ese momento por la situación, permite un diagnóstico, ya que en el resto todo aparentaría normalidad. Lo último no es fácil afirmarlo, pues casi nunca el médico tiene la suerte de investigar estos cuadros en medio de su desarrollo debiendo contentarse con relatos de terceros.

Los estados crepusculares dejan amnesia de lo vivido durante su transcurso, *pero mientras no se está dentro de ellos es corriente la mantención del recuerdo de lo que va sucediendo*. A veces se rechaza prematuramente el diagnóstico porque vuelta en apariencia la normalidad, el enfermo guarda vivo

¹Una crepuscular epiléptica, oye voces y se queja de que "digan antes" lo que ella va pensando. Agrega: "Usted sabe que todo me pasa por la grandiosa vida; yo no tengo nada de novedad de ninguna cosa, porque me dio un ataque el otro día y nada más; yo deseo salir de alta, ir a mi trabajo; yo le pido el alta; yo deseo salir, será porque me hallo en condición mala, horrorosa; yo tuve un ataque; ..yo no tengo nada que presentarme a éste, del rincón que pienso". Respecto a supuestas apariciones en los sueños contesta: "muchas vidas, todos los que se preparan, amistades que tenemos también, muchas vidas que nosotros tenemos en la cabeza". El diálogo entrecortado, borroso, a ratos apenas inteligible, es obtenido a fuerza de reiteradas preguntas. Aire sombrío, amenazante y ebrioso. Impresiona como taimada y hostil.

Un epiléptico con mímica parecida dice en medio de un estado crepuscular: "Le tiré la piedra, quería hacerle tiras la cabeza, gozar viendo sangre corriendo del cerebral; una vez le enterré un cuchillo a uno, saltaba sangre por el brillo acerante y el cuchillo acerante entró y me reía con la sangre; la rojez me gusta; enterré el cuchillo; me gustan gustaciones de la sangre".

recuerdo de todo. Sin embargo, a un análisis fino hay en muchos de esos casos premiosidad en el alta o sentimientos de abandono o de culpa, indicadores de un residuo de trastorno de conciencia, motivo tal vez del retardo en la irrupción de la amnesia.

La amencia

Se despliega en medio de un trasfondo afectivo de desamparo y fragmentación de lo psíquico, sobre el cual a la manera de caja de resonancia, emergen y se borran, espontáneamente o suscitadas por el medio, pero sin llegar a su acabamiento: gimoteos, sonrisas, rimas cantadas, frases sueltas, trozos incoherentes, gritos lastimeros o jubilosos.

Estados afectivos, pensamientos, percepciones, actos diversos, como incorporarse, coger un objeto, rascarse, comer, nacen y quedan a medio camino. Esto da incoherencia a la actuación, a los sentimientos y al discurso.

El horizonte de desamparo facilita la percepción deliriosa depresiva de los sucesos vecinos. El grito de otro enfermo, los pasos de la enfermera, la caída de un objeto, son para el amente los preparativos para la degollación de su cónyuge, o bien el llamado implorante de sus hijos abandonados. Los gestos de alegría surgidos de repente en medio de ese trasfondo, toman aire patibulario.

La mirada y la mímica es de perplejidad como si no se abarcara bien lo que sucede, pero a la inversa de la esquizofrenia, la perplejidad del vivenciar mismo es menos manifiesta. No hay, por ejemplo, asombro porque una manzana tenga olor a manzana o una botella sea botella; tampoco sentimientos de embeleso ante el colorido o el movimiento de las cosas.

Las alucinaciones, de preferencia auditivas y visuales, y las vivencias deliriosas aun cuando fragmentadas, guardan cierto acuerdo con el estado afectivo céntrico y prima en ellas no su aspecto representativo como en el delirio agudo sino su contenido afectivo, generalmente siniestro.

Así, mientras al delirioso alcohólico le moviliza la afectividad el verse en medio de la taberna o del trabajo, en el amente la calidad afectiva de voces, visiones y percepciones deliriosas destaca instantáneamente como si adhiriera de suyo a los objetos.

Salto bruscos, carreras, huidas, mioclonias, sacudidas corporales, son frecuentes sobre todo si aumenta la obnubilación. A veces se agregan ecolalia, ecopraxia, ecomimia, negativismo, neologismo, robo y adivinación de pensamientos y otros signos esquizofrénicos. A diferencia de la esquizofrenia hay más coherencia de conjunto, y en vez de lejanía afectiva, dificultad lógica de penetración en una mente sumida en su drama. Además su agravación al anochecer en contraste con su mejoría en las mañanas, la facies untuosa o a veces muy seca, la deshidratación y otras huellas de algo febril, orientan hacia lo exógeno. Los neologismos y la distorsión de frases —con agramaticalismo

y paragramaticalismo— surgen como precipitadamente, careciendo casi siempre de esa mesurada dignidad del lenguaje esquizofrénico que es justo lo que da a éste su aspecto atrayente.

La actividad espontánea se da vueltas en una especie de quehacer fragmentario, lento y parásito: el enfermo arregla las sábanas, coge el cántaro de agua, se estira la camisa, se sienta y se tiende en la cama, dejando todo a medio camino como si fuera apremiado por un acto nuevo, una ocurrencia, una alucinación o un ruido; la ejecución e interrupción se acompaña de una cara meditativa y perpleja. A ratos queda tranquilo, como descansando.

La atención espontánea se exalta, interesa cuanto ruido hay, y mira a todos los que entran. El falso reconocimiento lleva a ver en la enfermera a la vecina de su casa y en el médico al mismo que lo atendió en el otro hospital. No es en general un falso reconocimiento dado desde la camaradería como en el delirioso alcohólico, que sin fijarse casi supone a la persona compañero de trabajo, sino una especie de insuficiencia perceptiva ilusoria. La misma desorientación existe para el lugar y la fecha; la persona mira perplejamente a su alrededor y concluye por ejemplo: "que esta sala es la del hospital de medicina interna donde estaba antes".

La atención provocada se obtiene penosamente; por eso los rendimientos objetivos, pruebas de juicio o de cálculo, dan resultados muy inconstantes.

En las órdenes motoras (como persignarse, saludar militarmente, hacer señas a alguien, etc.) se observa titubeo parapraxico y a veces desestructuración completa como si se hubiesen olvidado dichos actos; casi siempre se detienen apenas iniciados.

A diferencia de la depresión endógena no hay aire de abatimiento o de ansiedad, sino de miedo y desamparo con reacciones expresivas adecuadas. La cara es con frecuencia llorosa, el miedo parece suscitado desde algo grave e inminente y no es mero sobresalto repentino ante algo sorpresivo que rompe la tranquilidad, como sucede cuando tocamos o hablamos a un delirioso alcohólico.

La amencia dura semanas o meses y trasunta casi siempre compromiso infeccioso o tóxico del sistema nervioso. También tienen forma amencial algunos episodios psicóticos de los débiles mentales. Si la amencia no abre paso a una esquizofrenia, y eso no es tan frecuente, tiene buen pronóstico.

Respecto a la amnesia, la conducta es algo diversa a la del crepuscular. Dentro del cuadro, al revés del crepuscular, el enfermo recuerda difícilmente lo sucedido horas antes o el día anterior; una vez pasado el cuadro se da tanto amnesia completa como recuerdos fragmentarios y borrosos².

² Una amante, sentada en la cama, responde al interrogatorio médico:

P.: ¿Quién es este caballero? (*Se le señala a otro médico*). (*Ella no responde, musita en forma llorosa*).

P.: ¿Quién es?

R.: Ay, por favor, déjeme sola. ¡Mi cabecita!

Nos guía aquí el delirium tremens. Lo definen: fiebre, disartria, temblor lingual, labial y digital de grandes oscilaciones, sudoración untuosa a ratos perlada y además un conjunto de síntomas de perturbación de conciencia centrados en vivencias deliriosas, alucinaciones visuales caleidoscópicas, alucinaciones kinestésicas, estado afectivo en acuerdo al contenido de aquellas vivencias e intranquilidad motora sectorial, cambiante, brusca e imprevista. Así surgen muecas repetidas de tipo clónico de uno a otro lado de la cara, parpadeos rápidos en salva, intranquilidad ocular, sobresaltos repentinos de los hombros o las

P.: ¿Quién es él, lo conoce usted?

R.: ¿Aranci... he... (musita) ... ha, ha, déjeme pu... (llorosa)... mamita... (musita).

P.: ¿Y a esta niña la conoce? (Le señalan a la enfermera).

R.: Bruja, Brújula, árbol... ar...'

P.: ¿Pero cómo se llama ella?'

R.: Peineta... ya... déjem... (llorosa)... (musita)... (suspira)... a quema, más cinco dedos... Porque le voy a decir al día señor... ¡mítenme mejor por Dios! (llorosa).

P.: ¿Por qué llora tanto, María?

R.: Déjeme (grita y se mueve en forma alterada), ustedes me mataron (llora)... ¡Por qué me voy a quedar así yo... Déjenme... Déjenme!...

P.: ¿Qué hacía hoy en la mañana?

R.: (Musita)... (habla en forma incomprensible)... remato... Para cualquier lado me mato... siéntense... mierda... (musita).

P.: ¿Estaba lavando usted?

R.: Déjenme... déjenme morir... oye ¡Fernando!... ha... ha... (llorosa)... hermanito mio... (llorosa)... Quita Fernando... zapato.

Se la deja a su arbitrio: mira inquisitiva hacia la puerta, se acomoda en la cama varias veces, se queda a medio camino; toma el vaso del velador para tomar agua y lo deja; estira la frazada pero interrumpe el acto para musitar pensativa. En ese momento cae un objeto en otra pieza; escucha con aire de desamparo, levanta las manos en leve esbozo de súplica, emite un leve y prolongado alarido, musita, en seguida dice como para sí: "¡ay mis hijitos! ¡ya... ya... los están matando!". Inicia una especie de llanto sin lágrimas y casi de inmediato queda meditativa, musita, pretende cruzar las manos encima de la cabeza, se interrumpe y las cruza encima de la cama; queda tranquila varios minutos.

Se le ordena resignarse. Inicia el acto, se queda perpleja, lleva la mano hasta la frente, cruza mal el pulgar y el índice; baja y sube la mano dos veces como empezando de nuevo; vuelve y se queda tranquila. Algo parecido se observa en otras órdenes motoras. En la de mostrar la lengua intenta como ayudarse con las manos; se detiene a medio camino. No se observa apremio en la ejecución misma como es típico en los epilépticos.

Observada a través de una mirilla se la ve sentada, intenta recostarse, escucha, musita, se queda silenciosa a ratos largos; en un momento sonríe, de repente prorrumpe en frases sueltas: "¡ay, mamita... mataron a Fernando... los niños no fueron al colegio... ha... Fer... fueron ya... quiero morir... voy mamita... voy a las cas... tal vez...".

Febil, pálida, piel seca.

Parto hace una semana.

Mejora al cabo de unos meses.

manos, mioclonías, flexiones y extensiones rápidas de las piernas, musitación, miradas apremiantes sobresaltadas debidas tal vez a alucinaciones; todo recuerda a personas victimas de pesadillas.

Paralela a dicha intranquilidad primaria, otra dialogada y más conexas integra la vertiente motora de la vivencia deliriosa. En tales vivencias, movidas generalmente desde los hábitos del sujeto, él se cree participante activo de una tarea, una fiesta, un paseo. Así paredes, camas, enfermeras, médicos, mesas, se metamorfosean deliriosamente en una alegre taberna donde conversa con amigos, pide vino, levanta la copa. El significado lo capta el observador más a través de la gesticulación mimica que de los actos de suyo muy desestructurados; a veces hay apenas un simple manoteo acompañado de sonrisa amistosa embrutecida y balbuceo explosivo y tartajante: "manoteo delirante" de Bonhoeffer.

*Las vivencias deliriosas irrumpen en forma de ataques repentinos*³ en medio de la obnubilación de fondo y sumen al enfermo en un mundo onírico por minutos u horas; lo sueltan a ratos y otra vez lo invaden, más en la tarde y en la noche. *A veces vienen en oleadas subintrantes.*

Estímulos enérgicos consiguen un reintegro transitorio, desde dichas vivencias, entonces sonrían y explican: "bah, estaba soñando; son como sueños que me vienen de repente".

Durante la vivencia deliriosa⁴ hay falso reconocimiento, fabulación de perplejidad más bien sugerida y poco rica, desorientación alopsíquica y somatopsíquica (se creen de pie cuando están acostados, o bien incapaces de mover las manos porque sujetan algo, cuando esa imposibilidad deriva de la contención), lenguaje tartajado apenas inteligible. En los intervalos entre vivencia y vivencia⁵ que pueden ser de minutos u horas cabe darse cuenta del

³Un delirioso conversa con el médico; le proporciona datos más o menos adecuados respecto a su situación y motivo de ingreso. Repentinamente se interrumpe, sonríe, tartajea, agita las manos, abre y cierra los ojos varias veces como en salva, intenta levantarse; se dirige al médico a quien identificaba hasta minutos antes: "Ah... Pedro, el mar... el martillo... (sonríe y balbucea)... vamos luego; (mira acechante hacia la puerta donde se oye un ruido)... ayuden a levantar... la sí... la silla... bueno, traigan vino... ayuda Pedro". Sale de la vivencia deliriosa a los tres o cuatro minutos y vuelve a responder adecuadamente al interrogatorio.

⁴En esto de ser "tomado" de repente por la vivencia deliriosa (compromiso activo y directo de todas las esferas psíquicas), cabe la diferencia con la mera *percepción deliriosa*, más propio de la amnesia, la alucinosis o el estado crepuscular, y en la cual el enfermo se limita a interpretar los sucesos reales del ambiente en acuerdo a su estado afectivo directriz. Demás estaría señalar a su vez la diferencia con la *percepción delirante*, que exige lucidez de conciencia.

⁵Los términos vivencia deliriosa u onírica son sinónimos. En la *vivencia onírica*, en cambio, el enfermo asiste brevemente a la gestación y configuración de un fenómeno que le sorprende del cual es víctima pasiva, que no logra, a veces, describir bien y parecido por su arbitrariedad súbita a un sueño que irrumpiera en plena lucidez de conciencia. Lo deja en cierto modo inmovilizado y perplejo. Se da en paranoias y esquizofrencias y vale la pena distinguirlo no sólo de la vivencia onírica sino de las alucinaciones, dado el alcance diagnóstico de éstas para aceptar o excluir la paranoia. Un paranoico va por la calle Estado; al llegar a la esquina de la Plaza

lugar, nombre del médico y motivo de ingreso, pero persiste la obnubilación y la tendencia a adormecerse. El interrogatorio fatiga y facilita la irrupción de vivencias deliriosas, igual los estímulos imprevistos. Reaccionan con sobresaltos corporales ante esos estímulos y sonrien al darse cuenta de "que no era nada". Justo por ese trasunto inmediato al cuerpo, es diverso al sobresalto de predominio psíquico de los alucinósicos.

Agravada la obnubilación aparece intenso balbuceo, sacudidas bruscas aberrantes, manoteo delirante e irreceptividad al diálogo. Si se les toca dan un salto, miran acechantes, tartajan, sonrien y recaen en su estado anterior.

El estado afectivo básico es de euforia embrutecida, matizado por miedo, terror o alegría, en acuerdo al contenido alucinatorio y delirioso. Si ven ratones, serpientes, toros embravecidos —lo que es frecuente— se atemorizan; si ven bailarinas se alegran.

Junto a tales alucinaciones visuales las hay kinestésicas; gravitan en el aire, les dan vuelta la cama, saltan por la ventana.

El aprobativismo y la sugestionabilidad, síntomas clásicos, permiten sugerirles la visión de tal o cual cosa, incluida la lectura de letras y palabras. *Dicho fenómeno, capaz de incrementar percepciones patológicas, no opera a la inversa para deshacerle objetos alucinados o deliriosos.*

Los estados deliriosos tóxicos dejan comúnmente recuerdos borrosos. No así los epilépticos e histéricos que a veces se recuerdan con la precisión de una trama coherente y nitida.

La alucinosis

En las alucinosis alcohólicas y toxiinfecciosas un ánimo lleno de presentimientos funestos oscurece todo el campo psíquico. El enfermo se aísla ensimismado y pierde las ganas de trabajar. Como se trata de la anormalidad de un sentimiento psíquico —y por eso hay conciencia perturbada— y no vital, no existe inhibición, fatigabilidad, indecisión ni embrollo mental. En vez de sentimiento de culpa lo hay de abandono; les duele la ausencia de los suyos. Con cierta frecuencia se sienten malos, pero no saben bien por qué, pues no critican ni su pasado ni su presente; al contrario, están conformes con su vida. La mimica tiene algo de rígido, reconcentrado y sombrío.

de Armas. nota algo raro en su piel; se mira extrañado y ve cómo "se desprenden sucesivamente la piel, las carnes, las venas, hasta quedar el puro esqueleto"; en seguida "se reintegra a su ser habitual" y continúa hasta su casa, "es una manera de hostilizarlo de los enemigos". Otra enferma, una esquizofrénica, siente algo raro dentro de la cabeza: "es como un hormigueo que va corriendo y al fin es como que estuvieran escribiendo; son escrituras que me hacen en el cerebro; al principio es el hormigueo, después siento como se van formando las palabras, es un ratito corto".

El sueño, muy interrumpido y poco reparador, está plagado de pesadillas.

Suele darse constipación tal vez por repercusión sobre los sentimientos vitales, pero no hay pérdida importante del peso, marchitamiento de la piel, ni estado de aplanamiento, como es propio de las depresiones endógenas.

La atención espontánea exaltada los mantiene alerta; cualquier cosa provoca sobresaltos; los vigilan y los siguen; lo saben por *presentimiento* y no por conocimiento intelectual como en la cognición corpórea esquizofrénica, que no provoca alarma al esquizofrénico y sólo la cuenta exigido por el médico.

No son raras percepciones deliriosas autorreferentes⁶, sonrisas y conversaciones neutras se suponen hostiles; a veces hay robo y adivinación de pensamiento, con el acento puesto en los contenidos robados o adivinados y no en el hecho mismo de ser víctimas de tales fenómenos como en la esquizofrenia.

El enfermo sorprende de repente voces dialogadas referidas a él en términos injuriosos; en ocasiones le hablan directamente; son claras y con notorio acento masculino o femenino. Vienen en ráfagas y provocan indecible malestar. No es raro el intento de suicidio para libertarse de su agobiadora presencia.

Pasada la ráfaga puede haber conciencia de su carácter meramente alucinatorio, la que se pierde frente a la próxima ráfaga. Alucinaciones y autorreferencias deliroides configuran a veces una trama delirante conexas, que se diferencia de la esquizofrenia y parafrenia por su carácter depresivo y por la ansiedad dominante. El lenguaje es trivial. A veces, acentuando más el aire esquizofrénico contrasta la mimica sombría con un delirio expansivo de grandeza o erotomaniaco.

El enfermo siente la angustia como una especie de garra y caparazón precordial que no le deja tranquilo. A esto se agrega el miedo a la policía o a los enemigos de los cuales huye o se esconde.

Suelen darse síntomas propios del síndrome hiperestésico-emocional; aversión a los estímulos sensoriales fuertes y astenia constante, distinta en esto a la *fatiga posterior a esfuerzos*, típica de la depresión endógena.

Cuando el componente depresivo prima sobre el alucinatorio, si no se distingue la diferencia entre la alteración de un sentimiento psíquico y uno vital, el diagnóstico cae como de su peso hacia la depresión endógena.

Si la conciencia se aclara y la alucinosis persiste pasa a integrar generalmente la serie esquizofrénica. En tal caso el sueño se normaliza, lo delirante puede primar sobre lo alucinatorio, mejora el estado general, la mimica se vuelve fría, el lenguaje sigue trivial, no hay sobresaltos ni tanta tendencia a aislarse como en otras formas. Algunos trabajan.

⁶Las percepciones deliriosas, a diferencia de las deliroides propias de psicosis con lucidez de conciencia, son pesquisadas de inmediato en su significado insólito, no se anda a su busca como en las deliroides, no necesitan verificaciones y no se rigen por el principio de la coincidencia.

Estado epileptoide angustioso

Fácil de confundir con una reacción histérica, tanto por sus caracteres clínicos, como por ser a veces desencadenado o exacerbado por estímulos emotivos diversos, sólo su aire de "dado primariamente" y su falta de histrionismo y finalidad, permite la diferencia.

El núcleo de la exacerbación lo forma casi siempre un sentimiento indefinible de miedo, desamparo o soledad, con oscurecimiento de la situación real y viva petición mimica de ayuda. El enfermo demanda auxilio con las manos, se reclina sobre alguien, abre desmesuradamente los ojos, emite algunas interjecciones ansiosas, palidece o enrojece y se recupera a los pocos minutos. No es raro que acabe también en una crisis convulsiva de acento epiléptico. La exacerbación puede repetirse muchas veces sobre todo en presencia de terceros. En ocasiones en lugar de petición anhelante de ayuda, hay violencia, agresividad, tal vez si el sentimiento psíquico espasmódizado es el terror. El recuerdo de lo sucedido no es nítido.

El estado básico entre las diversas exacerbaciones, es de euforia banal, con precipitación en las respuestas, sentimiento íntimo de depresión, falta de concentración y quizás cierta pesadez corporal. El sueño suele no alterarse, más bien muestra cierta tendencia a la hipersomnia. Algunas pruebas de autorreflexividad pueden fracasar, aunque no es lo frecuente, pues el embotamiento se muestra más bien en el sentimiento de ingratitud, de abandono o de conformidad alegre con la situación presente, sentimientos de cuyo alcance se habló a propósito de la obnubilación simple.

Este estado, descrito por la familia como un extraño cambio en el modo de ser, dura días, semanas o meses. A veces precede a los primeros ataques de la epilepsia genuina, acompaña a los tumores encefálicos o matiza el curso de la histeria y la esquizofrenia.

El estado estuporoso

Los enfermos se quedan de pie, sentados o acostados, ya en posiciones fijas, ya acomodándose ligeramente de vez en cuando y sin obedecer órdenes. Es preciso alimentarlos. Algunos caen en gatismo urinario y fecal, otros en retención y unos terceros evacúan si son llevados al retrete. En estados subestuporosos se mueven algo y reciben alimento.

Los estados estuporosos se dan con claridad u obscuridad de conciencia y no es nada fácil investigarlos. En el primer caso, muy propio de la esquizofrenia catatónica, se agrega muchas veces negativismo activo y rigidez en varios territorios musculares, sobre todo en el cuello y hombro.

Pese a lo aventurado de la afirmación, pudiera decirse que habla a favor de claridad de conciencia la impresión, de parte del médico, de que se trata de una actividad vigorosamente mantenida en medio de un rostro tenso, distante, en cierto modo impasible, pero como abierto a una reacción cualquiera.

Si es un estuporoso pasa horas de pie, mirando al vacío, ajeno al calor y al frío, o bien encucillado, inmóvil y en la misma actitud de "esfuerzo", casi de seguro tiene lucidez de conciencia, pues es difícil una "hipotonía" de la conciencia como sería la propia de una obscuridad, sin una pareja hipotonía muscular.

Si el enfermo se inclina a estar sentado o en cama, si hay cierta flaccidez de los miembros, tendencia a mantener los ojos cerrados y a cierta postura corporal más económica, es probable la perturbación de conciencia. Los enfermos pueden, en tales casos, oponerse a los movimientos, lo que es diverso al negativismo, la oposición es vivenciada por el observador como venida de esferas psíquicas relacionadas con el sentimiento o las conaciones y por tanto impresionada como armónica con el resto de la conducta, a diferencia del negativismo que no armoniza, manteniendo más bien su impronta discordante e incomprensible.

Si el enfermo se opone a los movimientos con gestos coquetos de la cabeza o de los dedos, o si al moverlo forzosamente se deja caer al suelo, se arrastra, se defiende activa y desmesuradamente —sin esos gestos breves y precisos del estuporoso esquizofrénico— y a esto se agrega cierta descompostura del rostro, debe más bien pensarse en perturbación de conciencia, tanto más si los rasgos faciales son flácidos, la mirada ebriosa y apagada y la mímica trasunta al fin sentimiento de rechazo, hostilidad, angustia, sufrimiento, agresividad, comicidad, inautenticidad o desencanto. Se ve en muchos estuporosos histéricos.

En los estupores depresivos el enfermo, a ratos hace esfuerzos por responder y aun emite algunas palabras, hay además cierto oposicionismo a los movimientos, rechazo del alimento, aire abatido, rostro marchito.

Los maníacos muestran más tendencia a acomodarse en la cama o en la silla, se dejan examinar hasta cierto punto, musitando algo de vez en cuando y el rostro adquiere un dejo malhumorado y sombrío o más rara vez un esbozado aire risueño.

Es posible que en los estupores maníacos entren elementos depresivos. El control de esfínteres es variable en ambos cuadros.

Respecto al estupor depresivo, Kraepelin creyó dato importante la ausencia casi de fenómenos vasomotores, muy a la vista en cambio de los estupores esquizofrénicos y Bumke señaló la falta de auténtico negativismo, aun cuando se dé leve flexibilidad cerea en el sentido de una esbozada rigidez muscular.

No rara vez el estado estuporoso es el comienzo de un estado delirioso, crepuscular, amencial o uno de los momentos del curso de dichos estados.

Formas de presentación y formas de transcurso

Las perturbaciones de conciencia pueden ser exógenas, endógenas y psicógenas; para distinguir las vale la diferencia establecida por Bonhoeffer entre

forma de presentación y forma de transcurso. Configuran la primera el conjunto sintomático hasta aquí descrito en virtud del cual se diagnostica estado crepuscular, amencial, epileptoide-angustioso, alucinósico, delirioso o estuporoso. La segunda es un conjunto de síntomas enmascarados entre los otros, pertenecientes al síndrome hiperestésico-emocional o al de Korsakow.

En el síndrome hiperestésico-emocional hay aspecto fatigado y marchito, color pajizo de la cara, hiperestesia a los ruidos, a la luz y al dolor, tristeza, malhumor, cefalea, mareos, astenia de predominio vespéral y nocturno, labilidad de la memoria, labilidad emotiva, susceptibilidad a flor de piel, incapacidad de concentrarse, tendencia marcada a las autorreferencias paranoicas las cuales nunca se configuran acabadamente, insomnio o sueño muy interrumpido, no reparador y con actividad onírica laboral o terrorífica.

El síndrome de Korsakow constituido por: desorientación en el tiempo y el lugar, falso reconocimiento y fabulación de perplejidad, se da aquí esbozado a medias. El falso reconocimiento y la fabulación vienen más bien urgidos por el médico y ajenos a la afectividad del enfermo; sólo en raros momentos hay fabulación espontánea, pero contada sin animación alguna; a ratos la rechaza, en lo que divergen del Korsakow alcohólico y del presbiofrénico dados con conciencia clara.

Sólo las perturbaciones exógenas de conciencia muestran formas de transcurso korsakowoides o hiperestésico-emocionales; no las hay ni en las endógenas ni en las psicógenas; de ahí su trascendencia diagnóstica. Una alucinosis, por ejemplo, sin síntomas hiperestésicos-emocionales —rostro suelto y fatigado, mareos, malhumor, astenia, etc.— reducida exclusivamente a alucinaciones auditivas en ráfagas, cierta conciencia de enfermedad, núcleo delirante, lenguaje relativamente coherente con escaso amaneramiento o incluso trivial, orienta en cierto modo hacia la alucinosis endógena o psicógena y no hacia la etiología alcohólica o toxiinfecciosa. Lo mismo pudiera decirse de un delirio agudo en el cual no se pesquisa por debajo de lo delirioso nada korsakowide o hiperestésico-emocional; esto ilumina sobre todo cuando la etiología es muy dudosa. Como se sabe, los delirios psicógenos no escasean y se parecen a los delirios exógenos encefalíticos.

Diverso es el alcance pronóstico de un síndrome de Korsakow o hiperestésico-emocional con claridad de conciencia; en tal caso apunta no a compromiso tóxico sino a lesión orgánica grave o leve y siguen el destino propio de los cuadros orgánicos; por tanto no cabe confundirlos en cuanto a formas de transcurso de una perturbación de conciencia exógena aguda y en cuanto a cuadros prolongados o crónicos con autonomía propia. Ya se sabe la peculiar viveza que toman sus síntomas en este último caso y el empeoramiento del pronóstico.

Las perturbaciones de conciencia endógenas, epilépticas, esquizofrénicas, otigofrénicas, carecen de tales formas de transcurso. A diferencia de las exógenas, en vez de mejorar hacia la mañana, se mantienen casi parejas a lo lar-

go del día: hay además incoherencia del lenguaje, actividad alucinatoria muy viva, locuacidad o silencio extremos, tendencia a la agresividad y a la actividad motora tempestuosa, mirada amenazante o siniestra, irreceptividad casi completa a las admoniciones y requerimientos ajenos, control de esfínteres variable, repercusión en el estado general, facies untuosa y ebriosa y muchas veces componente febril. Por lo general se trata de cuadros crepusculares o deliriosos-amenciales. Contrasta su irreceptividad al medio propia de su intenso embotamiento con la escasa tendencia a adormecerse, como ocurre en las formas exógenas de esta magnitud. Una variedad especial son ciertas manías deliriosas en las cuales el enfermo en buen estado general y con palabra clara y alegre cuenta que tiene billones de pesos, palacios, buques, etc.; la viveza del relato, la ausencia de disartria y otros signos neurológicos, y la facilidad de los movimientos, permiten diferenciarlas de la parálisis general.

En las perturbaciones psicógenas —casi siempre crepusculares o deliriosas— prima la dramatización mostrativa, en gestos, actos y conducta, del mundo vivencial íntimo. Así un delirioso histérico que se creía Jesucristo pasaba todo el día en actitud piadosa leyendo la Biblia, bendecía a cuantos se allegaban, trazaba signos religiosos en todos los papeles a mano, se hincaba y rezaba en cruz en medio de la pieza. Ya mejorado recuerda todo esto. Los crepusculares histéricos parecen revivir claramente en palabras y movimientos la situación traumática motivadora del cuadro o bien la ridiculizan a través de gestos clownescos o infantiles. La repercusión en lo vegetativo y corporal es mínima. Hay receptividad al diálogo y a las pruebas de rendimiento, las cuales por lo demás resultan alteradas. El embotamiento, escaso, se traduce en el abandono de las responsabilidades, cierta impudicia en el diálogo y el modo de presentarse ante terceros, en el rostro grave y serio pero a veces también infantil y en el dejo de comicidad o a lo menos de inautenticidad, de todo lo cual el enfermo parece no darse cuenta pese a los comentarios que puedan hacerse ante su vista.

Los cuadros exógenos de perturbación de conciencia tienen su origen en una causa eficiente, los psicógenos en un motivo, y los endógenos en la descarga de algo desconocido desde el fondo psíquico.

Un origen es causa eficiente cuando su acción tangible y directa puesta como antecedente da paso obligado a un fenómeno o conjunto de fenómenos en medio de un juego determinado de condiciones. Causas son los tóxicos provenientes de dentro o fuera del organismo que operan sobre el sistema nervioso.

Un origen es motivo, cuando obra a través de las repercusiones afectivas que su presencia irroga para el destino de la persona. Debe, por tanto, comprenderse previamente y dejar en cierta manera como cerrados los caminos vitales, como inútiles los esfuerzos previos, como intolerable el dolor psíquico. Motivos son: un desastre amoroso, la muerte de un ser muy querido, una quiebra grave del prestigio personal.

En los cuadros endógenos de perturbación de conciencia actúan, pero a mero título de desencadenantes, tanto causas como motivos; eso no niega la

posibilidad de que estados reactivos psicógenos directamente motivados surjan también en medio de una enfermedad endógena.

La teoría de Specht y Bonhoeffer

Veía Specht en todo trastorno psicótico algo endógeno y, por tanto, también en las perturbaciones de conciencia. La psique reaccionaria de dos modos a cualquier causa o motivo: estado maniaco-depresivo o estados paranoicos, y la mezcla de ambos. Las llamadas psicosis endógenas serían psicosis desarrolladas espontáneamente o por causas mínimas; las exógenas, éstas mismas, pero sin fuerza suficiente para desenvolverse por propia cuenta, y en las cuales según la intensidad de la causa aparecería una depresión, una manía, un estado paranoico, o bien, tales cuadros se enmascararían tras los diversos grados de la obnubilación.

La psique escalonada en pisos se comprometería sucesivamente según la fuerza y rapidez del tóxico. Una acción leve provocaría depresión; en el piso siguiente, manía; después estado paranoico, confusión, estado estuporoso, etc. Le servirían de apoyo aquellas psicosis maniaco-depresivas clásicas dadas con obscuridad de conciencia y las francas excitaciones maniacales de la paranoia vera, que son justamente un elemento casi indispensable para su diagnóstico. Como se sabe, fuera de tales excitaciones, el paranoico puede reintegrarse a su trabajo y el delirio queda en cierto modo inoperante para la conducta hasta el próximo brote expansivo.

Enfermedades somáticas como la tuberculosis y el reumatismo en los cuales la acción del tóxico sería lenta y continuada, provocarían exclusivamente síntomas de las primeras etapas, depresivas y maníacas. En cambio, el tifus exantemático, la neumonía, la encefalitis, irían bastante más lejos, debido a la violencia de su ataque.

En suma, por debajo de su normalidad, la psique estaría aposentada sobre una estructura maniaco-depresiva y paranoica, la cual quedaría en descubierto si la normalidad desaparece, estructura impurificada con elementos obnubilatorios a medida que el tóxico dificulta el trabajo mental. Lo obnubilatorio no es un síntoma positivo sino la consecuencia de la dificultad creciente que el tóxico pone a la expresión de los contenidos maniaco-depresivos y paranoicos, hasta llevar al caos psíquico. Signos como hipermetamorfosis, locuacidad incoherente, visión de demonios, animales, policías, trastorno del sueño, serían trozos flotantes paranoicos, maníacos y depresivos en medio de la obnubilación.

La psicosis maniaco-depresiva en vez de entidad nosológica a la manera kraepeliniana heredada por algunas personas, en la cual su vertiente maníaca y depresiva serían el anverso y el reverso de una y la misma cosa, se convierte ahora en dos capas estructurales de toda psique. En forma algo esquemática podría decirse que la normalidad está sentada sobre una capa depresiva, ésta sobre una maníaca y en seguida sobre una paranoica, puestas a la luz ya por causas tangibles como en las llamadas psicosis exógenas o por causas aún descono-

cidas como en las endógenas. Para ser esquizofrénico, paranoico o maniaco-depresivo no se necesitaría entonces una transformación endógena del *fondo psíquico*, dada la diversidad radical de esos cuadros con la psique normal, sino simplemente apagar la capa superior.

La teoría de Specht recuerda los niveles de Hughlings Jackson. En Specht los estratos bajos parecen, sin embargo, no inhibidos por los altos sino que, al contrario, yacen latentes si no los azusa un agente cualquiera. Desaparecido ese agente se adormecen y la capa alta restablece espontáneamente su imperio.

La teoría de Specht tropieza con dificultades clínicas. Muchas perturbaciones de conciencia aparecen en periodos de convalecencia de las enfermedades infecciosas cuando la acción máxima del tóxico ha pasado; experimentan oscilaciones grandes en su mejoría y agravamiento de la mañana a la noche en días sucesivos. No hay relación directa entre la magnitud de la obnubilación —que sería para Specht la medida del descenso de los niveles— y los síntomas presentes: estados deliriosos y crepusculares surgen con obnubilaciones graves y leves; además los síntomas con tinte depresivo y maniacal no tienen, como ya se indicó a propósito de la obnubilación simple, lo peculiar a los síntomas maniaco-depresivo. La tristeza, por ejemplo, no se acompaña de inhibición del pensamiento o de los movimientos, o de repercusión vegetativa, y la alegría, de facilitación de aquellos procesos. Hace tiempo Bonhoeffer, refutando a Specht a propósito de los alcohólicos, dijo que no cabe confundir esa bonhomía eufórica en medio de una cara flácida, envejecida, con la viveza de los maniacos en medio de un actuar ágil y gracioso.

Pero si los síntomas de los cuadros de perturbación de conciencia, por leves que sean, muestran sus peculiaridades desde la partida de acuerdo a la idea de Bonhoeffer, algo nitido los separará de los cuadros endógenos lúcidos y no cabría una psique escalonada en pisos. Las perturbaciones de conciencia serían la reacción corriente de cualquier psique ante causas o motivos; en cambio, la esquizofrenia, la paranoia y la psicosis maniaco-depresiva, vendrían de anomalías peculiares escondidas en el fondo anímico de ciertas personas, anomalías determinantes de una transformación (y no de una mera puesta a la luz en el sentido de Specht) transitoria o permanente de toda el alma, la cual ahora vivenciaría de otra manera.

El intercambio de síntomas entre los diversos cuadros exógenos, que los deja justo en la categoría no de síndromes sino de meras formas diversas pero paralelas de reacción, abonan también la idea de un alma unitaria, en la cual la configuración de una u otra forma reactiva no depende de pisos comprometidos, sino del variado juego entre afecto psíquico espasmodizado y obnubilación del sensorio. En cuadros como el epileptoide-angustioso, el alucinósico y el crepuscular, la línea dinámica la da el afecto; en la amencia y el delirio, la obnubilación, pero como se sabe, un estado crepuscular parece delirioso o amencial en ciertos momentos y viceversa y sólo el discernimiento de la afectividad nuclear al cuadro abre al diagnóstico.

Si se aceptan en el hombre normal dos tipos de conciencia, la diurna y la onírica, paralelas y no subordinadas, los cuadros exógenos agudos se parecerían a la última. Al igual de la conciencia onírica, no hay momentos neutros y uno no sólo se vive como autor o víctima de un drama conexo y nítido o fragmentado y borroso, sino que se entrega entero al momento, ajeno a consideraciones de otras circunstancias.

Visto así el problema, *mientras las psicosis endógenas exigen una transformación metamorfofísica del fondo psíquico*, pues nada hay semejante a ellas en la conciencia diurna a cuyo ámbito pertenecen por la lucidez con que se dan, las psicosis exógenas agudas y en general todas las perturbaciones de conciencia, no necesitan transformación sino mera prolongación de la conciencia onírica a momentos en que habitualmente no rige. Habría, según Jaspers, no transformación, sino *remoción psíquica*; esa remoción impediría a la vigilia restablecer el orden normal de las vivencias. Este orden que surge a diario en toda persona a la hora del despertar no sería posible en los perturbados de conciencia debido al comando desorbitado de ciertos afectos; las vivencias privadas de control de un yo obnubilado girarían en verdaderos torbellinos impelidas por esos afectos.

Diagnóstico

Pudiera centrarse su diagnóstico en la obnubilación y presencia o no de un sentimiento psíquico que dirija el vivir o, a lo menos, lo coloree nitidamente para el observador.

La obnubilación en sus grados más leves sería visible en el contraste entre un "encontrarse bien" y la tendencia espontánea a no hacer nada o a llevarse en un devaneo estéril, a concentrarse vagamente, a usar un lenguaje sin substancia lleno de locuciones proverbiales. Ajeno a su verdadero estado, el obnubilado se recrimina de los malos ratos que pasan sus familiares "al negarse él a trabajar por capricho", o bien al culpar de esto a su hospitalización, pese a los argumentos para mostrarle que aún no está del todo bien. Si se le argumenta en el sentido de que mientras no aparezca iniciativa espontánea para el trabajo y una entrega razonable al criterio médico es prueba de su incompleta mejoría, contesta con frases vagas indicadoras de su impermeabilidad a las razones. Esa impermeabilidad primaria autoriza a hablar de obnubilación.

Los grados obnubilatorios mayores presentan síntomas innecesarios de exponer nuevamente.

Respecto a los sentimientos, debiera esclarecerse que el uso diagnóstico de la clasificación schneideriana se basa en motivos didácticos y en ningún otro, pero bien pudiera prescindirse de ella.

Lo valioso desde este ángulo es que el observador pesquise de una manera indudable la infiltración de la mente por un sentimiento. Tal pesquisa la puede hacer desde él mismo, desde la confesión del enfermo o desde ambos lados, y dicho sentimiento debe verse no como algo aislado paralelo a otros sentimien-

tos, o como algo deducido desde la postura corporal, la mimica, la facilitación o inhibición de los procesos anímicos, sino como algo que golpea desde sí mismo al observador y es vivido por éste (el observador) como dándole ímpetu a la psique entera. ¿Quién no percibe el desamparo en la mirada, en los manoteos, en los quejidos del amente; el despecho en el monólogo erótico del crepuscular histérico; la soledad angustiosa en la mimica suplicante del epileptoide-angustioso; la alegría o el terror embrutecido en el delirioso? No importa tampoco que el sentimiento surja espontáneamente o derive de otras vivencias, lo valioso es que ya surgido ocupe un notorio primer plano. Decíamos que tales sentimientos debía vivenciarlos el observador, no como una alegría o una tristeza derivadas de suyo de la facilitación o inhibición vital a la manera de lo ocurrido en la psicosis maniaco-depresiva, y como es además lo confesado por tales enfermos, sino como apoderados ellos —desde sí mismo si así pudiera decirse— del todo psíquico y por tanto concordante con la tonalidad afectiva de la mimica, de la palabra y del resto del vivenciar. De ninguna manera tales sentimientos facilitan ni inhiben la raíz misma de los procesos mentales y corporales sino por mera repercusión y en todo caso sin ninguna conciencia de ella. El compromiso del cuerpo en la amencia y el delirio deriva, como se sabe, del proceso toxiiéctico básico y no es diverso al de otras víctimas de tales procesos en los cuales no hay perturbaciones mentales.

El sentimiento debe, además, vivenciarse por el observador a la manera de algo aceptado como un hecho o una fatalidad natural por el enfermo, sea que irrumpa en ráfagas (estado epileptoide-angustioso) o sea como consecuencia lógica de la situación vivida. Así el epileptoide-angustioso se cree sumido en una soledad agobiante y pide ayuda y el amente compadece con llantos y alaridos el desamparo del cual se cree auténtica víctima, pero ninguno se inquieta o asombra de tener precisamente esos sentimientos raros o de ver el mundo como apocalíptico, según el modelo de la perplejidad o del temple delirante esquizofrénico tan lleno de interrogaciones. Menos aún considera patológico su estado, como le sucede el neurótico con sus sentimientos de angustia, soledad o inseguridad. Tampoco se trata de sentimientos aberrantes que no concuerdan con la mimica o la conducta y, por tanto, elementos no pregnantes sino sólo paralelos a otros, como es el caso de la esquizofrenia, ni de sentimientos rígidos, estereotipados, inmodificables, en referencia exclusiva a un tipo de vivencia como la erotomanía o el amor a ciertas labores, también de los esquizofrénicos, y que lejos de dar un curso intranquilo, incierto y zigzagueante a la vida psíquica, la orientan hacia una abierta monotonía.

La manera cómo, de hecho, vivencia los sentimientos el clínico, no alude a etiopatogenia, menos a determinadas teorías de los afectos. El sentimiento vivenciado como primario, por ejemplo, puede incluso no serlo en absoluto cuando se le investiga desde otros puntos de vista; sin embargo, ello no perturba su alcance diagnóstico. La confusión de las perspectivas desde las cuales deben observarse los hechos según lo que se busque en ellos, ha confun-

dido largamente a la psiquiatría y no está demás esclarecerlas cada vez que se pueda.

En suma, la presencia de obnubilación es lo definitorio de trastorno de conciencia; cuando se da pura hay sentimientos embotados. Si a la obnubilación se agrega un sentimiento psíquico pregnante, el cuadro de perturbación de conciencia adquiere otro alcance diagnóstico y pronóstico. A la inversa, un sentimiento psíquico pregnante habla de perturbación patológica de la conciencia, si se acompaña de obnubilación.

Si la obnubilación es leve y capaz de enmascarse cabe reconocerla en cierto modo, como ya se dijo, en la pérdida de la iniciativa para el trabajo, en la incapacidad para perseverar, en los errores cometidos en labores habituales, en la falta de reserva con que expone en público problemas íntimos si es requerido por el médico, en falta de modulación para las relaciones interpersonales, ya que su actitud no varía en presencia de una o muchas personas, y en cierto abandono de su cuidado personal reducido a lo mínimo necesario, pero que no llega a ese franco descuido del esquizofrénico.

Estos síntomas importan, pues un puro sentimiento exaltado sin obnubilación llevaría a pensar en neurosis, exacerbación psicopática o reacción psicopática. En las neurosis y reacciones psicopáticas hay, es cierto, síntomas subjetivos de insuficiencia psíquica (apremio, cansancio, labilidad emotiva, insomnio) molestos para el enfermo y de los cuales pide ser liberado, pero las exacerbaciones psicopáticas, en cambio, presentan a veces como únicos síntomas un sentimiento pregnante y una huida del trabajo. El psicópata, a diferencia del obnubilado, reconoce, sin embargo, su abandono del trabajo, sabe que es criticado por esto y procura justificarse ante sí o ante los demás, dando a las actividades "de ahora" demasiada categoría para postergarlas frente a "labores de rutina", o bien desdeñando éstas como "poca cosa" para él, o en fin, reconociendo como el histérico o el asténico, que su estado físico se lo impide. En cambio, el síntoma de *abandono o falta de rendimiento laboral del obnubilado pasa como desapercibido para éste*, no trata, por tanto, de justificarse o más bien culpa a su hospitalización o a sus familiares de que se lo impidan. Dejado a su propia iniciativa se le ve sentado o caminando como ajeno a su ambiente; cumple, es cierto, las tareas ordenadas pero enseguida cae en su pasividad hasta la próxima orden. No hay en ningún momento un abandono activo y hasta gozoso de las obligaciones laborales como es casi habitual en las psicopatías.

Santiago de Chile, 1962

Respecto a lo alucinatorio, a la mayoría de los autores les ha preocupado siempre lo insólito de un fenómeno en el cual se percibe algo inexistente, y casi todas las teorías procuran explicarlo de un modo u otro. Desde luego, de las diversas fórmulas definitorias ha hecho más fortuna la de Ball: "percepción sin objeto", pues pone el acento justo en aquello, en lugar de hacerlo por ejemplo en la *convicción íntima* de percibir, como le parecía a Esquirol. El alucinado era para Esquirol "un hombre que tiene la convicción íntima de una sensación realmente percibida, en tanto que ningún objeto capaz de provocar esa sensación está al alcance del sentido", por eso ubicaba el problema entre los trastornos intelectivos. "Los alienados creen ver, oír, sentir, gustar y tocar, en circunstancias de que los objetos exteriores no están al alcance de los sentidos y no los pueden impresionar. Ese síntoma es un fenómeno intelectual, los sentidos no entran para nada en su producción; él aparece aunque los sentidos no funcionen, y todavía, aunque no existan. Así hay sordos que creen oír, ciegos que creen ver, etc. Los antiguos no habían observado ese síntoma más que respecto a los recuerdos de las sensaciones de la vista, y le habían dado el nombre de *visión*. Pero el análisis del pensamiento de los alienados, porque los alienados piensan y razonan, me ha probado que igual fenómeno se reproduce por la acción del cerebro reobrando sobre sensaciones percibidas antes por los otros sentidos, como por el de la vista; lo que me ha conducido a dar a ese fenómeno, el nombre genérico de alucinación"¹. Para Esquirol es como un soñar despierto, un ensueño parcial, idea recogida por Moreau de Tours, pero sin mucho eco en la psiquiatría posterior.

El parecido entre alucinación y percepción normal induce a psiquiatras como Jaspers, a delimitarla de fenómenos patológicos próximos, como la pseudoalucinación, en base a sus rasgos cercanos a la percepción: frescura sensorial, nitidez y corporeidad², también propio de las percepciones habituales³.

¹M. Esquirol, *Allénation Mentale*, Ed. Librairie Médicale de Crochard. Paris, 1832. Págs. 1 y 2.

²Corporeidad alude en cierto modo a reciedumbre, consistencia, firmeza, tangibilidad, materialidad, existencia sensorial. También a aquello llamado por los catadores de vinos: "un vino que tiene cuerpo", o por los fabricantes de telas: "un casimir que cae bien, que tiene cuer-

la alucinación sería una percepción, salvo su falta de correlato real existente en el mundo externo. La pseudoalucinación, alucinación más silenciosa y pálida, aparecería no como venida desde fuera sino como puesta o surgida misteriosamente en la intimidad de la mente y por eso se asemejaría a las representaciones, excepto su mayor viveza que le da el carácter sensorial de oída. Por cierto las alucinaciones, a diferencia de las percepciones, son irremediables, rara vez se anulan alejándonos del sitio u obstruyendo los sentidos, y ni son verificables por otros sentidos ni lo exigen para su aceptación. Fuera de esto las diferencias serían mínimas.

El darse junto con las percepciones normales compartiendo heterogéneamente el mundo cotidiano, las diferenciaría, según Jaspers, de las imágenes del sueño, las cuales se desenvuelven en un conjunto propio homogéneo separado de la realidad.

Entre alucinaciones y pseudoalucinaciones de un lado e imágenes del sueño del otro, existen claras separaciones. Las imágenes del sueño son un compacto mundo al cual nos entregamos por entero; emociones, afectos y actividades nos toman con violencia y todo acontecimiento interesa. No existe, como en el mundo de la vigilia, la posibilidad de paréntesis durante los cuales uno se margine de la acción, *menos un preocuparse dentro del sueño mismo por reflexionar y comprender a las otras personas soñadas en busca de sus mundos íntimos*⁴. El sueño no es visión sino actuación, en que lo puesto al frente juega su papel. Escenas horribles o placenteras no asombran como si todo fuese igualmente posible y sólo cupiese dolerse, huir o alegrarse. Dentro del sueño no se da lo inverosímil o insólito en cuanto tal; la inverosimilitud la ve recién la conciencia vigil.

La alucinación en cambio, irrumpe perturbando el habitual curso de lo percibido o imaginado; no es una percepción nueva o novedosa, sino *algo nuevo*. El enfermo, cuando la disimula, hace homenaje a esto, y en cierto modo ve su originalidad en revelársele como posible lo considerado por todos como imposible. Algunos se saben tomados por locos, pues se considera locos a quienes ven y oyen lo imposible de ver y oír. Si a muchos se les pregunta cómo llamarían a los odores de voces, coinciden en motejarlos de locos, pero aseguran en resguardo de lo suyo, que las voces oídas por ellos no son sin embargo de locos. Otros refuerzan su argumento diciendo que ellos, igual que el médico, "tampoco antes las creían posibles, pero la experiencia actual les muestra su error".

La alucinación deja en actitud pasiva, se le obedece, desdén o contesta con insultos, sin un actuar orientado a indagar el lugar de donde proviene pa-

po". Jaspers pareciera diferenciar, sin embargo, corporeidad y reciedumbre dentro de las alucinaciones; serían calidades semejantes pero de acentos diversos.

³Karl Jaspers, *Gesammelte Schriften Zur Psychopathologie*. Springer-Verlag. Berlin. Göttingen. Heidelberg. 1963. Págs. 263 y siguientes.

⁴Es una máxima diferencia con el mundo vigil, lo que, pese a sus posibles parecidos, hace irreductible ambos mundos.

ra enfrentarla y eliminarla de raíz. Se sabe por ejemplo que las voces vienen del techo o de la pieza misma, pero no se va a esos lugares, como si bajo el influjo de un hechizo, sólo cupiese resistir hasta donde se pueda o defenderse con una inútil protesta verbal.

Cuando hablamos de alucinaciones y pseudoalucinaciones, nos referimos casi fundamentalmente a las *alucinaciones veras*, de los cuadros esquizofrénicos y parafrénicos con conciencia clara, pues en los estados crepusculares y otros, donde la conciencia está oscurecida, tanto la alucinación como la conducta provocada es semiológicamente diversa. Hay a este respecto diferencia entre *alucinaciones* y *vivencias oníricas*; en las últimas el enfermo en pleno delirio agudo, asiste a escenas parecidas a las del sueño normal o de las pesadillas; combate directamente y a viva fuerza con sus enemigos, goza con sus amigos, requiebra amorosamente a una mujer, o bebe con sus camaradas. Al revés de la alucinación, el acento está aquí en la actuación. El médico ve la actividad muscular y verbal del enfermo, que si bien siempre queda a medio camino apenas prefigurada o iniciada, es vivida en su integridad por el paciente. En la alucinación *vera*, el acento no está puesto en la actuación a que se es requerido (a veces puede haberla, hay enfermos que en verdad suben al techo a catear a sus enemigos), sino en el percibir mismo; en el ver, oír, oler y tocar. En la vivencia onírica (o deliriosa) hay goces, triunfos, conquistas, derrotas o agresiones, por o contra las cuales se lucha activamente en busca de un término. En las alucinaciones el enfermo carece de iniciativa, no puede apresurar nada y el curso de lo percibido depende en buenas cuentas de los otros. Tampoco se extraña de que las alucinaciones surjan y desaparezcan en cualquier momento, en lo cual se diferencian a su vez de las *vivencias oniroides* —diversas a las oníricas— que vienen cuando menos se esperaba, en medio de una comida, cuando se hace una diligencia, y cuyo acento lo pone su carácter de señal de entretención o de vejación de que se es víctima de parte de amigos o enemigos que quieren hacerle saber a uno lo que le ocurriría si persiste en oponerse a los deseos contrarios. Se las observa sobre todo en las paranoias y no deben confundirse con una alucinación, ya que la existencia de las últimas contradice dicho diagnóstico. En la vivencia oniroide el enfermo insiste en el sitio y la hora en que le ocurrió el hecho, para mostrar al médico hasta dónde llega la impudicia de sus adversarios: “estaba en una comida, cuando vi con pavor cómo se me caía la ropa y quedaba a la vista en completa desnudez, no pude hacer nada, duró un minuto, pero me sonrojé; querían demostrarme lo que son capaces de hacer si no les hago caso, si sigo adelante con mis cosas”. Otro cuenta: “Estaba escribiendo cuando se borró todo lo escrito; mi libro quedó en blanco, después apareció todo; aquí lo tengo, son capaces de borrar todo lo escrito para que no quede testimonio”.

En el *éxtasis* también se ven y oyen cosas, pero con el acento puesto en la protección o condenación supraterrena y no en el ver u oír mismo, por eso tiene otro alcance semiológico. Una enferma dice: “Yo sabía que la Virgen me prote-

gia desde siempre; desde pequeña yo acudía a ella; ahora me defiende de los otros invocándola. Sé que siempre anda a mi lado; ahora la invoco más fuertemente, y la busco. A veces no la veo al frente, sino al lado y la veo de café al lado de mi cama, le paso la mano por la cara y la tiene suavecita, o me quedo tranquila. Sé que está ahí; a veces también se acuesta, no debajo sino encima de la cama y yo me duermo segura. Cuando despierto en la mañana y miro está ahí todavía; después desaparece, pero sé que sigue acompañándome³". La vivencia extática es, como se ve, diversa a la alucinatoria, la cual de existir sería tal vez condescendida de esta manera: "Se me aparece la Virgen y me habla; se me ha aparecido muchas veces", y en la cual la impronta la daría la aparición misma y no la aparición como mera ilustración del sentimiento de protección sobrenatural, que es en lo extático lo decisivo para el enfermo. Una vivencia extática no contraindicaría el diagnóstico de paranoia, pero sí la alucinación visual. Sin duda hay enfermos en los cuales se dan juntos vivencias oniroides, extáticas y alucinatorias.

El discernimiento semiológico de un fenómeno exige tomarlo en su conjunto y no en sus parecidos parciales. Dentro de ese conjunto es valioso lo contado por el enfermo, la forma de contarlo, la tonalidad afectiva, la parte destacada del fenómeno y la conducta contemporánea y posterior al hecho. Difiere la conducta postalucinatoria de un esquizofrénico tranquilo y frío como si nada hubiese ocurrido, a la de un paranoico que después de una vivencia oniroides cuenta para hacer pública la iniquidad de sus enemigos y lo audaz y efectivo de sus métodos, renovando a su vez esfuerzos en pro de la verdad y justicia de lo suyo. Que tal conducta no deriva meramente del estado afectivo diverso del paranoico y del esquizofrénico, lo probaría la diferente actitud del último frente a los diversos fenómenos. Cuando se trata de una vivencia oniroides también el esquizofrénico acentúa a su manera, el lugar, el momento y el padecimiento o goce afectivo, como diversa a sus alucinaciones en las cuales poco juegan hora, lugar y oportunidad. El enfermo confiesa que oye voces, aun cuando en el momento mismo y en los últimos días, no las haya oído. Si usa el pretérito es un pretérito indefinido, en el cual el factor tiempo no luce y sólo es usado para satisfacer al médico o insistir en el alta: "Las oía recién llegué" o "las oía en mi casa" o "las oí desde que llegué aquí; afuera no oía nada", "sé que si me voy no las oiré más". Mientras en la vivencia oniroides la temporalidad va envuelta en su corazón mismo, en la alucinación, la temporalidad queda a lo más como mero punto vago de referencia, extrínseco al fenómeno. La alucinación no adquiere otro relieve porque sobrevenga en la calle, en la casa, en presencia de terceros o en la soledad.

Muy cercana a la alucinación *vera*, está, en cambio, la *alucinación catatímica*. La alucinación catatímica concuerda con determinados estados de exaltación afectiva, trátese de sentimientos vitales o psíquicos; así una persona en medio de una desventura amorosa "ve" repentinamente a la persona

³ 1963. C.Q. Ficha N° 63-6326. Hospital Psiquiátrico.

amada, o un miedoso, a medianoche siente a un ánima. Clásicas son las ilusiones y alucinaciones de los melancólicos: oyen las cadenas y las órdenes de quienes los llevarán al patíbulo, al cual se suponen acreedores por vicios y pecados.

Ante la alucinación catatímica el individuo palidece, tiembla, se cubre de sudor. Si es una aparición de tinte religioso, se arrodilla, reza. Tales reacciones vegetativas y conductuales (en el caso de los melancólicos llevan incluso al suicidio), no ocurren casi nunca en las alucinaciones verdaderas. La alucinación catatímica no agrega mucho al esclarecimiento del cuadro básico y sólo sirve para destacar más el desorbitamiento del afecto; el enfermo las ubica cuidadosamente en el tiempo y en la circunstancia. "Recuerdo que ayer estaba tejiendo en mi cuarto para pasar la pena; acababa de almorzar, quise dormir la siesta y no pude, me senté y vi bruscamente a mi lado a mi antiguo novio; no pude seguir tejiendo, me quedé como paralizada, muda, me latía mucho el corazón; cuando lo miré otra vez no estaba". La aparición resulta tan concordante con el estado psíquico que no asombra al médico ni le mueve a ordenar de otra manera sus elementos diagnósticos; más bien la asombrada ante el fenómeno es la propia enferma que muchas veces pide explicaciones respecto a cómo puede ocurrir aquello, o agrega la frase ritual: "y no es que estuviese soñando, pues estaba bien despierta". La alucinación catatímica también suele ser de violento contraste con el estado afectivo, pero además de notorio tal contraste, siempre sigue primando la valorización de la circunstancia. En los melancólicos preocupados de sus pecados la circunstancia misma se desdibuja, pero en tal caso tanto lo ilusorio como lo alucinatorio no tienen por objeto el molestarlo directamente, sino el carácter de anuncio de una acción física directa posterior: su fusilamiento o su torturamiento a pausas. Este mismo carácter de anuncio tienen muchas alucinaciones catatímicas; quien ve un ánima a medianoche, cree que viene a pedirle sufragios por su salvación, o una regeneración de su estilo de vida.

A diferencia de las visiones gozosas o terroríficas del éxtasis, en cierto modo "ilustrativas" para el paciente de su grado de acercamiento o alejamiento a las potencias supraterrrestres (pueden verse en vez de personas, paisajes paradisiacos o infernales o sentir un estado de transformación del propio cuerpo), y en ese sentido casi como esperadas, naturales, merecidas, o destinadas a probarlo (visiones demoníacas de los epilépticos o histéricos), las alucinaciones catatímicas que no sorprenden al médico son en cambio sorpresivas, inesperadas, y hasta "interesantes" para el paciente, el cual incluso indaga si a otras personas les habrá ocurrido algo tan curioso.

Entre los variados modos de darse las pseudopercepciones, existen las alucinaciones auditivas y visuales *pseudológicas*⁶, en forma de oír voces fuera

⁶ Pseudológicas en cuanto —al igual de la pseudología fantástica o de la mitomanía— aparecen simultáneamente, como inadvertidamente "inventadas" para darle realce dramático al cuadro, y como no inventadas, o sea, configuradas "con intención" pero a espaldas de la conciencia del sujeto. En algunos enfermos se da al mismo tiempo algunos síntomas ganseroides:

de la cabeza⁷, pasos en el patio o en el techo, golpes en la puerta, conversaciones al lado afuera de la ventana, apariciones de santos o de bultos imprecisos, fenómenos todos que alarman relativamente al paciente, lo inducen a dar cuenta de él a algún pariente o amigo, a preguntarle si él también los ha percibido, y a verificarlos cuantas veces ocurran, yendo al lugar de donde en apariencia proceden; lo curioso en este tipo de pseudopercepciones es que al no encontrar nada, el paciente vuelve tranquilo al sitio donde antes estaba no dándole mayor importancia al asunto, ni sacando conclusiones correctas, salvo la de que las cosas oídas deben ser "puros inventos de la mente, imaginaciones, algo anormal"; de ninguna manera se asusta o piensa en una posible locura. Se trata en suma de pseudopercepciones ante las cuales se responde con una conducta adecuada (se procura ver quién habla o golpea, se confiesa lo ocurrido a un tercero), pero conducta bruscamente trunca, pues ni se produce estado íntimo de alarma ("espirituamiento", susto) ante lo que pueda sobrevenir, como en las alucinosis tóxicas, ni hay asombro ante sucesos tan insólitos. Llevado al médico, cuenta otras molestias: pérdida de memoria, falta de concentración, insomnio de conciliación, cefalea, etc., y no estos fenómenos, salvo que se pregunte por ellos directamente, lo que de hecho se hace, ya que antes los parientes han informado al respecto. En el fondo el paciente pareciera darse cuenta de lo llamativo del fenómeno y por eso lo refiere a sus parientes, les pregunta si también han oído lo mismo, y en cambio no se lo cuenta al médico, como si fuese algo sin importancia; sólo al interrogárselo lo confiesa de inmediato, y todavía, si es llevado a explicarse de qué manera puede ocurrir eso, concluye, que es algo anormal, "imaginaciones", pero no es un trastorno mental, ni preanuncio de éste. Dichas alucinaciones muestran el carácter de rotundidad habitual en los fenómenos histéricos (la voz o los pasos están ahí claros), y también carácter de incompletud, pues no abarcan todas las reacciones presumibles en un normal en un trance semejante.

En efecto se dan con alguna frecuencia en ciertos tipos de *pseudopsicosis histéricas lúcidas*, cuadros parecidos a veces desde el punto de vista clínico, a las neurosis o a las reacciones psicopáticas, centrándose en la cefalea, en el insomnio de conciliación, en las faltas de memoria, en la ligera disminución del rendimiento, pero no en general, en el abandono del trabajo. En algunos se agrega como síntoma, una especie de cognición corpórea; experimentan de repente que alguien los sigue en la calle; miran y "en verdad" se ven seguidos por un transeúnte cualquiera; lo dejan pasar y después continúan su camino, sin sentir sobresalto, ni averiguar el motivo de tal hecho, lo cual vuelve a ser inesperado

fracasan en pruebas de cálculo pequeño y tienen éxito en otras más difíciles, igual en pruebas de juicio, o reproducción de figuras con cerillas.

⁷ A veces las alucinaciones alucinósicas pueden oírse dentro de la mente, ser: pseudoalucinosis.

como reacción de una persona normal. Pseudopsicosis significa apariencia de psicosis sin carácter efectivo de tal. El cuadro pareciera destinado a llamar la atención, a castigar a un tercero, a vengarse del cónyuge o del amante a través del sentimiento de culpa que se le provoca al hacerlo creerse responsable del lamentable estado de salud en que "debido a su conducta", ha dejado al paciente. A veces las *alucinaciones en tales pseudopsicosis se dan en estado hipnagógico*, entre la vigilia y el sueño, y las voces, pese a oírse nitidamente, no se sabe bien si fueron escuchadas a medio dormir; en todo caso es el oír y preguntarle a alguien que está cerca si también las oyó, lo dador de su aire histérico. Al mismo aire contribuye el aspecto saludable, sonriente, amable, lejano, despreocupado del paciente; muchos hacen abundante vida social. A ratos diera la impresión de estar con una persona víctima de "doble conciencia", una sana y emprendedora y otra, alterada por los síntomas morbosos. El darse cuenta en el momento o después, del carácter alucinatorio de sus alucinaciones, convierte a éstas en alucinosis, síntoma también frecuente en el síndrome alucinótico tóxico, por ejemplo, el alcohólico; sin embargo, al revés de lo ocurrido en la alucinosis alcohólica, no hay en el síntoma alucinosis de la pseudopsicosis histérica, ni estado vespertino y nocturno de sobresalto ("espiritamiento"), ni angustia, ni sueños terroríficos, laborales o pesadillas, ni deseos de protegerse, ni estado visible de compromiso corpóreo orgánico. *A diferencia de las alucinaciones catatímicas, las alucinosis o eidolias⁸ pseudo-lógicas*, son vistas como mera invención de la mente y no como "verdaderas percepciones"; lo último, el creerlas percepciones verdaderas, es propio de las alucinaciones catatímicas y sobre todo, de las endógenas. Sobre alucinosis conviene insistir en no hacer sinónimo el síntoma alucinosis o eidolia — que es una alucinación de la cual hay conciencia de su rango alucinatorio — y síndrome alucinótico, tras el cual se esconde muchas veces una patología conocida: alcoholismo, farmacodependencia, incluso histeria. En el caso del síndrome alucinótico tóxico, es el estado de sobresalto, de inquietud, de acecho, hacia la tarde y la noche, lo importante, más aún que la presencia misma de las alucinosis o eidolias, como síntomas.

Las alucinaciones verdaderas a diferencia de las catatímicas y extáticas centran la atención del enfermo en el fenómeno pseudoperceptivo mismo siendo posible tanto que deduzca de esto una persecución como que se quede perplejo sin deducir nada. En el momento de "oir", "ver", o de "sentir un tocamiento", el enfermo se queda prendido a lo que le sucede como si fuese la pri-

⁸Henri Ey a fin de evitar confusiones entre el síntoma y el síndrome alucinosis ha substituído este término, cuando se trata del síntoma por el de eidolia; en la eidolia "se trata de imágenes anormalmente vividas con atributos sensoriales insólitos". Las divide en *proteidolias* (imágenes alucinatorias elementales y arquetípicas) y *fantasioeidolias* (imágenes escénicas constituyendo un fragmento o un comienzo de sueño). Ver H. Ey. *Traité des Hallucinations*. Tomo I. Ed. Masson et cié. Paris, 1973. Pág. 329.

mera vez, sin que la repetición de las mismas palabras o fenómenos visuales o táctiles, durante años, lo aburran o desinteresen, cosa que no sucedería con ninguna percepción normal por valiosa que fuese. Nadie ve u oye algo muchas veces, sin caer en la monotonía, la desatención y el desapercibimiento. Lo muy oído o visto, deja de verse u oírse. Dicho atender es más llamativo si se considera que a veces se oye sólo un murmullo indiscernible, una palabra sin sentido o un monosílabo al cual el paciente no otorga significado, como si aquello fuese una curiosa singularidad, algo de un relieve ajeno a las cosas habituales y por lo mismo, digno de toda preocupación. En ocasiones disgusta al enfermo el ser obligado a oírlas o a obedecerlas, sobre todo cuando por el efecto caotizante sobre su pensamiento y su cuerpo, las sabe "malas". A dicho disgusto se agrega frecuentemente el contenido altanero o insultante de lo oído, contra lo cual no hay defensa, pues de alguna manera presente que si se defiende no sería acatado, o sería castigado con un incremento de las voces. Uno de ellos comparaba su molestia con la de un empleado ante reprimendas injustas de un superior que no le permite defenderse por disciplina o reglamento. Ese algo cuyo poder exalta o humilla, pero rara vez, salvo en esquizofrénicos antiguos, deja indiferente, tiene caracteres similares a lo numinoso y ominoso de que ha hablado Rodolfo Otto.

El rasgo numinoso u ominoso desaparece en las alucinaciones propias de los cuadros con conciencia obscura: alucinosis, amencia y delirio agudo. El alucinósico o delirioso alcohólico, pone el acento en el contenido y no en el fenómeno en sí de oír, ver o gustar. El delirioso ve animales que le atacan; no le asombra el ver en sí, sino lo que ve; lo mismo el alucinósico ante los improperios oídos. Si en el alucinósico el énfasis se traslada desde lo oído al hecho de oír, aun cuando persista la nitidez y el valor del contenido, la alucinosis camina hacia lo crónico, hacia el gran círculo esquizofrénico. En dicho caso se pierde también la propositividad en el trabajo o sea el deseo de trabajar para adquirir situaciones más altas o más cómodas, aspiración todavía mantenida en la alucinosis con conciencia obscura, sobre todo si la aguarda un buen pronóstico. Como se sabe, para nosotros *la pérdida de la propositividad en el trabajo, el que éste cuando existe se siga haciendo rutinariamente sin aspirarse a nada preciso, es un síntoma cardinal de la esquizofrenia*, más allá aun de la percepción delirante, las alucinaciones, o los fenómenos impuestos, en muchos casos perpetuamente ausentes. Por lo demás y como regla común, la calidad de una alucinación se juzga en última instancia por su repercusión, o su situación, dentro de la vida próxima y remota del enfermo.

La infatigabilidad de la atención frente a lo monótono del fenómeno alucinatorio, coincide con la infatigabilidad inexplicable mostrada por cuerpo y mente para otras productividades patológicas: estereotipias, tics, parálisis histéricas, temblores de todo tipo.

El enfermo desatiende cualquier cosa menos lo alucinatorio. Algunos atenúan lo molesto del fenómeno mediante el trabajo o rituales (sacudir la cabeza, tocarse el mentón, frotarse las manos), pero aún entonces deben "con-

centrarse especialmente" en lo que hacen a fin de eludirlo. Como se sabe, a diferencia de las catatímicas, no son producto del estado emotivo agudo del momento; son casi específicas de la esquizofrenia donde suele primar discordancia o frialdad afectiva. Pero sea cual sea el estado afectivo del paciente, las alucinaciones o tienen poco que ver con él o sobrevienen en momentos que conversa, come o trabaja tranquilo. El propio enfermo dice: "Ya vienen a molestarme de nuevo". Cuando aparecen concordantes con el afecto o con la biografía, como sucede en las erotomanías, carecen de los otros rasgos semiológicos ya señalados de las alucinaciones catatímicas⁹.

En contraste con la espasmodización de la atención frente al fenómeno, es notorio el descuido y "olvido" de que es objeto cuando él cesa, como si no fuese a repetirse nunca. Un normal, ante ruidos repetidos en su pieza varias noches, llegaría temeroso las noches siguientes. Quien sufre de alucinaciones verdaderas se despreocupa de ellas tan pronto cesan, aun cuando su experiencia le diga o debiera sugerirle, que así como se han dado cientos de veces, volverán nuevamente. Es como si el fenómeno reducido en su acción a la instantaneidad de su presente repercutiese poco en el antes o en el después de la vida. De ese modo, en los intervalos libres suele vérselos tranquilos hasta contentos, sin que pidan o insistan mucho en ser liberados de posibles alucinaciones futuras.

Si es ajena a la temporalidad, no lo es en cambio, o no lo es tanto, a la espacialidad. Las alucinaciones visuales se ven como filmes proyectados en la pared o en los vidrios de las ventanas, las cenestésicas se sienten en las piernas, en el intestino, en el riñón, las auditivas en el techo, en la pared, en la calle; a veces son extracampinas, se oyen a varios kilómetros, o una mano desde lejos aprieta los intestinos. En ocasiones se experimentan desde un determinado lugar y el paciente las evita durante un tiempo no acercándose allí. Más tarde aparecerán en los nuevos lugares frecuentados. En muchos se perciben en todas partes.

Tampoco son totalmente independientes de la circunstancia, no en el sentido de las catatímicas, en las cuales la circunstancia es un mero marco para hacer resaltar su insoliteza, sino en el de usarla agresivamente. De este modo si el enfermo va al comedor, le dicen: "ahora va al comedor", si se levanta: "ahora se levanta", con lo cual queda sin libertad y observado. A uno de nuestros esquizofrénicos cuando iba al retrete, una voz le repetía: "Miren como orina sentado igual que las mujeres; se cree hombre pero es homosexual".

A diferencia de las percepciones normales son desde el punto de vista de su configuración más bien pálidas, borrosas, indescriptibles. Los pacientes dicen: "Son algo raro, no sé cómo explicarle, es algo nuevo", y si se le solicitan descripciones acaban en vaguedades; a veces más captan que perciben. En

⁹Las alucinaciones verdaderas y las catatímicas pueden aludir en sus contenidos a situaciones reales de la vida del enfermo, pero su diferencia y por tanto su valor para el diagnóstico, depende de la manera de darse.

muchas ocasiones, sin embargo, confiesan oír nitidamente las sílabas, palabras y frases, pero casi siempre en un susurro silencioso, vengan de cerca o de lejos del oído. En las visuales, es frecuente que no aparezcan las cosas mismas, sino su filme¹⁰. Alucinaciones visuales corpóreas y nítidas se dan más bien en cuadros orgánicos, algunos tumores temporales por ejemplo, y en tal caso son más bien alucinosis, pues se tiene conciencia inmediata o posterior de su irrealidad.

Tal vez aluda a la peculiaridad de las alucinaciones auditivas, el que el enfermo, cuando las oye, no diga casi nunca como un normal: "ahí están hablando", "alguien habla", "se oye conversar" o "hay dos conversando", etc., sino: "se oyen voces" u "oigo voces". Cuando se le interroga, si se le pregunta por voces entiende de inmediato y no si se le dice: "¿le hablan?". Lo último pareciese aludirle más bien a cuando le hablan de verdad las demás personas. Si se conversa en la otra sala y se le pregunta: "¿qué será ese ruido?", el enfermo no contesta: "son voces", sino: "es gente que habla". Su lenguaje es entonces diverso cuando se refiere a lo real y a lo alucinado. La "voz" es algo más impersonal que el "hablar": la palabra hablar pone la nota en un sujeto, que es quién habla. La expresión "voces", tiende a lo anónimo; la identidad del autor fuera del sexo, queda inadvertida, o si se sabe, lo es gracias a que la misma voz lo revela. En el último caso los pacientes recuperan en ocasiones la expresión "habla" y así una parafrénica nuestra se queja de que "E. Fuenzalida siga hablando". Si el acento del cuadro pasa de lo alucinatorio a lo delirante, e interesa señalar a los perseguidores, los enfermos tienden a giros como: "me palabrean", "me ofenden".

En el momento de las alucinaciones suele sentirse "algo raro" en la cabeza, imposibilidad de pensar, calor a la cara, debilitamiento agudo del cuerpo, algo así como un "estremecimiento total", nada de lo cual es visible al observador pues en la mayoría de los casos no es notorio ni siquiera un cambio de frecuencia en el pulso. No aludimos por cierto a los clásicos movimientos de desviación de los ojos, ocultamiento de la cara, sonrisas, pues además de expresivos, son diversos a las sensaciones íntimas antes señaladas.

A algunos la alucinación "los toma", "no les deja libres" mientras dura, lo cual apunta tal vez a la ya aludida retención "espasmódica" de la atención. El resto del mundo queda como sin interés; se ve y escucha a los seres habituales pero lejanos, ajenos, sin poder de convicción. El mundo cotidiano pierde el peso de su realidad junto con adquirirla las voces, por eso no entran casi en competencia y no pueden desmentirse recíprocamente.

Ciertos esquizofrénicos, durante la audición de voces, sienten lo circundante "raro, indefinible, muerto, mecánico"; recuperan su fuerza cuando las voces cesan.

¹⁰ Algunos enfermos hablan de ver las figuras en "negativo", como las imágenes de los Rayos X.

Tales cambios son más notorios en las pseudoalucinaciones, pues las alucinaciones propiamente tales, y sobre todo en pacientes antiguos, se van haciendo más neutras con el tiempo y se oyen sin mayores repercusiones. En las pseudoalucinaciones —que en el fondo no se diferencian bien de las otras ni en nitidez, ni en corporeidad, sino en el hecho de ser puestas o aparecer directamente dentro de la mente o del cuerpo— se agrega todavía en muchos casos, una sensación de vacío mental y una especie de “revoltura” o “embrollo” del pensamiento.

Los enfermos notan “la revoltura” como algo casi físico, como si alguien les mezclase las ideas, acompañadas de una dolorosa angustia íntima. Algunos temen a las voces, más por esa especie de menudo cataclismo íntimo que por las voces mismas cuyo contenido es con cierta frecuencia apenas un murmullo ininteligible o frases anodinas de significado impreciso. Dicha penosidad¹¹ induce a muchos a obedecerles. Uno dice: “Si no hago lo que me mandan, y lo resisto por absurdo, vuelven en oleadas durante el día y en cuanto aparecen se me revuelve todo. Es como si me tiraran los pensamientos, la mente se vacía de algo, los pensamientos corren, es un barullo espantoso, por eso obedezco lo menos que puedo, pero al fin para que no vuelvan hago tonterías; ellas protestan, ¡y qué modo de protestar! Vienen, las oigo y me sacuden entero; si no lo hago se ponen furiosas”. En algunos diarios de viejos esquizofrénicos se ve cómo buscan la calma llegando a verdaderos pactos mudos con sus voces.

Las voces son como una entidad viva y poderosa con la cual es mejor entenderse a fin de aplacarlas evitando el estado de estremecimiento debido a su persistencia. Tienen, además, poder adivinatorio y directriz; saben si se cumplen o no sus mandatos y guías para el bien o el mal. “Me dan buenos consejos” o “lo hacen por mi bien”, dicen los enfermos, incluso después de confesar la “tupición” íntima provocada por ellas.

En los alucinósicos alcohólicos con ligera perturbación de conciencia se da verdadera expectación ya ante el miedo a que sobrevengan voces¹². Uno de ellos pide inmediato tratamiento: “porque las voces vienen y se van rápido como centellas, pero es terrible, como si me estremeciera hasta los huesos, me tiritara la carne y quedara sin pensamiento; me lo tupen y dan vuelta como un torbellino...; no oigo bien lo que me dicen, parece que me amenazan; pero a

¹¹Para muchos la penosidad y los trastornos corporales “derivan” del hecho de sentirse inermes ante lo alucinado, de no poder combatirlo cara a cara, como sería el caso si se tratase de ofensores reales.

¹²En la alucinosis alcohólica aguda, acompañada siempre de cierto grado de perturbación de conciencia, y quizás si por esto, las alucinaciones suelen darse con gran nitidez de contenido y es dicho contenido, más que el hecho en sí de oír voces, lo que retiene la atención y preocupación del enfermo. Si el interés cambia desde el contenido hacia el hecho mismo de oír, entonces es posible que se esté ante la forma alucinósica de la esquizofrenia. En la alucinosis alcohólica además se le tiene miedo a la noche porque a esa hora arrecian las alucinaciones; cuando ese temor desaparece y persiste el cuadro, la alucinosis se ha hecho posiblemente esquizofrénica. En tal caso también las alucinaciones prevalecen en el día.

eso no le tengo miedo; le tengo miedo a lo que hacen en el cuerpo. Ud. no sabe lo que es cuando se dejan caer sobre uno; se transpira de arriba abajo, es algo que no sé cómo explicarle; a veces parece que ya me van a venir y me dan ganas de arrancar”.

La premonición respecto a alucinaciones y pseudoalucinaciones, se da en alucinósicos y algunos esquizofrénicos, contrastando con el hecho de que en otros momentos, no haya la menor preocupación por ellas, como si jamás hubiesen existido. Seguramente dicha expectación premonitoria es una especie de aura, en ocasiones no seguida del fenómeno alucinatorio mismo. Aquel enfermo decía: “a veces parece que ya van a venir, algo me las anuncia, quedo con el susto y no vienen”. Una esquizofrénica lo confesaba así: “estoy tranquila, pero cuando noto que las cosas se ponen raras, sé que me va a venir esa sensación de los talones y me da miedo; cuando me aparece lo de los talones, se ponen como vidrio, y entonces se me revuelve todo, quedo tomada. Se siente en los talones, pero una se pone mala del cuerpo entero”.

Algunos pacientes optan por no moverse, o por actitudes bizarras, pues sienten sobre su cabeza la amenaza alucinatoria si cambian de actitud o de postura; es posible que con el tiempo, cesada dicha amenaza, tales actitudes se hagan autónomas y perseveren de suyo.

Otros, víctimas de apersonalizaciones —en virtud de lo cual se apoderan de los síntomas ajenos como si fueran propios—, solicitan se les cambie de lugares donde hay enfermos alucinados, a fin de librarse de un gratuito sufrimiento.

Ahora, mientras el lenguaje hablado de las personas normales se cree igualmente existente en potencia en los momentos de silencio, las voces alucinadas parecieran existentes sólo cuando se escuchan. En los intervalos no se las piensa cansadas, idas a otro lugar o silenciosas. En verdad se les ignora casi siempre hasta su nueva reaparición; esto les da el carácter de “fabricadas” o de “creadas” ex profeso para el enfermo, sea con la intención de que las escuche forzosamente, sea que las capte como por azar, en cuyo caso de todos modos le están dedicadas, tienen que ver con él, son para él. Si él no existiese, quizá aquellas voces no habría a quién dedicárselas, tienen como un destino único. Además, para el enfermo es otra cosa cuando alguien de su contorno de viva voz le amenaza, le reprocha su conducta, le insulta, le ordena acciones indecorosas y cuando eso mismo lo recibe por vías alucinatorias, aún en el caso, frecuente en alucinósicos alcohólicos, en que lo dicho por las voces sea bastante más inofensivo que el habitual reproche de sus familiares. Aquello molesta, indigna o avergüenza, esto sobrecoge, tiene el aire de lo siniestro o de lo mágico, es algo ante lo cual no cabe réplica o defensa válida. Si en el intervalo se pregunta al paciente por qué no escucha nada, contesta: “No sé, ahora no oigo, no sé si volveré a oírlas, estarán esperando”, y no por ejemplo: “Ahora no las oigo, seguramente deben estar hablando de mí”, como le sucedería a un normal que sorprendiese hablarías o sospechara murmuraciones. Si a veces andan como al acecho, es debi-

do a aquella expectación premonitoria. En los parafrénicos las voces toman un aire más natural. Es curioso como algunos, en medio de la actividad onírica del sueño, distinguen las imágenes alucinatorias de las del sueño natural. Un esquizofrénico afirma espontáneamente¹³: "A veces sueño agradables cosas personales... pero a veces sueño con sangre, con cantos eternos como óperas... voces de hombre y de mujer...; hace algunos días soñaba con unos cantos como versos (decían): 'vive en Puerto Montt... va a llevar éstos para toda la vida... no habremos de soltarlo... todo lo que haga es inútil...'. Otras veces siente olores en sueños; no son olores desagradables sino como vapores, ni malos ni buenos. "Así pasó anoche: Me hacen llegar al lugar donde me empezó la enfermedad y me llegó el olor. Todo está igual que antes donde trabajé en Buenos Aires, pero las conozco no... no las conozco... Una voz me decía: 'ya te tenemos en Buenos Aires...'; cuando me vino un sacudón y me despertó, parece que otro enfermo metió bulla y desperté y estaba la voz clarita de mí, que repetía lo mismo; cuando no tengo la voluntad mía el subconsciente empieza a trabajar... pero cuando se me despierta el juego de los sentidos pasó la voz". Se le pregunta entonces cómo diferencia las imágenes del sueño natural de las voces propiamente tales. Dice: "Nunca en el sueño natural uno oye lo que le hablan y aquí en cambio se oye claramente". Y en seguida agrega: "Cuando uno sueña es igual que si estuviera despierto; uno hace cosas como si estuviera despierto, como si fuera cualquier sueño, hasta lo más raro resulta natural, sueños corrientes que no tienen nada de extraordinario. Distinto es cuando empiezo a *soñar posesionado*; empiezo a hacer cosas absurdas que no tienen ninguna lógica; además *las voces son las mismas que oigo en el día*; cuando sueño normal, no oigo ninguna voz; cuando oigo voces en el sueño es como si las voces se materializaran; veo personas deformes, monstruosas, que materializan las voces, como un coro de voces"¹⁴.

Respecto a cómo distingue esas voces, del lenguaje hablado corriente, dice: "Cuando oigo las voces se me revuelve el pensamiento; las cosas son todas ilusiones, es como que me van a echar a un precipicio, se me revuelve el estómago y la cabeza; cuando se van las voces el pensamiento se hace otra vez primitivo. Las voces vienen de repente y es como que me toman y me sueltan y me van a tirar algo, es como un impulso; no son como las voces normales, son como

¹³ 1963. F.C.N. Ficha N° 63-6332. Hospital Psiquiátrico.

¹⁴ El distinguir por parte del enfermo, dentro del sueño, fenómenos patológicos de los fenómenos oníricos normales es sumamente importante en psicopatología; algunos de nuestros pacientes, uno o dos años antes de presentar síntomas de influencia psíquica, tenían pesadillas dos o tres veces por semana durante las cuales sentían que una fuerza extraña tomaba el control de su cuerpo y les imponía pensamientos en su mente. Todos estos pacientes hicieron más tarde claros cuadros de esquizofrenia y los sueños fueron como el primer anuncio del cuadro. Lo mismo diríamos de sueños angustiosos y desconcertantes, vistos claramente por la persona como estados oníricos de perplejidad distintos en absoluto de las pesadillas o de los sueños angustiosos normales.

de un ser distinto ya descompuesto; no se parecen en nada a las voces de la gente de este mundo. Uno siente en el alma que lo van a llevar a cosas malas, por eso se niega; hay también voces buenas y éstas no provocan nada, aconsejan bien y uno no siente nada cuando las oye. Son las malas las terribles”.

El paciente en muchos casos no discierne lo expresado por las buenas y las malas, las distingue por lo experimentado con unas y otras.

Uno a quien se le interroga respecto a cómo distingue voces y palabras corrientes, dice: “Tanto si las oigo en el sueño o despierto, carecen de *tonalidad de distancia*, no sé si están cerca o lejos; si oigo alguien afuera, por la *tonalidad de distancia* sé si está en el corredor, en el patio, o aquí al lado”.

Muchos pacientes, a quienes las voces parecen no darles otras molestias, también señala este “no acompañarse de la sensación de distancia”, y el aparecer susurradas, como las más notorias diferencias con la palabra hablada normal. Ambos hechos, de un modo u otro, lo han notado varios investigadores, entre ellos Lange¹⁵.

Vale la pena apuntar aquí a las *fantasías delirantes*, vecinas a las alucinaciones y una especie de mezcla de lo alucinatorio y lo delirante. Cuando prima lo alucinatorio sobre la trama imaginativa lleva a equívocos. En la fantasía delirante de fundamento alucinatorio, lo percibido es más permanente, lo produce el propio cuerpo y “confirman su existencia otras personas”. Una niña dice¹⁶: “tengo sinusitis, me sale un mal olor de la nariz; es un mal olor especial, no se parece a ningún otro; lo sé porque lo siento yo y las personas cercanas; mis compañeras, las personas del bus, los transeúntes se llevan los pañuelos o la mano a la nariz cuando me acerco...; no me dicen nada, no sé por qué, por compasión será...”.

A diferencia de los malos olores catatímicos de los melancólicos, surgen como incomprensibles en esquizofrenias y parafrenias; en algún sentido agravan el pronóstico. Las fantasías delirantes de los parafrénicos son, sin embargo, en general más parecidas a los sueños y en ellas priman aventuras en las cuales se es feliz o desgraciado actor, lo alucinatorio es mínimo y rara vez el clínico las confunde.

En las alucinaciones *veras* no influye en nada, ni a favor ni en contra de lo alucinado, el testimonio de terceros. Si hay *translitivismo* él está seguro de que los demás también perciben lo mismo, pero no necesita comprobarlo a través de sus gestos o palabras, como ocurre en la fantasía delirante.

Quizá si lo dicho espontáneamente por este enfermo esquizofrénico cuando solicita su alta, resume caracteres básicos de ciertas alucinaciones: “Me siento bien; no las oigo de ninguna clase, ni las buenas, ni las malas; las buenas, las que me llamaban a mí, que yo reconocía; las malas esas se niegan aho-

¹⁵ Lange, *Psiquiatría*. Ed. Miguel Servet. Madrid, Barcelona, 1942. Trad. R. Sarró.

¹⁶ Enferma presentada a clase de Psiquiatría y cuya semiología es analizada durante la clase misma.

ra¹⁷. Se le pregunta qué quiere decir con lo de voces buenas y malas; contesta: "En el mismo movimiento, en la cabeza mía, sentía un bienestar, una alegría en el cuerpo; con las malas sentía opresión, como estar comprimido en el estómago; en la cabeza no me funcionaba bien, se me revolvía el pensamiento, como estar sujeto a algo; como estar funcionándome una cosa inanormal, un poco distraído; cuando me dejaban las buenas me sentía muy bien, cuando me dejaban las malas me sentía perfecto". Con las voces buenas, según él, el pensamiento se pone liviano, abierto, se abre el camino a la felicidad. Vienen de fuera del oído, las buenas de más lejos, de 15 metros, las malas de más cerca de 5 metros, "se arriman a mí". Dice: "Las voces buenas me convidaban a cosas buenas, a un funcionamiento normal, me convidaban a ciertos problemas ya resueltos. Las malas me convidaban a matarme, a tirarme algo, a un precipicio; las captaba viniendo de fuera del oído y se me incrustaban en la mente". Las voces se distinguen de las palabras corrientes "en el espíritu mismo; en las voces malas lo tienen a uno arrinconado, recogido en sí mismo y, también en la distancia".

Algunos esquizofrénicos no alucinatorios interrogados sobre voces muestran perplejidad; no las niegan de inmediato, como sería lógico, sino que pensativos, piden un esclarecimiento, titubean y contestan: "creo que no; no, no las he oído nunca". En días posteriores suele repetirse algo parecido. Es una especie de *protofenómeno alucinatorio*, diverso al disimulo y alucinaciones, y contrastante con el *no* rotundo inmediato de otros pacientes, que tampoco las padecen ni las han padecido.

Protofenómenos similares se observan frente al robo de pensamiento, al pensamiento impuesto, a los signos catatónicos. Por ejemplo, algunos catatónicos guardan actitudes bizarras sólo en el caso de ordenárseles, lo cual no ocurrirá en enfermos no predispuestos a tales fenómenos. El protofenómeno ayuda al diagnóstico en casos difíciles o de apariencia neurótica.

En suma las alucinaciones difieren de las percepciones normales, pues además de su categoría de "buenas" o "malas", provocan vacío o "revoltura" de pensamientos, estremecimiento corpóreo, sensación de estar obligado irremediablemente a tenerlas presentes y eso derivado del percibir mismo de la alucinación, cualquiera sea su contenido significativo. Un normal frente a un tigre o una serpiente puede quedar paralizado y en blanco, pero no lo es por el hecho en sí de percibir sino por la calidad de lo percibido; hay proporción con la reacción afectiva y no cabe extrañeza alguna. En la alucinación esa proporción no existe, pues se experimenta aun cuando no se perciba bien lo alucinado, y si se percibe, contrasta con la diversa reacción del enfermo ante las mismas ofensas o alabanzas dichas por personas reales. Ciertos enfermos gozan con el contenido de las voces y las temen por los fenómenos simultáneos asociados. En muchos casos, naturalmente, no hay dichos fenómenos y entonces el diagnóstico

¹⁷ 1963. H.M.A. Ficha N° 63 - 6454. Hospital Psiquiátrico.

de alucinación *vera* se hace negativamente, o sea, porque no cumplen con las condiciones exigidas para que una alucinación sea catatímica o vivencia extática, oníroide u onírica.

Entre alucinación y pseudoalucinación no hay diferencia muy notoria en la calidad de lo percibido, pero las últimas aparecen como puestas, fabricadas o surgidas dentro de la mente misma.

A todos les resultan curiosas las alucinaciones por el hecho de percibirse algo inexistente, como si el enfermo adquiriese la capacidad de crear algo desde la nada, o de darle existencia autónoma a meros recuerdos, fantasías e invenciones. Sin embargo, el hombre normal lo hace cuando sueña. Los enfermos, por lo demás, distinguen sus fantasías a veces muy vivas y dominantes, de las cosas reales, aun en el caso —como sucedió en las ensoñaciones histéricas— de que la fantasía sea más nítida, coloreada, interesante y dramática que la realidad. La realidad no se distingue del recuerdo o de la fantasía por su mayor viveza pues a veces es más pálida y oscura, sino sólo por el hecho indefinible de que una existe con independencia de la existencia nuestra y la otra es un producto íntimo de nuestra actividad. Ni siquiera los eidéticos capaces de proyectar recuerdos e imágenes con tanta realidad como la realidad misma, confunden ambas cosas¹⁸.

Con ser importante este hecho —la ceguera del alucinado frente a su propio acto de crear—, no estimamos que él toque a lo más peculiar de la alucinación, pues en las alucinaciones lo curioso no es tanto su cercanía aparente a las percepciones normales, ni el dar existencia a lo no existente, sino rasgos como los aludidos a lo largo de este trabajo y que son apenas un lejano mirar a la magnitud del fenómeno.

Santiago de Chile, 1963

¹⁸ Es probable a este respecto la existencia normal de una *operación perceptiva*, la cual al contacto con las cosas se pone en movimiento para apoderarse de ellas y reconstruirlas *perceptivamente* a su imagen y semejanza, dentro de la cual entra justo como lo más importante la peculiar calidad dada por la posesión de existencia, y otra *operación representativa*, en la cual lo captado es la fisonomía de la cosa; *una sería por tanto la reproducción perceptiva y otra la meramente representativa*.

Bergson ha dicho: "Cuando hablamos de recuerdos, pensamos en algo que nuestra conciencia posee o que puede siempre atrapar... el recuerdo va y viene, de lo consciente a lo inconsciente, y la transición entre los dos estados es tan continua, el límite tan poco marcado, que no tenemos ningún derecho a suponer entre ellos una diferencia radical de naturaleza... Convenamos, por otra parte, para abreviar, en dar el nombre de percepción a toda conciencia de alguna cosa presente, tanto a la percepción interna como a la percepción externa. Pretendemos que la *formación del recuerdo no es nunca posterior a la de la percepción; es contemporánea*. A medida que la percepción se crea, su recuerdo se dibuja a su lado, como la sombra junto al cuerpo. Pero la conciencia no la percibe de ordinario, del mismo modo que nuestro ojo no veía nuestra sombra si la iluminase cada vez que se vuelve hacia ella". (Bergson, *Energía Espiritual*. Trad. E. Ovejero. Ed. Sorro. Madrid. 1928. Págs. 200 y 201).

Es probable que la reproducción perceptiva, en la cual la cosa aparece existiendo en este momento y este lugar, sólo se suscite al contacto real con la cosa fundiéndose ambas en un todo,

y que lo singular del sueño sea la puesta en marcha de ella por el afecto o el deseo, con independencia de las cosas reales: *porque el soñante también distingue entre lo que está percibiendo y sus recuerdos, los cuales siguen como recuerdos.*

El sueño no es percepción pura, sino percepción, pensamientos, sentimientos, deseos y recuerdos. Una persona por ejemplo, se sueña viajando, pero recuerda con pena a un enfermo dejado en casa, o un compromiso no cumplido; si se sueña una aventura amorosa, se recuerda a la persona ante la cual se es infiel y las consecuencias de la infidelidad; por tanto la actividad onírica no es a base de la transformación de los recuerdos en percepciones ya que ambos mantienen sus diferencias y participan activamente. Lo anormal de la psicosis sería la puesta en marcha en vigilia de la reproducción perceptiva —no la representativa— sin necesidad de contacto con su objeto real pertinente. Hay tal vez en las percepciones como en las representaciones, tanto mera reproducción de lo percibido, como creaciones combinatorias al estilo de los sueños, que acaban por dar existencia a nuevas cosas.

El delirio de los perturbados de conciencia

En ciertos perturbados de conciencia se dan junto a la obnubilación y a la exaltación masiva y abrumadora de determinados afectos, estados deliriosos, llamados popularmente desvarios y cuyas manifestaciones pueden agruparse en dos series de fenómenos: las vivencias y las percepciones deliriosas. La presencia abundante de las primeras es propia del delirio agudo; el predominio de las segundas es típico de la amencia.

Las vivencias deliriosas u oníricas son especie de ensoñaciones bruscas en las cuales el enfermo se cree en el trabajo, en una fiesta, en una escena terrorífica. A los médicos, a las enfermeras, y a cuantos le rodean de verdad en ese instante, todos falsamente reconocidos como viejos amigos, los mezcla en confusa trama con meras visiones alucinadas de compañeros de juerga, mujeres atractivas, serpientes, toros, arañas, cucarachas. Hay sensaciones kinestésicas variadas, audición de música, de ruido de botellas, etc.

El tema del ensueño en cierto modo concuerda con la conducta; así se esbozan conatos de conversaciones, risas maliciosas, aplausos, movimientos laborales, huidas, gritos, saltos bruscos, según lo que se viva en el instante. Las respuestas verbales son borrosas, musitantes o tartajeantes; los actos laborales se reducen a vagos manoteos. La mimica poco vigorosa es de alegría en las escenas gratas y de espanto en las terroríficas. El estado afectivo también concuerda.

Las vivencias deliriosas cambian caleidoscópicamente: de un "pasatiempo alegre" se pasa "al trabajo" y de ahí a la pesadilla, etc. Durante minutos u horas irrumpen en oleadas o separadamente sobre un estado de fondo de apatía o somnolencia. En la mañana sobrevienen casi siempre espaciadas; hacia el atardecer y la noche se hacen subintrantes. En los ratos de bonanza entre una y otra ráfaga, el enfermo duda de la realidad de lo sucedido y le parece sueño o imaginaria.

En los casos no muy serios se abrevian tales vivencias sacudiendo al enfermo, pero se reinstalan en cuanto se le deja entregado a su propia suerte. En los delirios graves de la fiebre tifoidea o del tifus exantemático, eso no se logra.

Junto o fuera de las vivencias deliriosas mismas, hay mioclonias, movimientos bruscos de los miembros, temblores, inquietud coreica, gesticulaciones de la

cara. crisis de parpadeo rápido o parpadeo en salva. A veces el parpadeo en salva es el único signo claro de un estado delirioso leve.

La vivencia deliriosa muy típica del delirio agudo, *delirium tremens* por ejemplo es, en suma, una ensoñación peculiar, mezcla indiscernible de cosas reales y alucinadas, en la cual armonizan los matices cognitivos, afectivos y conductuales de su trama.

El fenómeno es un delirio porque hace vivir como real, y no como meramente imaginado o soñado, un mundo ajeno a la situación real verdadera del enfermo.

La percepción deliriosa, es más típica de la amencia. Envuelto en un estado afectivo básico de desamparo, el enfermo interpreta de manera angustiada, sobresaltada y terrorífica, sucesos triviales del ambiente. El grito de un empleado en el pasillo, "es el quejido de un hijo a quien castigan"; la charla de las enfermeras en la pieza vecina, "es el cuchicheo de los verdugos de su esposo". El rostro lloroso e implorante y las frases imprecatorias o exclamatorias, casi siempre trucas e incoherentes, señalan un afecto penoso concordante con la situación. En cambio no hay actuar simultáneo adecuado, como en las vivencias deliriosas. Las mioclonías, sobresaltos, flexiones y extensiones bruscas, las huidas o agresiones ciegas y repentinas, son remate final de lo percibido, incluso de lo percibido mucho antes, pero no ingredientes habituales del transcurso mismo de la percepción anómala. Lo más probable es que en medio de la percepción, el enfermo más bien se inmovilice atento a lo que sucede, gimoteando o suplicando, para reaccionar conductualmente sólo al final si se acerca el posible agresor, que es por lo común una persona alucinada o real identificada falsamente.

En la amencia se dan también vivencias deliriosas, pero son más ajenas a su sintomatología céntrica, salvo si el cuadro evoluciona hacia el delirio, hecho nada raro. Diferencia a ambos fenómenos, percepción y vivencia deliriosa, la atmósfera de conjunto. La vivencia deliriosa, parecida al sueño normal, "no sorprende" al enfermo. El se encuentra agrado o desagradado, pero como naturalmente puesto ahí en un trance laboral, festivo o terrorífico. Al revés, la percepción deliriosa convierte a la persona en víctima perpleja de una especie de destino infausto caído sobre sí o los familiares sin saber por qué. La conversación del médico lo distrae a veces, pero no lo aleja de lo percibido como ocurre en la vivencia deliriosa, que aborta con ciertos trucos como antes se dijo. Las reacciones defensivas parecen más desesperadas y violentas en la percepción deliriosa; sin embargo en eso las transiciones con la vivencia deliriosa son muy sutiles.

El delirio en persona de conciencia lúcida

Si los fenómenos anteriores aparecen en enfermos intoxicados y febricitantes, hay otras insensateces del juicio que surgen en estados de supuesta salud física.

Se incluyen aquí los llamados delirios¹ lúcidos de los esquizofrénicos, parafrénicos, paranoicos, epilépticos y orgánicos. En acuerdo a la definición clásica son juicios falseados patológicamente y los caracteriza su lejanía del sentido común, de las creencias corrientes, de las experiencias habituales y de los modos normales de razonar y verificar lo nuevo, lo insólito o lo importante.

A diferencia de las verdades y errores normales, fundados en creencias o pruebas de algún modo aceptables para cualquiera y enriquecidos o corregidos a través de lecturas, conversaciones, experimentaciones, ponderaciones de ideas adversas etc. las ideas delirantes tienen una especie de luz propia, y nacen, o casi de inmediato o al cabo de largos titubeos, pero con gran certeza íntima. Los contraargumentos de otros, su ineficacia para el aprovechamiento o comprensión de la realidad, y el ser ajenas a las experiencias y creencias de todo el mundo, no las menoscaban. Más allá del dilema verdad-error, se mueven más bien en el dilema cordura-locura, pues no son en sentido estricto ideas falsas sino insensatas, y no tanto por su contenido (que incluso es a veces verdadero), sino por tener luz propia que no necesita en ningún instante de apoyo firme en el sistema ordinario de pruebas o contrapruebas rigurosas, como sería indispensable en una afirmación normal insólita, extraña a las convicciones comunes.

Se las divide en ideas deliroides y delirantes primarias.

Las ideas deliroides

Dadas de preferencia en las paranoias, en las reacciones paranoicas sensitivas o querulantes y en toxicomanías como la alcohólica y la anfetamínica, parecieran derivar o de un estado afectivo especial, o de un menoscabo del sistema nervioso que facilita la afectividad anómala, o de rasgos anormales del carácter de tipo sensitivo o paranoico, que predisponen a creer en las más aventuradas ocurrencias.

Las ideas deliroides, divididas en *ocurrencias* y *percepciones deliroides*, constituyen el núcleo de las *paranoias veras*. En tales casos acostumbran a expresarse en extensos y tediosos sistemas conceptuales, con cierto prolijismo en los detalles y poca variación a través del tiempo. Se exacerbaban y ocupan el primer plano de la actividad psíquica por periodos de meses o años, para apagarse por tiempo indefinido, abriendo paso a una vida aparentemente normal. No es raro que retornen por nuevos periodos, siguiendo a veces un notorio curso fásico.

¹ Delirio es una convicción disparatada, que sorprende por su singularidad, e influye de manera decisiva, concordante o discordantemente, sobre la conducta, desplazando en esto a los juicios normales. La palabra disparatada se toma aquí en el sentido clásico de lo "que se dispara", del disparo de un arma de fuego, ante el cual, aun cuando se esté prevenido, se experimenta un súbito estremecimiento, por leve que sea. El contenido puede ser verdadero o falso, pero más allá de su verdad o falsedad, se da la sorpresa con el carácter de lo súbito del tipo ya señalado.

La mayor parte de las supuestas paranoias mantenidas vivaces sin oscilaciones, son esquizofrenias paranoicas o esquizofrenias clásicas, pero no paranoias veras.

Las ideas deliroides de las verdaderas paranoias se apoyan en juicios de apariencia rigurosa, pero plagados de saltos lógicos indiscernibles por el enfermo. Gustan de ser expuestas en busca de aprobación, proselitismo o ayuda. Las ideas de inventos o de descubrimientos (ocurrencias deliroides) se rodean de instrumentación conceptual matemática, física o histórica, según sea el caso; se apoyan también en ingeniosos simbolismos y en gráficos didácticamente elaborados; las ideas de persecución o de perjuicio se verifican en datos perceptuales de la vida cotidiana (percepciones deliroides).

Verificación es para el enfermo cualquier coincidencia entre lo afirmado y un suceso casual visto en el aspecto favorable a su tesis; *coincidencia* equivale para él a estricto enlace causa-efecto, sin que quepa convencerlo de lo contrario. De esa manera, por ejemplo, si un delirante celotípico vuelve a su casa a fin de sorprender al presunto amante de su esposa, le bastaría el simple encuentro con una persona en las cercanías de la puerta para concluir que, "es alguien que se desliza furtivamente en la penumbra esquivando el rostro", sin duda quien lo engaña desde hace tiempo. En la celotipia paranoica, a diferencia de la alcohólica pura, se agregan además vivencias oniroides e ilusiones de los sentidos.

Típico de los verdaderos paranoicos cuando cuentan sus cosas, es acechar el sesgo afirmativo, dubitativo o irónico de los auditores, esperando ser aprobados incluso si discuten. No se detienen en el análisis fino de las objeciones; si se les lleva al rigor lógico, perseveran en los argumentos sin enriquecerlos, hasta que al fin la insistencia del adversario los irrita, como si fuese una manera velada de tratarlos de locos. Entonces cortan el diálogo con frases inesperadas: "qué se imagina usted, estoy en mis cabales". Es como si algo les hiciese sentir su diverso tipo de razonamiento y de ahí el miedo a flor de piel a que se les crea psicóticos. Por eso matizan a cada rato la conversación con frases como "esto es cierto, lo he estudiado mucho, no lo tome por algo descabellado". En suma están de continuo revisando la situación, agregando nuevos argumentos, encontrando opiniones que les apoyen, o buscando, como en el caso de los celotípicos, nuevos datos de la realidad, que les reconfirman en sus creencias; de costumbre estos nuevos datos aunque son simples coincidencias fortuitas, para ellos tienen el valor de pruebas irredargüibles; la conducta del deliroide gira pues en torno al deseo de estar constantemente probándose ante sí y ante los otros la veracidad de sus afirmaciones y de actuar en concordancia con ellas; anda así a la caza de auditores importantes que le presten atención a su problema en ávida espera de comprensión o apoyo.

De ordinario las ideas deliroides de los paranoicos verdaderos, se alimentan de ilusiones sensoriales, de éxtasis, de vivencias oniroides, de alucinaciones e ilusiones de la memoria, todas experiencias patológicas íntimas irrefutables.

En muchas celotipias paranoicas se da la *vivencia oniroides* de haber visto a medianoche a la esposa acostada al lado del enfermo y en pleno coito con el aman-

te. Cuando se le pregunta al marido cómo no tomó represalias inmediatas o cómo el amante se expuso a tanto riesgo, responde con evasivas: "me tenían paralogizado"; "me dejó perplejo semejante cinismo"; "nunca creí algo tan abyecto". Tampoco explica cómo al día siguiente no se separó de su esposa, no la golpeó o no tomó cualquier tipo de actitud adecuada. Al contrario, siguen vigilándola, interrogándola, mirando la cama y la ropa interior, en busca de nuevas pruebas. Esa curiosa conducta forma parte céntrica de la semiología de la vivencia oniroide misma.

En las meras reacciones paranoicas sensitivas o querulantes, las ideas deliroides se apoyan sólo en coincidencias e ilusiones sensoriales, pero no en vivencias oniroides o alucinaciones de la memoria. El estado afectivo de merecer la humillación o la pasión por la justicia, salta al primer plano por sobre la hipertrofia del yo y el énfasis en lo creador o en lo vengador. Se emprenden acciones múltiples en uno u otro sentido a fin de dar satisfacción al sentimiento. Ponemos en guardia frente al diagnóstico fácil de delirio sensitivo, pues la inmensa mayoría de los pacientes diagnosticados como tales, son esquizofrénicos. El propio estudio de los casos mostrados por Kretschmer pareciera revelarlo.

En las toxicomanías alcohólicas o anfetamínicas se dan ideas deliroides celotípicas o de persecución. En general tienen base perceptual, se cuentan precipitadamente, se elaboran escasamente en un sistema, no se acompañan de aire altanero y hay pobre tendencia a la verificación. Tampoco parece importar el ser creídos o no, o el que se les tome por locos. Se basan en coincidencias o en lo contado por personas a quienes creen ciegamente. A veces se acompañan de alucinaciones auditivas y de fenómenos de adivinación del pensamiento, que casi no llaman la atención del enfermo; pero que en todo caso impurifican el cuadro y lo convierten más bien en un síndrome paranoide. Como se sabe, en las paranoias veras no sólo no hay alucinaciones sensoriales, sino que el enfermo se indigna si se le interroga por ellas.

Las ideas delirantes primarias

Se las subdivide en percepciones, representaciones, cogniciones y fantasías delirantes. Difieren de las ideas deliroides porque se guardan más en la intimidad, no se las argumenta coordinadamente, no se las verifica en base a coincidencias y no se vierten en conductas activas, pues, salvo fugaces raptos de protesta o agresividad, se lucha poco a favor o en contra de lo revelado por ellas. Algunos enfermos que las tienen, amontonan largos escritos en casa y ocasionalmente los entregan a terceros; si se les rebate casi no se enfadan y en general sólo a tirones se les sonsacan sus experiencias íntimas.

Cuando acuden al médico o a la policía en busca de defensa, se desprecupan de la eficacia de su protesta; incluso si se les cambia el tema son capaces de derivar la atención, no insistiendo en el primitivo reclamo. Si se les llama locos, no se molestan mucho o insisten candorosamente en su delirio.

En general, entregan sus ideas sólo al interrogárseles y lo hacen en frases breves: "me observan en la calle"; "los niños se burlan"; "me hipnotizan la mente"; "me empotran televisores"; "me enredan el pensamiento con muchas maniobras". Apoya el diagnóstico el que se autoexpliquen sus fenómenos con vagas nociones de anatomía, biología o física popular, o bien el que se queden perplejos sin entenderlos. Algunas experiencias se contradicen tranquilamente: "soy un robot manejado por corrientes; mi cerebro es poderoso, adivina y ve todo".

Ciertos horizontes básicos cuya perspectiva sirve de referencia indispensable al funcionamiento de la psique normal, como el de la posibilidad-imposibilidad², el de la temporalidad, el de la fragilidad³, el de la espacialidad, el de la probabilidad, el del carácter intersubjetivo de la verdad, están muy mermados en el delirante respecto a los temas de su delirio.

Como el horizonte "posibilidad-imposibilidad" desaparece frente a las experiencias patológicas, a la psique delirante nada le parece imposible, insólito ni insensato, y por tanto ni la autocritica ni la critica ajena encontrarían dónde sustentarse, para vislumbrar como absurdo o como cuerdo lo que experimentan. Quebrada la valoración del tiempo ajeno no causa extrañeza el que un grupo de personas pierdan días y noches durante años, dedicándose por entero como verdaderos ociosos, a vigilar actos y pensamientos del enfermo. Privados de la necesidad de darle carácter intersubjetivo a la verdad, tampoco aparece ni la urgencia de comparar el propio testimonio con el ajeno, preguntándose si otros han vivido o estiman vivible todo aquello, ni el deseo de trabar sus actuales ideas delirantes a sus antiguas experiencias normales en un todo comprensible. Experiencias delirantes y normales subsisten sin molestar, sin vigorizarse entre sí, y como detenidas en su desarrollo; los delirios cambian apenas con los años y la parte sana tampoco progresa. Muchos enfermos desde su "parte sana" juzgan insensatas alucinaciones y delirios de otros enfermos o de cualquier persona que alguna vez los tuviese, pero no los suyos propios. Quizás si esto ocurre porque frente a lo que les pasa a los demás razonan abstractamente, en cambio no pueden tomar distancia frente a lo vivenciado en concreto por ellos en su intimidad misma.

Las distorsiones en la intuición primaria de la espacialidad son notorias cuando el enfermo dice por ejemplo tener en su cabeza "un televisor de dos

²Las cosas estimadas posibles e imposibles varían en las diversas culturas y épocas históricas. El pensar científico occidental después de Descartes y Galileo ha colocado, por ejemplo, dentro de la categoría de lo imposible, sucesos perfectamente posibles para la Antigüedad o la Edad Media, como sería la existencia de súcubos, incubos, dragones, etc.; a la inversa ha hecho posibles, cosas miradas en ese entonces como absolutamente imposibles: viajes planetarios, trasplantes cardiacos y hasta la remota esperanza de la inmortalidad terrena.

³Véase el modo de considerar la fragilidad psíquica, en el trabajo "Vivenciar onírico y Vivenciar diurno" del Dr. M. Quintana. Rev. Psiquiatría Clínica, Vol. IV, N° 2: 49 - 70, 1965.

metros”, “varios animales grandes en el estómago” o el cuerpo “dirigido desde kilómetros de distancia”.

La habitual fragilidad psíquica para caer en errores o autocontradicciones, hace al hombre sano cauto en el juzgamiento de sus propias ideas, afectos y decisiones. Tal sentimiento de fragilidad no se le da al delirante y acepta entonces la interpretación ingenua de sus nuevas experiencias, sin que sienta la necesidad de someterlas a un razonamiento riguroso o a la opinión ajena.

Volatilizado el criterio de probabilidad, no es ya muy improbable que crea que los diarios se entreguen a publicar su fotografía camuflada o que los avisadores de radio gasten esfuerzos ingeniándose las para dañarlo con el máximo disimulo a través de inocentes avisos comerciales.

Sin la presencia nitida de los horizontes de fragilidad, temporalidad, especialidad, probabilidad y posibilidad sobre los cuales se dibuja el trabajo psíquico normal, no se producirá esa distinción inmediata y *sui generis* entre lo real, lo esperado sensatamente, lo soñado y lo imaginario, cuatro tipos de contenidos psíquico naturales a cualquier persona. Así el juicio quedará a la deriva.

A esa quiebra se sumaría lo llamado por Jaspers *transformación de la personalidad*, término ambiguo, pues también hay transformación de personalidad en la manía, en la depresión endógena y en muchos otros cuadros. En varios es subjetiva y objetivamente más notoria que en ciertas esquizofrenias deletéreas o larvadas, donde existen, sin embargo, ideas delirantes primarias.

Algunos esquizofrénicos confiesan, pese a todo, el cambio. Se encuentran distintos, amenazados en su intimidad y se rodean de un muro: notan su tendencia autística.

En la mayoría aparece, antes del delirio, una desazón íntima, una sensación de pérdida de la libertad, los enfermos no se concentran, pierden la memoria, se sienten indefensos, se les agolpan las ideas, los inunda una “angustia íntima” y una timidez avasallante, *poco visible en la mímica*. La angustia les viene de repente en forma de crisis y es como un “golpe” que desarticulara la consistencia del cuerpo y lo dejara, según dicen, “peor que la nada”, como a medio camino entre lo real y lo irreal. El relato recuerda la descripción del “cuerpo fantástico” de los novelistas contemporáneos. Perdido el dinámico horizonte psíquico ya aludido propio de la cordura y convertido el soma en esa “corporalidad fantástica” apta para llamar la atención ajena, se darían las condiciones para el delirio. A eso se agrega que la realidad de las vivencias o de las cosas se hace inconsistente, extraña, llena de interrogantes, síntoma llamado perplejidad. Al perderse la familiaridad de lo habitual, el individuo tiende a hacerse una serie de preguntas: “¿por qué las sillas sirven para sentarse?, ¿por qué Juan se llama Juan?, ¿por qué se ha vivido así y no de otro modo?”, etc.

El delirio mismo surgiría de hecho de la experiencia delirante, la cual en un principio oscila, viene y se va, y a veces tarda meses o años en arraigarse o incluso no se arraiga nunca. Los enfermos se sienten “tomados” por una idea (la de ser observados, por ejemplo) y cuando “los suelta”, la juzgan hasta cierto punto como idea anormal, para volver a creer en ella en el próximo momento de ser “to-

mados" y así sucesivamente. En el instante álgido de la ráfaga delirante la idea mórbida se prende a la psique, que no puede mirar sino a través de ella. Es como en la teoría de la verdad de Zenón el Estoico, para quien las ideas venían listas desde fuera y captaban a la inteligencia inmovilizándola en su contemplación, obligándola de hecho a mirar la realidad en acuerdo a lo mostrado por la idea adherida. La verdad era, por eso, para dichos estoicos, una mera *fantasia cataleptica*. Las descripciones espontáneas de algunos esquizofrénicos en comienzo, muestran a la ráfaga delirante como una especie de cataleptización psíquica, venida desde fuera, similar a la postulada para el conocimiento normal por aquella teoría⁴. Quizás si habría un puente entre la posible cataleptización psíquica que sería el delirio y la cataleptización corpórea, llamada por algunos clásicos delirio muscular, dada las extrañas y casi increíbles formas que el cuerpo es capaz de adoptar en la esquizofrenia.

Un esquizofrénico cuenta: "Voy tranquilo pensando en mis cosas; de repente me fijo en la gente y se me agolpan millares de pensamientos sobre la forma de mirarme; la cabeza se me pone peor si trato de rechazarlos para centrarme en lo mío; acepto entonces el que me observen burlescamente; no puedo dejar de pensar así, ni lo intento, porque si lo hago, es más terrible el tropel que antes; en ese rato creo que es así, que se burlan. Después la idea se retira, y me doy cuenta de que era falsa hasta que horas o días después me toma igual y la creo otra vez".

Si los accesos son muy frecuentes se juntan adquiriendo el carácter de duraderos. Consolidados, dan paso a juicios delirantes; entonces el enfermo se supone observado porque es hombre peligroso, o porque sus enemigos se deleitan en este juego, o porque tiene la cara repelente, o porque al caminar impresiona como homosexual, etc.

Cuando la experiencia mórbida nace de percepciones, se habla de *percepción delirante*. Si parte de representaciones, de cogniciones íntimas y de fantasías, se las llama *representaciones, cogniciones o fantasías delirantes*, respectivamente⁵.

En la *percepción delirante* se le da alcance anormal a la aparición de una persona cualquiera, a los gestos expresivos de los transeúntes, a la velocidad de los vehículos, a los lugares, a las conversaciones, a las fotografías, a los avisos de radio, a las actividades cotidianas del prójimo, sin que se perturbe, como en las ilusiones, la identidad misma del objeto percibido.

⁴Véase Cicerón: "Cuestiones Académicas". Trad. de Agustín Millares. Ed. El Colegio de México. 1944. Págs. 61 a 66.

⁵La cognición corpórea, en virtud de la cual la persona siente la viva presencia de otra persona a su espalda, a su lado, por delante, sentada en su habitación o incluso recostada a su lado en la cama, es uno de los fenómenos más misteriosos de la psicopatología y aparece con frecuencia en la esquizofrenia, en la alucinosis alcohólica, en la histeria e incluso en personas normales; sólo la manera de contarse y el alcance dado al fenómeno por el afectado, junto a los demás síntomas, permiten atribuirlo a un determinado cuadro.

El delirante que identifica como suya una foto cualquiera de una revista, ve *sin duda la falta de semejanza con él*, pero en el corte de pelo, en el bigote o en la mirada le parece notar algo suyo (*pars prototo*)⁶, de donde capta que en verdad es su fotografía, pero retocada por alguien a fin de despistarle o dejarlo sin derecho a protesta. En el aviso radial “aparentemente inocente” capta, por detrás de las frases, oídas bien, alusiones ofensivas a su persona, y ello porque una o varias sílabas coinciden con sílabas de su nombre o de palabras procaces.

Al médico lo cree a veces un antiguo vecino de barrio, aun cuando ahora camuflado. De la misma manera puede tomar en masa a las demás personas del sanatorio, como conocidos disfrazados allí con fines no bien claros. El delirante “perfora tales engaños y coge la entidad verdadera”, a base de uno o dos rasgos de la fisonomía, del vestido, del nombre, del color del pelo, del modo de andar, del oficio, del tono de voz, etc.

En su vida diaria el trato con las personas lo hace de acuerdo con la para él identidad falsa. Así acude “al supuesto médico” cuando desea tratamientos, regímenes alimenticios, visita de familiares, etc. El fenómeno recibe el nombre de *doble orientación*⁷, pues las dos identidades se usan paralelamente según las circunstancias.

Los falsos reconocimientos delirantes de personas, se originan de varias formas. En algunos “una voz del corazón”, “un golpe intuitivo”, “un anuncio de la mente”, abre paso a la para ellos “identidad auténtica”. En otros es la coincidencia de nombre, profesión, o la llegada de alguien, cuando se esperaba a un tercero, etc. Muchos aceptan la desigualdad absoluta entre la persona supuesta y la ahí presente, pero eso no altera la creencia. Ciertos esquizofrénicos confiesan percibir un aire artificioso o mecánico en la expresividad de algunos sujetos y ello facilita la idea de que son máscaras o disfraces de otros. Un delirante decía a un joven médico identificado como capitán de ejército: “Cuando yo entro, Ud. se pone nervioso, su cara no es natural, oculta algo; de repente me parece maniquí; en el mechón de pelos lo reconozco”. En buenas cuentas, así como la propia apariencia se hace engañosa y por eso es “observado”, también es engañosa la apariencia ajena.

En general los falsos reconocimientos esquizofrénicos no abarcan ni a

⁶Tomar la parte por el todo. En este caso del parecido de la frente o del bigote, se deduce que todo el resto es su propia fotografía. Igual sucede en el caso de los avisos de diarios o radiales; a partir de una sílaba o una letra se rehace el supuesto nombre entero, pasando por alto el hecho de que el resto de las sílabas pronunciadas no coinciden con tal nombre. En esa no coincidencia es donde el delirante ve la picardía de quienes se valen de “una burda treta” para convertirlo en víctima desprevenida de sus manejos. Es, en el fondo, como se ve, un pseudo *pars prototo*.

⁷La doble orientación alude al hecho de que el enfermo se guía de acuerdo a las creencias normales cuando se trata de lo pragmático y de acuerdo al delirio cuando se trata de la configuración de su mundo más personal.

los familiares ni a los amigos íntimos, pues cuando ocurre lo último se trata más bien de fabulaciones de perplejidad, más propias de los dementes orgánicos⁸.

A veces el falso reconocimiento viene de alucinaciones auditivas que ponen "en la pista del secreto". Si la alucinación sigue siendo su único fundamento, es sólo una idea delirante secundaria y no una percepción delirante. Pero si junto a la alucinación "otras cosas hacen ver que allí se disfraza alguien, que un cierto aire de artificio o de impostura encubre a la persona", se trata de una verdadera percepción delirante suscitada y no derivada desde la alucinación.

En suma, el falso reconocimiento delirante primario de personas viene de coger "la identidad verdadera", oculta tras una equívoca e inocente apariencia ajena. Clásico es captar detectives en simples transeúntes, ya sea por la mirada, el modo pausado de caminar, los objetos escondidos en sus manos, etc.

Percepciones delirantes de otro tipo, pero muy frecuentes, son el sentirse observado, aludido en las conversaciones, ridiculizado por los transeúntes. Así en la calle se reciben miradas mortificantes, los vecinos cierran las ventanas al paso del enfermo, los chicos dejan sus juegos.

Le bastan apenas las miradas de una o dos personas, y a veces ni siquiera eso, para darse cuenta de ser el centro de todas. La certeza no surge de reflexiones sobre el modo como lo han mirado, sino de una "captación de intenciones" paralizadora de la autocrítica, a lo menos mientras ese acceso de certeza "no lo suelta", ya que como hemos dicho lo delirante es a veces transitorio, y no rara vez experimentado dubitativamente como cierto y como falso.

Quando se cogen intenciones ofensivas en la mirada ajena, lo alterado es la esencia misma de la mirada, ya que lo sustantivo de una mirada es su expresividad o su intención. Una mirada siempre es de cierto algo, aunque ese algo sea apuntar al vacío. Por eso *es equívoco decir que en la percepción delirante lo percibido en sí no sufre alteraciones, salvo el significado anormal, ya que tales significaciones, como en el caso de la mirada, son muchas veces el cuerpo mismo de lo perceptivo, más allá de lo cual no hay nada.* ¿Si una mirada no es de afecto, de desprecio, de odio, de indiferencia, qué queda? Si ello se altera, se ha alterado lo axial de la percepción misma.

En el cierre "apresurado" de ventanas, lo delirante reside en la pesquisa alterada de intenciones. Significado e intención integran toda vivencia perceptiva. Quien, en una conferencia, ve un sillón desocupado en un sitio preferente, no sólo coge el significado, o sea que sirve para sentarse, sino su intencionada reserva allí para algún personaje. Dentro de lo percibido hay un género (el objeto

⁸ El falso reconocimiento de personas puede ser debido a muchas causas: agnosia de fisonomía, quiebra de la memoria, ilusiones, vivencias oníricas, obnubilación de la conciencia, percepción delirante. Sólo la última, que exige para su diagnóstico entre otras cosas, lucidez de conciencia, es propia de la esquizofrenia. Aquí el enfermo reconoce en cierto modo la diferencia entre lo mostrado y la "verdadera identidad". Lo mostrado, en apariencia, es sólo máscara de la identidad genuina.

material presente, el sillón en cuanto masa concreta en este caso) y una especie, el que esa masa sea justo un algo para sentarse. El significado y la intención unidos al género forman la especie, pues a un sillón puede dársele también el significado de mesa, de soporte de libros, de tranca de puertas. De hecho, en otras culturas, los objetos para sentarse son de figura diversa a la nuestra. En la *ilusión se perturba el aspecto genérico de las percepciones*: el sillón es tomado por un hombre encucillado, u otra cosa; en la *percepción delirante se altera lo específico: la significación y sobre todo la intención*. El sillón está ahí para indicarle al enfermo que es un flojo y vive sentado; en ambos casos lo percibido sufre cambios intrínsecos; alterado lo genérico también se altera lo específico, pero no viceversa. Por eso no concordamos ni con Jaspers ni con K. Schneider en el sentido de que la percepción esté inalterada.

Desalienta al enfermo en tales percepciones delirantes el que las cree muchas veces originadas en una deformación real de su cuerpo o en una mala apariencia suya (falso reconocimiento al revés). Se le toma por homosexual, flojo, delincuente, canalla, etc. La apariencia expresiva derivaría, según él, de su poco afortunada manera de caminar, de su aire de payaso, del aspecto deforme de su rostro, de su nariz torcida, de su físico femenino, de su cuerpo enfermizo, etc. Un esquizofrénico dice: "Si camino desprevenido, oigo alusiones y cuchicheos. Si quiero que no se fijen en mí, voy rápido, como los hombres ocupados; así doy apariencia de bien hombre". Otro refiere: "Es natural que me miren con lástima: Ud. ve doctor, mi cara repelente; tengo un rostro horrible; a mi mismo me da miedo mirarme al espejo. Si no doy la cara me miran como a todo el mundo, si la doy me creerán delincuente; hasta los niños huyen cuando salgo". Una enferma abandona su cuidado personal porque si se arregla la toman por prostituta: "las miradas burlonas de los hombres y despreciativas de las mujeres lo dicen a las claras". En ciertas esquizofrenias la enfermedad pareciera fijarse monosintomáticamente, en una sola de estas percepciones delirantes. Un paciente nuestro sale con miedo a la calle porque "todos observan su nariz, que no es la que compagina con su rostro". "La gente estornuda, se limpia la nariz, se la refriega, pero es para hacer notar lo ridículo de su aspecto". Entonces enrojece de vergüenza y se encierra en su casa.

Algunos enfermos creen haber dado escaso motivo para esos equívocos. Sin embargo "tantas veces se les toma de tal o cual manera" que al fin, según ellos, adquieren dicha falsa apariencia. Un esquizofrénico traído desde Viña del Mar donde se zambullía desnudo en el mar ante una playa llena de gente, confiesa: "Había adquirido una figura humillada y resignada, pues notaba que me miraban como homosexual. Ese día me desprendí de la humillación, volví a ser yo, me sentía libre y con un deseo sagrado de besar el mar con todo el cuerpo, agradecido. Era tanto el aplastamiento que al liberarme me pasé al otro lado como el péndulo y me sentí prepotente frente a todos: quise desafiarlos mostrándoles el cuerpo. Ahora se equilibrará y estaré en el medio".

Los hebefrénicos se dan a veces "voluntariamente" apariencias falsas para provocar miradas o alusiones "divertidas". Observan cómo la gente "cae en la trampa", según se lo muestran conversaciones o gestos alusivos. Uno de ellos dice: "Me gusta entretener, desagradan las caras aburridas; tomo aire de payaso y la gente cree que soy así y capto sus comentarios irónicos; se ríen de mí y me gusta verlos reírse".

A muchos se les hace clara su "engañososa apariencia", o porque se los dicen las voces, o por las dismorfopsias⁹ de su rostro, de sus manos o de su cuerpo, o por el aspecto desgarrado de su figura, o por el recuerdo de los antiguos sobrenombres en el colegio, etc. Ignoramos si eso los pone inseguros desencadenando una atmósfera extraña respecto al trato ajeno, o si al revés el trato delirante experimentado les lleva a suponerse de figura sospechosa revalorizando cosas del pretérito. Lo alterado, en todo caso, no es la trabazón íntima del cuerpo como en la somatoagnosia, la anosognosia, o el miembro fantasma, sino su aspecto fisiognómico, su expresión, su vivacidad, su apariencia. El cuerpo no en cuanto herramienta de trabajo, sino en cuanto algo que luce de ésta o la otra manera para los demás.

Los enfermos no verifican si en verdad son aludidos por todos, y se satisfacen más bien con unas cuantas "captaciones" a hurtadillas en las cuales apenas si entran en un detenerse en el estudio de la mirada de los otros, lo cual supone que eso cae en suelo abonado, o porque desde antes se aceptaba algo curioso en la propia apariencia animico-corpórea, y resulta lógico ser observado, o porque ambos hechos, el ser observado y la pretendida apariencia extraña, integran un mismo proceso psicológico recíprocamente reforzado. En la vida ordinaria uno se siente mirado si cree ir mal vestido, con una herida en la cara, etc., y no al revés. En todo caso la percepción delirante una vez producida, abarca ambos procesos apoyándose recíprocamente. Una paciente nota, por ejemplo, en las actitudes y gestos de sus vecinos su aceptación como reina, lo que la reafirma en la idea de que camina con aire mayestático. En la manera como el enfermo cree ser visto, o sea en las relaciones interpersonales yace quizás uno de los muchos motivos del fenómeno delirante y no tanto en la disociación de los caracteres esenciales y estructurales de los objetos percibidos, como lo sugiere K. Conrad. La mayoría de los enfermos, a diferencia de los afásicos y de los orgánicos en general, cogen bien los rasgos estructurales de los diversos objetos de la vida cotidiana, y sólo aquellos que se prestan más para alcances simbólicos o metafóricos, son origen de ideas delirantes. Se agrega la forma peculiar de la angustia esquizofrénica (muy distinta de la neurótica), que les "desarticula el propio ser", les hace experimentarse distintos o raros y, en consecuencia, presa fácil de observa-

⁹ Dismorfopsia es una anomalía de la percepción en cuya virtud se ven los objetos, las personas o el propio cuerpo deformado. Algunos notan su cara deformada al mirarse en el espejo. En muchos enfermos provoca extrañeza, pero no delirio.

ción, sin necesidad de mirarse en un espejo y autoperibirse esencial y no estructuralmente.

Algunos no ponen el acento en su aspecto externo, sino en sus creencias políticas, sociales o religiosas, suscitadoras de envidia, recelo, odio, admiración o imagen íntima engañosa, y no les sorprende la curiosa actitud del prójimo. Persiste aquí el correlato delirante entre la supuesta imagen íntima y la respuesta ajena, sin el intermedio de una percepción desestructurada. En suma, existiría una especie de circuito reverberante psicológico, en que la imagen personal rara haría comprensible para el enfermo el insólito trato recibido, y el trato recibido apoyaría las ideas equívocas sobre su propia imagen.

Sin embargo, es muy digna de estudio la postura de Conrad. Dice al respecto: "Matussek ha contribuido de modo importante al estudio de este problema con sus trabajos sobre la percepción delirante. Destaquemos de ellos dos puntos: 1º En el delirio se produciría un afloramiento o relajación de la estructura natural de la percepción. 2º En el delirio (al contrario que en la psicología normal) habría un destacar de propiedades esenciales, aumentado y amplificado, en determinados objetos de percepción. A partir de estos dos hechos fundamentales, se aclaran (por lo menos en parte) muchos fenómenos, hasta el presente considerados como incomprensibles, del enfermo delirante".

"Percepción delirante, en sentido estricto, es algo evidentemente idéntico con vivencia apofánica, que también, según nuestra opinión, no es comprensible, sino algo que queda totalmente fuera de las categorías de la comprensibilidad. Pero otra cosa es considerar de qué modo dentro de la apofanía son percibidos los objetos. En ésta y en contra de las concepciones clásicas (Gruhle) el enfermo vivencia los objetos con una intensa alteración peculiar. El que esté (el enfermo) —por emplear un ejemplo de Matussek—, ante el blanco de la corteza del abedul vivencia el significado 'inocencia', es algo muy característico de la forma típica del campo perceptivo del esquizofrénico. El mérito de Matussek radica en haber mostrado esto y en haber retornado al concepto de '*propiedades esenciales*' en el sentido de Metzger. Pero, desde luego, es seguro que con ello no se ha acertado con lo más específico del campo de figura de la vivencia, como tratamos de exponer de modo más preciso basándonos en nuestros ejemplos, también destacan con mayor claridad auténticas propiedades esenciales en el sentido de la psicología de la *Gestalt*. Pero no son más que *tales* cualidades: cuando el enfermo, ante la bata blanca del médico, manchada con algunas salpicaduras de sangre 'sabe' de pronto que le van a matar (véase el caso Rainer N.), no es posible que llamemos a la 'atmósfera de matadero' propiedad esencial de la bata blanca. Es seguro que en ello pueden ocultarse también contenidos de significado *adquiridos*. Pero tampoco nos parece correcto decir que tales propiedades no son propias del objeto de percepción (como afirma Huber en una discusión con Matussek). A la luz de la apofanía, para el enfermo se desprende, de modo revelador de la bata, esta certidumbre delirante, como si el objeto 'bata blanca' contuviese la esencia misteriosa de lo propio del barbero, es decir, del manejar una navaja afila-

da, y lo mismo de lo propio del matadero, del salpicar y ser salpicado con sangre, y, finalmente, también del ser cortado quirúrgicamente; en una palabra, del matar y ser matado”.

“Nuestro lenguaje cotidiano es demasiado pobre para captar esta multitud de cualidades, y nuestra terminología científica no dispone de ninguna expresión que corresponda a este *halo de cualidades* que rodea a toda cosa. Es preciso que pongamos remedio a ello. En lo sucesivo —aun cuando en esta aceptación de sentido— hablaremos de ‘propiedades esenciales’ (concepto que en nosotros contiene mucho más, es decir, es más amplio que según Metzger); la razón de ello es que la palabra ‘esencia’ acierta verdaderamente con lo ‘esencial’. En la bata blanca ‘es esencial’ la atmósfera de matadero, igual que son esenciales otras mil cosas. Algunas veces, todo lo contrario, por ejemplo, ‘la asepsia higiénica’, ‘el deseo amistoso de ayudar’, etc. Nosotros hablamos de una ‘nube de propiedades esenciales’ que como por hechizo se encuentra retenida en las cosas, y que a veces en el delirio se libera¹⁰”.

Lo que Matussek llama propiedades esenciales es la conocida atmósfera afectiva, rememorativa y simbólica despertada por ciertos objetos en acuerdo al estado de ánimo, a la historia y a la cultura de la persona. Un muro asoleado al atardecer puede evocar la casa paterna y sus variados recuedos, y los cerros de la costa, a ciertas horas, parecen tristes y nostálgicos. Si un objeto no resuena de esa manera, entonces se pasa a su lado sin detenerse ni siquiera en sus cualidades estructurales, salvo que se las estudie por interés científico, se le busque para satisfacer necesidades o se le identifique casi inadvertidamente. La vista de una bata blanca de cirujano, manchada de sangre, evoca de inmediato las vivencias de sufrimiento, de muerte, de abnegación, de progreso quirúrgico, etc., y de ninguna manera están ausentes de la percepción normal. Pocas personas, salvo que le preocupen otros problemas, se limitarán a la mera comprobación estructural escueta: “mancha de sangre en la bata de un cirujano”.

También el esquizofrénico en varias ocasiones, ante el halo de sangre dejado por una inyección, la gorra del enfermero, el carro de curaciones, no evoca nada especial y los identifica estructuralmente como tales, pese a la “nube de propiedades esenciales” en el sentido de Conrad, que surgiría casi naturalmente de tales percepciones. Es en un momento dado, por el modo de presentarse, la hora de aparición u otro detalle cualquiera que tales rasgos esenciales adquieren significación delirante y entonces el problema vuelve a ponerse, no en la supuesta y dudosa desestructuración de la percepción, sino en el por qué en ese instante y en ese lugar se produjo el fenómeno apofánico, la revelación de un significado nuevo.

Un esquizofrénico nuestro, en una noche de Navidad, mira tranquilamente las bengalas lanzadas desde barcos en el puerto de Valparaíso. Le parece natural que se celebre la fiesta de esa manera. De súbito, por el modo como dibuja la pará-

¹⁰ K. Conrad, *La Esquizofrenia Incipiente*. Trad. Dr. J. Morales Belda. Ed. Alhambra - Madrid - México, 1962. Págs. 78-79-80.

bola una de las bengalas se da cuenta que es una señal para indicarle a sus enemigos que él está ahí presente. Huye de inmediato. Se sentía perseguido y alucinado desde meses antes.

Una enferma de la Clínica Psiquiátrica pregunta un día, abruptamente, si la trasladarán a una sección de otro hospital que a ella no le agrada. Se le interroga por el motivo de la pregunta. "Es que el doctor X acaba de entrar sin delantal; parece que viene a buscar a alguien". Se le contesta que dicho médico casi todos los días entra y se queda sin delantal durante ratos prolongados. Responde: "Es cierto, pero como que hoy día venía más rígido, más serio; no sé por qué se me ocurrió; la verdad es que viene vestido como siempre". De todos modos insiste en cerciorarse de que no será trasladada. Si se analizan estos y otros ejemplos y se les compara con las veces en que a juicio del observador habría motivo para significaciones delirantes y sin embargo no las hubo, sigue en el misterio el origen de ellas. Cabe si insistir en la confesión de varios, ya señalada antes, de que son "tomados" por las significaciones nuevas y no pueden mirar sino a través de ellas, hasta que dichas significaciones "los sueltan" y los dejan en cierta libertad para ver su incongruencia y su absurdo, fenómeno frecuente sobre todo en el comienzo de la enfermedad o en las esquizofrenias larvadas. También insistiríamos en ese repentino ver a algunas personas o cosas como mecánicas, rígidas, disfrazadas.

Volviendo atrás diríamos que muchos esquizofrénicos se aíslan preventivamente porque se suponen de cara repelente o ridícula, de mirada obscena, de vida íntima pecaminosa y no quieren exponerse a las burlas ajenas. En ellos no alcanza a configurarse el circuito completo de la percepción delirante, pero la vida se detiene ante la persistencia de aquellas fastidiosas convicciones, ante la supuesta transfiguración del aspecto, que es ya rudimento de delirio, ante el sentirse como una basura, un desecho humano, cuya presencia pública despertaría conmoción, lástima o repudio ajeno. En tales casos no es la mirada del otro, fría y paralizante, lo que encoge al enfermo, sino que es lo desamparado o lo mayestático de su aspecto, lo que a juicio de él no podría sino desencadenar tales miradas. De esa manera, la mirada en sí, a la cual dan quizás excesiva importancia los psiquiatras de la escuela existencial como origen de delirio, se relativiza en extremo, y el fenómeno vuelve, por lo tanto, a ubicarse en la intersubjetividad.

No sólo el cuerpo como lo que luce, sino también el cuerpo como herramienta al servicio de los otros, o el cuerpo como objeto digno, son orígenes de percepciones delirantes o de conatos delirantes, o de ideas sobrevaloradas, ocultas incluso a veces bajo pseudoobsesiones. Un enfermo dice: "Me voy quedando ciego; ¿para qué serviré?; la vista es todo; sin vista uno no le sirve a nadie; es un estorbo, es mejor morir". Otro: "Me pregunto si he tenido relaciones con hombres; sé que en el fondo no las tuve; pero me viene la idea; a lo mejor dormido, en el internado del colegio; luché contra la idea; a veces es un buen ejercicio. Pero me duele también, porque un homosexual para qué sirve. Un cuerpo vejado aun contra su vo-

luntad es una basura, es algo moralmente ridículo, no sirve para nada. Y dándole vueltas a esto, me lo paso, doctor; por eso voy al trabajo, vuelvo y me encierro”.

Casi todos nuestros enfermos sufrian un estado afectivo sumamente intenso de miedo, de angustia, de desgano, de desaliento, y hasta de desarmonia intima entre contenidos y formas de la expresividad lingüística. Son comunes frases como éstas: “Quiero decir algo y lo que digo sé que es correcto, pero no traduce lo que quiero. Es como si se hubiera separado la palabra del pensamiento y la palabra quedara hueca”. “Pienso que al oirme dirán: ¡las tonterias que dice!, mejor se hubiese quedado callado y no nos quitara tiempo”. Es la misma disociación entre aspecto, que aparece feo, ridículo, mecánico —sea el propio o el de otros (transitivismo)— y el ser intimo que se siente traicionado por ese aspecto. Viene entonces el terror a ser observado, al sentirse al mismo tiempo consistente e inconsistente, como algo “fantástico”, según la acepción dada a la palabra por Roger Callois y René De Solier, produciéndose una interacción de recíproco refuerzo entre angustia por un lado y ser personal disociado de su apariencia, por el otro.

El miedo, apenas adivinable en la mímica, pero que lleva a sobrevalorar ciertos defectos físicos como cortedad de vista, deformación de la nariz, o antiguos actos desdoroos, etc., como si ellos fuesen el apocalipsis mismo, lleva a veces al suicidio, a pseudoobsesiones y seguramente también a ciertas inmovilidades catalépticas con todo su cortejo de expresiones. Es posible que entre la percepción delirante como fantasía cataléptica que toma a la mente (percepción derivada quizás de la disociación entre lo aparential y lo que se supone ser, a lo cual a su vez arrastrarian los verdaderos “descoyuntamientos” de la angustia endógena), y las fantasías catalépticas musculares de los catatónicos, no sea tan grande la diferencia, y entre lo paranoide y lo catatónico no haya separación tajante, como comúnmente se cree, sino amplios senderos de contacto. Esta vía hace más accesible el fenómeno delirante a la experimentación biológica y a su manejo desde diversas perspectivas. Si no nos engañamos estaríamos en un punto de vista muy próximo a Kalhbaum, que intentó una relación animico-fisiológica entre miedo, catalepsia clásica y delirio. A lo mejor se abriría así una vía posible de comprensión hacia fenómenos tan aparentemente insalvables.

Las experiencias delirantes internas

Las representaciones y cogniciones delirantes de Jaspers, llamadas también ocurrencias delirantes por K. Schneider, surgen en la intimidad y hacen creerse al enfermo rey, inventor, sabio, guerrero, gran deportista, etc. Toman pie en sueños, lecturas, ilusiones, o alucinaciones del recuerdo y sobre todo en *experiencias internas*. Si el enfermo lee algo sobre Carlomagno, puede sufrir una repentina *apersonización* (sentir lo mismo que el otro hasta identificarse con él), y de ahí en adelante ser el mismo Carlomagno. En la *alucinación de la memoria* (o del recuerdo) brota como si fuese suceso olvidado, una escena insólita

lita ocurrida en tal parte y a tal hora, en la cual se recibió, por ejemplo, la visita de un hombre importante. Ahora "se coge lo trascendente del hecho".

Las experiencias delirantes internas revelan cosas extrañas. Así los enfermos se sienten succionados y provistos de pensamientos por televisores, radares, u otros instrumentos. Lo gravitacional del mundo está en el centro de su cabeza: golpes bruscos de corriente detienen y aceleran el flujo psíquico: un chorro seminal sale de los testículos y nubla el cerebro: es el *delirio de influencia psíquico y físico* de los clásicos.

A veces observan directamente, en su mente, varios de esos fenómenos. Uno dice: "Veo cómo me empotran ocho cámaras de radar y saben lo que pienso". Otro ve televisores funcionando a toda hora: "Antes era un televisor oscuro, después en multicolor, ahora es un televisor cósmico; está en medio del cerebro; fotografía y emite mis pensamientos como en película". Asegura que no lo ve ni como quien percibe algo, ni como quien recuerda algo, sino más "entre nieblas". "Veo más bien cómo el aparato trabaja duro y parejo".

Cuando tales "visiones íntimas" son muy nítidas, suelen tomarse por pseudoalucinaciones. Ambas, es cierto, se experimentan en la intimidad y con cierto carácter "sensorial", pero en la *pseudoalucinación* se trata de voces o visiones "puestas dentro" y *el acento semiológico está en su presencia misma*. En cambio en la cognición delirante el acento se pone más bien, no en la mera presencia, sino *en el trabajo y fines de los instrumentos*. Tomamos dos ejemplos de cognición delirante: "Veo cómo trabajan los detectores para perturbar mi pensamiento; son pequeñitos como cajitas". "El televisor funciona con Carbono 14 buen disolvente de la mente; veo la emanación del agua pesada, los vapores, y así me llenan de radiactividad anulando el pensamiento". Pseudoalucinaciones serían éstas: "Unas voces como susurradas me insultan dentro de la cabeza; aparecen y desaparecen solas; parecen puestas por una mano". "Se me presentan dentro de la misma mente escenas escandalosas; veo cómo descuartizan en pedazos a mis hijos; es como si pasaran una película; no sé cómo lo hacen; a veces si cierro los ojos vuelvo a ver eso mismo; quieren que lo vea; seguramente será alguien interesado en trastornarme".

Esas distinciones didácticas de alcance semiológico hacia el diagnóstico y pronóstico, no invalidan el hecho de que en el delirar concreto de cada enfermo confluyen en una apretada organización apenas discernible; todos los fenómenos psíquicos a la mano; cogniciones, representaciones y percepciones delirantes, alucinaciones y pseudoalucinaciones, vivencias oniroides, recuerdos patológicos, supersticiones, caudal cultural, grado de madurez afectiva, condiciones intelectivas, reflexivas y biológicas, estado socioeconómico y familiar, receptividad del medio para el delirio, etc.

Es valiosa para la diferencia entre ocurrencia delirante primaria (cognición o representación) y ocurrencia deliroides, la presencia de aquellas experiencias íntimas pues en las ocurrencias deliroides no se dan y sólo se apoyan como ya se dijo, o en el juego de coincidencias de la vida real, o en inspiraciones o

corazonadas (voces del corazón). En esquizofrenias y parafrenias suelen darse al lado de alucinaciones, pseudoalucinaciones y percepciones delirantes, abundantes ocurrencias deliroides. De la existencia de ciertos fenómenos primarios no se deduce que todos los otros también lo sean; en cambio, si se certifica, además de las percepciones delirantes, la presencia de experiencias delirantes internas (primarias) tal vez no varía el diagnóstico, pero se ensombrece el pronóstico y los posibles beneficios de los tratamientos.

Las *fantasías delirantes* muy propias de las parafrenias, esquizofrenias consolidadas y psicosis epilépticas, caen dentro del delirio primario. El enfermo cree ser autor o coautor de hazañas históricas o cósmicas junto a Dios, la Virgen o personajes legendarios. Se desarrollan en una especie de intemporalidad e inespacialidad terrenas. Se ha participado en el origen del mundo, en la aparición de los astros, en la batalla de los ángeles, en las cruzadas, en las guerras de la Independencia americana. Algunos han visitado a los bienaventurados del cielo o a los condenados del infierno, o se creen muertos y resucitados varias veces. Dichos sucesos referidos con relativa fluidez y naturalidad no se orientan de una manera ostensible ni a provocar asombro ni a exaltar al yo.

La fantasía delirante se diferencia de la alucinación del recuerdo, en que la última es un suceso imaginario (real para el enfermo), circunscrito en tiempo y espacio y al cual se atribuyen variados alcances. Si el recuerdo alucinado es la venida de un apuesto galán, es porque la enferma "es una rica heredera"; si es una consulta sobre cuestiones de política hecho por "dos viajeros de notoria valía llegados desde lejos", significa que al paciente se le sabe estadista de nota. Jaspers agrega como dato semiológico a favor de alucinación de la memoria, el haber experimentado los hechos en una especie de trance hipnótico. Según parece, tal elemento asegura el diagnóstico de alucinación del recuerdo, pero su ausencia de ninguna manera lo invalida.

El delirio imaginativo

El delirio imaginativo, ubicado más bien por Dupré entre los cuadros sistematizados de tipo paranoico (deliroides), se presenta también en forma de imagerías delirantes primarias. En tres casos observados por nosotros, había autismo, vivencias patológicas poco trascendentes a la conducta y referidas con extrema naturalidad, sin importarles el no ser creídos, ni el que se les tome por locos. El relato sólo se hacía a petición del médico. Eso habla más bien en contra de las exigencias necesarias para considerar deliroides a un fenómeno de tal clase.

Las *imagerías delirantes*, a diferencia de las *fantasías delirantes*, son inventos relativamente detallados de aventuras imprevistas y novelescas, no totalmente imposibles, ocurridas en medio de actividades cotidianas. Tienen sus partes gratas e ingratas. El enfermo es invitado por personas atractivas que se cruzan en su camino; lo pasa bien unos días, pero en numerosas ocasiones le abandonan y retorna a casa después de contratiempos. La duración de la escena es

variable y va desde horas, hasta semanas o meses. Terminada una aventura, con o sin intervalo de "vida corriente", viene otra y así sucesivamente. El relato puede incrementarlo el médico con diversos agregados; algunos de ellos se incorporan a la trama definitiva, los más desaparecen. En general a lo largo de los años, el enfermo cuenta casi siempre lo mismo. Una campesina muy autista y alucinada cuenta: "Iba al establo; en el camino me encontré con un caballero en un coche; el coche parecía de oro; me invitó a subir; llegamos a una casa como palacio en medio de un bosque con lagunas muy lindas; nos bañábamos todos los días; él se tendía a leer; paseábamos en el coche y de a caballo a lugares nunca vistos; llegaban lindas señoritas; una tarde se acostó conmigo debajo de una encina; un día se fue; quedé como dueña del palacio y con mucha plata; de repente me sentí como abandonada y caminé perdida muchos días, hasta que encontré mi casa".

Las fantasías maniacas y los delirios orgánicos

Habitualmente se denominan percepciones y ocurrencias delirantes primarias a las de los delirios esquizofrénicos y parafrénicos; las rodea aquí un cierto aire de nobleza candorosa, en medio de la cual el individuo sufre o goza para sí, lo experimentado por gracia, derecho a azar, sin preocuparle demasiado el juicio ajeno.

Las fanfarronerías versátiles de los maniacos, derivan más bien del estado de ánimo, carecen de nobleza o candor y se orientan a jactarse maliciosamente ante los otros. A veces son extremas, como en las manías delirantes o las confusas, y se habla entonces de posesión de mujeres hermosas, palacios, joyas, oro, poder político, pero como mostrando que no se es un cualquiera, sino alguien importante, generoso o poderoso.

En las psicosis epilépticas lúcidas, algunas de las cuales, no todas, parecerían corresponder a psicosis con normalización forzada, no son raros delirios parecidos a los imaginativos de Dupré. A veces sin embargo, relatan viajes al paraíso, al infierno, o a países remotos, los cuales caen ya dentro de las fantasías delirantes. El acento se pone en el aspecto afectivo, ético y estético (belleza, fealdad, bienaventuranza, terror) de lo visto y no en lo épico como en las fantasías parafrénicas. Por otra parte, mientras en las fantasías esquizofrénicas o parafrénicas se es participante activo en los sucesos, en la epilepsia se asiste como observador casual. "Me llevaron por un camino largo con árboles; de repente estaba en el paraíso; era hermosísimo; allí la gente jugaba y conversaba; varios se me acercaron". En el robo o adivinación de pensamiento de los epilépticos *se hace también hincapié en el dolor, la dicha, el enriquecimiento o la vejación envuelta en eso y siempre como si se fuera simultáneamente observador distante y víctima de lo que sucede*. Si tal cosa no aparece, la diferencia con parecidos fenómenos de la esquizofrenia es casi imperceptible. En las psicosis epilépticas con trastorno de conciencia priman las vivencias, percepciones y fantasías deliriosas dadas sobre un trasfondo de marcada obnubilación con dificultad para la comprensión del diálogo y

aspecto obtuso y bovino. En ocasiones una especie de obnubilación ebriosa, vagas fantasías, cierta somnolencia diurna, palabra borrosa y marcha inestable, es lo único del cuadro.

Los paralíticos generales muestran a veces fanfarronías delirantes parecidas a los maníacos, pero prima el aire embrutecido, la vanidad pueril, el ofrecer pródigamente las supuestas mujeres y riquezas, el aceptar respecto a poder, dinero o gloria, cuanta idea absurda se les sugiere. No hay ni la nobleza ni el candor esquizofrénicos, ni menos su cautelosa reserva. Tampoco se indignan como los paranoicos, si se niegan sus afirmaciones.

En dementes seniles hay ideas delirantes orgánicas de perjuicio o de celos, traducidas de inmediato en conductas adecuadas: trancan las puertas, echan llave a los armarios, esconden el dinero, vigilan constantemente al marido.

Incrementan el delirio sucesos triviales de tipo perceptual no elaborados racionalmente sobre cuya interpretación no aceptan objeciones. Por ejemplo, una señora ve entrar a la empleada a la pieza de su esposo y aun cuando sale de inmediato esto le es suficiente para afirmar la infidelidad. "Por lo demás, dice, siempre se encerraba con la servidumbre". Se agregan antiguos recuerdos, tomados como recientes, fabulaciones de perplejidad destinadas a llenar las pérdidas de la memoria, olvido del lugar donde han guardado sus cosas, desconfianza básica en familiares, el sentirse venidos a menos, y cierta atmósfera sombría que "les muestra a las claras" menosprecios y abandonos de parte de los suyos.

El lenguaje es pobre, irritado, perseverativo, lleno de quejas, y el enfermo da la impresión de aferrarse a sus ideas, en las cuales lo primordial no es el aspecto ominoso o numinoso de él mismo, sino la desfachatez, el cinismo, la desvergüenza, la maldad de los otros, sin que por eso el delirio se centre como parecería en la falta de ética de los demás.

En traumatizados de cráneo intervenidos sobre el hemisferio izquierdo por hematomas subdurales, hemos observado a veces en los días siguientes, un síndrome de Korsakoff, hemiparesia, afasia de Wernicke, incontinencia verbal, y raptos frecuentes y súbitos de miedo a ser asaltados a los cuales responden con agresiones a sus cuidadores y súbitas huidas. La irreceptividad al interrogatorio debido al trastorno del lenguaje imposibilita la delimitación del tipo de vivencias experimentado. El cuadro psíquico cursa con obscuridad de conciencia, dura entre cinco y ocho semanas y regresa casi total o totalmente; el miedo y la ansiedad violentas son el trasfondo. Cabe ubicarlo, por eso, entre las formas de reacción exógena de tipo epileptoide angustioso. Los enfermos reconocen, en general, a sus familiares íntimos y responden afectivamente a su presencia.

Comprensibilidad y ética en el delirio

El criterio jaspersiano de clasificación de los delirios en base a su comprensibilidad o incomprensibilidad, pareciera poco esclarecedor. Los fenómenos pato-

lógicos son comprensibles o incomprensibles como los normales, según el punto de vista desde el cual se les mire. Así la comprensión de conductas insólitas de familiares y amigos se apoya a veces apenas en principios tan vagos, como el conocido de "con el ser humano no hay nada que hacer".

Las ideas deliroides parecen ensamblables con ciertos estados de ánimo o rasgos previos del carácter. Si ello fuese suficiente para su comprensión acabada, resultaría enigmática su ausencia en otras personas de rasgos de carácter y estados de ánimo casi idénticos y en largas situaciones difíciles. Es comprensible que una madre llore o no llore frente a la muerte de un hijo; de ninguna manera lo es que no tuviese pena. El llorar o no llorar son sólo dos modos compatibles de expresión de una y la misma respuesta afectiva primaria. De este modo, cuando algo fundamental en una respuesta motivada se produce a veces y a veces no, como es el caso de lo deliroides, ya dicha respuesta no es comprensible en el estricto sentido. Agregáramos, que las complicadas maneras de simbolizar, verificar, vigilar, comprobar, estilizar en gráficos, etc., usadas por los paranoicos, que es donde mejor fructifican dichas ideas, agregan una nueva duda a su supuesta comprensibilidad psicológica.

Las ideas delirantes primarias, incomprensibles para Jaspers, podrían, al revés, parecer comprensibles si se mira la personalidad previa, pues, se dan muchas veces en antiguos esquizoides o heboides y también en enfermos víctimas de angustia o timidez anonadante o en situaciones muy conflictivas. Sólo que también a la inversa, personas en condiciones parecidas no engendran fenómenos iguales. La absurdidad de algunos delirios no abona en favor de nada, pues en numerosas culturas hay creencias, para nosotros absurdas, y que sin embargo a un análisis más fino, como algunos de Lévi-Strauss y la escuela estructural, muestran una inteligible razón de ser. Evidentemente esas creencias culturales "absurdas" no impedían crear pirámides, templos, organizaciones jurídicas y sociales, etc. En cambio las ideas delirantes paralizan el crecimiento. Lo delirante se inmoviliza en sí mismo, e incluso deja al resto del pensar y actuar en categoría de rutinario. Freud y Bleuler han llevado al extremo la comprensibilidad del delirio, cosa que hizo Kraepelin respecto a la paranoia a la cual supuso como modo imaginario de configurar en ideas e imágenes antiguos deseos y temores, en hombres propensos a las autorreferencias y al enjuiciamiento ligero.

La nota de incomprensibilidad del delirio, no está tanto en la absurdidad —recuérdense los sueños, las creencias culturales antes aludidas, los pequeños rituales privados de muchas personas, las supersticiones, etc.— sino en la inmovilidad (delirantes primarios y deliroides dicen o hacen siempre casi las mismas cosas), en la falta de conducta aproximada a lo vivenciado patológico, en la impermeabilidad a lo que debiera mostrarles la experiencia propia y ajena, en la imposibilidad de ser vulnerados por el argumento de otro respecto a los temas del delirio mismo, pues aun cuando ceden en el momento en el que se les contraargumenta, vuelven en seguida a creer lo mismo, salvo que la idea "los suelte" por sí sola.

Los normales también se amarran a sus ideas y creencias y hacen meras concesiones sociales cuando se les discute. Sin embargo, el argumento ajeno de alguna manera los impacta, lo meditan a solas, lo analizan con otros, lo investigan, hasta que le encuentran puntos frágiles, lo que les permite un descansado regreso a sus antiguas creencias. Cabe un cambio radical si los abruman demasiadas objeciones o si sus ideas entran en franca contradicción con su conducta. Los sentimientos de culpa despertados en tal caso, se disipan o renunciando a la conducta incongruente o adoptando un mundo de creencias más dócil, que ahora se muestra a la conciencia como la verdad pura.

El esquizofrénico pareciera no sufrir esa necesidad de relativa concordancia entre creencias y conducta y permanece pasivo y hasta amable con sus victimarios, aun cuando sufra lo indecible por dentro. Es curioso, por ejemplo, que no se forme una opinión pesimista sobre la naturaleza ética del ser humano, sino que se limite a comprobar experiencialmente las maniobras de que es objeto y olvide recriminaciones o juicios adversos sobre sus enemigos si dejan de molestarlo, y aun cuando afirme que aquello no fue "algo imaginario", sino plenamente real. *Quizás si la falta de valoración ética de las actitudes de sus presuntos ofensores* lo lleve a esa especie de inmovilidad de la conducta, a su discordancia con las experiencias delirantes dolorosas.

Un esquizofrénico, estudiante de filosofía, regresa después de varios años de residencia en Europa, porque "allá era incomprendido, hostilizado y vigilado hasta en los actos más íntimos". En las calles los transeúntes lo observaban. Se le pregunta, por el motivo y responde: "Son de otra mente, ven el aire extranjero". Se le insiste en que tal cosa no justificaría las vejaciones, y si no estima que hay en eso algo de éticamente repudiable. Contesta: "No lo creo, lo hacen por curiosidad. El modo de ser de uno lo encuentran raro, distinto. Uno sufre de hecho, pero no es que sean moralmente malos o perversos; hacen el daño circunstancialmente. Tampoco se puede generalizar. Eso no tiene relación con la ética: se me ocurre que no serán así siempre". Tiene conceptos éticos claros respecto a sí y a los demás en materias ajenas al delirio.

A otro paciente lo observan y aluden porque su mirada es "engñosamente lasciva". En su presencia la gente se frota los ojos o parpadea de manera especial para hacérselo notar. Se siente humillado y enrojecido. A su juicio no lo hacen por maldad, y "no debe afirmarse que hombres y mujeres sean malos y se burlen de defectos del prójimo; es más bien un sentimiento natural de gozo, de superioridad, al darse cuenta que ellos no tienen mirada obscena". En una de las conversaciones agrega: "No se puede responder insultándolos; lo de ellos no es pensado con perversidad. La alegría de no ser como yo, los lleva espontáneamente a mostrarlo, restregándose los ojos. Tanto es así, que a veces se pasan varias veces la mano por la nariz. Es como tratando de tener una nariz angosta como la mía y no ancha y fea como las de los que hacen el gesto. Es orgullo natural en el primer caso y humildad natural en el segundo; tampoco es humildad virtuosa".

Una mujer protesta violentamente de ser poseída sexualmente todas las noches por un individuo cuya identidad conoce, y "no respeta su dignidad de señora". Censura la actitud del médico al no protegerla contra su "verdugo". Ignora por qué la ha escogido a ella y no a otra, rechaza la idea de que sea un enamoramiento, una tentación erótica o una maldad deliberada por venganza u otro motivo. Se ha ensañado con ella sin causa alguna. No pide castigo, "sino que la deje libre"; no trama planes en su contra; le serían suficientes "medidas para evitar la infamia y la desvergüenza". No generaliza pensando que todos los hombres son iguales, ni muestra desilusión hacia el género humano; no hay reflexiones al respecto, y las sugeridas, las rechaza. No cree, por ejemplo, que su poseedor busque placer personal arrastrado por una pasión que rompe normas éticas básicas, sino que se trata en cierto modo de una vejación por la vejación misma, como en una especie de sadismo elemental. La enferma no vive el suceso de ninguna manera como derivado de una perversión de la conciencia ética, sino como un huracán desencadenado.

Podríamos decir ejemplos similares del desligamiento ético de las vivencias delirantes, en lo cual se diferencian bastante de las normales, que aún en las personas poco escrupulosas, tienden a darle alcance ético hasta a acciones inocuas¹¹.

Cabe preguntarse si el marginamiento del delirio de la esfera ética, el que no se vea a través de él intenciones deliberadas buenas o malas, sino acciones primitivas ominosas o numinosas nacidas más allá de la libertad de sus actores, es lo que hace que el enfermo no reaccione con una conducta adversa. O a lo menos con una teoría sobre el obrar humano que le sirva de consuelo, pues estas reacciones adecuadas caben sólo si se culpa a los otros de algo éticamente repudiable.

¹¹Un celotípico paranoico con personalidad querulante, que protesta habitualmente por todo lo alusivo a injusticia, y que "negaría definitivamente la confianza a un amigo sospechoso", no trepida en perdonar a su esposa "infiel", si ésta jura no volver "a las andadas", porque "lo pasado es lo pasado". Agrega: "ni siquiera le guardaría rencor, y eso que soy rencoroso con todo el mundo". Es como si las caídas de su esposa fuesen tentaciones biopsicológicas y no éticas. "Cuando hay verdadera maldad —dice— no perdono las cosas; aquí no me explico lo que sucede". Hay ética intacta en lo que no atañe al delirio.

Una demente senil ceta a su marido todo el día; "es un sinvergüenza, un fresco, no deja mujer tranquila; se me va con el pretexto de comprar cigarros o de conversar con amigos, pero sé que es para entretenerse en amorios; siempre ha sido así". Sin embargo, cuando el marido se queda con ella, mantiene amable conversación sobre cualquier tema, como si nunca hubiese pasado nada. Si no se le recuerda el problema, tampoco lo saca a relucir, salvo que él se queje de que ella no se le aparta ni a sol ni a sombra. A las palabras: "sinvergüenza, fresco, canalla", le da una especie de alcance de defecto estructural psicológico y no ético; por eso es suficiente vigilar la fidelidad externa, sin preocuparse de que, aun cuando él no tuviese oportunidad de juntarse con mujeres, le podría ser igualmente infiel en su fuero íntimo. "Si no saliese de mi lado —dice— seríamos felices".

La anulación de zonas de la esfera ética, si bien no hace comprensible la aparición misma del delirio, fenómeno sui generis como tantos fenómenos psíquicos o físicos, podría quizás iluminar en parte su agobiante inmovilidad, su tendencia a no juzgar con acritud a los demás ni a responsabilizar a su libertad, y en consecuencia, la ausencia de planes para adoptar conductas éticas que los normales estimarian adecuadas si fuesen víctimas de manejos semejantes. Más allá del área del delirio, *el juicio ético del delirante es casi siempre normal.*

Santiago de Chile, 1969

El trabajo, el juego y el payaseo en el diagnóstico psiquiátrico

Hablaremos de tres conductas básicas armónicamente trabadas en la vigilia: trabajo, juego y payaseo. En el trabajo¹ habría un esfuerzo perseverante y obligatorio, para transformar una realidad cualquiera en una realidad útil a las satisfacciones de las necesidades de sí mismo y de los demás; la realidad a transformar, sea intra o extramental, incita a ocuparse con ella a lo largo de la vida, pues sólo un prolongado ejercicio orienta una capacidad para las matemáticas o la medicina por ejemplo, hacia un rendimiento eficaz.

El trabajo unifica con un área de las cosas, siendo artificioso en un momento cualquiera, decir qué parte de la estructura humana la da el oficio y qué parte le es ajena, pues se trata de un todo indiscernible. ¿Qué quedaría de un hombre si imaginariamente se le privara de cuanto le han acrecentado las sucesivas aproximaciones a un dominio más acabado de su tarea?, sería una pura capacidad vacía y en el fondo nada.

De una manera u otra el trabajo da forma al hombre al identificarlo con un distrito del ser, a través del cual divisa otros distritos, de esa manera lo humaniza y le lleva a ordenarse, a cuidar sus fuerzas, a tener sosiego, a aprender y enseñar lo suyo con medida, a reglar la vida en acuerdo al sitio, al tiempo, a los gustos, a las aptitudes, a los recursos, a los cambios de las necesidades, aspiraciones y propósitos de la sociedad.

Una actividad tan consubstantiva a la vida, se desenvuelve con cierta placidez cuando hay salud, pero dados sus condicionamientos múltiples es la primera en alterarse en la enfermedad. En las enfermedades mentales se altera de una u otra manera, y el estudio de dicha alteración es de provechoso alcance semiológico.

¹ Cuando se habla de trabajo se piensa aquí en cualquier forma disciplinada de elaborar algo, que de un modo u otro perfeccione el mundo íntimo y el de los otros, ya sea por su aspecto creador mismo (arte, literatura, filosofía, dar vida al hogar, educar, etc.) ya sea al ennoblecerlo por entrega de amor al prójimo, dando compañía, alegría, seguridad. Tales cosas exigen una disciplina espiritual sostenida, y tienen debido a eso, junto al goce que proporcionan, un ingrediente de penosidad. Aun cuando la técnica elimine alguna vez todo rastro de trabajo servil o corporalmente agobiador, no entregará al hombre al ocio absoluto; al contrario le exigirá cada vez mayor rigor a su pensar y actuar, le incitará a un mayor poder creador de lo imaginario, si no quiere despersonalizarlo abandonándolo como mero objeto.

Para una semiología clínica pudieran distinguirse aspectos capaces de alterarse en conjunto o separadamente: (a) el proyecto de un trabajo a hacer; (b) el hacer mismo de dicho trabajo; (c) el tener conciencia de que se le está haciendo; (d) el tener conciencia de cómo se le está haciendo; (e) el agrado de su ejecución; (f) el sentimiento de responsabilidad frente a la tarea actual y a las futuras, cuidándose de guardar el prestigio y las posibilidades de nuevas realizaciones; (g) la iniciativa para ponerse en marcha y su oportunidad adecuada; (h) una cierta proporcionalidad entre el tiempo disponible, la velocidad con que se le ejecuta y la calidad obtenida.

Así el *maniaco* proyecta variados trabajos y arreglos, encontrándose capaz de todo, pero los inicia y los deja por un nuevo proyecto, en medio de un notorio desorden; *no hay en él verdadero ocupacionismo, sino un desatado proyectismo.*

El *psicópata hipertímico*, a su vez, planea empresas sin poner el acento en el quehacer esforzado, sino más bien en el golpe de suerte.

El *psicópata explosivo* proyecta y ejecuta bien; sin embargo arriesga su prestigio y su trabajo en un arrebato de cólera que le lleva a agresiones o a homicidios, y enseguida a enredos con la justicia. Al *hístico* le interesa el trabajo si le da fama, o le atrae compasión, pero no lo mueve el esforzarse por el mero agrado de obtener obras bien terminadas.

El *fanático* trabaja incesantemente en lo de su exclusivo interés personal y escucha poco o nada la opinión ajena; el trabajo obligado sólo para ganarse la vida lo entusiasma poco. Lo mismo ocurre al paranoico.

Mientras el maniaco proyecta trabajos, se entusiasma con su idea y de hecho no trabaja, un buen grupo de *esquizofrénicos*, ni proyectan, ni se entusiasman, ni perseveran en el trabajo; otros viven de planes bizarros. Algunos, sin embargo, trabajan esforzadamente, pero no aspiran ni a ascender de rango, ni a metas que los inciten a salir de la rutina; así un ex estudiante de medicina desde hace años vende helados y golosinas en los estadios y parques, y un bachiller en humanidades, de inteligencia muy viva, hace lo mismo en los colegios. En general, cuando el esquizofrénico trabaja, se sume en su tarea, se aliena en ella, en vez de usarla en un despliegue de su personalidad.

En los *automatismos hísticos* y tal vez en algunos raros automatismos epilépticos coordinados, se realizan buenos trabajos con apariencia de entusiasmo y normalidad, sin guardarse recuerdo. En el resto de los automatismos epilépticos no hay trabajo sino mero ocupacionismo premioso e incoordinado.

El ocupacionismo premioso, *sin sentimiento de premiosidad* por parte del enfermo, aun cuando sea coordinado, apunta a *obscurecimiento de conciencia*. Así una de nuestras enfermas se levanta a medianoche, lava las sábanas, sacude el polvo de los muebles, encera, prepara el desayuno y todo como entregada radicalmente a quehaceres urgentes; no se queja de sus tareas y no escucha a quienes la incitan a acostarse o descansar; más tarde, sin mayores explicaciones, se sienta apáticamente dur ante horas. Tiene amnesia posterior de lo ocurrido.

La urgencia por las propias labores se observa también en *el signo de la pre-*

miosidad en el alta, descrito por nosotros como fina prueba de obscurecimiento de conciencia; al enfermo en tales casos se le exalta irracionalmente la *responsabilidad* por reasumir obligaciones y querría abocarse de inmediato a ellas; insta una y otra vez a que se le dé el alta y no escucha razones. Si se le hace caso y va al trabajo lo reinicia premiosamente para caer luego en estados alternados de apatía y premiosidad, que desaparecen cuando la claridad de conciencia se restablece.

En muchas *psicosis epilépticas de aparente forma maniaca*, no hay tal ingrediente maniaco, pues no se da ni proyectismo laboral entusiasta, ni entrometimiento activo en lo de los demás con afán de capitanear el contorno, sino que sólo *ocupacionismo* y *entrometimiento pasivo*, por mera intrusidad o deseo revanchista de ser tomado en cuenta, alternado con ratos de apatía. Son en el fondo ocupacionismos laborales y sociales más prolongados y coordinados, que los esbozos frustrados del automatismo psicomotor; apuntan no a manía sino a obscurecimiento de conciencia; caen dentro de la subespecie de la *obnubilación ocupacional*.

Diverso al proyectismo caleidoscópico maniaco y al ocupacionismo premioso e inoportuno del obscuro de conciencia, es el apremio físico y psíquico neurótico y la intranquilidad motora del orgánico.

En el *apremio neurótico* urge con sentimiento de íntima molestia y tedio, hacer y terminar pronto las cosas, como si no le alcanzase el tiempo para las tareas próximas. El enfermo lee, se aburre pronto y ya le atrae otra cosa, y en cuanto inicia ésta, la siguiente, etc. Si no hay trabajo, se cae en cualquier actividad, para abandonarla por una "más entretenida" como salir a la calle, volverse, etc., sin que nada le tranquilice.

El ocupacionismo premioso del obscuro de conciencia pero sin sentimiento íntimo molesto de premiosidad, absorbe completamente, aunque sea por segundos, y es una sucesión de puros presentes; en el apremio neurótico no se está nunca entero en lo presente, sino en imaginaria y angustiada espera de lo que sigue. En el obscuro de conciencia la premiosidad es afectivo-motora, en el neurótico, afectiva. En la intranquilidad del orgánico, o acaticia, no se trata ya de acabar pronto tareas, sino de un ir de un lado a otro, revolverse en la silla, frotar las piernas como si irrumpiera desde dentro una necesidad imperiosa de cambiar de postura, cualquiera sea el trabajo que se haga y sin exigencia *afectiva* de terminarlo pronto. La intranquilidad orgánica, entre la cual se incluyen los movimientos carfológicos, aparece en el orgánico lúcido y en el obscuro de conciencia, sobre todo si el trastorno de conciencia obedece a lesiones focales. En el Parkinson se dan tanto la acaticia, como una intensa angustia psíquica ante el propio estado, que condiciona la magnitud de la mayoría de los síntomas.

En el delirio agudo tóxico, el enfermo se cree a ratos en plena vida normal: trabajando, descansando un poco, travesando con amigos. Mientras en el automatismo ocupacional epiléptico u obnubilación ocupacional, el enfermo trabaja afanosamente sin conciencia nítida de lo que hace, en el delirio se cree haciendo esas cosas, pero en verdad no hace nada, salvo algunos gestos laborales o lúdicos, truncados a medio camino.

El presbiofrénico pone un acento alegre en el quehacer próximo; así por ejemplo, se cree de visita, pero debe irse, porque se le espera en el banco, en la tienda o en la notaría; si se trata de una mujer, necesita preparar la comida de los niños, o cuidar de la ropa del esposo. Mientras el delirioso acentúa lo que ya está haciendo —según imagina— en el momento del interrogatorio, el presbiofrénico va de un lado a otro para iniciar su "obligación" cotidiana siguiente.

En el depresivo endógeno se experimenta violenta responsabilidad de trabajar y simultánea sensación de incapacidad, aversión y cansancio ante el trabajo concreto, lo cual abruma hasta lo más íntimo. En la manía tampoco se persevera en el trabajo concreto, pese a los proyectos. En este hecho, en el fracaso ante las realizaciones, coinciden manías y depresiones, incluso coinciden en sentir necesidad de hacer cosas; lo diverso es el entusiasmo o la penosidad ante la responsabilidad misma.

Una relación tan anormal con el trabajo vulnera en los diversos trastornos mentales las relaciones interpersonales, la cohesión de la propia identidad, la ordenación provechosa del tiempo y del espacio. Los trastornos varían según sea el punto falso en la relación hombre-tarea. En un depresivo, donde prima la responsabilidad, junto a la pesada incapacidad para ponerla en marcha, el sentimiento de perder el tiempo y su contabilización serán casi la regla; en cambio en el ocupacionismo de los oscuros de conciencia, como es el caso en las psicosis epilépticas, vale lo hecho en cada momento, pero no el tiempo ni el lugar en que se hacen. En la "rutina habitual" de trabajo en que "viven" los presbiofrénicos no cuenta el tiempo, sino el lugar, pues "tienen que ir" al banco, a casa del vecino, al huerto, al almacén, y así se forjan lugares imaginarios.

Útil para el diagnóstico psiquiátrico es el estado de ánimo básico ante las propias tareas, así el sentimiento de impotencia del depresivo y de omnipotencia del maniaco; el último también lo tiene el paranoico, pero sólo para ciertas tareas, las relacionadas con el delirio.

El *desgano* es corriente en la esquizofrenia. No se hace nada porque no se tiene ganas. Un esquizofrénico dice: "quisiera estudiar, me conviene, me gusta, pero no me entran ganas, y me lo paso en mi cuarto días enteros"; no tiene sentimiento de incapacidad, conserva el de responsabilidad, se siente bien física y psíquicamente, y sin embargo no le dan ganas ni de mover un dedo. Sus familiares lo creen cansado; pero no se parece ni al cansancio del depresivo, ni del neurasténico, ni del hiperestésico-emocional, ni del convaleciente de estados deliriosos o infecciosos generales. Es un desgano sólo frente al trabajo, pues ese mismo esquizofrénico pasa el día entero de pie, camina incesantemente, come con avidez y duerme plácidamente. Tampoco es una abulia pura y simple, ya que si siente desgano para el trabajo, suele leer durante horas, ir a varias funciones de cine en el mismo día, o integrar pandillas de su barrio.

Tales consideraciones llevan a darle rango patológico propio al estrato afectivo de la gana, diferenciándolo, a lo menos negativamente, de la apatía, de la abulia, de la indiferencia; su quiebra sería muy propia de la esquizofrenia.

Quizás si la falta de gana coincide en parte con lo llamado popularmente flojera y sea aversión a la parte de perseverancia exigida por todo trabajo; quizás sea también un no valer la pena ante la poca gratificación que se supone se obtendrá de él.

La *abulia* es una incapacidad de la voluntad para decidir por cuenta propia; lo hace, en cambio, fácilmente por cuenta ajena; el abúlico desearía cumplir con su trabajo, realizar su vocación, ser útil a sí mismo y a los otros, pero posterga todo indefinidamente si circunstancias o personas que lo influyan no lo empujan eficazmente.

La *apatía*, diversa al desgano esquizofrénico, es un no sentirse afectivamente tocado por nada y en el caso de enfermedades mentales apunta o a obscurecimiento de conciencia o a cuadro orgánico, por ejemplo, arterioesclerosis cerebral, enfermedad de Pick, tumores frontales, traumatismos encefalocraneanos, etc. Cuando la apatía se acompaña de falta de vigor corporal, hipotonía franca de los rasgos, tendencia a la somnolencia diurna y al desvelo nocturno, descuido en el arreglo personal, corresponde en cierto modo a cuadro orgánico con conciencia relativamente lúcida. En cambio, al revés de lo que pudiera pensarse, cuando el apático pasa todo el día despierto, con sus ojos bien abiertos, algo de vigor corporal y cierto cuidado en el vestirse, *si no le preocupa la apatía*, pese a una posible buena orientación en el espacio y en el tiempo y exitosas pruebas de autorreflexividad, es posible un trastorno de conciencia. Las enfermeras describen tales casos como pasando a ratos sentados, a ratos caminando, a ratos participando pasivamente en conversaciones o actividades de grupo, pero sin iniciativa para labores del departamento o las suyas propias. Se observa en ciertos estadios de la obnubilación por electroshock y en algunas obnubilaciones epilépticas. Los tratados por electroshock muestran en efecto fases de apatía; en ciertas ocasiones las pruebas de orientación y autorreflexividad se alteran antes de esa fase, otras veces durante ella o después. Generalmente los pacientes no conservan después recuerdo de lo ocurrido en el estado apático, aun cuando no hayan tenido otras señales notorias de obscurecimiento.

En la amencia postinfecciosa y en la amencia epiléptica hay horas o días de tranquila apatía, alternados con ráfagas de excitación psicomotora, de percepciones deliriosas, de éxtasis, de humor delirioso (confabulación del ambiente en contra del enfermo), etc.

En suma, la apatía como signo de conciencia obscurecida debe ser una apatía sin tendencia a la somnolencia o a la dejadez corporal y de la cual el enfermo no procura liberarse, como en cambio ocurre en los momentos apáticos normales o en las meras convalecencias de algunas enfermedades infecciosas.

Hay una apatía lúcida propia de las sociedades anómicas, de cuyos caracteres no nos ocuparemos ahora, pues pertenece a la patología social.

La abulia, el proyectismo, el desgano, la apatía, el ocupacionismo, el entusiasmo, como actitudes peculiares ante el trabajo, apuntan a determinados cuadros mentales; sin embargo, dicha actitud alcanza peculiar importancia

en la diferenciación entre neurosis y psicopatía, que desde otro punto de vista son a veces prácticamente iguales. Como se sabe el neurótico persiste en su trabajo y el psicópata lo abandona, o lo pone en juego por motivos nimios; dada la gran diferencia pronóstica, aquel síntoma señalado por nosotros en nuestras lecciones de psiquiatría, adquiere sumo valor.

El neurótico prefiere el trabajo porque le aleja momentáneamente de preocupaciones que adquieren más relieve en el hogar; el psicópata en cambio, se las arregla mal con el esfuerzo perseverante de las tareas ordinarias, ya sea por inseguridad, ya por tendencia desmedida al juego y la aventura, ya por fragilidad corporal y psíquica, ya por abulia, ya por fanatismo o vanidad, ya por explosividad; el hecho es que dura poco en sus ocupaciones y entra luego en conflicto con jefes y compañeros. El psicópata es de proyectos ambiciosos y golpes de suerte, pero con falta de perseverancia en el trabajo mismo o en la mantención de una convivencia armoniosa útil para desarrollarlo.

Fuera de tales dificultades el psicópata aparece normal hasta en la búsqueda de subterfugios para disculparse; por lo mismo, no es un alienado psiquiátrico como el esquizofrénico, sino un alienado social, o sea un hombre perfectamente al cabo de su anormalidad.

El juego

El juego adulto es una actividad técnica reglada en busca de una emoción agradable. Usa el azar y la perspicacia y en general exige ganadores y perdedores, incluso en los juegos unipersonales en que uno mismo gana o pierde a solas.

El juego de los niños —a las visitas, al doctor, al almacén— imita etapas de la vida adulta, y exige a cada participante guardar las reglas de su papel. Tanto en el juego adulto como en el de los niños cada uno pacta libremente las condiciones de juego. Las transgresiones terminan con la expulsión del mauloso, o el cese del juego. Acabado el juego, el próximo se inicia desde la partida con los mismos riesgos de pérdida o ganancia del primero.

En el hombre normal el juego da salida libre a la imaginación, a la perspicacia, a la tentación de interrogar al destino representado por la suerte para ganar o perder. No reemplaza al trabajo, ni tiene primacía en el ordenamiento de la vida.

Lo último ocurre en algunos psicópatas que confían en la suerte para librase del esfuerzo perseverante del trabajo o para cancelar deudas.

Sin embargo los inseguros, los hiperresponsables, los depresivos, los ansiosos, los paranoicos, no pueden entregarse sueltamente al juego, unos porque lo estiman pérdida de tiempo, otros porque lo menosprecian como actividad infravalorada. Por lo demás el hombre puede ir de un tipo de juego a otro, o no incorporarse a ninguno, sin que eso perjudique visiblemente el progreso suyo o de la sociedad, cosa que no podría decirse del cambio o abandono del trabajo.

Los dementes orgánicos no comprenden las reglas del juego y carecen de astucia y perspicacia. Los esquizofrénicos se ponen difícilmente en el lugar

del contendor para adivinar sus planes, y juegan esporádicamente y con poco entusiasmo.

No incluimos en el juego las *actividades expresivas libres*, trátase de las simbólicas, metafóricas o alegóricas de los artistas, de las cultoras del cuerpo de los deportistas, de las de entretención no reglada, como el payaseo o travesura. No son actividades sometidas a reglas previas, no necesitan oponente, no son manejos perspicaces del azar, no buscan sobornar la suerte. Más bien dan eco personal a mundos íntimos inexpresables a través del trabajo, pues éste sólo incide en requerimientos y necesidades comunes a todos los hombres.

Hay lógicamente aleaciones entre trabajo y actividad expresiva libre en el pintor, el deportista y el payaseador de oficio; pero acá aludimos a funciones expresivas ajenas a lo profesional.

En el enfermo psíquico tales actividades pueden persistir hasta el último, o a lo menos, son susceptibles de despertarse con apoyo mínimo. Los esquizofrénicos y los epilépticos psicóticos, por ejemplo, caen a veces en una actividad pictórica que lleva hasta lo estereotipado; pero desde allí se les puede acostumbrar al diálogo y reincorporarse al mundo nuestro.

El payaseo

El payaseo abunda en el maniaco que gusta de reír él y hacer reír a los demás a costa del prójimo; en la moria es pesado y sin gracia; en la hebefrenia casi domina el cuadro, como lo señaló Bleuler; a veces es el único signo claro para diferenciarla de ciertas psicopatías histéricas. El propio Bleuler se extraña de que abunde la literatura sobre el trabajo y el juego y en cambio apenas se aluda a un fenómeno tan básico de la existencia, como es la tendencia al payaseo.

La travesura o payaseo no obedece a reglas como el juego, no busca el dominio de la suerte, no oscila entre las polaridades básicas de triunfo o derrota, no tiende, como el juego de los niños, a adelantar mágicamente edades de la vida (juego al almacén, a las visitas, a los bandidos), sino que es un divertirse a través de la broma, la chanza, la imitación de situaciones cómicas o ridículas, diálogos punzantes e ingeniosos, salidas imprevistas, gesticulaciones alusivas, etc. La travesura depende del eco encontrado en los otros, es oportuna o inoportuna y su curso se mueve y cambia de dirección según la respuesta del ambiente. Por eso a diferencia del trabajo y el juego, cuya intencionalidad es movida desde dentro, el payaseo es condicionado en muy buena parte por quienes lo aceptan o rechazan.

El payaseo oportuno es un agradable ingrediente de la vida normal; cuando es inoportuno y constante debe pensarse en cuadros patológicos.

Es discutible el llamar payaseo a cuadros observables en algunos histéricos y epilépticos, que adoptan conducta, modo de hablar y de pensar, de niños de poca edad. Una de nuestras epilépticas psicóticas se conducía como niña de unos siete u ocho años; mejoró casi bruscamente al cabo de dos meses; se la tomó por hebefrénica, justo por ese fenómeno del supuesto payaseo; sin embargo, ha-

bía cambio de papel social, e inversión mágica del curso del tiempo, identificándose con otra edad, como pasa en los juegos de representación de los niños que se sienten adultos; lo único diverso, es que mientras los niños viven ese momento en una doble orientación y se saben simultáneamente niños y adultos, la enferma creía ser de verdad una niña pequeña; por eso se trata de un juego patológico, pero no de un payaseo. El payaso puede cambiar de papel y de edad, pero en tal caso no se identifica con tales cambios, sino que al contrario los caricaturiza para ridiculizarlos.

En general un traslado mágico de edad en el enfermo mental, si no está caricaturizado para ridiculizarlo, es más bien juego y no payaseo, y apunta más a cuadros de alteración de conciencia; así se observa en la epilepsia, en la histeria, en la hipnosis. En la hebefrenia o la manía, salvo en periodos de oscurecimiento de conciencia, hay más bien payaseo. Esto, como se comprende, no es absoluto y debe relativizarse como todo lo clínico.

Toulouse y Schiff presentan en 1925 a la "Société Clinique de Medicine Mentale" de Paris, un cuadro que ellos caracterizan como "síndrome de juego y actividad mental de juego": se trata de una muchacha maniaca, en la cual "se observan una serie de manifestaciones delirantes muy móviles, de carácter eufórico e irónico, poco consistentes, mal trabadas las unas a las otras y expuestas con falta evidente de convicción. La enferma juega desde varias semanas una serie de comedias contradictorias donde ella distribuye papeles a los que le rodean: médicos, enfermeras, parientes. Ella transforma todos los días a su gusto los sujetos de esta comedia, escinde los papeles asignados por ella a los actores, atribuye a cada uno doble personalidad. Ella misma es tanto directora como objeto de juego, persigue y es perseguida...".

"Los autores estiman tal conjunto de síntomas, muy diferente del puerilismo de Dupré, y merece ser individualizado en un síndrome especial, que proponen llamar *síndrome del juego*"². Lo distinguirían la gratuidad de las ideas delirantes, que no reposan sobre ningún fundamento real, no guardan relación con la actividad previa del sujeto, son generalmente eufóricas, y hay pobreza de fabulación.

Los autores habían observado el síndrome en esquizofrenias diversas, manías, estados histéricos y mitomaniacos, etc. La noción de un síndrome de juego, permitiría a su juicio, apreciar mejor el elemento clínico importante que constituye la convicción delirante.

En esta descripción no queda en claro si se trataba de una manía lúcida o confusa, ni se diferenciaba juego de payaseo, como antes, en otros cuadros, lo había intentado Bleuler; en todo caso queda a la vista la importancia de investigar criterios diferenciales fáciles, incluso para comprender más a fondo, como ellos dicen, lo nuclear del juego y del delirio y la manera diversa cómo participa la fantasía en uno y otro. El problema queda abierto y apenas insinuado.

²L'Encephale. 1925. Pág. 339.

En el "síndrome del puerilismo" hay cambio de papel y de edad y es por tanto un juego imaginario, no un payaseo; suele darse en cuadros diversos. *El payaseo desmedido e inoportuno no asociado a proyectismo y activismo, como en la manía, es casi definitorio de una de las formas clásicas de la hebefrenia.*

Un estado importante de la vigilia es el descanso; sus alteraciones valen para la caracterología y la patología; se sabe de empresarios, técnicos, dueñas de casa, que no saben apartarse del trabajo durante todo el día, o de personas que no resisten el descanso en la intimidad del hogar, y parten al campo o a la playa en cuanto pueden; algunos se evaden en una vertiginosa vida social. Hay aquí una semiología muy rica de la vida afectiva relacionada muchas veces con poca comunicabilidad conyugal, que se proyecta a la clínica y a la psiquiatría social, pero no la tocaremos por ahora.

Santiago de Chile, 1966

Psicopatología de la depresión y su referencia a una posible fisiopatología

Para un psiquiatra clínico todo lo referente a los sustratos somáticos de la depresión tiene especial alcance, trátase del aspecto fisiopatológico, del farmacológico o del bioquímico, no sólo porque ello facilita el conocimiento y manejo etiopatogénico de los cuadros centrados en torno a los afectos de esa tonalidad, al parecer cada vez más abundantes, como por el hecho de que a veces el mero ser víctima de sucesos infortunados no aparece como razón suficiente y necesaria de su producción. En muchos hombres esos sucesos no desencadenan depresiones; en otros, al revés, una vez superada la desdicha, sigue la depresión. Ciertas teorías lo explican por la revitalización de antiguas vivencias subconscientes, aun cuando la explicación no complace en todo, pues no aclara el curso fásico de la mayoría de las depresiones, su abreviación con fármacos psicoanalépticos o su desaparición brusca ante noticias inesperadas o enfermedades somáticas. A veces hay apenas una o dos breves fases depresivas de las del tipo maniaco-depresivo, y no vuelven a lo largo de la vida pese a no someterse tales personas a psicoterapias largas que diesen razón de la inactivación de vivencias patógenas profundas.

Si en verdad las meras vivencias de tono oscuro fuesen suficientes para deprimir, la existencia entera del hombre, como dijo Johannes Lange, sería bien oscura. Sin embargo la depresión no es lo habitual ni siquiera en hombres de naturaleza pesimista. Pequeños logros, racionalización de los propios defectos, proyectos nuevos y confianza en lo inesperado, sostienen en un curioso equilibrio donde prima la satisfacción y hasta el contentamiento.

La pubertad, la menstruación y el climaterio, agudizan, por otra parte, la captación y el recuerdo de cosas ingratas. Lo experimentado en las distimias menstruales o premenstruales, es una desazón vaga, un malestar indefinible, un deseo de huir lejos, un desencanto, derivado, no tanto de representaciones mentales, como de afectos desagradables sin contenido claro. Lo mismo pasa con los estados de felicidad posteriores a esas distimias.

Tales trastornos se vinculan seguramente a variaciones en las regulaciones endocrinas y vegetativas muy enlazadas a las estructuras funcionales del sistema nervioso central. Mostraría la participación del diencefalo y de variados sistemas asentados o conectados ahí, según algunos autores, el que las depresiones climatéricas femeninas aparezcan de preferencia entre los 50 y 55 años,

bastante después de la menopausia, cuando la mutación endocrina deja ya huellas definidas. Las distimias menstruales mejoran a su vez, asociando diuréticos, antidepresivos e incluso antiepilépticos, fármacos que actúan sobre diversas estructuras y circuitos funcionales del sistema nervioso central.

Ignoramos la manera cómo los estímulos químicos, mecánicos o eléctricos se convierten en vivencias y, al revés, cómo una vivencia se trasmuta en estímulo físico o químico para provocar respuestas hormonales, vegetativas, voluntarias, de alerta, etc. Pero también ignoramos por qué una representación alegre o triste a veces provoca y a veces no provoca conmoción afectiva. Ni siquiera podemos afirmar si es el estado afectivo el que engendra imágenes acordes con su tonalidad, o si es a la inversa. Lo probable es que el proceso psíquico ocurra en ambas direcciones y se potencie o anule recíprocamente.

Si no siempre las representaciones engendran afectos, si con cierta frecuencia no sabemos el motivo de nuestros estados de ánimo, si en menstruaciones o distimias epilépticas no son raros sentimientos sin contenido representativo, nada pareciera oponerse a la posibilidad de que no sólo vivencias o crisis biográficas, sino que también cambios hormonales y estímulos o destrucciones de formaciones nerviosas originasen estados afectivos que facilitarían o inhibirían el flujo de imágenes e ideas afines a ellos.

Cuadros depresivos que llevaron a soñar con la posibilidad de localizar depresiones, se dan en la enfermedad de Pick, en la enfermedad de Alzheimer, en la arterioesclerosis cerebral, en algunos tumores temporales y, en menor proporción, en tumores frontales, mesodiencefálicos y talámicos. También se observan afectos de esa tonalidad en ciertos estadios de la intoxicación alcohólica, de la terapia con electroshock, etc.

En los tumores, los elementos depresivos se adelantan muy pocas veces a la cefalea, somnolencia o demás síntomas clásicos. Es un estado de abatimiento e irascibilidad, agregándose en contados pacientes ideas autoacusatorias, nihilistas, de perjuicio o hipocondríacas. Es un problema saber si todo viene de trastornos bioquímicos o de la destrucción local de substancia con sus repercusiones en otras estructuras, o si lo primario es la biografía del paciente. El que en muchos de ellos, en las mismas localizaciones y cualquiera sea la naturaleza del tumor, haya sólo indiferencia e irritabilidad o a veces euforia, puerilismo y tendencia al chiste grosero, como ocurre en la moria frontal, impide sindicarse a las destrucciones en sí como causa única de depresiones, siendo postulable la intervención de factores biográficos y endógenos allí donde surgen.

Más importante es aún que casi no hay casos de neoformaciones encefálicas configuradoras de verdaderas depresiones endógenas; nosotros mismos, en los años trabajados en la Clínica Neurológica de la Universidad de Chile, no tuvimos ocasiones de observarlas. Hubo tumores frontales, temporales y de la región del tercer ventrículo, con humor sombrío, irritabilidad, quejumbrosidad, reproches sobre conductas pretéritas, pero sin sentimiento de hiperresponsabilidad, sin variaciones rítmicas de intensidad durante el día, sin cambios en el

apetito y sin vivencia penosa de fatigabilidad pese a la notoria pesadez corporal. Ni en el conjunto ni en el detalle recordaban a una depresión endógena.

Hecaen y Ajuriaguerra niegan a los estados depresivos de los tumores, el aspecto de la melancolía franca; primarían la abulia y la apatía. Wanner y Walter-Büel, dicen que la mayoría abrumadora de los trastornos psíquicos no guarda relación con las psicosis endógenas.

Es útil detenerse en la palabra depresión. Etimológicamente se relaciona con comprimir, apretar, inmovilizar. No es lo mismo que tristeza. Entristece una muerte, una enfermedad, una pérdida valiosa. *En la tristeza* la actuación y la decisión no se comprometen; el entregarse al trabajo trae alivio; lo psíquico se centra discontinuamente en el embargador recuerdo de lo ido. *Si se trata de la pena* por una muerte o una ruptura amorosa, hay no sólo el no verle sentido a la existencia, el extrañarse de que la vida ajena siga su curso inalterable, el envidiar no encontrarse en la situación tranquila de los demás, sino el autorreprocharse todas las pequeñas y grandes infidelidades, los raptos de mal genio, las faltas de generosidad que se tuvieron para con el ser perdido, de donde viene un sentirse aminorado que se combate con un argumentar justificándose o entregándose a tareas fuertes o atractivas. Se produce además un constante vivificar el pretérito; se recuerda como si fuera ahora, que tal día se estuvo en tal parte y se hicieron tales cosas, que en tal lugar hubo el primer encuentro, etc.

En cualquier hombre hay tristezas motivadas y aparentemente inmotivadas, como la de esos días oscuros invadidos por la pena sin saberse bien por qué. En ciertas festividades (Pascua, Año Nuevo) se tiene, por ejemplo, la sensación de no poder incorporarse a la alegría general, como si se quedara al margen de algo gozado por todos los otros.

Mientras la tristeza es capaz de ser alejada entregándose al sueño o al trabajo, la depresión, como lo dice la palabra, aprieta, abate, abruma, no deja *libertad de acción*. Lo obrado aparece insignificante, frente a lo que se debería hacer o debería haberse hecho. El individuo obra coaccionado sólo por la perentoriedad de ciertas obligaciones. Lo demás, contestar cartas, arreglarse la ropa, lo va postergando de un día para otro, con la sensación agobiante de que debería hacer eso de una vez por todas, y su voluntad no respondiese como si algo la ahuyentase de tales tareas. Si también hay tristeza es más bien secuela lógica de la depresión.

Hay tipos variados de depresión: reactiva, neurótica, endógena, epiléptica, esquizofrénica, etc., cuyo núcleo común gira en torno al estar abatido, abrumado, medroso, lento de movimientos, privado de libertad y espontaneidad de acción. Cada depresión tiene sus propios matices indicadores del diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

Cuando se habla de psicopatología y de fisiopatología de la depresión, lo primero es preguntarse si lo obtenido en las experiencias (apatía, irritabilidad, pesadez de movimientos, perturbaciones del apetito, de la erótica y del sueño) se centra en torno a la vivencia de abrumamiento, de callejón sin salida,

de acción sin libertad, o si se trata como es lo común, de un síndrome inespecífico, exógeno, propio de los estados residuales o actuales de las enfermedades infecciosas, de las toxicosis, de los traumatismos encefalocraneanos. Dicho cuadro exógeno caracterizado por quejumbrosidad, falta de entusiasmo, irascibilidad, malhumor, bochornos, sudoraciones bruscas, molestias excesivas ante los ruidos o temperaturas altas, emotividad, fatiga fácil, tendencia a la auto-referencia casi paranoica, trastorno del apetito, dormir no reparador, sueños laborales o perseverativos, dejadez, evitación al máximo de los esfuerzos físicos y mentales, es el clásico síndrome hiperestésico emocional, cuya descripción más acabada la dio Karl Bonhoeffer. En los estados depresivos tumorales vistos por nosotros, se trataba más bien de este síndrome y quizás sea parecido al descrito en historias clínicas extranjeras que, sin embargo, se catalogan allí como depresión. Los enfermos con verdadera inhibición de pensamiento (y no mera pereza mental), ideas autoacusatorias y de suicidio, existen en tal literatura, pero todos coinciden en señalarlos como muy raros.

La depresión reactiva

La depresión reactiva se caracteriza por adherencia tenaz a ciertos hechos penosos recientemente ocurridos. Es un darse vueltas en torno a lo que se hizo o pudo hacerse por evitarlos, con un marcado sentimiento de autorreproche. No interesa ni el trabajo, ni el juego, ni la vida social. La vida pierde sentido, el futuro aparece oscuro, tedioso e inútil. Las cosas cotidianas se hacen por obligación, sin agrado, aunque sin fatigabilidad fácil ni pérdida del sentimiento de libertad. Hacia la tarde y la noche, hay una desesperada angustia ante la irreversibilidad de lo sucedido. El apetito suele conservarse, la baja de peso no es notoria, el compromiso vegetativo es escaso. El aspecto revela pulcritud en el vestido, aire desilusionado, pero no marchitez, cambio de color o rasgos caídos, como en la depresión endógena. Tampoco hay indecisión penosa, falta grave de concentración ni negación de la posible mejoría, como en aquella. El dormir está plagado de actividad onírica referente de una u otra manera al suceso motivante del cuadro. Generalmente curan al cabo de semanas o meses y no se repiten.

La depresión endógena

El núcleo de la *depresión endógena*¹, cuando se da sobre todo en personas normales en los periodos interfásicos y no en personalidades sensitivas, histéri-

¹Usamos el término depresión endógena, como sinónimo de fase depresiva de la psicosis maníaco-depresiva, aun cuando en estricto sentido también son endógenas las depresiones esquizofrénicas y quizás si muchas epilépticas. La palabra endógeno, introducida por Moebius en el siglo pasado, es tomada por nosotros no en el sentido de lo que es hereditario o constitucional, tampoco en el sentido del endon ordenador de la vida, sino en el principio donde se elabora en silencio lo peculiar y originario de cada persona. Es como el fuego primordial que refina y pule lo más

cas o depresivas, se mueve alrededor de síntomas básicos entre los cuales, ordenados al azar, y con las relativizaciones propias de todo lo humano, tenemos:

Primero: pénosidad ante la responsabilidad y el esfuerzo, pérdida de la memoria, fracaso de la concentración en el trabajo, en las lecturas y en la conversación trivial, con sensación de embrollo psíquico, pesadez y rápido cansancio al pensar, caminar o realizar una tarea. El conjunto forma la llamada inhibición psíquica y corpórea.

Segundo síntoma clave, es la abrumadora indecisión, no sólo para iniciar algo sino para establecer la prioridad de los quehaceres o para escoger entre el color o la clase de un objeto que se compra; indecisión, que a diferencia de lo ocurrido al hombre de carácter indeciso, se acompaña de una acicateante urgencia de resolverse de inmediato, sin equivocarse y sin dejar eso para más tarde. El individuo ya no actúa con libre espontaneidad sino forzado "como un galeote".

Tercer síntoma, es un deseo violento de ser sanado de inmediato de algo que no se soporta más, junto a la creencia inversa de que nada ni nadie será capaz de hacerlo. "Creo que no me mejoraré", dice el depresivo a cada instante, incluso después de otras fases y pese a la experiencia de haber curado de ellas.

Cuarto síntoma, es no saber si se exageran los males, si se trata de enfermedad o pura desidia moral. A ratos los enfermos se suponen culpables de no esforzarse en cumplir sus deberes y de abultar artificialmente sus molestias, pero enseñada aseguran que de verdad no pueden cumplirlos; así van y vienen de una creencia a la otra. De todas maneras les avergüenza presentarse ante los demás, salvo los muy íntimos, pues se creen de aspecto lastimoso, pueriles en la conversación y temerosos de ser compadecidos. El enfermo, en el fondo, aspiraría a juntarse con los otros, mantiene su ansia de sociabilidad, y es por eso que lo subleva ese inesperado obstáculo. A diferencia del esquizofrénico que se escabulle ante un supuesto aspecto esmirriado, pues lo estima propicio a las alusiones ofensivas francas, el depresivo endógeno tiene otra idea respecto a las actitudes del prójimo. Se cree silenciosa víctima de la compasión ajena, por sus conversaciones tontas o su aspecto enfermizo, compasión que no sería ostentada sino que generosamente disimulada por los otros.

A los síntomas anteriores se agrega un quinto grupo constituido por: un estado angustioso e hipocondríaco, máximo en las mañanas; sueño difícil, no reparador, con despertar de golpe en la madrugada, seguido de inmediato o poco después, de ansiedad vaga o abrumadora sensación de plancha epigástrica, mareos breves y súbitos, experimentados como ligero desequilibrio por una especie de ingravidez corporal, atonía intestinal, bochornos, sudoración molesta, enfriamiento de las manos o de las piernas, escalofríos, retención hi-

radical de nuestras vivencias, actitudes, conductas motoras y vegetativas; es como lo que da vigor, atractivo, forma, fuerza y proyección a nuestra existencia corpórea y espiritual.

drica con hinchazón de los pies, cefalea difusa, ligero temblor de los dedos, perturbaciones en el ciclo menstrual, frigidez e impotencia sexual, desequilibrio al caminar, lipotimias.

Un sexto tipo de síntomas, quizás si más primordial que el del grupo anterior, lo constituye el sentirse culpables de frialdad afectiva con los familiares, percibida dolorosamente pese a saber que los quieren y están dispuestos a sacrificarse por ellos igual que antes. También se sienten fríos afectivamente frente al trabajo, las distracciones y todas las cosas. Esa falta de calor afectivo, quizás si más que la inhibición, es en la mayoría de los casos lo que les pone cuesta arriba el iniciar cualquier tarea, aun la de contestar unas cuantas líneas. Un enfermo dice: "No me atrae nada y hago todo por responsabilidad, por obligación; me es una montaña levantarme y pensar en todas las labores del día, aun cuando las sé fáciles y rutinarias, pues son las de siempre". Les agrada la noche porque viene el sueño en que ya no hay quehaceres por delante. Muchos pacientes confiesan que les gusta el sueño, no por el agrado en sí de dormir, sino como una evasión, una muerte parcial de la cual ojalá no despertaran.

El alivio de la noche y de la dormición lo relacionan frecuentemente con la falta de sentido de su vida, falta de sentido venida de aquella carencia de atractivos de la existencia. Un paciente muy lúcido expresa: "La vida de los otros tiene sentido, no la mía; no me gusta ni me distrae nada; el que no desea nada, desea la muerte; no sé si me atreva a dármela; pienso que es egoísmo matarse porque sufrirían los míos. Pero me alivia la noche; el sueño es como morir; uno no sabe nada; se escapa por unas horas de las responsabilidades; por eso, cuando el sueño no viene y me desvelo, es más desesperante que el día: se pierde la única esperanza, un pedazo de muerte". Otro dice: "No es que el dormir me agrada como antes; ahora me agrada como puede agradar el alcohol o la marihuana, como una evasión; mi sentido de la responsabilidad no me permitiría evasiones con drogas, sino las dadas naturalmente por la vida".

La falta de afecto por las tareas los impele a cumplirlas forzosamente por sentido de responsabilidad, el cual, en contraste, se encuentra exacerbado. Los enfermos experimentan el hacer —no tanto así el pensar— como forzado, obligatorio, realizado sin libertad. Se comparan con galeotes, prisioneros, esclavos, robots, sin que por eso dejen de sentirlo como venido desde ellos mismos, y no impuesto desde fuera como se les ocurre a los esquizofrénicos; es el imperio despótico de la noción de responsabilidad. *Muchos hablan de un actuar con resentimiento*, al verse condenados a una pérdida de la libertad, a la necesidad de obrar sin deseo alguno.

Un joven auxiliar del Ministerio de la Vivienda, actual consultante de la Clínica Psiquiátrica, muestra de esta manera su problema: "Amanezco cansado, con los músculos agotados; temblores musculares; tengo bochornos y sudores bruscos de la frente; cuando converso con alguien me viene de repente un susto o una cobardía de estarlo haciendo mal y aparece el sudor. Es como si estuviera en presencia de un jefe. Cuando llega la noche es una liberación, ya no tengo que

ver nada con nadie. Estoy egoísta; como que le he perdido el cariño a todos. Antes dialogábamos, ahora como que quiero alejarme del hogar, de mis problemas y trabajos. No me explico: es como si viviera en un sueño, en una vitrina, como un forzado. No sé cómo darle la expresión a la gente para que se den cuenta de que estoy enfermo. Dirán al ver mi cara: ¡Este gallo² se hace! Mi cuerpo está destrozado por dentro; esas angustias de frío que suben como agua por la espalda; meneo la cabeza para despejar ese mareo. Como si fuera un autómatasomnoliento muevo la cabeza para despejar ese mareo. Es como una máquina que fuera andando y tuviera un vidrio por delante; veo correcto, pero es como si los autos no me importaran o no me fueran a atropellar. No puedo coordinar las cosas como antes; no sé si será flojera. No me siento libre; estoy frenado por dentro; es como si todo me fuera a fracasar; como un pequeño resentimiento, como si las cosas salieran forzadas. Tengo que pensarlas tres o cuatro veces y cuando estoy haciéndolas me aburro, no hallo la hora de terminarlas, como si me molestara lo que estoy haciendo. Esa rutina cuando hago una cosa, moviendo los brazos por ejemplo, es como si no soy yo, sino una cosa automática. El pensamiento, si que sale mío, pero sigo marcando el paso, pensando siempre lo mismo". El cúmulo de cartas no contestadas, de visitas obligatorias no hechas, natural en un enfermo que se reduce a sus tareas indispensables, contribuye abrumadoramente a este sentirse aprisionado por la existencia. Al preguntarle a uno de ellos, qué experimentaría si todas sus cosas estuviesen al día, exclama con vigor: "Doctor, volvería a ser libre, dejaría de ser robot".

La temporalidad en la depresión

Un nuevo síntoma básico lo da la perseverativa comparación del ahora con el pasado, respecto a afectos, libertad y rendimientos. El tiempo se separa casi en dos partes tajantes: antes se era hábil y capaz de todos los quehaceres; ahora se es una carga inútil deseosa de una muerte pronta. El pretérito despojado imaginariamente de sus aspectos negativos³, es la época edénica en que se hacía lo que se quería; estos enfermos viven el pasado como los maniacos el presente. En el presente hay ahora la sensación de que los días se van sin que les tome gusto, aun cuando se cumplan todas las tareas. No hay tanto la vivencia de tiempo lento o tiempo rápido, como se ha insistido (la hay en relación con el desagrado o agrado del momento, casi como en el normal), sino la de tiempo inaprovechado. Un enfermo dice: "El tiempo se me escapa de las manos porque hago las cosas que tengo que hacer, pero las hago por la fuerza, por obligación; todo sale como empujando algo que no atrae, que no quiere moverse; hago las cosas al mínimo posible por responsabilidad; no salen sueltas, libres, como antes. Es como si un

² Expresión de la jerga popular que equivale a compañero u hombre fuerte.

³ Véase más adelante la división del tiempo, en tiempo de estado y tiempo de origen.

autómata las hiciera y no fueran resultado de mi trabajo; tengo la impresión de que si pudiera arreglar un motor, hacer una mesa, leer el diario y sacarle provecho, algo en lo que se note el resultado, no me desesperaría al ver que pasan los días en puros afanes inútiles”.

La sensación de tiempo mal usado, pareciera relacionarse con la extrema dificultad para obrar debido a la fría atmósfera afectiva. Quizás si este que-hacer sin alegría, sin ganas, no se identifique con la intimidad de la persona y no se experimente, en consecuencia, como tarea producida desde el centro de uno mismo.

Si para el manejo clínico, alejándonos intencionalmente de las clásicas ideas filosóficas, dividiéramos la temporalidad personal, en acuerdo al sencillo lenguaje de todos los días, en dos géneros primordiales con sus naturales especies: el tiempo aprovechado y el tiempo desaprovechado, diríamos que el depresivo sólo vive el segundo, pues siente que no aprovecha el tiempo ni en el trabajo, ni en la diversión, ni en el descanso. De aquí que a su vez dicho tiempo se le seccione como a pique en jornadas diarias; al anochecer se siente aliviado porque ya vienen las horas sin tareas. Al revés del depresivo, el maniaco vive el tiempo como aprovechado al máximo. El normal, en cambio, lo vive en parte como aprovechado y en parte como inaprovechado, en una combinación no fácil de discernir. A ese respecto es preciso señalar que el depresivo sólo circunscribe como provecho el cumplir con la responsabilidad en el trabajo, desestimando u olvidando la diversión y el ocio como tiempo también aprovechado, tal vez porque todas las obligaciones lo van alcanzando, jamás está al día, y no hay siquiera un minuto para pensar en descansos. Además el agudizado sentido de responsabilidad, salvo en casos graves, no permitiría aceptar reposos, ni aun, a veces, los sugeridos por el médico. *Esta curiosa vivencia de tiempo desaprovechado parece íntimamente trabada a la vivencia de falta de libertad.* A un enfermo a quien preguntamos por qué no siente su tiempo provechoso, pese a desempeñar con acierto las mismas tareas de antes, contesta: “Siento que el tiempo pasa y no lo aprovecho porque hago cosas a las cuales antes le encontraba sentido y ahora no; las hago sólo porque mi conciencia me obliga a hacerlas”.

A modo de paréntesis señalemos que las categorías clínicas del tiempo como aprovechado o no aprovechado, la nota a cada momento el normal, cuando dice, por ejemplo: “No supe aprovechar el domingo”; “Perdí las vacaciones”; o “Malgasté el tiempo de mi viaje o de mis estudios”. *La otra división clínica en tiempo vital abierto y disponible y tiempo terminado*, como la de quien se sabe con tiempo por delante para emprender algo trascendente y la de quien sabe que ya no lo tiene para ninguna empresa de ese orden, no se da con claridad en el depresivo. Como tiene en el fondo la remota esperanza de mejorarse, supone que, en ese caso, tendrá de nuevo ocasión de darle completud a los proyectos de su existencia. Es necesario ahora un esclarecimiento: *cuando el depresivo, que no ha tenido carácter previo anormal, añora el pasado, lo añora en cuanto era libre y usaba el tiempo a su gusto, lo cual no invalida el que culpe a su vez a actua-*

ciones de ese pasado (exceso de derroche de vida, culpas, actos agradables en el momento, pero perniciosos a un análisis frío, etc.), *de lo que le ocurre en el presente y se acusa de no haber sido previsor*. Dividimos el pasado en un *pasado de estado*, por ejemplo, estados amorosos, sexuales, intelectuales, profesionales, en que se gozó o se sufrió, y en un *pasado de origen*, en cuya virtud podemos inculpar, incluso a los momentos más felices y reconocidos como tales, de los males presentes o a la inversa, a momentos desgraciados atribuirles la felicidad actual. Un proverbio popular recuerda que la risa trae llanto. El depresivo culpa muchas veces a su pasado de lo ocurrido ahora aunque como *pretérito de estado*, lo encuentra envidiable. Un médico deprimido dice: "Quiero volver a ser como era; me doy cuenta recién de lo feliz que era entonces. Si me recupero, tendré cuidado de no hacer las barbaridades de antes; ese trabajo descomunal, esas infidelidades hogareñas, que ahora no me dejan en paz y son origen de las ideas negras. Quisiera gozar de la vida como entonces, sin caer en excesos". La confusión entre pretérito de estado (el estado que de hecho se vivía) y pretérito de origen (aquello del pasado, incluido a veces lo agradable, estimado causa del estado presente) parece el motivo de descripciones respecto a la manera de vivir el tiempo de los depresivos, ajenas a lo mostrado por la clínica. Sólo en las depresiones delirantes o en las personalidades obsesivas escrupulosas, hay la tendencia a desvalorizar el conjunto del pasado, pero aquí se suma otra patología y por lo demás son la minoría de las depresiones que ve el médico. No es raro, en cambio, que se culpe de la depresión a una quiebra económica, a la pérdida de un cargo, a la muerte de un ser querido, al próximo matrimonio de una hija, al cambio de casa, etc., todos sucesos recientes. La misma división cabe para el presente, en presente de estado y presente de origen. Respecto a la manera de vivir el futuro, hay psiquiatras de notoria valía que suponen, por ejemplo, en la tendencia al orden del depresivo, un intento de avanzar de alguna manera, a duras penas, hacia el futuro, idea que cabe dentro de lo posible. Pero el orden puede interpretarse también como lo opuesto al caos. ¿No será entonces el amor al orden, un amor al cosmos, a lo integrado, a lo armonioso, a lo tranquilizador y cálido, por oposición a la negrura abismante, al tirabuzón que empuja hacia la muerte? Para nosotros la tendencia al orden es un deseo de guardar todo en su lugar para tenerlo de inmediato a mano cuando se necesite ocuparlo, evitando así "responsablemente" perder en la búsqueda un tiempo que podría usarse en actividades más provechosas; en suma es un miedo a sentirse culpable de despilfarrar el tiempo.

Quisiéramos, por último, señalar que desde el mismo punto de vista clínico, el tiempo también lo dividiríamos en *realizado y detenido o anulado*. Así una enferma neurótica nos cuenta: "He aprovechado mi tiempo, he hecho todo lo que tenía que hacer, lo he pasado bien, en la casa éramos felices; pero tengo mal recuerdo del pasado porque por la situación económica me dediqué a cosas monótonas que no me gustaban. No eran de mi vocación. Yo quería ser educadora de párvulos; no he perdido el tiempo porque he ayudado a mi familia, aunque

también lo siento perdido porque no me he realizado, no he sido yo misma"⁴. Aquí se usa la palabra aprovechado en dos sentidos distintos; en el de rendimiento de la actividad diaria y en el de rendimiento respecto a la realización del ser como persona. En las depresiones endógenas tal división no opera para el diagnóstico; si en cambio para la psicoterapia.

La ansiedad es común a casi todas las depresiones. En la endógena tiene un ritmo peculiar muy conocido: es fuerte en las mañanas y débil o nula al anocheecer. Se experimenta como algo que comprime e inmoviliza al cuerpo, con raptos de desesperación a ratos. Se trata, lógicamente, no de la angustia normal incitante, sino de una angustia paralizante. Como se acompaña de falta de agrado por todo y frialdad afectiva, no se expresa como temor a la muerte, la cual, por el contrario, como ya se dijo, es deseada. No se desea tampoco una muerte violenta o autoprovocada, a la cual sólo se llega en ciertos casos a falta de otra. El ideal es una muerte rápida, insensible, por ejemplo, como prolongación del sueño o como consecuencia de un ataque cardíaco. En último caso se desearía un cáncer o un tumor cerebral con todos sus sufrimientos, sólo por saber que allí está la muerte al acecho.

En contraste con esta especie de angustia sin expectación ansiosa, se da el miedo al fracaso económico, a intoxicarse con los alimentos retenidos por la constipación, a las ideas negras de suicidio, o a volverse loco por el mal dormir. En los casos graves, como es sabido, viene el temor de intoxicación a los demás, a perjudicar éticamente a los suyos, etc. Los menores síntomas son expresivos de una desgracia poco tolerable. *Se trata pues de una expectación ansiosa contradictoria*, en lo que difiere de la dada en la neurosis de angustia que es un miedo franco ante la sola posibilidad imaginaria de morirse o enajenarse.

El apremio psíquico y físico es un pseudoapremio derivado no del deseo insatisfecho de acabar siquiera alguna cosa y de no ir empujado de la una a la otra, cosas que atraen cuando se inician y aburren enseguida, como en la neurosis de angustia, sino de la necesidad de acabar cuanto antes labores que no atraen y sólo se inician forzosamente por sentido de responsabilidad⁵. Sin embargo, ambos apremios se asemejan y vale la pena sopesarlos, por su alcance hacia el diagnóstico, pronóstico y tratamiento. *La neurosis de angustia se centra, en los equivalentes somáticos* (cefalea de tensión, taquicardia, dolores precordiales, etc.), *en la expectación ansiosa y en el apremio psíquico*, con noción clara de que se trata de una enfermedad. *Dicho apremio es descrito por los neuróticos* como un no estar tranquilos en ningún sitio, posición corporal, o trabajo, sobre todo

⁴Un tiempo puede ser aprovechado y detenido o anulado, en el sentido de que se han ejecutado actividades útiles, pero dichas actividades no se experimentan como de realización vocacional o personal.

⁵En el apremio normal por falta de tiempo hay el deseo vehemente de acabar las labores del día cuanto antes, a fin de dejarse tiempo para el descanso u otras actividades. Las cosas se hacen con apresuramiento, sin aburrimiento y en general se termina una antes de empezar la otra, aun cuando querrian hacerse todas de una vez.

fuera de las labores disciplinariamente reglamentadas (en la oficina o el taller), como si algo les impeliera a terminar pronto, aun cuando tengan tiempo de sobra. Es una impaciencia que no les deja perdurar en una situación de trabajo. Así se sientan para descansar y lo hacen con agrado; a los cinco o diez minutos se aburren y pretextando la necesidad de arreglar un estante, emprenden con entusiasmo la ordenación de libros, para volver a aburrirse y cambiar de ocupación. Lo mismo les ocurre si están leyendo; empiezan con gusto la primera página, enseguida hojean el libro y se descorazonan al ver el largo. Hacen un intento de leer en el medio o en el final, y se acuerdan entonces de la urgencia de contestar una carta. Dejan el libro, inician la carta para recordar ahora que necesitan reservar entradas para el cine, lo cual, según les parece, no admite postergación y así sucesivamente.

Hay un agrado momentáneo inicial. Enseguida la sensación de que se trata de una tarea demasiado prolongada, que gustaría terminar en una fulgurante instantaneidad, junto al deseo de iniciar otro proyecto de lectura, trabajo o autoformación, que se acaricia desde hace tiempo. Es como si varios proyectos tenidos entre manos, se mostraran en ese momento con un atractivo especial a fin de alejarse de la ocupación del momento, atractivo desvanecido enseguida casi con su comienzo. Un neurótico de angustia dice: "Sé que tengo tiempo para todo, que nada urge a apresurarse y sin embargo, como que quisiera terminar todo rápidamente. No es siquiera para dejarme tiempo libre para el descanso, porque tampoco estoy tranquilo en el descanso. Me paro, voy a una parte y otra, vuelvo a tenderme y así sigo. En la oficina donde sé que tengo que cumplir tales y cuales obligaciones estoy más tranquilo, aunque también algo me apura por dentro. Me siento feliz, como que he aprovechado bien mi tiempo cuando me doy maña y termino bien algo, o leo entero un artículo o un capítulo de libro. Empiezo las cosas con entusiasmo; me digo: Esto es lo más importante, es lo que debería haber hecho desde hace mucho tiempo. Pero enseguida me viene la desesperación, de que terminar eso requiere un esfuerzo largo. No me siento entretenido. Poco a poco va surgiendo por dentro la idea de que urge más otra cosa capaz de terminarse antes, a fin de dejarme tiempo para la que ahora estoy haciendo, hasta que de repente no aguanto más, dejo la de ahora y voy a la otra, y me vuelve a pasar lo mismo. No es problema de tiempo. Casi le podría decir que el tiempo me sobra. No es tampoco por hacer muchas cosas al mismo tiempo, como si quisiera tener todo al día o haber leído todos los libros interesantes, ¡ojalá fuera eso! Es un entusiasmarme algo en un comienzo y un latearme después; es un buscar una cosa y otra, por si alguna me retiene con tranquilidad y agrado; es como un estar apresurado por dentro a hacer cosas y un impacientarse enseguida al ver que costará esfuerzos acabarlas; se junta entonces con la idea de que hay cosas más cortas, fáciles e importantes que se pueden terminar antes, aumentando el tiempo para las demás o dejándolas para otra época. Es una impaciencia por darle fin a lo que se hace, dándose cuenta de que no hay ninguna obligación, responsabilidad, ni apuro para ello".

Es un tedio ante la tarea empezada, con incitaciones gratas en ese instante hacia tareas ajenas, a diferencia del clásico *estado* de tedio en que nada ni nadie atrae. Quizás si más que de tedio, se trata en el apremio de un pronto descorazonamiento ante lo "largo" de lo empezado; de una *impotencia de la atención* para persistir en torno a un asunto. Entonces se pesquisa algo que por su propio atractivo logra detenernos, entretenidamente en ello, pero el empeño fracasa y así se pasa en rápida sucesión de una tarea a otra. No es un deseo de despachar casi al mismo tiempo varios proyectos importantes como en el maniaco, sino de tener que ocuparse de muchas cosas porque ninguna es capaz de retener para ella la atención suficiente. Las cosas inconclusas dejadas atrás, el libro apenas empezado, el estante arreglado a medio camino, las entradas al biógrafo que no se compraron, no dejan notorio sentimiento de culpa o de responsabilidad no cumplida, como en el depresivo, sino el de incapacidad enfermiza de concluir cosas. Molesta por lo que dicha incapacidad representa en sí misma, al empujar imperiosamente tanto a hacer, como a no dejar hacer; si la persona encontrara algo que en ese instante la ocupara en paz, se tranquilizaría de inmediato, sin preocuparle ya lo que antes quedó inconcluso. En la expectación ansiosa la temporalidad es tocada, como lo es en todo lo humano, pero lo experimentado de inmediato es sólo una debilidad de la paciencia que lleva a un rápido agotamiento del súbito atractivo despertado en la imaginación por algo. No es un deseo de hacer todo al mismo tiempo, sino la búsqueda ansiosa de una cosa que pudiese hacerse por fin con sosiego íntimo.

Por lo mismo la teoría de Ludwig Binswanger de que en el aburrimiento, el tiempo vivenciado, o sea el que incita desde dentro a hacer algo y el tiempo objetivo externo (el del reloj), que no presenta simultáneamente cosas estimulantes a hacer, no se coordinan, cayéndose en un vacío, parece dudosa, pues en el apremio psíquico del neurótico hay incitación constante a hacer y dificultad en concluir, pero con deseo inmediato de empezar otra actividad mostrada de nuevo como estimulante por el tiempo objetivo (o realidad externa), y sin embargo no hay aburrimiento, sino tedio fugaz, pese a que la temporalidad íntima y la externa están desfasadas, ya que en el fondo nada atrae en definitiva. En el depresivo casi no hay tedio, pese a que lo externo no le motiva y más bien le provoca franca aversión, en contraste con el sentimiento íntimo de responsabilidad que le urge a actuar; no hay aburrimiento quizás porque está constantemente agobiado por sus sufrimientos, que le parecen inacabables y siempre a la vista; si habla de tedio es en un sentido figurado, aludiendo a lo fatigoso de una vida así.

Podríamos decir que *una fuente básica de la angustia del depresivo está en el tener que desempeñarse como persona normal, pese a la falta de gusto por lo que se hace*. En ese sentido la merma corporal por la baja de peso, la constipación o el insomnio, llevan a temer que el desmedro del cuerpo provoque aún mayores dificultades en la acción, lo cual aumenta la angustia, porque el depresivo, como el maniaco, centran su existencia más en torno al hacer que al pensar.

Las otras fuentes de angustia son el miedo al propio aspecto enfermizo,

por fobia a la compasión ajena, y el desagrado a dar mal que pensar al no ejecutarse rigurosa y alegremente todos los deberes. Una dueña de casa dice: "Qué dirán mis hijos de su madre al ver que hace todo de malas ganas, tarde, mal y nunca; sufrirán al ver la casa descuidada y lo que las visitas hablarán de ella; eso me atormenta, me agobia todo el día". El depresivo se angustia en estos casos por la supuesta angustia que atribuye a los suyos, quienes lo verían, según cree, cobarde, incapaz, negligente e indolente para ayudarse a sí mismo y a ellos; en suma se estima una carga. Agravan dicho sentimiento las opiniones erróneas respecto al cuadro de médicos y familiares, quienes incitan al enfermo a que "se haga ánimos", "que no se deje estar", "que con voluntad vencerá el desgano". Tales fenómenos adquieren para el enfermo un mágico aspecto de terribilidad, cuyo único alivio es el olvido a través del sueño o la muerte.

De esta manera la angustia da relevancia a gran parte de los síntomas anteriores: sensación de tiempo inaprovechado, ausencia de libertad, sensación de vivir forzado, pérdida del sentido de la existencia, frialdad afectiva para con los suyos y para sus propias tareas, con su consecuencia casi obligada: sensación de grave derrota personal.

La angustia de tipo religioso por pecados, agregada a las anteriores, se ve muy poco en nuestros días, debido tal vez a los cambios culturales. Esos pacientes que se retorcián las manos y se frotaban la cara con desesperación al sentirse condenados, aparecen aún, pero muy de tarde en tarde. No es un signo cardinal de la depresión como parece haberlo sido en otras épocas.

Recordemos por fin que en estas depresiones hay hiperglicemia, tasa del colesterol aumentada, creatinina en la sangre descendida. Los prótidos totales del suero sanguíneo quedan dentro de límites normales; los exámenes por electroforesis sobre papel revelan inversión del cociente albúmina globulinas. Los metabolitos urinarios de la corteza suprarrenal (17 cetoesteroides) descienden sólo en las formas crónicas y son, por lo tanto, de mal pronóstico. Los estudios a base de biopsias en diversas regiones del encéfalo no logran revelar hasta ahora ningún substrato específico del cuadro.

Las subdepresiones endógenas

Las *subdepresiones endógenas*, diagnosticadas la mayoría de las veces como neurosis de angustia, son sumamente frecuentes, y su sintomatología, parecida a la de las depresiones francas, son de tono menor, compatibles en amplia medida con el trabajo. Dominan en ellas: la fatigabilidad psíquica y corporal penosa; la amplia gama de síntomas de tipo vegetativo descritos a propósito de las depresiones francas, la dificultad de concentración y la pérdida de la memoria; la sensación de tiempo desaprovechado; el actuar semiforzado, el sueño difícil, interrumpido, no reparador y a veces sin conciencia clara de haber dormido; el despertar temprano, de un golpe, con sensación de angustia ante el día que se

avecina, angustia que se vive como una molesta opresión epigástrica y un irrealizable deseo de alejar la hora de afrontar las responsabilidades diarias.

Si quisiésemos, dentro de ese plexo de síntomas de las depresiones endógenas, descubrir un hilo que permitiese derivarlos uno de otro, y por esa vía llegar a un modelo que facilitase no sólo el diagnóstico médico sino que las investigaciones neurofisiológicas, fisiopatológicas, psicofarmacológicas, dirigidas entonces a provocar fenómenos precisos, nos encontraríamos a primera vista con reducciones tan mutiladoras, que se alejarían bastante de la realidad clínica concreta. Por otra parte es difícil imaginarse perturbaciones estructurales o bioquímicas cuya traducción psíquica sea, por ejemplo, "la simultánea, contradictoria y agobiadora idea, tanto de estar enfermo, como de estar simulando por cobardía que se es enfermo"; y, como sabemos, la ausencia de cualquiera de los dos componentes le quita al síntoma su carácter diagnóstico orientador. Tal vez la complejidad de la clínica es lo que lleva a los experimentadores a crearse modelos de enfermedades que sólo coinciden en lo imaginario con las enfermedades reales.

La inhibición en el pensar y en el actuar podría ser uno de los fenómenos depresivos a provocar experimentalmente; pero se da en otras enfermedades sin engendrar indecisión, o si la engendra el enfermo posterga con cierta tranquilidad sus actuaciones sin sentirse dolorosamente responsable y, por lo tanto, forzado a decidir, como le ocurre al depresivo endógeno. La indecisión misma es a veces incluso un simple rasgo anormal del carácter; en tales casos hay deseo de sacársela de encima por ser un obstáculo para la vida, pero sin que las personas se sientan culpables de ser indecisas, es además, indecisión sólo ante lo nuevo y no ante lo rutinario, en el depresivo endógeno, es indecisión ante ambas cosas.

Otro síntoma, como el de no saber si se está enfermo o se simula, tampoco es unívoco; por ejemplo, eso mismo no le provoca molestias al pseudólogo histórico, ni parece que las hay en el pseudólogo hebefrénico o en el hipertímico. En suma, ninguno de los dos síntomas, si son aislados de sus polaridades, apunta necesariamente al circuito de la psicosis maniaco-depresiva.

Parecería en cambio, que el *circuito responsabilidad-inhibición*⁶ y el *circuito falta de agrado y tiempo desaprovechado* tomados como base de la *depresión endógena*, podrían de alguna manera explicar la peculiar configuración de estas depresiones. De un lado el sentimiento de responsabilidad extremo, obliga a esclarecer el alcance de cuanto se dice o hace; de otro lado, la inhibición, al no poner simultáneamente a la mano todo el material psíquico necesario, impide conclusiones prontas y acabadas y deja en lo incierto, lo cual exacerba

⁶ Es curioso que tal exacerbación de la responsabilidad no hubiese sido remarcada por los autores, algunos de los cuales señalan incluso como síntomas la indiferencia o la apatía. Sólo Eugenio Bleuler en su clásico Tratado de Psiquiatría apunta a que se creen responsables de hacer mal aquello que hacen, pero no alude tampoco al fenómeno ahora señalado; el sentirse responsable de tener que tomar necesariamente decisiones en medio de una agobiadora indecisión.

la responsabilidad y así al infinito. La hiperresponsabilidad hace sufrir también ante la dolorosa "frialdad de afectos" para con los familiares, como si de ellos dependiese el grado del querer, y fuesen infieles "sin motivo" ante los suyos, y más allá, torna intolerable la falta de atractivo ante las obligaciones. Ahora, hasta al normal, cuando se siente muy responsable de algo, no se le ocurre nada atinado, lo mismo pudiera ocurrirle al depresivo. Por otra parte, como lo ha mostrado Tellenbach y mucho antes Baruk y los clásicos, en el carácter previo de estas personas es notoria su tendencia al orden, a la medida, al trabajo constante, al altruismo, al cumplimiento del deber. Hay una especie de primacía del hacer sobre el pensar y son personas que muchas veces ni siquiera en pensamiento se permiten desear mal a nadie, y quizás por eso, en la fase patológica, también suponen buenos a los demás y no se creen víctimas de burlas sino de compasión.

Cuando las puras inhibiciones no se acompañan de acusado sentido de responsabilidad ante el deber, como ocurre en ciertos esquizofrénicos, orgánicos o perturbados de conciencia, dejan, es cierto, en una especie de inactividad, pero no es esa dolorosa coyuntura del depresivo, que se siente en la obligación perentoria de decidir y actuar y por lo tanto de romper a toda costa la inhibición, cuando lo único que querría sería la libertad de no hacer nada. Recordamos frases típicas: "Debo ayudar a mi esposo o a mi hija y no puedo"; "Debo ordenar la casa y no soy capaz; todo es mugre y desorden"; "Debo dirigir la oficina, hacer planes, ponerlos en marcha, pero me confundo y no avanzo". Si le quitásemos el sentimiento de responsabilidad (lo cual de hecho no acepta aunque lo convenzamos de que es un enfermo), la aguda penosidad de la inhibición, y hasta el tiempo desaprovechado y la falta de sentido de la vida, perderían quizás para el enfermo su carácter de vergonzosa falta ética, y todo se reduciría a las molestias que la depresión como insuficiencia psíquica, motora y vegetativa representa por sí misma. En tal caso, o alarmaría como preludio de locura o demencia, a la manera de lo ocurrido al neurótico de angustia, o se rodearía de ese candoroso aire de orfandad inerme, frecuente en la esquizofrenia.

La ansiedad de los depresivos, máxima en las horas tempranas cuando asoman las responsabilidades del día, y mínima o nula en la tarde o en la noche cuando llega el reposo y la única responsabilidad es la de dormir, abunda en lo mismo, es una angustia por enfrentamiento de tareas cotidianas y banales en general y no angustia ante un actual o próximo encuentro con algo serio, preciso y prolongado, como le sucede al neurótico angustiado que no se calma con la noche.

Si una hipótesis de este tipo no es descabellada y toma visos de verosimilitud, el problema fisiopatológico de la depresión y la subdepresión endógenas sería encontrar las estructuras y funciones cuya estimulación, mengua o desaparición, desencadenan por ejemplo este endemoniado círculo: "Responsabilidad exacerbada-inhibición", partiendo de la base que el sentido de responsabilidad es pilar básico de la conducta humana y no lo imaginamos en los animales. Los titubeos o indecisiones angustiosas obtenidos en animales de experimentación

y en virtud de lo cual éstos parecen enredarse en el encuentro de lo buscado, se dan también en el hombre en las reacciones catastróficas de los orgánicos, en las crisis de angustia de los neuróticos, etc., y no se vinculan obligadamente aquí a sentimientos paroxísticos de responsabilidad ética.

Algo notable en los enfermos ciclotímicos, como lo notaron los clásicos, es que en muchos la responsabilidad frente a las tareas no disminuye en las fases maníacas, al contrario, dada la facilitación, procuran realizar con presteza aquello mismo impedido por la inhibición, sin importarles ni día ni hora. Una señora dice en su fase depresiva: "No hago nada; todo es desorden; mi marido y mis hijos me creerán una floja; a lo mejor es flojera; debería ir al mercado, vigilar la comida, hacer siquiera las camas y el aseo del dormitorio; no me gusta dejárselo a las empleadas; me gusta a mi ordenar la casa; me da vergüenza; me confundo, no sé cómo empezar: todo me cansa". Ahora está en una fase maníaca y se dedica desde la mañana a la medianoche a arreglar la casa, ir al mercado, hacer postres, asear la cocina, coser las ropas de los niños, sin escuchar los ruegos de los suyos que le piden tranquilidad y acostarse temprano. "Me llena de felicidad, dice, tener todo al día, cumplir con mis obligaciones, no estar ociosa".

Dentro de los sistemas de vigilancia encargados del ritmo "vigilia-sueño" y de los circuitos reguladores de la afectividad, las funciones endocrinas y las vegetativas, todo lo cual parece centrado por ahora en torno a las vastas formaciones reticulares y límbicas y a sus amplias conexiones con el neocórtex, ¿hay funciones dirigidas en especial a la responsabilidad ética? Sabemos, desde hace tiempo, que cuadros como el Pick, los tumores, los traumatismos frontales, la parálisis general, la encefalitis, el alcoholismo crónico, se acompañan de desfachatez, pérdida del pudor, actos delictuales, negligencia. En otros casos, enfermos semicomatosos se cubren pudibundamente sus genitales cuando los descubrimos para el examen. Todo hablaría en favor de una fisiopatología de los sentimientos éticos, aludida por Baruk y otros de la cual apenas se enuncian vagas generalidades.

La depresión esquizofrénica

Otras enfermedades tienen otros tipos de depresiones y su fisiopatología es a lo mejor, muy diversa. En la *depresión esquizofrénica* abruman al enfermo recuerdos o pseudorrecuerdos de actos sexuales de la infancia, apodos que le pusieron en el colegio, poco éxito erótico, etc., lo que se debería a su aspecto feminoide, a su figura ridícula, o a motivos similares. Una vergüenza invasora lo inhibe y lo intimida no preocupándole casi la responsabilidad ante sus propios quehaceres. Uno de nuestros pacientes, víctima de una miopía, piensa desde hace años en su "próxima ceguera" que lo convertirá en carga humillante y despreciable para los suyos; esto lo aísla en un sombrío silencio. Al revés de la vergüenza neurótica no se estima absurda sino que lógica, y a diferencia

de la vergüenza normal, se da casi frente a todo el mundo, incluidos los familiares, y no sólo ante personas o situaciones embarazosas. El normal avergonzado se hace notar de inmediato, el esquizofrénico muestra más bien una actitud huidiza, cohibida, aislada, hermética; a veces incluso su vergüenza nos queda desapercibida.

A diferencia de los depresivos ciclotímicos, los depresivos esquizofrénicos no comparan la infelicidad de su presente con la felicidad de su pasado y tampoco toman medidas positivas para liberarse. En los periodos de apagamiento de la vergüenza, el problema del mal aspecto pierde carga afectiva y se reduce a un recuerdo molesto; vuelve incluso el deseo de sociabilidad.

¿Dónde se forman los sentimientos de vergüenza, de humillación, de dignidad perdida, tan típicos de lo humano? ¿Se descomponen en otros afectos más básicos, que deberían ser los investigados por la psicofisiología, la fisiopatología, la bioquímica, o ellos tienen ya carácter primario *sui generis*? Prueba de que tales sentimientos están exacerbados en la esquizofrenia y no son mera consecuencia de saberse afeminado o de mala figura, es que ni los homosexuales, ni los normales poco agraciados caen abatidos por ellos. En suma, la fisiopatología de la depresión esquizofrénica debería ser en gran parte un estudio de la fisiopatología de los sentimientos sociales de humillación y de vergüenza.

En las distimias depresivas epilépticas priman estados inefables de desolación, de desazón, de pavor, de tristeza, de malhumor, de miedo a la muerte, de resentimiento y autorreferencia contra familiares y amigos⁷, de obsesividad, ante los cuales da la impresión de que el enfermo los sufriese agobiadoramente y al mismo tiempo los mirase como un observador. Las obsesiones preceden a la depresión o a las ideas paranoides o se mezclan con ellas. A veces parecen la descarga de sentimientos humillantes originados por la posesión de la enfermedad, y a veces no dicen referencia a valores de ninguna especie, presentándose casi como afectos u obsesiones puras que el enfermo no acierta a describir. Hay una especie de separación entre lo vivenciado y su traducción en palabras y, con frecuencia, una especie de agnosia de los gestos expresivos faciales o corporales generales propios de la distimia. Hay también sentimiento de hiperresponsabilidad, de falta de libertad y de tiempo desaprovechado, si no se realizan las tareas; pero si se realizan, dicho sentimiento no aparece. En general, sin embargo, la dificultad para hacer cosas no es tanto por enfriamiento afectivo como por una especie de sensación parecida a la que despierta lo hecho por primera vez, es algo así como un "jamais fait"; el dormir no se muestra como una semimuerte, y si es cierto que a veces se produce alivio a esa hora es por el natural agrado del descanso, pero sin que se le aguarde siempre como un paraíso transitorio.

⁷ En los psicópatas epileptoides este resentimiento quejumbroso malediciente y alerta ante todo cuanto se estima menosprecio (porque una hermana es más bonita y solicitada, o un hermano tiene más éxito) con estallidos frecuentes de mal humor, es una de las conductas más comunes.

Lo señalado en las diversas depresiones muestra la ambigüedad del vocablo, al usarse como apuntando a algo preciso y único, en indagaciones fisiopatológicas; debería hablarse desde ya de fisiopatología de las depresiones y no de fisiopatología de la depresión y ver desde este punto de vista los avances logrados hasta ahora.

Fisiopatología de las emociones y de las depresiones

Hacemos ahora una breve enumeración de experiencias en animales y hombres orientadas a encontrar el sustrato estructural-funcional de ciertas conductas emocionales, algunas de las cuales pudiesen recordar siquiera de lejos lo ocurrido en depresivos o maníacos. Como se observará desde la partida, el lenguaje descriptivo usado por clínicos y fisiopatólogos difiere en tal grado que no es fácil, a primera vista, encontrar los puntos de contacto.

Los investigadores reconocen que la comprensión de las relaciones entre las interacciones orgánico-ambientales llamadas emociones y las propiedades "estructura-función" del sistema nervioso, ha evolucionado lenta y discontinuamente. La mayoría cree perturbador el estudio fenomenológico y busca centrar el análisis experimental en los fenómenos expresivos y de la conducta obtenidos en forma objetiva y operante.

Los primeros trabajos sobre conducta emocional pertenecen a Goltz y a Woodworth y Sherrington. En carnívoros con sección completa del tronco del cerebro a nivel intercolicular obtienen con estímulos nociceptivos mimica de aparente "furor" y "rabia" en forma de gruñidos, ladridos, apertura de la boca, contracción de labios y lengua, descenso de la cabeza en ademán de atacar y aumento de la presión arterial. Cesado el estímulo, cesa la respuesta.

Posteriormente se han confirmado estas mismas respuestas pobremente organizadas en animales descerebrados. En secciones del cerebro medio por debajo de este nivel, ya no aparece ni esa mínima conducta, lo cual apunta a que la formación reticular de dicho cerebro es necesaria para su génesis.

Lindsay, en su teoría de "activación de la emoción", le asigna justamente funciones ejecutorias a la formación reticular del tronco cerebral.

El estudio de la participación de las relaciones cortico-diencefálicas se ha estudiado a través de los fenómenos de "sham-rage" en animales decorticados. Experimentos de Bard y Rioch mostraron que esa conducta se obtiene incluso después de eliminar toda la substancia cerebral rostral, dorsal y lateral al hipotálamo, incluso casi todo el paleocórtex, el neocórtex y porciones importantes de las estructuras subcorticales relacionadas con ellos. Dicha actividad vigorosamente organizada y pobremente dirigida no aparece después del corte del tronco cerebral a cualquier nivel por debajo del hipotálamo caudal. En acuerdo a eso, las regiones diencefálicas tendrían funciones facilitadoras de la conducta emocional, y las estructuras más rostrales neocorticales y paleocorticales del cerebro anterior, las tendrían inhibitorias. En todo caso, comparados decorticados y des-

cerebrados, los primeros responden en forma más rápida, viva y organizada al trato corriente, aunque la conducta guarda siempre pobreza direccional y poca duración.

En tales animales decorticados con extenso daño del cerebro anterior, Bard y Rioch han obtenido incluso expresiones afectivas del tipo del temor y excitación sexual. Bromiley observó que el "sham-rage" y la respuesta al trato cariñoso, aún permanecían casi tres años después.

Todas las experiencias parecerían mostrar el papel facilitador ejercido aunque sea por un pequeño aumento del influjo hipotalámico sobre los mecanismos reticulares activadores.

Hess y sus colaboradores han obtenido variedad de respuestas emocionales por estimulación eléctrica de regiones diencefálicas precisas. Se parecen a las respuestas de terror, furor, placer, tendencia a la exploración, a la alimentación, a la limpieza, a la inquietud continua, propias de los animales normales. De acuerdo a eso, las partes más anteriores y laterales del diencefalo, incluidos el núcleo septal basal, el área preóptica, el hipotálamo lateral y parte del hipotálamo medio basal, podrían estar asociadas con respuesta de "rabia hostil y agresiva", o como las denomina Hess, "reacciones afectivas de defensa". Cuando el estímulo se aplica en la parte posterior aparecen cambios en la conducta oral, inquietud y tendencia a la fuga, aunque no hay localización precisa del núcleo hipotalámico que provoque en concreto el proceso afectivo.

Grinker, por otra parte, registró actividad eléctrica selectiva con electrodos ubicados en el fondo hipotalámico, después de someter al hombre, sujeto de experimentación, a pruebas emocionales.

Olds y Milner y otros han sugerido la íntima participación del hipotálamo en los fenómenos afectivos gratificadores que se obtienen estimulando eléctricamente estructuras selectivas del cerebro anterior.

Lesiones bilaterales en la parte caudal del hipotálamo de gatos y en la parte dorsolateral de los cuerpos mamilares en el mono, producen en las experiencias de Ingram y Ranson, completa pérdida de la respuesta emocional, cara de máscara, rigidez y a veces somnolencia y sueño.

Tales alteraciones conductuales observadas en ablaciones y estimulaciones del hipotálamo en animales, se observan en el hombre después de traumas, tumores, lesiones vasculares e infecciosas, e intervenciones quirúrgicas en dicha zona. Aparecen, por ejemplo, estados de "terror", "furor", "ansiedad", ingenuidad, tendencia a las bromas y a la obscenidad. Las componentes emocionales relacionadas con el sexo, el hambre y la sed parecen localizadas en esa zona.

En la teoría fisiológica de conducta motivada de Stellar, se le da justamente importancia a la zona en la producción de una serie de conductas motivacionales-emocionales. Parecería en todo caso que conductas primitivamente organizadas y poco diferenciadas, tendrían la posibilidad de elaborarse dentro de limitados niveles reticulares e hipotalámicos de organización neuronal. Los niveles de integración más avanzados del cerebro anterior, contribuyen en forma significa-

tiva a la elaboración y afinamiento del repertorio de respuestas emocionales complejas, elaboradas y circunscritas, propias del hombre sano.

Head y Cannon sugieren valor al núcleo talámico más rostral en la elaboración de dichos procesos. Spiegel, en animales y hombres, ha visto cambios en la conducta emotiva después de lesiones talámicas que afectan al núcleo dorsomedial; así en enfermos psiquiátricos aparece reducción de la ansiedad, de la agitación, de la conducta agresiva.

Delgado obtuvo "ansiedad condicionada, movimientos de defensa y ofensa, vocalizaciones y manifestaciones autonómicas", en gatos y monos, estimulando eléctricamente el núcleo posteroventral del tálamo.

Debido a variadas experiencias, se supone que la interacción estructural y funcional entre el tálamo medio dorsal, el neocórtex frontal y el cingulum, sería el marco dentro del cual se realiza el proceso integrativo del cerebro anterior. A través del último de estos sistemas, el núcleo anterior del tálamo interactúa con los circuitos del sistema límbico muy importantes en la configuración de las emociones.

El sistema límbico

Papez, repensando la función del gran lóbulo límbico de Broca, supuso "que el hipotálamo, el núcleo talámico anterior, el gyrus cinguli, el hipocampo y sus conexiones constituyen un hermoso mecanismo que puede elaborar las funciones de la emoción central, como también participar en la expresión emocional". Esto ha cambiado un poco en los dos últimos decenios, pero persiste la idea de un "mecanismo anatómico de la emoción", del cual el sistema límbico sería el gran mediador. El proceso emotivo central de origen cortical, nacido en la formación hipocámpica (hipocampo, gyrus hipocámpico, gyrus dentado y amígdala) pasaría a través del fórnix hasta los cuerpos mamilares. En suma, los procesos salidos del hipotálamo irían tanto al tronco del encéfalo y a los mecanismos efectores interiores, como hacia arriba llegarían a través del tracto mamilotalámico hasta el núcleo talámico anterior y el gyrus cingulo, que sería para Papez el área cortical receptiva y asociativa de la conducta afectiva.

Las formaciones morfológicas que estarían en el proceso y que caben en el nombre genérico de córtex (según Rose y Woolsey)⁸ son:

Primero: Porciones paleocorticales o allocorticales, compuestas de tres capas, siendo la superficial una capa fibrosa. Incluyen el hipocampo (cuerno de Ammon y gyrus dentado), el lóbulo piriforme (córtex piriforme, córtex piriamigdalino y área entorinal), el bulbo olfativo y el tubérculo.

Segundo: Las porciones juxtallocorticales, intermedias entre el córtex más antiguo y el más nuevo. Tienen conexiones con el paleocórtex; incluyen el gyrus

⁸ Otros autores los clasifican de arquí, paleo y neocórtex.

cíngulo o "córtex límbico", el precíngulo y la corteza "frontotemporal" de acuerdo a la definición de Pribram y Krüger.

Un tercer grupo de estructuras subcorticales (no concuerdan con la definición de córtex), y que han demostrado íntimas relaciones anatómicas y funcionales con el paleocórtex y el juxtacórtex, son consideradas partes del sistema límbico. Incluyen el complejo amigdaliano, la región septal (núcleo del septum y núcleos de la banda diagonal), ciertos núcleos talámicos e hipotalámicos, posiblemente el núcleo caudal y la formación reticular del cerebro medio. Muchas de tales estructuras se incluyeron antes en el cerebro olfativo y se les vinculó al olfato, que tiene distribución más restringida. Por lo tanto, el término rinencéfalo no es equivalente a sistema límbico y aquél debe incluir solamente el bulbo y el tubérculo olfativo, el córtex piriforme y periamigdalóideo, algunos núcleos del complejo amigdalóideo y el lecho de los núcleos de la estria terminalis.

Klüver y Bucy (1937), mostraron el papel del sistema límbico en el equilibrio, integración y aparición de conducta motivacional-emocional importante, después de lesiones en monos que abarcaban lesiones neocorticales y paleocorticales del córtex frontotemporal, el lóbulo piriforme, el complejo amigdalóideo, el pre-subiculum y el hipocampo.

En el rhesus macacus, salvaje e intratable, se observó después de estas intervenciones: mansedumbre y docilidad; no peleaban al ser molestados por otros monos; había además tendencias orales, hipermetamorfosis, conducta impulsiva y lo que los autores llamaban "ceguera psíquica". No discriminaban entre objetos peligrosos o útiles; olían y mordían lo que fuese, como presionados por una compulsión. Dejaban caer el objeto de inmediato, salvo que fuese comestible, pero eran capaces de oler y morder cien veces seguidas el mismo clavo como si lo viesan por primera vez. Se masturbaban a cada instante o buscaban pareja con machos o hembras indiscriminadamente; su conducta sexual oral era bizarra. Si la escisión es unilateral, o las lesiones bilaterales se reducen al neocórtex temporal no tocando las estructuras límbicas, los animales conservan su conducta habitual.

Heath revela la participación de los componentes más rostrales del sistema límbico (incluyendo superficie orbital de los lóbulos frontales, cabeza del núcleo caudado e hipotálamo anterior) en la aparición de conductas dramáticamente gratificadoras después de la estimulación eléctrica.

Bard y Mountcastle evidenciaron en gatos, que después de la extirpación de todo el neocórtex, de parte del paleocórtex, juxtacórtex y componentes corticales relacionados con el sistema límbico, se acaban las reacciones iracundas y se obtiene una conducta excesivamente plácida, sin respuesta emocional. De acuerdo a eso, partes del sistema límbico restringirían los mecanismos bajos del cerebro, que serían los preponderantes en la facilitación de las expresiones afectivas masivas.

El influjo apaciguante vendría sobre todo del complejo amigdaliano y del gyrus cíngulo, en ausencia del neocórtex, puesto que extirpados en animales ya neocorticados, aumenta notablemente la reactividad emocional.

Bard y Mountcastle encontraron que la extirpación del cíngulo en animales intactos produce merma de la respuesta emocional. La cingulectomía produciría "pérdida del miedo", "indiferencia social", en lo cual coinciden otros autores que han estudiado el papel de esta porción juxtalocortical del sistema límbico en la conducta. El efecto de la cingulectomía es transitorio y limitado.

En lesiones circunscritas al lóbulo piriforme, complejo amigdaliano e hipocampo, respetando casi todo el neocórtex, Smith confirmó la aparición de varios síntomas del síndrome de Klüver-Bucy (pérdida de las respuestas de temor y rabia, docilidad, conducta oral compulsiva), sin compromiso grueso motor o sensorial. La parte oral compulsiva se evita si se hace ablación selectiva de este "complejo piriforme-amigdaliano-hipocámpico", pero no hay precisiones rigurosas al respecto.

Thomson y Walker obtuvieron efectos "domesticadores" breves, de 4 a 5 meses, con lesiones bilaterales de la superficie medial del lóbulo temporal, respetando el complejo amigdaliano y el hipocampo. Si las lesiones son en partes inferiores del córtex temporal no tienen ese efecto. Había en esos animales "cólera" y "furor" ante estímulos apropiados y baja notoria de la actividad sexual. Pese a que el estudio histológico mostró después compromiso de la amígdala, no aparecieron los demás elementos del síndrome de Klüver-Bucy.

Poirer, en monos con lesiones circunscritas del polo temporal, ha encontrado "apatía" y "somnolencia", que son apenas fragmentos del síndrome de Klüver-Bucy.

Pribram y Mishkin en babuinos (feroz mono de África y Asia primitivas) y perros después de lesiones en el córtex frontotemporal, polo temporal y complejo amigdaliano, obtienen efectos orales y domesticadores. Iguales cambios en gatos y agoutis (roedor de América tropical, de tamaño mayor que un conejo) y en linceos (animal feroz de la familia de los gatos, famoso por su aguzada vista), si la operación compromete también el lóbulo piriforme además del complejo amigdaliano. En los gatos se nota refractariedad a los estímulos productores de furor y cólera, conducta oral y vocal exagerada, hipersexualidad.

Lesiones bilaterales en la amígdala y lóbulo piriforme en agoutis y linceos salvajes conducen, dramáticamente, a una increíble docilidad.

Rosvold, en relación con la conducta social, observó en 8 monos rhesus machos, que cambiaban su jerarquía en el grupo de la jaula, de dominantes a sumisos, aunque puestos en jaulas individuales se veían algo más agresivos. Esto sugiere que el ambiente social postoperatorio y el tiempo durante el cual estuvieron en situación de dominantes en el preoperatorio, es tan importante como las diferencias de extensión y localización de la lesión, en la evaluación de las consecuencias de las ablaciones límbicas en la conducta emocional.

Terzan y Ore notan en el hombre igual merma de "agresividad social", de preocupación por la jerarquía frente a los demás cuando se producen lesiones del lóbulo temporal y amigdalectomía.

Gastaut afirma que lesiones provocadoras de descargas en estructuras del sistema límbico, en el caso de epilepsias psicomotoras, determinan actitudes de violencia en determinadas situaciones sociales. El y Colombo han observado la disminución de la conducta sexual en lesiones irritativas del lóbulo temporal y de la amígdala. También Gastaut y Mileto advierten perturbaciones de la conducta sexual, que serían consecuencia del compromiso del hipocampo, en animales y hombres enfermos de rabia.

Heath y sus colaboradores han afirmado el vasto compromiso de estos sistemas neuronales específicos en la elaboración del "pensamiento" y el "alerta psicológico".

Por otra parte, ya se ha insistido en la íntima relación entre estructuras límbicas (especialmente amígdalas) e interacción neuroendocrina.

Estudios fisiológicos en hombres y animales, usando estimulación química y eléctrica y métodos eléctricos de registro, muestran el compromiso del sistema límbico en una amplia variedad de fenómenos somáticos y autonómicos íntimamente relacionados con el amplio margen de actividades conductuales asociados a la llamada expresión emocional. No se han encontrado organizaciones topográficas claras para componentes de conductas específicas, pero hay un vasto espectro de actividades psicológicas en las cuales se presume que tales estructuras participan.

A tal respecto Herrick supone que el sistema límbico sería un activante no específico de todas las actividades corticales, influyendo sobre "el aparato interno general de la actitud corporal, la disposición y el tono afectivo".

Kleist llamaba a esas estructuras "cerebro interno" y las relacionaba no sólo con la conducta emocional, sino también con la "recepción visceral" de los estímulos llegados de las regiones orales, intestinales, anales y genitales.

Hoy se piensa en una mutua integración entre el sistema límbico, la formación reticulada y el neocórtex.

A simple vista, se supondría que el sistema límbico y las formaciones reticulares han cercenado la importancia del neocórtex. Sin embargo, recordando que aquellas estructuras son las grandes receptoras de los estímulos venidos del cuerpo interno y del mundo, y de acuerdo a eso, elaboran gruesos patrones de conducta, pero que al fin y al cabo es la corteza la encargada de darle a la conducta el aspecto de finura, de creatividad, de fisonomía personal, de oportunidad, se coincidirá en darle a la corteza un rango de gran importancia, pues le proporciona nada menos que su singularidad a cada hombre.

En los diversos trabajos revisados y en nuestra propia experiencia clínica, no encontramos nada que apunte a algo científicamente preciso y verificable respecto a depresión. Seguramente desde el punto de vista de la bioquímica y de la psicofarmacología, se ha avanzado algo más, aun cuando también aquí todavía se vive en el terreno de las especulaciones y nadie dice de manera clara cuál es el modo de actuar de los diversos fármacos, tanto más cuanto que ellos operan sobre grupos de síntomas y no sobre el núcleo de la enfermedad.

En varios trabajos como el citado más abajo a modo de ejemplo, el diagnóstico mismo es muy dudoso: Se trata de un paciente de 46 años, que sufre de depresión grave, ideas suicidas, alucinaciones auditivas y visuales, notable retardo psicomotor, insomnio agudo, apatía, anorexia e impotencia.

Con Terapia Electro-Convulsiva (E.C.T.) se logra un ciclo dormir-soñar normal.

Se sugiere que la Terapia Electro-Convulsiva produjo una curación clínica del ciclo por la acción de la corriente eléctrica en el sistema límbico y en el diencéfalo.

Paul Abéty atribuye al sufrimiento de los centros de la base y sobre todo a la hipófisis, valioso papel en la producción de melancolías. David reproduce ansiedad en intervenciones quirúrgicas sobre la región bulbar. La mayoría de los autores insisten en la importancia de la disfunción diencéfalo-hipofisiaria y de los numerosos centros neurovegetativos escalonados en la base del cerebro, en producción de hipertimias e hipotimias. Incluso los trastornos vasculares periféricos observados en el curso de melancolías y desaparecidos después, se deberían a eso. Delay ha contrapuesto los centros neurovegetativos de la base, que originarían el humor y la ansiedad, al neocórtex de función noética, pero esa contraposición no es ahora aceptable.

A través de la investigación de enfermedades metabólicas: la diabetes, la gota y formas de obesidad que se suponen ligadas por relaciones hereditarias al círculo maniaco-depresivo, se ha procurado avanzar algo, pero en realidad no se ha esclarecido nada.

Quizás sea cierta la afirmación de Ey en su Tratado de Psiquiatría: "Hasta hoy las investigaciones no han conseguido relacionar los accesos maniaco-depresivos a un progreso histo-fisiopatológico que fuese condición necesaria y suficiente". Recuerda Ey que Foerster y Gagel (1933) observan estados de excitación por la "manipulación" del tercer ventrículo en el curso de intervenciones, pero que David, Hécaen y Talairech (1946), más prudente, los califican sólo de "trastornos de tipo expansivo". Concluye: "Parece verosímil invocar como proceso generador de la crisis maniaco-depresiva, una alteración del centroencéfalo de Panfield".

Guirard piensa que los síntomas de la manía (hipertimia, hiperhomía, hiperactividad vegetativa) vienen de hiperactividad hipotalámica, sin que le sea posible afirmar que se trata de una excitación estrictamente localizada a ese nivel.

Respecto a relaciones con la hipófisis y trastornos endocrinos, dice Manfred Bleuler: "se había pensado, por ejemplo, que las manías estaban relacionadas con una hiperfunción de la glándula tiroidea y las depresiones no ofrecen hoy fundamentos suficientes. Cierto es que relacionan las fases maniacas (aunque no todas) con las hormonas de las células bazófilas. Pero estas suposiciones no ofrecen hoy fundamentos suficientes. Cierto es que no hay pruebas ni aproximadamente constantes de que la mayor parte de las manías o de las depresiones, obedezcan a una endocrinopatía única. También es cierto que los estados psíquicos provocados por una inundación de las hormonas de crecimiento y también de hormonas

tiroideas, puedan conducir a síndromes depresivos y maníacos. Pero debemos agregar que los dos se manifiestan difícilmente como síndromes que se puedan confundir con una psicosis maniaco-depresiva típica. Ni siquiera las depresiones del climaterio se pueden diferenciar actualmente desde el punto de vista endocrinólogo, de tal manera que no se han podido separar hasta la fecha los grupos naturales de acuerdo con los hallazgos hormonales: un grupo que pertenece a la psicosis maniaco-depresiva y tiene una relación de mera coincidencia cronológica con el climaterio, y otro que tiene en efecto una vinculación directa con los procesos endocrinos patológicos del climaterio".

Respecto a las "psicosis modelos" provocadas por fármacos psicodislépticos, ellas no se asemejan a las depresiones clásicas, pese a que en algunos casos se obtienen con L.S.D. estados depresivos angustiosos, sentimientos de miedo, desolación, desazón íntima que incitan incluso a la huida precipitada y al suicidio. A veces sólo se dan mareos, cefalea e intensos síntomas vegetativos. Tales cuadros recuerdan más, sin embargo, a las distonias epilépticas. En personas con tendencia a la depresión el L.S.D. puede desencadenarlas o ponerlas en descubierta. Curiosamente algunos esquizofrénicos se "normalizan" por minutos y hasta horas en el curso de la experiencia. Igual les ocurre a muchos esquizofrénicos en ciertas etapas brevísimas de la profundización o la recuperación, durante la cura con coma hipoglucémico. Pero en general con dichas drogas psicodislépticas se obtienen cuadros oníroides u oníricos de tipo exógeno, y no "psicosis modelos" de factura parecida a la esquizofrenia o a la psicosis maniaco-depresiva. Quizás si a lo más que se aproximan es a los cuadros psíquicos variadísimos de los epilépticos, sobre todo a los de aquellos que presentan pocos o ningún ataque de gran mal. Ese caminar hacia adentro del yo, sumergirse en vastos laberintos interiores, encontrarse consigo mismo en las profundidades, ver con luz y brillo colores y formas transformándose caleidoscópicamente, sentir el tiempo que se abrevia o se alarga al infinito, tomar vivo contacto con el aquí y ahora, lo hemos visto también con frecuencia en trastornos psíquicos epilépticos.

En suma, si no cabe decir nada respecto a los fenómenos fisiopatológicos precisos capaces de provocar depresiones, se ha avanzado bastante en el descubrimiento de comportamientos afectivos que tienen que ver con el hambre, la sed, el sexo, la furia, la mansedumbre, la apatía, la excitación, la vigilancia, como para esperar del progreso de los métodos de estimulación química y eléctrica, los datos importantes sobre aquélla. Es necesario que el clínico se acerque al fisiopatólogo y demás investigadores del sistema nervioso, pero también lo es que los investigadores conozcan algo de medicina a fin de aproximar en lo posible sus conceptos operacionales experimentales a los de la clínica. El divorcio entre concepto clínico y experimental de depresión es uno de los más dramáticos: si continúa, el investigador difícilmente afinará sus métodos hasta dar con conductas depresivas verdaderas.

Fuera de eso, si el núcleo de la depresión esquizofrénica es la timidez y la vergüenza, y el núcleo de la depresión ciclotímica es la responsabilidad incumplida,

ambos sentimientos típicamente humanos, es dudoso que puedan investigarse en animales. Desde tal punto de vista la psicosis maniaco-depresiva y la esquizofrenia son del grupo de enfermedades que Rossier y más tarde Jores llamaron específicamente humanas, o sea, no dadas en animales en estado natural.

La abrupta discontinuidad entre la primera parte de este trabajo en que se procuran circunscribir algunos de los variados tipos de depresión, y la segunda, en que se alude a los notables hallazgos de los investigadores, sin que ambas partes se toquen verdaderamente, se debe no sólo a diferencias de lenguaje, sino al vivo carácter antropológico de los sentimientos depresivos más típicos. Nosotros esperamos que a través de la fisiopatología, la neurocirugía, la electroencefalografía, la electrocorticografía y, en fin, los innumerables caminos de la ciencia actual, se consigan reproducir fenómenos como la vergüenza, la humillación y la responsabilidad. Ese día se habrá abierto, quizás por primera vez, la posibilidad de intelección y manejo de constitutivos fundamentales del ser humano.

Santiago de Chile, 1964

Alcoholismo y psicosis endógenas

Se suscitan aquí varios problemas. Uno es el del alcohol como desencadenante de psicosis endógenas, otro, el del alcoholismo como uno de los complejos sintomáticos notorios en dichas psicosis; un tercero, que él persista como residuo una vez mejorado lo axial de esa psicosis o sirva para enmascarar síntomas endógenos penosos. Ninguno de tales problemas tiene todavía solución satisfactoria.

Ya el tipo de ingestión, en ciertos alcohólicos crónicos (no meros bebedores excesivos), es curiosa. Son precedidas por horas de desazón íntima, "tincadas", en virtud de las cuales presienten el peligro y sólo entonces si beben uno o dos vasos, no podrán detenerse. Sin embargo, en los periodos intercríticos beben en las comidas sin desembocar en crisis alguna; incluso se embriagan accidentalmente con motivo de cumpleaños o bodas, sin que al despertarse haya signos de privación y necesidad de nuevas ingestas.

Ciertos alcohólicos intermitentes comparan la desazón de los días previos a las ingestiones masivas, con el alerta tenso de quienes desean con ansias una mujer. Uno dice: "Cuando no estoy tincado bebo en las comidas y el asunto no me interesa; les saco la vuelta a los amigos y me voy tranquilo de la fábrica a la casa. De repente amanezco con la tincada, como algo deprimido o como esperando algo. Ese día o el otro voy a caer: lo sé, no esquivo a los compañeros. Me hago de rogar un poco pero acepto ir con ellos. Me digo: con unas dos o tres copas me bastará; en el fondo es distinto cuando ando así y cuando sólo bebo en las comidas. Después sigo emborrachándome por varios días, y dos o tres veces al día, hasta que me pescan y me dejan en el hospital".

Otro confiesa: "Cuando no ando días y días en borracheras, miro el vino y no necesito tomarlo como no necesito tomar Coca-Cola; a veces bebo hasta dos copas si la comida es buena, pero es por agrado. Cuando me da la tincada es otra cosa; es igual como cuando a uno le gusta una mujer y se desespera detrás de ella; así me empieza".

La observación clínica de S.A.A., de 44 años (Ficha clínica 56-2590), del Hospital Psiquiátrico es mostrativa a este respecto. Bebe desde hace más o menos 30 años y desea un tratamiento; después de una reflexoterapia hecha en 1954 y seis años consecutivos de abstinencia, ha empezado desde 1960 con nuevas crisis de ingestión. "Me dio un día, de pura ignorancia, por tomar y de ahí no pude cortarla; porque ahora si yo tomo un trago no puedo cortarla hasta que me vuelvo a

curar". Las crisis de ingestión le duran ocho días con dos embriagueces diarias; en la mañana bebe porque amanece con sed y "el resto de la curadera de la noche". A su parecer, podría tomar agua, pero prefiere el vino porque "lo pone rico, valiente, corajudo".

No sería, según él, víctima de una enfermedad sino de una mala costumbre: "Si fuese enfermedad tomaría siempre; ¿por qué entonces quedo dos o tres meses sin tomar después de emborracharme unos 8 ó 10 días? Cuando no estoy con la tin-cada paso por ahí con amigos, me tomo un par de tragos pero no la sigo. Sábados y domingos vamos a la Vega (mercado) con mi señora, nos compramos medio litro de vino, lo tomamos en la casa y no se me calienta la jeta. Esto de la curadera me pasa sólo cuando estoy de idea y me encuentro con los compañeros". En este caso hay discretos signos encefalopáticos.

Varios bebedores crónicos no precisan del motivo de sus reincidencias después de haberse "mantenido firmes" meses o años. Frases como: "lo hice para probarme", o "no creía que pasase lo mismo", no dejan en claro cuál era la necesidad de probarse o por qué no escogieron periodos de vacaciones menos perjudiciales para sus labores.

Quizás si la crisis de ingestión de muchos alcohólicos sean fases compulsivas periódicas parecidas a las fases compulsivo-obsesivas de ciertas depresiones endógenas o distimias epilépticas. En tal caso el largo beber excesivo previo habría facilitado la aparición de un dispositivo endógeno periódico, y durante las semanas en que él permanece silencioso, la persona no bebe o bebe como cualquiera, sin incapacidad de detenerse.

En pocos de nuestros alcohólicos no psicópatas, hay incapacidad de detenerse casi desde la partida; sus crisis de ingestión han empezado a los 16 ó 18 años, sin periodo previo ni de beber moderado, ni de beber excesivo. Varios beben moderadamente en los periodos intercríticos. Es difícil no pensar también aquí en mecanismos endógenos detonados con la primera chispa.

Las desazones corpóreas de algunas personalidades asténicas y ansiosas presentan tal vez su propia solución a través de la imagen del licor y no cabe liberarse sino consumiéndolo, así como el cuerpo con hambre motiva las imágenes de guisos agradables; o el deseo sexual imágenes de hermosas muchachas. Lógicamente una crisis de ingestión, al igual del hambre o el ansia crótica, pueden frenarse bruscamente con una mala noticia, una situación ingrata o un peligro inminente; pues en dicho caso la fantasía, fuente de motivación y acción usada habitualmente por el cuerpo, desaparece.

El que las crisis de ingestión se desencadenen al recibir el salario o en fechas precisas no habla en contra de una endogeneidad o de una posible "corporalización" del deseo de beber a la manera del apetito sexual, pues sabemos que hechos similares provocan distimias o estados depresivos. Son clásicas las "distimias y depresiones endógenas de aniversario o de Pascua y Año Nuevo".

Tales consideraciones tienen alcance hacia las investigaciones biológicas, los tratamientos y la prevención.

En los alcohólicos inveterados de largos años, sin daño orgánico clínicamente pesquizable, obtenido el éxito en el tratamiento hemos observado repetidas veces cuadros similares a las depresiones endógenas que se prolongan meses y ceden muy difícilmente. Tales cuadros van desde la leve angustia matinal, el despertar brusco demasiado temprano, la indecisión y el agobio por las tareas del día, propios de una subdepresión, hasta la depresión franca con inhibición del pensar y el actuar, compulsiones suicidas, sentimiento de cobardía ante la vida, temblores de las manos de tipo depresivo, etc. Se alivian un poco hacia la noche. Los fármacos corrientes: Tofranil, Surmontil, Dinsidón, Avently, Marplan, dan resultado incierto, pese a usarse en dosis altas. En cambio, uno o dos vasos de alguna bebida alcohólica otorgan descanso, como "si se soltarán por dentro". Pese a dicho resultado, muchos enfermos, no recaen en su hábito y finalmente mejoran de la depresión.

Más frecuente es la confesión del inveterado de que bebe cuando enfrenta a un jefe, una tarea difícil, o una reunión social, porque en caso contrario se inhibe mentalmente, no se le ocurre nada, se queda en blanco, carece de coraje. No está claro de si se trata de meros síntomas anodinos propios del círculo vicioso de la toxicomanía o de si una subdepresión endógena, que como se sabe duran años y giran en torno a inhibiciones parciales, ha encontrado su calmante preciso en el alcohol. Faltan investigaciones clínicas capaces de dar alguna luz; en casos seguidos por nosotros a través de la historia familiar, se encontraban subdepresiones previas. Las fases depresivas clásicas de una psicosis maniaco-depresiva no llevan en general a la apetencia de alcohol. En cambio en las maníacas, si llega la ocasión se bebe abundantemente con amigos, con marcada resistencia a la embriaguez. El maniaco no anda en busca de alcohol, ni lo siente como remedio, sino como fuente de alegría. Los hipomaniacos e hipertímicos también beben con sus camaradas, complementando su buen humor. La hipomanía, con su facilitación espontánea de todos los procesos psíquicos, más bien no es origen posible de alcoholismo inveterado, como sí puede serlo o lo es, con sus inhibiciones selectivas, la subdepresión. Aquí la llamada incapacidad de abstenerse, es la necesidad de encontrar un fármaco "que suelte por dentro", que abra a la espontaneidad de la vida. La alegría en cambio, no parece llevar a la habituación.

En nuestro país, la incapacidad de abstenerse propia de los inveterados abunda en los "tinterillos", "jureros" y gente merodeadora de tribunales, necesitada por oficio de gran dominio de sí mismas. Es muy posible que el miedo de caer en las redes de la justicia produzca inhibiciones reactivas frecuentes y esa inhibición se cure con el alcohol. El alcohol, en dosis medianas, es un antiinhibitorio excelente y la inhibición es un síntoma clave de depresiones reactivas, endógenas y orgánicas. Los demás síntomas: sentimiento de culpa, sensación de pasado y porvenir inútil, etc., faltan en la mayoría de ellas y no se exigen para el diagnóstico.

La misma facilitación de la acción debe provocar el alcohol en tareas mo-

nótonas como las de obreros no calificados. Por eso priman entre ellos los inveterados, que en su grado extremo reciben el nombre de consuetudinarios.

El alcoholismo crónico exalta la vertiente paranoica de la personalidad, incluso en casos en que ésta no lo era previamente. Así aparecen el alcohólico litigante campeón de la justicia, el celoso y fanático antialcohólico, convertido en decidido enemigo de su antiguo hábito y en apóstol de la lucha contra el alcohol. Muchos forman el nervio de las asociaciones de ex alcohólicos anónimos, lo cual no significa de ninguna manera que la mayoría de los integrantes de ellas lo sean. En estudios hechos en nuestra Cátedra respecto a la personalidad de los dirigentes de sociedades de ex alcohólicos, se encontraron casos de francas psicopatías paranoicas, cuya idea sobrevalorada era justo el antialcoholismo. Como en el caso de la malaria y la parálisis general, una enfermedad expulsaría a la otra, ahora con un valioso alcance hacia la salud pública gracias a esta apertura hacia lo paranoico. Algunos alcohólicos dejarían de beber de la noche a la mañana mediante conversiones religiosas, en cuanto reciben la ración sobrevalorada que calza justo con aquello de que ya estaba hambrienta su persona. Es un problema de alcance para la salud pública, todavía en franco periodo de investigación clínica.

Hemos observado que quienes dejan de beber después de tratamientos adecuados o de conmociones psíquicas, sin haber adquirido una personalidad paranoica sintomática, se dedican a su hogar y a sus labores y más bien participan pasivamente o no participan en las sociedades de ex alcohólicos. Además no deja de ser curioso que los apóstoles de tales grupos sean casi siempre ex alcohólicos crónicos en los cuales hay signos, aunque leves, de cierto daño orgánico. Se dan también antialcohólicos de oficio, en personalidades primitivamente fanáticas, cuyo fanatismo viene de otros móviles y no de un daño orgánico. El fanatismo como secuela de daño orgánico no es además privativo del alcohol. También lo dan los traumatismos encefalocraneanos graves u otros cuadros corporales que desembocan en las llamadas neurosis de renta, en buena parte paranoias querulantes larvadas.

La dipsomanía, según Bleuler, sería sintomática en algunos esquizofrénicos, beberían para deshacer estados de tensión y ansiedad. Después de días de copiosas libaciones, quedarían exhaustos en cualquier parte.

Los hebefrénicos, dada su tendencia al payaseo (clownismo), uno de sus síntomas axiales, se incorporan a grupos y pandillas y beben abundantemente por largos periodos. No rara vez hacen alucinosis o delirium tremens, motivo por el cual son hospitalizados.

En otros esquizofrénicos, la impulsividad descontrolada se traduce justo en excesos alcohólicos. Parecen llevados a ellos también por ecopraxia (imitación de lo hecho por sus compañeros) o automatismo al mandato. Por la misma razón dejan de beber si caen en grupos de no bebedores.

No se sabe cuántos esquizofrénicos beben excesivamente o son alcohólicos crónicos, pues a los hospitales llegan las esquizofrenias llamativas, pero no las larvadas que son el mayor número y que persisten en la comunidad migrando de

un lado a otro. Ellas forman un alto porcentaje de la patología psiquiátrica, lo cual es grave sobre todo porque ataca a personas entre los 15 y los 25 años y las invalida para el resto de la vida. En nuestro país se calculan las esquizofrenias en unas 65.000 y su pesquisa en la comunidad exige sagacidad clínica dada su sintomatología deletérea. Los esquizofrénicos clásicos consultantes de nuestros hospitales, difícilmente llegan a cinco o seis mil. Trabajos epidemiológicos de este mal, a lo menos tan grave como el alcoholismo pues invalida casi toda la vida, están recién en marcha entre nosotros.

En los últimos cinco años hemos observado con alguna frecuencia esquizofrénicos paranoide-catatónicos hospitalizados por agresividad franca, sobre todo contra la esposa, a raíz de prolongadas ingestas alcohólicas con embriagueces diarias o de fines de semana. Padecen de ideas delirantes celotípicas de carácter primario, o sea, se apoyan en conversaciones accidentales de ella con amigos, pero no incitan a la verificación efectiva de la infidelidad, ni a interrogatorios exhaustivos, como es lo clásico en otros celotípicos paranoicos. Durante la hospitalización las ideas se hacen notorias en el interrogatorio o en las visitas de su mujer. El resto del tiempo están ensimismados o indiferentes en una especie de actitud autística. Las ingestiones vendrían de una entrega pasiva a impulsividades catatónicas, no preocupan mucho, no se las disimula ni se las ostenta. A su vez, reaccionan sobre el cuadro, dándole vigor a las percepciones delirantes, las pseudo-percepciones, las ideas deliroides, etc.

La alucinosis alcohólica aguda es un cuadro de perturbación de conciencia en el cual domina un sentimiento sombrío de estar rodeado de peligros, alucinaciones auditivas nítidas y visuales vagas, cogniciones corpóreas o a lo menos presentimientos de que alguien acecha por detrás, a veces robo y adivinación de pensamientos, sentimientos de culpa, aire depresivo, sueño sobresaltado o insomnio, cuchicheos en el entretecho con la sensación de que son conversaciones contra el enfermo sorprendidas casualmente. Ante la amenaza inminente, se huye precipitadamente o se intenta el suicidio. El conjunto muestra cierto sello esquizomorfo, tanto mayor si el alcoholismo cursa sobre una esquizofrenia larvada, que salvo la falta de propositividad vital, pasa a los ojos del profano como pereza, abulia o "mala crianza".

Si se recupera la lucidez, o sea si desaparece la obnubilación, el estado afectivo de sobresalto ante ruidos o conversaciones, el insomnio, los temblores, sudoraciones y saltos musculares, persistiendo pese a todo las voces e ideas persecutorias en medio de una vida sin propositividad en que a lo más se trabaja por rutina, quiere decir que se está ante una alucinosis esquizofrénica, secuela del alcohol, de curso independiente aun cuando haya perdurable abstinencia. En vez del hablar tembloroso del comienzo, ahora se cuenta todo con relativa serenidad.

La similitud clínica entre las alucinosis crónicas de los bebedores y las de otros orígenes calificadas de esquizofrénicas, hace procedente ubicarlas en una misma comunidad diagnóstica.

Numerosas observaciones clínicas de nuestro servicio, muestran un beber

excesivo iniciado a los 16 ó 18 años en personas que ya entonces, o uno o dos años después, no se esforzaban por conseguir trabajos estables, no les preocupaba seguir cursos de capacitación profesional o fracasar en ellos, ni de mantenerse en su nivel social o de prestigio sin que mostrasen otros síntomas neuróticos o psicóticos. Tal cuadro constituido por falta de propositividad vital, desgano frente a las tareas de la existencia y afectividad aparentemente lejana ante ese descalabro, es lo básico del cuadro esquizofrénico, sin embargo, se confunde con psicopatías, neurosis o simplemente falta de responsabilidad. Aquí el beber excesivo y el alcoholismo crónico es sintomático. En muchos de ellos, después de la ingestión, aparecen cuadros amenciales con depresión intensa, angustia, sentimientos de culpa, afrentas ignominiosas de la esposa que tiene relaciones sexuales en las cercanías con cuantos quieren poseerla, robo, adivinación y publicación de pensamientos, actitudes catatónicas estuporosas, ecolalia, ecomimia, tendencia al suicidio y no rara vez suicidios verdaderos. Mejoran al cabo de uno o dos meses y a veces se necesita recurrir incluso a tratamientos como electroshock o coma insulínico. Curada la amencia misma, el paciente queda con su antigua esquizofrenia larvada, lo que a ojos del profano equivale a normalidad.

La relación entre esquizofrenia y alcoholismo se esclarecerá más si se abandona la costumbre de ver en la esquizofrenia sólo un cuadro centrado en alteraciones del pensamiento y del afecto. Tal vez la mayoría de los esquizofrénicos que pululan en la comunidad no han consultado médicos, y no presentan escisión alguna del pensamiento ni alucinaciones ni percepciones delirantes. En cambio, es su núcleo básico la ausencia de propositividad vital, la hiperestesia afectiva, el desgano frecuente, la fragilidad ante cualquier obstáculo en las tareas y la falta de auténtico aburrimiento, pese a su estado de abandono. Entendemos por falta de propositividad vital el no poner empeño afectivo planeado y perseverante en la obtención de metas escalonadas hacia objetivos acordes a capacidades y probabilidades reales. El esquizofrénico mantiene a veces fuertes aspiraciones, pero ninguna se convierte en un planeado propósito eficaz. A diferencia del psicópata, que ante fracasos idénticos procura astutas justificaciones, el esquizofrénico larvado da algunas explicaciones vagas si se le solicita, pero no se le ve afectivamente tomado, lo cual no significa que en su intimidad no juegue un riquísimo e hiperestésico mundo afectivo.

Quizás si el problema del alcoholismo en los niños menores de 5 años, sobre el cual hemos sido de los primeros en insistir hace ya años, niños en los cuales hay tendencia al beber excesivo sin que operen ni la capacidad de abstenerse ni la de detenerse, pueda esclarecer el problema de la endogeneidad de estos mecanismos. A propósito de varios casos mostrados en las lecciones clínicas postulamos ya entonces la posibilidad de la existencia de tres periodos en relación con el beber: el primero hasta los 5 ó 6 años, en que habría tendencia al beber excesivo si las circunstancias ponen alcohol a la mano; el segundo de latencia de los 6 a los 15 años en que habitualmente no se bebe excesivamente, y el tercero, de los 15

años adelante. En nuestras observaciones sólo hay tres bebedores crónicos cuyas primeras embriagueces, empezaron a los 10 años. Investigaciones recientes de pediatras chilenos en las poblaciones de los cerros de Viña del Mar, mostrarían resultados sorprendentes respecto al beber infantil y coincidirían en parte con aquellas observaciones clínicas, aludidas en el capítulo respectivo de nuestro libro "Psiquiatría" (1959).

Restan algunas palabras sobre la melancolía alcohólica, cuadro donde prima gran abatimiento por unas cuantas semanas y que desemboca no rara vez en el suicidio. No hay verdadera indecisión ni inhibición del pensar; la persona se siente más bien globalmente abrumada sin interesarse ni por el futuro ni por el pasado. No es que no le encuentre salida al futuro como le sucede al depresivo endógeno, sino que ante el abrumamiento sólo le importa liberarse del presente. Los enfermos se dejan manejar pasivamente por el médico, sin esa indecisión ante el tratamiento del subdepresivo o del depresivo endógeno. Las producen los excesos etílicos y no las hay en la abstinencia prolongada. Bleuler fue uno de los primeros en aislarla como una entidad.

En suma, el problema del alcoholismo y las psicosis endógenas queda abierto. A veces es sintoma de automatismo al mandato, de ecopraxia, de impulsividad, catatónica o de clownismo. En la manía hace juego a la alegría y rara vez lleva a la embriaguez. En distimias epilépticas, subdepresiones endógenas y personalidades asténicas (nerviosas) se da como fármaco aliviador de las tensiones, como "descomprimiente del espíritu" y desemboca en ciertos casos en el alcoholismo inveterado. También se observa como alcoholismo inveterado en aquellas esquizofrenias cuyo síntoma clave es la ansiedad. En las esquizofrenias larvadas aparece como intermitente, como inveterado o en forma alternante.

En la depresión endógena franca casi no se observa, tal vez debido a la inhibición psíquica y física, a la desconfianza en los remedios y a los posibles sentimientos de culpa venidos de una ingestión masiva.

Santiago de Chile, 1969

Alucinosis alcohólica y el mundo de lo funesto

Numerosos investigadores piensan como posible que de cada 100 alcohólicos crónicos, 10 hagan delirium tremens una o varias veces en su vida, y sólo un 0,5 ó un 0,8%, alucinosis alcohólica, también una o varias veces. Puede suceder que una misma persona sufra sucesiva y combinadamente de alucinosis y delirium tremens.

El cuadro mismo de la alucinosis alcohólica, tal cual lo describen habitualmente, lo vemos poco en Chile; en cambio se observan con mayor frecuencia estados prealucinóticos o alucinóticos larvados. Si tomáramos este tipo de casos, el de más frecuente consulta, quizás si la cifra del 0,8 ó 0,9% de alucinosis suba, a algo así como un 2%, aunque no disponemos de cifras confiables al respecto.

El mundo de lo funesto

Los cuadros prealucinóticos, descritos como alucinosis larvada a principios de siglo (estado de "espirituamiento" permanente), se dan en alcohólicos crónicos y son raros en personas que han tenido sólo dos, tres o cuatro embriagueces accidentales¹. En las alucinosis corrientes, pasado el período agudo de una de las múltiples ingestiones alcohólicas, los pacientes quedan durante días con miedo a algo imprecisable. Es miedo a que les puedan ocurrir cosas siniestras; a ser perseguidos (sin saber tampoco por qué), a que en la calle de repente les peguen una bofetada o los aprehendan los policías, dándose cuenta al mismo tiempo de que se trata de miedos injustificados, patológicos, sin fundamentos de ninguna especie. Este miedo es parecido al de aquellas personas que sabiendo que no existen ánimas les tienen temor y por lo tanto, pese a su confesión de no creer en ellas, no dormirían por ningún motivo solos en una casa, o no pernociarían en un cementerio.

Los pacientes se comportan frente al miedo como ante una situación real de peligro auténtico; andan con una mirada huidiza; catean hacia los lados y atrás, como si de repente viniese sorpresivamente lo funesto. Lo funesto lo es para ellos,

¹ Si lo último ocurriese, debe pensarse en la aparición de una posible esquizofrenia.

no para todos los hombres en general. Así se diferencia del "humor delirante" de los esquizofrénicos en el cual hay un temor apocalíptico de que algo vaya a ocurrir al mundo entero y a ellos lógicamente como parte del mundo. Importa tenerlo presente, porque muchas veces los excesos alcohólicos desencadenan esquizofrenias y entonces el miedo no es ya referido a un puro peligro personal como ocurre en la alucinosis.

La acaticia

Elemento alucinósico importante es el estado de intranquilidad corporal e interior. Los enfermos dicen: "me tengo que pasear hasta cansarme, me acuesto y me levanto, me siento y a los pocos minutos me incorporo y cojo otra cosa; estoy con las manos en el bolsillo y tengo que sacarlas; prendo un cigarro y lo apago, etc.". Conviene distinguir tal intranquilidad, de la presentada en las neurosis, en las de angustia sobre todo, durante el llamado apremio psíquico. En el apremio psíquico de los neuróticos se empieza a hacer o a leer algo, y a los pocos minutos viene aburrimiento por lo larga que aparece esa tarea; entonces se cambia de ocupación buscándose otra que parece de mayor premura; como hay pocas ocupaciones despachables en dos minutos, se repite el fenómeno anterior y se irá cambiando de tarea en tarea. En las alucinosis es una intranquilidad muy típica. Los enfermos confiesan no poder tener tranquilos los músculos, o el cuerpo, signo que revela organicidad y equivale al observado en la ingestión de muchas drogas. Se le denomina *acaticia*.

La actividad onírica y las pesadillas

El sueño es a veces de una profundidad que llama la atención a los propios enfermos; dicen: "duermo pesadamente toda la noche". Es curioso que dicha profundidad les resulte molesta. "Es como sueño cargado", dicen, con lo que quieren significar que al otro día no se despiertan descansados. Lo más frecuente, sin embargo, es un sueño muy interrumpido y plagado de actividad onírica de tipo depresivo. Los enfermos se ven perseguidos por hombres, cayendo a un abismo y más rara vez (esto es más propio de enfermos predeiriosos o con delirium tremens), atacados por animales. De repente les parece que caen en una emboscada, que no pueden mover los pies, o que los siguen por malvados.

Despiertan de esas pesadillas sudando, aterrados, pálidos, con cierta pesadez de movimientos.

Observados durante el día en una clínica psiquiátrica, lo habitual es que se paseen solos, reconcentrados, como pensando en algo trascendente. Tienden a no acercarse al médico; pero si el médico se acerca y les pregunta por su estado no regatean la contestación. Las respuestas son inmediatas, breves, como para deshacerse luego del interrogador. El rostro es ceñudo pese al aire depresivo, y no flácido y marchito como el del depresivo endógeno. Les preocupa sentirse culpables de algo, sin que sepan bien cuál es ese algo del que se creen culpables.

La culpa

Lo más frecuente es que el sentimiento de culpa se dé de manera imprecisa. Suponen malas muchas realizaciones del pretérito y entonces se pasean tratando de descubrir y discriminar cuáles son. Ante el médico declaran por ejemplo, que han llegado tarde a casa alrededor de cinco veces; que en cierta ocasión le pegaron injustamente a una niña por una tarea deficiente, y así, otra serie de nimiedades. Para el diagnóstico es importante la desproporción entre las cosas triviales validadas como posibles causantes de su sentimiento de culpabilidad, y la magnitud en globo que ellos atribuyen a esta culpa. Entre ciento ochenta alucinosis alcohólicas, apenas hemos visto cuatro casos de verdadera culpabilidad por adulterio, robo, agresión con lesiones a terceros. Los otros tenían el sentimiento de ser malos, sin precisar motivos verdaderamente comprensibles.

El trabajo y el desgano

Al revés del depresivo no hay preocupación por el trabajo. Aun cuando lleven seis o siete días en el hospital, estén ya tranquilos, coman y duerman bien y tengan aspecto saludable, no les molesta el ocio; los absorbe la culpa. No sienten en la mañana esa angustia típica del depresivo endógeno; no tienen tampoco la sensación de cansarse con esfuerzos mínimos como el depresivo; las ganas de no hacer nada no les afectan, en lo que son bien distintos del depresivo, pues éste desearía tener ganas de trabajar, se siente hiperresponsable ante sus tareas, aunque en cuanto las empieza se fatiga y derrumba; justo entonces se desespera al querer algo y no poder hacerlo con soltura.

En el alucinósico hay mero deseo abstracto de trabajo; si uno les pregunta si desean volver a su ocupación contestan: "sí doctor", pero sin hábito vital. Aun es probable que contesten: "quisiera antes esclarecer ciertas cosas", cosas que son, en el fondo, los sentimientos de culpa descritos anteriormente.

Se visten con cierto descuido y sin embargo se ocupan de su aseo.

El espirtuamiento

El sentimiento de constante amenaza (espirtuamiento) ya señalado, es fácilmente observable por el médico; frente a una persona que entra intempestivamente, a un ruido, a un golpe en la calle, se estremecen y miran ávidamente. Hay hipermetamorfosis a los estímulos auditivos y visuales. Si se les pregunta por qué miraron de esa manera, contestan, "me asusté no sé por qué". La verdad es que dan la impresión de que se asustaron justamente porque temen de que en ese momento les suceda lo que presienten como castigo a su supuesta culpa, o simplemente el ser víctimas de una venganza.

Más acusado que en otros cuadros de alteración de conciencia es notorio el que sientan una especie de "ingratitud" de los demás hacia ellos. Esto pareciera contrario a lo expresado antes, porque si alguien se cree culpable, aun cuando no sepa bien cuál es su culpa, debiera considerar natural por ejemplo que sus familiares no lo visiten lo suficiente; sin embargo, los enfermos sienten ese abandono muy dolorosamente y lo confiesan a cada rato; dicen: "me tienen abandonado"; junto a la "culpa" existe entonces el sentimiento de "abandono". En las depresiones endógenas intensas, al contrario de las alucinosis, los pacientes sufren por las desconsideraciones de los suyos, pero pueden encontrar natural que no los visiten porque se creen tan desmerecidos, que no es extraño el desafecto de los otros aun cuando protestan de que se les mire en menos. En la alucinosis hay, en suma, un contradictorio sentimiento de autculpabilidad y de culpar a los otros por abandono. Expresan: "Ayer vino mi señora a verme y no me trajo nada". O "yo le había pedido que me trajera toalla y jabón, y no me los trajo". No es un sentimiento de haber sido olvidado sino de reproche por no preocuparse de sus deseos y necesidades. "Me visitan por obligación, pero no les importo nada, estoy abandonado a lo que aquí me presten o me den".

Diagnóstico diferencial con la depresión endógena, y el alcoholismo crónico

La baja del peso es en general escasa, a diferencia de lo propio de la depresión endógena. Sin embargo, había en varios casos nuestros constipación, lo que otra vez lleva el diagnóstico hacia la depresión endógena, en la cual la constipación es un síntoma clásico; pero no se da acompañada de otros elementos de la depresión, como son cara marchita, indecisión penosa, inhibición del pensar, fatigabilidad fácil ante pequeños esfuerzos.

Los alucinósicos están paseándose o sentados y confiesan fatiga pareja total en todo momento y no fatiga desencadenada con el esfuerzo. Hay una cierta tendencia a la emotividad, pero menor que en los convalecientes de delirium tremens.

El humor lagrimoso muy descrito en los alcohólicos crónicos, realmente no lo hemos observado. Más bien durante toda la entrevista hay cara taciturna y sombría, que sería lo más típico del aspecto global. Lo probable es que este cuadro mejore en cinco, seis o siete días; entonces desaparece el sentimiento de culpa, el enfermo se siente bien, reaparecen rápidamente los deseos de trabajar; considerarán lo que sentían antes "pura cosa de su cabeza", pues "no había motivo para tanta culpa". Vuelven en suma a su vida normal. A veces el restablecimiento es espectacular; un enfermo hoy lleno de síntomas puede aparecer mañana sano; algunos casos duran horas.

Tal es la sintomatología común a los cuadros más corrientes: alucinosis

larvadas o prealucinosis. Respecto a la alucinosis franca, posible origen de esquizofrenias, paranoias, parafrenias, o delirios alcohólicos, la vemos pocas veces.

Las alucinaciones alucinóticas

Los autores extranjeros describen como lo más importante de la alucinosis franca, la presencia de alucinaciones auditivas; nosotros también las hemos encontrado en todos los casos. La alucinación auditiva, a diferencia de la alucinación esquizofrénica, es en general sumamente clara; el alucinósico entiende categóricamente todo. El contenido de las voces no es casi nunca de carácter laudatorio, sino degradante. Lo tratan de borracho, mal padre, asesino de sus hijos porque no los alimenta, etc. O sea, algo bastante cercano a lo que en verdad, debido a los excesos etílicos, les ocurre en su vida real. Es como si su otro "yo" los tuviera avergonzados. Los tomadores se dicen con cierta frecuencia a sí mismos en los momentos de serenidad: "Tú no mereces vivir" o "tú te has portado mal con tu mujer, o con tus hijos, los has descuidado y mereces castigo, etc."

En las voces, los enfermos escuchan casi venido desde fuera ese mismo monólogo íntimo, y en dicho sentido se diferencian de los esquizofrénicos que oyen más bien la voz como pura voz y casi sobreentendiendo o captando a veces claramente (intuitivamente) lo que las voces dicen. Los esquizofrénicos cuentan: "oigo voces y no sé lo que me dicen", o también: "oigo voces, parecen tratarme de homosexual". En los alucinóticos, la voz claramente revela su contenido; en buenas cuentas, entre expresión y contenido de la voz hay una connotación bastante directa, y no la desproporción propia de la alucinación esquizofrénica, en que lo formal (oír algo) prima sobre el contenido.

A diferencia de autores extranjeros, damos importancia en el diagnóstico a la presencia de alucinaciones visuales. Ellos insisten en que las alucinaciones visuales son ocasionales pero no ocupan un punto central en el cuadro; a lo más, los enfermos ven fotopsias, o sea, luces amorfas repentinas, manchas difusas que atraviesan la habitación, etc.; en suma fenómenos sin mayor alcance.

En la mayoría de nuestros pacientes las alteraciones pseudoperceptivas visuales eran, al contrario, bastante acusadas; los enfermos veían policías, enemigos, malhechores, que venían tras ellos y los veían claramente.

Cabe aquí una distinción entre estas alucinaciones visuales y las posibles de darse en el delirium tremens. Quizás si un par de ejemplos lo esclarezca. Un paciente cuenta: "voy por la calle y mi mujer me llama la atención a cada rato, porque yo ante cualquier ruido, o de repente sin ningún motivo aparente, miro bruscamente hacia atrás en circunstancias de que ella no observa nada raro; dice que yo a lo mejor creo que me vienen siguiendo. Realmente veo una tropa de gente siguiéndome". Dentro del grupo, distingue carabineros, policías civiles, e incluso gente del barrio; de la identidad de los últimos no está seguro. No identifica la cara de nadie, sólo los sabe genéricamente policías o perseguidores. En la supuesta alucinación visual del delirium tremens, se trata más bien de una vivencia deliriosa o de un falso reco-

nocimiento. En el delirium tremens, la cara del otro es identificada como de un amigo, e incluso se le invita a beber. En la alucinosis no hay identificación de nadie en particular; no es “ni el compadre, ni el vecino, ni el amigo”, sino que es “la policía, los enemigos, las mujeres del barrio”. La identificación es de grupos, no de personas. No hemos visto en la alucinosis alcohólica, lo cual no significa que no las haya, identificación de personas concretas.

Preguntados los pacientes cómo saben que venían siguiéndolos, dan respuestas variadas. Al respecto, mientras los esquizofrénicos “pueden sentir gente detrás”¹, lo llamado en el lenguaje psicopatológico cognición corpórea, y saben categóricamente de la existencia de alguien detrás de ellos, hasta el extremo de que no necesitan mirar para cerciorarse, los alucinóticos, en cambio, experimentan un presagio; por eso, con la “curiosidad” de confirmar el presagio miran “seguros” de que alguien viene y “en verdad” viene². Un alucinótico decía en días pasados al preguntarle nosotros si a veces lo engañarían sus presentimientos: “dos o tres veces me he equivocado; sin embargo si usted tomara las muchas veces que miro hacia atrás, y no me equivoco, es un presagio”. O sea, *el presagio es un elemento bien céntrico, a diferencia de la llamada cognición corpórea de la esquizofrenia que no es presagio, sino certeza*. Cuando el presentimiento de ser seguido por la espalda de un supuesto alucinótico se convierte en certeza, es probable que el cuadro se haya convertido en esquizofrenia. El peligro de la alucinosis es justo que sea puente de paso hacia esta última enfermedad. El cambio de un cuadro a otro, cuando así ocurre, es imperceptible o bastante rápido.

Atmósfera de casa encantada

No es raro que los pacientes sientan en la noche pedrazos o pasos en el techo, mesas dadas vueltas, golpes en las murallas, como aquello descrito en las llamadas casas encantadas. Un paciente describe por ejemplo, cuatro primeras noches de su enfermedad, culminación de la atmósfera de casa encantada: “daban vuelta las mesas, andaban por el techo, tiraban patadas a los muebles, piedras a las paredes”, es decir, algo parecido a la “posesión demoníaca” descrita en cuentos, tradiciones, leyendas, etc. Los pacientes, víctimas de pavor, llaman en ese momento a su señora, a sus vecinos, o tratan de huir. Hay entonces en ese caso y en otros, concordancia entre conducta y sentimiento de que ocurra algo pavoroso y fantástico, lo que casi no sucede en condiciones similares, en una esquizofrenia lúcida. Por dicha conciencia mágica que domina, sobre todo al caer la tarde y la noche, conciencia parecida a la que imaginamos en los hombres primitivos frente a lo desconocido y a la noche, hemos designado a tal psicosis y al

¹ Erróneamente por supuesto.

² Lo cual es mera creencia patológica del enfermo.

delirium tremens, *psicosis arcaica* o *arquipsicosis*, a diferencia de la esquizofrenia y la psicosis maniaco-depresiva, cuyos contenidos varían en acuerdo a los cambios culturales e históricos, y que merecen el nombre de *neopsicosis*.

Las alucinaciones cenestésicas, por ejemplo sentir que le toman el intestino, o le manipulan los testículos para hacerlo eyacular, como las de los esquizofrénicos, no las hemos encontrado en las alucinosis, aunque ciertos autores las describen; incluso trabajos extranjeros insisten en que los alucinóticos dominados desde la partida por tal tipo de alucinaciones, derivan en general hacia la *alucinosis esquizofrénica*.

Alucinaciones alcohólicas y alucinaciones culturales. Las revelaciones secretas del demonio.

Fenómeno curioso es cómo ciertos enfermos logran diferenciar las alucinaciones de las alucinosis, de las llamadas *alucinaciones culturales*. En días pasados vimos a un enfermo que junto al cuadro alucinótico presentaba alucinaciones culturales. Era un minero del norte dedicado a buscar filones y entierros. Había descubierto dos o tres de cobre, bastante ricos, bastante buenos. Confirmamos la existencia y explotación de dichos filones. Casi siempre éstos son chicos, se trabajan individualmente y se agotan en un mes o dos; después se buscan otros, y así a lo largo de la vida. Es gente que vive meses o años a costa de amigos, hasta que descubren una buena veta y entonces ellos les sirven ahora de ayuda a aquéllos.

Dichos "pirquineros", como también los pescadores, tienen leyendas curiosas, clásicas, parecidas a leyendas extranjeras de individuos del mismo oficio. No violan sus preceptos, porque la violación de ellos significa la desvirtuación o la pérdida de la dicha ofrecida por las revelaciones de tales leyendas, revelaciones venidas del demonio o de círculos afines.

Describiremos ahora una persona en la cual se hace notoria esa diferencia en el modo de vivenciar lo patológico y lo mítico.

Es un minero del norte relativamente feliz en la vida; la suerte "lo había acompañado bastante en relación con otros compañeros". Preguntado por el motivo de tanta suerte, se confesó "hombre de ñeque", muy valiente, "capaz de guardar perfectamente todas las reglas (que se exigen de acuerdo a las tradiciones nortinas), para adquirir la riqueza, o descubrir un filón". Según el mito, cuando aparece el demonio en persona o un animal o una luz (el demonio puede aparecer directamente como persona, o disfrazado de animal, o como una luz que se corre, etc.), hay que mantener la tranquilidad, la serenidad, los "nervios a prueba de balas", o sea, estar normal, como si lo visto al frente fuera un amigo. Más aún, debe mirarse durante un cuarto o media hora. Las apariciones ocurren alrededor de medianoche y sólo en ciertos periodos del ciclo lunar.

A nuestro paciente se le apareció el demonio cinco años atrás a una distancia que calcula de 20 metros. En ese momento se encontraba empobrecido; se le había acabado el último filón de cobre hacia dos o tres meses. "Me iba todas las noches alrededor de las 12 a un cerro a mirar, a ver si se me aparecía el demonio; puede aparecerse o no aparecerse". El único modo de atraerlo, es ser lo suficientemente "corajudo" para permanecer ahí todas las noches, hasta media hora después de las 12. Al fin, una de esas noches, vio a algunos pasos de distancia una figura de unos cuatro metros de altura, delgada, con traje y cucurucho negro, que "empezó a hacer una serie de movimientos de bamboleo de derecha a izquierda y en seguida señales, como diciendo, aquí hay algo". El paciente se dio cuenta desde el principio de que el personaje era el demonio por la altura y porque "le dio razones". A base de tales razones, diferencia el demonio "real" del demonio meramente alucinado que ha visto varias veces en sus estados patológicos.

Las razones por las cuales su demonio es distinto al demonio propio de las alucinosis las enumera así: Primero: llega a una hora determinada, que es la hora en que tiene que aparecer. Segundo: porque se espera que venga y justo por ello se está pendiente de dicha aparición todas las noches.

Interrogado respecto a cómo lo distingue de inmediato del otro demonio que él sabe mero producto fantástico de sus excesos alcohólicos contesta: "el demonio que veo en mis trastornos aparece sin que yo sepa cuándo; no avisa lógicamente; ante él yo no me puedo mantener tranquilo, porque me pongo a tiritar; algo por dentro me dice que no es demonio de verdad; tal vez por eso sudo y tiemblo; me dan ganas de arrancar; es un miedo hasta el fondo. Con el otro demonio de verdad, yo mantengo mi temple; me mantengo firme, no me importa nada; al contrario, soy feliz por dentro porque se me apareció, porque quiere decir que allí hay un tesoro; con el otro demonio de las borracheras no se descubre nada. El de las borracheras desaparece en cualquier momento; puede durar un segundo, una hora o diez minutos; pero el de verdad, yo sé que no va a mostrarse más de un cuarto de hora, el tiempo necesario para cumplir siquiera con ciertos ritos. Y lo más importante es que mientras el demonio del trastornado desaparece y la suerte no cambia nada, fuera del susto que yo he tenido, con el demonio de verdad yo tengo inmediatamente la seguridad de que si al otro día voy al lugar en que apareció, ahí realmente encuentro algo. Tal es así, que esa noche esperé que se fuera el demonio de verdad con toda tranquilidad; fui al lugar donde lo vi y marqué con una de las tizas, las llaman piedra pómez, una marca en una piedra que había ahí, una marca de cruz, para que al otro día yo no me perdiera. Volví al otro día y empecé a cavar; más o menos después de tres días de excavación, hice una galería y me apareció un filón de cobre que me duró dos meses y con el cual ganaba más o menos cinco a seis mil escudos por semana". El dato de la ganancia entregado por el paciente lo confirman su señora y la Asistente Social del Hospital de su pueblo.

Alucinaciones y apariciones

Interrogado de nuevo respecto a cómo resumiría la *diferencia entre alucinaciones y apariciones*, pues, probablemente ande también bebido cuando surgen las últimas, dice: “en un caso hay relación de causa y efecto, se ve el demonio y se saben las consecuencias felices; en el otro caso la visión no trae suerte alguna”. Agrega a modo de ejemplo, que explorará en algunos días más, la posible existencia de unos sacos de oro enterrados según la tradición en el siglo XVI o XVII, cerca de Chañaral, a unos 4 kilómetros. En el lugar existe una casa encantada donde se oyen en la noche pedradas, cantos, bailes, conversaciones misteriosas. Según la tradición, recibirá el entierro el que sea capaz de dormir un mes entero a solas dentro de la casa sin sentir miedo. “Hasta ahora nadie se ha atrevido; los compañeros míos más valientes han ido y aguantado uno o dos días, y después huyen; yo al salir de la Clínica lo primero que haré es irme a vivir a esa casa deshabitada; estoy seguro que al mes se me revelará el sitio exacto del secreto”. *Diferencia claramente esta casa encantada verdadera, de las casas encantadas aparentes que vive durante sus terrores alucinósicos*, porque “en la casa encantada verdadera que yo he visto, sé que voy a sentir y siento los peñascazos y he mirado en el muro muchas veces los dedos marcados del demonio; en cambio, en la casa encantada en que me parece vivir cuando estoy trastornado, todo aparece y desaparece de repente y, a ratos, cuando pasa la furia de cosas raras, yo me doy cuenta que eran puras ideas mías. En lo otro, en la casa encantada verdadera, tengo la certeza de que todo es real; por ejemplo, que el demonio se me apareció lo sé hasta hoy real; encontré el filón de cobre; la casa encantada también sigue ahí; los pedrazos que oigo son reales, estoy absolutamente seguro y puedo dar mi vida por ello; los oye también todo el mundo. Lo que escucho o veo cuando es puro trastorno de la mente, tan pronto pasa, me doy cuenta que es pura cosa de mi imaginación, que es irreal; o sea, mientras una cosa es real, la otra, aunque es parecida, me doy cuenta, por no sé qué, que es un puro sueño o una fantasía espantosa”.

Entre pescadores hemos oído razones similares para diferenciar su mundo alucinósico del mundo mágico de sus tradiciones, en circunstancias de que ambos aparentemente casi coinciden.

Conciencia de los síntomas

Volviendo a la conciencia sobre los síntomas mismos, es preciso señalar que a diferencia de los esquizofrénicos, los pacientes, pasada la ráfaga alucinatoria, auditiva o visual, generalmente tienen noción casi inmediata de que eso fue mera alucinación; sin embargo cuando los vuelve a coger la ráfaga, media hora o cinco minutos después, creen de nuevo en la veracidad de lo “visto u oído”, para retornar enseguida a la idea de que todo es alucinatorio. En ese sentido son como refractarios a la experiencia del carácter irreal, dejado por las ráfagas alucinatorias previas.

Duración

El cuadro puede durar desde horas y días, hasta meses. Una alucinosis es para nosotros aguda o subaguda, aunque dure ya un año, mientras haya signos de oscurecimiento de conciencia por ejemplo, o un sentimiento de culpa cuyo contenido sea difuso y vago. En general las alucinosis alcohólicas curables, por largas que sean, no persisten si hay abstinencia de alcohol, más allá de los seis u ocho meses. Toda alucinosis es en principio curable mientras persista oscurecimiento de conciencia. Por eso insistíamos en el estudio del sentimiento de culpa, porque el sentimiento de culpa propio de la oscuridad de conciencia es indeterminado. "Me siento culpable, me siento malo, pero no sé bien por qué". En un trabajo hecho sobre este problema con 92 alucinóticos, 28 de ellos contestaron con frases similares a ésta: "Sí, es realmente absurdo sentirse culpable; lo que he hecho no es para tanto; no sé por qué diablos me siento aprisionado por culpas que no pueden haber existido o haber sido tan graves". Se diferencia por lo tanto del sentimiento de culpa de las psicosis lúcidas (esquizofrenias, depresiones endógenas), en que en éstas la persona se siente culpable por tales y cuales cosas concretas y encuentra lógico tal sentimiento. En la esquizofrenia casi siempre son sentimientos de culpa por causas pretéritas; por ejemplo, porque a los ocho años se tuvo juegos sexuales con la hermanita. En el caso de la depresión endógena, la culpabilidad la origina el creerse cobarde, irresponsable, ajeno a los deberes paternos o maternos. "Hoy en la mañana no vesti a mis niñitos para irse al colegio; ayer pude ayudar a mi niñita a hacer tareas y no lo hice". Ello es, en suma, también una culpabilidad concreta.

Una culpabilidad en la cual no hay contenido conceptual claro respecto a de qué se es culpable, es propia del oscurecimiento de conciencia. Mientras persista ese tipo de culpabilidad, nosotros consideramos en principio el cuadro como curable, aun cuando ya se arrastre cuatro o cinco meses. Lo mismo si hay otros signos de oscuridad de conciencia. Desde el momento en que la culpabilidad adquiere forma y contenido conceptual preciso, se nos ensombrece el pronóstico, porque en ese momento está saliendo a luz una esquizofrenia, una depresión endógena o incluso un cuadro orgánico.

Pasados los seis u ocho meses el cuadro se hace subcrónico o crónico; afortunadamente les ocurre a cuatro o cinco de cien alucinóticos; en tales casos deriva por lo común, o hacia una esquizofrenia alucinógena o hacia una psicosis orgánica.

Alucinosis esquizofrénicas y orgánicas

Si deriva hacia una alucinosis esquizofrénica, la conciencia se esclarece, y el enfermo que mostraba concordancia entre conducta y mundo interior, y se defendía activamente de la policía o de los maleantes, se queda aparentemente tranquilo. Cree lo mismo que antes, pero ahora inmovilizado en una conducta tranquila; sabe que en esos momento está la policía afuera; pero mientras un alucinótico en periodo agudo no saldría por ningún motivo sin compañía o protección, un esquizofrénico

sale sin importarle, o sea, se insinúa el autismo. Al alucinótico esquizofrénico ya no lo vemos pasearse sombríamente en el patio pensando cuál es su culpa para que lo abandone sin piedad su familia, sino que lo vemos tranquilo, o sencillamente sentado, como ausente de lo ocurrido a su alrededor. Desaparecen además los sobresaltos ante los ruidos, y aunque persistan las alucinaciones auditivas y la trama delirante, la conducta va siendo "pasiva" por decirlo así, o sea, con discordancia franca.

Saber desde un comienzo la posibilidad de esa evolución funesta sería valiosísimo, pero nadie ha descubierto signos reveladores. El fenómeno de la adivinación o robo de pensamiento es frecuente en la esquizofrenia y en la alucinosis. A veces aparece robo o adivinación de pensamiento y uno pensaría que el cuadro va hacia una esquizofrenia; lo cual no es efectivo; esto suele desaparecer y a lo mejor al otro día, hay mejoría total. En análisis retrospectivo nos ha llamado la atención, sin embargo, que cuando hay evolución hacia la esquizofrenia, el enfermo pone el acento no en el pensamiento adivinado o robado, sino en el hecho mismo de que haya sido posible robo tan curioso. En cambio si importa más que le hayan adivinado o robado una idea valiosa, y no el hecho misterioso en sí de ser adivinado o robado, el cuadro sigue siendo alucinosis alcohólica y tiene buen pronóstico. Cuando lo llamativo es el hecho de robar, el enfermo se dice: "qué raro que alguien me haya podido robar; yo hasta ahora creía que mi mente era inviolable. ¡Cómo alguien puede meterse dentro de la mente para robar pensamientos!; ya no me importa lo que me hayan robado, sino que lo que me llama la atención es que el pensamiento sea robable; el fenómeno raro es que sepa que mi integridad ha desaparecido; ya no existe protección, porque lo pensado me lo pueden sacar; ¡cómo diablos pueden adivinar pensamientos!". Los casos nuestros en que el asombro fue puesto en el robar, no en lo robado, en el adivinar y no en lo adivinado, evolucionaron hacia esquizofrenia o hacia alucinosis orgánica, no así cuando fue al revés.

Afortunadamente la evolución, en la mayoría de los casos, va a la restitución completa. La alucinosis puede darse y mejorar muchas veces, o sea, su repetición no significa necesariamente pronóstico peor o duración más larga. En ocasiones, la primera de todas se transforma indefectiblemente en esquizofrenia o alucinosis orgánica. No hay entonces ninguna ley aceptable al respecto.

Cuando la alucinosis evoluciona hacia lo orgánico, una vez desaparecido el trastorno de conciencia, se hacen notorias mermas de lenguaje, de memoria, de inteligencia; hay cierta apatía y esbozo de fabulaciones, no de la magnitud de las del síndrome de Korsakow. No son raras las algias, las parestesias, el exceso de mímica para compensar la pobreza de palabras. Hay trastornos somáticos, sobre todo de la esfera hepática. A veces se puede confundir con la parálisis general, pero en esta última las alucinaciones auditivas son extraordinariamente raras.

La mayor parte de los investigadores suponen que la alucinosis se da en los bebedores de aguardiente, cognac, ron, etc., y no tanto en los bebedores de vino. Tal vez sea cierto; así es en la mayoría de nuestros enfermos aunque también hemos tenido bebedores de vino o de cerveza. El estado nutritivo, pareciera mejor en el aluci-

nótico que en otros tipos de psicosis alcohólicas. Según algunos se daría incluso más la alucinosis en los estratos económicos medios y altos, que en los bajos. Si nos atenemos a la experiencia diaria, eso no nos queda claro; hemos tratado numerosas alucinosis en obreros provenientes de zonas mineras o carboníferas donde se ingiere mucho aguardiente elaborado clandestinamente. Es cierto también que los dos tercios de tales casos eran predominantemente alucinósicos pero impurificados por numerosos fenómenos propios del predelirium tremens, o del delirium tremens franco, lo cual impide conclusiones claras.

La alucinosis es hasta ahora más frecuente en hombres que en mujeres.

Respecto al biotipo, quienes supusieron a comienzos de siglo que la alucinosis, incluso la curable, era una forma aguda de esquizofrenia, encontraron lógico que el biotipo dominante fuera el leptosómico o el displásico. Los trabajos nuevos muestran más bien un predominio de los pícnicos, como lo vemos entre nuestros enfermos.

Se ha investigado si en la familia de los alucinósicos se da un porcentaje más alto de esquizofrénicos que en la población normal. Lo es poco más alto, pero no significativamente. En cambio la posible evolución hacia la esquizofrenia es significativamente indiferente, con respecto al número de familiares esquizofrénicos que se dan en la familia de los bebedores. Nuestra escasa experiencia al respecto, no nos ha confirmado que vayan hacia la esquizofrenia aquellos alucinóticos pertenecientes a familias con uno o dos miembros esquizofrénicos. Los autores extranjeros, en su mayoría son de la misma opinión. No hay en suma por dicho lado, razones que nos permitan presumir desde la partida que un alucinótico derivará necesariamente hacia la esquizofrenia.

En el tratamiento de la alucinosis aguda, además de la abstención del alcohol y del uso de tranquilizantes, puede recurrirse, pasados los primeros días, a los antidepresivos y antiepilépticos; para el uso de los últimos no tenemos más razón que algunos éxitos empíricos.

Psicosis alcohólica o arquipsois

Las alteraciones psiquiátricas del alcohol son múltiples: Depresión, Delirium tremens, Alucinosis de Wernicke, Poliencéfalitis Superior de Wernicke, etc., y sería imposible abarcarlas todas en este trabajo.

Apuntaremos entonces sólo a ciertos caracteres llamativos, que dan a las psicosis alcohólicas, y desde luego a las dos más frecuentes, el Delirium tremens y la Alucinosis, un aire curiosamente arcaico.

Sus síntomas son de sobra conocidos. En la *Alucinosis*, el sujeto oye voces que comentan sus actos, ve sombras fantasmales en el crepúsculo y en la noche, lo angustian pesadillas, siente pasos a sus espaldas, teme ser atrapado por sus enemigos, lo asusta cualquier ruido y mientras dura el cuadro vive en sobresalto.

En el *Delirium tremens* hay mayor compromiso somático, inquietud muscular, tendencia a dormirse con irrupción brusca de vivencias deliriosas, algo así como un soñar despierto. Durante dichas vivencias de minutos de duración, el sujeto se cree rodeado de amigos en el trabajo, en la taberna o en el cine, y tal como si estuviera en la vida real habla, gesticula, goza o se enoja. Los ojos abiertos cada vez que surgen esas vivencias, tienden a cerrarse el resto del tiempo, con notoria intranquilidad de los párpados, transformada a ratos en verdadera salva de parpadeos. Por lo demás al cuerpo entero lo invaden los saltos musculares, que en medio del estado de adormecimiento impresionan como pesadillas. Repentinamente lo coge el miedo y procura huir de cualquier manera, pues ve insectos, lagartos, ratones, caras horribles, que avanzan en su contra. Igual que al alucinósico, lo sobresalta una sacudida inesperada de su hombro, un llamado repentino, o la apertura brusca de una puerta.

* No rara vez hay en el Delirium tremens, fugaces parálisis oculares y otros síntomas que recuerdan la *Poliencéfalitis Superior de Wernicke*, cuadro que así disimulado bajo el delirio, sería más frecuente y de mejor pronóstico de lo que se cree.

Por las descripciones que nos llegan del pasado, las psicosis alcohólicas parecen no haber cambiado de fisonomía a través de los tiempos. Quizás si forzando bastante los términos del estructuralismo pudiésemos decir que son psicosis sincró-

nicas¹, a diferencia de la esquizofrenia y las psicosis maniaco-depresivas, eminentemente diacrónicas, pues en estas últimas, sintomatología, aspecto, manera de presentarse, evolución, etc., varían en acuerdo a las creencias, las condiciones culturales, el estado de desarrollo de la comunidad en que se vive.

El rasgo común a las Alucinosis y Delirios alcohólicos es el abrumador estado de sobresalto que embarga a la existencia hasta su último subsuelo. Pequeños ruidos, crujidos en el entretecho, manchas en la pared, ondulaciones de las cortinas, conversaciones en el pasillo, se trasmutan de inmediato en ataques de enemigos, en serpentear de reptiles, en avalancha de roedores. Hay sigilo, vigilancia, miedo a lo fatídico tal como debe haberle ocurrido a nuestros antepasados prehistóricos cuando caminaban por la selva, o se encontraban a campo abierto con hombres desconocidos. Esa cara bañada de sudor, esos asaltos musculares, esas incorporaciones bruscas en la cama alertas a lo que sucede, comunes a alucinósicos deliriosos, no deben ser muy distintos en su aire de conjunto a la del primitivo que se alejaba del espacio familiar para aventurarse en un mundo lejano lleno de presagios. Quizás si el falso reconocimiento de los deliriosos alcohólicos, en virtud del cual ven gozosamente, a ratos, en el médico o en el personal que les rodea, a viejos camaradas de trabajo y borrachera, sea dinámica jugada de la psique para dar tregua a su espanto, alternándolo entonces con imaginarios y rumorosos festines.

La singularísima peculiaridad de la escasa variación histórica de tales psicosis nos lleva a llamarlas psicosis arcaicas o arquipicosis por oposición a la esquizofrenia y psicosis maniaco-depresiva, que van cambiando históricamente de fisonomía con los tiempos, y merecerían llamarse neopsicosis. A este respecto en algunos delirios epilépticos, esquizofrénicos y parafrénicos, el enfermo aparece como actor sobrehumano luchando contra demonios, genios maléficos, potencias culturales o sociales tenebrosas; pero se trata de una batalla cósmica, desenvuelta más bien "dentro" de la mente, y que no se traduce en conductas o aspectos fisiognómicos que dieran a entender a un observador cualquiera, que se está asistiendo a dicha batalla. Los epilépticos o los esquizofrénicos se experimentan encamando destinos felices o aciagos y no víctimas ocasionales momentáneas de situaciones terroríficas. No andan "espiritados"

¹ El *estructuralismo* se ha fundamentado primordialmente en el estudio del lenguaje y es en ese campo donde primero se aplicaron sus conceptos. *Sincronía* es ahí una mera abstracción que permite estudiar un sistema significante independientemente del tiempo. *Diacronía* es cambio de dicho sistema de un estado a otro, o si se quiere, la historia de los cambios en cuanto analizable según reglas de transformación. Como se sabe todo lenguaje está formado por signos (palabras proposiciones) y los signos a su vez se componen de un significante y un significado. Significante es por ejemplo, la palabra hablada o escrita en su expresión "material" perceptible a la vista, el oído, etc. Significado es aquello que se quiere decir al emitirlas, o sea, el objeto, el sentimiento o la idea, despertados en nuestra psique en cuanto las vemos u oímos, o incluso en cuanto formulamos dichos signos para nosotros mismos en el monólogo íntimo. En el caso de la psicosis alcohólica usamos dichos términos, como es fácil verlo, de manera puramente analógica.

como el alucinósico o el delirioso alcohólico y si no nos contaran el mundo que viven y nos limitaríamos a la pura observación de su aspecto y conducta corporal, no podríamos adivinar la magnitud del combate en que se dicen empeñados. No se trata entonces ahí, de la actitud somática temblorosa del primitivo ante un mundo lleno de cosas perceptibles materiales espantosas, sino de la de quien perdido de su propio ser, traduce en creaciones dramáticas épico-plásticas, la perpetua lucha entre lo traslúcido y lo obscuro, entre la llama y la ciénaga, metamorfoseándola en personajes y escenarios diversos en acuerdo a las épocas. No es por lo tanto una lucha arcaica cuerpo a cuerpo como la del psicótico alcohólico, sino, a retaguardia del cuerpo, un asedio a lo anímico mismo desde todas sus fronteras.

Tal arcaísmo de las psicosis alcohólicas no es aperplejante si se considera la antigüedad del alcohol como amigo o enemigo del hombre. Después del amor, nada casi ha suscitado vivencias poéticas de calidad tan centelleante y esplendorosa.

Entre los fundamentos antropológicos del hombre, fundamentos que lo distancian del animal, está no sólo el que tenga sentimientos de vergüenza y de culpa, que sea capaz de verdad y mentira, que sepa que tiene que morir y lo ordene todo en acuerdo a ese fin postrero, sino además, que sea el ser que no puede prescindir del alcohol y se las ingenie para fabricarlo desde las fuentes más extrañas. El hombre es, si pudiese decirse, el ser que toma partido ante el alcohol, lo haga a favor o en contra.

Brillat-Savarin en su célebre "Fisiología del Gusto", dice sobre el agua: "El agua es la única bebida que apaga verdaderamente la sed y por eso simplemente no puede beberse más que en pequeña cantidad. La mayor parte de los otros licores que toma el hombre no son más que paliativos, y si se hubiera atenido sólo al agua, nunca se habría dicho de él que uno de sus privilegios era precisamente beber sin tener sed". Poco más adelante agrega: "De todas formas, esta sed de una especie de líquido que la naturaleza había ocultado celosamente, esa apetencia extraordinaria que actúa sobre todas las razas humanas, todos los climas y temperaturas, es bien digna de atención del filósofo observador. Lo estuve pensando, y me he visto tentado a colocar la apetencia de licores fermentados, desconocida a los animales, junto a la inquietud por el futuro, que les es igualmente extraña, y considerarlas ambas como atributos distintivos del adalid de la última revolución sublunar"².

La profundidad antropológica en que cala la simpatía por el alcohol, parece asentarse en fondos anímicos aún más radicales que aquellos de donde viene esa otra originaria condición del hombre cual es la de ser histórico; lo mostraría justamente la existencia de estas extrañas psicosis ahistóricas, las psicosis alcohólicas, arquipsicosis casi en el sentido estricto de la palabra.

²Brillat-Savarin: Fisiología del Gusto. Trad. Jesús Manuel Marijuán Fernández. Ediciones Zeus. Barcelona, España, 1970. Págs. 137 y 140.

Formas normotimizantes, tediofóbicas e impulsivo-sintomáticas

Nada disgusta tanto a los bebedores como oírse llamar alcohólicos, pues, los "alcoholizados" sólo serían quienes caen víctimas de prolongados cuadros psicóticos o somáticos, o bien víctimas de menoscabos de la inteligencia y de la personalidad; ellos, los bebedores, no serían alcoholizados. Los "alcoholizados" les inspiran naturalmente lástima en la medida en que en su larga convivencia con lo étílico no vencen, mostrando al contrario una textura biológica poco recia, una hombría deficiente. En general el bebedor se cree con tal soberanía sobre el alcohol que culpa de sus temblores, de sus sudoraciones, de sus pesadillas, a cualquier contingencia vana, y no a su hábito; todo le parece a lo más, un riesgoso y entretenido juego con un amigo, el alcohol, en el cual se apuesta la vida como en la ruleta rusa, pero seguro de ganar, salvo "azares o mala suerte". No entra la idea de que el juego lo mine poco a poco, que lo convierta casi sin darse cuenta en esclavo de algo químico, menos el que "un licor de vida" origine malestares psíquicos o somáticos. Siempre éstos "se deberán a desarreglos en las comidas, a exceso de trabajo, a malos tratos en el hogar, a ausencia de fidelidad en la esposa, etc.". Hay como una creencia devota en la santidad del alcohol, en su falta de astucia para desencadenar tormentas. Sólo pruebas abrumadoras abrirán a la víctima o a sus amigos a la tardía creencia opuesta; recién entonces identificará sus temblores, sus calambres, sus sueños terroríficos, su inapetencia, con su antiguo huésped¹.

¹El identificar al alcohólico con sus síntomas es lo pretendido por Pierre Fouquet en sus sencillas y convincentes "entrétiens pour une thérapeutique de l'alcoolisme". Es conocida la división de los bebedores, de este autor, en Alcohólicos, Alcohólicos y Somatoalcohólicos. Los primeros son bebedores de hábito, de compañía, en los cuales la sugestibilidad, la emotividad y la falta de autocrítica son frecuentes. Serían el 45 a 50% de los alcohólicos.

El segundo grupo, 35 a 40%, bebe clandestinamente largo tiempo; es como una terapéutica a sus perturbaciones psíquicas: neurosis, paranoia, esquizoidea, psicastenia con obsesiones, perturbaciones sexuales.

El tercer grupo, 10 a 15%, sufre disfunciones neurosomáticas especiales, trastornos neurohormonales (frecuentes en las mujeres alcohólicas), dipsomanía, comicialidad y psicosis

De un amigo no es correcto desconfiar y el alcohol es un amigo, o si se quiere, al igual del juego para el jugador: un "amigo-enemigo", que atrae y repele, dominando a la postre lo atractivo, que arrasa piadosamente con los sentimientos opuestos de asco o de culpa^{2,3}.

El ímpetu con que es amado hace poco convictivas las frases: *incapacidad de detenerse e incapacidad de abstenerse*, con que Jellinek ha diferenciado las formas intermitentes e inveteradas del alcoholismo propiamente tal. Dichas expresiones darían a entender que el individuo desea con vehemencia abstenerse, y sin embargo, contra su voluntad, algo más fuerte lo obliga a seguir bebiendo. No obstante, si es que en un mero razonar abstracto tal vez preferiría no continuar bebiendo para liberarse de consecuencias (hecho incluso dudoso en muchos casos), lo real y vivo es que una apetencia rabiosa se apodera de él y toma la próxima copa o a sorbos (inveterado) o de un golpe (intermitente), como lo único que tranquiliza pasajera y dándole una tregua, mientras reaparece otra vez con violencia el mismo ímpetu anterior. Sólo la embriaguez y el sueño traen la abolición transitoria o más prolongada de aquella diabólica ansia. Se trata de una sed inapagable; parecida a la de algunos diabéticos que ingieren cantidades asombrosas de agua, como si el agua pasase de largo no refrescando las mucosas, privada ahora de su antiguo poder.

El alcohólico no bebe por sed, ni por gustar del trago; si logra lo último excepcionalmente, no es lo importante; bebe por una apetencia irresistible a sentir los efectos del licor, que en su alma se prefiguran dignos de la mayor estima, y algo más gratos que los proporcionados por la mera abstinencia. La abstinencia es útil para el trabajo y la existencia hogareña, pero no provee de suyo una felicidad personal venida espontáneamente de lo íntimo, de lo que es sólo de uno.

maníaco-depresiva. Aquí el factor psíquico es intermitente, pero paroxístico. Se cae en embriagueces patológicas solitarias, clandestinas, discontinuas.

²El acontecer de la evasión alcohólica es vivenciado como redención y como culpa. Se combinan aquí, por una parte, las sensaciones placenteras de libertad y de triunfo sobre una realidad adversa al estilo de una redención y, por la otra, el sentimiento vertiginoso de culpa propio de una evasión existencial descendente. El "Alkohosüchtige" se balancea así entre el festín liberador y los autorreproches, situación que puede cristalizarse de distintas maneras. (Francisco Alonso-Fernández en *La Estructura Fenomenológica del Alcoholismo Primario*. Revista de Psiquiatría y Psicología Médica, Tomo V, N° VII, julio 1962. Barcelona, España. Pág. 594).

³El paciente se siente libre frente al alcohol; supone que puede dejarlo cuando quiera; si no lo hace es porque no ve razones para ello, y al contrario es un buen compañero de fiestas y reuniones sociales. Si cae en exceso "la próxima vez con un poco de fuerza de voluntad, lo evitará". Los sentimientos de culpa son casi inexistentes; aparecen en la mejoría de las embriagueces o de las alucinosis como síntomas más bien de la obscuridad de conciencia propia de ellas. La falta de diferencia de la culpa como mero sentimiento ético, de la culpabilidad como síntoma común a las diversas obscuridades de conciencia, incluida la alcohólica, confunde —según creemos— a muchos autores.

La supuesta incapacidad de detenerse de los llamados alcohólicos intermitentes, tampoco rige soberanamente en todos los momentos; así lo muestra la clínica y lo han señalado Jellinek y diversos investigadores. De hecho, en los periodos de abstinencia no se desea beber y son varios los afectados que incluso lo hacen moderadamente en las comidas o en las visitas, sin sentirse impelidos a continuar y sin tampoco mayores esfuerzos para evitarlo. Hay incluso poquíssimos —no por eso menos ilustrativos— que caen en crisis de ingestión todas las tardes de vuelta de sus labores, pero que beben “normalmente” una o dos copas a la hora de almuerzo, sin sentir en ese instante ninguna necesidad de cantidades mayores.

Triboulet, Mathieu y Mignot en su *Traité de l'Alcoolisme*, han descrito en 1905 como rasgos de este mal, un primer estado patológico consistente en “el progresivo acostumbrarse al alcohol” y después un segundo estado: “la irresistible necesidad de tomarlo”⁴. Con respecto al sintoma: irresistible necesidad de tomarlo, la frase “incapacidad de abstenerse o detenerse”, tal como se usa habitualmente, pareciera un visible retroceso en la comprensión del problema. En verdad, numerosos enfermos, desde días antes de caer en la crisis de ingestión, se sienten raros, distintos, frágiles a la tentación; a lo menos dan lado para que sus amigos les apremien un poco incitándolos a la primera copa que será el origen de la cadena; en cierta manera ese estado propicio es el comienzo. En cambio en las semanas previas ni se buscaba a tales amigos, o sus invitaciones eran rechazadas amablemente sin problema íntimo alguno. Los hay que dicen no haber vivido ningún estado antes proclive al trago, y que de no ser por un encuentro casual con un camarada no habría pasado nada; cabe sin embargo, el preguntarse, por qué en los meses o semanas anteriores viviendo en el mismo ambiente, trabajando en los mismos lugares, viéndose con los mismos amigos, no surgió la invitación tentadora, o si surgió, careció de toda fuerza convictiva.

Alcoholismo oculto y alcoholismo larvado

Existen otros, a quienes podría llamarse “alcohólicos ocultos”, que beben dosis capaces de embriagar al más fuerte, sin que en su conducta o en la ilación de sus pensamientos o sentimientos se note nada, beben y beben según ellos por una extraña mezcla de gusto y de necesidad, pero sin experimentar eso como imperioso; para algunos sería absurdo privarse de algo agradable y entonante, si se tiene la suerte de poseer “buena cabeza”. Muchos al cabo de años terminan en una paranoia alcohólica de preferencia celotípica, en un deterioro de las funciones psíquicas nobles, o en una cirrosis. En tales personas se acaba espontáneamente el deseo cuando termina la fiesta, o llega la hora en que acos-

⁴Dres. Triboulet, Mathieu y Mignot, *Traité de l'Alcoolisme*. Ed. Masson, Paris, 1905, Pág. 123.

tumbran acostarse. A una mirada clínica fina es posible observar algunos años después y mucho antes de las manifestaciones psíquicas y somáticas graves, un síndrome hiperestésico-emocional, una explosividad, una tendencia al insomnio, sueños laborales, o sueños en que se reviven puras escenas de la infancia o adolescencia, lo que sindromáticamente llamaríamos: *onirismo korsakowide*.

Al lado del alcoholismo oculto, se da el larvado. Se trata de personas que alrededor de las 6 ó 7 de la tarde empiezan a merodear inquietas en torno al reloj esperando la hora del aperitivo; ingieren dos o tres vasos y desde ese momento se sienten contentas, serenas, liberadas de algo que las trababa por dentro. Es ese hacer tiempo sin poder concentrarse en nada perseverante mientras no llega el momento, lo que da a esos pocos tragos un aire de discreto alcoholismo. Generalmente el tipo larvado pasado un periodo prudente, se alarma y consulta médico, pues teme volverse alcohólico.

Bebedores normotimizantes

Hay personas que toman a tragos cortos de la mañana a la noche en busca de seguridad y aliento para el trabajo. La semiembriaguez llega recién en horas vespertinas cuando la labor ha cesado. Si no beben se notan temblorosos, inseguros, tímidos, poco ocurrentes; el alcohol es lo mágico reasegurador; les hace sentirse en plena posesión de sí mismos con valor y confianza para rendir en acuerdo a lo estimado su propia medida. A ojos de terceros es un grave engaño, y aun peor, un despeñarse pavoroso; las propias víctimas no lo experimentan así y les parece por el contrario un beneficio de los cielos. Si logran sentirse dueños de sí mismos "no lo tomarían, pues no lo hacen por degustarlo", pero no encuentran nada que lo reemplace; sin esa benévola ayuda, según creen, no podrían trabajar, y aun cuando reconozcan, lo cual no es frecuente, que el alcohol les lleva a graves torpezas manuales e intelectuales, "peor sería no tomar nada", "entonces ya ni siquiera cabría pensar en asumir responsabilidades".

Es de experiencia corriente que un par de tragos en una reunión social desinhiben, quitan la vergüenza, la timidez, la inseguridad, el sentirse menos; algo parecido en relación con el trabajo, con los jefes, con lo social, con lo intelectual creador, siente el bebedor rutinario de tragos breves, el inveterado de Jellinek. Cambia los sentimientos negativos por otros positivos, normaliza el fondo afectivo, saca a luz en abundancia recursos psíquicos de la propia persona; por eso parecería prudente llamar a tal tipo de necesidad de beber: *normotimizante*³. No es que este enfermo sea incapaz de abstenerse debiendo ser teóricamente capaz; lo que ocurre es que el enfermo no soporta la infelicidad de un estado, que unas pocas gotas de alcohol borran, aunque sea fugazmente. El paciente no pide felicidades extremas como el morfínmano o el

³ De *timos* = afecto. Normotimizante = normalizador del afecto.

"marihuano, sino la propia de cualquiera "libre de complejos". Lo aborrecible es verse tímido, disminuido, marginado, sin saber de qué hablar. La presencia de los otros: tranquilos, risueños, ocurentes, lo toman deplorable y digno de lástima, y eso le empuja a aliarse con quien le hará socialmente igual: el alcohol. Experimentándose objeto, mirado en menos, en un mundo de sujetos, el deseo vehemente de recuperar el derecho a ser sujeto y no objeto, le arrastra sin tregua a lo largo de la vigilia a pedir al licor en sucesivos préstamos la *resu-jetivización* negadora de su inclinación constante a la *des-sujetivización*. Si el hombre no debiera ser sujeto, por exigencia de su propia naturaleza, no habría quizás bebedores normotimizantes. Incapacidad de abstenerse, equivale en cierto modo a incapacidad de seguir en calidad de objeto, de desecho, de basura. Lo diabólico es que lá vuelta al estado de sujeto, se logra a base de puros endeudamientos; el alcohol cobra la deuda al comienzo con embargos apenas notorios y después confiscando los más nobles bienes de la salud.

Ahora, no es que el alcohólico normotimizante se crea despersonalizado y llegue al alcohol para personalizarse; sufre al contrario, porque sabiéndose persona, no dispone de maneras y actitudes sueltas que le permitan mostrarse como tal; supone entonces que debido a su mala imagen social es despersonalizado por los otros. Le faltan recursos lingüísticos o comportamientos ágiles, pues en presencia de terceros "se le oscurece" la mente, no sabe de qué hablar, no se le ocurre nada, ni siquiera cómo sortear una broma o una frase insidiosa. Dos o tres tragos le ponen a la mano las palabras sutiles y oportunas y le ubican en firme posición social. *El alcohol es aquí creador y proveedor de lenguaje* y en esa medida despeja la actuación libre y deja una sensación de libertad íntima para desplazarse a su gusto en el ámbito en que se está. Tal facilitación en la productividad lingüística abarca todos los campos: el de la conversación, simple y amena, el de las palabras eróticas seductoras, el de las fórmulas convictivas en un debate intelectual, el de la creatividad.

Lo normotímico se consigue no sólo por el brote abundante y a tiempo de las palabras, sino además, por romperse el marco de *soledad* que encarcela a tales bebedores⁶. El alcohol construye rápidos puentes de trascendencia hacia la intimidad ajena y abre la propia intimidad, pues la trascendencia hacia quienes nos rodean, exige dejarse trascender. Los normotimizantes vibran poco con la presencia del prójimo y según ellos, tampoco "despiertan en el prójimo vibración alguna", fenómeno llamado *incomunicación*. Todo acto hacia los demás, o de los demás, como que resbalara por encima, se limitara a so-

⁶ Francisco Alonso-Fernández de la Facultad de Medicina de Sevilla (España), vería también en la soledad, la desesperanza, el aburrimiento, rasgos de la personalidad prealcohólica, que el alcohol busca solucionar. En 1962 dice que: "El hombre candidato a la alcoholomanía se halla absorbido por las ominosas vivencias que emanan del sentimiento de soledad o aislamiento y la desesperanza en el marco de una temporalidad donde impera pasivamente el presente". (F. Alonso-Fernández: *Fundamentos de la Psiquiatría Actual*. Tomo II. Psiquiatría Clínica. Ed. Paz Montalvo. Madrid, 1972. Pág. 508).

lucionar lo periférico estrictamente indispensable, pero sin rastro de agrado, de plenitud, de realización, de felicidad. "La gente hace con uno, lo que no podrían dejar de hacer", lo cual por ser hecho obligatoria y no libremente no envuelve homenaje alguno. El incomunicado no trasciende en buena parte, porque sólo ve el aspecto forzoso y no de gracia envuelto en toda acción referida a él; es un ciego para el fondo gratuito y no de pura necesidad, que en armonioso conjunto muestran desde el gesto mínimo o la palabra trivial, hasta las obras complejas y elevadas desplegadas por los otros en favor propio, y la percepción de lo gratuito (lo de mera gracia), de lo hecho no por fuerza, sino (o también) en consideración a uno, es lo que despierta deseos inmediatos de abrirse hacia quienes actúan generosamente así. El licor rompe la monotonía de ese supuesto actuar ajeno forzoso rutinario para mostrar contenidos que desbordan el obscuro imperio de lo obligatorio. El alcohólico no goza siquiera de su soledad desarrollando su ser íntimo, porque la verdadera soledad, la *soledad ansiada*⁷, la logra quien vive amablemente con los otros al ver reflejarse con cariño su propia imagen en las almas ajenas que vienen a ser como el espejo de la suya, y por lo tanto no se siente distinto de ellos, marginado por ellos, dejado aparte, olvidado, no tomado en cuenta. El sabe que aun cuando se aisle, su recuerdo y el deseo de su compañía persistirá largamente en los otros. Incomprensión y soledad alcohólicas no son fenómenos distintos y apuntan en cambio a creer que lo peculiar de su persona es visto como extraño, como no digno de aprecio, o sencillamente no percibido, y en consecuencia que quienes les rodean no tienen mayor interés en ellos y menos en darles o recibir su compañía. El aquejado de *soledad angustiada* se cree mirado en menos, no interesante, sin valor para los demás e incapaz él de dar presencia a sus valores y por eso mismo olvidado; no interesa entonces incorporarse a una sociedad que le desestima y de la cual en el fondo le gustaría intensamente ser partícipe⁸.

El solitario desolado cree por ejemplo, que todos han sido invitados a tomar parte en una tarea, en una fiesta, en un paseo, menos él de quien nadie se acuerda y de quien tampoco importa su presencia. Si tuviese la certeza de que nadie ha sido invitado, no le importaría el no serlo él, el quedarse solo. No sabemos si este tipo de soledad corresponde a la descrita por Alonso-Fernández, pero en todo caso es la encontrada por nosotros en nuestro largo trato con pacientes.

⁷ Un ejemplo señalado de *soledad ansiada* se da en la "Oda a la Vida Retirada" de Fray Luis de León: "¡Qué descansada vida / la del que huye del mundanal ruido / y sigue la escondida senda por donde han ido / los pocos sabios que en el mundo han sido!".

⁸ Se siente solo generalmente, no el que está solo, sino el que creyendo que se le debe compañía no la tiene ni en ese momento, ni en otros (por ejemplo en la incomunicación matrimonial por falta de ternura), el que ha perdido a quien le servía de compañía, y en fin, el que se cree el único solo y abandonado en ciertas festividades o en los fines de semana, cuando supone que todo el resto de las personas de su edad y condición están en dichas ocasiones acompañadas y pasándolo bien.

Quizás si el estado de incomunicación en un ser ansioso de compañía como lo es el hombre, lleve también a ese origen del beber que llamaríamos *tediofóbico*, porque trata de salvar del horror al tedio. Lógicamente toda vida en la cual sus coparticipes sólo muestran sus murallas protectoras lleva al aburrimiento, pues dichas murallas se ven monótonamente iguales, sin el atractivo de la diversidad⁹. El tedio es un intenso deseo de hacer algo, sin hallar qué hacer, pues todo parece vacío, carente de interés, gris, pesado, sin transparencia¹⁰. No hay tareas, cosas o entretenimientos que hagan vibrar, como si toda gravitación hacia afuera o hacia adentro se hubiese suspendido, ya que el mundo interior tampoco despierta nada y el deseo de hacer, que sigue impeliendo sin tregua, se da vueltas sobre sí mismo sin dirección¹¹. El aburrimiento engendra an-

⁹ En el aburrimiento el tiempo se percibe "físicamente" en su deslizarse viscoso que pareciera no acabar nunca. En la placidez casi no se experimenta ese deslizarse y la persona se da cuenta del largo o de la brevedad de lo transcurrido casi por el mero testimonio del reloj. En buenas cuentas para tocar directamente al tiempo se necesita del aburrimiento, o sea, de la masificación de personas y cosas en un solo universo carente de todo interés.

¹⁰ Peter Hartocollis también atribuye importancia al aburrimiento: "la mayoría de los alcohólicos en estado de sobriedad se sienten aburridos. Se sienten atrapados en un presente del cual no pueden escapar, donde el agradable pasado fue solamente un ayer, y el promisorio futuro está más allá del propio alcance". (Psychiatry, Vol. XXVII, N° 4, November, 1964. Pág. 346).

¹¹ Alonso-Fernández expresaba en 1962: "El hombre que se puede hacer alcohólico está alojado en el presente. No se trata de un auténtico presente en cuanto producto de mi decisión de hacerme presente una situación, sino de una situación presente que se me impone inevitablemente..."; y en otro artículo de la misma época agrega: "La ruta emocional básica —la esperanza— que nos une con el destino está bloqueada en el hombre predispuesto a la alcoholomanía". "Sus proyectos no se han extinguido, pero son por él considerados como irrealizables o condenados de antemano al fracaso". "En la personalidad prealcoholomaniaca, la confianza en llegar a la meta propuesta no puede arraigar, porque la coyuntura presente es vivida pasivamente y el pretérito alberga muchos más engaños y fracasos que éxitos... Los factores dinámicos que permiten aplazar satisfactoriamente la consecución del placer objeto de las vivencias tendenciales, según señala French (1952-1958), reside en los planes organizados en el marco de la esperanza. Al déficit de esta planificación se debe la escasa integración de la personalidad prealcoholomaniaca". (F. Alonso-Fernández: Obra cit. pág. 509).

Más adelante, en la página 515, expone: "El alcoholomaniaco potencial suele sobreestimar la duración del tiempo. Aprecia la carrera actual del tiempo como excesivamente lenta e interminable...".

"La clave de la génesis de la alcoholomanía radica en la personalidad. Los seres que se vuelven alcoholomanos presentan estos rasgos comunes: la vivencia de soledad, la desesperanza y el imperio del presente anómalo y pasivo. En los demás aspectos su personalidad se muestra radicalmente diversa. No puede hablarse por lo tanto, de un tipo de personalidad específicamente prealcoholomaniaca, sino sólo de una constelación básica prealcoholomaniaca".

Respecto al término alcoholomanía, lo define como el alcohólico afecto de una dependencia psíquica para la bebida. "Alcoholomanía es una ansia irresistible e intermitente de conquistar vivencias de liberación mediante la ingestión de alcohol". (Obra cit. Pág. 421).

angustia, pero es dudoso que él en sí mismo sea equivalente disfrazado de la angustia. La angustia es una inquietud que sacude al hombre como si estuviera a la espera de algo, que no sabe bien qué es, pero de cuyo resultado dependiesen cosas infaustas decisivas. A veces cualquier acontecimiento trivial, o incluso nada, hace que cese la angustia y vuelva la quietud. Angustia la imposibilidad de movimiento físico, la falta de aire, la estrechez de espacio, la carencia de tiempo, la imposibilidad de comunicarse con un ser querido, porque está lejos o muerto. La angustia nace también cuando pelagra una posibilidad que hasta entonces estuvo o pudo estar a la mano. Llamamos posibilidad, no cualquier cosa que no habría inconveniente teórico en darle existencia, sino aquello que es nuestra posibilidad concreta de llegar a ser o vivir algo; por eso cuando ella se aleja, se pierde, o se desperdicia, sentimos mermada nuestra realidad y esa merma, angustia. La angustia es la abolición de la posibilidad o de la realidad, como ocurre con la muerte de alguien querido, porque mientras esa persona estaba viva no era sólo una realidad, sino que mucho más que eso, una posibilidad constante de compañía de proyectos, de inesperadas felicidades y creaciones, que aun cuando no se cumpliesen cabía a lo menos mantenerlas en la esperanza. Realidad y posibilidad son casi la misma cosa; sólo lo real abre a las posibilidades y son éstas, quienes lo convierten en proyecto perpetuo, en sueño, en fantasía.

El tedio en cambio, no deriva de la pérdida definitiva de la posibilidad de algo que fue hasta entonces posible, ni del miedo a la pérdida de una posibilidad que aún se tiene, sino de la imposibilidad del hacer, porque nada interesa. El mundo de la posibilidad y de la realidad no se muestra en él, como añorantemente perdido o en peligro de perderse, sino como borrado, inexistente, o simplemente sin interés. En el tedio se ignora la manera de ocupar el tiempo libre por falta de vida interior; es la vida interior quien le da atractivo y esplendor a todo, a lo mínimo y a lo máximo; sin eso, el tiempo puesto a la propia disposición para gastarlo de la manera que a uno le agrada, queda vacío, de donde la casi necesidad de aturdirse con estímulos extremos los fines de semana, los feriados prolongados, los días de vacaciones. El tedio es un hueco de tiempo que transcurre sin contenido, pues no se sabe cómo llenarlo con vida personal, porque nada seduce. Es lo opuesto a la fascinación. Sin tiempo libre no aparecería; pero también el trabajo monótono, obligado, repetitivo, sin esperanza de liberarse, conduce de hecho a la imposibilidad de elección y al aburrimiento.

Las primeras dosis de alcohol son particularmente gratas, pues proveen a cuanto rodea al bebedor de un cierto aire bello. Las flores se ven hermosas, las palabras, llenas de sentido, los hombres, interesantes, las mesas, sillas, espacios¹², como con su propia y llamativa fisonomía. Lo que hasta ese

¹² El espacio deja de ser un hueco abstracto donde se ubican objetos genéricos: herramientas, útiles para adquirir la viveza del espacio concreto y de los objetos individualizados en su peculiaridad única.

momento era trivial, caduco, mortecino, desindividualizado, adquiere una especie de colorido que, por contraste, fascina como un firmamento. De los aspectos desocultados por el alcohol, y que no parecen pura ensoñación a quien bebe, sino el simple encontrarse en un entretenido espectáculo, llama la atención el del *brillo*, señalado por algunos como muypreciado. Las cosas titilan a ratos con una luz especial como la de las perlas finas. “Después de tres copas de vino —dice un universitario— todo adquiere cuerpo y dimensión, concreción; de sombras sin relieve que ocupaban lugares sin saberse por qué, las cosas se convierten ahora en algo con sus propios derechos. Están ahí porque tienen que estar. Todo adquiere *brillo*, y da alegría sentirse parte de un escenario brillante; es como un juego de abalorios...”. Otro: “sí, todo se pone brillante, como si existiera de verdad y valiera la pena vivir sólo porque se hace tan presente; antes era algo opaco, muerto, ahora es como en esas películas en que los bandidos dejan caer puñados de piedras preciosas”. Un artista cuenta: “espero con ansias el atardecer; sé que con el vino no viene el aburrimiento, el espacio se ve lleno, claro, brillante, con luz propia; lo que está en ese espacio, colma el espacio, lo hace realísimo; es como una armonía de cosas que a uno le contenta el alma; después pasa eso y vienen los recuerdos y estos recuerdos son como hechos vividos de nuevo, como un instalarse en el recuerdo¹³, y entonces, claro, se sienten las ofensas, las penas, las alegrías, como si recién hubieran ocurrido o fuesen casi de ahora. Uno sigue tomando para ahogar esto y se emborracha y se duerme”. El pretérito en un momento es referido por él, como si fuese casi auténtico presente, un trasladarse hacia atrás. Un obrero no calificado también experimenta el fenómeno del brillo: “Después de unas copas, la conversación que al principio era latosa¹⁴ se pone entretenida, como que las palabras, la mesa, las botellas, los compañeros se pusieran brillantes, agradables, sin ese cansancio del día que hace todo aburrido”.

Si bien muchos bebedores niegan esto del brillo, tal vez una categoría similar se esconda bajo expresiones diversas: “objetos plenos de vida”, “se ve con agrado hasta el aire”, “la atmósfera se pone alegre y los colores y las formas resaltan bonitas y atractivas”, “cualquier conversación, aunque después uno se dé cuenta de que eran tonterías, es algo entretenido, como cuando de niño le contaban cuentos y se estaba escuchando con la boca abierta”, “miro todo igual que antes de beber, pero ahora no me aburre”, etc. En todo caso, el brillo, el embeleso, la diafanidad, el carácter casi apofánico de cuanto rodea, es lógicamente lo opuesto radical, a la gris uniformidad del tedio, que en el caso del bebedor se acompaña, no sólo de la sensación de lo desesperante —natural al aburrimiento— sino del aspecto de insoportabilidad de su presencia,

¹³Tal tendencia a vivir el pasado como presente propia del alcohol (y de ciertos cuadros orgánicos), transitoria en el caso del beber exagerado, puede convertirse en estado definitivo, congelado, en uno de sus síndromes graves clásicos: el síndrome de Korsakow.

¹⁴Latosa, en nuestra jerga popular equivale a tediosa.

lo que es el signo axial de las fobias. Es algo parecido a lo ocurrido en el caso del encierro: una cosa es el desagrado que provoca la permanencia en todo espacio demasiado estrecho, y otra distinta, la fobia a tal estrechez, la claustrofobia, con sus ahogos, desfallecimientos, desconcentración, etc., que obliga a la persona a no intentar por ningún motivo exponerse a esa situación y a huirla en cuanto adivina siquiera su posible presencia. Ahora, si un fármaco, no sólo evita la situación ingrata, sino que como varita de virtud, traslada al universo opuesto del brillo, del humor chispeante, de la alegría íntima, y todo eso sin salirse de los marcos ordinarios de siempre (sin que aparezcan cosas alucinadas o sentimientos beatíficos extranaturales del tipo de los del LSD, la cocaína o la morfina), meramente dando a lo natural mismo el aspecto novedoso que se supone debió tener siempre por derecho propio para cualquier hombre —menos por desgracia para el afectado—, se vuelve difícilísimo evitar tal fármaco, salvo poblar ese vacío íntimo con otros tesoros espirituales: amor, religión, familia, lectura, arte, naturaleza, fe en algo grande.

El tiempo abandona para el bebedor, su deslizarse monótono, su carácter de hueco inllenable, adquiriendo ahora el aspecto de un lujo, de un espacio gozoso de libertad con el cual se puede hacer lo que se quiera: se habla y se escucha con encanto; el sentimiento de amistad y compañerismo brota a manos llenas; el pasado, cuando la embriaguez avanza, se revive con fuerza en sus aspectos positivos y negativos, y lo negado por la vida diaria hasta entonces, se ve realizable ahora sin gran esfuerzo y en un futuro próximo. Dentro de un tiempo intensamente recuperado en sus tres momentos: pretérito, presente y futuro, el tedio se esfuma y todo se llena de promisorios significados. Se concibe que el bebedor espere con vehemencia sus ratos libres, el atardecer, para volver a su palacio hechizado. ¿Por qué no se detiene aquí y en cambio sigue bebiendo hasta sumergirse en la embriaguez y el sueño?, ¿es un homenaje agradecido al vino, dueño de la dicha? Quizás si no dispone más que de dos caminos: detener la ingesta, recuperar pronto la lucidez plena y volver con ella al tedio del presente, al pasado estéril y al porvenir sin esperanzas, o bien seguir adelante, por dificultad en la graduación de las dosis, pasando de la felicidad a la inconsciencia del sueño, donde a lo menos tampoco habrá tedio desesperanzado. En estados posteriores la dependencia física torna el despertar tan insoportable, que sólo el alcohol deshace los malestares y tras la felicidad fugaz de los primeros tragos lleva al dormir y así rotativamente cayéndose en la clásica crisis de ingestión.

¿Cómo se explica entonces la abstinencia de semanas y meses? Aventurarse en conjeturas respecto a esto, es peligroso dado lo fácil de un vano fantaseo; cabe pensar como simple suposición sin embargo, en que el bebedor pasados los días posteriores a la crisis de ingestión, en que se ha visto en condiciones deplorables, se desengaña de los imaginarios paraísos ofrecidos por el alcohol y le tome distancia, como se le toma a una mujer sorprendida en falsas promesas, para reconciliarse, después de una etapa de desdeñosa prescindencia, cuando

lo que es el signo axial de las fobias. Es algo parecido a lo ocurrido en el caso del encierro: una cosa es el desagrado que provoca la permanencia en todo espacio demasiado estrecho, y otra distinta, la fobia a tal estrechez, la claustrofobia, con sus ahogos, desfallecimientos, desconcentración, etc., que obliga a la persona a no intentar por ningún motivo exponerse a esa situación y a huirla en cuanto adivina siquiera su posible presencia. Ahora, si un fármaco, no sólo evita la situación ingrata, sino que como varita de virtud, traslada al universo opuesto del brillo, del humor chispeante, de la alegría íntima, y todo eso sin salirse de los marcos ordinarios de siempre (sin que aparezcan cosas alucinadas o sentimientos beatíficos extranaturales del tipo de los del LSD, la cocaína o la morfina), meramente dando a lo natural mismo el aspecto novedoso que se supone debió tener siempre por derecho propio para cualquier hombre —menos por desgracia para el afectado—, se vuelve difícilísimo evitar tal fármaco, salvo poblar ese vacío íntimo con otros tesoros espirituales: amor, religión, familia, lectura, arte, naturaleza, fe en algo grande.

El tiempo abandona para el bebedor, su deslizarse monótono, su carácter de hueco inllenable, adquiriendo ahora el aspecto de un lujo, de un espacio gozoso de libertad con el cual se puede hacer lo que se quiera: se habla y se escucha con encanto; el sentimiento de amistad y compañerismo brota a manos llenas; el pasado, cuando la embriaguez avanza, se revive con fuerza en sus aspectos positivos y negativos, y lo negado por la vida diaria hasta entonces, se ve realizable ahora sin gran esfuerzo y en un futuro próximo. Dentro de un tiempo intensamente recuperado en sus tres momentos: pretérito, presente y futuro, el tedio se esfuma y todo se llena de promisorios significados. Se concibe que el bebedor espere con vehemencia sus ratos libres, el atardecer, para volver a su palacio hechizado. ¿Por qué no se detiene aquí y en cambio sigue bebiendo hasta sumergirse en la embriaguez y el sueño?, ¿es un homenaje agradecido al vino, dueño de la dicha? Quizás si no dispone más que de dos caminos: detener la ingesta, recuperar pronto la lucidez plena y volver con ella al tedio del presente, al pasado estéril y al porvenir sin esperanzas, o bien seguir adelante, por dificultad en la graduación de las dosis, pasando de la felicidad a la inconsciencia del sueño, donde a lo menos tampoco habrá tedio desesperanzado. En estados posteriores la dependencia física torna el despertar tan insoportable, que sólo el alcohol deshace los malestares y tras la felicidad fugaz de los primeros tragos lleva al dormir y así rotativamente cayéndose en la clásica crisis de ingestión.

¿Cómo se explica entonces la abstinencia de semanas y meses? Aventurarse en conjeturas respecto a esto, es peligroso dado lo fácil de un vano fantaseo; cabe pensar como simple suposición sin embargo, en que el bebedor pasados los días posteriores a la crisis de ingestión, en que se ha visto en condiciones deplorables, se desengaña de los imaginarios paraísos ofrecidos por el alcohol y le tome distancia, como se le toma a una mujer sorprendida en falsas promesas, para reconciliarse, después de una etapa de desdeñosa prescindencia, cuando

el tedio se hace de nuevo intolerable. El alcohólico de temporadas, es como esos amantes siempre prestos a perdonar por enésima vez, pese a las protestas hechas en cada ocasión infausta de abandonar para siempre a quien le ha sido infiel.

Ya se ha dicho que muchos bebedores no experimentan el embeleso de un mundo juvenil, contentándose con ver ahora "todo como verdaderamente es, salvado el aspecto descascarado previo". No obstante aquí, aún sin la categoría del brillo, se ha experimentado a su manera una recosificación de objetos, vocablos y símbolos, hasta entonces destartalados y vacíos. La recosificación equivale en el tediofóbico, a la resujetización del normotimizante. Las frases comunes del normotimizante: "con dos tragos adquiero *coraje, valor, confianza, seguridad en mí mismo, poder seductor, lenguaje convincente*", ocurren y graciosos para entretener socialmente o atraer a una muchacha", traducen un estado de bienestar íntimo equivalente al del brillo, al de la entretenición, al del optimismo del tediofóbico. En un caso, el del normotimizante, el sujeto se reconquista a sí mismo ante un mundo que lo intimida por parecerle demasiado magnífico, poderoso y autosuficiente; en el otro caso, el del tediofóbico cada persona o cosa adquiere su singularidad única e irremplazable y su secreta corriente de simpatía. Usando términos muy impropios, pero que por analogía alumbran como un pálido relámpago, diríamos que el alcohol reinstala espectralmente¹⁵ el ser en el ser individual, en la *substancia primera* de Aristóteles, en el existente concreto mismo.

Bebedores impulsivo-sintomáticos

El bebedor tediofóbico es en general de fines de semana, de feriados, o de temporadas, pues no tiene como el normotimizante inseguridad en el quehacer o en la convivencia que le obligue a la ingesta diaria. El tedio cabe en cambio ocultarlo por épocas con el trabajo y la fatiga. Pertenecen tal vez a los tediofóbicos, los *consuetudinarios*, que se embriagan noche a noche durante años. En cambio hay un tipo de bebedores no incluíbles ni entre los normotimizantes ni los tediofóbicos, son los *sintomáticos o impulsivos*, que lo hacen repentinamente por días o semanas, para caer enseguida en abstinencias prolongadas. Se observa esa modalidad en esquizofrénicos, epilépticos, distímicos, etc. Tal vez corresponda a una automedicación frente a las intensas y bruscas descargas de angustia endógena propia de esos cuadros. La antigua dipsomanía descrita en los epilépticos es una de sus manifestaciones típicas.

El bebedor sintomático es un bebedor imprevisible; el normotimizante (inveterado de las antiguas clasificaciones) lo hace a lo largo del día, y el tediofóbico, salvo en las crisis de ingestión de su última etapa, es vespéral y noc-

¹⁵ Espectralmente ya que no persiste ningún enriquecimiento íntimo.

turno, generalmente de fines de semana o de fechas de pago; es periódico o temporero.

Alcoholismo y Antropología

Asombra siempre de nuevo la fuerza inconmensurable del alcohol: devuelve en pocos minutos la confianza en sí, crea un lenguaje social y erótico, abre a la comunicación personal, da textura, belleza y variedad a todo, borra el tedio y la angustia. Los consumidores de marihuana o LSD dicen que si suman alcohol, se agregan a las fantasías producidas por esas drogas, ciertas distorsiones sumamente atractivas. Las cosas, los rostros, las sonrisas, junto al embeleso otorgado por las drogas anteriores, se distorsionan y alargan —como las figuras de Modigliani decía uno— lo que les da una fascinación suma. Lógicamente no en todos ocurre el mismo y el trago para la mayoría sólo pone un leve matiz de lozania y serenidad, y no aquella danza orgiástica de formas y colores.

Philippe De Félice, cuyos estudios sobre venenos y drogas influyen en el modo actual de considerar el problema del alcoholismo, ve en la tendencia del hombre a su consumo una búsqueda anómala de realidades más altas, un resumen de su innato deseo de *sobrepasarse a sí mismo*, de llegar al éxtasis, de sumergirse en lo superior. No obstante, a nosotros nos pareciera lo contrario: el hombre es un nudo débilmente atado de inclinaciones contradictorias, de discordancias inacabables, que tienden a desatarse, a evaporarse, a dispararse hacia meras naderías. Corre de un lado a otro tras lo que a la postre carece de significación, ahogando las voces venidas del fondo. El alcohol le permite fantasmalmente recuperar su presente y su presencia, como también lo hacen en fase de tránsito, las enfermedades psicósomáticas.

Sólo la sombra del Altísimo detendría la vaporización del hombre, un ser que no tienda a sobrepasarse a sí mismo, o que no busca esencialmente parecerse a otro —como alguien ha insinuado— sino que *aspira a ser él mismo*¹⁶. El que recurra a sendas tan torcidas como el beber, que lo destruirá sin misericordia, prueba su afán secreto de recuperar a costa de lo que sea, sus límites, su completud, su armonía, en medio de las fieras discordancias íntimas.

Los poderes del alcohol lo han precipitado a obtenerlo desde donde fuere destilando o fermentando las sustancias más inverosímiles. Mucho antes del descubrimiento de útiles y herramientas elementales se ve ya su soberanía en los ritos, en las fiestas, en las ceremonias iniciáticas. Es como si constituyera un elemento antropológico supracultural, pues si hay animales que lo consuman, no se sabe todavía de especies que se dediquen a su fabricación, lo cual no significa que no se descubran con el tiempo; si ello ocurriera universalizaría aún

¹⁶ Para ser él mismo, tiene paradójicamente que parecerse a los demás sin parecerse; no caer en la singularidad extravagante, ni en el mero calco de lo ajeno.

más la importancia del alcohol para la vida, sin quitarle sus misterios, que lo han hecho desde el principio de la historia el signo maravilloso de lo espúreo y de lo santo. Algunos hebreos creyeron aun que el vino fue previo a la creación del mundo, y los místicos de todas las religiones acudieron a él para dar cuerpo simbólico a sus inefables experiencias.

Recordemos sólo este trozo del sufí musulmán Ibn al Faridh, bella imagen del vino:

"Hemos bebido a la memoria del Bien Amado un vino que nos ha embriagado antes de la creación de la viña.

Nuestro vaso era la luna llena. El es un sol.

Sin su perfume no hubiera encontrado el camino de sus tabernas.

La sola vista del sello colocado sobre los vasos bastó para embriagar a los convidados.

Si regasen con este vino la tierra de una tumba, el muerto encontraría su alma y el cuerpo volvería a la vida.

Extendido a la sombra del muro de su viña, el enfermo ya agonizante encontraría enseguida la fuerza.

Cerca de las tabernas, el paralítico camina y los mudos hablan en recuerdo de su sabor.

Si el aroma de su perfume se exhala en Oriente, un hombre privado de olfato es capaz de sentirlo en Occidente.

Un ciego de nacimiento que lo recibiera en su corazón recobraría inmediatamente la vista. El ruido de sus filtros hace oír a los sordos.

Si el más estúpido de los hombres pudiese bajar la tapa de su jarro, llegaría a comprender el sentido de sus perfecciones...

Es una limpidez y no es agua, una fluidez y no es aire, una luz sin fuego y un espíritu sin cuerpo...

Dicen: 'Tú has pecado bebiendo' —No, realmente, no he bebido más que hasta donde yo hubiese sido culpable de privarme.

Antes de mi pubertad he conocido la embriaguez y permanecerá en mí cuando mis huesos sean polvo.

Toma puro este vino, no lo mezcles más que con la saliva del Bien Amado; cualquiera otra mezcla sería culpable.

Está a tu disposición en las tabernas. Ven a tomarlo en todo su esplendor. ¡Qué bueno es beberlo al son de la música!

Porque él no habita jamás en ninguna parte con la tristeza, como no habitan jamás juntas las penas y las alegrías.

Si tú te embriagas de este vino, aunque sólo sea una sola hora, el tiempo será tu dócil esclavo y tú tendrás poder.

No ha vivido aquí abajo quien ha vivido sin embriaguez, y los otros tienen razones para estar muertos de su embriaguez.

Que llore sobre sí mismo quien ha perdido la vida sin tomar su parte¹⁷.

¹⁷Cit. por Philippe De Félice en "Venenos Sagrados. Embriaguez Divina". Trad. Maria Juan Mas. Ed. Felmar, Madrid, 1975. Pág. 10 y 11.

Estudio de aspectos psicopatológicos y clínicos de la epilepsia¹

A menudo el psiquiatra hace tardíamente el diagnóstico correcto de epilepsia cuando se trata de enfermos que consultan por síntomas polimorfos de aparente tinte depresivo o histérico y, como es corriente en tales casos, no confiesan o no recuerdan ataques u otro tipo de fenómenos accesionales. Dado el aspecto francamente neurótico o psicopático de muchos de ellos, tampoco es extraña la natural falta de indagaciones por parte del médico a dicho respecto. Por otra parte, no rara vez, los síntomas que pudiesen ser más típicos se reducen a "desmayos" consecutivos, a visión de accidentes graves o a querellas domésticas o, bien, a dolores violentos en la zona del trigémino con algunos de los integrantes semiológicos de la jaqueca, a crisis de taquicardia seguidas de un orinar abundante que despiertan y sobresaltan al enfermo a medianoche, a dolor precordial en forma de puntada lancinante que atraviesa el tórax de delante hacia atrás, a sensación brusca y angustiosa de bulto en forma de rueda giratoria en la

¹El material para este trabajo se obtuvo de la revisión de cien historias clínicas de epilépticos, consultantes de policlínica y hospitalizados una o varias veces en la Clínica Psiquiátrica o en el Hospital Psiquiátrico. Algunos son enfermos de consulta privada. Para el diagnóstico de epilepsia se aceptó la observación directa por un especialista, de algunas de las manifestaciones clásicas de dicho cuadro (ataque tonicoclónico, crisis psicomotoras, ausencias pesquisables, etc.) o bien, si eso no se daba, se ha exigido la existencia de repetidos EEG, que revelaran cualquier tipo de epilepsia. Se han desechado las historias en que el tratamiento antiepiléptico o el electroshock, pese a los EEG positivos, no ha mejorado de manera clínicamente significativa el curso del mal. Intencionadamente no se ha hecho diferencia entre epilepsias focales y centroencefálicas, entre focos superficiales y profundos, entre focos primitivos o de mera repercusión secundaria, en parte porque deseamos encontrar una posible fisonomía propia de los síntomas cuando son epilépticos, cualquiera sea el tipo de epilepsias, y en parte porque creemos que la investigación clínica no ha avanzado lo suficiente como para tener éxito en dicho campo, salvo las excepciones clásicamente conocidas: crisis uncinadas, ataques jacksonianos, etc. Los síntomas mostrados aquí los hemos encontrado igualmente en epilepsias focales y centroencefálicas. El problema es sumamente complejo, y la colaboración cada vez más estrecha entre clínica y laboratorio puede hacer más rápido el avance. Aquí, como en otros terrenos, se debe evitar también el reduccionismo que lleva a ver lo que de antemano se quiere ver. Eso no significa el rechazo de las clasificaciones, que son un estimulante aporte en tal campo. Se dice que los cuadros deberían investigarse en un primer tiempo sin prejuicios clasificatorios, a fin de sugerirle preguntas eficaces a los investigadores de laboratorio y dar juicios clínicos lo más objetivos posibles sobre los aportes de éstos.

zona epigástrica, a erección violenta con eyaculación explosiva a la vista de una pareja de amantes, etc., todo lo cual, junto al resto de los síntomas, es adscribible a cuadros del tipo de la neurosis de angustia, la neurastenia, la histeria o la depresión. Si por precaución se solicita un electroencefalograma y éste resulta negativo, no se insiste en repetirlo, pues en el fondo confirma el cuadro ya sospechado y toda repetición aparece a los ojos del clínico como un preciosismo inútil.

Cuando después de meses o años de peripecias psico y farmacoterapéuticas, y del desfile del enfermo de un servicio hospitalario a otro, nuevos interrogatorios clínicos y exámenes electroencefalográficos revelan imprevistamente la existencia de una epilepsia, el estudio retrospectivo deja en claro la presencia de síntomas notorios de esa enfermedad enmascarados en el fárrago de los otros síntomas, y sólo en ese momento la instauración de tratamientos adecuados pone una primera nota de calma, en una persona que ya empezaba a ser incluida en esa falange de pacientes crónicos de los cuales los médicos aspiran a zafarse.

La mayoría de tales síntomas epilépticos, con su extraña fisonomía, han sido bien descritos por los clínicos desde el siglo pasado. Ya Herpin, en su trabajo sobre "Los accesos incompletos", uno de los que inspiró a Hughlings Jackson, investigó un número tan sorprendente de fenómenos, que lo agregado más tarde no es mucho. Lo que sucede, sin embargo, es que los síntomas mostrados en los libros aparecen escuetamente como fenómenos llamativos aislados y tan relevantes, que por eso mismo constituirían de suyo la queja inmediata del enfermo, pero en la práctica diaria no son mostrados con ese relieve, sino que desfigurados en medio de una masa anodina de otros síntomas que borran incluso la abruptedad de su carácter accesorial, a lo cual se agrega el aparecer muy ligados a situaciones hogareñas conflictivas, a encontrarse el enfermo en ambientes hostiles, o a estar sometidos a trabajos y responsabilidades excesivas. Los pacientes tienden, por otro lado, a insistir perseverativamente en sus trastornos actuales: parestesias, adormecimiento de una mitad del cuerpo, cefalea, angustias y dolores precordiales, dolores abdominales, pérdida de la concentración, miedo a salir a la calle, malhumoramiento, aversión a los ruidos, desgano absoluto, no mencionan, en cambio, crisis accesorias, o si las citan las minimizan. No es raro que algunos no recuerden ataques convulsivos tenidos en alguna época, o bien no los hayan tenido nunca, otros tienen amnesia de sus ataques, unos terceros los ocultan por vergüenza o no gustan describirlos o recordarlos, y, en fin, hay quienes suponen que entre las crisis convulsivas, sobre todo si son muy distanciadas, y los síntomas, motivo de la consulta, no hay relación alguna.

En varias ocasiones el diagnóstico se aclara, porque en medio de la entrevista viene una breve crisis adversiva, una crisis orofaríngea, un tic gutural, un acceso de risa o de llanto, con palidez, dilatación pupilar rígida y los otros agregados vegetativos clásicos.

Si el enfermo es interrogado directamente sobre ataques y éstos no han ocurrido desde hace años o fueron en la infancia, no es excepcional que sólo los recuerde después de un aparente esfuerzo, o se los recuerde el familiar que le acompaña. Pudiera suponerse un factor vergüenza que lleve a ocultar o a desterrar un mal recuerdo, lo notable, sin embargo, es que lo mismo ocurre frente a otros síntomas ingratos. Uno de nuestros pacientes, por ejemplo, que consulta por variadas molestias de aspecto neurótico padece de una franca claustrofobia, la cual se descubre por casualidad en una de las entrevistas, ni en ese momento, ni después, vuelve a insistir espontáneamente en ella como lo haría un neurótico; cuando recién se produce una mejoría del resto del cuadro, dice con aire de alivio que ahora puede estar tranquilo en medio de aglomeraciones, ir a un cine, subir en ascensor. No es el caso, evidentemente, cuando el motivo mismo de la consulta es una agorafobia o una claustrofobia, pero aun aquí no es raro que no se cuenten accesos de pánico, alucinaciones ecmnésicas, ecos del propio pensamiento, etc., que pueden componer el resto del cuadro. Es como si al revés de lo ocurrido al asténico, un grupo de síntomas de primer plano relegara a los otros al trasfondo, quizás si porque la tendencia adhesiva de muchos pacientes les impidiera desprenderse de aquello que más les molesta, para mirar hacia otros lados de su horizonte.

A veces hemos esperado intencionadamente casi hasta el fin de una entrevista en la cual sospechábamos la enfermedad, en acecho de síntomas claves, pero en general no eran referidos aun cuando serían de suficiente notoriedad para cualquiera. Así, por ejemplo, nos ha sorprendido en varios enfermos con ataques de gran mal, la presencia desde hace años de alucinaciones o pseudoalucinaciones auditivas en forma de monólogos o diálogos, síntoma al cual no daban importancia y por eso no lo contaban. Eran enfermos no psicóticos, de vida responsable y normal. Contada la existencia de voces, y notado nuestro interés, podían referirlas de nuevo de manera espontánea en otras entrevistas. Por eso pareciera acertado al respecto, el criterio de epileptólogos antiguos y actuales, que señalan la presencia oscilante de tales voces en el epiléptico corriente, como algo más frecuente de lo sospechado, lo cual no significa que de todos modos no sean raras, tomada la suma de consultantes habituales.

La posible tendencia del enfermo a adherirse perseverativamente a algunos aspectos del cuadro, relegando a otros, obliga al clínico a la búsqueda de elementos definitorios. Tal cosa es necesaria incluso frente a exámenes electroencefalográficos positivos, pues una epilepsia eléctrica de ninguna manera lleva forzosamente a diagnosticar epilepsia clínica ante cualquier cuadro psiquiátrico del momento.

Hay pacientes cuyo cuadro primerizo durante años es de aspecto neurótico, depresivo o caracteropático, sin que hayan antecedentes personales o familiares de ataques epilépticos. La epilepsia se hace clara en algunos, por la presencia posterior de ataques de gran mal, de crisis psicomotoras, o de pequeños signos accesionales fugaces perdidos en medio del farrago de síntomas

antiguos, en otros, por las características clínicas y electroencefalográficas, seguidas, en muchos casos, de buenas respuestas a la terapia correspondiente.

Epilepsia a forma depresiva

Tres estudiantes universitarios de 18, 20 y 21 años, consultan por quejas consistentes en grave dificultad de concentración en los estudios desde hace años, mala capacidad retentiva, dificultad para conciliar el sueño, con tendencia a dormir hasta tarde, timidez en el trato personal, sensación global de minusvalía. Dos bebían tragos cortos en las tardes para poder llegar a alternar de igual a igual con sus compañeros. Todos se vestían correctamente; insistían una y otra vez en sus molestias y en la posibilidad de que eso los inhabilitara para graduarse y ejercer. Dos eran apegados a sus hogares; el tercero, pese a tener a su familia en Santiago, prefería vivir solo en un departamento, pues le disgustaba el exceso de protección paterna. El cuadro parecía una depresión endógena, pero no se acompañaba, como en dicha depresión, de pérdida del apetito, de marchitez corporal, de indecisión en las cosas pequeñas, de alteraciones en el tránsito intestinal, de sensación de embrollo psíquico, de nostalgia por un pasado supuestamente feliz, de agotamiento con el esfuerzo físico y psíquico, de dudas respecto a si se trataba de enfermedad o simulación.

En ellos el esfuerzo de estudiar era penoso todo el tiempo; el esfuerzo físico no les agotaba sin embargo, *se adherían con empeño a su tarea y obtenían rendimientos pasables en los estudios*. Uno decía: "a fuerza de meterle y meterle las cosas, al fin se quedan, pero hay que trabajar como un esclavo". Más que de responsabilidad, como lo hace el depresivo endógeno, aun cuando también usaban esa palabra, hablaban de algo parecido a *adherencia a un propósito*, de no cejar en lo aspirado para evitar la humillación del fracaso. Se sentían inferiores a sus compañeros, pero no algo inservible, un estropajo en sí como le ocurre al depresivo.

El comportarse correctamente en la vida social, el perseverar en sus objetivos con franca positividad vital, el cuidarse del arreglo personal y de no caer en conductas estridentes, el lenguaje normal, el gusto por la sociabilidad, el preocuparse de no perder jerarquía personal, hablaban en contra del diagnóstico de esquizofrenia larvada, cuadro que con frecuencia se inicia con síntomas parecidos.

El estar preocupados de los síntomas mismos en cuanto obstáculos directos para sus estudios y no tanto por sus posibles derivaciones hacia la locura o la demencia, la poca autoscopia, la tranquilidad pausada durante el relato, la persistencia invariable de un cuadro casi inmovil, hacían desear en ellos el diagnóstico de neurosis o de personalidad depresiva.

En los tres el electroencefalograma reveló epilepsia de tipo centrocéfala. Uno hizo, cuatro años más tarde, los primeros ataques tonicoclónicos,

diurnos y nocturnos, con la frecuencia de dos o tres por semana. Los otros mejoraron con Epamin y Marplan, sin que lógicamente pueda asegurarse si esa mejoría fue espontánea o debida a los fármacos. Tres años después, los electroencefalogramas no habían variado; ignoramos su suerte posterior. El primero, después de los ataques, hizo varias crisis de dipsomanía y su conducta, correcta hasta entonces, varió mucho, obligando a internarlo varias veces por periodos de uno a dos meses debido a estados maniacales sintomáticos, con tendencia a las fiestas y a los excesos sexuales, aunque sin el proyectismo, la ideofugacidad, ni la prodigalidad maniaca. Los electroencefalogramas tampoco variaron en ningún momento.

Los tres enfermos son representativos de un grupo cuyo motivo de consulta es falta de concentración, de memoria y de ánimos, con o sin ataques de gran mal, que casi siempre, en caso de darse, son ataques en relación de algún tipo con excesos de trabajo, incomprensiones, malos ratos. Aquellos síntomas se prolongan a veces, con escasa variabilidad, por meses o años. Contrasta entonces, en varios, una esforzada tendencia a cumplir con lo suyo (incluso visten bien y son ordenados), aun cuando todo se haga con sentimiento de gran penosidad.

Un paciente de 17 años estudia, prepara las pruebas de Aptitud Académica para ingresar a la Universidad y ayuda a su madre en un restaurante, que se mantiene abierto día y noche. Pese a su falta de concentración, a que "lee cada página cinco veces a fin de grabársela", en cuanto tiene tiempo va al negocio a trabajar junto a su madre. Si tiene incidentes con clientes ebrios, queda desazonado por horas y generalmente el estado de ánimo termina con un ataque de gran mal clásico. Sin embargo, no puede dejar de estudiar, porque, según dice: "se ha propuesto ser algo y no cejará cueste lo que cueste"; ni puede dejar de ayudar a su madre en el negocio, pese a los deseos contrarios de ésta, porque "da no sé qué verla trabajar tanto y uno quedarse a brazos cruzados". Tiene clara conciencia de los efectos de los malos ratos, y confía sólo en el éxito del tratamiento médico.

El sentido de responsabilidad pareciera no ser en tales enfermos, como lo es en los depresivos endógenos, el de cumplir minuto a minuto la tarea de cada día, sino más global: el de alcanzar una finalidad propuesta que, según suponen, les dará seguridad o alivio ante el porvenir, como lo son la conquista de una profesión, la compra de una casa, la buena calificación en la oficina. Algunas frases sacadas de historias lo ilustran: "Si uno no tiene profesión, hoy no es nada"; "es difícil ocupar un puesto sin tener sexto año y dominar un idioma; usted ve los avisos de los diarios"; "hay que trabajar como chino para sacar a los hijos adelante; si no se les deja un estudio, sufrirán en la vida"; "en el Ministerio todos los que suben son abogados, por eso, aunque me cueste a morir, tengo que salir adelante; de otra manera quedaré como suché".

Lo que pareciera de alguna manera mantener el aliento frente a la penosidad de la tarea es el estar mirando constantemente las contingencias del futuro y el suponer que si se logra resultado, todo lo compensará a la postre un

mundo aligerado por la posesión de un título, una casa, una renta. El confiar en el futuro, lo cual no ocurre en el depresivo endógeno, haría arrastrar como sea, el trabajo pesado del presente. Además, debiéramos agregar que en muchos casos *no hay en el epiléptico falta de atracción primaria por las labores, como le ocurre al depresivo*, algo que hubiese que hacer a la fuerza por mero sentido de responsabilidad, sino que hay, en cierto modo, contrariedad porque ellas resulten difíciles en circunstancias de que gustan en ese momento, o se las considera necesarias para el fin remoto propuesto. A veces no se da tanto la responsabilidad en el sentido de hacer cosas para que los demás no le traten de irresponsable, sino un sentirse impulsado por dentro a construir una vida lo más agradable, aun a costa de difíciles esfuerzos. El depresivo, en sus ratos peores, encuentra que es un estropajo porque no sirve para nada, como si el hombre fuese sólo una máquina de servir; el epiléptico pone más bien los valores en el realizarse en busca de una vida sosegada y pacífica; por eso no dice ante obstáculos en el hacer parecidos a los del depresivo: "no sirvo, soy una basura", sino, "me cuesta, me humilla, me atormenta, me agota". Uno habla de un deplorable presente último, el otro de un camino abrupto hacia la paz del alma.

Entre nuestros veinte enfermos, víctimas de tal forma depresiva de epilepsia, el cuadro no era fácilmente pesquisable a primera vista. Se presentaban amables, sonrientes, vestidos en acuerdo a su condición social, de aspecto físico saludable y ademanes naturales, sólo el relato daba cuenta de sus peripecias. Casi todos decían que podían disimular su mal, aunque eran muy quejumbrosos ante sus familiares. *En ninguno se presentaba el dilema enfermedad-cobardía, típico del depresivo endógeno, que a ratos cree estar enfermo y a ratos flojeando*. En dos, en cambio, se presentaba la idea de creer unos días que simulaban para atraer cariño o compasión, estando otros días seguros de lo contrario. No era una idea de enfermedad y de cobardía casi simultáneamente contradictoria como en el depresivo, sino una idea alternante. Seguros de estar enfermos, aceptaban la posibilidad de exagerar los trastornos, ya sin darse cuenta, ya con objetivos gananciosos: obtener mejores remedios, ser menos molestados en la casa, etc.

La idea de estar simulando se nos ha presentado en epilépticos con otra semiología. Una niña de 22 años sufre de crisis de "rabietas" de 3 a 5 minutos, con agresividad contra objetos, cada vez que tiene altercados con familiares. Es como si "las rabietas" la tomaran por dentro; son seguidas de una brevísima atonía muscular y un cierto estado de felicidad por lo hecho. En medio de la crisis, insulta, se destroza la ropa, se tira el pelo, lanza objetos; ha roto incluso los vidrios de las ventanas. El resto del día queda como desahogada. Si surgen nuevos incidentes, debidos por lo general a cosas banales, se repite la crisis. Algunas noches despierta sobresaltada, con ganas de salir a caminar, pero se duerme a los pocos minutos. A los 8 años sufrió por meses, crisis convulsivas tonoclonicas, cuya hora y número ignora. Los actuales electroencefalogramas apuntan a una epilepsia centroencefálica. En la entrevista es apacible, sobria

y sólo se queja de que con las rabietas ni en su casa la soportan, ni ella tolera que la contradigan. Sin embargo pasa semanas convencida de que las crisis son simuladas por ella para hacerse respetar; después cree que es algo ajeno a su voluntad que la toma de repente. Desde hace seis meses usa Seclar y Tegretal y las cosas no han vuelto a repetirse; ahora se siente a gusto en su casa. La avergüenza su enfermedad y le disgusta hablar de las rabietas y de las despertadas nocturnas.

La vergüenza y el olvido de fenómenos mórbidos

Cabe preguntarse si aquí, como en los casos anteriores, el creer que se simule es una defensa contra la idea de padecer de algo vergonzoso, o si es etapa intermedia en la vía hacia la agnosia completa de síntomas, como ocurre en personas que tienen ataques tónicoclónicos, ataques psicomotores, ataques de risa u otros, y que no sólo ignoran cómo fue el ataque, debido naturalmente a la inconsciencia, sino que ni siquiera saben de pérdida alguna de conciencia, aun cuando hubiese sido de largos minutos. En una u otra línea podría estar, quizás, el hecho de sentir varios el ataque como un mero dormir durante el cual se tienen sueños bastante nitidos y detallados, a los que a veces asisten como actores, pero muchas veces como espectadores, sueños generalmente idénticos que terminan con una especie de despertar natural. Dichos ataques, vistos por el observador, son en ocasiones crisis de atonía de 2 ó 3 minutos, otros son tónicoclónicos. Los pacientes hablan, sin embargo, de deseos bruscos de dormir, o de un dormir que les toma de improviso; en todo caso el dormir, aun cuando sea a destiempo, sería más aceptable para la dignidad de la psique, que el ataque violento. Cuánto pudiese influir el sentimiento de vergüenza en tan curiosas vivenciaciones de la semiología, es difícil aventurarlo y aquí apenas si se insinúa su posible influjo. Que el hecho de soñar no es el único capaz de darle el aire de dormición al ataque, lo muestran los casos vividos también como un sueño, sin que haya actividad onírica alguna.

La vergüenza, el reposo y la tendencia al orden

En parte pudiera tener también que ver con el sentimiento de vergüenza la tendencia al orden y al aseo de muchos epilépticos. Hay mujeres que se agotan, con disgusto íntimo, arreglando la casa la mañana entera al fin de que a medio día aparezca ordenada, limpia, bien presentada. Interrogadas sobre ese exceso de celo, se escuchan respuestas de este tipo: "Una se cansa, no da más, pero piensa en lo bonita que se verá en seguida, en el gusto, en el sosiego que dará ver todo en su lugar, y eso da ánimos aunque se esté fatigada", "sí no se arregla la casa, el marido o las visitas saldrán comentando: esta mujer es cochina, no sirve para nada, es una floja", "a una no le gusta qué la pelen en el barrio; ven una

vez la casa desordenada y ya salen hablando y le cuentan a todo el mundo". Pareciera haber en esta ordenalidad estudiada por los clásicos, no sólo un defenderse del caos, como ocurre en ciertos esquizofrénicos, o el ver en el orden la oposición a la dejadez, a la irresponsabilidad, como le ocurre a los depresivos, sino además o sobre todo, la tendencia a cuidarse de la falsa apariencia y de comentarios malévolos a que diese lugar una casa descuidada si llegan visitas de imprevisto. Hay casi pánico al pelambrillo, a dar mala imagen como ejecutores de sus tareas específicas, a sufrir desvalorización en una línea que les parece centrica.

En varios opera no sólo eso, sino un agrado sensorial en el orden: "a cualquiera le da gusto una casa ordenada", "una se siente contenta, ve bonita cada cosa en su sitio", "el desorden no alegra; se ve triste como lo abandonado, lo muerto". Ante el desorden, el enfermo no siente angustia incomprensible como el anancástico, sino algo así como desolación, falta de paz, sobre todo cuando se trata del hogar, de la oficina, que son como el espejo suyo, y no frente a un desorden de cualquiera, como le ocurre al inseguro de sí mismo. El límite de su tendencia imperiosa al orden llega en cierta manera hasta el límite de su potestad, lo cual no significa que no desapruere y comente, incluso malévolamente, el desorden ajeno. Algunos enfermos aseguran también que lo valioso no es cualquier orden, por estricto que sea, sino el orden peculiar propio del modo de ser de cada uno. "Es ese orden el que da serenidad, atmósfera de reposo; otros órdenes desasosiegan, provocan inquietud igual que el desorden; a un orden que no sea el mío, yo prefiero el desorden", dice un epiléptico. El mismo agrega: "el orden de uno es bonito, es belleza, da paz y descanso". Pareciese así un orden válido para él y no un orden general; en suma, un orden compartimentalizado dentro del conjunto de lo llamado orden, un orden en estanco.

El desgano y la indolencia

Un grupo de quince de nuestras enfermas, ingresadas repetidas veces por episodios psicóticos y víctimas de ataques diurnos y nocturnos relativamente frecuentes (a lo menos uno al mes), muestran en diversas anotaciones a lo largo de años, el dato de no dedicarse a nada ni en su casa ni en el hospital, síntoma anotado en las historias clínicas como apatía. Todas ellas pertenecientes a familias de escasos recursos y miembros de familias numerosas, no ayudan ni siquiera en labores de casa y apenas si hacen uno u otro mandado; permanecen ociosas el día entero, son descuidadas en el vestir y no les preocupa "el qué dirán". Hay signos de deterioros o de déficit mental. No pudiera sin embargo hablarse de apatía en el verdadero sentido, pues casi todas son protestadoras, regañonas violentas si se les tocan sus cosas, o se les obliga a cualquier tarea. No es que estén indiferentes a todo y se las lleva adonde se quiera, o hagan momentáneamente lo que se les pide, como ocurre en la apatía de los oscuros de conciencia o de los orgánicos no psicóticos, sino una especie de activa permanencia

en el no hacer nada, una indolencia. El que sea indolencia y no apatía orgánica, explicaría que más de la mitad de ellas, después de tratamientos hayan empezado a ayudar en la casa, asumiendo labores de cierta responsabilidad, aun cuando en ninguna se ha dado ese laborismo excesivo en favor del orden o de una finalidad más alta, como antes se aludió a propósito de otros. Aquí el futuro no aparece tangible y atractivo, capaz de vencer las penosidades del presente, sino envuelto a veces en un sordo rencor.

¿Tal indolencia vendría a veces de una especie de pérdida de interés por lo terreno derivado de una mirada puesta demasiado en el ultramundo? El hecho es que la inmensa mayoría de esos enfermos indolentes vistos por nosotros, habían tenido repetición de sueños con personajes religiosos que les prometían consuelo, apariciones de la Virgen o de Cristo, que les mostraban su solicitud por ellos, estados crepusculares, deliriosos o amenciales, en los cuales descenden como observadores a los infiernos o suben al cielo y ven lo que allí ocurre. En dichas escenas hay como un adelanto de lo que será su porvenir, consejos o conversaciones triviales respecto a cómo deberían comportarse, y seguridades de protección especial. Frases como: "Mamita Virgen, ven a buscarme". "La Virgen del Perpetuo Socorro me dijo que me mejoraría y sería feliz: que no me preocupara de mi desgracia". "La Virgen decía que estaría a mi lado". "Cristo resplandeciente me pidió que sufriera como él y no me desesperara", no escasean en nuestros protocolos. Tanto aquí como en los casos del otro tipo aludido más atrás, el futuro se mostraría casi sensorialmente visible, ya para arrastrar al presente hacia el trabajo cadencioso y perseverante en este mundo, o hacia la indolencia, en espera de las venturas del otro. Tales ideas necesitan nuevas investigaciones clínicas y lógicamente sería ingenuo suponer que son las únicas o las determinantes básicas de actitudes tan complejas, en personas muchas veces deterioradas por la enfermedad misma o por el exceso de electroshocks, de barbitúricos, a lo cual se suma en varios la debilidad mental de fondo.

El religiosismo y la ética

El religiosismo lo hemos visto en enfermos con varias hospitalizaciones en secciones de crónicos, cuya bradipsiquia, pegajosidad, perseveración, tendencia a la intriga, al chisme, a la obsequiosidad, a la pseudomansedumbre, a asumir posiciones ventajosas dentro de su pequeño mundo, ocupa el primer plano. Cualquier relato lo plagan de frases rituales invocatorias de la ayuda de Dios o de la Virgen. En pacientes de consultorio con una vida laboral corriente, aparece menos; probablemente su vida religiosa, cuando son creyentes, sea sin embargo más adicta a las formalidades, a las devociones particulares, a los microcultos de la Virgen o del Santo tal o cual, que el de una persona sana.

Si nos atenemos a enfermos hospitalizados y de consultorio con dicho religiosismo, llama la atención una especie de tendencia al contacto directo

con las personas divinas, más allá de las Iglesias, y el estimar lo más natural el diálogo doméstico, trivial, en la oración o en los sueños. No es que se sientan profetas o dueños de revelaciones trascendentes, sino simplemente hijos de cuya desgracia humillante se conduce la divinidad, y a los que ofrece merecidos premios o confortaciones dándoles un trato más señalado. Casi todos encuentran naturales sus apariciones, las cuentan candorosamente y no les dan otro alcance que el deducible de las pobres frases intercambiadas. Paranoias religiosas propiamente tales se ven rara vez. Las apariciones tienen casi siempre el aire de alucinaciones o ensoñaciones catatímicas, dado el alcance particular respecto a salud y destino que les otorga el enfermo. Las vivencias deliriosas en el transcurso de delirios, estados crepusculares o amencias, suelen ser de viajes al ultramundo y experiencias concretas respecto a la vida de allí.

En general la relación con lo divino no es entrega al amor puro o fe en algo numinoso que nos circunda, sino un trato jurídico en el que hay promesas compensatorias por la inmerecida enfermedad actual. El paciente se considera en cierto modo alguien que no puede quedar abandonado así no más a una suerte aciaga.

Muchos pacientes no son religiosos o han abandonado la religión; sin embargo dan bastante valor al comportamiento ético, sobre todo al de los demás hacia ellos. Una normalista de 28 años dice: "Dejé la religión; no me importa el aspecto físico de las personas, sino su comportamiento, especialmente en las mujeres; desde este punto de vista considero buenos a muy pocos profesores de mi colegio como para interesarme por ellos. No le encuentro objetivo a la vida; me mataría si no fuese por mis padres. Desde hace diez años paso cansada y no tengo memoria; duermo mal; me es más claro lo pasado que lo presente. Desde enero me angustio y me dan ganas de contar mis problemas y llorar; no me interesan los problemas de otros. Selecciono a la gente desde el ángulo moral. La moralidad es lo importante. Ahora aunque la gente habla de cualquier cosa, yo no puedo evitar contarle mis problemas; es un impulso que no resisto y me dejo arrastrar. Sé que la gente no se interesa por mi persona sino porque soy útil; no puedo abandonar el trabajo aunque no dé más, por eso mismo no hay hoy en día valoración moral de la persona; vivo disimulando que soy tan útil como antes para que no me desestimen moralmente; soy una pura máscara, ya es así; en la gente no hay afecto por las personas; yo no siento afecto; estoy desganada. En el trabajo me paro junto al curso y no sé por dónde empezar la clase; tengo la mente confusa. Si alguien me ordenara: ponte esto, di lo otro, y me empujara a hacer las cosas, sería feliz y no tendría problema; otra voluntad podría dirigirme. Disimulo tan bien debido a la inmoralidad de la gente, que si yo no contara nadie sabría de mi mal; además conservo buen aspecto, apetito y me veo vigorosa. A ratos se me corta el pensamiento y de repente me encuentro pensando en otra cosa. Me gusta contar y contar lo que me pasa sin que me interrumpen". A propósito de una pregunta, agrega que se siente digna y cumplidora y sin nada de qué reprocharse, pues los efectos de su mala salud no dependen de ella.

Le parece valiosa su vida de antes y de ahora, aun cuando podría ser mejor si memoria y pensamiento la acompañasen. La limpieza ética le importa tanto que desde hace años experimenta no sólo la compulsión a revisar las cuentas, sino a bañarse tres veces seguidas y a desvestirse velozmente cuando se acuesta a fin de no mirar su cuerpo con impudicia. Si no se baña tres veces se angustia, pues tiene la idea de quedar sucia de alma. "El agua, dice, es como algo sacramental y mi cuerpo como algo religioso; si me baño tres veces, no es para asearme el cuerpo, sino como un rito lustral; es algo sagrado que me deja limpia el alma, es un rito de purificación". Bañada tres veces se tranquiliza y se entrega en paz a su trabajo. Le encuentra pleno sentido al acto pues cree en la sacralidad del cuerpo; por lo mismo no entabla ningún combate contra el rito, pese a que ocupa una hora en él. Incluso si ocurre algo infausto en alguna casa donde está de visita, culpa a su posible presencia corporal impura, de lo sucedido. Los electroencefalogramas revelan una epilepsia centroencefálica. Es de carácter enequéptico. No ha tenido ataques epilépticos de grandes o de pequeño mal.

Como es notorio, la sacralidad del cuerpo y su peculiar eticismo le dan cierta atmósfera mágica a su existencia, de la cual apartó hace tiempo el interés por su antigua religión.

En tales creencias, igual que en las revelaciones religiosas de otros, se advierte una especie de sentimiento de seguridad del yo en su propio valer y en el logro de un buen destino final. Coincide en cierto modo con tal sentimiento sobrevalorado, el que los enfermos, en muchos casos, se culpen muy poco de las situaciones incómodas que viven y en cambio culpen airadamente a familiares, amigos y allegados. Exigen, sobre todo de los suyos, que se adscriban a su mundo, o si no, caen en el desprecio, la maledicencia y el resentimiento. Es preciso oírlos y complacerlos.

La paranoia epiléptica larvada

Un buen número de enfermos viven de hecho una paranoia larvada. Si se usa el teléfono largo rato es para que ellos no lo ocupen; si los amigos no aceptan sus invitaciones es porque los menosprecian; si una hermana tiene más gusto en vestirse, es porque se lleva todo el dinero de la familia. De esa manera, al accho de supuestas murmuraciones, conversaciones, idas a fiestas de otros hermanos, se suponen humillados, marginados, víctimas de un descarado prejuicio. Tales autorreferencias adquieren magnitud en los estados de oscurecimiento de conciencia, en las cuales una simple mirada, una frase anodina o un codazo casual, son tomados como desafíos o humillaciones insostenibles y se responden de inmediato con extrema violencia. El elevado sentido del honor personal y del respeto que se merecen, contrapeso a veces de lo vergonzante de la enfermedad (dado también, aunque no haya ataques), torna muy bajo el umbral de tolerancia a lo que suponen violación de sus justos derechos. Es una querulancia o un sentimiento de perjuicio centrado en la defensa de sus prerrogativas ante la familia o la comunidad hospitalaria en que viven.

En las historias de enfermos ingresados a servicios psiquiátricos por episodios de agitación, agresividad, vivenciar delirioso, no son raros desde días o semanas antes, cuando todavía desempeñaban sus labores habituales, fenómenos de aire delirante.

Así un epiléptico del Hospital Psiquiátrico, víctima de ataques convulsivos espaciados y cuyos electroencefalogramas señalan disritmias con descargas de predominio bifrontal y temporal, se siente observado por mujeres en la calle en las semanas previas a su primer ingreso en 1964: "Las mujeres sobre todo me miran mucho porque me creen muy viril; me molesta porque no soy superior". Tales percepciones le dan rabia, pero no lo cohiben, no le inducen a un cambio perceptible de conducta, a encerrarse en la casa. Sin embargo, lo que a él más le molesta en dicha época no es el ser observado, sino la pérdida de concentración, la inseguridad en el trabajo, el apremio psíquico y físico, pese a que nota también cambios corporales: "Las mejillas son como de muñecas". La inseguridad y la angustia son agobiantes, y le hacen solicitar un reposo de veinte días. Cuatro meses después estalla abruptamente un cuadro psicótico agudo. Sometido a tratamientos con electroshocks y coma insulínico, se da de alta mejorado con el diagnóstico de esquizofrenia paranoidea.

Tres meses después consulta de nuevo por inquietud constante, insomnio y "deslumbramientos sensoriales ante movimientos o percepciones, aun los más fugaces, que le llevan a razonamientos difusos e incoherentes respecto al significado de lo percibido". Lo transformaron dice, a los 18 años. Hospitalizado mejora en seis semanas. Reingresa al año. Los nueve meses anteriores había trabajado bien como jefe de bodega de una firma importante, pese a que se creía Jesucristo, cosa de la cual no se dio cuenta nadie. Sólo los tres días previos a su reclusión proclamó públicamente ante su padre, que era Dios; anunció un próximo cataclismo y se puso muy agresivo. Con tratamientos similares, mejora en pocas semanas, enjuicia bien sus fenómenos patológicos y se reintegra al trabajo. Consulta de vez en cuando por una desazón general que no precisa. En 1967 solicita pensión de invalidez, se le concede y desde entonces hasta ahora no trabaja, o se dedica a labores ocasionales. Ha tenido nuevos reingresos de la misma duración y carácter, después de los cuales sale bien, y enjuiciando correctamente su enfermedad.

Trastornos de la perceptividad y sensorialidad

No es excepcional que junto a síntomas de enredo de pensamiento, de desmemorización, de inquietud, de sentirse denigrados o vejados por los familiares, observados en la calle, impulsados a hacerse justicia aunque sea destrozando objetos, el cuadro morboso se acompañe de macroacusia, percepción de zumbidos de insectos, ruidos desagradables de objetos, voces o murmullos que repiten y enre-

dan los pensamientos, visión de discos coloreados, chorros de luces, opresión precordial, desazón en el estómago, dolores violentos localizados que los dejan inmóviles, "estacados", palabras que se emiten antes de tiempo ajenas a lo que se desea decir, etc. Las molestias sensoriales y vegetativas abundantes, en forma incluso de descarga eléctrica, constituyen a veces la totalidad de los primeros estallidos y logran curarse ambulatoriamente en días o semanas.

Así el enfermo antes citado viene a la policlínica del Hospital Psiquiátrico en octubre de 1958, porque desde hace seis días duerme mal, habla dormido, lo despiertan o los zumbidos de oído o un ruido de grillos o de raspar tarros. A ratos, durante la vigilia, siente gritos, se come las uñas, ve una luz blanca, y cerrando los ojos, otras verdes y rojas; tiene cefalea con sensación de que le aprietan las sienas y en ocasiones el tórax; dolor precordial agudo que cesa moviendo los brazos; hay mareo y miedo a volverse loco. Se le toma por histérico, mejora en pocas semanas. El primer episodio psicótico estalla recién seis años después.

Un estudiante universitario de 20 años consulta porque desde hace meses no sale a la calle cuando corre viento fuerte, "un viento que haga temblar los árboles"; el viento lo inunda de antiguos recuerdos penosos que lo sumen, según sus expresiones, "en un estado de pavor parecido a la muerte". "El zumbido se me hace cada vez más insoportable, me viene el miedo y me obliga a cerrar puertas y ventanas con lo cual me tranquilizo, vuelve la paz y puedo incluso dedicarme al estudio". Por eso no ha ido este año a veranear al sur como era su costumbre, "en el sur hay mucho viento". Un electroencefalograma da un resultado similar al caso anterior. No ha tenido crisis ni de pequeño ni de gran mal. Dos años más tarde tiene una primera crisis convulsiva tónico-clónica con mordedura de lengua, enuresis y caída violenta. El fenómeno primitivo persiste después del ataque y entra en remisión al parecer debido a un tratamiento de varios meses en que se combinan psicoterapia, Epamin y Marplan. Durante la psicoterapia confiesa que en su vida corriente son más vivos los recuerdos que las percepciones; ante la viveza eidética de los primeros, resultan apagadas las segundas. Sus molestias no le parecen absurdas como al fóbico neurótico, sino simplemente un insoportable trastorno psíquico, como podría serlo cualquier enfermedad.

Otra paciente centra su preocupación en ser aliviada de la desazón provocada por los ruidos. Dice: "¡Los ruidos, los ruidos!; si me quitaran eso, ya no los soporto más". Se hospitaliza. Como además se queja de cansancio que la lleva a quedarse semanas en cama, mal humor y autorreferencias con los familiares, se diagnostica en un principio síndrome hiperestésico-emocional por agotamiento en el trabajo. Sin embargo, al hiperestésico-emocional le molestan los ruidos repentinos, desmedidos o que se repiten monótonamente como la gota de agua, y no los comunes de la vida corriente o los bruscos de que se está prevenido. Aquí, según nos dice, los ruidos le provocan una desazón indescribible, algo parecido a quien raspa corcho en un vidrio o tiza en una pizarra. Es

como si hubiese una trasmutación fenoménica en la repercusión afectiva de agrado, desagrado o neutralidad, que es el acompañante clásico de toda percepción. El electroencefalograma muestra epilepsia de focalización temporal derecha.

Una enferma de 35 años, soltera, laboriosa, responsable, siempre en buena armonía con su familia, sufre desde hace 5 años de crisis de tres a cuatro meses de duración, consistentes en cefalea y "sensación insoportable" de desexualización de la mitad inferior del tronco. Dice: "No sé cómo explicarle, pero me siento infinitamente desgraciada; quiero morirme, no me suicido porque soy creyente; no es el dolor de cabeza mismo, sino una especie de sentimiento extraño insoportable, desesperante, que sale del dolor y me revuelve los sesos. Tampoco es eso; si Ud. lo tuviese un minuto se daría cuenta; no tiene que ver con menstruaciones como usted me pregunta; es parejo, duermo con pastillas, pero aparece en cuanto despierto, también es terrible no sentirme como mujer ni como nada en esa parte del cuerpo; no es que no me sienta físicamente, ni siquiera sé lo que me pasaría si estuviese con un hombre, pero es como que no me puedo olvidar de sentir esa parte y sentirla como muerta; tampoco es lo que le digo; es peor, es como una angustia; creo que nadie puede entenderme, faltan palabras, es un desagrado irritante, dan ganas de morirse al tiro". Aparece sobria en el relato; no usa ademanes histriónicos; sonríe si se le hace una broma y rinde igual en sus labores, que son de alta responsabilidad. Agrega a cada rato: "Como soy capaz de disimularlo todo, me ven amable y sonriente; no me gusta inspirar lástima. Nadie me cree enferma: creo que usted mismo, al verme, supone que son exageraciones". Repetidos electroencefalogramas muestran una epilepsia centroencefálica. La última crisis ha cedido a una combinación de Periacin y Mutabon-D, habiendo fracasado el Tegretal y el resto de la terapia de uso más habitual. Ahora, dice, la inunda la felicidad al comparar su estado con el previo.

La viveza de los fenómenos sensoriales, que llegan hasta sensorializar pensamientos y recuerdos, las perversiones afectivas de lo percibido, lo escueto del relato de cada sintoma aunque se le repita perseverativamente, la ausencia de histrionismo, el miedo directo a la muerte, que casi se percibe de cuerpo presente (pero no se deduce desde los síntomas como en el neurótico) la afectividad descorazonante en forma de derrota, de tristeza, de nostalgia, de infelicidad infinitas, son síntomas, que ya dados en forma accesional breve, o ya de estados prolongados, orientan hacia la existencia de una posible epilepsia. Mas aún si la apariencia del enfermo y la conservación relativamente buena del estado físico, no concuerdan con la fatigabilidad, la desconcentración, el embrollo psíquico y el sufrimiento íntimo aludidos en la entrevista, como ocurriría en el depresivo o en el hiperestésico-emocional.

Por lo demás la *perversion afectiva de la sensorialidad de los epilépticos* es conocida desde antiguo. En los libros se le conoce con diversos nombres, incluso el de ilusiones del gusto, del olfato, de la propioceptividad, etc. Han si-

do referidas muchas veces a los pródromos, a las auras o a los estados que siguen a las crisis clásicas accesionales. Así en una de las historias de la Clínica Psiquiátrica aparece un enfermo que después de los ataques convulsivos, no toma agua durante el resto del día, porque le encuentra "un gusto insoportable"; usa agua mineral. Otro, pasado el ataque convulsivo, no aguanta durante 3 ó 4 días, "el olor a encierro". Los estados de íntima felicidad beatífica descritos en las auras o después de ataques, no son frecuentes y tampoco son idénticos a sentimientos de felicidad, de alegría, o de ánimo levantado que suelen provocar en otros momentos el sol, el cielo, el bosque, la brisa, el agua, los amigos, como lo señalan enfermos que experimentan ambos fenómenos.

La sensorialidad vivaz con secuencia temporal de las acciones y desagrado afectivo, la hemos visto clara en los accesos de ensoñación que por lo general repiten siempre las mismas escenas y en las cuales el acento dramático se pone más bien en las acciones mismas ejecutadas o presenciadas durante el ensueño, y no en la glorificación o la desestimación que lo hecho o lo visto acarrea a la persona, como sucede en las ensoñaciones histéricas. Una enferma de 26 años con disritmia comicial generalizada desde un año antes, cada vez que en la vida real ve a su abuela se imagina matándola y de inmediato asiste a "las escenas del asesinato como en una película".

Esta misma enferma, que consulta en septiembre de 1967, presenta ahora, en vez de ensoñaciones, una especie de estado delirante. Se queja de crisis de rabia en relación con emociones, de ruidos de oídos, abombamiento de cabeza, impulsos repentinos a huir e insomnio desde las 4 de la madrugada, hora en que despierta a los demás porque no le gusta estar despierta sola. Días atrás "se le ha puesto" la idea de que morirá dentro de dos meses y por eso desea matar antes a sus hijos para desaparecer todos juntos. En un principio dice que la idea vino después de una discusión violenta con su padre, quien da mala vida a su madre. Más tarde asegura que vino de una voz y de un pájaro. Tiene fe en la premonición. Hace poco, después de peinarse, notó en la calle que todos la miraban y se reían; "unos monos que eran caras de hombres, también se reían". La certidumbre de las burlas las obtiene del hecho de que cambiado el peinado cesó todo. Agrega: "Me da la idea de que los que me miran comentan algo de mí. Tiene que ser cierto, porque me han hecho lesa hasta en el vuelto". Aspecto ebrioso, fracasa en las pruebas de autorreflexividad, recuerda fragmentariamente conversaciones de días previos. Mejora en pocos días, desapareciendo, como ella dice, "sus ideas raras".

Las percepciones deliriosas acabadas de señalar, se diferencian apenas de una percepción delirante salvo el darse en medio de un estado de obscurecimiento de conciencia, relatarse con un concretismo mayor y más ingenuo y no conceder a las objeciones del examinador, como lo hace el esquizofrénico, siquiera una duda sobre su veracidad. Si cabe, se toman aquí medidas rápidas para borrar el supuesto motivo de comentarios; deshacerse el peinado, por ejemplo. Los epilépticos parecen saber además en tales casos con cierta seguridad lo que en ellos motiva miradas o risas; en cambio el esquizofrénico, más

bien lo supone. El epiléptico cree que es algo originado en cosas reales de su ser o de su situación, el esquizofrénico cree que su aspecto lo traiciona y origina entonces los comentarios. El esquizofrénico dice: "Parece que me toman por homosexual, o me creyesen demasiado viril", "yo creo que encuentran ridícula mi nariz porque hacen gestos curiosos, se llevan el dedo allí y se miran con complicidad". Las percepciones deliriosas de los epilépticos, a diferencia de las de cuadros de obscuridad de conciencia de otras enfermedades, no son tan fragmentarias y cambiantes sino de estructura más o menos fija mientras dura el episodio e, incluso, se prolongan más allá.

Ideas premonitorias, como la de morir en los próximos dos meses, no raras en los epilépticos, no se combaten en esta enferma por dentro, no originan dudas, no dejan libertad de desadherirse de ellas para tomar distancia y contraargumentar, a la manera del obsesivo neurótico. Por eso y por darse aquí en un enfermo oscuro de conciencia, no son pseudoobsesiones, sino ocurrencias deliriosas.

En junio de 1970, la paciente, que en el intervalo ha presentado ataques con destrozo de su ropa, cabezazos contra la pared, mesamiento de cabellos, y que por su aire sumario y poco sutil parecen raptos epileptoide-angustiosos y no histéricos, muestra un nuevo *cuadro de tinte paranoico sintomático*. Asegura que su esposo y el hermano de éste, han tramado algo para violarla de común acuerdo; tiene "miedo religioso de haber sido ya profanada por su cuñado". Expresa: "Yo considero que eso es lo más bajo, que es muy humillante para mí estar diciendo que me tiene hombre para la casa; es una vergüenza muy grande que yo tenga que aceptar estas cosas. Si yo no estuviese enferma, esto no me pasaría; si yo estuviese sana tendría cómo defenderme. Así la gente vería que yo me hago justicia y él no podría negarlo, no podría defenderlo ningún abogado. Mi marido es muy hipócrita; a usted le negaría todo. Conmigo puede hacer lo que quiere porque me amenaza. El quería que yo me acostara con el hombre de él y él acostarse con la Nena (una niña de 13 años acogida en la casa)". Estima que si le ha pasado "algo", ella sería la imagen de la humillación; "soy una mujer muy baja; muy humillante; muy vergonzosa; no tengo dignidad de persona, de mujer". "Yo no le pongo el gorro a nadie, pero él trae hombres a la casa; mi fatalidad está en mi cabeza, en un descontrol que no me acuerdo de las cosas. Si a mí me viniera el ataque en ese momento podría defenderme de los dos, pero no es eso lo que me pasa, estoy indefensa, no puedo defenderme".

Respondiendo a una pregunta dice: "A una vecina le escuché, 'te fijaste, aquí al lado habían tres personas, parece que a una le taparon la boca y después gritó'; podrían haberse dado cuenta por lo tarde de la noche, eran las dos de la mañana, de lo que pasaba en mi casa". No cree que nadie pueda ayudarla; la gente la mira con desconfianza y lástima. El relato sigue a base de coincidencias y suposiciones. Su marido trataría de embriagarla para que el cuñado la posea fácilmente. Le pasa con disimulo un vaso de Coca-Cola, que ella supone tiene somníferos: "Me hago como que la tomo y la boto a un lado". Sabe que el tal cuñado se quedó una vez en el dormitorio de ellos, aun cuando no lo vio

“porque no había luz en mi pieza, habían soltado la ampollita”. Continúa el relato de lo ocurrido esa noche: “Me di vueltas en la cama y no era la cara de Jaime (su esposo) porque parece tenía bigotes, y Fernando (el hermano del esposo) es más chico y más bajo. Jaime me sujetó la cabeza y me tapó la boca; bueno, yo creo que Fernando tuvo que haber hecho algo conmigo”. “Le pregunté a Jaime: ¿y Fernando, se fue?; sí, me dijo, va saliendo. Eran las dos de la mañana y la luz entonces estaba encendida”. Ante preguntas de la doctora que la interroga, contesta: “Sí, yo doctora, usted no me cree, pero yo sé que soy muy mala”.

En medio de dicho cuadro, a principios de agosto, tuvo tres crisis de verdadero furor con gran agitación psicomotora e inconsciencia. El síndrome paranoico sigue igual. El 6 de agosto dos crisis similares. La trae en consulta su madre. Ahora sólo dice odiar a su padre, que es “veleidoso como el pan y la mantequilla; si tengo un revólver lo mato; sí, lo mato”. Presenta franca obnubilación y se hospitaliza.

En los días siguientes sufre ataques que, según las auxiliares, parecen histéricos, aun cuando la descripción corresponde más bien a crisis epileptoide-angustiosas. El cuadro cambia. En medio de un estado obnubilatorio sólo se queja agriamente de estar abandonada por su esposo. El 8 de septiembre se nota ya francamente mejor.

En suma, después de crisis breves epileptoide-angustiosas, aparece un cuadro paranoico sintomático, incluida una vivencia oniroide (la presencia de su cuñado al lado suyo en la cama en medio de la obscuridad de la habitación). Se diferencia, a nuestro juicio, de una paranoia vera, en el modo franco y sin reticencia de contar las cosas y en el autocondenarse como mujer mala por una vejación de la cual no es culpable. No se dedica, como lo haría un paranoico, a vigilar de la mañana a la noche los pasos del marido y el cuñado. El conjunto dado en medio de una leve obnubilación tiene más bien el aire de las paranoias de los enfermos orgánicos. El cuadro no cede con las tres crisis epilépticas ocurridas en su curso, pero parece finalizar con dos nuevas crisis desencadenadas seis días después. Por lo menos la temática que le preocupa los días posteriores cambia, y da la impresión de no recordarse de aquello.

Tales cuadros paranoicos después de ataques, no son raros en los epilépticos y no siempre, como en el caso actual, los eliminan los primeros ataques sobrevenidos durante el curso, sino las crisis posteriores. Su contenido toma con frecuencia su textura desde materiales salidos de los conflictos emocionales crónicos, que configuran, como decíamos más atrás en varios de ellos, una especie de paranoia querulante basal o quizás si una paranoia de perjuicio, extendida a lo largo de la vida.

Percepciones delirantes primarias y percepciones primitivas de referencia

Legítimas percepciones delirantes primarias, con significación anormales insólitas en medio de cierta atmósfera perpleja, numinosa u ominosa y luci-

dez de conciencia, las hay pero son escasas en las psicosis epilépticas como lo advirtió Kurt Schneider. Sin embargo, se confunden erróneamente con ellas las percepciones deliriosas, en las cuales el significado anómalo surge en el curso de trastornos de conciencia comandadas por un estado afectivo exacerbado, lo que las priva de ese grado de incomprendibilidad sorpresiva, propia de fenómenos aparecidos en plena conciencia lúcida y en cuya producción, en consecuencia, la conciencia (tomada la palabra en su alcance habitual dentro de la patología psiquiátrica), pareciese carecer de un influjo decisivo.

Más corrientes son, en la epilepsia, cierto tipo de percepciones alusivas a la persona, pero sin que ésta les atribuya un significado especial, o se inquiete por descifrarlo: sólo testifica un hecho. Así una paciente oye de los transeúntes comentarios referidos a su persona. No conoce el motivo, ni le preocupa saberlo. "Es algo molesto —dice— pero no me interrogo sobre sus intenciones". Otro enfermo "observado en la calle", no se ha ocupado en verificar de si en verdad alguien lo observa. "Siento que me miran todos; yo no llamo la atención; no averiguo el motivo; no me he interesado; me miran y me quedo en eso". Una adolescente epiléptica, en una especie de doble orientación frente al síntoma, lo confiesa de este modo: "Subo al bus, me siento mirada; nada me da vueltas en la cabeza para averiguar por qué me miran, ni hago suposiciones. Sé que me miran, sé que es una idea mía, pero no se me ocurre darle alcance, no me detengo a pensar en por qué me miran, ni siquiera si es con deseos de mortificarme".

El fenómeno se reduce, en suma, a experimentarse comentado u observado, pero sin creer, como en la percepción delirante, que ello se debe a que tal vez llama la atención la propia apariencia, por su aspecto feo, ridículo, homosexual, digno, varonil, etc., y sin quedarse tampoco en un estado previo de perplejidad interrogativa o suponer que los cuchicheos, ruidos y miradas, tienen el fin premeditado de molestarlo. Hay en estas percepciones de los epilépticos, una referencia anormal, y en ese sentido un posible conato de delirio, pero sin sus elementos más céntricos. Sugerimos para tal síntoma, pesquisable en epilépticos pero de ninguna manera patognomónico de ellos, el nombre de *percepción primitiva de referencia*.

Psicopatías sintomáticas de los epilépticos

Se dan en plena lucidez de conciencia cuadros polimorfos con elementos paranoicos disimulados, sumados a otros de apariencia neurótica. Así un estudiante de 14 años, de mala conducta en la casa y en el colegio, bajos rendimientos escolares pese a su inteligencia y viveza normal, tiene desde hace años la idea de que a veces tratan de envenenarlo en la comida debido precisamente a su mala conducta por lo cual cambia en secreto los platos. Se lava las manos varias veces cuando se las ensucia, pero queda tranquilo enseguida. A eso se agrega un síntoma parecido a los de las neurosis sotéricas y que es el que mueve a su

madre a llevarlo al médico. Se encierra por las mañanas como una hora en el baño para evacuar sus intestinos hasta completar la cantidad que él estima suficiente, lo cual le protege de cefaleas y enrojecimiento de la cara que le vendrían con seguridad en las tardes si no hace lo primero. La cefalea aparece si no defeca o defeca poco; lo ha comprobado varias veces. Se levanta temprano para darse tiempo, originando conflictos domésticos por la larga ocupación del baño; eso le atrasa la llegada a clases.

El ritual sotérico lo ejecuta tranquilo y no se extraña ni protesta como algunos neuróticos sotéricos, por una dependencia tan antipática. Tampoco es feliz a la manera de otros de dichos neuróticos, por haber descubierto esta especie de talismán contra la cefalea y el enrojecimiento: lo estima sencillamente algo que de hecho ocurre así y no va más lejos.

El electroencefalograma muestra una epilepsia de predominio temporal derecho. Con tratamiento antiepiléptico mejora por primera vez su conducta, el rendimiento escolar se hace óptimo, desaparecen las ocurrencias deliriosas de ser envenenado y los síntomas sotéricos han disminuido en forma notable. Nunca ha tenido ataques de ninguna especie.

Como cuadros de comienzo o de transcurso, no son raras en estos enfermos prolongadas distimias de facturas cercanas a las distimias de las personalidades lábiles de ánimo, sin que por ello las hagamos similares. Las caracteriza: mal humor, tendencia a gritos y llantos, insultos o deseos de insultar, intolerancia para desagradados domésticos cotidianos, insomnio, cansancio, abandono de las obligaciones, descuido en el vestir, cefaleas con sensaciones extrañas a veces en forma de corriente eléctrica, desazón íntima, deseos de huir, actos de violencia contra personas o cosas, ataques psicorreactivos con movimientos desordenados en presencia de terceros, y a veces puerilismo de apariencia infantil. En algunos días a lo menos, pareciera agregarse cierta obscuridad de conciencia, aun cuando ella no es imprescindible. El conjunto da la imagen de lo histérico.

En una persona hasta entonces dócil, laboriosa, responsable, no debiera pensarse con ligereza en una histeria, aun cuando el trastorno aparezca vinculado, como de hecho ocurre con frecuencia, a largos conflictos emocionales pues tales conflictos influyen en la partida, transcurso y estructura de cualquier grupo mórbido, y se les ve evidentes en la configuración de psicopatías y psicosis epilépticas, de esquizofrenias, de manías y depresiones, de neurosis, etc., no siendo patrimonio de ninguna enfermedad.

Analizando el cuadro mismo: la presencia de mal humor constante, de angustia experimentada como tal, de miedos indescriptibles, de impulsiones destructivas, de descuido no estudiado en el arreglo personal, de lenguaje perseverativo, no notificativo, de cierto aire de estar dominado por el estado y no de estarlo dominando, de abruptedad y falta de sutileza de los síntomas, podrían ser datos suficientes para poner una nota de cautela. La sensación de corriente eléctrica en las algias epilépticas fue descrita por los clásicos, y en

cuanto a los ataques emocionales aparentemente ostentosos, acompañados o no de puerilismo, no son de exclusividad de la histeria, pues se ven en cuadros orgánicos y psicorreactivos diversos.

Una enferma con disritmia difusa generalizada, ingresada a la Clínica Psiquiátrica el 4 de octubre de 1966, dice en frases breves y muy entrecortadas: "Todo me parece mal, y me llevo gritando. No sé: le grito a casi todas las personas. Me siento rara, no sé, la última semana me he notado violenta: se me olvidan varias cosas y ahora voy a decir algo y se me olvida también. Anoche me puse a gritar, no sé, me dieron ganas de gritar. Me decían algo y le contestaba en una forma; no puedo dormir; despierto muchas veces. Estoy nerviosa también, ando con el temor de que me puedan decir algo. Tengo temor de que me retén; estoy rara; tomo una cosa y me dan ganas de quebrarla". Días más tarde se nota aliviada, sin embargo, la noche anterior siente "una cosa, no sé que será, parece que fuera cayendo, no sé". Agrega de inmediato: "en la cabeza me da como una descarga eléctrica; no sé; cuando cierro los ojos una cosa que me da". En diciembre de 1966 confiesa: "Me desespero, me pongo nerviosa, no sé cómo explicarlo; frente a los instrumentos cortantes, cuchillos por ejemplo, me da la impresión de que me los voy a enterrar, no sé, me produce inquietud". Dos días después dice: "el fin de semana tuve problemas; vi un cuchillo y me dio una cosa; me dio algo, no sé qué cosa sería; algo pero me puse a llorar y gritar. ¡Estoy tan violenta, por Dios! Tengo todas las rodillas moradas, rasguñadas y me estaba tirando un vidrio, y me dan los monos, y me lo quitaron".

Varios enfermos tienen miedo a autodestruirse o destruir a otros. Uno, por ejemplo, no sale a la calle por temor a arrojarse a algún tranvía; otro evita las tijeras porque le tienta enterrárselas a su hijo. Siente ganas de hacerlo cuando las tijeras y el niño están cerca y teme que en un momento la tentación sea irresistible. "Veo tijeras, dice, y me pongo a temblar, me llevo las manos a la cara, me la tapo mientras me alejo".

Los impulsos primarios en las psicopatías sintomáticas epilépticas

El fenómeno a veces existe desde hace tiempo, sin que en el curso de las entrevistas se le hubiese contado al médico. Tal vez, como lo expresaba un enfermo, porque la conversación no ha tenido la suerte de recaer en el tema. En varias historias, tanto de la Clínica como del Hospital Psiquiátrico, los pacientes lo revelan en medio de un estado de perturbación de conciencia o después de electroshocks; insisten en su persistencia cuando la conciencia se aclara y refieren haberlo experimentado meses o años. En algunos de nuestros enfermos ambulatorios que consultaban por psicopatías como las antes descritas, dicho síntoma (si es que existía) fue dado inmediato al preguntarse directamente por él. Después de ataques muy seguidos de gran mal o de electroshocks suele extenderse, aunque no sea la regla, el área de objetos provocadores de deseos destructivos.

Nuestros enfermos han confesado el síntoma de una manera espontánea o provocada, pero no insisten como los neuróticos en la necesidad de ser curados de inmediato de él. Incluso puede no tocarse el tema en varias entrevistas. Tampoco lo ven como una mera productividad patológica absurda y vergonzante, ni lo combaten por dentro con puros argumentos. No le reconocen utilidad como los esquizofrénicos. Vivencian en cierto modo la tentación inminente de hacer algo grave sólo cuando tienen el objeto a su alcance, con pavor por las consecuencias. Cuando el objeto no está ahí parecieran no cavilar mucho sobre dicho miedo, y muchas veces lo entregan al médico entre otros síntomas sin darle especial realce.

En el neurótico obsesivo frente a tijeras, cuchillos, agujas o vidrios, el miedo es más bien a que se les pudiera ocurrir bruscamente usarlos contra sí mismos o contra terceros. En los epilépticos interrogados por nosotros no era miedo a que pudiera ocurrírseles eso, sino tentación inmediata de hacerlo en medio de casi un pánico. No era vivido como una posible y repentina productividad exótica de la mente sino como un deseo primordial irresistible. De ahí que a lo menos por ahora, no nos parezca un fenómeno compulsivo u obsesivo, sino un impulso primario imperioso, de carácter casi idéntico a los clásicamente descritos en las personalidades lábiles de ánimo.

Sin embargo, no sólo las impulsiones primarias, sino que las fobias parecen tener ciertos rasgos curiosos en la epilepsia. Uno de nuestros enfermos padece una eretofobia y otro una agorafobia, que ceden rápidamente al tratamiento antiepiléptico. Ambos son llevados a consultar por familiares y cuentan el síntoma a la ligera, dando a ratos más importancia a la cefalea, a los ruidos de oídos, a la pérdida de memoria o al olvido de palabras. Sólo ante la insistencia del médico en sucesivas entrevistas pasa lo fóbico a constituirse en un motivo más céntrico. El aspecto de absurdidad, de extrañeza, de ridículo, no se hace tan ostensible, salvo cuando lo apunta el médico. El agorafóbico antes citado, se limita a decir: "Si salgo a la calle me viene el ruido de oídos, mareo, temblor de piernas; por eso tengo que quedarme en casa. El asunto me embroma porque tienen que llevarme y traerme a la oficina y no puedo seguir con permisos"; "también la memoria es importante, se me escapan las palabras". Tiene un foco temporal derecho.

Pensar forzado de apariencia obsesiva

Dos pacientes de 25 y 28 años, respectivamente, con foco temporal izquierdo en el electroencefalograma, presentan accasionalmente por tres o cuatro días, desde hace años, crisis ideatorias de apariencia pseudoobsesiva. A uno le viene de repente "un pensar rápido como en busca de palabras que se van y que serían las propias para expresar algo así como un sentimiento respecto a la vida". Encuentra absurdo el suceso, se angustia y quiere liberarse pensando o haciendo otra cosa. No lo logra, tiene que seguir tras las palabras: a ratos

el pensar se hace muy rápido y muestra como varias ideas vagas, exigidas de palabras contradictorias entre las cuales se debe escoger. El fenómeno se repite dando fatigosas e inútiles vueltas sobre lo mismo; a ratos todo desaparece. El enfermo experimenta el fenómeno como surgido desde sí mismo pero no desde el centro de su yo, el que más bien se ve obligado a algo que no le interesa. A diferencia de la obsesión neurótica, no es el yo mismo quien se siente urgido a darle un corte a ocurrencias que estima simultáneamente suyas y absurdas para no sentir angustia y culpa, sino que aquí, angustia el no poder zafarse de pensamientos indeseados desarrollados por cuenta de ellos ante el yo, sin que éste tome interés afectivo en la problemática intrínseca propuesta. A diferencia del esquizofrénico, el enfermo no titubea en declarar el suceso como absolutamente patológico, humillante, penoso, y sin utilidad alguna.

El otro paciente describe algo parecido: "Me da y me da por pensar si mi enfermedad, si los ataques, son un maleficio o no, sin llegar a conclusiones porque los argumentos a favor y en contra salen solos, rápidos. Se confunden y embrollan unos con otros; no puedo meterme en el medio para parar todo eso. Es como que mi yo está paralizado, no puede aportar nada para cortar el asunto de una vez por todas". También estima absurdo e inútil el fenómeno y procura sacárselo concentrándose en otra cosa; como no lo consigue, grita y destroza objetos.

En ambos casos el síntoma no cumple, pese a las apariencias, con las condiciones necesarias para considerarlo obsesivo y nos parece que debe incluirse a los dos enfermos dentro del área de lo llamado pensar forzado. Sólo que acá se da con una temática circunscrita y con proposiciones que caen en una especie de disputa insoluble entre sí.

Psicopatía sintomática epiléptica a forma asténica

En los últimos diez años hemos seguido ocho pacientes, tres mujeres y cinco hombres, todos de formación universitaria, de edades fluctuantes entre los 40 y los 52 años, con largo historial previo de terapias variadas y cuyos diagnósticos oscilaban entre neurosis histéricas y personalidad psicopática.

Se quejaban de una cadena de molestias iniciada y mantenida sin tregua desde la adolescencia lo que hacía de sus vidas, según sus declaraciones, "un puro martirio". Los síntomas, con sus naturales divergencias de uno a otro enfermo, eran desfallecimientos corporales de semanas, interrumpidos por otras semanas de más fortaleza; dolores lumbares, torácicos, cefálicos, con una tónica disestésica franca; adormecimientos de un miembro o de la mitad del cuerpo, desencadenados por horas o días para repetirse cada cierto tiempo, aversión a salir a la calle debido a algunos mareos o vértigos súbitos, con tendencia a irse de lado; penosidad en el discurrir y en la entrega al trabajo. Dos no viajaban ni en tren ni en avión por pánico a quedar de repente sin fuerza para moverse; apego durante años a remedios que les habían proporcionado cierto mínimo

alivio, con imposibilidad de desprenderse de ellos o cambiarlos, como si el privarse les dejase expuestos a males peores. Por la misma razón, recelo frente a tratamientos nuevos, "que pudiesen no caerle bien al organismo". Tres toman un comprimido diario de meprobamato, reconocen su ineficacia, pero les es, según propia confesión, como un talismán o una prenda de buen augurio: en suma, un síntoma sotérico.

Sienten miedo no sólo a sus molestias mismas "cuyo desagrado y susto es indescriptible", sino aun a recordarlas. Hay aprehensividad respecto a su suerte futura; temen morir, quedar paralizados, sufrir un infarto del miocardio, o una incapacidad definitiva para el trabajo debido a los desfallecimientos que les impiden a veces por horas abandonar la cama y esto casi a diario durante meses, desde la juventud.

La mayoría describe tales estados de verdadera importancia como "desfallecimientos de muerte", "abandono completo de las energías", "acabamiento total". En los instantes álgidos se ven obligados a tenderse, algunos en pieza oscura. Les desazona la luz. Al desasosiego se suma una especie de desolado desamparo, sintiendo la necesidad de protección próxima de familiares y amigos.

En uno, los dolores torácicos no sólo son como una puñalada en un punto preciso que le atraviesa el tórax de delante hacia atrás y lo deja "estacado", sino que si intenta moverse se agrava el dolor. Ya desaparecido, vuelve si hace trajines o toma objetos pesados. Se prolongan de 15 a 20 minutos.

En dos, hay parálisis del despertar, ya a medianoche, ya en la mañana antes de levantarse. Oyen y se dan cuenta de todo, pero hay, como en una pesadilla, la penosa sensación de imposibilidad de moverse y hablar.

Los ocho pacientes visten bien en acuerdo a su edad y condición prefiriendo los modelos más clásicos con un dejo de atildamiento, pero sin caer quizás en el cuadro de Mauz del "Burocrata solemne". Uno de ellos, de 42 años, usa en un día caluroso de noviembre cuello blanco duro, corbata oscura, terno azul marino, chaleco, reloj con cadena, zapatos de corte antiguo cuidadosamente lustrados; peinado y bigote un poco de otra época. A ninguno le hemos visto un cierto liberarse en tales aspectos, sino un perseverar adhesivo pese al acelerado cambio de modas y micromodas de nuestro tiempo.

El lenguaje es en todos pausado, cadencioso, circunscrito al relato sobrio de los síntomas. No aparece amaneramiento, perseveración franca, agramaticalismo o paragramaticalismo, como es visible en otros epilépticos mostrados en este trabajo.

Se da cierta tendencia al *espacio, tiempo y jerarquía social en estanco*, a la manera señalada por nosotros hace años en algunos epilépticos. Es decir, se inclinan a separar su sintomatología y sus problemas en épocas cerradas cortadas por algún suceso o a adscribirla a lugares precisos. Un ejemplo: "Cuando yo vivía en Linares los dolores de cabeza y el desgano eran muy fuertes; entonces tenía catorce años, era vivaz y buen compañero. Al pasar a quinto

cambió todo. Fue otra cosa: estuve bien un tiempo y enseguida venían más sensaciones raras, se me agrandaban las manos, sobre todo cuando escribía en la pizarra o tenía pruebas escritas; sabía que era pura idea y siempre me molestaba: la mano muy grande y el lápiz muy chico. A los dieciocho años nos venimos a Santiago, entré a la Universidad. Desde el traslado aparecen desganos de uno o dos meses; me era terrible vencerme y estudiar. A los veintidós me fui a otro barrio; noté entonces despertares bruscos en la noche con un sudor a chorros y sin ganas de mover un dedo...”

Tal espacialidad y temporalidad en estanco, con lugares y tiempos circunscritos a los cuales se toma como punto de referencia básica de un específico sentirse de tal o cual laya, no es privativo de esta forma de epilepsia sino de la epilepsia en general, aun cuando no sea rasgo frecuente y su ausencia no niegue de ninguna manera el diagnóstico.

Nuestros enfermos no eran bradipsíquicos pesados, toscos, rencorosos, dulzones, obsequiosos; no tenían por tanto aire de enequéticos. Dos mujeres casadas se habían separado, vuelto a casar y separado nuevamente, “por graves defectos caracteriológicos de sus esposos”.

Los ocho se preocupan del bienestar de sus familias, de su progreso económico, de ascender en sus puestos. El acento no lo ponen tanto en el enriquecimiento íntimo de la persona en sí, ni en el desarrollo de vocaciones, como en la conquista o resguardo de una existencia cómoda. A tres no les importaría irse a trabajos distintos si ganasen más dinero. Sus metas han sido: felicidad hogareña, casa agradable y reservas en dinero para sortear contingencias ingratas. La armonía familiar o el éxito en el amor, parecían cifrarse en buena parte en la estabilidad en el cargo y en la holgada renta. Dos viven de propiedades agrícolas; se las arreglan con administradores, para que aquello rinda, superando la dificultad de ocuparse directamente de sus labores durante los días o semanas de desgano, dolores físicos, desinterés por todo. Uno incluso, agobiado por uno de estos estados de ordinario perdurables hasta por dos meses, tuvo una huelga laboral con amenaza de expropiación. Cuenta: “Como podía me levantaba, iba donde el abogado, a la Inspección del Trabajo, a las reuniones con el sindicato, hasta que se arregló todo. Andaba como sonámbulo. Volvía a tirarme a la cama en una pieza oscura: no podía levantarme hasta el otro día. A veces dije: hoy ya no me dará el cuerpo para levantarme, los brazos y las piernas están sin una gota de energía, a última hora sacaba fuerzas de flaqueza e iba y discutía. Me alarmaba un derrumbe económico, la miseria y el desamparo, pensar en mi nivel de toda la vida era más fuerte que mi cuerpo inerte como muerto”.

A todos, como a los psicópatas asténicos, los alarma la oleada de síntomas y guardan una mirada autoscópica sobre su curso y posible efecto; consultan a psiquiatras y a otros especialistas; se someten a muchos exámenes. En cada entrevista dicen sentirse “un poquito mejor, igual o peor”. La diferencia clínica con la psicopatía asténica es sutil; el asténico se asusta por las inminentes consecuencias atribuidas a la molestia (muerte, parálisis, obstrucción in-

testinal, etc.), sin que la molestia en sí le sea peculiarmente desagradable o bien el desagrado palidece ante el grave desenlace sospechado: tiembla, suda, se desorbita, pensando eso. Así por ejemplo, uno de nuestros psicópatas asténicos no epilépticos, víctima de una crisis de taquicardia, toma un taxi y va a un servicio de urgencia con la certeza de que se trata de un infarto del miocardio y una muerte casi segura. Uno de los epilépticos, víctima de una crisis parecida, se acuesta, llama a un médico, supone también consecuencias graves, pero le importa más que tales eventos no se repitan por el desagrado que tienen en sí mismos. "Preferiría morirme —dice— porque es un miedo, un susto a no sé qué, algo inaguantable. Las he tenido otras veces, sé que me duran diez o quince minutos y uno queda bien, hasta con cierta felicidad, pero las palpitaciones que golpean contra el pecho, no las resisto ni un animal. Es como si el miedo en persona se apoderara de la mente, aunque no se piense en ninguna consecuencia".

Los psicópatas asténicos se sobrecogen ante los síntomas como anuncios de peligro vital. Los psicópatas sintomáticos epilépticos a forma asténica, vistos por nosotros, temen también eso pero quizás sí mucho más a la penosidad de los síntomas en sí. Frases del tipo: "no se pueden soportar, son intolerables"; "me lo he pasado la vida entera de sufrimiento en sufrimiento"; "no he gozado nunca, porque en una fiesta, en una comida, en el trabajo, no dejo de sentir hormigueos en las manos, dolores de cabeza, sensaciones de caermé y tantas otras cosas, que parecen superficiales, pero dan un desagrado tremendo; y ningún médico encuentra nada: no sé si este infierno seguirá igual", son muy comunes.

La desolación en medio de sus trastornos es frecuente. Todos aparecen necesitados de apoyo y con largos conflictos familiares. Los electroencefalogramas revelan en la misma persona a veces trazado normal, a veces disritmias difusas o localizadas, sin coincidencias claras con períodos de bonanza o de malestar. Ninguno ha tenido ataques convulsivos clásicos, ausencias o crisis psicomotoras. En seis hay familiares (padres o hermanos) con ataques de gran mal. El hermano de una paciente murió en medio de un status epiléptico.

La historia resumida de esta enferma servirá de caso ejemplar. Tiene 50 años, casada y separada dos veces. Dos hijos de cuya educación se ha preocupado, poseen título universitario. Aspecto juvenil, viste a la moda, con sobriedad y gusto. Voz dulce y suave; ostenta una discreta coquetería. Desde principio a fin de cada entrevista cuenta una serie de molestias corporales, insistiendo, sin majadería, en las más desagradables. Desde hace veinte años ha desfilado de médico en médico; fue sometida sin éxito a un largo psicoanálisis por un buen especialista. Se la cree "una neurótica" o "una psicópata". Sin embargo trabaja, se preocupa de resguardar su posición social, mantiene buenas relaciones con sus amistades de siempre, no ha tenido exabruptos conductuales. Sus desgracias, como ella afirma, le vienen del cuerpo y no de la mente.

La descripción a ratos es una difusa enumeración de trastornos. "A veces amanezco tan mal, que cumplo a duras penas con la ordenación de la casa. Ir al fundo es casi una empresa: por mí pasaría tendida en una pieza oscura y así lo hago sábados y domingos; es un desfallecimiento de muerte. Estoy tirada sin fuerzas ni para tomar el vaso de agua, la luz me molesta. Cuando amanezco aliviada, porque nunca desde que tengo recuerdo me he sentido bien, salgo, voy con amigas al cine o a tomar té al centro. A veces, durante días no salgo sola, porque de repente como que me voy de lado en la calle y podría caerme al atravesar la calle. No viajo sin compañía en tren ni en avión por miedo a que si me pasa algo o me faltan las fuerzas, no tendré quién me ayude. No siento agrado en las conversaciones porque siempre algo del cuerpo me tiene impaciente. Algunos días amanezco con el brazo y la pierna derecha dormidos y temo una parálisis: he oído decir que así empiezan. Me viene por semanas enteras una puntada en el pecho, como puñalada o corriente eléctrica. Es siempre en la misma parte: me deja libre apenas por unas horas. En las mañanas despierto, oigo todo y no puedo moverme ni abrir los ojos: es angustioso, hasta que al fin me siento y tomo desayuno. Cuando tenía la menstruación me venía un dolor de cabeza al lado izquierdo con centelleo; veía discos de colores. Ahora se han distanciado más; duran dos o tres días y vienen con ese acabamiento de las fuerzas que me tira a la cama. Leo, oigo radio para estar al día, porque no puedo echarme a morir. Me preocupa la situación de mi mamá que sufre de jaquecas y está rabiosa con la edad y se niega a ver médico. Por suerte a mis hijos les va bien. No se imagina usted lo que cuesta trabajar y salvar mis intereses, a una mujer le es más difícil hacerse obedecer y cuidar su situación económica. Hago cosas para no abandonarme, pero paso semanas casi sin salir de mi casa sino a lo imprescindible; ahí veo revistas, diarios o novelas fáciles o me quedo horas como en blanco, sin hacer nada, con un acabamiento del cuerpo. En las mañanas trabajo a la fuerza en el aseo y orden de la casa; no soporto la casa desordenada". Interrogada respecto al orden, dice: "No me gusta cualquier orden, sino el orden mío; hay casas ordenadas que me desagradan y otras agradables; no busco el orden por inseguridad, por facilitar el encuentro de las cosas, como usted me pregunta, sino porque lo encuentro bonito y reposante. Busco el sosiego porque vivo desasosegada; por ejemplo, el orden del consultorio suyo me da calma, reposo, serenidad. Hoy estuve en cambio en casa de una amiga muy ordenada y su orden no me dio sosiego ni paz: un orden así me da igual que un desorden; por lo demás el desorden fuera de mi casa, me da lo mismo". Vive así una especie de orden en estanco, indispensable dentro del marco cerrado de su casa.

Hay infinidad de pequeñas molestias vegetativas sustituidas unas a otras como en cadena: taquicardia, dolores al hipocondrio derecho, meteo-rismo, sudoraciones, etc. En los últimos dos años despierta de repente a medianoche al "sentir las manos agrandándose desmesuradamente", y cuando ya no soporta más, en medio de la obscuridad, sin ver nada, nota que desde la

punta de los tres dedos del medio salen mariposas volando, lo cual incrementa la angustia "hasta darle ganas de gritar a voz en cuello". Ironiza el síntoma: "A lo mejor me estaré volviendo loca". En verdad, no cree eso; sólo la atemoriza la extrema penosidad del fenómeno.

Cuando se le pregunta cuál es su máximo deseo, contesta como muchos epilépticos: "Alcanzar alguna vez el sosiego, la paz, algo reposante". En cada entrevista, a través de años, cuenta sentirse igualmente mal. Las jaquecas ceden al Optalidón. Sus demás molestias no aminoran con los tranquilizantes u otros fármacos habituales. La presión arterial es normal y los exámenes de laboratorio son negativos.

Un hermano murió hace poco en un status epiléptico.

En 1967 se hace recién el primer electroencefalograma; revela una disritmia generalizada; igual resultado dan cuatro electroencefalogramas posteriores.

Un tratamiento combinado de Optalidón, Tegretal y Luminal, iniciado hace 10 meses le provoca "por primera vez en treinta años" un estado constante de bienestar.

Analizado el cuadro a posteriori, con sus parálisis del despertar, sus desfallecimientos extremos prolongados (sin desmejoramiento del estado físico, ni trastornos graves del sueño, ni ideas de hiperresponsabilidad) su tendencia a un orden en estanco como atmósfera indispensable a la paz íntima, sus breves crisis vertiginosas en las calles, sus dolores torácicos violentos centrados en lugar fijo, sus súbitos y prolongados adormecimientos de la mitad del cuerpo (ilusión somestésica), sus crisis de medianoche con ilusiones somestésicas de agrandamiento de las manos y volar de mariposas, no sería difícil sospechar una psicopatía sintomática epiléptica. Sobre todo en una persona que no obtiene ganancia con su cuadro, no culpa a otros, es sobria en el relato de los síntomas, gobierna sin desajustes sus intereses (aunque en tono menor) y se angustia primordialmente no por miedo a la muerte, sino por la penosidad de los síntomas mismos. Sin embargo escuchado inadvertidamente el dramatismo del relato, con molestias que asedian sin tregua a lo largo de años, no es raro inclinarse hacia el diagnóstico de personalidad psicopática asténica, como de hecho ocurrió, olvidando, es cierto, que en el asténico hay largos periodos de bienestar. Quizás si palabras como "*deseo de paz, sosiego, calma*", abundantes en el diálogo de la enferma, no frecuentes en otros enfermos psiquiátricos, cuyo anhelo se expresa más bien, como "deseo de mejorarse", "de obtener alivio", "de adquirir seguridad", "de liberarse de la timidez", "de adquirir la energía y la capacidad de antes", "de no tener angustia", etc., pudieran también darnos la sospecha de la posible existencia de una epilepsia psíquica. y no desviarnos hacia diagnósticos falsos. En efecto, la meta de la mejoría soñada por alguien y los términos usados para expresarla, son de vez en cuando curiosos orientadores diagnósticos. En los epilépticos "de ataques", hay el deseo de quitárselos de encima; los sin ataques, desean también zafarse de sus males pero como si eso trajese

junto con la salud, calma, paz, sosiego íntimo. En numerosas ocasiones conversando con epilépticos, nos parecieron muy sensibles a lo mágico, a lo maravilloso, a lo terrible, a lo espantoso, a lo deslumbrador de cosas o sucesos, pero por detrás de todo, hemos visto girar su alma en torno a dos polos: la paz y la zozobra. Por eso, cuando nombran esas palabras les damos cierto mínimo pero positivo carácter diagnóstico.

La idea de *vinculo*, señalada por Francisca Minkowska, según la cual, el epiléptico se adhiere en demasía a personas y cosas, se apoya en datos de hallazgo frecuente: apego a la familia, a las pertenencias, a los lugares, a la tradición, al orden. Sin embargo, también hay esquizofrénicos que en busca de seguridad no se separan de sus parientes, de su casa, de su propio dormitorio y en cambio numerosos epilépticos viven en rencilla permanente con los suyos y peregrinan de un lado a otro en busca de novedades y aventuras.

Entre nuestros casos se dan de ambos tipos o tipos entremezclados y son muchos quienes aseguran que no bastan las cosas, las personas o el mundo cercano para sentirse bien, sino situaciones precisas (ya de alejamiento, ya de cercanía al trabajo o a la casa). Por eso nos preguntamos si las nociones de *vinculo*, y la opuesta de *spaltung*, alusivas a aspectos visibles a simple vista en epilépticos y esquizofrénicos, apenas traducen maneras de suscitar estados de alma jubilosos o seguros para unos y otros. Si el epiléptico encuentra la paz en el vagabundaje o en la adhesión a lo tradicional, hará lo primero o lo segundo, porque quizás si lo primordial no sea el adherirse, el vincularse, sino la obtención a toda costa de un apaciguador sosiego.

En ninguno de nuestros psicópatas sintomáticos epilépticos asténicos había bradipsiquia, pegajosidad, viscosidad. Confesaban pese a eso, dificultad en el encuentro de palabras adecuadas para describir estados de ánimo o impresiones del mundo externo, lo cual no era notorio en el diálogo. Como la misma confesión la hemos oído de enfermos bradipsíquicos y sin embargo con suspiración, sagacidad y sentido de la ironía, nos caben dudas sobre la fácil adscripción de la bradipsiquia a la sintomatología orgánica en el sentido clásico de la palabra. Hay enfermos orgánicos del tipo de los presbiofrénicos poco bradipsíquicos, y epilépticos muy bradipsíquicos autores de logros importantes, lo cual no significa negar que ciertos tipos de bradipsiquia sean formas de un serio deterioro encefálico. ¿Muchas bradipsiquias no derivarán de la tendencia del epiléptico a darle un orden preciso a su discurso, con palabras que traduzcan no sólo sensorialmente su pensamiento, sino un pensamiento ordenado a su gusto (orden en estanco), y no será eso lo que dificulta el encuentro de palabras y el disponerlas dentro de la frase? Eso se agrava cuando la existencia de focos temporales o frontales agrega distorsiones en la estructura de palabras y frases. Un epiléptico a quien urgimos a contestarnos más rápido, dice: "Las palabras se me escapan cuando ya las tenía atrapadas, las vuelvo a encontrar y las ordeno. Si no me expreso en un orden pausado me inquieto por dentro, creo que no he dicho lo que tenía que decir". Otro agrega: "Debe ser ese empeño por encontrar

palabras justas, lo que a uno le hace fijarse demasiado en las palabras y al fijarse tanto se le desfiguran y escapan". Un tercero, que padece de frecuentes tics guturales epilépticos con palidez, midriasis, pérdida de la reacción a la luz y ligera obnubilación, muestra una extrema tardanza en responder o no responde. Le preguntamos por qué no nos contesta más rápido cosas tan simples como el nombre de su calle o de su colegio, dice: "Sé que soy muy lento; a veces es porque no se me ocurren las palabras, a veces se me ocurren, pero es un hobby de no hablar; así como tengo el hobby de no hacer nada, tengo el hobby de no hablar. Es un gusto, me atrae, es como cualquier hobby, por eso a veces tengo la frase lista y no la digo". Este sorprendente modo de plantear el problema no lo habíamos escuchado en los demás pacientes, pero da también cierta luz para futuras investigaciones clínicas de la bradipsiquia.

Voyerismo impulsivo, alucinaciones ecmnésicas y otros síntomas

El caso próximo es muy instructivo, pues abarca parte de los fenómenos aludidos a lo largo de este trabajo. Se trata de un paciente de 29 años, visto con un grupo de alumnos en junio de este año. Presenta, tan pronto se inicia el interrogatorio, una breve crisis de petit mal del tipo de la ausencia, de la cual se repone rápidamente. Es tartamudo y aclara desde la partida que le cuesta pronunciar y encontrar las palabras. No sabe nunca por dónde empezar, se le escapan las frases adecuadas. Agrega: "El cincuenta por ciento me creerá y el otro cincuenta por ciento no me creerá, porque yo tampoco creo en los demás y mi caso es muy complicado. La vida ha sido dura, he consultado y me han tomado para la risa".

La enfermedad habría empezado a raíz de un fracaso matrimonial: "En cierta ocasión fui casado, pasado por el civil, hace 10 años. Hace nueve años y medio que estoy separado por disgustos, que no nos entendíamos y a la vez los dos éramos muy jóvenes. Me acusaron de raptó. No fue raptó porque fue voluntariamente. Tenía dos caminos: casarme o ir preso. Ella tenía trece años. Yo la traje de Constitución y me casé a la semana porque el papá me pilló. Ella me dejó y la amargura me la llevé yo porque no la he visto más. Desde entonces no me puedo sostener delante de las niñas y el otro problema es el alcohol". Después se fue a Calama, trabajó en una boite y allí, según él, tanto le funcionaba la mente que ya no se aguantaba la cabeza. Había niñas que hacían strip-tease y esto lo aporrecaba porque mientras las miraba le venía "un derrame". "Lo único que me interesaba era mirarlas, no tocarlas". Más adelante expresa: "Estas niñas, no el sentimiento sensual, me trabajaban la mente sola, sin esfuerzo. Y yo no podía resistir esa impresión que me llevaba. Empezaba la niña y se me fijaba la vista y no me podía resucitar, y algunas veces me sacaban porque quedaba ahí, me podía haber vuelto loco. Era una fuerza que yo sentía hacia ellas: agarrarlas, sostenerlas hasta que se me pasara el malestar, que se me quitara el gusto". Se le pregunta si experimentaba deseos de violarlas. Dice: "No de violarlas, de irme; al día siguiente no tenía interés por la niña". En seguida, agrega: "Pa-

sando a otro tema, me gustan mucho las películas de cama; cuando voy al cine y veo una niña que me gusta, la sigo, y me dan ganas de agarrarla del cogote y de sacarle toda la ropa. Por eso a mí me ha venido este instinto no animal, pero yo creo que voy a terminar mal". Con su esposa no tuvo relaciones sexuales por no herirla físicamente pues era tan joven; tampoco las ha tenido con otras mujeres y sólo se acuesta a su lado, con lo que tiene eyaculación. Cuando ve a una niña en minifalda le dan ganas de tomarle las piernas, apretárselas y hacérselas tiras. A los tres minutos se le pasa el impulso y queda con ligera obscuridad de conciencia. "Lo que más me gusta es el busto y tiene para mí una fuerza brutal. Me viene el deseo de arrojarme al cuello. Sólo me ocurre todo esto con la vista no con el roce". Colecciona fotografías de niñas desnudas, las mira y tiene de inmediato eyaculación. Le pasa lo mismo si mira en la calle "niñas agradables".

Va al cine a ver películas eróticas; vuelve a su casa y se acuesta. "En ese momento con los ojos abiertos veo las imágenes y las mismas escenas que en la película; veo que se desnuda, que hace cosas rarificas que me intranquilizan. Ya cuando me desahogo me tengo que mojar la cabeza porque el cerebro me trabaja tanto que es como que me arde... veo sólo las niñas de la película sin los hombres de la película. Cuando llego a la casa de vuelta del cine, no traigo la película en la mente, se me viene sola".

Relatadas esas *alucinaciones ecnmésicas*, continúa: "Tomaba alcohol y me iba contra mí mismo. Rompí una vez el baño, y otras veces me corto para salir del gusto, desahogarme, igual que eyaculación, y después que sale bastante sangre me tranquilizo. Eyaculo junto con la salida de sangre". Aquí vuelve otra vez sobre lo de las películas: "Yo no estoy tranquilo hasta que no veo la película, pero no voy con el objeto de tener esto en la noche. Cuando veo los afiches, veo si es buena o no, pero no dudo si ver una película o ninguna. Fijo los ojos en la película y no me río. No hago nada. Tengo los ojos fijos en los ojos". Respecto a su beber impulsivo y sus autoagresiones, cuenta que llega a una fuente de soda y toma rápido una pilsener tras otra hasta que queda algo mareado. Se va tranquilo a su casa. Una vez en ella le viene una crisis de furor destrozando cosas, se corta con una gillette sobre la tina de baño hasta que se pone colorada la tina; no siente los tajos. "Mientras más tajos me doy la angustia sale; así que mientras más, mejor; si no lo hago ando intranquilo. Siento gusto que se me salga el peso. Lo hago por dos razones: rabia que tengo yo y por la mala suerte con las mujeres". Se embriaga cada dos meses.

Presenta una franca *ereutofobia*: "Me da vergüenza en el momento que enrojeczo y a veces dejo de comer y me voy; estando solo se me quita y no me preocupo más del asunto; me molesta en el momento en que me viene y después que pasa no me acuerdo más".

Es un cuadro en el cual se dan, en suma, *alucinaciones ecnmésicas*, *voye-rismo impulsivo*, *impulsos auto y heterodestructivos*, *impotencia sexual* y un contexto biográfico trasuntado en el contenido de lo morboso.

Con frecuencia en la epilepsia las diversas formas de ataques parecieran producirse en referencia a malos ratos, a situaciones conflictivas y a distimias menstruales. Los embarazos los disminuyen al máximo o los aumentan. Un epiléptico nuestro que es además homosexual sólo tiene ataques convulsivos tónico-clónicos cuando lo reta su madre o ve fotografías de los cantantes Adamo y Raphael.

En todos nuestros enfermos se observa no sólo el influjo de la biogénesis, sino de la psicogénesis; como por ejemplo, desamparos o regalonerías en la infancia, viejas querellas con padres y hermanos, rivalidades por la preeminencia dentro de la familia, orfandad, apremios económicos, migración del campo a la ciudad con desambientación en el nuevo medio; cambio, en la situación económico-social hacia arriba o hacia abajo, lucha íntima sorda entre antiguas creencias supersticiosas y el mundo competitivo nihilista de la gran ciudad, conflicto intenso entre las normas sexuales de otra época y la nueva ética sexual, paso brusco desde una coexistencia pacífica dentro de una familia tradicional rural, a una más entregada a la propia iniciativa dentro de la familia abierta urbana, donde no hay protección de los ancestros, paternidad o maternidad ilegítima, disolución del matrimonio, etc. En las paranoias larvadas, en el estallido de psicopatías sintomáticas o de episodios psicóticos, en el desencadenamiento de ataques de grande o pequeño mal o de crisis psicomotoras, se pesquisa el activo y entremezclado juego de lo psicológico y lo biológico. Incluso en los delirios más aparentemente alejados de la realidad, como aquellos en que el enfermo se ve visitando regiones paradisíacas o infernales acompañado de santos o demonios, se adivina, el deseo de superar o plastificar en imágenes una vida cotidiana insostenible. En tal sentido, tanto los delirios enrarecidos, como los estados crepusculares o amenciales en los cuales puede sólo exacerbarse una simple problemática afectiva de viejo cuño, apuntan a maneras diversas de zafarse o de extremizar atmósferas vitales agobiantes. Todos, en el fondo, por lejanos que sean los mundos patológicos configurados, están en idéntica referencia psicogenética a la realidad.

Los trastornos psiquiátricos epilépticos no hacen excepción, ni podrían hacerlo, a lo observado en manías, depresiones, esquizofrenias, psicosis seniles, neurosis y personalidades psicopáticas, cuyo estallido, mantención y configuración revela ya casi a la mirada ligera, el activo influjo de los antiguos y nuevos problemas. Bastaría recordar a dicho respecto el enorme aumento de las depresiones entre agricultores en Chile, desde el comienzo de la reforma agraria; y la conocida aparición de los primeros trastornos psicóticos seniles, apatía, recelo, suspicacia, reavivación de los recuerdos, desarreglos de la memoria, en los jubilados o en las dueñas de casa de edad al casarse todos sus hijos, si no abren metas distintas a la vida. La existencia no es sólo un bio y psicodinamismo, como lo postularon acertadamente Janet y Freud, lo cual sería visto aun por un cerrado mecanicista, sino un entreverado y más o menos armonioso bio y psicotransfor-

mismo y a veces incluso un mutacionismo pues su obra es el incansable originar formas que den vigor, sobriedad, contagiosidad, buena apariencia, nobleza y eficacia a los materiales psíquicos y culturales venidos de todas partes, cogidos, elaborados y entregados a sí mismo y a los demás.

En lo patológico el bio y psicotransformismo adquiere múltiples aspectos y así hay cuadros de aire maniforme, esquizoformo, epileptoformo, orgánico, etc. Entre lo orgánico y lo epileptomorfo hay una diferencia convencional orientada hacia el diagnóstico, pronóstico y terapéutica, pese a que en ambos, al igual de lo sucedido en el resto de los cuadros psiquiátricos, hay participación estructural o funcional de lo somático. Cuadro orgánico es en clínica una merma psíquica durable por lesión o inhibición estructural difusa, directa o indirecta, de la materia cerebral y en especial de las regiones corticales. Casos típicos son la arterioesclerosis, la enfermedad de Alzheimer, los tumores encefálicos. La epilepsia también puede ser debida a un tumor, a un traumatismo craneoencefálico, a lesiones vasculares o a causas hasta ahora incógnitas, pero lo *epiléptico propiamente tal es la desorganización brusca y difusa de la actividad nerviosa superior con reintegración posterior a su nivel previo*, debido a descargas de ondas cerebrales anormales surgidas de focos de hiperirritación vecinos a cicatrices o a lesiones destructivas diversas, o venidas de zonas productoras de dichas descargas sin que hasta ahora se haya encontrado en ellas lesiones tisulares.

Cobb dice: "Una interrupción de la conciencia, una convulsión o una onda cerebral anormal, son manifestaciones simples y primitivas de desintegración nerviosa; son el resultado de descargas nerviosas anormales. "Desintegración" significa aquí la pérdida mayor o menor de la armonía funcional del sistema nervioso central". Más adelante, a propósito de la división de las epilepsias en genuinas y sintomáticas, agrega: "*La epilepsia genética es una disritmia cerebral hereditaria. La demostración de su carácter hereditario se basa en la observación de los gemelos univitelinos sin evidencia de lesión cerebral adquirida. Casi invariablemente ambos gemelos no sólo tienen ataques epilépticos del mismo tipo sino que sus alteraciones electroencefalográficas son idénticas. Además, los parientes cercanos cuya epilepsia no fue precedida por alguna lesión adquirida del cerebro, son más epilépticos y tienen más irregularidades en las ondas cerebrales que las obtenidas en la población general. El importante descubrimiento de Lennox y Gibbs de la ocurrencia familiar de la disritmia cerebral, prueba que el trastorno cerebral es mucho más específico y más común que lo imaginado previamente. Por supuesto que la descripción del proceso como disritmia cerebral no explica su causa. Siendo hereditaria, la causa debe ser estructural, pero "estructural" en el sentido dado por los químicos: los genes son moléculas químicas. Los patólogos no han encontrado todavía ninguna lesión, o sea, alteraciones tisulares visibles*"².

² Stanley Cobb, A.B.M.D. *Fundamentos de Neuropsiquiatría*. Trad. de César E. Salfares. Suescun-Barrenechea Editores, Buenos Aires, 1954. Págs. 227, 228, 229.

La mayoría de los autores aceptan un deterioro global "orgánico" de la función psíquica si es que la actividad epiléptica entra en frecuente erupción y ello provoca abundantes traumatismos cráneo-encefálicos debido a las caídas, excesos en los tratamientos, o repetidas anoxias durante los ataques, etc. Teóricamente, en una epilepsia si el o los focos orgánicos cesaran en su actividad convulsivante de lo psíquico o de lo somático, el individuo no mostraría signos visibles de enfermedad, en un insulto vascular, en cambio, la destrucción tisular irreparable deja siempre a la vista signos de déficit psíquico y corporal; con mayor razón, los cuadros evolutivos. En suma en un caso se trata de una destrucción tisular pura y simple con los déficits psíquicos respectivos, y en el otro de una desestructuración tisular cuya naturaleza es tal que la hace entrar en frecuente actividad volcánica con multiformes efectos, algunos de los cuales han sido mostrados a lo largo de este trabajo.

La epileptomorfo

Epileptomorfo alude a trastornos mentales donde priman: perseverar afectivo al narrar cualquier cosa; percepciones primarias de referencia; perversión disestésica de la afectividad perceptual; viveza notable de los colores, olores, texturas, sonidos; tendencia a un orden en estanco tras una paz íntima; sosiego y tranquilidad *sui generis* ante la naturaleza; exaltación de la atención espontánea dándole a cualquier gesto un alcance autorreferente; largo tiempo de latencia entre pregunta y respuesta, ya por dificultad para encontrar las palabras, ya por desidia o costumbre de no responder; presencia de afectos puros no acompañados de representaciones: miedo, pavor, felicidad; alegría ante la nueva riqueza sensorial del mundo que recuerda algo el estado de quienes están bajo efecto de marihuana o mescalina, pero sin los síntomas neurológicos de los últimos; impulsos casi irreprimibles auto y heterodestructivos, que les llenan de pavor ante la presencia de objetos o situaciones peligrosas; el no referir al médico o a familiares, tales impulsos u otros síntomas como fobias o pensar forzado, no por ocultarlos, sino como si no se les ocurriese; dolores y sensaciones disestésicas; el tener más vivos los recuerdos que el presente (hecho, sin embargo, poco común), sin que por eso el presente se desdibuje como en los orgánicos; el sufrir pérdida de la concentración, de la memoria y del ánimo, sin compromiso del estado general ni del sentimiento de hiperresponsabilidad como en la depresión endógena: sin bizarrerías, aislamiento, entusiasmos y desánimos súbitos ante las tareas, como en la esquizofrenia larvada, y sin miedo a la locura, a la demencia o a la muerte, como en las neurosis. La percepción deliriosa tiene aire epileptomorfo cuando es persistente, no fragmentada, y se acompaña de una expresión y un afecto sórdidos pronto al ataque. La percepción delirante tiene el mismo aire cuando no se relativiza ante las objeciones del médico, se sabe con certeza su significado, y se cree en su cese tomando ciertas medidas precisas, o sea, al revés de lo ocurrido

en la esquizofrenia. Las ensoñaciones bruscas en que se ven caras haciendo muecas o grupos de animales, sobre todo si se repiten a ciertas horas y en ciertos lugares, apuntan también hacia este campo. Sería inútil añadir aquí los síntomas psíquicos y neurológicos de los accesos epilépticos clásicos por ser demasiado conocidos.

Epilepsias morfeicas, diurnas y difusas

Landolt, Janz y Cristian han estudiado la relación de los ataques con el ritmo vigilia-sueño. Habría epilepsias cuyas manifestaciones se presentan durante el sueño, otras que se muestran en la vigilia y unas terceras sin preferencias. Escribe Janz: "Dado que en el transcurso de la enfermedad estas relaciones se mantienen relativamente constantes, fue posible diferenciar determinadas formas evolutivas, una "epilepsia morfeica", o durante el sueño, caracterizada porque los ataques sobrevienen, principalmente, durante el sueño; una "epilepsia del despertar" con ataques poco después del despertar; y para aquellos ataques que aparecen a cualquier hora del día, "epilepsia difusa". Las formas subordinadas al ritmo vigilia-sueño muestran dos puntos máximos de incidencias: SGM (epilepsia del sueño) uno menor inmediatamente antes de conciliar el sueño y uno mayor antes de despertar; AGM (epilepsia diurna) muestra la mayor incidencia después del despertar y una menor en las horas vespertinas, con lo que se hace referencia en general a toda situación del relajamiento. Es posible observar transacciones entre las diferentes formas de evolución, pero eso ocurre solamente en determinadas direcciones: SGM y AGM pueden evolucionar a presentar un transcurso difuso (DGM) aun cuando no es frecuente. AGM puede convertirse en SGM, pero lo inverso no ocurre, así como tampoco una forma independiente se transforma en ninguna de las dos dependientes.

"Los siguientes rasgos clínicos comunes entre cada una de las diferentes formas de evolución, parecen apoyar la suposición de que estas formas de evolución representan distintas formas de enfermedad: las SGM pueden instalarse en cualquier edad; el comienzo de las AGM se limita a la segunda década de la vida. SGM tienden a aparecer sin causa externa en tanto que AGM en gran parte son provocadas por situaciones ambientales, entre las que sobresalen deficiencia del sueño, excesos alcohólicos o ser despertados antes de tiempo. Las SGM transcurren con frecuencia en forma progresiva y casi siempre en forma "autocrática", tal como una vez lo formuló Gruhle para caracterizar a las epilepsias genuinas. Las AGM por el contrario, transcurren con irregularidad heterónoma que va a ser determinada por influencias externas y es no pocas veces oligoepiléptica. A este respecto podemos ignorar las DGM, pues en gran parte se trata de formas sintomáticas y, por lo consiguiente, no les corresponde ningún síndrome clínico determinado. En el caso de las DGM la diversidad de factores que las desencadenan refleja la vulnerabilidad de las funciones vegetativas

coordinadoras ante las enfermedades causales, situación que separa significativamente su tipismo del de las formas dependientes³.

Los SGM son casi siempre como el típico epiléptico: "avezados, pedantes, infalibles, correctos, egocéntricos". Los AGM son "quiméricos, irreflexivos, pero también cohibidos, fácilmente influibles y distraídos, desconfiados, inquietos, faltos de objetivo"⁴.

El *petit mal* picnoléptico y el *petit mal* impulsivo serían desarrollos diferentes de una forma de epilepsia cuyo modelo de *grand mal* es la epilepsia AGM.

Los ataques psicomotores guardarían una relación parecida con SGM. El 80% de las epilepsias con *grand mal* que se combinan con ataques psicomotores son SGM.

El embarazo produce efecto desfavorable sobre los ataques en las epilepsias morfeicas, lo contrario en las AGM. Los AGM tienen despertar retardado, déficit de sueño y estado de vigilia máxima en las horas vespertinas. Los SGM duermen mucho, pareja y profundamente. Los índices de herencia serían dos veces mayores en los AGM, que a la simple vista aparecen como epilépticos y muy condicionados en sus ataques por factores externos (una especie de epilepsia afectiva), que en el grupo de las epilepsias SGM y de los ataques psicomotores más identificables con el clásico epiléptico viscoso y pesado. Las epilepsias idiopáticas o de causa desconocida abarcarían el 90% del grupo del despertar y el 70% de las del grupo "durante el sueño".

El aporte de Landolt, Janz y Cristian con tal clasificación es bastante novedoso, y aun cuando en el material nuestro ella no se confirma, es cierto que no hemos tenido siempre a mano datos fidedignos, ni siquiera exámenes electroencefalográficos, en el número, forma y oportunidad deseados.

Las psicosis epilépticas

Landolt ha clasificado en cuatro los estados crepusculares epilépticos: *el post-paroxístico, el estado de petit mal, el estado crepuscular productivo-psicopático con normalización forzada y el estado crepuscular de matiz orgánico*. En los dos primeros prima lo obnubilatorio y lo estuporoso. En los estados con *normalización forzada*, el aspecto clínico es variado: "Los sujetos afectados son extremadamente productivos desde el punto de vista psíquico. Pueden hallarse persistentemente agitados, hablar ininterrumpidamente, o también gritar; se hallan inquietos, en perpetuo movimiento, y a veces existe un desenfrenado exaltarse de la dinámica ideativa con un simultáneo estrechamiento del ámbito

³D. Janz > "Tipología diferencial de las epilepsias ideopáticas". *Revista de Psicoanálisis, Psiquiatría y Psicología*, Fondo de Cultura Económica, México. Sept.-Dic. 1967.

⁴D. Janz. *Ibid.*

del pensar. Surgen alucinaciones, ideas delirantes y obsesivas, lo cual no sucede en las otras formas. Los pacientes temen en ocasiones morir, o creen que ha llegado el fin del mundo. Otros se sienten iluminados y la mayoría tienen la impresión de que sus pensamientos se desarrollan de una manera en especial excelente. Son impulsivos y activos, en lugar de apáticos como en el estado de petit mal, y pueden ser peligrosos para los que les rodean. Los sujetos afectados pierden las inhibiciones y no tienen conciencia alguna de su estado, mientras que los sujetos en estado de petit mal son conscientes de lo patológico del mismo, al menos después de transcurrido.

En todas las formas puede surgir amnesia, sin embargo, puede faltar por completo en esta tercera forma y en ella se tiene la impresión de que se halla menos condicionada por una aminoración de la conciencia que por la fugacidad de funciones centripetas y reflexivas dada la agitación imperante, con lo cual las percepciones y cuanto se capte no persiste. Aquí entran, por regla general, los estados crepusculares orientados y lúcidos, que con tanta frecuencia apenas pueden diferenciarse de los cuadros esquizofrénicos, y en los cuales la desorientación no constituye por regla general una consecuencia del enturbamiento de conciencia, sino de un mundo de representaciones anómalo. En las otras dos formas se halla relacionada, al igual que la amnesia, con el grado de enturbamiento de conciencia y posee también muchas veces carácter confabulatorio, especialmente en el estado de petit mal³.

Las psicosis crepusculares de normalización forzada se deberían, en muchos casos, a la normalización del electroencefalograma, con todo lo involucrado en esos enfermos epilépticos sometidos a tratamiento contra los ataques. Si se suspende el tratamiento, pasadas algunas semanas o meses, vuelve a aparecer la disritmia (que puede traducir una epilepsia centroencefálica o rinencefálica) y con ella, posiblemente, los ataques. La psicosis cesa con la desaparición de la normalidad del electroencefalograma. Hubert Tellenbach ha estudiado algunos casos y cree que ellas se inician por una especie de periodo compulsivo en el cual al enfermo le parece estar comprimido o amarrado, para pasar después a una fase paranoide de aspecto esquizofrenoide. En buenas cuentas, como dice Tellenbach, normalizando el trazado eléctrico a base de tratamientos se logra una verdadera psicosis esquizofrenoide experimental.

Hay aquí un campo de investigación exigido de mucha estrictez clínica. Nosotros hemos visto normalización del electroencefalograma en cuadros puramente obnubilatorios improductivos, normalización transitoria sin psicosis, y cuadros psicóticos de florido aspecto esquizomorfo (usando la palabra con el escaso rigor con que habitualmente se hace), que terminaron después de ata-

³ K. W. Bash: *Psicopatología General*. Trad. Alfredo Guerra. Ed. Morata. Madrid, 1965. Pág. 78. (La descripción es del Dr. H. Landolt).

ques convulsivos y sin que el electroencefalograma se hubiese normalizado en ningún momento. Por eso consideramos el problema muy complejo.

La propia interpretación de Landolt respecto de la presencia o ausencia de amnesia parece dudosa. La experiencia clínica diaria muestra que enfermos muy obnubilados y agitados conservan a lo menos recuerdo vago y parcial de lo ocurrido; otros aparentemente lúcidos y en contacto casi normal con la realidad, no recuerdan nada. Un epiléptico delirioso-estuporoso, visto por nosotros, decía palabras fragmentarias alusivas a cosas religiosas. Parecía ausente de cuanto le rodeaba. Al mejorarse relató con detalles un viaje al cielo, en el cual fue acompañado por un ángel. Si en la vida corriente se olvidan cosas que interesan y se recuerdan otras sin interés y viceversa, sin que hasta ahora se posea la clave del recuerdo y del olvido, no se ve motivo para algo distinto dentro de la patología.

Un buen número de psicosis epilépticas observadas por nosotros eran estados amenciales, con recuerdo fragmentario posterior. Primaban el estado auto o heterodestructivo, las percepciones deliriosas, la hipermetamorfosis, la afectividad espesa orientada hacia la desconfianza y el recelo. No se acompañaban de fiebre, trastornos vegetativos, perturbación del apetito, ni caída del estado somático.

Nuestras dos psicosis epilépticas lúcidas han tenido un marcado aire epileptomorfo, con locuacidad, aumento de la atención espontánea, gozo de la rica calidad de sensaciones que les muestra el mundo, tendencia a quedar imantados de un objeto que les parece bello, optimismo frente al presente y al futuro, aire de niños embobados ante los olores, las cosas vistas, lo saboreado, lo tocado. En uno se dieron percepciones primitivas de referencia; en el otro hubo marcada tendencia a sentirse llamado a una vida religiosa sencilla, en plena comunidad con la naturaleza, le daba carácter simbólico a cuanto objeto encontraba, que de cerca o de lejos se pareciese a la imagen de la cruz y se ponía largo rato de rodillas. Ambos empezaron con un cuadro agudo de tipo delirioso y mejoraron completamente en pocos meses. Ninguno ha sufrido ataques epilépticos. Los electroencefalogramas muestran en ambos alteraciones focalizadas en la región temporal derecha.

Sentimiento de la naturaleza en un epiléptico travestista

Muchas veces hemos insistido en el sentimiento de paz, de beatitud sobrecogedora provocada por la visión de la naturaleza en algunos de estos enfermos. Cuando la hay, suele apoyar el diagnóstico de epilepsia. Creemos, sin embargo, que ese sentimiento no es tan común. Los esquizofrénicos que pudieran sentir algo parecido hablan en general de cosas "bonitas", "hermosas"; los epilépticos de una serenidad profunda, de una especie de comunidad con el universo.

En uno de nuestros enfermos, víctima de epilepsia y de travestismo impulsivo que se da cada cierto tiempo⁶, se observa en forma muy peculiar ese vínculo con el cosmos a la manera de perpetua lucha entre la paz y el desasosiego humillante, que es, por otra parte, en cierta manera como el fondo del alma epiléptica. Lo citamos a modo de ejemplo: "Empiezo a mirar la naturaleza, cómo está hecha, por qué hay vida en todo. Me gusta el aroma de las flores; me gusta sentarme debajo de un árbol, es como si uno fuera al cielo y volviera a la tierra, es como el sueño de Jacob, el de la escalera. Una beatitud, una paz que me aparta del mundo; me gusta ver las flores cómo cambian de color, se mueven y crecen... Yo como representante del Creador me siento parte de este mundo. Porque soy el pequeño Dios y uno es representante, porque El hizo el mundo para que lo conservemos hasta el Juicio Final... Miro las estrellas y pienso: Dios dijo: cuenta las estrellas... me pregunto, ¿cuál es el fin de todo esto?, ¿dónde llegará?, ¿dónde acaba? Me pongo a mirar las estrellas, las Tres Marías, y me pregunto cómo caben tantas. Yo llevo mi propio mundo a mi manera; cuando salgo de mi casa al trabajo, del trabajo a mi casa, es un orden la ordenanza es buena porque uno encuentra al tiro las cosas y hace bien para la vista. ¿Por qué yo no puedo hacer una estación en ese orden y salir con un amigo a una mesa redonda? Porque me hace mal para mi enfermedad... Me siento pegado, formando parte de la vida; yo soy una molécula dentro de esta tierra; somos como un clan, como vínculo".

Una infinidad de vivencias de los epilépticos podrían detenernos en la mirada de su curiosa y a veces maravillosa trama, pero nuestro propósito era sólo un recuerdo clínico de algunas, a fin de orientar el médico práctico que, dada su pesada tarea cotidiana, no es raro que pase al lado de dichas vivencias sin detectarlas, en su apasionante fantasmagoría.

Santiago de Chile, 1964.

⁶ *Electroencefalograma*: "trazado compatible con la existencia de una disritmia seguramente comicial de origen superficial temporal de predominio derecho".

El diagnóstico de epilepsia se funda clásicamente en el ataque tónico-clónico acompañado de pérdida brusca de conciencia, a lo cual se agrega como elemento importante en el curso del siglo la electroencefalografía, que permite detectar, mejor que antes, si ella es más bien focal, o centroencefálica. Algunas epilepsias focales suelen dar síntomas psíquicos o somáticos más o menos precisables a los cuales pueden agregarse generalizaciones tónico-clónicas secundarias, como ya se vio en el siglo XIX. Las epilepsias centroencefálicas abarcan a su vez dos grandes series: la del Petit Mal y la del Gran Mal; coinciden en que casi siempre en ambas se compromete la musculatura, aunque sea levemente, como ocurre en la inmovilidad de los ojos de las ausencias simples, en la pérdida de la estabilidad, que va desde el vértigo del Petit Mal hasta la caída por pérdida de conciencia en el Gran Mal, en la atonicidad de la cataplexia. Sólo quisiese recordar todavía los focos reflejados, o sea, la posibilidad de que desde un área focal por irradiación al tronco encefálico se produzcan ausencias simples, ausencias mioclónicas, ataques de Gran Mal, etc.

Vale la pena señalar que si se da pérdida brusca de conciencia, algún tipo de compromiso motor y registro electroencefalograma típico de alguna forma de epilepsia, el diagnóstico es seguramente claro, pero la falta de algunos de estos elementos no invalida el diagnóstico. Un ataque de Gran Mal, aunque excepcionalmente, suele darse con conciencia lúcida o ligeramente obnubilada y la misma ausencia puede también, en raros casos ser mnésica, o amnésica a posteriori. Ocurrido el ataque hay conciencia de que él existió y es lo habitual, pero algunos enfermos ignoran tal existencia y saben de él por el relato de terceros. Ciertos ataques se provocan o detienen a medio camino por auto o heterosugestión, o por influjos psíquicos diversos y no son entonces por esencia autocráticos como tiende a suponerse, aunque este autocratismo sea lo propio de una gran mayoría. En ocasiones parecen desencadenarse para obtener "ganancias"¹. Respecto a la convulsión

¹No escasean las crisis epilépticas ornamentadas de rasgos "histéricos"; ello puede deberse a que lo histérico acompaña a muchos cuadros orgánicos, alterando, incluso, su fisonomía, o a que se padece simultáneamente de una histeria en acción y de una epilepsia; carecen, sin embargo, de rigurosa fundamentación clínica los intentos de revivir la antigua histeroepilepsia; la ganancia

tonicoclónica es demasiado sabido que ella no es una exigencia fundamental, ni siquiera en el Gran Mal clásico.

El problema a tratar ahora es el del carácter epiléptico. En muchos epilépticos no se encuentran los rasgos típicos de ese carácter epiléptico, aun cuando es difícil que por lo menos algunos de tales rasgos no aparezca siquiera esbozado; su ausencia no niega el diagnóstico, pero obliga a ser más exigente en el examen semiológico de los síntomas. Varios investigadores notables niegan, incluso, su existencia y lo que recibe dicho nombre lo atribuyen a los medicamentos, traumatismos y deterioros subsecuentes. En algunos casos nuestros en los que los había, aparece muy temprano, y además se encuentra tanto en enfermos con escasos ataques, con síntomas puramente psíquicos, o en los parientes próximos.

Los autores, ya los que le consideran carácter basal, ya los que le consideran posterior a los ataques, tienden a estimarlo propio de la *organicidad* primitiva, o de las secuelas del cuadro. Se basan en fenómenos como la dificultad de los enfermos para entender el interrogatorio, la necesidad de explicarle en detalle las preguntas, la lentitud de las respuestas, con un largo período de latencia entre unas y otras como si hubiese una especie de olvido de las palabras justas y oportunas, a lo que se suma el detallismo y la perseveración.

Desde el siglo XIX hasta ahora, se perfilan algo así como tres posturas para coger lo céntrico de la psique epiléptica. En el siglo XIX, se describían en los epilépticos la tendencia a la chismografía, a la obsequiosidad, a la mansedumbre, a la protesta, a la ira, a la furia, a la hipersociabilidad; se creyó entonces que el eje en torno al cual giraba aquello era la polaridad: *calma-exaltación afectiva explosiva*. Enfermos tratables, halagüeños, serviciales, mansos, aparecían de un día a otro, intratables, irascibles, peligrosos. Dicha polaridad la vemos en verdad en muchos, pero también se observa en otros cuadros, los histéricos y los lábiles de ánimo por ejemplo, y por tanto no era definitorio. Tenía el defecto además de no ver por detrás una dinámica enmascaradora que lleve a la chismografía, la hipersociabilidad, etc. Pero lo que más impresionaba en aquella época era el cambio sin transiciones en muchos pacientes, desde un éxtasis beatífico o una mansedumbre conmovedora a una furia criminal desatada.

En la primera mitad de este siglo, debido en especial a los trabajos de Kretschmer y Mauz, se pone en primera línea la perseveración, la pesadez, la falta de espíritu. El enfermo se imanta a un tema y no lo suelta; no se deja interrumpir hasta dar el último y más mínimo detalle. Da la mano, por ejemplo, y la deja adherida, la mirada también se pega largamente a quien lo interroga. Lo principal del discurso queda perdido en el fárrago de hechos accidentales, que narran con el mismo tono afectivo y dándole idéntica importancia. Madame Minkowska,

en la enfermedad sólo es histérica, cuando lo ganado supera con creces a lo pagado en sufrimiento, y eso no es lo habitual en los casos de ataques "voluntariamente desencadenados" observados por nosotros. Si se alarga el alcance del término ganancia, pierde su eficacia diagnóstica y ya no vale la pena usarlo.

acuña el término de glisceroide, de viscoso, de adhesivo; cuando el enfermo relata algo ya no se desprende hasta haber agotado el tema con datos insustanciales. Carece de gracia, de agilidad y dan ganas de remecerlo para que actúe o hable más rápido y se limite a lo esencial; recuerda a los pacientes orgánicos. Ahora, si bien un orgánico arterioesclerótico o demente senil es perseverativo, no es casi muy detallista; es repetitivo porque olvida lo que ya dijo, pero no por encontrar importante en extremo lo que dice y querer grabarlo a sangre y fuego en el otro. No tiene mirada grande, adhesiva, atenta, sino pequeña, apagada, movediza o inmóvil y no adherida al otro. El orgánico puede ser hipersociable, a veces, aunque lo hace al parecer huyendo de la soledad, buscando compañía.

Francisca Minkowska vio que entre el enquetismo y la viscosidad por un lado y los decaimientos orgánicos por otro, había clara separación y creó para designar lo primero la noción de vínculo; dicha noción se opone también a las de spaltung y sintonía. El epiléptico parece experimentar una adhesión infatigable a todo lo existente por el hecho de ser existente, de haber vencido a la nada o al caos primordial. Le parecería, entonces, una infidelidad contar algo, tomar contacto con algo, sin poner de relieve todo lo que ese algo muestra, pues por el solo hecho de existir, de marginarse de la nada aniquilante, tiene el derecho ganado a ser traducido en palabras, aunque para nosotros varias de tales pequeñas existencias sean insignificantes. La vinculación en él, no es con los individuos en cuanto esencias tales o cuáles, sino con los individuos y cosas en cuanto participes de la existencia. Los individuos serían expresión de lo existente en total y ahí tomados como puras existencias idénticas y no como esencias diversificadas no hay diferencias entre lo céntrico y lo accesorio. Ese todo validado sin jerarquizar sus partes, se viviría corporalmente, sensorialmente, no conceptualmente. En suma y en relación con la gran patología psíquica habría tres modos básicos de enfrentarse con el mundo: el disgregado (spaltung), el sintónico y el vinculado, que corresponden respectivamente a la esquizofrenia, a la psicosis maniaco-depresiva y a la epilepsia.

La postura de Francisca Minkowska con su noción de vínculo, de alma que se siente trozo de una corriente vital que recorre al universo entero, es iluminadora, pero no aclara la perseveración, la lentitud, la pesadez o, incluso, al revés, el carácter liviano, candoroso y ágil de muchos epilépticos.

Permitasenos un paréntesis: hay epilépticos ajenos al orden de las cosas y les da lo mismo el orden que el desorden; pero una mayoría gozan con el orden, con su orden, y no por deber o inseguridad como el obsesivo, sino porque además de bonito da que hablar bien a quienes le visitan. Hay miedo a que les critiquen por desordenados, ya que "esa humillación" se agregaría a la humillación y a la vergüenza, que de suyo ya les proporciona el ataque. Sería un modo de ostentar siquiera una virtud que contrarresta la imagen negativa de su estado.

Interrogados sobre su lentitud para responder a cosas sencillas, no es extraño oírles que deben pensar en la frase precisa, veraz, que no mueva a engaño. Los domina el verismo, tal vez para compensar a veces "la falta de sinceridad,

el descaro, la desvergüenza de los demás". Gustan de las palabras precisas en el orden preciso. Dos procesos dominan ese verismo: pensar bien cuál es el alcance de la pregunta, la cual parecen no entender de inmediato y escoger bien la respuesta. Algunos agregan que olvidan con frecuencia y en ese momento, las palabras adecuadas y deben recordarlas con esfuerzo o que se les viene a la mente varios sinónimos y no saben de inmediato cuál es el mejor. El verismo y el afán de precisión entelteen el pensar. En muchos de ellos, el proceso del lenguaje sugiere una posible y disimulada afasia de Wernicke.

Quizás si todo eso les impida coger el doble sentido de un chiste o les impida hacerlo a ellos, ya que en un chiste no cabe "ver primero lo que se dijo" y enseñi- da lo jocosos que se quiso decir.

El afán de precisión y ordenamiento lleva quizás al espacio y tiempo en estanco descrito por nosotros en trabajos anteriores.

Hay en el epiléptico al lado de la vergüenza por la enfermedad, una tendencia compensatoria a la sobrevaloración; se sienten justos, buenos, distintos a los demás en virtudes morales, mercedores de consideraciones y premios; por eso no es raro que traten de igual a igual con Dios y las personas sagradas y reciban consuelos y ofertas de misiones superiores de parte de ellos. Del resto de los seres humanos, salvo de aquellos que lo benefician constantemente tienen en general mala idea, y la hacen pública y notoria; de ahí la inclinación a la maledicencia, que es una especie de maledicencia ejemplarizadora, como diciendo: la gente no debiera ser así, la gente no es justa, debiera reformárseles. Los propios enfermos se sienten, en cambio, buenos, sin defectos. Tienen amor a las cosas y a los familiares, aunque a los últimos no siempre, ni con frecuencia; el más pequeño desaire los pone en contra. Aman la naturaleza porque la encuentran buena en el sentido útil; el árbol da fruta o a lo menos sombra, el sol alumbraba, el pan alimenta, la familia le ayuda a uno en el sustento; "los extraños no se van a preocupar". Lo ven todo desde el punto de vista de la utilidad personal, agregando algunos "que las cosas son bonitas en sí y alegra el espíritu mirarlas, aunque también desde ese punto son útiles".

Puesto el problema de esa manera, no es tan claro que la noción de vínculo sea lo básico; "si las cosas dejaran de ser útiles, más valdría que no existieran", decía uno. *Es la utilidad lo que lleva al vínculo estrecho y no al revés.* Muchos enfermos no entienden cómo podría existir algún ser inútil, incluso tratando de proponerles que piensen eso como pura posibilidad. Les cabe imaginarse un elefante con dos cabezas, pero les es costoso imaginarse la posibilidad de lo inútil.

En tal sentido aman del pasado lo que les ha sido útil, pero no son amantes del pasado en cuanto pasado conservadores como les juzgaba Minkowski.

Partes integrantes de una especie de totalidad cósmica indivisa, los epilépticos se sienten en comunidad con la naturaleza y sienten a la naturaleza latir en ellos, pues la viven útil, delicada y armoniosa, en suma idéntica a como se viven a sí mismos.

La furia auto o heterodestructiva es en ocasiones propia de momentos de infelicidad en que se creen traicionados y cualquier cosa que traiciona su destino

de estar al constante servicio de los otros y en especial de él, es digno de ser destruido, de volver a la nada. No hay términos medios. Un enfermo nos dice: "Me gusta sacrificarme por mi y por los familiares y hasta por el género humano; para eso vivo; cuando los veo hostiles o dando la contra hipócritamente, me vienen la furia y los deseos de acabar con lo que encuentro".

Buscan seguridad y paz; se las proporciona la naturaleza, la familia, los buenos amigos; sin eso, experimentan zozobra, sombría pesadumbre íntima, algo así como una especie de no sentir la propia realidad, de ahí tal vez, las autoagresiones, la necesidad de vertir su sangre, para juzgar de nuevo lo vital. Algunos temen la presencia de tijeras, de cuchillos, de todo lo que les tienta a herir o herirse, abriendo camino hacia la sangre viva, caliente y moviente, dadora de serenidad y paz. Hay miedo a lo muerto, a lo inmóvil, tal vez porque el ataque o la ausencia les enfrentan con una especie de muerte a cada instante; por lo mismo tienen miedo a lo repentino ya que el ataque es de suyo repentino. Les da más confianza en ese sentido lo conocido y no lo por conocer. El vagabundo, contradeciría esto, pero en el fondo viaja en busca de nuevas formas de vida que justo por su novedad le conmueven (al igual de la sangre), al sacarlo de lo rutinario, lo cual le otorga gracias al embeleso, tranquilidad y paz.

La doblez, la mentira, el adulo, serían necesidades obligadas de quienes no logran sosiego, sino cuando los otros les son útiles y serviciales; lo hacen no por vanidad, sino por provecho, por miedo a ser abandonados a perder la existencia.

En suma, se observa en muchos epilépticos amor entrañable a tal existencia como contrapartida a las muertes simbólicas e incesantes de los ataques, ausencias o amnesias crepusculares. Hay felicidad por sentirse existiendo, sin comparación con otras felicidades, porque el persistir en el propio ser para siempre es como lo supremo. Vivir en un pie cuadrado, en la cima de una roca rodeada de océano, vivir aunque sea en medio de tormentos, pero vivir, eso es la dicha, dijo un epiléptico, Dostoiewski, en una de sus obras.

Para nosotros, el eje del carácter epiléptico no sería el dilema vínculo-desvinculación, sino más bien el de *paz, calma, seguridad, versus zozobra, incertidumbre*. La zozobra viene del miedo a lo inesperado del ataque, que en un instante lanza a tierra en medio del espanto de quienes lo contemplan. Tal vez la amenaza de lo mortal inesperado les hace amar la vida, la naturaleza, lo útil, el orden, la familia, que aparecen como lo positivo, lo estable, lo previsible, lo imperecedero, en contraste con las pérdidas de conciencia, con las pequeñas muertes, con las nada sucesivas de que se es víctima. Es extraño el amor a la vida en seres tan desgraciados; a lo mejor es casi lo natural, en quien experimenta con cierta frecuencia lo terrorífico de los ataques, que son no excepcionalmente, sinónimos de angustia de muerte; frente a eso la existencia apacible, serena y ordenada debe parecer la beatitud suma.

Santiago de Chile, 1970

Formas esquizofrénicas de apariencia neurótica

Si la primogenitura del cuadro esquizofrénico, como es lo frecuente, la toman síntomas de apariencia somática y ya se ha excluido lo orgánico, es fácil orientar la mirada hacia las neurosis. Las quejas se mueven en tales casos límites en torno a cefaleas, desconcentración, pérdida de la memoria, desgano, cansancio. En cambio síntomas clásicos del tipo de las alucinaciones o los delirios suelen ausentarse o a lo más asoman como *protofenómenos*, vale decir, de modo casi imperceptible. Se habla de protofenómenos cuando preguntado un paciente respecto a audición de voces o a fenómenos delirantes, por ejemplo, en vez de negarlos de inmediato como un normal o un neurótico, titubea, enrojece, y sólo después de cinco o diez segundos contesta que no.

Si los datos recogidos abarcan lo más genérico y no lo diferencial de síntomas designados como cefalea o cansancio, es fácil enfrentarse con puros síntomas "neuróticos", deslizándose fácilmente al posible error diagnóstico.

Sin embargo, aun en este caso, debería llamar a la prudencia, la forma escueta (comunicativa y no notificativa)¹ de dar los síntomas, la poca insistencia en esclarecerlos, el que a diferencia del neurótico, a estos enfermos no les preocupe ni una eventual locura o trastorno somático serio ni el bajo rendimiento escolar ni el desperdicio del tiempo, ya que la mayoría acuden al tratamiento cuando llevan inactivos uno o dos años, invalidados por sus molestias. Llamará también la atención del médico el que un vago desgano, un ruido persistente de oídos o una desconcentración, arrastren a una inacción tan desproporcionada, en circunstancia de que los verdaderos neuróticos aun quejándose con dramatismo de sufrimientos parecidos van a su trabajo, rinde en sus estudios, no abandonan sus responsabilidades.

¹ Dentro de la relación médico-paciente y sólo bajo el punto de vista de esa relación, el lenguaje con que se cuentan las molestias, puede limitarse a comunicar lo experimentado sin preocuparse de si el médico ha tomado o no, nota clara de lo dicho, de si ha comprendido bien (lenguaje comunicativo), o al revés, el enfermo puede a su manera —franca o disimulada— contra-interrogar al médico hasta darse cuenta de que éste lo ha comprendido: lenguaje notificativo. No hay lenguaje notificativo en las psicosis; él es propio de las neurosis.

Desconcertará todavía el hecho de que preguntado por su salud, el enfermo se crea sano, o a lo más algo nervioso, y si confiesa miedo a volverse loco —nos referimos a esquizofrénicos larvados de apariencia neurótica, no a aquellos perplejos en el inicio de un brote agudo que si experimentan tal miedo y piden ayuda— ese miedo da a veces la impresión de venir de insinuaciones del médico, deseoso de averiguar si se encuentra ante un neurótico o un psicótico. Como se sabe, el sintoma de la *expectación ansiosa*, dentro del cual se ubica el miedo al trastorno psicótico, es muy típico de las neurosis. En la expectación ansiosa neurótica las molestias se ven concatenadas y se cuentan una y otra vez con abundancia de detalles, justo para saber si de acuerdo a los detalles entregados, el médico dictamina o no peligro de locura, de infarto del miocardio u otro mal grave. Los síntomas se relatan no tanto en busca de una supresión directa como para cerciorarse de si el peligro de locura está próximo o no. Hay alivio cuando, a través de los síntomas, no se divisan ya perspectivas alarmantes. El modo afectivo intenso de vivir los peligros y el preocuparse activa y personalmente de salvarlos, es lo llamado *noción de enfermedad*.

El esquizofrénico, en cambio, refiere sus perturbaciones por lo agobiadoras; entre ellas viene a veces el miedo a la psicosis, miedo relacionado tal vez con los síntomas ya contados, lo importante, es sin embargo, que no es desde dicho miedo que brota la enumeración aritmética de los trastornos, sino que desde lo perturbador de cada uno en sí.

Al revés del neurótico preocupado de adquirir una especie de seguro contra presagios funestos, al esquizofrénico le agradaría liberarse de sus males presentes por lo molesto, y no porque auguren días peores. Tal actitud, cuando los esquizofrénicos llegan a tomarse por enfermos —pues también pueden creerse sanos— se la designa *conciencia de enfermedad*, distinta a la *noción de enfermedad* propia de neurosis y enfermedades somáticas. Nuestro interés es apuntar brevemente a aquellos síntomas de apariencia equívoca en tan desconcertante psicosis.

Entregados a su espontaneidad, los enfermos se quejan desde luego y con alguna frecuencia de *nerviosismo*, y no sólo de *estar nerviosos*, como lo hace el neurótico. Tal nerviosismo lo creen sobrevenido desde hace poco tiempo o desde antiguo, y lo traducen en palabras como tensión, intranquilidad del cuerpo, temblores de los miembros, necesidad de vagabundear, etc. “Desde que me vino el nerviosismo, hacen dos años, no me puedo concentrar en el colegio”, dice uno de nuestros pacientes. “Todo me empezó con nerviosismo, me temblaban las manos al hacer algo”, afirma otro. Pueden reconocerse nerviosos desde siempre, pero el nerviosismo es para ellos algo nuevo y fuertemente invalidante o avergonzante. Los neuróticos que creen haber sido nerviosos desde siempre, experimentan, en cambio, su mal como agravamiento de lo antiguo; tal es así que el médico se pregunta por qué consultan sólo ahora y no antes. Algunos enfermos usan espontáneamente como sinónimos los términos: nerviosismo, angustia, desesperación; otros los distinguen y creen aun que se alternan, se suman o vienen de repente sin ritmo temporal preciso.

Cuando usan la palabra "estoy nervioso", caen en expresiones parecidas a las anteriores, y en muy contadas ocasiones les atribuyen las cefaleas, diarreas, trastornos del sueño, etc., salvo si se los insinúa el médico. En este caso es probable que en entrevistas próximas aparezcan otra vez como síntomas apartes, deseados de eliminarlos por evitar su desagrado, y no, como se dijo antes, porque conduzcan a la locura o a la muerte.

La cefalea surge en cualquier zona con aires similares a los de la cefalea neurótica. Si se investigan sus rasgos peculiares, revelan a veces sorprendentes novedades. Por ejemplo, según los enfermos: "El dolor es difuso y no condensado, diverso a todos los dolores", "es más bien un cansancio siempre presente y muy molesto", "es sentir los sesos sueltos al mover la cabeza", "es como una corona dolorosa a dos centímetros sobre el pelo, que sigue los movimientos de la cabeza", "es un dolor sin la consistencia del dolor corriente, es dolor sin consistencia", "son puntadas no como las punzadas de una herida, sino como la introducción de un dedo en la cabeza, o el apuntar desde fuera con revólver", "un casco opresivo que circunvala y se tira al vacío de la mente y perturba el pensar". Uno lo describe así: "No es un dolor concentrado, sino repartido; es en forma de puntadas aquí (señala ambas regiones temporales); no es como el dolor de muelas, el dolor de resfrío, el dolor en el cuello por tensión, no es concentrado; es difícil decir cómo es; es repartido como el humo, no se concentra en una sola parte". Otro agrega: "Tengo dolor de cabeza aquí en la nuca; es más tensión que dolor; no es agudo como los dolores de cabeza corrientes; es vaporoso, diverso a todos los dolores; yo lo llamo dolor cansado".

El síntoma orienta entonces hacia la esquizofrenia, sólo si se presenta como cefalea *inconsistente*, y no en cambio, cuando se da a la manera de los dolores corrientes, hecho tampoco insólito en dicha enfermedad.

La pérdida de concentración es igualmente orientadora, si en vez de ser un irse a mundos imaginarios —lo cual es común a lo psíquico normal y patológico—, nace de un quedarse en blanco continuo o discontinuo o de una perturbación del proceso concentrativo por vigilarlo demasiado para que no se desvía. Los pacientes piensan a veces que quizás su trastorno venga de "un concentrarse en estar concentrado, de una hiperconcentración". Dicha hiperconcentración, traducida en falta de concentración, es vivida como un apegarse fuertemente a lo que se piensa o habla para tratar de penetrarlo y extraerle su significación, hecho no logrado pese a sus tenaces esfuerzos. "Me pego a las cosas con mi concentración" —dice uno— "a ver si entiendo lo que quieren decir; quisiera morderlas y mirarlas por dentro; muerdo y muerdo y no consigo nada; mientras más dirijo la concentración a lo que estoy pensando o me dicen, es casi como peor; me viene el desaliento porque sé que los pensamientos y las palabras significan algo y yo estoy como ante una roca con perforador y no me dicen nada, nada". En el quedarse en blanco se trata, seguramente, de prolongadas interceptaciones, ajenas a su fisonomía clásica, definida en los textos como interrupción breve, imprevista y abrupta del pensamiento, con conciencia simultánea de

que el pensar está interrumpido, en lo que se diferencia de la ausencia epiléptica que es interrupción momentánea de la conciencia misma.

Si la desconcentración se debe a una vigilancia perseverante con el objeto de que no se disperse, se trata de una insuficiencia de la concentración misma. Esta, como ocurriría en una insuficiencia de la marcha, se procura corregir con esfuerzos voluntarios, los que en un círculo vicioso acaban a su vez de trastornarla más, hecho observable en todo acontecer automático (comer, bailar), que desea mejorarse a base de intromisiones de la voluntad.

Naturalmente cabe desconcentrarse en la esquizofrenia, como en la depresión endógena por otras razones: tendencia a resolver el por qué de todo, perplejidad, rumiar interno constante alrededor de faltas, fracasos o acontecimientos próximos, presentes o pretéritos, enredo de pensamientos, etc.; pero en tales casos ya no es merma primaria de la concentración, como la apuntada en las quejas anteriores, perdiendo el síntoma en sí su peculiaridad. En todo caso el nerviosismo, la falta de concentración y de memoria, y no tanto las voces o los delirios, proporcionan la leve conciencia de enfermedad de los esquizofrénicos.

Un paciente se queja de su concentración con las palabras siguientes: "Debo estar enfermo porque antes podía atender a mi gusto cualquier cosa; lo de las voces me resulta natural, también en los sueños se ven cosas y es natural; lo de la concentración no me deja ir al trabajo; leo un informe y no lo entiendo; a veces es un enredo de ideas y palabras; no entiendo las palabras que leo o no aparecen las que debo decir y ahí me quedo; otras veces no me concentro porque sí; se me agota; parece que me concentro en atender bien porque las cosas están duras y resbalo sin entenderlas; me concentro demasiado en concentrarme, y no en las cosas en que me quiero concentrar porque estos pensamientos están encerrados y no sé lo que dicen; me pierdo; parece que fuera eso, o parecido a eso".

Otro explica: "No hay motivos para no concentrarme; estoy tranquilo en mi pieza leyendo y de repente me doy cuenta que no he entendido nada; quiero pescar la concentración, dirigirla, como tomarla con la mano y ahí se desparrama, desaparece; ya no estoy más que pendiente en sacarla adelante".

Con varios se puede conversar largo rato; se muestran ágiles, oportunos y recuerdan detalles mínimos de lo hablado, sin embargo, se lamentan de no haberse concentrado, de no saber bien lo que decían, de no retener casi nada, lo cual, por lo mismo, asombra al médico; es como si hubiese una disociación entre la concentración real vista por el observador y la dolorosa insuficiencia experimentada por las personas, experiencia íntima que se impone por completo y las lleva en consecuencia a alejarse de su prójimo.

La pérdida de memoria es frecuente; según ellos, no aparecen en el momento oportuno los saberes propios de su oficio. Varios distinguen tales olvidos de los olvidos propios de cualquier persona cuando va de compras, da un examen, o se le borra el apellido de alguien encontrado de repente. "Esto nos ha ocurrido siempre —dicen los pacientes— en cambio lo de ahora es nuevo, es ir perdiendo nuestra persona, algo que nos pertenecía". Su temor no es como en el neuróti-

co, a volverse loco, sino a empobrecerse hasta la nada. Creen no aprender, pues todo se graba apenas un instante o se desliza sin huellas.

Un esquizofrénico dice: "Se me olvidan las cosas; hoy tomé un libro de dibujo técnico y no me he acordado de un montón de cosas que salían de ahí y son de mi trabajo diario; me olvido de cosas personales que tengo que hacer; me interesa esta pérdida de memoria porque es la labor mía de dibujante técnico. También se me olvidan los nombres de los médicos, de los amigos, cuando estoy conversando con ellos; me preocupa porque me da la idea de que así se me pueden olvidar otras cosas en relación con mi profesión, algo mio que me pertenece; dejaría de ser dibujante; desaparecería mi profesión de mí mismo y soy joven; es lo mio".

Otro insiste de esta manera: "No me encuentro bien del todo: coordinación, concentración, y pérdida de memoria, me molestan; como usted comprende son cosas que por mi mismo estado no me es dable explicar; la angustia no me preocupa tanto porque es a ratos. Estoy estacionario; noto la disminución de la capacidad intelectual; lo noto en cosas de rutina, en que la memoria yo la tenia segura, ahora se aleja y se pierde. No es la pérdida de memoria normal; en este caso son cosas que pertenecen a mi acervo intelectual; cosas que yo debería tener presente en cualquier momento y que ahora se me escapan; por ejemplo, fui a la oficina de Impuestos Internos, me hicieron una pregunta que yo debía contestar de inmediato y no pude hacerlo. Lo olvidado son las cosas que van con uno, que uno debe tener a mano en cualquier momento y yo no puedo hacerlo; es algo como que pertenece a la personalidad misma de uno y desaparece; yo noto en eso un cambio; no soy el de antes; tengo el temor de empequeñecerme, de no poder dar una respuesta". Este mismo paciente no considera patológicas sus alucinaciones y percepciones delirantes.

Un tercero se queja de cambio de personalidad: "Porque conocimientos propios de mi ser se van disolviendo y se deshace la memoria".

Igual que en lo referente a la concentración, la pérdida de memoria puede seguir secundariamente a trastornos como tropel de ideas, perplejidad, pérdida de gusto por lo útil, en cuyo caso el acento se pone en tales fenómenos, y no en los olvidos de cosas enraizadas en una especie de esencia radical de la persona.

El síntoma nocturno del *hacer tiempo*, es un índice orientador de cierta importancia. Los enfermos se proponen acostarse a hora prudente y no lo consiguen pues a esa hora los entretiene el hojear revistas, oír música, revisar libros, dar un paseo, etc. Cuando se acuestan se quedan profundamente dormidos y con alguna frecuencia tienden a despertarse tarde o a quedarse un rato en la cama gozando del reposo. A veces la urgencia del trabajo les obliga a levantarse antes. El quejarse o no de somnolencia en la mañana es variable de un caso a otro; en los nuestros ha sido más frecuente el despertar apacible y despejado. Si hay angustia u otros malestares no se les vincula al dormirse tarde; tampoco culpan de tal atraso, como ocurre en algunos epilépticos, a la necesidad de ordenar trabajos. Los enfermos no lo experimentan como insomnio de conciliación sino como mal hábito de entretenerse a deshora.

Uno cuenta: "Me quedo dormido como a las 11; en la mañana despierto a las 7 porque los despiertan a todos, o si no, seguiría hasta tarde; en la noche me gusta hacer tiempo hasta las 11 ó 12 más o menos ocupándome en cualquier cosa, viendo televisión, oyendo radio, mirando revistas; no cosas importantes; me gusta eso, me entretiene, no me angustia, me da tranquilidad; no hago cosas por obligación; la hora de las 6 de la tarde es agradable para las cosas por obligación; me gusta la noche más que el día; no sé por qué es: parece que me entretengo más en la noche: el aire que se respira es mejor; en el fondo el día es igual para todos y sin embargo la noche no es lo mismo, es algo especial: yo a lo menos respiro mejor; es más agradable y bonita como es bonito el día de sol...; si fuera por mi me seguiría entreteniendo hasta lo más tarde posible".

Otro dice: "Me despierto a las 7 u 8, pero me gusta hacer tiempo en la noche, payasear un poco con los compañeros y acostarme como a las 12; me propongo acostarme temprano y se me va la hora en tonterías sin cumplir mi propósito".

Un tercero expresa: "Me voy temprano de la oficina para acostarme temprano como se me ha recomendado, pero es inútil, no lo logro; no sé en qué se me va el tiempo, el hecho es que no me acuesto antes de la 1; en la noche gozo con las tonterías más increíbles y al otro día vuelvo a renovar mi propósito; sé que eso me hace mal".

El desgano o el cansancio es manifestación frecuente de la esquizofrenia; muchos pacientes coinciden en señalarlo como un cansancio diverso al de un resfrío o al de una larga caminata. Lo aluden con variadas palabras: "Es una falta de ánimo interior", "es carencia de entusiasmo", "no me atrae nada, no me dan deseos de moverme", "es como un cuerpo cansado de la vida". A veces es difícil ir más lejos, pero no es raro que culpen del desgano que les anonada, a su falta de gracia, de colorido, de ímpetu espiritual para dar sello propio a lo suyo. Un paciente se queja de desgano: "Algunos días es completo, como que las cosas me salen sin brillo, sin entusiasmo, las hago porque tengo que hacerlas, como que me salen sin brillo, sin gracia; empiezo con ganas, veo que me van saliendo opacas, neutras, y se me quitan al tiro las ganas y así paso desgano sin hacer prácticamente nada". Otro expresa casi lo mismo: "La flojera, el cansancio se apodera de mi cuando veo que todo sale parejo, idéntico, sin nada mío; si hasta cuando ando, miro, hablo, es un hueco de monotonía; debo dar impresión penosa; los demás le ponen sal a las cosas y a la propia persona; a mi no me sale ninguna: soy deslucido y desilusiono; entonces me inunda el desgano, el cansancio; tengo el ser fatigado; boto aire cansado; un ser que no brilla; prefiero encerrarme, oír discos; no hay algo que pueda ilusionarme; sin ilusión sólo cabe puro desgano".

Muchos esquizofrénicos, como lo observara Jung, gozan intensamente de la belleza y de la luz; no sería tan curioso entonces, que el vivenciarse como un alma apagada, incapaz de darle brillo a nada, los arrastrase a la inercia del desgano.

Dejamos de lado otros trastornos de apariencia somática: ruidos de oído, parestesias, seborrea, caída precoz del pelo, dorsalgias, molestias urinarias,

mareos, bochornos, etc., síntomas requeridos de un largo estudio. Nos hemos circunscrito a recordar el nerviosismo, la cefalea, la desconcentración, la falta de memoria, el hacer tiempo, y la pérdida de brillo (el último, posible origen en algunos casos, de desgano), por su calidad de valiosos elementos diagnósticos en cuadros dudosos. Prescindimos de generalizar, considerándolas formas delirantes larvadas de despersonalización, como lo insinúan las expresiones de los pacientes, pues el objetivo era más bien señalar posibles diferencias entre tales trastornos y otros parecidos de los neuróticos, e incitar a investigaciones que en dicho terreno facilitarían diagnósticos precoces y certeros con notorio beneficio para un exitoso tratamiento del mal.

Santiago de Chile, 1972

Concepto transcultural de salud y enfermedad

La notoria dificultad en el hallazgo de un concepto transcultural de salud y enfermedad se evalúa someramente a través de las diversas maneras con que personas de un mismo círculo razonan a propósito de un caso concreto. Lo muestra, a modo de ejemplo, el numeroso grupo de esquizofrenias mínimas, de hecho más abundantes que las formas clásicas y en las cuales los síndromes de influencia, las percepciones delirantes, las alucinaciones cenestésicas y los elementos catatónicos, son borrosos y muchas veces o no existen o se les pone apenas en descubierta. Según algunos sería el efecto de la eliminación de síntomas psicorreactivos¹ por el uso precoz y eficiente de psicofármacos, psicoterapia y clima de más comprensión y afecto. Quizás si en buena medida se deba a la secularización masiva de nuestra cultura, recelosa ante los temas religiosos, metafísicos o cosmogónicos tradicionales; *la esquizofrenia se seculariza y se acerca a las psicopatías, caracteropatías y neurosis*.

He aquí una muchacha de veinte años, estudia sociología, su rendimiento baja los últimos cuatro años pese a sus esfuerzos, va poco a fiestas, reduce el grupo de amigas, descuida ligeramente el vestir, casi no habla con su hermana de dieciocho años con quien guardaba cordiales relaciones hasta la época de su descenso escolar. Dicha hermana, muy bonita, es alabada por las amistades de la familia. La paciente, según sus compañeras, era encantadora, y atribuyen el cambio a celos con su hermana. La enferma apenas nota "cierta dificultad para comprender, retener y pensar"; la cree sin importancia, pues "como no se interesa de verdad en ninguna carrera universitaria, no le es necesaria". Se le ofrece la mejoría; se encoge de hombros, ríe, oculta la boca, y con cierta euforia dice: "Sí, siempre que no sea difícil, porque no estoy muy molesta, estoy casi bien y es divertido vivir así". Se le pregunta a su madre si le ha observado risas como éstas; la madre se extraña de la inoportuna risa actual, pero casi enseguida recuerda otras sin motivo aparente, las cuales creía propias de la edad. Interrogada la enferma, se turba un poco y admite reírse o por encontrar cómica a la gente, o "porque se le agolpan los chistes divertidos". No hay iniciativa verbal, niega la pre-

¹ Para Kretschmer las alucinaciones, delirios y estados afectivos de los esquizofrénicos, no son parte del proceso mismo, sino meros componentes psicorreactivos.

sencia subjetiva de angustia y la entrevista es a su juicio "un buen rato". Sus síntomas se reducen en suma a cierto aislamiento, falta de rendimiento escolar, discreto temple de ánimo anómalo en cuya virtud encuentra cómico casi todo.

La familia y los médicos generales toman el caso un poco a la ligera. Les parece que se trata de inmadurez, adolescencia prolongada, reacción de protesta contra su hermana. Algunos encuentran incluso cierta lógica en dicha protesta. Nadie piensa en una enfermedad mental: la falta de rendimiento no se atribuye a trastorno formal del pensamiento de tipo inhibitorio, sino a desinterés por los estudios derivado de un despecho ante su hermana, semiconsciente o inconsciente.

A comienzos de 1965 se consultan psiquiatras de diversas orientaciones: todos diagnostican esquizofrenia.

O sea, un cuadro psicótico es visto como enfermedad definida por los psiquiatras, como reacción neurótica por los médicos generales, como resentimiento psicológico "un poco más allá de lo normal" por los familiares, y como cambio vago, aceptable, no morboso, por la enferma misma.

En un mismo grupo cultural, personas de nivel universitario y socioeconómico parecido ven de manera muy diversa la posible existencia y magnitud de un trastorno psíquico. Si hubiese sido un estado crepuscular histérico, con vivencias oníricas y alucinatorias, algo de suyo mucho menos grave, todos, salvo la propia enferma, habrían descubierto de inmediato la presencia de locura.

En caso de una neurosis, la alarmada sería la propia enferma, el más comprensivo sería el psiquiatra, y los demás verían quejas absurdas, exageradas, y tal vez sin trascendencia.

El diagnóstico de psicosis esquizofrénica lo han hecho aquí los técnicos. Los demás se aperplejan, pues para médicos internistas y familiares, psicosis equivale a alucinaciones, delirios, agitaciones psicomotoras.

La idea profana de psicosis

La idea profana de psicosis incluye: desajuste grave en el actuar, peligrosidad, lenguaje disparatado, ver u oír cosas inexistentes, creerse personaje distinto, sentirse dotado de poderes especiales, ceguera a razones lógicas y afectivas, amnesia, incurabilidad o a lo menos inseguridad respecto a la persistencia de la mejoría. El conjunto inspira al profano cierto hábito de pavor.

En las neurosis uno de los síntomas claves es justo el miedo a la locura, tomada a la manera popular, agregándose todavía las componentes de abandono, de que nadie le escuchará cuando reclame algo, de que será observado haciendo ridiculeces.

La diferencia entre dicho cuadro popular y lo experimentado por los esquizofrénicos, hace quizás que ellos, al autoobservarse, se sientan cambiados, extraños, diversos a los demás pero no locos, en cuanto lo suyo no coincide con aquello.

La existencia de alucinaciones impresiona menos a los profanos que el actuar y hablar disparatado, y tal vez por eso tampoco significan locura para el esquizofrénico. Ciertas personas sanas aseguran haber visto u oído a sus deudos muertos, en tal día y a tal hora y lo atribuyen a petición de oraciones o plegarias. Otros piensan que al echarlos de menos se autosugestionan viéndolos, lo cual les parece natural en medio de la pena.

Los psiquiatras llaman a tales pseudopercepciones, *alucinaciones afectivas o catatímicas*, y no les dan rango psicótico; aparecerían en personas o grupos de personas en estado emotivo especial y en referencia directa a sus creencias. Quien no creyera en la persistencia del alma más allá de la muerte, no aceptaría fácilmente la desacostumbrada visita de los difuntos; además tales apariciones frecuentes en los medios rurales son más raras en los urbanos, lo cual apunta a mediación sociocultural en su génesis, más importante aún que la personalidad de quien alucina. En los cuidadores de cementerios no escasean largos cuentos de apariciones.

La *alucinación vera*² de los esquizofrénicos tiene, en cambio, ciertos caracteres definidos: aparecen y desaparecen súbitamente como si "se dejaran caer" o "tomaran" al enfermo, es difícil desatenderlas, prima el hecho mismo de su presencia sobre su contenido (en ocasiones los enfermos ni siquiera saben o entienden lo oído), no se preocupan de ellas cuando no las sufren como si no hubieran de volver, no están pendientes de la hora en que sobrevinieron, no les atribuyen carácter de mensaje a cumplir —como en el caso catatímico de quien ve a su padre muerto—, comentan en ocasiones actos del propio enfermo, generalmente son designadas en el caso de las auditivas, como voces y no como personas a quienes se oye. A tales caracteres, se agrega, sobre todo en los primeros tiempos, que el enfermo sienta en el momento mismo un "sobrecogimiento íntimo, un quedar indefenso, un sentir que el pensamiento se revuelve o el cuerpo se desgana". Mientras la alucinación catatímica se cuenta a los íntimos, y hay miedo o deseo de que se repita, la alucinación vera se guarda o se revela difícilmente. Muchas veces los familiares las deducen de los gestos y palabras del enfermo. La alucinación catatímica en ciertos medios socioculturales, da al enfermo ante sí mismo y ante los demás un aire de valía como intermediario de los seres del trasmundo; la alucinación vera, dados sus molestos caracteres, no es deseada en ningún medio sociocultural.

En esquizofrenias estudiadas en tribus africanas, según varios autores, prima el desgano, el apagamiento y las componentes catatónicas, siendo raros los elementos alucinatorios. Como la alucinación vera se oculta, podría escapar a las investigaciones, pero también es pensable que tendiendo la psicosis a alienar al individuo de su medio, allí donde los éxtasis y alucinaciones integran el medio cultural, ellas justamente no se presenten.

²La alucinación y la pseudoalucinación vera tiene los mismos caracteres, salvo el hecho de que la primera es vivenciada como siendo percibida fuera de uno, y la otra aparece como ya puesta dentro de la mente; se la percibe ahí dentro. No hay pseudoalucinación catatímica.

Ciertos esquizofrénicos distinguen las "voces en el sueño" de las escenas oníricas habituales, y algunos separan con bastante nitidez las alucinaciones veras actuales de antiguas alucinaciones catatímicas.

Entre las alucinaciones catatímicas priman las visuales y las cogniciones corpóreas, aun cuando no son excepcionales las auditivas. En las cogniciones corpóreas, comunes en la noche, la persona siente a alguien acostado a su lado, le pasan las manos por la cara o como se dice en nuestro pueblo, "le cargan los pies". Se supone un ánima que implora rezos o reprocha malas obras.

Tales *alucinaciones* no difieren mucho de las *alucinaciones culturales* de los ritos chamánicos o dionisiacos, donde también, además de las apariciones, hay cogniciones corpóreas, experimentándose la vecindad del dios y el rondar de los espíritus. En estos ritos el estado alucinatorio no es espontáneo sino buscado y se entrelaza unitariamente a entusiasmos orgiásticos o a trances extáticos muy similares, en variados pueblos y culturas. Se les desencadena gracias a técnicas rigurosas: bailes, danza, música, cantos, bebidas, comidas e inhalaciones y se les vincula a edades biológicas, lugares y estaciones del año, o sea, al tiempo y al lugar.

Colectivas o individuales, las alucinaciones culturales, las orgias y los éxtasis, integran férreamente a los miembros de la sociedad, o destacan como chamán a alguno de ellos, por tanto, son lo contrario de una alienación, haciéndose dudoso el nombre de estados psicopatológicos culturales con que a veces se les designa.

Los estados de trance cultural no se asemejan a los cuadros habituales de la psiquiatría. El entusiasmo dionisiaco hacia una meta precisa, por ejemplo, no se parece al entusiasmo desordenado, fatigoso, saltarín del maniaco, tampoco al furor incontrolado del epiléptico, ni menos al melodramatismo monótono y desvitalizado del crepuscular histérico. Los enfermos no obran al servicio de una experiencia común a la colectividad, sino al revés.

Las vivencias de los éxtasis patológicos, una vez mejoradas, se olvidan o dejan ingrato recuerdo, y no dan reciedumbre, fortaleza, dignidad, don de mando, calidad de visión, ni maestría en el dominio de situaciones, como es el caso de las experiencias chamánicas. Son estériles e inaprovechables; no dejan siquiera experiencias como el error.

El aspirante a chamán vaga angustiado, "con un yo fragmentario, un cuerpo cortado en pedazos, un mundo caótico", pero se adueña de esas vivencias y las trabaja en un todo cultural coherente, útil a su comunidad. Crepusculares históricos o epilépticos olvidan en cambio lo sucedido, y maniacos y esquizofrénicos no convierten sus psicosis en fuentes directas de progreso íntimo, no trabajan creadoramente aquellas experiencias.

Los pueblos, cualquiera sea su estado cultural, diferencian claramente dichas pseudopsicosis enaltecedoras, de los estados anormales aminorizantes de la psique. Platón en "El Fedro", pone en boca de Sócrates estas palabras: "Si fuera una verdad simple el que la locura es un mal, se diría eso con razón. Pero el caso es que los bienes mayores se nos originan por locura, otorgada ciertamente por divina donación"³, y más adelante acepta dos especies de locura, "una producida por enfermedades humanas, y otra por un cambio de los valores habituales, provocado por la divinidad"⁴.

Cualquiera sea la etiología presupuesta: castigo divino, hechicería, azar o destino, la enfermedad mental se ha distinguido tal vez desde siempre, de las otras formas de locura "de divina donación" aludidas en la filosofía platónica. En místicos, teólogos y médicos tanto medievales como renacentistas, se previene de confundir trances extáticos y visionarios de origen celeste, de aquellos otros, sólo en apariencia iguales, que alejan del amor al prójimo y conducen al descenso. Santa Teresa de Jesús da normas para diferenciar la tristeza auténtica del alma pecadora, de la tristeza sintomática propia de una enfermedad del ánimo, algunos de cuyos datos son de sorprendente modernidad. La conside-

³ Platón: *El Fedro*. Pág. 28. Ed. Inst. de Estudios Políticos. Madrid, 1957. Trad. Luis Gil.

⁴ Hemos mostrado en lecciones de psiquiatría varios casos de mapuches que, coincidiendo con su venida a Santiago a visitar parientes, presentan cuadros agudos difícilmente clasificables.

Estallan bruscamente y entre sus síntomas destacan: agitación psicomotora, fantasías deliriosas de grandeza e ideas de perjuicio. Tales síntomas desaparecen momentáneamente por horas o días, cayendo el individuo en un estado de apatía (no de autismo), que dura poco y da paso en seguida a los síntomas primitivos; mejoran además completamente en días o pocas semanas y con tratamientos exiguos: dos o tres electroshocks o dosis bajas de clorpromazina. Por debajo de la aparente inafectividad, tanto las enfermeras como el personal, aseguran que hay ternura y calidez afectiva. Los seis casos observados hablaban apenas el español y salían por primera vez de sus reducciones en el Sur.

Pasado el cuadro hay amnesia parcial o total.

Si se forzaran los hechos, se les debería incluir en la manía delirante confusa, pero su intensa oscilación entre agravamiento y mejoría en el curso de horas, y su desaparición radical en pocos días, excluyen tal diagnóstico. Todos tenían EEG negativo y no se sabía de antecedentes de epilepsia.

Hemos propuesto designar tal síndrome como *síndrome anómico*, por oscilar sus síntomas entre la utopía, el perjuicio y la apatía, tal como ocurre en otra escala en las llamadas sociedades anómicas, avasalladas por culturas poderosas. Tales sociedades oscilan vasculantemente entre la utopía, el perjuicio y la apatía. Confían ciegamente en las promesas de un caudillo, después se sienten perjudicadas por él y caen en la apatía, hasta que otro les vuelve a encontrar el polo utópico.

Nuestros mapuches se creían poseedores de oro, de mujeres hermosas, de tronos reales; repartían los beneficios entre los demás a manos llenas; más tarde pasaban horas en un curioso estado apático como si nada moviese su interés. Por otra parte su inteligencia y su conducta ante una observación clínica cuidadosa, revelaban una inteligencia superior a la evidenciada por los test psicológicos.

ración de tales estados mórbidos por las culturas tradicionales, como impureza, posesión demoníaca o maleficio, no les quita para ellos rango de enfermedad, como lo indica el que se les lleve al chamán-médico, al brujo o a la machi, a fin de obtener su cura. Al enfermo se le ve fuera de sí, tomado por los espíritus extraños, alienado de su comunidad. Ellos no comprenden tal vez que la psique pueda autodesintegrarse y por tanto todo lo atribuyen a agentes externos, los cuales, si son expulsados, dejan otra vez al alma dueña de sí. En algún sentido son muy modernos. Como en la patología de Weizsaecker, no hay clara distancia entre enfermedades psíquicas y somáticas en cuanto a etiología, sólo importaría el estar enfermo como señal de maleficio y necesidad de purificación.

La distinción primitiva entre trances rituales normales o supernormales y cuadros de igual apariencia necesitados de intervención médica, exige finura semiológica. En todo caso la cura muestra en varios pueblos técnicas avanzadas, en las cuales se mezclan yerbas, sahumerios y masajes, con plegarias de cargado aire psicoterapéutico⁵.

John Honigmann en su libro "Cultura y Personalidad", dice: "En todas partes de Latinoamérica el pueblo confiesa una intensa forma de ansiedad, "susto mágico". Los hechiceros locales tratan exitosamente estos males"⁶. En San Carlos, fabuloso pueblo de Guatemala, los síntomas de "el miedo" incluyen extrasístoles, anorexia, pérdida de peso y energía. Los nativos explican estos trastornos diciendo que el enfermo ha perdido su alma. En las curas se hace inconsciente uso de sugestión y también se procura provocar comprensión, lo que restaura la integridad de la personalidad. Guillin escribe: "Hay muchos signos standard de la curación. Primero, el curandero intenta aliviar de inmediato los dolores físicos, no dudando de usar preparados farmacéuticos obtenidos en la farmacia, así como también remedios de yerbas de la farmacología folklórica. Segundo, el paciente es sacado de su aislamiento o soledad psíquica, convirtiéndolo en el centro de una serie abundante de preparativos y dándole cierta responsabilidad; él es convertido en el centro de la atención y se le hace ver con tangible evidencia, que otras personas "cuidan" de su condición y destino. Tercero, un elaborado ritual explicando la procedencia de Dios, el santo patrón, y una gran lista de otros santos pertenecientes a la iglesia, el altar casero, un altar especial en la tierra, la asistencia de un Principal y numerosos rezadores a lo largo de la curación. Cuarto, una expedición hecha al lugar donde se tuvo el susto y en forma ritual, pero más familiar, que aquella con los santos, los malos espíritus, o santos renegados, de los curadores son llamados y consultados para ayudar en el retorno del alma, mientras una ofrenda es dejada para su beneficio. Quinto, el paciente es masajado con huevos, a los cuales se les supone la virtud de sacar afuera el mal, y los huevos en cierta etapa de la cura total son quebrados dentro

⁵ Véase el *Carmides* de Platón.

⁶ Honigmann, John: *Culture and Personality*.

del agua y se lee un augurio para que las sombras (de los espíritus) sean vistas ahí dentro. Se cree que las sombras describen la escena y las circunstancias de la pérdida del alma en forma realista, siendo ella visible solamente para los curanderos. Sexto, al paciente se le vacía una mezcla de alcohol, yerbas y esencia y también toma un poco de esta misma mezcla. Con esto los malos hábitos son sacados del cuerpo y eliminados. (Catártica acción de la bebida que va hasta el fin). Séptimo, el paciente es purificado —se le da un buen masaje— envuelto en frazadas para que transpire y se le incienca con el humo de una copa sagrada⁷.

El hincapié hecho por muchos autores en la valoración positiva de las crisis epilépticas o de los estados de labilidad nerviosa, en cuanto signos de aptitud para la iniciación chamánica, pudiese originar equívocos respecto a lo estimado enfermedad por nosotros y las culturas tradicionales. Carecemos de testimonios claros al respecto, pero es diverso el ver algo morboso como morboso y justo por eso, sentirlo un llamado a un cambio de vida, a verlo como no morboso o aun salutarífico. Poco o nada apunta a que las culturas tradicionales vieran la crisis epiléptica o histérica, no como señal para una nueva vida, sino como algo en sí positivamente valioso. Un chamán antes de su aceptación definitiva debe ser capaz de curarse a sí mismo, lo cual inclina más bien a pensar que aquello era estimado un mal y justo una prueba para la propia capacidad curativa. Además resulta difícil suponer que el epiléptico corriente con su bradipsiquia, su quejumbrosidad, su mojigatería, su poca agilidad íntima, o el histérico con su versatilidad, su afán de brillo, su necesidad insaciable de afecto y valoración, su aversión a los esfuerzos largos y disciplinados, fuesen los más aptos para fascinar, apoyar y unir en torno suyo a los miembros de comunidades asoladas por miedos, temores y peligros. Hay epilépticos hechizadores como Napoleón, no sabemos si pese a la enfermedad o debido a una entonación dada por ella. Sin embargo, la mayoría no entran en tal círculo. Si los primitivos diferenciaban ambos tipos escogiendo para rectores de la comunidad a los primeros, mostrarían una curiosa capacidad. Algunos epilépticos caen en trances bellísimos; pero cuando mejoran no aspiran a volver a ellos, lo que es típico de toda productividad patológica. La belleza dependería de la calidad previa del alma, en la cual el trance mientras dura removería y facilitaría la autognosis de distritos psíquicos, carentes de fuerzas para surgir poéticamente por sí solos, irrumpiendo apenas como curiosidades morbosas ajenas al desarrollo trivial de la existencia⁸.

No hay por eso razones para suponer diversa la validación positiva o negativa de la enfermedad, en las culturas tradicionales. El mirar a los primitivos como seres extraños, lleva sin embargo a asombrarse ante cualquier aproximación entre su modo de ver y el nuestro. Oponiéndose a eso y a propósito de sus clasi-

⁷ Honigmann, John: ob. cit.

⁸ El caso es seguramente diverso cuando hombres de la calidad de un Gerard de Nerval o un Van Gogh suman a sus experiencias habituales de artistas, lo experimentado en estados psicóticos.

ficaciones de los reinos de la naturaleza, dice Claude Lévi-Strauss: "Nos hemos limitado a algunos ejemplos entre muchos otros que serían todavía más numerosos si los prejuicios fundados en la simplicidad y la vastedad "primitivas" no hubiesen desviado, en muchos casos, a los etnólogos de la búsqueda de información acerca de los sistemas de clasificaciones conscientes, complejas y coherentes, cuya existencia les hubiese parecido incompatible con un nivel económico y técnico muy bajo, lo que los llevaba a sacar en conclusión, muy precipitadamente, que se enfrentaban a un nivel intelectual equivalente. Comenzamos apenas a sospechar que antiguas observaciones debidas a investigadores tan raros como perspicaces —como Cushing— no constituyen casos excepcionales, sino que denotan formas de saber y de reflexión extremadamente difundidas entre las sociedades primitivas. En virtud de este hecho, la imagen tradicional que nos formamos de esta primitividad debe cambiar. Nunca y en ninguna parte, el "salvaje" ha sido, sin la menor duda, ese ser salido apenas de la condición animal, entregado todavía al imperio de sus necesidades y de sus instintos, que demasiado a menudo nos hemos complacido en imaginar y, mucho menos, esa conciencia dominada por la afectividad y ahogada en la confusión y la participación"⁹.

Tal vez el primitivo no médico es torpe como cualquier profano para descubrir trastornos psíquicos incipientes y respecto a la habilidad de sus médicos no hay investigaciones acuciosas. Generalmente los grupos de investigación transcultural psiquiátrica, carecen de clínicos avezados, capaces de distinguir entre alucinaciones catatímicas y alucinaciones endógenas veras, entre angustia normal, angustia neurótica, angustia endógena y angustia orgánica, entre pseudoobsesiones esquizofrénicas y obsesiones neuróticas, entre alucinaciones visuales, vivencias oníricas y visiones extáticas, entre ideas sobrevaloradas, ideas fanfarronas e ideas delirantes, entre fantasía intuitiva, pseudología¹⁰ histérica, pseudología delirante y fantasía delirante, etc., a objeto de comparar la aproximación entre sus diagnósticos y los nuestros, cualquiera sea el nombre puesto por ellos. Tampoco sabemos bien si diagnostican a base de síntomas o de síndromes y apenas conocemos algo de su interpretación etiológica de algunos cuadros, como pérdida del alma, posesión, transfiguración, etc., y de los ritos usados en el proceso curativo. Sin embargo ya Kraepelin sintió dicha necesidad y fue quizás el primero en iniciar personalmente trabajos de esa índole. Las investigaciones posteriores no han contado casi con la colaboración de grandes clínicos; de ahí que la abundante e inabarcable literatura a ese respecto llene de promesas, pero no satisfaga demasiado. La mayoría de los trabajos son sólo de índole estadística, a base de cuestionarios, y si en centros psiquiátricos avanzados es difícil un diagnóstico sobre todo en cuadros de sinto-

⁹ Claude Lévi-Strauss: *El Pensamiento Salvaje*. Ed. Breviario Fondo de Cultura de México. Trad.: Francisco González Aramburu. 1964. Pág. 69.

¹⁰ Véase glosario, al final de este volumen.

matología poco llamativa —muy numerosos— es de imaginarse los errores diagnósticos con el mero uso de cuestionarios. Sabemos hoy que ni un síntoma, ni un conjunto de síntomas hacen un diagnóstico. *Los mismos síntomas aparentes integran enfermedades diversas, siendo lo decisivo la actitud del paciente ante ellos*; la prueba la dan las curiosas similitudes entre los síntomas de muchas neurosis, esquizofrenias pseudoneuróticas, epilepsias psíquicas y depresiones endógenas leves.

En el mundo occidental actual no hay conocimiento directo de los ritos iniciáticos chamánicos; su efecto sobre sus cultores dentro de su sociedad, los hace presumir salutíferos. Las psicosis artificiales por drogas o aislamiento, no son semejantes a esos trances, pues no dejan en las personas sometidas a ellas cambios alentadores de su personalidad. En las culturas tradicionales, el uso de drogas es parte de un ceremonial donde se experimenta lo ya cultivado por generaciones. Los trances, cuando se apoyan en la tradición —no cuando son esporádicos— crean tal vez en los bien dotados, fantasías correlativas vigorizadas parecidas a las imágenes poéticas de los pueblos desarrollados.

Alcance de la forma y contenido de las perturbaciones psíquicas

Una variación en el concepto transcultural de enfermedad mental no puede basarse en la existencia inconstante de ciertos contenidos vivenciales en determinadas culturas, por ejemplo, culpa, miedo, creencias, conflictos valorativos, etc., todos los cuales dependen de la cultura, situación socioeconómica, status ocupado en la sociedad, etc. Así por ejemplo, según varios investigadores¹¹, las depresiones en Oriente no se acompañan de sentimiento de culpa, y eso les hace creer que él se ligue a la tradición judeo-cristiana; tampoco las voces de los esquizofrénicos en las tribus canibales les tratarían de homosexuales, sino de víctimas próximas a ser comidas. Sin embargo, los contenidos vivenciales no son decisivos para el diagnóstico, sino la forma de esos contenidos, o sea, si la culpa, el temor o la aspiración, se experimentan a través de alucinaciones, de sentimientos de imaginaciones, de creencias, de juicios, de comportamientos sociales. Un temor homosexual varía si es vivido a través de alucinaciones veras, a través de obsesiones, a través de un juicio delirante, o de un retraimiento autístico. Es el delirar, el alucinar, el pensar compulsivo una vez dado, el que como depósito vacío, se llena con los deseos, esperanzas o temores de la persona. Más decisiva es aún la actitud del enfermo ante sus molestias; una perseveración encontrada útil por el afectado es una perseveración esquizofrénica; si no es advertida, cae quizás en lo demencial orgánico.

El sentimiento de culpa en la depresión endógena no es síntoma capital; con cierta frecuencia no aparece; muy probablemente es sólo una de las maneras

¹¹*The International Journal of Social Psychiatry*. Vol. 3 N° 1 y 4; Vol. 4 N° 2, 3, 4; Vol. 5 N° 1; Vol. 6 N° 1, 2, 3 y 4; Vol. 7 N° 3. Vol. 2 N° 1 y 3.

de hacerse presente, de esa honda incapacidad experimentada en el manejo de la vida, motivo de titubeo ante las menores decisiones, temiéndose errar si se toma una u otra. Que eso se experimente como una indecisión penosa para asumir responsabilidades cotidianas y se acompañe de autorreproches de cobardía o se le eleve a la categoría de culpa merecedora de castigo, puede depender en muchos casos del ámbito religioso-cultural del paciente, o sea, si esa responsabilidad mal cumplida, es vivida como responsabilidad para consigo mismo, para con sus familiares o para con Dios. En el fondo, en cualquiera de esos casos lo básico del sintoma estaría presente y no podría hablarse de diferencia sustantiva entre depresión endógena de orientales y occidentales.

Los investigadores encuentran en India, China, Japón, África y América, casi los mismos cuadros de nuestra nosología, pero con variantes notorias en frecuencia y síntomas, datos no muy confiables dada la más amplia aceptación del enfermo por la familia y la menor tendencia a la consulta hospitalaria en muchas culturas tradicionales. Es de suponer también que grados leves de depresión o de esquizofrenia, pasen inadvertidos en un ambiente donde la psique es quizás menos exigida y la vida social no plantea a cada rato comportamientos móviles y diversos. En cambio si el depresivo se fatiga a cada rato, duerme poco, elude fiestas y rituales, no come, enflaquece, se siente ansioso y temeroso, es difícil que un primitivo, cualquiera sea su interpretación del origen del cuadro, no lo tome como un enfermo, e igual si ve a un esquizofrénico, aislado, ausente de las actividades propias, mutista, despreocupado por sí mismo. Los temores fóbicos a bosques, ríos, animales, las histerias de conversión, los furores epilépticos, etc., son tratados como se sabe, por médicos-chamanes. o sea reconocidos como enfermedades.

Diversa a la conciencia de enfermedad es la desidia por su curación. Se habla de intensa ansiedad sufrida por miembros de ciertas culturas tradicionales, los cuales entregados a su suerte acaban vagando por los bosques en miserables condiciones. La desidia depende de rasgos culturales o más probablemente socioeconómicos; un viejo proverbio bantú, dice que "los pobres no tienen derecho a ser enfermos"¹².

La enfermedad psicótica en suma, en cualquier parte, es reconocida como una alienación, un estar desposeído de sí mismo, y segregado de la comunidad. Da lo mismo que eso se interprete de acuerdo a los variados conceptos occidentales o creencias tradicionales. En el fondo en ninguna parte son las visiones, voces, terrores o ansiedades en sí, lo visto como enfermedad. Si eso, como en los ritos chamánicos, da coherencia y seguridad a la tribu, se le mira bien; si da aislamiento, segregación, minimización del individuo, se le toma como enfermedad.

Se diferencia la alienación psiquiátrica, o sea un estado mental estéril incapaz de aprovecharse de la experiencia ajena y de entregar a los demás experiencias propias utilizables, de la inadaptación social, porque en el último caso

¹² *Proverbs Bantous*. Ed. por André Kundig. Acene.

el individuo rinde menos, mantiene buenos lazos de convivencia con algunas personas, procura emigrar de país, profesión o ambiente y explica bien las razones de sus quejas. En cuanto al "creador incomprendido", aun en su retiro enriquece su experiencia desde el legado histórico, trabaja afanosamente sus propias ideas, las compara con las de otros en busca de rectificaciones, comprende que no lo comprendan y aprecia incluso a sus contradictores de valía. Mientras la alienación psiquiátrica es estéril, la alienación social, en el sentido de la dialéctica hegeliana, empuja a la historia a superarla.

El inadaptado a las transformaciones de una sociedad en aculturización no es por ese solo hecho un enfermo; ejerce a veces buen influjo sobre ella, y las razones de inadaptación se hacen comprensibles recién entonces. El enfermo no es enfermo en cuanto inadaptado, sino inadaptado en cuanto enfermo. Entre los inadaptados deberían distinguirse los por enfermedad y los por otras causas. Si la inadaptación lleva a veces a la enfermedad, en otros casos fertiliza el carácter y desarrolla virtualidades psíquicas que de otro modo hubiesen persistido ocultas. Desde ese punto de vista, quizás si entre la adaptación rutinaria y la inadaptación, sea preferible la última.

En cuanto a la delincuencia, prostitución y otros fenómenos de patología social, provocan inadaptación como cualquier cuadro psicopatológico. En muchos casos vienen también, al revés, de la inadaptación (descontando las hebefrenias, hipomanías, encefalitis, oligofrenias psicopáticas, personalidades psicopáticas), pero la inadaptación es motivo o resultado del estado patológico de tales grupos, sin identificarse con él en sí. Si el trastorno no aparece, el inadaptado se conduce de otras maneras, no necesariamente patológicas ni patógenas para la sociedad.

Si bien es cierto que no todos los inadaptados a la "sociedad de cambio" son enfermos, se avanza poco definiendo la enfermedad mental por la inadaptación, pues de suyo la palabra enfermedad sólo alude a falta de reciedumbre, de firmeza, de fuerzas, para las tareas habituales de la vida. Mucho más típico parece el concepto de alienación señalado más arriba, sea que sea alienado, como en las psicosis, o se la tema abiertamente, como en las neurosis. En las últimas entra también el miedo a un mal grave o a la muerte, sendero capaz de llevar a serios compromisos somáticos.

Los disturbios neuróticos parecen hacerse presentes en todas las culturas como enfermedades alarmantes para el propio afectado; en tribus africanas, se darían en formas parecidas a las nuestras, siendo reconocidas como enfermedades por los curanderos locales. Allá y acá la neurosis da conciencia y noción de enfermedad¹³, debido a que la sensación de insuficiencia psíquica se acompaña del miedo a enloquecer o morir, ya aludido. Incluso aquellas neurosis obsesivas cuyo

¹³ *Conciencia de enfermedad mental* es darse cuenta cognoscitivamente de que se está enfermo de la psique; *noción*, es ser conmovido afectivamente por ese hecho, preocuparse por la mejoría, temer la recaída.

único síntoma es mero alargamiento de rituales comunes a los tribenos, no se confunden con esos rituales ni se toman como aumento de religiosidad, sino como males. Jakovljevic, de Belgrado, dice, refiriéndose a Guinea: "La neurastenia en los nativos iletrados se caracteriza por disfunciones neurovegetativas banales, cansancio, irascibilidad, somnolencia, hipocondría, y en los letrados, que están más abiertos a sufrir estos desórdenes, ocupa el primer lugar la inhabilidad para concentrarse en procesos intelectuales... La neurosis depresiva se caracteriza por apatía, anorexia, baja de peso, constipación, hipotensión y un aumento de la dependencia del grupo tribal. Los pacientes educados tienen la idea de estar psíquicamente enfermos y son pesimistas, con deseos de muerte e impulsos suicidas. Sin embargo, el suicidio nunca es llevado a cabo. Sólo pocos pacientes confiesan sentimientos de culpa o de delito y necesidad de expiación. Mucho más frecuentes son los casos de severas hipocondrias, con un constante deseo de reafirmación... Los estados disociativos se dan en gran manera en forma de trances extáticos, con dramatizaciones elementales de deseos agresivos, deseos de poder y más raramente de fantasías sexuales... La histeria de conversión es rara entre los iletrados pero común entre los letrados. Se han observado parálisis o paresia de la mano derecha o del lado derecho del cuerpo, ceguera, afonía, impotencia y frigidez. En la neurosis compulsiva en la experiencia del autor, se presentan graves tics, manierismo del lenguaje, actividades religiosas rituales exageradas. En este caso, la conducta del paciente difiere solamente en grado de la del normal, pero es experimentada por él como un disturbio importante. Ellos fueron reconocidos como anormales por los curanderos nativos. Agregado a esto, la actitud general de fatalismo adoptada por la población, asume en ciertos individuos tales proporciones, que los hace incapaces de tomar ninguna medida, sin autorización sobrenatural"¹⁴.

Existencia de una idea universal, pero de una noción variable de la enfermedad mental

Ateniéndonos a lo dicho, la circunscripción de un posible concepto transcultural de enfermedad, precisa distinciones. Existe una noción general de enfermedad implícita en pueblos y hombres cualquiera sea su estado cultural y psíquico. De otro modo esquizofrénicos y dementes, no negarían estarlo, ni darían sus razones, pues no comprenderían la pregunta. Dicha noción no alude a simple penosidad en el uso del cuerpo o la mente, debido a impedimentos puestos desde fuera por instituciones, personas o circunstancias, como ocurre en una cárcel o un

¹⁴*Transcultural - Psychiatric Experiences from the African Guinea*, por V. Jakovljevic. Belgrado, Yugoslavia, *Transcultural Psychiatric Research Review and Newsletter*. Vol. 1. Abril, 1964.

campo de concentración, sino a obstáculos derivados de un venir a menos del propio ser, ya sea porque empieza a carcomerse, o porque algo adherido a su intimidad, lo succiona, lo devora, o lo trastoca. La fantasía del irse consumiendo en las entrañas, va envuelta en la noción misma, de ahí la ansiedad casi consubstantiva a la idea.

Si esta noción es común a la fantasía de los pueblos, no es lo mismo el reconocimiento concreto de la enfermedad. El cáncer y la tuberculosis se esconden largos períodos y la esquizofrenia, la paranoia y las demencias no son reconocidas ni vivenciadas como enfermedades por quienes las sufren.

El reconocimiento de la enfermedad por los otros y por el afectado varía en amplia medida según las exigencias culturales y socioeconómicas, los conocimientos técnicos, el estado psíquico de los posibles observadores.

En un medio religioso los escrúpulos obsesivos pueden pasar largo tiempo por simples exageraciones; en un medio rural el desánimo depresivo leve, se hace poco ostensible; en una familia de esquizofrénicos, las bizarrerías de uno de sus miembros son tomadas como gracia. En el caso de la muchacha del principio, sólo los médicos especialistas la identifican como enferma. Se dice que al tracoma en Grecia y a la ascariidiosis en algunas tribus africanas no les da la población rango de enfermedades. El tropiezo en el reconocimiento concreto, sólo seguro en manos de técnicos avezados, deriva en buena parte de lo silencioso de los primeros períodos de ciertas enfermedades, y de la diferencia entre la imagen popular de un cuadro morboso y la imagen científica real. Esto es evidente en el caso de las psicosis donde el paciente no se siente loco, porque, según dice: "entiende todo y no destroza objetos". Los familiares creen lo mismo si el caso no es llamativo.

Las neurosis son autorreconocidas pronto, por sus ingratas molestias, anunciadoras para el afectado de los peores desenlaces. *Exacta y curiosamente, es este síntoma del miedo a la evolución peligrosa, lo que hace sentir a la neurosis como enfermedad, pues el esquizofrénico pseudoneurótico, que experimenta esos mismos trastornos, salvo ese miedo, se reconoce a veces enfermo pero no se preocupa afectivamente del curso de su mal.*

La psicosis cercena la capacidad afectiva real de autorreconocerse enfermo, más allá aún de la falta de concordancia entre la imagen popular y la científica. No son raros casos de médicos, que pese a reconocer el cuadro esquizofrénico, de sentir molestias similares a las estudiadas y aun saberse teóricamente esquizofrénicos, no le dan el alcance vital de enfermedad, o sea, de algo que los carcome peligrosamente por dentro. Entre la idea fría y abstracta de que padecen esquizofrenia, el hecho concreto de que la esquizofrenia está ahí incrustada devorándolos y la noción de lo que significa estar enfermo, no hay enlace. El paciente se conmueve poco por su destino, cosa tanto más notable cuanto que los esquizofrénicos sufren no sólo por sus síntomas, sino por su intensa desolación. Quizás si el morbo apaga sutilmente la fantasía, gracias a la cual uno anticipa el futuro en imágenes concretas y entonces no cabe la imagen del autosocavamiento hacia la destrucción.

En la parálisis general y en la manía, las imágenes radiantes de la salud no dan espacio a su idea contraria, no se sufre nada, "no hay imposibilidad de nada". faltan por lo tanto rasgos básicos de la idea popular de enfermedad y naturalmente ella no se hace presente.

El reconocimiento profesional de la enfermedad cabe en todas partes: los médicos, al margen de diferencias técnicas, estiman como enfermo a quien padece cuadros parecidos a los nuestros, pese a variaciones en síntomas y frecuencias. Hasta los curanderos tribales africanos separan ritos obsesivos y religiosos en casos donde la confusión sería explicable. El beneficio de áscaris y tenias para la salud, es una excepción de ciertos pueblos, cuya crítica merece reserva, pues no sería extraño que en su medio y con su alimentación, tuviesen otro alcance. La ciencia ha cometido errores en otros casos similares, que no es del caso recordar.

Posibles niveles de la estructura de la enfermedad mental en un concepto transcultural

Junto al concepto científico de enfermedad, están los conocimientos y creencias sobre su origen, su significado, su tratamiento, todo lo cual integra, pero no completa, esa vasta experiencia del sentirse enfermo.

Respecto al origen, la enfermedad puede atribuirse a infecciones, degeneraciones genéticas, alimentación, clima, régimen de vida, acontecimientos socio-culturales, estado económico, desajustes afectivos, acción de maleficios de espíritus malos, de difuntos vengativos, etc. En este aspecto no cabe un concepto transcultural unívoco, salvo la idea demasiado sumaria, de que siempre se atribuye la enfermedad o a la acción de algo o a la defectuosa factura del ser personal. Los conceptos sobre origen están muy ligados a la religión, la cultura, el nivel socioeconómico. Dentro de una misma cultura en grupos subculturales diversos, caben diversas creencias. Es frecuente oír en las poblaciones marginales: "los doctores creen esto, pero nosotros creemos esto otro".

En cuanto al significado, la enfermedad puede considerarse azar, fatalidad, castigo, imprudencia, aviso, o sencillamente, algo sin sentido. Tales significados se combinan; cabe estimar una caída y una fractura como azar y como castigo y deslizarse de uno a otro significado. Una epidemia de viruela para el individuo concreto, puede ser considerada un puro azar, sin que por esto no considere un castigo el haber sido él uno de los escogidos por ese azar. Fuera de tales significados de la enfermedad en sí, como ya es un tópico decirlo, se agregan significados adyacentes: liberarse de responsabilidades, adquirir iluminaciones sobre el destino, ver de otra manera la precariedad de la vida, renunciar a ambiciones, etc.

Varias o todas estas significaciones se ligan a lo cultural, religioso, socio-económico y a la peculiaridad del mundo propio.

Los psicóticos, sin noción de su propia enfermedad no pueden darle significado personal. Sin embargo, algunos discuten sobre orígenes y significados

de las enfermedades en general. Un esquizofrénico paranoide nuestro ha escrito varios manuscritos sobre el tema. Incluso dementes orgánicos en estados leves o medianos, responden a ese respecto con ideas propias de su medio cultural y socioeconómico, aun cuando ellos mismos no se reconozcan enfermos.

La experiencia personal de la enfermedad, cuando es capaz de vivirse, cosa no lograda por muchos psicóticos, lleva incluida además de las nociones anteriores, las vivencias de precariedad del propio ser y de incertidumbre en cuanto al curso (esto incluso frente a un resfío). A ello se agregan: el sufrimiento físico, la impotencia mayor o menor para las ocupaciones habituales. Tales vivencias no reciben de todos igual respuesta. Ella depende de lo personal (biografía, carácter, edad, situación familiar) y también en buen grado, de lo cultural y socioeconómico. Hay pueblos serenos, dramáticos, angustiados, desesperados e incluso felices, ante la imagen de los posibles efectos invalidantes o anonadantes del mal.

En suma, un concepto transcultural de enfermedad debiera incluir además de sus nociones científicas básicas, las variaciones en su manera de presentación, en su reconocimiento profesional, en las ideas respecto a su origen y significado, y por fin, las vivencias del enfermo ante su experiencia directa y las respuestas a tales vivencias.

Aproximación a lo que sería propiamente enfermedad mental

Enfermedad mental sería un socavamiento activo de la psique por menoscabo transitorio o permanente, reparable o irreparable, de su energía íntima, debido a acción de agentes venidos desde fuera o a fuerzas autodestructivas, a lo cual se le da un origen, configuración, significado y tratamiento diverso, según sea la religión, cultura, estado socioeconómico e individual de la persona. El reconocimiento por parte de los técnicos de la enfermedad como enfermedad, contra lo que habitualmente se creería, es muy similar en todas partes.

La enfermedad mental afecta a veces de preferencia los componentes psíquicos comunes a todos los hombres, como lo son la conciencia, la inteligencia y la memoria. Cuando así sucede se habla de *psicosis exógenas*; son agudas si sólo perturban la conciencia y crónicas si desarticulan por dentro la inteligencia y la memoria.

Si la enfermedad, respetando aquellos componentes psíquicos comunes, incide en esa primera y más radical distinción entre los individuos en dos grupos, según vivan más a gusto dándose al pensamiento, a la intimidad, o a la acción fanática ejecutora de una idea, o bien, al revés, dándose al contacto social, a la acción entusiasta movida desde las posibilidades circunstanciales mismas, o al pensamiento en cuanto facilitador pragmático de la acción, se habla de *psicosis endógenas*. De ese modo el *esquizofrénico*, venido del primero de tales grupos y herido en la preferencia por la intimidad, cae, o en un puro pensar estéril, o se le

rompe esa intimidad por la adivinación, la imposición o el robo del pensamiento o se entrega a un actuar repetitivo de tipo estereotípico al servicio aparente de viejas ideas. El *maniocodepresivo*, venido del segundo de tales grupos, también es herido justo en sus preferencias y cae, o en un actuar estéril por lo fugaz y excesivo, viendo posibilidades de acción en todos lados, o se inhibe penosamente no viendo posibilidad positiva alguna.

Los hombres se diferencian entre sí todavía en un orden más próximo por los variados planes de vida con los cuales cada uno supone realizar su personal destino. Si el miedo a enfermedades graves de él o de los suyos, el miedo a la locura, al ridículo, a la incapacidad, a la responsabilidad, a los compromisos, lo cual resume desconfianza en el destino, le cercenan el actuar firme, seguro y alegre, frente a esos planes, se producen las llamadas *neurosis*. El neurótico no confía en el porvenir, lo cree ingratamente sorpresivo.

Cabe por último, en un tercer orden diferencial, sufrir perturbaciones serias sólo cuando se enfrentan situaciones corrientes en la vida. Si pese a la tensión íntima que tales situaciones provocan, ellas se superan y pasan inadvertidas a los demás, originan las llamadas *anormalidades del carácter*, o *neurosis del carácter*, y si perturban de hecho la conducta pragmática, originan las llamadas *personalidades psicopáticas*. Como se sabe, hay a este respecto personas que si se enfrentan con otras de ideas diversas se alteran; si encuentran desorden en una habitación, se molestan mucho; si experimentan un pequeño trastorno somático piensan en lo peor; si se entretienen con amigos, caen luego en entusiasmos devastadores. En cambio, fuera de dichas situaciones, se sienten y actúan bien.

Lógicamente el ataque morboso a los componentes psíquicos comunes, conciencia, inteligencia y memoria, también sacude a fondo los rasgos diferenciales: esquizotimia o ciclotimia, plan de vida y enfrentamiento de situaciones, pero no ocurre lo mismo al revés. El ataque a los primeros rasgos diferenciales (esquizotimia o ciclotimia) perturba también a su vez a los rasgos más particulares de los planos siguientes, pero no hacia atrás a la inteligencia, conciencia o memoria. El ataque a la confiabilidad en la vida (neurosis), no afecta retrospectivamente: ni la esquizotimia, ni la ciclotimia, ni menos a los componentes psíquicos básicos, pero sí a los rasgos del carácter. Las anormalidades del carácter suelen darse a su vez sin neurosis actuales o sintomáticas de ninguna especie, pero en ocasiones se asocian, ya que ambos órdenes psíquicos, el de la confiabilidad en la vida, y el del enfrentamiento de situaciones, inciden en la elaboración de aquel plan que uno cree el fundamento del sentido de la existencia.

Enfermedad mental y anormalidad no coinciden, pues es normal enfermarse. Enfermo se opone a sano, no a normal.

Lo morboso asienta tanto más en lo psíquico común (inteligencia, conciencia, memoria), cuanto más directamente socava lo biológico. En la medida que el ataque se vierte hacia los órdenes diferenciales primero, segundo y tercero, el socavamiento biológico se va haciendo más tenue y en cambio aparece más

a la mano el socavamiento psíquico. Las personalidades psicopáticas, por ejemplo parecerían malformaciones estáticas del pasado, anomalías en el sentido de Kurt Schneider. Sin embargo son enfermedades, en cuanto *socavan progresivamente* la reciedumbre personal, ya por su propensión a la inconstancia, lo cual aleja de una verdadera experiencia, ya por su deseo de triunfo inmediato a costa de cualquier cosa, ya por el arriesgar todo lo ganado, en una explosión violenta de cólera, en un negocio descabellado, en una empresa utópica. Por lo mismo, el médico las considera propias de su oficio e investiga nuevas posibilidades de mejoría.

Iguales razones obligan a incluir entre las enfermedades mentales a las oligofrenias: socavan el progreso psíquico íntimo y arrastran a notorias alteraciones caracteropáticas, psicopáticas y neuróticas. En lo psíquico la falta de progreso es retroceso; la ausencia de experiencia anonada. Diferenciamos socavamientos indirectos debidos a meros *estados deficitarios*, de los directos debidos a *cursos progresivos* como la esquizofrenia o la demencia orgánica.

Oligofrenias, epilepsias y psicosis endógenas atípicas marcan en cierto modo la transición entre el ataque morboso a lo psíquico común y a los órdenes psíquicos diferenciales, y son en parte endógenas y en parte exógenas, primando lo uno o lo otro. Por ello el compromiso de conciencia es frecuente en las psicosis endógenas atípicas y en las epilépticas. Compromiso que cuando es leve apenas se nota por los importantes síntomas de la premiosidad en el alta o la apatía sin somnolencia diurna, y cuando es algo más acentuada por la excitación vespéral y nocturna, la apraxia ideatoria, la afasia nominativa, o la afectividad comandando unitariamente alucinaciones, vivencias deliriosas, percepciones deliriosas y fantasías deliriosas, puesto que lo delirante primario a diferencia de lo delirioso, no se pone de manifiesto en las perturbaciones de conciencia.

Las psicosis epilépticas con supuesta conciencia lúcida, muestran conservación de la propositividad vital, quejas contra los demás, buena respuesta afectiva al contacto personal, lenguaje afectado pero sin la calidad esquizofrénica, apatía y no autismo, primacía del contenido sobre el mero hecho de oír o ver alucinado, al revés de lo que sucede en la esquizofrenia.

Las más comunes son, sin embargo, las psicosis epilépticas con conciencia perturbada. Los síntomas se parecen a los de la amencia, pero sin el enflaquecimiento y la caída somática propia de la amencia exógena. Se observa fisonomía de depresión, con un componente de embrutecimiento bovino y de amenaza sombría; la mirada es igualmente bovina. Hay fragmentación del pensar, vivencias deliriosas, intensas percepciones deliriosas, grave susceptibilidad autorreferente con respuesta agresiva inmediata, deseo de destrozar al enemigo si es posible con cuchillo para ver su sangre, prolongado intervalo entre pregunta y respuesta, como si lo interrogado no hubiese hecho impacto alguno, agitación psicomotora a intervalos, afasia nominativa, apraxia ideatoria, obnubilación del sensorio mayor que en las amencias infecciosas, preocupación por la familia a la cual se supone en peligro, conciencia de enfermedad sólo respecto a los ata-

ques o fenómenos de petit mal. La mayoría deja amnesia completa; durante su curso, como en todo trastorno de conciencia, hay fases deliriosas, crepusculares y epileptoide angustiosas. Los componentes de transcurso hiperestésico emocionales y Korsakowoides son de relieve variable, tal vez menores que en la amnesia exógena clásica. Se dan también estados deliriosos y crepusculares más puros, quizás si menos frecuentes que lo habitualmente afirmado en los textos psiquiátricos.

En las psicosis epilépticas lúcidas se conserva muchas veces, como ya se dijo, la propositividad vital, cosa de hecho ajena a las psicosis esquizofrénicas en las cuales es tal vez su síntoma más céntrico.

Cualquiera sea el tipo de cuadro morbozo se altera el juego fluido con la realidad. El neurótico está tenso en el trabajo e incómodo en el descanso; el caracterópata sufre al pensar en la serie de situaciones penosas a que lo enfrenta la vida; el psicópata o tiene aversión al trabajo perseverante o lo arriesga por una explosión de cólera o una aventura descabellada; el esquizofrénico se siente desganado para cualquier tarea; el maniaco ve la realidad demasiado dúctil y maleable y a fuerza de abarcarlo todo no abarca nada, y a la inversa, tampoco coge el depresivo. El obscuro de conciencia percibe la realidad difuminada o le da forma de acuerdo a sus afectos desatados y el demente la amalgama en un todo confundido falsamente con imágenes de recuerdos.

El concepto de realidad en el uso diario, es vago. Se la identifica con realidad perceptual, como si fantasías, conceptos, sueños y afectos no fueran realidades íntimamente entrelazadas a la primera; sin embargo un concepto matemático, político o metafísico, que somete a su imperio a las cosas empíricas, gobernándolas a su gusto, es tan real como estas mismas cosas. Opuesto a real no es lo ideal, o la nada, sino lo irreal cuyo ámbito sólo se divisa negativamente a base de ejemplos. Así una fantasía, en cuanto fantasía, es algo muy real y necesaria a la vida, pero si esta fantasía se toma por algo perceptual dado en el acontecer mundano, como ocurre en la fantasía delirante de los esquizofrénicos o en la fabulación de perplejidad del síndrome de Korsakow, ella se ha vuelto irreal. Lo mismo si se toman por juicios verdaderos rigurosos las meras vivencias antepredicativas o las conjeturas de los delirios. El error en cambio, es una realidad insuficientemente fundada, de cuya rectificación, como es sabido, se obtiene no un puro esclarecimiento pasivo de la verdad sino una buena experiencia, cosa inexistente cuando se pasa de la irrealidad a la realidad.

Es real lo abierto en principio a la experiencia de cualquiera. Si esa experiencia puede hacerse *en común* por varios observadores se habla de realidad empírica propiamente tal. Si a su vez tal experiencia se supone coincidente en esos observadores, se está en el subdominio de la realidad perceptual. Si esa experiencia en común es sólo parcialmente coincidente para los diversos observadores, como sucede con la realidad política, social, económica, cultural, histórica, se está en el dominio de la realidad empírica: intuitiva, teórica o hipotética. El traba-

jo de la ciencia es darle a dicha esfera un grado de coincidencia parecido al de la realidad perceptual.

Hay otros dominios de la realidad de *experiencia común directa o indirecta, pero no en común*. Por ejemplo se sabe de la tristeza de alguien no por experimentarla en común con él, sino porque se la ha experimentado alguna vez. Se sabe de las matemáticas, aun cuando no se sea matemático, a través de sus resultados en los objetos técnicos de uso diario. Se sabe de la elaboración íntima del pensamiento de un tercero, porque los demás han elaborado alguna vez pensamientos. A este tipo de experiencias pertenece nada menos que el más real de todos los mundos, el de la existencia y vida íntima del prójimo.

Ordinariamente cada una de tales realidades recibe contenido de las otras integrándose en un conjunto, sólo que en cada momento varía la que toma la delantera. Así no adquiere reciedumbre un pensamiento si no se ajusta a lo empírico y lo empírico no se ilumina si no se empapa de fantasías, metáforas, conceptos y sentimientos. El peligro es que una de dichas realidades en vez de integrarse con las otras, las soborne, en cuyo caso se aparta de los límites de su esencia misma, y cae en lo irreal. Irreal es lo desorbitado, por ejemplo, un amor ilusorio, una fantasía o una idea que quieren ser ellos solos lo sustantivo de la realidad en vez de ser algunos de sus ingredientes.

En el esquizofrénico el pensar autístico desplaza lo empírico y en el maniaco el actuar empírico instantáneo sustituye el largo esfuerzo de la elaboración íntima de planes de trabajo. El histérico busca lo mismo a través de golpes efec-tistas. Todos caen en lo irreal.

En el fondo lo único dado como informe punto de partida a cualquier hombre, es lo perceptual inmediato. De ahí en adelante cada uno adquiere retazos de realidad a base de esfuerzos. Se familiariza con la realidad social, política, artística o científica, quien la trabaja asiduamente. El trabajo sobre ella, es un ir y venir desde los conceptos provisorios a lo perceptual dado y de lo dado a los conceptos, y así en retoques incesantes hasta obtenerse realidades de progresiva calidad. Sólo lo largo y responsablemente trabajado proporciona una verdadera realidad. Por eso *realidad y trabajo coinciden*, pues lo no trabajado apenas lo conocemos de oídas; el atractivo de una realidad incita al trabajo, y el trabajo hace más viva esa realidad.

Las enfermedades mentales desde las neurosis a las demencias afectan de maneras muy diversas la posibilidad y calidad del trabajo, y en esa medida, la posibilidad y calidad de la realidad abarcada; sin embargo, pese a la urgencia, es difícil todavía una ordenación desde aquí de los trastornos patológicos. Hay esquizofrénicos tozudamente ceñidos a un buen trabajo rutinario a lo largo de su vida, hipomaniacos volubles, incapaces de constancia en la nada, psicópatas explosivos emprendedores y perseverantes, que quiebran todo con un estallido de rabia que los lleva al homicidio y a la cárcel, neuróticos obsesivos honestamente laboriosos pero sin vuelo creador.

Mientras se elabora una rigurosa semiología del trabajo¹⁵ parece más útil una ordenación de los trastornos nerviosos, como la insinuada más atrás, a base del tipo de propiedades psíquicas afectadas, según incidan en lo común o en lo diferencial que ellas tienen en los diversos seres humanos.

Una clasificación etiológica no parece posible todavía; en el origen de cualquier enfermedad nerviosa confluyen lo biológico, lo socioeconómico, lo cultural, lo religioso. Importante es, por ejemplo, la ruptura con lo tradicional antes de adquirirse los patrones propios de una cultura desarrollada, como se ve en personas que migran del campo a la ciudad o de un estado socioeconómico a otro. Eso les obliga a comportamientos apenas cogidos a la ligera, o a una franca incomunicación con los integrantes de su nuevo grupo. El problema de la incomunicación¹⁶ debido a las amplias migraciones de nuestro tiempo, que agrupan en un lugar favorable para el trabajo a gentes venidas de las partes más diversas, con tradiciones, costumbres y hábitos, casi inconciliables, es uno de los más graves de resolver por la sociedad contemporánea y una de las causas más importantes de trastornos psíquicos.

En ciertas esquizofrenias, psicopatías o neurosis, lo biológico parece comandar el estallido y el curso del cuadro. En otras es lo cultural, lo sociológico o lo psicológico, siendo necesario evaluar en cada enfermo cuál es el origen más pregnante, con fines pronósticos y terapéuticos. El reconocimiento de fuentes culturales, sociológicas o económicas más allá aún de las biológicas heredadas o adquiridas, en la aparición de muchas neurosis y psicosis, debe considerarse en cualquier acción médica curativa o preventiva. Lo cual no significa olvidar que en todo ese inmenso campo nos movemos todavía a base de presunciones y no es posible una rigurosa agrupación de enfermedades fundándose en ellas.

Respecto a la noción y conciencia de enfermedad, en cada paciente varía de acuerdo a la integridad de su mente, de su saber médico, de la cultura, la religión y las exigencias socioeconómicas.

Concepto de salud

Salud mental apunta a posesión, manejo y productividad fácil, sostenida, agradable, esperanzada y alentadora de la propia persona y su mundo, con rendimiento

¹⁵ Semiología del trabajo significa lógicamente una semiología correlativa del descanso, del juego y del payaso. La semiología del payaso, muy diversa a la del juego la hemos expuesto extensamente en las lecciones sobre hebefrenia.

¹⁶ La psiquiatría fue predominantemente somatista hasta Charcot; puso el acento en lo significativo de los sucesos psíquicos con Janet, Breuer, Freud, Adler y Jung; más tarde con Jaspers y V. von Weizsäcker centró el origen de los trastornos en nuestro difícil manejo de la libertad, la responsabilidad y la culpa. Ahora entramos a una nueva etapa en la cual se hace notorio cómo el problema máximo es el de la comunicabilidad.

óptimo cognitivo, afectivo y práctico para ella y su medio, en acuerdo a su condición biológica, cultural y económico-social.

Eso exige firmeza vital, medida confianza en sí, buen criterio, fortaleza, dicha en el darse y pródiga fantasía creadora capaz de ponerle cierto atractivo y encanto a las tareas, diversiones y descansos habituales de la vida.

No es signo de salud psíquica el revolverse asiduo en el recuerdo doloroso, ni el pasar por alto lo merecedor de sufrimiento, ni el conmoverse exclusivo con las grandes cosas, ni el conmoverse a cada rato con trivialidades, ni el preocuparse en demasía con todo, ni el no preocuparse por nada, ni la confiabilidad excesiva, ni la confianza tenaz.

Prueba salud psíquica la reciedumbre frente a los conflictos íntimos; la armonía con los ritmos vitales (vigilia - sueño), cambios de edad, de situación socioeconómica, de clima, de paisaje, y la sensatez ante los problemas de la biografía personal, del tiempo, de la historia. Gozo, prudencia, esperanza, fortaleza afectiva y ética, son signos de salud sólo si se condicionan a lo propio de la edad, de la cultura, del medio, etc.

Salud psíquica no es sinónimo de bienestar y felicidad espirituales. Algunos de los detenidos en campos de concentración soportan sanamente sus infelicidades, y al revés, personas con buena dosis de felicidad, a lo menos subjetivamente confesada, han sido víctimas de morbosidades vinculadas en cierto modo a ella.

El pecado cabe en la salud y en la enfermedad. Algunas escuelas psiquiátricas modernas, Freud, Weizsaecker, Balint, vinculan sin embargo la enfermedad a la ética. Para Freud, la cultura con sus prohibiciones drásticas, lleva a conflictos con los instintos, los cuales se satisfacen entonces de manera disfrazada, originando sentimientos de culpa y de autocastigo; la enfermedad satisfaría tal deseo. Como todos los hombres son más o menos culpables, todos son más o menos enfermos.

En Weizsaecker, la salud es imagen de la veracidad en las decisiones personales, y la enfermedad, falta de sinceridad consigo mismo. Como sólo hay verdad en las decisiones si existe amor al prójimo, salud y amor a los otros, vienen siendo una y la misma cosa.

Jaspers, considerando inacabado al ser humano, no cree posible un riguroso criterio de salud; confunde salud con perfección.

Una vida ética superior del tipo de la de San Francisco de Asís, lleva seguramente a la salud mental; una vida ética mediocre, como la de la mayoría de los hombres, es quizás indiferente para ella.

Cualidades ordenadoras de la vida psíquica y modos de perturbarse en la enfermedad mental

Algo casi definitorio de la mente es su fragilidad: las cosas se olvidan pronto; cuesta cumplir los compromisos; los entusiasmos se van luego; los contratiempos habi-

tuales apenas en demasía, interpretamos constantemente a la ligera las actitudes ajenas, casi siempre nos damos a entender mal¹⁷, etc. *Esa fragilidad impediría toda orientación unitaria de la psique y toda la vida en común, si no fuese por la presencia de ciertos radicales básicos unificadores y cuyo último sustento es la fe. Entre esos radicales brillan las vivencias de responsabilidad, temporalidad, posibilidad y probabilidad. Afirman a las demás vivencias, pero ellas no se afirman sino en la fe.*

Gracias al *radical responsabilidad* se crean trucos para recordar y cumplir, cuando el entusiasmo primitivo originante del compromiso ya no existe o se detesta. La *temporalidad* lleva a dar orden, jerarquía, rapidez y oportunidad atinada a las decisiones. La *posibilidad* permite aceptar y descartar de inmediato tareas y obligaciones, según sean o no posibles. La *probabilidad* orienta por fin la conducta práxica frente a personas o cosas. Por ejemplo, no hay modo de saber si las manos quedan bien limpias con dos, tres, cinco o diez lavados; la probabilidad es que no quedan más limpias con dos que con cinco. Así, esa guía, evita compulsiones obsesivas. A su vez quien se guía por la posibilidad no creerá ser observado por todo el mundo, como les ocurre a los esquizofrénicos, ni se apoderará de fabulosos poderes como los paralíticos generales.

Un acertado juego, cuya regulación íntima ignoramos, entre responsabilidad, temporalidad, posibilidad y probabilidad, todo apoyado en la creencia de que la propia acción es valiosa y la vida se prolongará lo suficiente, son bases primarias de un correcto desarrollo de la salud mental. Sin eso el reino de la fragilidad toma la delantera y se vive de incumplimientos, falsas prioridades, esperanzas y temores disparatados. Salud psíquica coincide con sensatez y sensato es en principio quien piensa, siente y actúa en acuerdo a la responsabilidad, la temporalidad, la posibilidad y la probabilidad.

En culturas tradicionales y desarrolladas, es estimado mentalmente saludable el hombre sensato, o sea el que sujeta su despliegue vivencial a lo visto por el medio como responsable, atinado, en el tiempo posible y probable. Evidentemente la salud se funda más abajo en la fe de que lo nuestro tiene sentido, sentido dado por el amar y ser amado. Sin amor nada tiene sentido y la salud se hace inútil, siendo difícil que algo que se niega a sí mismo avance jubilosamente hacia su fin. Con Jaspers pudiésemos decir que el amor es una atinada mezcla de creencia y fantasía, pues, como él dice, la creencia sin fantasía es seca y la fantasía sin creencia es estéril, y ni la sequedad ni la esterilidad pueden darle curso a la vida.

La creencia en la salud, cuando más se analiza se hace más enrarecida, pues aparecen por aquí y por allá singularidades personales, modos de ser, de cuyo

¹⁷ El darse a entender mal y el entender mal a los otros es uno de los problemas trágicos. Fuera de eso uno se entiende muy mal a sí mismo. El hombre no se conforma virilmente con dicho destino, se rebela contra la incomunicación y trata de alentarse buscándole explicaciones consoladoras. Hay la obsesión de la explicación. De aquí tal vez el éxito popular del psicoanálisis que la satisface con superabundancia. Véase el ensayo *Soledad*, de M. de Unamuno.

significado salutar se duda. Se confunde salud, o sea vida en buen curso de expansión, con acabamiento ontológico perfecto o con ausencia de las lógicas singularidades de cada uno, y entonces no se la encuentra por ninguna parte. Sin embargo, el buen sentido distingue desde siempre el sano del enfermo y distingue al mejorado del que persiste enfermo sin atender ni a su perfección ni a su grado de singularidad. El reconocimiento correcto de la salud es obra de la técnica médica; el modo de cultivarse lo saludable depende de la imagen de cada cultura, de cada época, de cada edad. El significado de la salud para el destino también fluctúa de acuerdo a eso, pero todo se proyecta sobre lo que nos parece la noción transcultural apuntada más atrás y que no la identifica de ninguna manera con acabamiento perfecto del ser.

La salud es un importante medio para la felicidad, la libertad y la perfectibilidad, pero tampoco es esas cosas en sí mismas, como lo prueba el que algunas personas alcancen penosamente lo mismo a través de la enfermedad. El ser humano es un conjunto de muchas ideas a veces contradictorias, como ha insistido Baruk, y la salud es una de tales ideas.

Santiago de Chile, 1965

Anorexia nerviosa o delirio de belleza

CENDRILLON. *Moralité*

*La beauté pour le sexe, est un rare trésor;
De l'admirer jamais on ne se lasse;
Mais ce qu' on nomme bonne grace
Est sans prix, et vaut mieux encore¹.*

La Anorexia Nerviosa, cuadro poco frecuente, lo es algo más en los últimos años, hasta el extremo de que en 1977 consultan y reciben tratamiento en el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina Santiago Norte, cinco personas incluido un hombre; en cambio entre 1971 y 1976 las atenciones llegan a seis, y en los decenios previos aparecen de tarde en tarde. El mismo aumento pareciera observarse en Servicios de Psiquiatría y Endocrinología de otros lugares. Influyen tal vez factores antropológicos, sociológicos, psicológicos, psiquiátricos, pero desde luego, y como causa inmediata, la mayor rigurosidad diagnóstica al precisarse sus límites clínicos con la depresión endógena leve y con la caquexia de Simmonds. Muchos investigadores creen no excepcionales las anorexias nerviosas incluidas en aquellos cuadros, por eso es importante el diagnóstico diferencial.

Apetencia inagotable y apetito, uno de los constitutivos de lo humano

Ahora, no es rara la prolongada tardanza histórica en el diagnóstico diferencial, pese a las decisivas contribuciones de Janet y Zutt, pues se trata de un cuadro que apunta casi directamente a algo decisivo en la construcción de lo humano: el fenómeno del apetecer, y en este caso, el apetecer el lucimiento de la propia corporeidad, creándose desde un cuerpo feo un cuerpo bello. No hay tal vez en la psiquiatría un hablar tan directo orientado hacia las investigaciones sobre los fundamentos en que ella debería asentarse como ciencia. Obviamente la anorexia no provoca de inmediato esa conmoción surgida de la presencia de una esquizofrenia, de una depresión o de una manía, donde los temas referentes a la temporalidad, la espacialidad, el mundo, la muerte, la buenaventura, la desgracia, la culpa, el pecado, se muestran tan asombrosamente a la vista, que acaban de desatar esa malhadada tendencia a verbosas especulaciones no fundadas en lo real.

¹Carlos Perrault. *La Cenicienta*: La belleza, para el sexo, es raro tesoro. De admirarla, jamás nadie se cansa. Pero lo llamado gracia. Es sin precio, y vale más todavía.

La anorexia nerviosa dice referencia inmediata al fenómeno radical del *apetecer*, del cual "el apetito de comidas y bebidas" es apenas una de sus manifestaciones subsidiarias. La apetencia íntimamente entreverada con el hacer, es privativa del hombre y como una especie de imagen tangible del trascender, del tener el alma puesta en lo otro, en lo que se quiere porque no se tiene. En la trascendencia hay un traslado a la intimidad de lo otro, para incorporarnos a ello, reincorporarlo a nosotros o compartir su existencia. En el apetito, en el sentido restringido somatopsíquico de la palabra, se da una espera gozosa y alerta de ciertos guisos sin evaluarlos en cuanto a su calidad específica para la vida biológica del cuerpo; los procesos biológicos de conversión de las sustancias ingeridas en materias vivas del propio cuerpo transcurren en silencio cuando el apetito más bien ha terminado. Junto al "apetito" hay lógicamente apetencia de amor, de sabiduría, de belleza, de orden, de creación, de felicidad. Sin apetencia sería ininteligible la esencia misma del espíritu. La apetencia impele sin tregua al imaginar, al querer, al ordenar, al hacer, y ella es su obligatorio origen. En la anorexia nerviosa hay apetencia desbocada de belleza corpórea, de crearse un cuerpo que luzca, de singularizarse en el manejo de esta porción de materia dadora de nuestra individualización misma. Desbocada la apetencia, se desboca el "apetito"²; el resto del cuadro viene por añadidura.

Mientras en la anorexia nerviosa la apetencia de crear un cuerpo bello aparece gozosamente a la mano, en la depresión endógena, con la cual frecuentemente se la confunde, la apetencia en toda la vastedad de su ámbito se deteriora, porque viendo mítica la felicidad, se ve a sí misma como empeño inútil³. Tiene razón Zutt cuando centra la anorexia nerviosa en el "apetito" y lo distingue del hambre, ésta, instintiva animal y el otro anímico-espiritual. Se perturba enseguida, a nuestro juicio, al ligar primariamente el apetito a la amistad y no a la apetencia, quitándole con eso al cuadro un fundamento para una posible visión de horizontes psiquiátricos esenciales; ello no menoscaba ni nada la excelencia de sus descripciones, hasta ahora de inestimable valor.

Antes de entrar a la estructura clínica de la anorexia nerviosa, parece bueno señalar, aunque sea de pasada, algunos hitos que marcan fronteras claras con la depresión y otras anormalidades, pues mostrando lo que ella no es, de alguna manera se apunta a su ser. Empezaremos con la depresión endógena en su forma

²Usaremos en lo sucesivo la palabra *apetito* en el sentido médico de deseo agradable de alimentos; el hambre quedará como ansia meramente instintiva de satisfacer una necesidad perentoria de comida; *apetencia* oscilará, según el contexto, entre su sentido ontológico y el antropológico; sin *apetencia* no habría *apetitos* subsidiarios.

⁴Para nosotros es síntoma axial de la depresión endógena el *derrumbe de la apetencia*, al no *vibrar ya íntimamente* el enfermo con el trabajo, los goces cotidianos, el afecto hacia sus familiares y amigos. Algunos conservan un resto de "vibración" sólo cuando conversan con sus más íntimos. Al iniciarse la mejoría dicen: "ya empiezo a vibrar otra vez con los amigos la buena comida, las flores, las cosas bonitas y hasta con algunas obligaciones; antes lo hacía todo a la fuerza, obligado, atormentado; ahora vibro, gozo, con lo que hago; trabajo porque debo, pero sobre todo porque me *apetece* hacerlo, porque quiero".

subdepresiva, la aparentemente más cercana por incidir también, como ya se dijo, en un trastorno de la apetencia, y en esa medida del apetito. En ambas hay una subversión de la apetencia, que en vez de incesante fluir hacia la totalidad del ser y de la libertad, se rigidiza, se vuelve insegura, indecisa, oscura, o bien se detiene y cosifica en objetivos congelados: por ejemplo, restablecer desesperadamente el orden (trasfondo de la depresión, en el cual se ve el orden como fin y no como camino), ya configurando palabras y acciones en acuerdo a un supuesto modelo perfecto, en el caso de las depresiones, ya reordenando los volúmenes del cuerpo para extirpar el desorden de la fealdad corpórea, reinstalando en su lugar el orden justo de un cuerpo armonioso, proporcionado, esplendoroso, en el caso de las anorexias.

Subdepresión y anorexia nerviosa

En verdad coincide con la depresión en la pérdida de peso y el retraimiento social. Sin embargo, la pérdida de peso en las depresiones es más rápida y no guarda relación con la cantidad o calidad de los alimentos ingeridos, ni con la persistencia o pérdida del apetito; el depresivo puede seguir comiendo, aunque sea a la fuerza, igual que antes, y pese a todo cabe un descenso en pocas semanas de 10 ó 15 kilos; esta baja no se acepta con placidez, ni siquiera en los casos en que antes de la enfermedad se la deseaba; al contrario, hay cierto miedo de que no se detenga y siga más de lo prudente; se hace molesto el que la ropa no ciña al cuerpo y quede más bien flotante; en el mejor de los casos, en los gordos, hay agrado algo inquieto o más bien racional ante “la nueva esbeltez”, pero sin asomo de esa vivencia de alegría mostrada ante idéntico fenómeno por las víctimas de la anorexia nerviosa.

Hay en las depresiones tendencia a la constipación, necesidad de laxantes, o por lo menos una especie de conciencia alerta respecto al buen o mal desempeño de dicha función. En las anorexias tampoco faltan el estreñimiento y los laxantes, pero se agrega además la molestísima vivencia de plenitud gástrica hasta sentir algunos “el bulto del alimento que les llega al estómago impidiéndoles nuevas comidas u originándoles náuseas”. En los depresivos, en vez de esa especie de sensación de taponamiento, se da sólo la idea hipocondríaca de que tal irregularidad influye en el decaimiento corporal, en la falta de apetito, en la sensación de opresión epigástrica, en la menor vivacidad psíquica. En depresiones graves —aquí nos referimos exclusivamente a las leves, a las subdepresiones— aparece a veces el miedo reiterado a que los excrementos tanto tiempo retenidos “se pudran”, “infecten la sangre”, originando males graves, pero la percepción directa de intestinos llenos de alimentos (y no meramente la idea deducida de que están llenos porque no se defeca desde hace días) es más típica de la anorexia nerviosa.

Se suma en las subdepresiones poca vibración con las tareas, entretenciones o cosas agradables, merma de la sexualidad, pérdida del apetito, pero con posibilidad de comer como antes aun sin dicho apetito, tendencia a postergar acciones no imprescindibles, necesidad de vencer resistencias inhabituales para levantarse e ir al trabajo en las mañanas, leve grado de indecisión, despertar demasiado temprano, aminoramiento del goce de vivir, alivio con recuperación del antiguo estado al atardecer o al acostarse, tensión molesta frente a dificultades corrientes y en ocasiones necesidad de ingerir alcohol en las horas vespertinas, a fin de "recuperar la normalidad".

El cuadro les desconcierta y oscilan entre creerse enfermos —enfermedad sobrevalorada en su alcance—, o sólo cobardes ante las responsabilidades propias de la vida. En las anorexias nerviosas, en cambio, se dan a veces aquellas molestias, pero aparecen menos en primer plano, como si la batalla con los alimentos absorbiera casi todas las preocupaciones.

Coinciden subdepresivos y anoréxicos en su retraimiento social; los primeros por miedo a ser vistos con personalidad desmedrada, pues se notan poco ocurrentes, sin chispa, lentos, con olvido de las palabras; sin embargo, les place la compañía de familiares o amigos íntimos, con quienes pueden "dejarse estar" sin menoscabo alguno. Los anoréxicos, al revés, rehúyen a familiares y amigos íntimos, porque éstos estarían vigilándolos en la cantidad y calidad de los alimentos ingeridos o haciéndoles observaciones continuas sobre su aspecto físico, pero de ninguna manera, como los subdepresivos, por una supuesta lucidez disminuida o poco brillo psíquico. Una anoréxica muy inteligente dice con gracia: "evito a los familiares, a los amigos íntimos y a las personas ya muy lejanas; a unos porque como que me están observando todo el tiempo si subo o bajo de peso, si como o no como; a los que apenas conozco, porque si me invitan a comer, no podría ser mal educada y dejar algo de lado, aunque me repugne; creo que sólo me gustaría juntarme con los intermedios, ni muy amigos, ni muy distantes, porque ellos no saben lo que pasa y por otro lado tengo cierta confianza para rechazar alimentos que se me ofrezcan". De hecho, la sociabilidad de los anoréxicos se reduce a los contactos con los compañeros de labores y en la medida en que inciden en el mejor provecho para tales labores, pues, como se sabe, mantienen hasta el último el entusiasmo por el trabajo o el estudio y el interés por lograr rendimientos altos en la vida. En el orden del amor, la erótica es más bien pobre, los fracasos sentimentales son frecuentes, y con el tiempo hay miedo a la soltería. El deseo sexual se conserva, aunque bastante menoscabado: no son raras en las adolescentes o jóvenes relaciones de este tipo con hombres francamente mayores, de los cuales, por otra parte, no esperan nada.

No hay deseos de morir, ni sospecha de las cercanías de la muerte, ni siquiera cuando el peso bordea los límites vitales y la figura impresiona por lo demacrado y espectral. Al respecto, aquí se produce justo lo contrario que en la depresión; a los depresivos les asusta su supuesta palidez de la cara, su hundimiento de los ojos, su color de la lengua, y huyen del espejo, aunque esos fenómenos son la ma-

yoría de las veces imperceptibles a los observadores, o no tienen de ninguna manera la magnitud pregonada; los anoréxicos, en cambio, miran con fruición en el espejo su progresiva delgadez y "su aspecto bello y atractivo"; donde el observador se sobrecoge ante una especie de calavera con piel, el paciente ve un ligero adelgazamiento, motivo de solaz, no de preocupación; si se miran de cuerpo entero, ocurre lo mismo. A la aversión al espejo experimentada por el depresivo, sobre todo el depresivo franco, se contrapone aquí una especie de seducción; se encierran para mirarse y lo disimulan ante terceros. Eso revela no sólo una agnosia del aspecto, sino una ilusa visión de frescor vital ocultadora de las azules marcas de la muerte; es el caso de ilusión más persistente, continua y duradera que conozca la patología psíquica.

Algunos incluyen la anorexia nerviosa en el grupo de las fobias a la alimentación; sin embargo, al contrario de los fóbicos, estos pacientes no estiman absurdo el rechazo de tales alimentos; al revés, simpatizan con él dándose varias justificaciones; además, el rechazo no es síntoma solitario, sino parte de una constelación curiosa y peculiar.

Anorexia y adelgazamiento normal

Tal síndrome típico aleja también a la anorexia del ámbito del adelgazamiento exagerado observable en adictos a las anfetaminas, o en personas que hacen regímenes voluntarios. Coinciden pese a todo con la mayoría de las últimas en ser previamente obesas o a lo menos gordas, con vehemente anhelo de esbelta delgadez; ambas anoréxicas y adelgazadas, han sido objeto de bromas, burlas o sobrenombres y se avergüenzan casi ante la sola idea de ponerse traje de baño en la piscina o tenida de deporte en la cancha. Sería fácil por lo mismo culpar de la anorexia nerviosa a la cultura, al modelo de belleza ensalzado por la publicidad, pero quedaría inexplicable, entonces, el motivo por el cual de entre tantas mujeres entregadas a adelgazar, sólo un número ínfimo cae en la anorexia nerviosa; el problema de las demás es al contrario sostenerse en la rigurosidad del régimen, pues su inclinación constante es a romperlo, lo que a su vez trae, como se sabe, desmoralizaciones y prolongados sentimientos de culpa.

Anorexia y caquexia de Simmonds

Respecto a su diferencia con la caquexia de Simmonds, sigue siendo válido lo dicho por Manfred Bleuler en su *Psiquiatría Endocrinológica*: "No se puede ya considerar la anorexia nerviosa como enfermedad primaria del lóbulo hipofisiario anterior y no tiene nada en común con la caquexia de Simmonds. Así también, la psicopatología de las dos enfermedades es muy distinta. El embotamiento y demencia grave, complicados con estados psicóticos agudos, que son manifestaciones propias de la destrucción primaria del lóbulo hipofi-

siario anterior, faltan en la anorexia nerviosa de las jóvenes; estas enfermas se conservan, al contrario, casi hasta la muerte, intelectualmente vivaces, despiertas e incluso sensibles y delicadas. Estas diferencias psicopatológicas pueden tener importancia para el diagnóstico diferencial.

“Cuando, abandonada la teoría de la hipófisis, el interés se ha vuelto a dirigir a la personalidad psíquica de las pacientes, en el estudio de esta enfermedad se han puesto de relieve desviaciones graves y constantes en su desarrollo individual: las jóvenes afectadas de anorexia nerviosa *no quieren comer*. El rechazo de la alimentación y el mantenimiento de un cuerpo delgado están en el centro de sus ideas extravagantes. Ellas sobrevaloran estos hechos desde un punto de vista estético, a la vez que perciben la gordura, el comer, como algo feo, repulsivo, propio de los animales. Estos conceptos están acompañados con juicios equivocados sobre la importancia de una alimentación normal con respecto a la posición económica del padre, como expresión de materialismo y de nivel bajo de las relaciones sociales, etc. Sobre todo, condenan también la comida y la gordura desde un punto de vista de su concepción moral y del mundo, considerándolas como manifestaciones materialistas. Pero casi siempre la aversión a la alimentación y a la plenitud física se vincula con una aversión a la idea de llegar a ser adultas, como lo destacó Janet hace ya 50 años. Este rechazo puede tener matices varios: puede referirse especialmente al orden sexual, pero en otros casos puede estar también en primer plano de rechazo de la maternidad, de las faenas de la casa y, en especial, el crecimiento de los senos. A veces también la menarquia constituyó gran contrariedad. En cambio, se inclinan a ideales ascéticos y en especial a finalidades intelectuales, a exaltaciones religiosas, a la dedicación abnegada a sus padres..., y a otras fantasías más”¹.

M. Bleuler resta importancia a la amenorrea, a la disminución del metabolismo basal, a la tendencia a la hipoglicemia, a la disminución del sistema pilífero secundario y de los 17-cetosteroides, en cuanto signos de destrucción del lóbulo anterior de la hipófisis; los considera en su mayoría secuelas del hambre; recuerda además que en algunos casos el sistema pilífero del tronco se conserva o aumenta, lo que nunca ocurre en la caquexia de Simmonds. Nosotros agregaríamos que, a lo menos en nuestros casos, no hubo síntomas del síndrome hiperestésico-emocional (sensibilidad extrema a los ruidos y a las temperaturas altas o bajas, irascibilidad, cefalea, labilidad emocional, tendencia a las autorreferencias, salvo en el área propia de la alimentación), síntomas clásicos en un compromiso orgánico clínicamente significativo, o sea, donde lo axial de los trastornos se suponga originariamente determinado por un desarreglo pasajero o definitivo de las estructuras somáticas mismas.

¹Manfred Bleuler: *Psiquiatría Endocrinológica*. Trad. Daíma. Ed. Manuel Finchelmann y Cía. Buenos Aires. 1956. Págs. 338 y 339.

Anorexia nerviosa y esquizofrenia

La personalidad previa retraída, obstinada, caprichosa, hipersensible, soñadora, dada a lo filosófico o artístico estereotipado, no rara de encontrar en los anoréxicos nerviosos. llevó a ubicar el cuadro entre las psicopatías esquizoideas o las esquizofrenias simples; ello explicaría su curso autocrático, su resistencia a la psicoterapia y los psicofármacos; el último argumento no es hoy aceptable, pues ambos procedimientos suelen beneficiar a los dos cuadros. Contra el diagnóstico de esquizofrenia habla más bien, como ya lo notaran varios autores, la conservación de la propositividad vital, el buen rendimiento en las labores, la preocupación constante por el aspecto, el alto sentido de la responsabilidad, la astucia para engañar respecto a las ingestas. Por lo demás, un compromiso somático tan señalado es extraño a la esquizofrenia, salvo la Catatonía mortal de Stauder, de curso rápido (15 a 20 días), salpicada de síntomas psicóticos abiertamente distintos.

Zutt circunscribe con razón la anorexia nerviosa en un síndrome independiente, recordando que en su conjunto no se parece a ningún otro cuadro, ni en sus momentos culminantes, ni en su curso fásico, ni en su incierto pronóstico final, que puede ser la curación espontánea, la prolongación indefinida con largas mejorías, o a veces la muerte.

El cuadro de la anorexia nerviosa

Mostraremos ahora esos caracteres que parecerían tan claros. Se trata de una enfermedad de la adolescencia de abrumador predominio en el sexo femenino; en cinco años tenemos apenas un caso del sexo masculino. A la grave y gratamente aceptada pérdida del apetito la precede casi siempre y desde meses antes prolongada amenorrea, que no cesa hasta una remisión importante o la desaparición del cuadro. Se pierde el hábito de comer a las horas acostumbradas y en compañía; viene en cambio, con cierta frecuencia, compulsión a hacerlo a solas o a deshoras, a medianoche, por ejemplo, en lugares como la cocina o la despensa; se inclina hacia dulces y golosinas, con aversión a las grasas; la ingesta es de preferencia a hurtadillas, aun robándose alimentos reservados a otros. El mismo paciente que acaba de negarse a participar en la cena o lo ha hecho a regañadientes y bajo la presión, se encierra en su cuarto y come allí alimentos escondidos, o revisa las alacenas en busca de postres, ingeridos con avidez. También pasa días o semanas a base de frutas y café. Las comidas con familiares o terceros, aun cuando se eviten las grasas y se les dé lo preferido por ellos, les provocan además del desagrado de la compañía, ingrata sensación de repleción, deseos de devolver, e incluso aunque no haya náuseas, tendencia a provocarse el vómito. Tres de los nuestros, después de almorzar con los suyos, sentían junto a "las ondulaciones del intestino al paso de los ali-

mentos", molesta plenitud gástrica. Cinco experimentaban disestesia abdominal intolerable cuando la garetta del pantalón o de la ropa interior les ceñía, aunque fuese levemente; en tal caso se desabrochaban con presteza, poniéndose ropa amplia, "ojalá flotante", según el decir de uno.

En dos esa disestesia se les presentaba permanentemente, y ellos mismos, meses después, estimaron signo de mejoría su desaparición, "el no estar preocupado de cómo abrocharse o ponerse el cinturón". El engordamiento del abdomen, el que éste haga un mínimo de prominencia, era el nudo sensible de los pacientes, el signo de lo ridículo, de la fealdad, del no poder mostrar el cuerpo en la playa o la piscina; quizás por eso tales disestesias alcancen para ellos tanta importancia y sean algo así como la señal de que el espanto de "ser barrigón" empieza a insinuarse.

Como se comprende, la pérdida del apetito —pese a las ingestas compulsivas o al hambre a deshoras y cuando se está a solas— trae progresiva baja de peso, que se acerca pronto a los límites vitales y a veces aun a la muerte si no se acude de urgencia a la alimentación artificial en servicios especializados. En tales casos la recuperación puede continuar por propia iniciativa si se dejan "descuidadamente" alimentos al alcance de la persona, si se la llama a comer en las horas respectivas sin insistirle, si se la deja tranquila sin observarla, ni hacer hincapié en "lo bien que comió hoy", o en "la mejoría de su aspecto". El tema del alimento, del peso, o del aspecto no debe tocarse a propósito de nada, pues los anoréxicos se sienten aludidos de inmediato. Buen aspecto equivale para ellos a alza de peso, y el peso o aun la delgadez normal la conciben ya como exceso.

Los pacientes no tienen conciencia ni noción de enfermedad y parecieran no atisbar los riesgos; aun en estados avanzados y ya casi esqueléticos no se inquietan ni consultan médico, pese a que ya a esas alturas se quejan de falta de ánimo, desconcentración, fatigabilidad psíquica y física, lo cual les preocupa por su esforzada tendencia a triunfar en el estudio o las labores, que es como la esencia de su felicidad. Si buscan ayuda médica es por estos tropiezos, o bien, llevados por familiares. Los nuestros llegaron de esta última manera y continuaron acudiendo presionados por ellos; sólo al cabo de varias entrevistas tomaron confianza, sobre todo cuando vieron que esas entrevistas versaban sobre temas como el sueño, la concentración, la niñez, los estudios, las relaciones con la familia, sus relaciones con el otro sexo, las posibilidades de nuevas fuentes de sustento económico, la importancia de la angustia en los excesos alimenticios, etc.: siempre se aludió de manera muy indirecta a sus ingestas y sin insistir en cantidades, tampoco se les preguntaba por el peso, bastando al respecto lo intuible a simple vista. Una vez ganado su afecto se abordaba directamente lo de la delgadez con diversas sugerencias.

Sin embargo, los consejos sobre alimentos no fueron seguidos cuando se trataba de sustancias grasas u otras de suyo engordadoras; apetecían dulces, frutas y café con azúcar. Hacían ejercicios por propia iniciativa o seguían cur-

tos de gimnasia. En la Clínica guardaron una relación superficialmente amistosa con todos, respetuosa con el personal, colaboradora con el médico. La conversación cordial, mantuvo el sentido de las distancias, la prudencia y el tacto. Su relato sobre el cuadro mismo, incluido el desánimo y la desconcentración, fue más bien comunicativo y no notificativo, es decir, entregaron escuetamente al médico sus molestias saltándose por cierto la anorexia y el enflaquecimiento; escucharon las opiniones de éste, pero no se esmeraron por detallar el tipo y límite de los síntomas o por verificar si eran comprendidos. La anorexia salió a luz cuando se les interrogó sobre su escasa alimentación; al insistirles en que comieran más, confesaron "la molesta sensación de repleción gástrica", las náuseas, la necesidad de acudir al vómito para serenarse. Sin embargo, no inquirieron acerca de restituir el apetito, de aumentar la tolerancia gástrica, etcétera.

La delgadez extrema, bordeando los límites vitales, no les alarmaba, como ya se dijo; al contrario, continuaron con los ejercicios y abundantes laxantes; no toleraron mínimas señales de constipación, según ellos, "porque mientras haya algo retenido, les pesa de manera muy molesta". Ya señalamos antes esa especie de permeabilidad de la mente para sentir el recorrido de las comidas en el intestino, como si las sensaciones cenestésicas profundas tuviesen acceso inmediato al yo.

Una de las pacientes rechazó toda ayuda. Educada, fría, reservada, se limitó a frases casi monosilábicas. Una biografía solicitada para la segunda entrevista daba en dos páginas algunos elementos: "tenía 15 años, recibía apoyo material de sus padres, pero poco apoyo espiritual; venía forzada por ellos, cosa muy molesta"; respecto a su delgadez: "era algo suyo sin importancia, o por lo menos, que a nadie debería interesarle"; rogaba se la dejase en paz de una vez por todas. Con diversas argucias se logró enviarla a un Servicio de Endocrinología dedicado a este problema y que guarda contacto con el nuestro.

El único paciente masculino (17 años) recaído en una segunda crisis después de tres meses de bonanza, cuyo peso llega casi a límites vitales, y que come sólo verduras y manzanas, nos solicitó varias veces ser invitado a un restaurante elegante: "deseo desde hace años ir a un sitio donde va gente con plata y uno pide lo que quiere; me agradaría llegar con Ud.; sé que podría pedir de la lista lo que se me antoje; sabría que a lo menos una vez en mi vida he sido libre como los demás para pedir cualquier cosa, aunque fuese muy fino y caro; en mi casa somos pobres y se mide cada miga de pan por no dejar al del lado sin nada, y como Ud. comprende las viandas no han sido nunca sabrosas; cuando leo listas de los restaurantes en los diarios, digo: 'yo nunca podré saborear eso'; por eso se me ha puesto la idea de que Ud. me invite; me vendría apetito, comería de todo, y quizás me mejoraría".

El mismo paciente, a los dos meses, cuando subía de nuevo de peso, se veía casi noche a noche en sueños comiendo muy alegre platos apetitosos; tales sueños fueron durante dos semanas el preludio de la remisión total. Ahora, cin-

co meses después, sigue bien aunque evitando siempre alimentos ostensiblemente grasos.

Las imaginerías diurnas repetidas a veces a lo largo del día, en que se veían saboreando alimentos, se han presentado en cuatro de nuestros casos. Pese a ser bastante vivas, no se tradujeron en apetito real. Una paciente decía: "es un gozo, si cabe ese nombre, puramente mental, es como un apetito mental, no físico; es más bien como si se vieran los guisos y una los contemplara con agrado; no siempre hay ganas de comerlos; en verdad es difícil decir cómo es, pero es un mirarlos de manera diversa a la manera de mirarlos en la vida corriente; es más bien al revés; lo curioso es que no molesta; una se ve de repente metida en esa imaginación y no sé si se complace o no, pero se queda tranquila y no trata de rechazarla; desaparece sola y a los pocos minutos se está entregada a los problemas habituales de la vida real".

Los pacientes no se preocupan, ya se dijo, de su extrema delgadez; parecieran no darse cuenta del peligro; sin embargo, saben de su flacura y aun, que una ligera alza de peso les mejoraría el aspecto; el problema es que ya un peso normal les parece excesivo y no sabrían tal vez cuál es la manera de quedarse en algo intermedio, ni tan alto ni tan bajo. A todos nuestros pacientes les agradaba tener la cara y los miembros "más llenos, menos esqueléticos", pero no se atrevían a comer, porque en dicho caso "lo primero que se abulta es el abdomen, y mucho después la cara y las piernas", y "la barriga abultada se nota de inmediato, produce rollos, es fea, desluce ante cualquiera". La cuestión era entonces elegir entre una "barriga bonita" y "una cara y unas piernas mejores"; no se sacaría nada con lo último, si el abdomen echa a perder todo. El cetro de la belleza corporal lo ostentaba pues el abdomen³; el resto del cuerpo, por hermoso que fuere, no supera un vientre algo prominente. Los anoréxicos, mujeres y hombres, observan en el fondo con complacencia su vientre excavado, que ahora no les hará envidiar a nadie si deben ponerse ropas ajustadas o traje de baño. Quizás si haber obtenido eso —todos o casi todos eran a lo menos gordos antes de enfermar— les provoca tanta dicha, que relega al olvido, o deja como cosa de escaso interés el estado poco atractivo del resto del cuerpo. Una adolescente a quien sorprendimos en repetidas ocasiones mirándose al espejo, dice: "me miro la cara, porque si se me empiezan a llenar las mejillas, se me estará también llenando la barriga".

Los síntomas más notorios: sensación molesta de plenitud después de comer, constipación intensa, abuso de laxantes, náuseas, provocación de vómitos, cenestias intestinales, disestias o desagrado excesivo con la ropa algo ceñida al abdomen, dolores epigástricos, quizás tengan que ver con lo mismo, llamar de continuo la atención sobre dicha zona. Los otros síntomas:

³En casos excepcionales hemos visto que la preocupación por la belleza no aparece tanto en el abdomen como en las masas adiposas de los tercios superiores laterales externos del muslo.

fatiga física y psíquica, acrocianosis, hipersensibilidad al frío, parecieran secuelas de la desnutrición.

Anorexia nerviosa y belleza

Si se pregunta a cualquier persona preocupada de su lucimiento corporal, qué es lo que a su juicio desde el punto de vista de la esbeltez se debe cuidar con más esmero, seguramente colocará en lugar privilegiado el abdomen; el número de mujeres sometidas incluso a intervenciones quirúrgicas para extirpar la grasa de dicha región aumenta, y muchos tratamientos estéticos se orientan en primer lugar a lo mismo. El anoréxico mantiene igual jerarquía; no le repugna la comida en cuanto comida, puede tener gratas imaginarias con ella, darse atracones con golosinas, pero el terror al vientre afeado le quita el apetito real, ya que lo fantaseado no engorda. Las compulsiones repentinas a comer, o el hacerlo a hurtadillas, indicarían quizás que el apetito no está primariamente desaparecido, sino oculto tras el miedo al aumento del abdomen, que las cenestias gástricas e intestinales se encargan de recordar. Muchos, en efecto, confiesan comer a solas, no por mera hambre, sino por agrado, y si huyen de la compañía es escapando de la letanía familiar: "come más, estás cada vez más flaca", o "menos mal que te alimentas ahora, te verás bien", lo que de hecho significa: "subirás de peso"; con ello agregan al alimentarse la clara conciencia del alcance de ese alimento. No es lo mismo para la psique ejecutar algo con sus consecuencias implícitas que hacerlo frente a un tercero encargado de agravar el hecho explicitando tales consecuencias.

El anoréxico guarda en suma para la belleza corporal idéntico orden de primacia que el de las otras personas, belleza casi siempre de más trascendencia en el destino de la mujer; tal vez por eso la enfermedad se da más en ellas, hasta el extremo de que algunos autores o no la han visto en hombres o señalan casi con generosidad una proporción de veinte a uno.

La anorexia nerviosa como delirio de belleza

El que sin embargo se aprecie la belleza del abdomen hasta el extremo de que ya no importe la fealdad del resto, ni incluso la vida misma, y no haya argumento que haga desistir de un empeño lúdante en lo descabellado, torna aquel aprecio en algo no sólo sobrevalorado, sino delirioide, pues no se aspira, como en las ideas sobrevaloradas, a que los demás sigan idéntica conducta, sino a demostrar que uno es capaz de moldear su cuerpo a su capricho realizando el ideal de belleza perfecto, tal como el inventor paranoico procura mostrar su genialidad a través de un descubrimiento insólito. Todavía diera la impresión de que igual que los paranoicos inventores centran su esfuerzo en una determinada cuestión descuidando lucir destreza intelectual en otras, el anoréxico se des-

tina por decirlo así a velar por su abdomen u otra parte señalada del cuerpo, dejando de lado, a lo menos mientras tanto, el que su cara o sus piernas se distancien de lo bello; de este modo, por el predominio sin contrapeso de una idea, a costa incluso de otras que debieran ser tenidas en cuenta para conseguir la meta buscada, idea traducida en conducta concordante (comer muy poco para llegar al abdomen perfecto), pero absurda al no concordar a su vez con lo que se estimaría una conducta adecuada para lograr lo que sería una verdadera belleza, estamos al parecer en presencia de un delirio a base de ideas deliroides, una paranoia de belleza. A su favor hablan sus agravaciones y remisiones sucesivas, el que dada la irreductibilidad de fondo de la idea llegue a veces a la muerte, o el que se trate en ocasiones, no de una paranoia pura, sino de una mera reacción paranoica y mejore completamente.

Hay paranoias de invención, de persecución, de perjuicio, etc., "destinadas" en el fondo a mostrar la personalidad alta del "genio" o del perseguido; las domina un sentimiento desmesurado y constante respecto a algo, una falta de autocrítica y un incesante argumentar en torno al tema de su devoción. Casualidades, encuentros ocasionales, frases dichas de paso y sin intención, se interpretan como pruebas a favor de los asertos delirantes; la cadena lógica a ratos perfecta, da por aquí o por allá, saltos bruscos, perceptibles para el observador, no para el delirante, que al contrario, seguro de su buen razonamiento, supone insidiosa toda objeción. Una especie de agnosia de sus faltas a la lógica y una conversión de la casualidad en causalidad, le otorgan tal seguridad que supone la sorpresa o reticencia del auditor pura mala fe. Fuera del ámbito del delirio enjuicia bien, es "normal", pero de hecho, al vivir sólo "de cara a lo trascendente", sus demás áreas del alma apenas si asoman con vida saludable.

El delirio y el trastorno del principio de individuación

El delirio lúcido sistematizado de tipo paranoico, es en el fondo una singularización extrema indebida, una especie de afán de distinguirse a todo trance de los demás como creadora o como víctima, una desfiguración del principio de individuación, principio en virtud del cual cada ser provisto de materia posee además de los contenidos entitativos propios de su especie, una peculiar manera de estructurarlos. En el ser humano el individuo alcanza el máximo de individuación y de individualización dentro de su especie. El resplandor de la individualidad debe sin embargo iluminar con luz clara y acogedora el ámbito específico del ser, pero en ningún caso desbordarse de tal manera que encandile y difumine a fuerza de extremosidad la propia imagen y la de los otros. El delirio, singularización radical de la individualización, es una luz que no da luz, es un negro barranco.

No pretendemos con esto tocar la esencia del delirio, pese a la urgida voz que pide esclarecerlo para ayudar a transparentar la esencia del hombre. La

psiquiatría no lo ha intentado. Ni Janet, ni Freud, ni Jaspers, ni Binswanger, ni Zutt, la rozaron; se embelesaron en la construcción de largos sistemas formales quedándose prendidos de sus propios encantamientos; se contentaron a lo más con avvicinar el delirio en el suelo de la poesía o de los sueños, pero con ello decían poco, pues ni siquiera intentaron preguntarse qué es lo que hace posible que soñemos, poeticemos, deliremos. Este hecho no invalida los ricos descubrimientos fenoménicos que hicieron, ni tampoco es una acusación; no podían responder acerca de aquello que no buscaban; no eran exploradores de la esencia del hombre, ni de la esencia de la locura, de aquello que las constituye en cuanto tales; partían de mucho más cerca; daban por sentada la tensión psicológica, los instintos, o el hombre como existencia, pero no encontraban huellas hacia el origen de dichas supuestas realidades. La psiquiatría aún no divisa por ejemplo la posible existencia de "huecos vacíos" del alma de cuya oquedad surgiese el delirio; mientras esas u otras posibilidades no se recorran, no se podrá constituir como verdadera ciencia. Incluso el hablar de "huecos vacíos" es un mero pedir prestada una imagen seductora a la física, pero carece de valor si no se la esclarece con una exégesis adecuada, cosa que ahora no está en nuestra mano aventurar. Sólo apuntaremos que el delirio de belleza podría ser un sendero tentador para una inmersión en los fundamentos; afecta nada menos que al cuerpo humano en una de sus propiedades trascendentales (en el sentido de Aristóteles), lo "bello"; los trascendentales: unidad, verdad, bien y belleza, son la vertebración del ser, y de todas las cosas terrenas bellas la más bella es el cuerpo humano: justo porque es llamado por vocación a la belleza, es que puede mostrarse también como no bello; lo que no tiene por propia exigencia el resplandecer no aperpleja si no resplandece. El deseo desesperado de reponer en su luz un trascendental apagado sin el cual la individuación se evapora, es tal vez el origen de los intentos locos de sustituirlo por su sombra; la singularización.

El alma es pobre de suyo respecto a cuanto la constituye por derecho: inteligencia, razón, imaginación, sentimientos, voluntad, y sin materia a la cual se une formando un cuerpo, privada de materia, carecería de sensaciones y es sólo desde esas sensaciones, percepciones, imaginaciones proporcionadas primordialmente trabajando el cuerpo, que elabora ideas, pensamientos, metáforas, palabras. El alma arrojada sola al mundo sería una habitación apagada, y el cuerpo sin el alma no es "cuerpo". Un alma apagada que no piensa siquiera en sí misma (y es sólo mera posibilidad de pensar, posibilidad posibilitada si se arraiga en un cuerpo) no sabe de su existencia, se ignora a sí misma, es como si no fuera, es nada; el cuerpo inanimado es ciego absoluto, y por lo mismo otra nada; del arraigo recíproco de uno en el otro, del alma en el cuerpo, del cuerpo en el alma, de un ciego en otro ciego, brotan oído y vista, oír y ver. El cómo es posible que el avvicinamiento temporal, breve, en un recinto idéntico produzca este milagro, es lo que debería desentrañar una ciencia psiquiátrica rigurosamente fundada; más allá debería investigar por qué en

ese suelo psíquico parecieran producirse las zonas feraces de la poesía y la ciencia, las zonas áridas del autoilusionarse y automentirse constantemente, y aun huecos vacíos propicios a los delirios, ensueños, pesadillas, angustias y crueldades. La anorexia nerviosa hace postularse más agudamente la pregunta por esos "misterios" al apuntar con su trastoque de la individuación al centro mismo de dicha individuación a ese curioso arraigo de dos vecinos, psique y soma, que comparten mano a mano un recinto entitativo único, lo que llamamos persona humana.

En una paranoia de belleza en que se desea mostrar ante sí mismo que uno es capaz de suspender prácticamente el alimento por largos periodos hasta obtener esa obra de arte, que es hacer de un cuerpo gordo un arquetipo bello", lo importante no será el discurso, sino, como en cualquier artista, la obra lograda, sobre todo si se consigue en esa parte de moldeamiento costoso: el aplastamiento abdominal; obtenido eso, el resto del cuerpo (como ocurre en el paranoico inventor que es absorbido a lo largo de la vida sólo por uno o dos descubrimientos) queda difuminado, esbozado, descuidado, casi insignificante.

La paranoia de belleza sería una paranoia constructiva a base de mostrar, vigilar, revisar y comprobar la obra minuto a minuto, y no una paranoia discursiva fundada en argumentos y coincidencias como las paranoias de invención, de reivindicación (querulantes), de persecución, de celos. El anoréxico parecería deseando mostrar en su esplendor la máxima obra terrena de Dios: el hombre; sus inclinaciones religiosas abonarían una idea de tal especie. Uno de ellos recuerda al pasar que el hombre fue hecho a imagen y semejanza de Dios y debe dar testimonio de eso en todo. Se sorprende al oír que el hombre no es como la imagen inmediata de Dios en un espejo, sino que solamente hecho a imagen y semejanza analógica de Dios, lo que ya es diferente.

Anorexia, erótica, falta de "mundo"

Casi todos muestran tendencia a aislarse, la que tal vez derive del estar absorbidos en su obra y de su miedo a los consejos inoportunos y a las críticas aceradas; sin embargo, cogen la realidad familiar, laboral y social, y guardan un trato dulce, respetuoso y amable. Ante las reprimendas no adoptan actitudes hostiles, más bien se resienten y alejan de los poco comprensivos. Buscan amparo y no amonestación.

"Hay una preocupación por la belleza propia, pero también por la de personas jóvenes del mismo sexo. Se mira a una mujer en la calle algo engordada y el anoréxico se pregunta ¿cómo no se preocupa de mantener un cuerpo bonito? También hay timidez a presentarse en lugares donde hay colegas, compañeros o amigos: si éstos hablan en voz baja, se suponen comentados; en otras palabras, tendencia a la autorreferencia. En la imaginación aparecen en ocasiones representaciones sagradas: Cristo, la Virgen, "con una especie de forzosidad de no poder representárselos sino con cuerpo bello", según lo expresado por dos pacientes.

Uno de los síntomas notorios es su erótica desvaída; prefieren el éxito escolar o profesional a algo similar en el amor; algunos han tenido breves "amistades" con el otro sexo, pero sin hondura afectiva, y sin experimentar la soledad de estar ahora casi marginados de círculos donde pudiesen encontrar pareja. Las necesidades propiamente sexuales tampoco irrumpen con fuerza. Lo patológico pareciera aquí llevado a lo caricaturesco, pues la belleza corpórea fue sobre todo en la mujer puerta privilegiada hacia el amor, y henos ahora frente a un bregar por la belleza hasta la muerte, disociándola de uno de sus fines más puros, la erótica. Se trataría entonces en este delirio de convertir más bien el cuerpo en una obra bella en sí y para sí, en una especie de estatua descarnada.

Por eso es signo claro de mejoría el reasumir los intereses de la carne, el deseo erótico y espiritual, las ansias de casarse y realizar el destino junto a otro.

Se observan por lo demás con frecuencia en los anoréxicos en una área diversa, inclinaciones artísticas de distinta especie y quizás si con primacía del dibujo y la pintura; en los nuestros se daba particularmente en el varón, y uno de sus deseos era llegar a dibujante, ilustrador o caricaturista de periódicos.

Todos eran excelentes alumnos, les disgustaba faltar al colegio aun por prescripción médica, querían entrar en la Universidad y seguir una carrera; es como si su magnitud personal sólo alcanzase altura con una profesión en la mano; eso les permitía servir a los demás y sobre todo asegurarse un bienestar mediano. Respecto a su negativa a ausentarse del colegio, dos argumentaron sin embargo que al volver deberían ambientarse de nuevo, lo que ya tenían conseguido después de años; "los compañeros —decía uno— me mirarán al principio como un recién venido, me preguntarán qué me pasó, y si no quiero quedar marginado deberé reforzar las sonrisas y amabilidades". Tal hecho, igual que la escasa vida social antes señalada, apuntaría entonces también a la inseguridad en su valía personal, o a "poco mundo"; a lo mejor se da por ese lado un nuevo empuje hacia un valorizarse a sus propios ojos, embelleciendo el cuerpo. En todo caso, epítetos como narcisismo, popularizados en las ciencias psicológicas desde fines del siglo XIX, serían difícilmente aplicables en la anorexia nerviosa. El enfermo al parecer no se encuentra merecedor de nada en cuanto persona pura y simple, y por eso sólo le resta como impulso de salvación valorizarse con aquello obtenible a base del propio esfuerzo: la excelencia profesional y la belleza del cuerpo, a lo menos en aquella parte en que difícilmente se logra: el abdomen plano.

Las inclinaciones religiosas y los ideales nobles son frecuentes, lo cual, como también ocurre en la conducta contradictoria de los normales, no evita los raptos de ira, los robos de comida, las mentiras, las obstinaciones, la dureza para con los familiares. La mayoría arrastra por lo demás una infancia azarosa, con padres separados, alcohólicos, tiránicos, madrastras, madres sobreprotectoras, atmósfera sin afecto, a lo cual se agrega todavía el exceso de peso corporal, las bromas y motes vergonzantes en el colegio.

Pierre Janet fue el primero en percatarse de la extraordinaria singularidad del cuadro, atribuyéndolo a un secreto impulso, a guarecerse en la infancia. La amenorrea, la disminución de los senos, la pérdida de grasa en diversas partes del cuerpo debido a la exigua ingesta de alimentos, detendrían el brote de la corporeidad adolescente; los enfermos se negarían a la vida adulta, no sabrían ser independientes. En tiempos posteriores (1939), Liebbrand, citado por Zutt⁷, se adhiere a algo semejante; ve también en los anoréxicos miedo a convertirse en grandes, afán de detener con el ayuno el florecimiento corpóreo.

Los historiales clínicos, sin embargo, no señalan claramente eso; los enfermos aspiran más bien a independizarse y valerse de una profesión; si se les pregunta si desearían volver a la infancia, algunos afirman que tal vez sí, pero de inmediato siguen con sus planes para el futuro, que son de tipo adulto, salvo el que en ellos no entre muy explícitamente el problema del matrimonio y los hijos. Hay, es cierto, una especie de timidez en el enfrentamiento de los demás y por lo mismo cierto miedo a la existencia adulta, pero no muy diversa a la de tantos adolescentes.

La interpretación de Janet y Leibbrand no responde tampoco el por qué ese miedo se daría poco en los adolescentes varones, pues la incidencia del mal es mínimo entre ellos; si fuese un modo de reaccionar más típico de las mujeres, vuelve la pregunta: siendo de hecho tantas las mujeres tímidas, inseguras, nostálgicas de la infancia, ¿por qué un número extremadamente exiguo cae en la anorexia nerviosa? ¿No será necesario postular un factor endógeno sobre el cual actúan múltiples dinamismos psíquicos?

Jürg Zutt ve en la tendencia al aislamiento algo esencial; eso traería la pérdida del apetito —no la del hambre instintiva—, pues el apetito es resultado de la convivencia, del placer de comer con los demás: "Algo totalmente distinto al hambre es el apetito, aun cuando ésta apunte también a la comida... El apetito... reúne a la familia o a los amigos, o a aquellos que quieren ofrecer o testimoniar su amistad. La invitación a nuestra mesa es el primer paso en el camino de la amistad. En la bendición de la comida damos gracias por el pan de cada día, que hace que el hambre no nos alcance. Las conversaciones en la mesa, en las que lo más importante es el cultivo de los contactos interpersonales, mientras que el tema puede ser caprichoso y variable, caracterizan esta atmósfera...".⁸

Más adelante agrega: "Sin embargo, lo decisivo para la cuestión que hemos planteado es lo siguiente: El apetito tiene algo que ver, sin lugar a dudas, con la convivencia y más concretamente con la que se establece entre personas

⁷ Zutt, Jürg. *Psiquiatría Antropológica*. Trad. Federico López Jiménez. Ed. Gredos. Madrid, 1974. Ver Cap. VI: El cuadro psiquiátrico de la Anorexia Nerviosa. Págs. 247-317.

⁸ Zutt, Jürg. *Obra cit.* Págs. 301 y 302.

conocidas que se llevan bien y se alegran cultivándola charlando juntas. La comida en común es el lugar adecuado para tal convivencia entre parientes y amigos. El bienestar corporal y la unión espiritual constituyen aquí una unidad.

“¿Cómo se refleja, pues, el trastorno que presentan los pacientes afectos de anorexia nerviosa en la esfera descrita? Si se tiene en cuenta el síndrome que caracteriza por igual a los distintos casos, no cabe duda de que es este ámbito el que se ve alterado. Parece existir una necesidad de comer, aun cuando los pacientes suelen hablar con frecuencia de que ya no tienen en absoluto sensación de hambre. De vez en cuando se informa que, aunque sea en secreto, toman grandes cantidades de alimentos. A pesar de ello el trastorno es, según parece, muy profundo, llegando a presentarse casos de muerte por inanición. El apetito propiamente dicho, el placer y la alegría de comer, sufren una grave alteración.

“El evitar tomar parte en las comidas en compañía es un síntoma especialmente característico de la anorexia nerviosa. En él no se expresa únicamente el cambio efectuado, con respecto a las comidas, sino de igual modo el otro síntoma psíquico cardinal, la perturbación del contacto interpersonal propio de la enfermedad, el aislamiento. Se trata de un aislamiento específico que se pone de manifiesto en la mesa¹³.”

Las novedosas ideas de Zutt tratan de coger el fundamento de la anorexia nerviosa; provocando el aislamiento familiar y aun social, el apetito, que a diferencia del hambre se orienta justamente a la amena compañía en torno al guiso, perdería su razón de ser. Enfrentada con la teoría de Janet, del miedo a dejar la infancia, parece más cercana a lo observado. No obstante, caben reparos; así, es frecuente en los enfermos el deseo de no alejarse del hogar en las horas libres, de tener próximo a alguno de sus padres, o lamentar el distanciamiento de éstos si son autoritarios o poco afectuosos; en algunos la exigencia de tenerlos al lado llega a lo caprichoso, como lo observa en uno de sus casos el propio Zutt, y en la entrevista médica se quejan si no se les dedica bastante tiempo; ahí gustan de la charla cordial y de la preocupación por sus problemas. En el colegio son estimados por compañeros y profesores. En la Clínica si no se les exige nada, se sientan a la mesa con otras enfermas y conversan mientras éstas comen; en ocasiones, tal vez para no llamar la atención, buscan asientos aislados, pero fuera del comedor se acercan o dejan acercarse a otras y conversan ratos largos; pasan también mucho tiempo en su pieza mirándose al espejo, maquillándose, eligiendo vestidos para salir al patio, o ir a las sesiones del Club de Pacientes o de Terapia Ocupacional. Ciertamente, a lo menos las conocidas por nosotros, no son lo que se llamaría personas conversadoras; parecen tener demasiado tacto, lo que a su vez les hace prudentes en exceso para incorporarse de buenas a primeras a un grupo, por miedo quizás a entrometerse de manera inde-

¹³ Zutt, Jürg. Obra cit. Págs. 302, 303, 304.

vida. Todos insisten en que en su casa los obliga a inventar pretextos para no comer con los suyos tanto la inevitable mirada de los familiares a la cantidad y la calidad de lo ingerido como las alusiones a la baja de peso y las reprimendas de regla.

Sin desestimar la interesante opinión de Zutt, digna de investigarse a través de mayores observaciones, creemos, mientras tanto, que el aislamiento no es lo primario, sino secundario al obstinado deseo de vengarse de la antigua gordura, de los sobrenombres, de la pose satisfecha de los compañeros, amigos y familiares de buena figura, derrotándolos ahora en delgadez. Lo dicho más atrás por una de nuestras pacientes, en el sentido de que le encantaría comer en compañía de personas ni muy cercanas, ni muy distantes, a fin de evitar preguntas o recomendaciones sobre lo que debería servirse, es muy ilustrativo; esa misma paciente ha ido a restaurantes con amigos comprensivos, ha pedido lo que le gustaba, ha disfrutado de la charla y está a la espera de ser invitada nuevamente: cada vez pide carne ("pues no engorda"), verduras, frutas, absteniéndose de alimentos grasos y masas en general, salvo las golosinas, que constituyen una curiosa excepción en los regímenes de los anoréxicos. Sobre la tendencia a pasteles, chocolates y cosas dulces, cabrían fáciles interpretaciones —desde luego, retorno a la niñez o suplencia de afecto—, pero no se coordinan bien con el resto del síndrome: el denodado esfuerzo en lo profesional, pese a sus esmirriadas energías, su preferir el aislamiento al halago con tal de realizar sus irrenunciables aspiraciones. Si se analiza el cuadro en su conjunto, no se pesquiza un afán de notoriedad orientado a conseguir objetivos inmediatos, burdos, concretos, gananciosos, como por ejemplo en la histeria; al respecto, es difícil estar con ellos sin que se advierta, al revés de la histeria, una auténtica y persistente finura espiritual; es justo lo que les convierte para el médico en algo espontáneamente conmovedor.

En suma, mientras se adelanta en la investigación clínica, nos parece que la anorexia nerviosa dada en su pureza es una de las tantas y variadas formas de la paranoia, en este caso un delirio de belleza. Su inclusión en un cuadro de fondo endógeno, pero movilizado y estructurado desde lo psicogenético, no excluye el que haya anorexias sintomáticas esquizofrénicas u orgánicas. Por otra parte, el que tengan aquel fondo no deja de lado de ninguna manera la existencia de trastornos endocrinos o bioquímicos en su base; es difícil suponer perturbaciones morbosas (como tampoco las expresiones sanas del alma) sin una coparticipación íntima de cuanto tenga que ver con las funciones corporales.

Ubicada entre las paranoias, un buen tratamiento sería el carbonato de litio, que usamos desde hace años en tales cuadros, a lo menos en el apagamiento de ciertos delirios: la vecindad entre paranoia y psicosis maniaco-depresiva fue señalada ya a principios de siglo por algunos clásicos; en ambas hay por lo menos tendencia a ondulaciones fásicas; en ello nos basamos al iniciar esta terapia, cuando recién empezó a usarse también en la prevención de depresiones y en la cura de manías. Desgraciadamente el estado somático de los anoréxicos

no permite el recurso del *litio*, dadas sus peligrosas consecuencias en un organismo que en cierto modo trabaja a medias. Sin embargo, hemos tenido cierto éxito con el uso prudente de antidepresivos tricíclicos, triptilinas, junto a veces a pequenísimas dosis de insulina, siempre que ello se haga dentro de una adecuada atmósfera psicoterápica y espiritual que los abarque a ellos y a sus familiares. Son pacientes urgidos de amistad y esclarecimiento íntimo. Deberían ensayar psicoterapias, ya con anoréxicos puros, ya tal vez con anoréxicos y personas sanas de relativo exceso de peso, pero que asumen desde otros puntos de vista dicha contingencia. No se debe olvidar tampoco el análisis con los enfermos, de los posibles orígenes históricos de la tendencia en boga a exaltar cuanto contribuya a la esbeltez de la figura a costa muchas veces de otros bienes tanto o más valiosos; es un análisis que a la mirada ligera pudiera parecer sabido y hasta trivial, sin embargo, llevado más a fondo, hasta su verdadera historicidad, resulta en muchas ocasiones sorpresivamente revelador para pacientes que dejados a su suerte pueden acabar en el desastre.

Anorexia, edad y sexo

Casi no hay anorexias nerviosas después de los veinticinco años, y las de antes tienden a remitir pasada esa edad; persisten es cierto “vagos sustos” al verse de repente engordadas y tal vez cuidado al escoger comidas; pero salvo el temor a recaer en el antiguo infierno, lo experimentado ya no se diferencia mucho de los sentimientos de cualquier mujer en situaciones similares. Sin embargo, recordamos haber sabido de un caso larvado en su juventud —demasiada preocupación por un cuerpo hermoso—, que empezó a exagerarse en la madurez hasta mostrar todos los signos clásicos del cuadro; comía cada vez menos y adelgazaba en forma alarmante; se perdió tiempo en exámenes somáticos exhaustivos, escapándose la naturaleza del proceso; un día cualquiera falleció; se dijo que “había muerto de hambre”.

Tales excepciones, como también la existencia de algunos anoréxicos hombres, no niegan la esencial relación del cuadro con la adolescencia y la femineidad: deja meditando justamente el hecho de que mientras los delirios centrados en la esfera del amor (celos, erotomanías), de la justicia, de las grandes invenciones o exaltaciones personales, surgen en cualquier edad y sexo, con discreta preferencia por lo masculino y lo femenino en unos u otros, el delirio de belleza en cambio se ubique casi sólo en el orbe femenino. Si el delirio es la codicia desbordada por algo, y en el caso de la anorexia nerviosa por un cuerpo bello, no deja de ser curioso que la aspiración natural a lo bello cuando alcanza dimensiones extremas, ajenas ya a la armonía y al ritmo, haga irrupción exclusivamente en el alma de la mujer, y en especial de la mujer adolescente; las otras se someten incluso a cirugía estética, es cierto, pero más que la belleza en sí, buscan la juventud. Si la exclusividad de un delirio es reflejo de la substantividad misma del asiento del alma, y no una mera arbitrariedad, la anorexia ner-

viósa parecería mostrar que la belleza es el asiento del alma femenina, casi su fundamento ontológico.

Anorexia y homosexualidad

Quizás cabría pensar que los hombres afectos a este mal no hiciesen excepción a lo dicho más arriba, pues pudiera darse en ellos una desviación del sexo de tipo homosexual, aunque nos adelantamos a expresar que para nosotros homosexualidad masculina no es sinónimo de femineidad de alma. Sin embargo, en los pocos casos de anoréxicos hombres investigados no hemos pesquisado síntomas de *homosexualidad genuina*, por ejemplo *el síntoma descrito por nosotros como patognómico del cuadro: el reconocerse entre sí los homosexuales en la calle o en cualquier parte a través de un rápido, fugaz, resbaladizo contacto con la mirada, sin equivocarse nunca, aunque sea la primera vez que se encuentren*. Los sueños homosexuales a lo más confirman, orientan, pero no tienen el carácter patognómico de la identificación por el cruce de las miradas que jamás engaña. Este síntoma, ya consignado en nuestra obra *Psiquiatría* (1959), no se da en las otras formas de homosexualidad: reactivas, sintomáticas, circunstanciales, experienciales, formas de las cuales también escapan los anoréxicos nuestros. El otro síntoma valioso en el diagnóstico del homosexualismo genuino es que las fantasías eróticas y los sueños sean sólo con seres del mismo sexo, e incluso que cuando hay relaciones sexuales con el sexo ajeno, se imaginen fuertemente que están complaciéndose con uno de sexo idéntico; sumado al del reconocimiento inmediato de homosexuales a través de la mirada fugaz, da un diagnóstico prácticamente seguro. *Uno de los misterios impenetrables del hombre es el de que mientras los homosexuales reconocen de inmediato entre ellos su orientación erótica, los heterosexuales sean incapaces de saber con certeza cuál es la verdadera orientación sexual de personas vistas al pasar*. Así ningún heterosexual se percata a base de simple observación ordinaria, como la mirada ya descrita, si quien está al frente bajo apariencias varoniles es hetero u homosexual, o si la mujer con quien conversa es normal o lesbiana. Los engaños al respecto son múltiples, incluso a veces después de largos "pololeos"¹⁰. *La inermidad del ser humano heterosexual para identificar de manera intuitiva, inmediata y segura el sexo del otro, una de las cosas más importantes para la vida, es de esos cerrados enigmas que, según creemos, no han señalado los investigadores. De hecho, ni en nuestros pacientes, ni en los que nos han referido otros médicos se han mostrado signos sospechosos de ninguna especie.*

Belleza y apetencia de lo absoluto

Prescindir de la belleza corpórea propia significaría para el anoréxico un salto demiúrgico fuera de su propio ser. Quizás haya un enlace más íntimo que el su-

¹⁰ Pololeo = chilenuismo para designar en la relación amorosa el periodo del prenoviazgo.

puesto entre el ansia desordenada de belleza y la religiosidad nueva, súbita, descrita en ellos por Zutt y otros autores y manifiesta en varios de los nuestros; diera a ratos la impresión de querer coger la santidad a manos llenas; algunos se convierten incluso de repente, los de más allá empiezan a leer la Biblia con ardor antes no acostumbrado; enseguida se enfrían nuevamente o retornan a una piedad floja. Proust en *A la Recherche du Temps Perdu*, cuyo título primitivo fue *L'Adoration Perpetuelle*, ve en la persecución exclusiva de lo bello una aproximación casi táctil a la inmortalidad y a lo Absoluto, aunque esto pese a todo se le quede a él al fin enredado entre lo perpetuamente dudoso; confiesa con angustia: "Veo todo lo percible hasta el horizonte, pero me interesa lo que está al otro lado del horizonte". Cuando hay largo trato con los enfermos de anorexia nerviosa, con sus ansias religiosas, con su preocupación desbordada por lo hermoso, se adquiere la impresión de que la persecución mundana de la propia belleza por vías tan raras y gozosas, junto a su repentina e inconclusa religiosidad, fuesen a ratos una especie de asomo brusco a lo divino, algo similar al éxtasis de Proust ante la pequeña frase de la Sonata Vinteuil: "la aproximación más atrevida a las alegrías del más allá".

HISTORIAS CLINICAS: Se describen seis casos de pacientes de Anorexia Nerviosa atendidos por el autor.

P.J.D.S. Ficha Clínica Nº 18001. Clínica Psiquiátrica Universidad. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Facultad de Medicina Santiago Norte, Universidad de Chile.

Se hospitaliza por primera vez el 7 de abril de 1978; se va de alta del 24 del mismo mes para reingresar el 5 de mayo y salir tres días después levemente mejorada. Viene de un Servicio de Endocrinología por Anorexia Nerviosa, diagnóstico coincidente con el hecho acá.

Tiene 16 años y es la mayor de un matrimonio de tres hijos, matrimonio separado hace algo más de dos años.

Padre se ha preocupado sólo de ganar dinero, delegando el manejo de la casa y de los niños en su mujer; le decían: "papá-cheque". Después de 1972 tuvo dificultades económicas y en 1975 se fue a trabajar a otro país sudamericano; allí hace vida marital con una funcionaria de la firma donde trabajaba; mantenía esas relaciones amorosas desde cuatro años antes.

La madre, Profesora de Idiomas, es activa, eficiente, ordenada, trabajadora, controladora y exigente con sus hijos.

Los hijos, de 16, 14 y 13 años respectivamente, son estudiosos, de buena conducta, aficionados a los deportes.

A la paciente la describe su madre como: muy responsable, constante, esforzada, poco sociable, triste, pesimista, sin humor, demasiado dedicada a los estudios; con frecuencia la reemplaza en el cuidado de la casa y de los herma-

nos. Sus únicos amigos son sus primos. Muy afectada por la separación de sus padres, pero desde que éste le explicó "que el amor se termina", ha abordado el hecho con lógica fría. Además del colegio, estudia Inglés desde hace 8 años en el Instituto Chileno-Británico; participa en competencias de natación; ahora su madre se lo ha prohibido.

A fines de 1976 la notan hermética, retraída, con gran preocupación religiosa; iba regularmente a misa y ayudaba a servir almuerzos a niños protegidos por la parroquia.

A principios de 1977 repudia alimentos a base de carbohidratos; acepta carne a la plancha, pollo desgrasado, pescado al vapor, frutas y mariscos. A lo largo del año la comida se hace más y más selectiva; elimina los plátanos y todo lo dulce, salvo las frutas.

La familia se adapta y come en acuerdo a sus gustos. En el verano se va a Quito; allí su único alimento es casi el café; proyecta quedarse un tiempo largo, su padre guarda silencio y ella se siente rechazada; al regreso también se cree rechazada por su madre y desaparece de la casa por nueve días. Llega en Quillota a casa de su abuela paterna diciendo que nadie la quiere. Regresa un día antes del comienzo de las clases.

En 1976 se suspenden las menstruaciones, normales antes durante un año y medio. No han vuelto a presentarse.

Ingiera en esa época hasta cuatro kilos de almejas, langostinos, frutas o ensaladas con mucho limón. No hay molestias al comer, ni sensación de asco. Presionada por su madre para que cambie de actitud, dice que tiene una especie de muro frente a ciertas comidas, y le confiesa que su delgadez es excesiva y fea; usa pantalones para "no verse tan flaca". Habría aceptado un tratamiento con hipnosis para superar el problema.

Ingresa a la Clínica en abril de 1978 pesando 28 kg.; su peso normal era de 37 kg.

El primer día habla de la pena provocada por la separación de su padre, que al principio creyó transitoria; al darse cuenta de su error se pone, según ella, "no ya introvertida, sino hermética". Siempre le preocuparon "las calorías, la delgadez y el aspecto", pero desde febrero de 1977 decidió ponerle coto al asunto rechazando lo engordador. Muy apegada a su padre, con quien "comparte introversión y gusto por la lectura". Se reconoce "sobreprotectora con sus hermanos, de gran sensibilidad social y deseosa de surgir intelectualmente"; le gustaría ser psicóloga. Es la de menor estatura y los endocrinólogos le han dicho que ya no crecería.

Cuando cayó en amenorrea, aún comía bien y su peso era "el de siempre", alrededor de 40 kg. Al empezar el régimen, nota ya que prefiere comer a solas; a partir de entonces, si su madre la exige, guarda la comida en un papel y la arroja a la basura. Come a hurtadillas jaleas, dulces, aun cuando prefiere "lo salado". Busca el afecto de todo el mundo. Defeca diariamente, pero con lentitud.

Respecto a su delgadez dice: "no me encuentro enferma; estoy bien así; me gustaría aumentar de estatura, pero no de peso, o bien, un poquito; las gordas son como cosas, bolsas; las flacas son quizás más personas; me molestan ropas y cinturones apretados". No se asombra al mirarse al espejo; le gustaría un busto mayor.

En su Pabellón se le ve amable, tranquila, conversando; con el mismo aire afectuoso se acerca al médico. Las respuestas son breves, inmediatas, atinentes y de franca colaboración.

En los días siguientes el diálogo se hace más fluido y amistoso. Confiesa frecuentes imaginaciones románticas de noviazgo, pero también imaginaciones de alimentos. "Las últimas —dice— son fantaseando con frutas o queso; me agradan; vienen en general en horas en que me tocaría comer, pero no me impulsan a buscar comida, o si esto ocurre es ocasionalmente; muy de tarde en tarde aparecen en la noche y no me incitan a nada". Se le pregunta si imagina dulces, tortas, masas; hace un gesto de repugnancia y contesta: "no, no, nunca".

Prefiere una alimentación furtiva, una fruta sobre un mueble por ejemplo, y no esa misma fruta vista a la hora de almuerzo; entre comer a solas o con su familia, le agrada mucho más lo primero, pues se siente controlada por ésta con respecto a los consumos.

Al mirarse al espejo se encuentra bien parecida: "si me encontrara siquiera un poquito más gruesa, me sentiría mal; nunca me aconsejaron no comer, pero he leído mucho sobre la necesidad de cuidar el cuerpo; admiraba a esas niñas esbeltas que aparecen en la televisión y me agradaría ser como una de ellas; si un hada con una varita de virtud me ofreciese algo, yo le pediría la alegría, y como alegría, ser bien delgada. Una mujer triunfa con bondad, generosidad y belleza; una gorda tiene también abiertas las puertas de la felicidad, pero yo si engordara jamás podría serlo; gorda me sentiría como algo pesado, feo, sin apelación; creo que la gordura es de las cosas más feas que hay".

No se comprende con su madre, talvez debido a que ella, la paciente, es muy cerrada, y sigue echando de menos a su padre, por ejemplo, cuando ve en la calle un matrimonio feliz.

Le es grato centrar la atención gracias a su problema, pero le molesta que le insistan en comer. No es regalona, ni le gustaría serlo, tampoco que la tomen "como niña chica"; su ideal son los 18 años, el ingreso a la Universidad y enseguida casarse y tener niños.

Algunos días ha almorzado carne, quesillo y frutas; otros, prefiere comer a hurtadillas. Constipada; usa salvado de trigo para defecar. En ocasiones después de abundante ingesta de frutas tiene sensación de pesada plenitud abdominal; en otras ocasiones experimenta "el movimiento del intestino en concreto", pero no el tránsito de alimentos, esto a cualquier hora. El apetito le sobreviene por unos diez minutos dos o tres veces al día; en tales momentos se imagina comiendo fruta, quesillo o carne; lo último cuando ve en una revista propaganda al respecto. Dice: "si me viene la racha del apetito y me sir-

ven puré de papas, arroz o tallarines, no me los como; el apetito me continúa, pero es selectivo, es de otros alimentos; al revés, puedo comer sin apetito y sin dificultad cosas que no engordan"; agrega más adelante: "me gusta comer sola, de pie, en la cocina; cuando estamos todos en la mesa hay una especie de rechazo inconsciente a mi mamá, tal vez porque me obliga a comerme el arroz u otras cosas; es un miedo a ella desde chica; mi papá era muy débil y mi mamá debía llevar las riendas de todo; antes cuando me obligaba a comer incluso queso, yo me rebelaba; era como que ella no me dejaba ser yo misma, negaba mi libertad".

Se le encuentra con frecuencia mirándose al espejo y confiesa verse bonita, atractiva, "aun cuando los demás piensen lo contrario". "Me mantengo flaca por agradarme a mi misma; si de tarde en tarde me viene apetito e intento comer, la voz de la conciencia repite insistentemente: no lo hagas, te pondrás guatona, horrible. La razón me hace notar que no puedo seguir enflaqueciendo, pero es menos fuerte que la voz íntima... Cuando hace dos años empecé con el régimen y comentaban: ¡qué flaca estás!, me sentía feliz y desde entonces no me he sacado la idea de la cabeza".

Cree que comería sin problema si supiese que engordaría un poco de la cara o de los brazos, "pero desgraciadamente lo primero que aumenta es la guta, la barriga, y eso es terrible, insoportable". El tema del horror al aumento de volumen del abdomen vuelve con insistencia en diversas entrevistas.

Hace un cuarto de hora de gimnasia todas las mañanas desde el principio del régimen, además de las clases de gimnasia del colegio.

Durante el primer ingreso sube un kilo de peso; come carne y algunas cucharadas de sopa, además de frutas, verduras y quesillos. En el segundo ingreso, ocurrido a los pocos días, deprimida "por su atraso escolar debido a las faltas a clase", muestra casi idéntica sintomatología. Se logra nuevo aumento de peso de medio kilo. Se la trata en ambas ocasiones con antidepressivos tricíclicos, meleril 100 ml. y 10 u. de insulina en ayunas.

En controles posteriores se nota algo mejor; ha subido dos kilos más, almuerza mejor, pero persiste su idea "de ser flaca, no tener barriga y, si es posible, comer sola". Desea estudiar ballet. Su alimento, según la madre, es ahora muy bizarro: frutas con queso, betarragas con tocino, etc.

Mientras estuvo hospitalizada la alegraban las visitas de familiares y compañeras. Le preocupaba esos días su falta de concentración y memoria, dado su interés por el estudio; sabía que mejorando el alimento, aquello desaparecería, pero el pánico a engordar del abdomen, a notar que la pollera o los pantalones le quedaban estrechos, la anonadaba, haciéndole preferir la delgadez. Actualmente su concentración está bien el ánimo ha mejorado, el apetito abarca mayor gama de alimentos, excluidas, por cierto, masas y grasas.

Ingresa al Departamento de Psiquiatría y Salud Mental el 29 de marzo de 1978; primer alta el 31 de marzo, para reingresar sucesivamente el 5 de abril, el 3 de mayo y el 8 de mayo; sus estadas, salvo la más reciente, son de breves días, volviendo a su casa a petición propia; la última alta es del 2 de junio de 1978; desde entonces se observa mejorado.

Es un adolescente de 16 años, estudia 2º Medio en una Escuela Industrial; se especializa en Artes Gráficas. Es el menor entre cinco hijos. El padre, antes jefe de bodegas de empresas de construcción, trabaja ahora como cuidador de autos. El hijo mayor tiene un modesto empleo y ayuda económicamente a la familia. La hija mayor, casada, vive fuera del hogar paterno. El tercero, de 22 años, un posible esquizofrénico, es drogadicto, no trabaja ni estudia; vive solitario. Un hermano de 18 años dice: "hemos sido criados de manera distinta a todos los demás. Somos serios, hermanables, pero sin real comunicación entre nosotros".

La madre, de 45 años, desempeña con inseguridad su papel de madre: "Nunca supe si lo hacía bien con mis hijos; antes no había a quién preguntarle esas cosas; yo hubiera querido que me dijeran cómo debía hacerlo. Tenía proyectos grandiosos para ellos; ahora veo que de cinco hijos, tres son un problema, un fracaso". Las relaciones conyugales fueron por muchos años muy malas; él bebía en exceso y llevaba vida sexual promiscua; confiesa con amargura: "Yo sólo mantuve mi matrimonio por mis hijos, y ahora mis hijos respetan más a mi marido, que no ha sido un buen padre, que a mí, sólo dedicada a ellos". Respecto a V., nuestro enfermo, lo describe como muy dependiente, insolente, rebelde: pide comida y protesta por no ser como la que a él le gusta; "me tiene esclavizada, me reta y acusa de querer que él se muera". Buen rendimiento escolar desde su ingreso a la Escuela a los 6 años; antes de la anorexia obedecía y cooperaba en las labores domésticas.

A los 14 años, V. cambia de manera de ser; la familia lo nota pensativo, huraño, irritable. El año pasado se agrega desinterés por todo; deja de ver televisión, le cuesta concentrarse, se relaciona exclusivamente con los compañeros de colegio; en las horas libres, incluso sábados y domingos, se queda en su pieza dibujando. Hasta los 15 años "editaba" una revista escrita y dibujada por él, en la que comentaba la vida de la casa, cobrando por ello a los familiares pequeñas cantidades de dinero. Hacía "películas", tiras de papel también dibujadas y proyectadas con una máquina de fabricación personal. A partir de los 15 años abandona todo esto y empieza a leer la Biblia; hasta entonces no había demostrado interés por la religión de sus padres, "Testigos de Jehová", pero ahora ve que la Sagrada Escritura "puede ayudar"; gracias a ella, entiende que procede mal al no comer, aislarse e irritarse.

En el verano de 1977 pierde el apetito y deja paulatinamente de comer; a mediados de invierno, debido al grave adelgazamiento, la familia se preocupa; es hospitalizado; él, en cambio, acepta su estado con grato asombro, pues antes intentaba bajar de peso sin éxito; se decía: "ahora voy a aprovechar de adelgazar, ¡qué bueno!". En junio y julio de hecho no comía casi nada.

Desde muy niño, muy apegado a su madre, "por ser el menor" y por su carácter "retraído y sensitivo"; tendencia constante a sentirse postergado, en especial cuando en la infancia sus hermanos no lo incluían en sus juegos; hasta los 10 años le encantaba dormir con su madre si el papá estaba ausente; desde esa época no lo hace, "porque le da vergüenza".

Al salir de alta del Hospital J.J. Aguirre en noviembre de 1977 pesaba 44 kg.; en marzo del 78, al ingresar a la Clínica Psiquiátrica Universitaria, pesa 37 kg.

Acá, desde la partida duerme bien, come espontáneamente, pero con penosa lentitud: dulces, sopas, café con leche. Un día se sirve un sandwich de jamón y aparece ligera gastralgia. Confiesa tener apetito, "ya que en semanas anteriores, sin apetito, y sin saber por qué, come". Se imagina con frecuencia "dándose banquetes con pescado al horno, café con leche y tostadas, dulces, mariscos variados"; tales imaginarias a veces le abren el apetito, a veces no. Percibe el movimiento de los intestinos a cada rato y teme, dado su estreñimiento, que se le obstruya y llene de excrementos. Abundante uso de laxantes. Le gusta la ropa ancha en la región abdominal, pues si algo le aprieta ligeramente, viene sensación molesta, insoportable, en toda la zona. Se lo pasa mirándose al espejo, y "no se encuentra flacuchento ni un atado de huesos como le dicen", aun cuando a ratos suele darse cuenta de su delgadez; agrega al respecto: "a lo mejor cuando me veo flaco me equivoco; me pasa lo de mi mamá; ella se mira al espejo y dice: '¡qué gorda estoy!', y los demás le decimos: pero, mamá, si no está gorda ni flaca; lo mismo me puede ocurrir a mí en los momentos en que me veo delgado; en el fondo, me encuentro bien y no flaco; antes era gordo, ahora estoy bien; no me gusta ser gordo; en general la gente se burla de los gordos; si fuera gordo, no se reirían de mí, pero podrían de repente sobrevenir tallas y cosas molestas; los gordos se ven mal, en especial los de la barriga; la gordura es fea y la guata peor". Ignora por qué desde pequeño desea ir a restaurantes con toda su familia.

Dado de alta reingresa el 5 de abril por no haber comido en los últimos tres días, y si lo hace a la fuerza, aparecen náuseas. Inapetente. El 6 de abril se siente de buen ánimo; durante la semana, actividad onírica llena de pesadillas, y la última noche como que se sentía en medio del sueño "en desagradables aventuras de película". Sigue agradándole la ropa suelta; un cinturón o cualquier cosa que le apriete la cintura desencadena insoportable sensación de desagrado (disestesia). Experimenta ahora en menor grado, si come, la sensación de abultamiento abdominal y de movimientos intestinales. Le apetecen dulces, galletas, leche, queso, jugos de fruta, y nada las masas y el pan; si le hicie-

sen comer lo último, sentiría vulnerada su libertad. Respecto a si su agrado por determinados alimentos es movido por la posibilidad de subir o no de peso, contesta: "sólo manda el gusto, pues chocolates y dulces aumentan el peso y sin embargo me encantan". Por lo demás, agrega: "el apetito y el peso están en segundo plano y da lo mismo quedar inapetente; lo interesante es sacar adelante la profesión y tener un cuerpo estupendo, bonito, no gordo como el de ahora; nada de barriga; si le tengo miedo a quedar en los huesos, es más bien por el peligro de despacharse, morirse, no poder moverse, como me pasó ya una vez; fuera de eso, la flacura es bonita". No se acostumbra a estar lejos de su mamá y reconocer ser regalón.

En días posteriores confiesa no haber tenido náuseas, ni vómitos, disminución de las imaginерías reiterativas en torno a restaurantes magníficos, comidas bien servidas, manjares agradables, locales entretenidos con mozos elegantes, etc. Le sigue atrayendo mirarse a cada rato al espejo para ver "cómo está de gordo, o si es cierta la flacura de que habla la gente, pese a encontrarse en la proporción justa, aun en los momentos en que le han dicho que está en los huesos".

Se aterra al pesarse, porque ha subido unos pocos gramos; comenta el hecho: "talvez es un complejo; era gordo y en la escuela se reían de mí; huyo de la gordura como manera de evitar la humillación y el ridículo. Cuando veo un gordo en la calle, es casi como ver un cojo, un ciego; lo compáezco: me da pena por lo que debe sufrir... Creo que el cuerpo flaco es más bonito, atrae más, no por atraer más a las mujeres o enamorar más, sino porque es bonito. Lo que más me importa es la figura bella; me gustaría llegar a un peso ideal, pero estoy perdido respecto a cómo debería ser esa figura ideal. Ahora me dicen: ¡por Dios que estás flaco!, y yo me encuentro bien al mirarme en el espejo; me encuentro justo en ese término medio entre gordo y flaco, y no les creo; supongo que se equivocan, porque me comparan con la época de mi gordura; siempre supongo a los demás equivocados y yo en la verdad, ni siquiera creo que me mientan por celos o envidia, si me someto a tratamientos es porque a veces me pongo reacio a comer y empiezan las discusiones con los familiares; ellos tal vez tienen razón y yo en cambio me veo bien en el espejo y viene la contradicción. A lo mejor no como para que se preocupen de mí y no me dejen de lado; quiero ser el centro, el punto de mira, y no uno de los tantos; quisiera quitarme eso de ser centro, y eso de mirarme equivocadamente al espejo; no sé de dónde me viene eso de que hablen todo el día de mí: que estoy enfermo, que me va bien en el colegio, que se preocupen de mi salud; tal vez se originó la primera vez que me enfermé; me llevaban las cosas a la cama, me regaloneaban, y veía que a otros enfermos les ocurría lo mismo".

No se masturba, no tiene fantasías sexuales y no experimenta el deseo de conocer mujeres; le encantaría tener amigos.

El 13 de abril amanece con dolor en forma de puntadas en la región hipogástrica; "siente llena de agua esa parte"; lleva tres días sin obrar, toma laxantes, pero cree no haber evacuado todo, a lo cual se debería el dolor.

Se ve más gordo, pero por segunda vez, igual que en el verano, no le importa. Agrega: "si se pudiera engordar de los brazos, de la cara, no me importaría; por desgracia, de lo primero que se engorda es del abdomen y eso hace sentirse ridículo; de lo demás hasta me gustaría".

Al día siguiente cuenta que come con libertad, y aun cuando el alimento sea abundante, no le deja sensación de peso gástrico: "me siento más libre frente a mi mismo en relación con los guisos; hacia tiempo que no experimentaba el agrado de esa libertad. No hay tampoco imaginaria en torno a los alimentos; desaparecieron hace días; no las tengo. Sólo lo del pantalón apretado me sigue; me preocupo de que queden sueltos".

Se va de alta el 17, pesando 44,200 kg. Había llegado con 37 kg.

El 24 de abril viene en consulta a la Policlínica; salvo cierto desgano corporal y el estreñimiento, se siente mejor; no hay disestesias abdominales al abrocharse el pantalón; pocas imaginarias referentes a comidas, e ingiere "hasta legumbres que antes no había comido nunca". "Tengo, sin embargo, miedo a engordar para no ser barrigón".

El 2 de mayo consulta de urgencia, porque le molesta en exceso la ropa; en la noche duerme desnudo, y se le hinchan los pies y las rodillas; persiste en cierto modo el apetito; se le ve decaído y pálido.

Reingresa el 8 de mayo con múltiples molestias corporales. Dice: "es como que me ha crecido el pecho, el abdomen; me lleno de gases; recién comido siento el alimento y un estado nauseoso, pero no logro vomitar; tengo miedo de ponerme guatón, porque me vería feo, deforme; me veo ridículo porque me crece el puro tronco, el abdomen, y no los brazos; ahora tengo más miedo, porque tengo gran apetito; desde chico me tomaron para la burla por ser gordo; que los demás tengan el abdomen abultado no me importa, pero tenerlo yo, me importa; no me gusta tener esa figura".

Los días siguientes se nota algo menos angustiado; come con apetito; le repugnan la miga del pan, la grasa de la carne, los tallarines y el arroz, y por dos razones: "porque me acostumbré a no comerlos, y por miedo a ponerme barrigón". Le molesta el cinturón de los pantalones: "no es el apretón mismo; es una sensación muy desagradable que no se puede describir".

Sueña todas las noches con "una casa mejor, una escuela bonita, una vida muy linda", y al despertar le da rabia al contrastar eso con su propia realidad.

El apetito sigue bueno y le preocupa, pues ha subido de peso y nota "ya la levantada del abdomen; se pone duro y abultado, se empieza a ver horroroso y ése es mi problema".

El 17 de mayo presenta distensión abdominal y dolores cólicos; mejora esa misma tarde.

El 25 del mismo mes asegura no preocuparse demasiado del alimento y de su figura; ahora no pasa mirándose el abdomen; persiste la disestesia abdominal al ceñirse el pantalón. En cambio lo inquietan sueños ingratos repetidos ya una semana y cuya descripción es así: "me veo en el colegio, en la casa o aquí

en la Clínica, desganado, preocupado del alimento y de mi mala figura gorda, y sufro; es como que en el sueño tengo todos los problemas de mi enfermedad; me siento guatón; es una pesadilla; no es que me vea guatón en imagen, me siento guatón; en buenas cuentas, lo experimentado antes en el día aparece ahora íntegro en la noche”.

En los días posteriores mejora, se mira aún bastante en el espejo: “y de la cintura para arriba” con el objeto de no visualizar el abdomen, cuyo aumento, siquiera mínimo de volumen, “le llena de pavor”. Desaparecen las escenas oníricas ingratas.

El 2 de junio se siente con buen apetito, deseoso de volver al colegio y a su casa; se alimenta como los demás pacientes. “Ahora —dice— lo paso bien y me siento comprendido; como cualquier cosa, salvo la miga del pan; otras veces he mejorado, pero ahora es distinto; me siento bien en todo sentido; antes tenía humor alegre y pasajero; ahora lo mantengo todo el tiempo; me encuentro firme para las tallas y bromas que antes me apabullaban; lo sucedido es que desde chico me echaron montones de tallas y con eso me minaron. Lo de la guata se me va quitando poco a poco; no se puede comparar con lo terrible de antes; ese estarse mirando a cada rato para ver si estaba más abultado o no; era un pánico de tener la guata grande y por eso estaba al cateo”.

Se va de alta en buen estado físico, con un peso de 58,500 kg. Examen neurológico negativo. El examen endocrino continúa, pero no ha revelado hasta ahora nada especial.

En los controles posteriores continúa bien, sin disestesias abdominales, estreñimientos o imaginaciones o sueños referentes a alimentos. Sigue en sus estudios. Leve preocupación por su posible prominencia abdominal. No controla su figura al espejo.

F.M.I. Ficha Clínica N° 15035. Clínica Psiquiátrica Universitaria.

Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Facultad de Medicina Santiago Norte. Universidad de Chile.

Enviada desde el Servicio de Endocrinología del Hospital J.J. Aguirre. Tiene 24 años y es arquitecto. Aparece con un peso de 25 kg., inapetente, quejándose de disestesias abdominales si le ciñe la ropa, preocupada por laxantes que le apresuren la digestión, y según dice, con intensas imaginaciones en relación con comidas de su agrado, imaginaciones que duran pocos minutos y se van, para repetirse tres o cuatro veces al día; en ocasiones, agrega, despiertan incluso apetito real, en ocasiones, “apetito imaginario”. pues, esos mismos guisos si están ahí la dejan indiferente. Consulta con agrado en vista de la recomendación de su endocrinólogo, y después de varias sesiones en que se conversan ampliamente sus problemas, cree sentir alivio frente “a la tiranía de los alimentos”, y más libertad “ante la vida social con personas de la familia o amistades íntimas”, pues

ya no le importa rechazar de plano "alimentos engordadores", ni tampoco se cohibe si ellos le insisten en que los ingiera. Tendencia a comer de pie, de paso, o a hurtadillas, y de preferencia frutas, verduras, dulces; nada de tallarines o de pan.

El cuadro viene desde la adolescencia, pero se ha agravado en los últimos años. Siempre fue "gordita" y se esmeró por tener "un cuerpo mostrable"; "mi cuerpo debía ser una persona, no una cosa, no un ropero"; debido a ello inició regímenes, hasta que cayó en el estado actual; de repente se encontró inapetente, preocupada de la digestión, comiendo a hurtadillas, con sensaciones de plenitud gástrica y las imaginерías ya descritas, etc.; mientras más adelgazaba, más contenta; se miraba con fruición al espejo; encontrando injustos los reproches de que era "un atado de huesos", pues se veía bella; "era al menos mi belleza". Hasta ahora persiste la atracción irresistible por el espejo, y al observarse el abdomen se dice: "estoy sin sombra de prominencia, un abdomen que podría lucirse en una playa".

T.M.V. nació en una ciudad de provincia, de parto de término; tiene una hermana cinco años mayor y un hermano dos años mayor, que vive en el extranjero desde hace años. El padre, debido a su profesión (universitaria), trabajaba antes en terreno y venía a su casa una o dos veces al mes, ocasión en que todo se preparaba para recibirlo y hacerle cómoda la estadia. Cuando se iba, lo recuerda bien ahora, el ambiente se relajaba y era casi un alivio. La crió una "nana". En ocasiones su mamá la llevaba al lugar de trabajo y percibía feliz las frases cariñosas con que todos la regaloneaban. Admiraba a su hermana, para todo el mundo muy bonita; ésta bailaba además "estupendamente".

La entrada al kinder le desagradó por tener que salir de la casa, por el uniforme feo, por tener que llegar en las tardes a hacer tareas, y eso, pese a que la trataron afectuosamente.

Después entró a un colegio más avanzado; desde entonces se recuerda prolija, ordenada, limpia, ambiciosa respecto a las notas. No jugaba a las muñecas, le gustaba quedarse en casa, dibujar, columpiarse; le inhibían las visitas, los cariños de gente extraña, las fiestas de cumpleaños. Sólo las caricias o el dormir con su mamá le eran muy gratos; se sentía ahí protegida; sus momentos mejores venían a la hora del desayuno: "tomarlo con ella"; por eso le desagradaban las visitas del papá, pues en esas ocasiones ella debía irse con su hermana a otro dormitorio. Se avergonzaba de ir a la playa y ponerse traje de baño.

En Santiago salía mucho de compras con su mamá; también iban al cine o pasaban a un café.

Alrededor de los 7 años su mamá le contó que su padre era separado y tenía otros hijos. Pareció no impresionarle. Le molestaba que su hermana saliese o conversase con su mamá, y se angustiaba si debía quedarse sola con su padre.

Como a los 12 años, cuadro vago caracterizado por marcha inestable, diplopia, cefalea, disminución del campo visual. Mejoró pronto. Excelente alumna en la educación media, querida por sus profesoras y compañeras. Casi no iba a fies-

tas por miedo a que la dejaran de lado, prefería quedarse leyendo en casa. Ya en esa época empezaron a encontrarla gorda y descuidada en el vestir; hizo régimen; bajó varios kilos y "le tomó fobia a los alimentos engordadores". Gracias a una beca vivió un año en otro país haciendo vida de familia; le agradó el ambiente hogareño de esa casa. Al regresar, una de las primeras observaciones de su mamá aludió a lo gorda que venía.

Después del matrimonio de su hermana, la relación con su madre se estrechó más aún; en cambio persistía la distancia con su padre.

Ingresada a la Universidad, peleó con un "pololo"; esto no dejó huellas aparentes. En Santiago vivía ahora sola con su papá, prácticamente sin hablarse; el papá la retaba y gritaba por su indiferencia, y ella, pese a sentir una soledad enorme, prefería encerrarse en su pieza, leer, estudiar, llorar. Ya no era la primera del curso. Se autocompadecía, lo que agravaba su estado de ánimo.

La acomplejaba la gordura, procuraba estudiar con compañeros en la casa, pasando con ellos ratos muy agradables. Se enamoró de uno, pero sin resultado; se preocupó entonces de vestirse mejor. Dice: "lo que más envidiaba de mis compañeras era el busto menor; mi cintura la sentía muy ancha y siempre me acomplejaba el tener 'guatita'; estaba conforme con mis piernas; brazos y cara los notaba un poco gorditos, pero no me importaba.

En esos años tuvo relaciones sentimentales, incluso con un casado, pero todas terminaron en nada.

En pleno estudio de su carrera, murió su madre, lo que la dejó fuera de sí alrededor de un año. Ingresó entonces a una institución religiosa y se entregó a ella con alma y vida; obtuvo paz y progreso espiritual y un verdadero amor a Dios. Más tarde, en los dos años siguientes, aparecieron serios problemas familiares, su padre se enfermó y hubo de desligarse poco a poco de las tareas religiosas en que estaba empeñada y que procuraba conciliar con las profesionales.

Le nació de nuevo la idea de conquistar a un hombre y empezó a hacer régimen alimenticio. "Nació repugnancia por todo lo que engordaba y felicidad grande ante los menores kilos que iba sucesivamente mostrando la pesa; estaba contenta porque al fin podía usar ropa con la que siempre había soñado". Las relaciones afectivas iniciadas por esa época fracasaron. Discutía a menudo con su papá y su hermana; ésta había tenido poco éxito en su matrimonio y no estaba bien de salud; se disgustó con ella por otro problema y no volvieron a verse.

La aversión al alimento iba en incremento y experimentaba sentimiento de culpa si se propasaba más allá de la medida que se había impuesto. Expresa: "estaba feliz, porque mi busto disminuía y desaparecía el abdomen abultado; mis amistades me decían que me veía francamente mal, pero yo lo rechazaba; prefería esa figura esquelética antes de volver a ser gorda, a volver a la fealdad terrible de la grasa". La menstruación desapareció como a los dos meses del comienzo del régimen.

Empezó a evitar invitaciones, por la exigencia de comer que éstas traerían aparejada, pero pasaba en su casa ansiando llamadas telefónicas. La debilidad

física y la falta de concentración empezaron a hacer presa en sus nacientes tareas profesionales y le trajeron conciencia de que se autodestruía. Sin embargo, se afanó mucho para la Navidad y después se fue sola a la playa, aunque seguía la baja de peso.

A fines de enero de 1978 pesaba 25 kg. y se dio cuenta de que estaba muy enferma. Confiesa que por ese entonces empezó a hacerse "trampas" con los alimentos, ingiriendo grandes cantidades de frutas, verduras y quesillos, a lo que más adelante con esfuerzo agregó carne, pescado y huevos, manteniéndose hasta ahora la repugnancia por el pan, los tallarines, las tortas. Dice: "en ocasiones, y sin tener motivos, me representaba mentalmente un trozo de torta, chocolates; a medianoche y a veces a las horas más inusitadas sentía un apetito feroz y comía en forma descontrolada, queso, galletas de agua, mermeladas, leche, frutas; esto me sucede hasta la fecha".

En los meses posteriores a marzo, se angustia por la soledad, la inseguridad en el trabajo, el miedo a ser una profesional fracasada, o no ser jamás una persona normal; a veces desea no seguir en la vida. Encuentra una desgracia su vida amorosa, que eso no puede ser, y "que ha llegado la hora de que resulte algo".

Le ha provocado alivio la franca acogida y apoyo de sus colegas, la clarificación de su vocación y el haberse ido de la casa de su padre, con quien seguía teniendo incidentes.

Ha mejorado su estado físico, y desde julio se sienta a comer tranquila sin pensar en que está comiendo; rechaza con serenidad las masas, y cuando la invita alguien de su agrado afectivo, come con apetito y sin estar preocupada por el posible próximo plato. "En general, si me invitan a restaurantes, ya sé lo que pediré, de modo que sólo me dedico a pasarlo bien, a conversar; me inquieta mi aislamiento, el no aceptar invitaciones de personas amigas, y no por falta de sociabilidad; al contrario, las ansio; es porque si acepto ir a sus casas, ignoro lo que me servirán y tendré que comerlo por educación; si viene un guiso engordador, qué pasaría, sería serio; si les invito a mi casa tengo que retribuir la visita e ir a la de ellos; para no angustiarme sigo cada vez más aislada".

En todo caso ya no vive pendiente del espejo; se cuida, es cierto, el abdomen, pero del antiguo cuadro quedan sólo huellas. Se siente segura profesionalmente, sortea con habilidad las dificultades familiares y el tipo de alimentos apetecidos es de amplio espectro.

Confía en no retroceder; se dedica activamente a solucionar sus problemas, y sin duda está dentro de la recuperación total.

*V.M.S. Ficha Clínica Nº 18636, Clínica Psiquiátrica Universitaria.
Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Facultad de Medicina, Santiago
Norte. Universidad de Chile*

Enviada desde el Servicio de Endocrinología del Hospital J.J. Aguirre en abril de 1978 por una Anorexia Nerviosa. Tiene 16 años. Pesa 32 kg. No desea

ni acepta inscribirse en Policlínica y se la entrevista a ruego de los padres por su visible mal estado. Su madre dice: "mire, doctor, es un atado de huesos; no come con nosotros desde fines del año pasado y empezó régimen cuatro meses antes; prefiere encerrarse en su pieza y hartarse con frutas y verduras; enseguida usa laxantes; sigue haciendo deportes; si no la amenazo ahora con cortárselos, no habría venido".

La enferma vestida con uniforme de colegio, cuidada en su aseo, sin maquillaje alguno, muestra aire hostil y pide quedarse a solas. Acepta el asiento ofrecido y mira de frente al médico con cierta altanería; su delgadez es extrema, los ojos aparecen hundidos y con una orla azul-morada a su alrededor. Se observan casi todos los relieves óseos y la piel pareciera apergaminada y directamente adherida a los huesos. Contesta de inmediato con frases breves y cortantes, y el diálogo se reduce a un preguntar y responder atinente y preciso. Dice sentirse bien, animosa, deseosa de continuar los estudios y el deporte. La baja de peso se debe "a un régimen para evitar la gordura y tener un cuerpo bonito, porque un cuerpo que no es delgado, es una bolsa". No le parece estar enflaquecida en exceso; "tal vez los brazos y la cara algo delgados, pero si se come, no se llenarán ellos primero, sino el abdomen". No se encuentra pretenciosa, "lo cual no significa amar la fealdad". Le gustan los deportes, las piscinas en verano, las fiestas, el estudio; amistosa "con más amigas que amigos"; no ha tenido relaciones afectivas con jóvenes. Cursa 2º Medio.

En los últimos meses se ha puesto irascible, retraída, preocupada del espejo y de la esbeltez de su figura; se angustia cuando algún vestido le ciñe el abdomen, "pues es prueba de que éste empieza a abultar otra vez". Sensación de plenitud gástrica después de cada ingesta, la que combate con laxantes. En amenorrea desde un año antes de iniciar el régimen. Sus menstruaciones eran regulares desde los 12 años.

No ha tenido antes enfermedades importantes, nació de término y su desarrollo psicomotor ha sido normal. Siempre muy ordenada.

Padres autoritarios, severos, con diferencia de formación educacional y de conducta. No hay comunicación entre la paciente y ellos, ni tampoco entre ellos. V.M.S. se siente distante de su padre: "me ha dado dinero y comodidades: lo que yo quiero lo tengo; no he sentido nunca su cariño". Tiene un hermano dos años mayor; tampoco lo experimenta cercano: "es demasiado extrovertido, desordenado, pretencioso, dominante".

En la casa, mucha estrictez en el cumplimiento de horarios y hábitos propios de un hogar.

Se niega a seguir tratando su problema: "porque le carga abrirse y le quedará agradecida al médico si la deja, pues ella está dispuesta a moldear su cuerpo como se le antoje". Se le ruega volver al día siguiente ofreciéndole diversas alternativas de entrevista, incluso la de conversar sobre el colegio, los deportes, u otro tema cualquiera; la rechaza, "pues los psicólogos dicen eso, pero están siempre

estudiando a la persona, y ella es lo suficientemente madura y libre para no necesitar consejos o análisis de nadie”.

Esboza una sonrisa fría al despedirse, da las gracias. Se logra pese a todo enviarla a un Servicio de Endocrinología donde se la alimenta con sonda; es dada de alta más tarde, persistiendo hasta ahora la delgadez extrema y su obstinación en el régimen.

*C.B.S. Ficha Clínica N° 08827. Clínica Psiquiátrica Universitaria.
Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Facultad de Medicina. Santiago
Norte, Universidad de Chile*

Ingreso: 31 de marzo de 1971. Paciente de 34 años de edad, casada, nacionalidad alemana, diseñadora de modas. La menor de tres hermanos, al parecer no deseada al nacer. El mayor de los hermanos es hombre, 36 años, ingeniero comercial, casado; la hermana, 35 años, soltera, hospitalizada hace cinco años por adicción alcohólica grave. El matrimonio de los padres siempre ha marchado mal. El padre era agricultor, actualmente es rentista. Durante la guerra alcanzó el grado de mayor y estuvo cinco años prisionero de los yugoslavos. La familia lo creyó muerto y su regreso al hogar produjo una mezcla de alegría y extrañeza. La madre es una persona complicada, neurótica, susceptible, sufre de múltiples enfermedades imaginarias. Al regresar el esposo de la guerra, la situación en el hogar era bastante ambigua, extraña; la madre durante esos cinco años se había enamorado de otro agricultor refugiado, que era su ideal. Este era el hombre de la casa y desempeñó el rol como pareja de la madre y jefe del hogar. La paciente tenía entonces 10 a 12 años de edad.

Cuando el padre regresó en 1950, se rehizo la familia y el otro se fue, aunque continuaron escribiéndose. Para la paciente, su padre era un desconocido. Respecto a lo normativo y formativo para las hijas, los padres tenían conceptos y valores formales acerca de la rigidez en la educación, protección de la virginidad, etc., por esto le restringían amistades y permisos. En cierta oportunidad en que supieron que había aceptado una invitación de un hombre mayor (40 años), cuando ella tenía 20, invitación a tomar un café, se produjo un gran escándalo, la trataron de prostituta, lo que causó impacto en la paciente, sintiéndose culpable y avergonzada, disminuida. Al poco tiempo y ya finalizados sus estudios sin tropiezos, ingresó a una academia de modas, a fin de obtener el título de diseñadora de modas, pidió permiso para trabajar y estudiar fuera de la casa, en la ciudad cercana, y vivir allí; se lo negaron y entonces ella se arrancó de la casa. Capturada por la policía fue devuelta a los padres, quienes le prometieron cambiar de comportamiento con ella, lo cual aceptó confiada. Dicho cambio de conducta jamás ocurrió y en 1952 entonces la paciente comenzó a sentirse mal y a vomitar por primera vez (hacia 1 ó 2 años del regreso del padre). Paralelamente a los vómitos presentaba

adelgazamiento progresivo, bajando de 62 kg., que pesaba al irse de la casa, a 40 kg., rechazo de la comida, falta de interés por todo, a la defensiva siempre y quejas continuas de no ser querida. Se inició entonces tratamiento psiquiátrico al que no colaboró. Durante un año estuvo en una Clínica Psiquiátrica, al cabo del cual egresó en buenas condiciones psíquicas y con peso normal. Era pretenciosa y se cuidaba de no subir de peso, manteniéndose en 46-48 kg. Durante un tiempo trabajó de modelo. A los 24 años contrajo matrimonio con un amigo de su hermano, de quien después de tres años de casados supo por una amiga que era homosexual. Se divorció de él al enamorarse de un capitán de barco en un viaje por las islas griegas. Quedó sin dinero y debió trabajar mucho; en esa época fumaba y tomaba café en exceso, alimentándose muy poco. Durante ese tiempo tuvo tres amantes.

A los 29 años, en 1966 conoció a su actual marido, quien era casado en Chile y 20 años mayor que ella. Tuvieron un hijo y después del parto ella quedó pesando 52 kg., lo que la preocupaba. Comenzó entonces una obsesión por el estreñimiento y sed crónica. Tomaba 16 tabletas laxantes diarias. Presentaba cefaleas, dolores gástricos y malestar general. Durante 1969 tomó Alipid, consiguiendo bajar de peso a 45 kg. Sufrió depresiones, insomnio y todo tipo de molestias psíquicas y físicas.

En amenorrea desde mayo 1969. En dos ocasiones ha tenido reglas provocadas por medicamentos específicos. Es probable que durante 1970 también haya seguido tomando Alipid, pero en forma más irregular.

Ha recaído nuevamente. Después de la elección de Allende (1970), se mostró muy impactada y aterrorizada; para calmar su angustia bebía vino en cantidades todas las tardes. En las mañanas tomaba todo tipo de calmantes; cada día comía menos, por falta de apetito, y de 45 kg. bajó a 33 kg. Según el esposo, no habría proporción entre la baja de peso y la cantidad de alimento que ingería; a medida que bajaba de peso, aumentaba la excitación y las "ideas fijas", especialmente referentes a la visión de cucarachas.

Durante la hospitalización, la paciente se niega a comer y atribuye su delgadez a una falla de la hipófisis; examinada en Endocrinología, dicha falla resulta inexistente.

La personalidad de la paciente, en acuerdo a lo expresado por el esposo, sería la de una persona suave, pero que estallaba ante las injusticias, trabajadora, eficiente, sociable. Le gusta la vida del mundo intelectual, pero en general le gusta más la vida en casa, tranquila, conversar. Considerada por él como ardiente y apasionada, pero no sensual.

Saló con permiso el 17 de abril de 1971 y no regresa a la Clínica.

En una consulta hecha un año más tarde, se le observa relativamente tranquila, inapetente, con sensación de plenitud gástrica después de cualquier ingesta. No bebe. No hay fenómenos pseudoperceptivos, los cuales, por lo demás, fueron muy transitorios y al parecer relacionados con los excesos alcohólicos. Rechaza absolutamente los alimentos grasos y dice que se ha aislado a fin de evitar invitaciones. Dice que comería si se le asegurara que antes de engordarle "la

guata" y aparecerle "rollos", se le pondrían la cara y las piernas "más llenas". No se conoce su evolución posterior.

*M.I.A. Ficha Clínica N° 15. '90. Clínica Psiquiátrica Universitaria,
Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Facultad de Medicina, Santiago
Norte, Universidad de Chile*

Ingresa el 11 de mayo de 1976 enviada desde el Servicio de Medicina del Hospital J.J. Aguirre. Edad: 22 años, soltera. Pesa al momento de su ingreso 26 kg. y esa es la razón de su hospitalización en Medicina. La mayor de cuatro hermanos; los otros tres son J. A. (20 años), zapatero, soltero, ayuda al hogar cuando tiene trabajo; R. (14 años), mozo, soltero, ayuda al hogar; S. (11 años), estudiante de 5º año Básico. Viven en casa propia de madera, piso de tierra y techo de zinc. Nivel económico bajo.

La paciente comenzó sus estudios básicos a los 7 años, cursando los primeros grados con buenas notas y el resto hasta llegar a 1º Medio, con calificaciones comunes. En ese curso debió abandonar los estudios por falta de recursos económicos. Ingresó a un curso de modas, que no terminó por su enfermedad actual. La paciente considera su niñez como feliz, no recuerda nada desagradable, excepto la situación con el padre. Este es un alcoholico inveterado a quien ella desde los seis años recuerda haber visto borracho darle golpizas a su madre, lo cual la hacía llorar; también recuerda haber tenido que ir a buscarlo en repetidas ocasiones a los restaurantes donde se encontraba bebiendo. El padre es descrito como un hombre indiferente, "nada le importa", "a sus hijos los mira como si fueran muebles", "nunca ha sido cariñoso, ni habla con ellos". En estado de ebriedad es igualmente tranquilo, se limita a dormir. Trabaja como desabollador, pero debido a su alcoholismo sólo logra trabajos ocasionales. Cuando tiene trabajo, compra alimentos y da un poco de dinero.

Desde muy pequeña el afecto de la paciente fue para su madre, a quien describe como medio "gordita", rubia, de ojos azules, nunca se la veía triste. Trataba siempre de vestir bien a su hija y se sentía orgullosa de ella. Hace dos años murió de un infarto del miocardio a raíz de lo cual, y empujada por una amiga, la paciente comenzó a ingerir anfetaminas y a fumar marihuana, para más tarde comenzar a embriagarse; luego que esta amiga se fue al extranjero, la paciente dejó las drogas, haciéndole una promesa a su madre de no seguir en eso; empezó entonces a engordar en exceso. Sus hermanos se burlaban de ella diciéndole que parecía "chanchito" y que se parecía a una "vaquita que salía en la tele", y según ella, esas burlas "le trajeron un complejo", comía las cosas y las devolvía sin querer. Entonces en 1974 inicia régimen: toma una taza grande de leche en vez de cada comida, y adelgaza, "y me sentía contenta...". Sigue luego tomando solamente té sin azúcar y fumando. Pesa en ese entonces 54 kg. y se siente gorda. "Tengo el complejo de gorda"; no parece tener conciencia de su extrema

delgadez actual, "prefiero ser así y no gorda". Continúa el relato diciendo: "pero se me pasó la mano, doctor, mi tía y mi hermano, que me quiere harto, me trajeron al hospital, pero yo no quería venir, doctor, yo no le tengo apego a la vida, no quiero ser gorda. Llegué a pesar 58 kg., doctor, yo soy chica, debiera pesar 40 kg."

Hace más o menos un año, su tía se habría puesto más estricta, negándole permisos para salir con sus amigas, cosa que la enferma acepta dócilmente, pero se pone "apática"; no sale a la calle, hace sus labores domésticas y el resto del día pasa sentada, pensativa; a veces borda o teje para entretenerse. Ya no tiene amigas. Empieza a quejarse de intensas cefaleas y dolores al pecho y al estómago. Cuando intenta comer algo, lo vomita.

Meses antes de su hospitalización trabaja durante 15 días como empleada doméstica por medio día, pero debe abandonar ese trabajo porque se siente mal; eso la habría resuelto a consultar médico.

El primer pololo lo tuvo a los 18 años con permiso de la madre solamente, ya que el padre se enojaba. El pololeo duró un mes. Después ha tenido tres o cuatro pololos más; algunos le ofrecieron matrimonio, pero ella no accedió, porque no estaba enamorada y porque temía casarse con un hombre que fuera borracho. "Ud. sabe que una ve caras, pero no corazones". Varios le insinuaron relaciones sexuales y a ella le dio asco. "Bueno, doctor, yo tengo miedo a lo íntimo...: hasta nervios me da eso... porque una mujer sufre mucho al tener hijos y después le salen mal agradecidos". Respecto al hombre ideal dice: "a mi me gusta el tipo de hombre trabajador y responsable y que *no beba*. A mi no me importaría que no fuera bien encachado, porque no iba a estar viviendo de la belleza de él".

Sus tres deseos al momento de la hospitalización son: Primero, mejorarse; segundo, que se le quite el complejo de vomitar, y tercero, que su padre cambie.

Un mes después de haber sido tratada con ácido fólico, valium, vitamina C y haldol es dada de alta en mejores condiciones y con un aumento de peso de solamente 5 kg., luego de un riguroso régimen de control dietético. La paciente se muestra animosa y con deseos de mejorarse. Se le indica levaxene y control.

A la semana del alta es traída al Servicio por haber reaparecido el dolor de cabeza y los vómitos. "Todo lo que como se me devuelve para arriba". "Yo quiero volver a hospitalizarme, quiero recuperarme y volver a sentirme bien. Voy a quedar flaca otra vez". Según el padre que la trae, "está igual que cuando llegó". Niega haber tenido problemas con la paciente, "lo único que si es que el sistema nervioso lo ha tenido mejor", dice.

Vuelve a hospitalizarse a las tres semanas del alta. Se queja de no sentir deseos de comer, de la situación con su padre, y de diversas molestias físicas tales como baja de presión, insomnio, tos, cefaleas. Agrega: "yo tuve una tía en el manicomio y ella murió, no voy a ser que yo tenga lo mismo".

En el pabellón se muestra de conducta desajustada, no colabora con el tratamiento y se provoca el vómito, rechaza la alimentación y se acuesta en cualquier cama, perturba y crea problemas de todo tipo. Muy insistente en el alta, la cual se

condiciona a su subida de peso. Se le indican 14 ELS hasta confundirla, luminal y diazepam.

A los cuatro meses es dada de alta, a pesar de su insistencia por prolongar su estada en la Clínica. Se alimenta bien, pero persiste la preocupación de no subir demasiado de peso, teniendo laxantes siempre a la mano.

Vuelve dos veces a control en Policlínica relatando encontrarse bien, de buen ánimo, dice no tener vómitos, pero sí dolor de cabeza. Piensa entrar a trabajar nuevamente como empleada doméstica.

A los cinco meses de su segunda alta concurre a control con el padre. Se queja de dolor de cabeza y de sentirse constantemente enrabada, a tal punto que casi agrede seriamente a su padre con un chuzo. Teme volverse loca y desea morir.

Se desconoce evolución posterior.

El método de investigación clínico-fenomenológico en Psiquiatría

El investigador facilita el conocimiento del campo de fenómenos entregados a su custodia merced a la búsqueda de puntos en que éstos coincidan entre sí y tales que sea posible reducirlos a fenómenos más conocidos, o, a lo menos, de trato más aparentemente directo. Es la tarea de Wernicke cuando mira los síntomas psiquiátricos y ve, en muchos, expresiones metamorfoseadas de la motilidad y el lenguaje normal tal vez localizados como aquéllos en áreas circunscritas del cerebro conocidas por el anatómo y el fisiopatólogo del sistema nervioso.

Freud busca semejanza con lo más familiar cuando compara y asimila los movimientos rítmicos de la pelvis durante un ataque histérico a los movimientos normales del coito. Asimismo la busca Binswanger, cuando cree que aquellos esquizofrénicos del sanatorio que se suponen inmortales y en un viejo lugar, rodeados de parientes (los demás enfermos), no hacen más que negar la muerte, los éxtasis de la temporalidad y las otras dos formas del espacio, la geográfica y la cósmica, que ordenan a su juicio en todos nosotros el plan normal de la existencia. Percepciones y ocurrencias delirantes sorprendentemente extrañas adquieren así rasgos familiares si son miradas en contraste con comportamientos u ocurrencias normales.

Lo mismo intenta el reflexólogo cuando muestra en las perturbaciones viscerales, corporales o anímicas de origen nervioso, un juego entre reflejos condicionados o incondicionados parecido al que sucede en la persona normal.

La validez de estos diversos tipos de reducciones de lo desconocido a lo conocido no es idéntica, y depende de su utilidad en el descubrimiento de mejores ordenaciones de cuadros patológicos en relación a diagnósticos, pronósticos y tratamientos; muchas de ellas tomadas en conjunto y no en sus contribuciones particulares a tal o cual cuadro son, por lo menos todavía, meras aproximaciones poéticas al fenómeno morboso.

Sea cual fuere el camino escogido, el investigador desde una descripción provisoria de los fenómenos termina en la definitiva cuando apunta directamente a aquel otro fenómeno, que por más manejable o más familiar, ilumina de suyo al primero. Así, Wernicke describe el descarrilamiento del lenguaje esquizofrénico como una forma de afasia transcortical y las estereotipias, el negativismo y otros signos catatónicos como formas vecinas a la apraxia y tanto la

afasia como la apraxia le eran según él creía, trastornos fáciles de explicar. Bleuler describe el autismo como pérdida de contacto con el mundo real y vuelta a un solitario juego con la fantasía, cosa que más de una vez también hacen los individuos normales, pero con diferencia de grado, pues mientras para nosotros la fantasía sigue siendo fantasía, para los esquizofrénicos puede ser tan real o más real aún que el mundo externo. Alfredo Hoche describe los diversos cuadros mentales como integrando estructuras preformadas completas que tuvieron vigencia en la infancia o en épocas históricas primitivas y ahora entran nuevamente en actividad debido a merma en la función de las estructuras superiores: se esfuerza en comparar el robo y adivinación de pensamiento, las estereotipias, los amaneramientos del lenguaje, la hipertrofia del yo, con fenómenos similares mostrados por niños a diversas edades y por lo tanto no tan curiosos como parecen a primera vista.

El fenómeno considerado familiar y en el cual buscan apoyo dichas descripciones, es abiertamente distinto en cada uno de los autores y a veces nos sorprende su escasa o ninguna familiaridad para nosotros. Wernicke, acostumbrado a los fáciles manejos del encéfalo de su maestro Meynert, creía, en acuerdo al sentir de la época, que reducir síntomas psiquiátricos a expresiones corrientes de lesiones del cerebro era despojarlos de inmediato de su misterio y entrar en posesión dominadora de los órganos que los producen. A Bleuler, envuelto en la seductora atmósfera del freudismo, le era sencillo ver en una catatónica que hace incesantes movimientos de acordonar zapatos, una manera de unirse en la acción a su antiguo novio zapatero. A Hoche conocedor de las investigaciones sobre mentalidad primitiva, le tentaba aproximar los síndromes psiquiátricos a determinados estados de aquella mentalidad.

Hoy asombra la soltura con que describe Wernicke la estructura de la conciencia después de haberla localizado en el llamado órgano de la conciencia, del cerebro: "Séame permitido hablar de tres tipos o formas de conciencia que se diferencian por su lugar. La suma de los cuadros mnémicos del propio cuerpo cuya ligazón entre sí mediante haces de asociación no podría dejar de ser pensada con algún fundamento, constituye la 'conciencia de la corporalidad'. Los cuadros mnémicos del mundo exterior suministrados por los órganos de los sentidos, constituyen otra parte igualmente cerrada —mediante asociaciones sometidas a una regularidad— de la conciencia, 'la conciencia del mundo exterior', y, finalmente tenemos en la conciencia de la personalidad las más complicadas ordenaciones de cuadros mnémicos y complejos totales que se refieren a vivencias personales del individuo y comprenden los intercambios de su corporalidad con el mundo exterior en totalidad. Ella es, en cierta medida, la resultante de los dos tipos de conciencia recién nombrados y representan una etapa superior de desarrollo de la conciencia y que para muchos idiotas no es casi alcanzable".

"Algunos ejemplos serían aquí necesarios.. Se trata de la conciencia de la corporalidad cuando un enfermo cree ser de marfil o de vidrio y por ello

carente de sentimiento... La conciencia del mundo exterior está comprometida cuando al enfermo le aparece todo como ajeno o inhóspito, cuando cree estar en el cielo o en un banco y desconoce a las personas a su alrededor tomando a Dios Padre por el Diablo, al káiser o a un criminal por parientes cercanos, en lo cual las caras se cambian mientras el enfermo las contempla”.

“Si ha enfermado la conciencia de la personalidad, el enfermo se tomará por un criminal o se culpará de la enfermedad de su compañero de pieza y dará por muertos o amenazados por desgracias a sus parientes en los casos de melancolía; o él se sentirá exaltado, más capaz de realizaciones y más desinhibido que antes; será exigente, alegador, presumido y otras cosas semejantes en los casos de manía; o bien él es objeto de atención especial y general, de complot y persecuciones y fue cambiado cuando niño, pues es de alta alcurnia —en el caso de la locura primaria—. Todas estas concepciones falsas merecen —ya que se refieren a una alteración parcial de sólo una parte de la conciencia— ser incluidas entre los síntomas focales de las enfermedades del espíritu”¹.

Wernicke discierne el valor de los síntomas según la vía seguida por el supuesto estímulo hasta el cerebro, vías que supone terminadas en lugares distintos si vienen de órganos receptores distintos, pues si así no fuese, los estímulos respectivos de que son portadores se mezclarían confusamente. La claridad psíquica depende de la posibilidad de hacerse de un espacio propio en el encéfalo. Estímulos venidos de la intimidad del propio cuerpo, como es el creerse con la mitad de él transformado en animal, deben ubicarse en lugar distinto a los venidos del mundo exterior, como es el tomar por policías a los cuidadores del patio. Localización distinta apunta también a pronóstico y tratamiento distintos: hay casos, como el de su *locura primaria*, en que se alteran los tres lugares de la conciencia.

Por eso, cuando investiga, sólo es sensible para aquel aspecto del síntoma que alude a una perturbación psíquica circunscribible desde el punto de vista anatómico. El campo de su visión es así dirigido por un prejuicio casi imperceptible. Kraepelin, por ejemplo, que será guiado en seguida por el prejuicio wundtiano de la existencia de funciones psíquicas distintas combinables entre sí, verá tanto en la conciencia de que la mitad del cuerpo está transformada en animal, como en la de que los cuidadores son policías, la alteración de una y la misma función psíquica, la del juicio. En vez de hablar de trastornos de la *somatopsique* y la *alopsique*, dirá que se trata en ambos casos de uno y el mismo síntoma, un juicio delirante, la variedad de los cuales no alude a localizaciones anatómicas diversas ni hace variar el diagnóstico o el pronóstico.

Que la visión parcial de los fenómenos es movida desde aquello considerado como más familiar y no por incapacidad primaria para la descripción abarcadora de todo el ámbito del síntoma mismo, lo prueban en el propio caso de

¹ Carl Wernicke: *Gesammelte Aufsätze und Kritische Referate zur Pathologie des Nervensystems*. Berlin, H. Kornfeld, 1893. (Trad. privada del Dr. Brenio Onetto).

Wernicke sus finas descripciones de los afectos patológicos, de las ideas sobrevaloradas, del delirio explicativo. Anotamos a este respecto su alusión a la perplejidad, incluida por él entre los síntomas generales de las psicosis, en cuanto no es de suyo algo localizable: "Como fenómeno agregado —dice— aparece la más de las veces la perplejidad con sus diferentes formas de expresión, desde la intranquilidad ("algo está pasando"), de la sorpresa, del cambio del reír al llorar, del desamparo, de la defensa instintiva, hasta el pavor más intenso"².

Pero el funcionamiento psíquico parece tan oscuro como el del sistema nervioso; no se divisa puente de paso entre ambos; en consecuencia, reducir fenómenos psíquicos indiscernidos a fenómenos nerviosos no nos familiariza con los primeros. Por eso, pese a la perennidad de muchos aportes de Wernicke no podríamos sin más, tomar la línea wernickiana de investigación.

Lo mismo sucede respecto a la mentalidad primitiva cuya intelección es más embrollada de lo que se creía en la época de Hoche y no parece hoy una vía adecuada.

El intento de Bleuler y Freud de reducir los síntomas a expresiones de deseos y fantasías no satisfechos, en cuyo caso cumplirían parecido papel, verborragias, estereotipias, ideas delirantes y alucinaciones pues cabe que todos apunten a un modo uniforme y fantástico de vivir aquello que la realidad negó, no es tampoco convincente, por cuanto no hay una relación reversible entre la forma tomada por los síntomas y las apetencias del individuo. Es decir, si bien en el movimiento estereotípico de acordonar zapatos podemos ver todavía un amor iluso con un zapatero, a la inversa, y si sólo supiéramos de este amor fracasado, no podríamos decir a priori que él va a expresarse necesariamente en la estereotipia de las manos u otros síntomas propios de la esquizofrenia; bien podría traducirse en síntomas psíquicos neuróticos, en trastornos psicósomáticos o simplemente en nada. Es la forma expresiva tomada por una fantasía o un deseo, lo que le da su rango cualitativo patológico y por tanto la forma en sí no es neutra ante el contenido que expresa. Un amor fracasado puede expresarse patológicamente en forma de obsesiones, perseveraciones, angustias, ideas delirantes, ataques histéricos, estupores de diverso tipo, etc., y desde el punto de vista del rango cualitativo respecto al diagnóstico, pronóstico y tratamiento, sería absurdo colocar esos síntomas en niveles parecidos. Pasa aquí lo mismo que en otros dominios humanos: es posible quizás imaginar que los ideales de los griegos, de los medievales o de los modernos, pudieron expresarse a través de otras formas artísticas políticas o sociales diversas de las que realmente escogieron, pero sería absurdo no ver que la forma dórica, la gótica y la barroca les dieron una vida y un rango peculiar que habría sido distinto si hubieran optado por otros modos expresivos, aun supuestos los mismos ideales. Desde la forma dórica cabe adentrarse en el mundo íntimo de los griegos, pero, a la inversa, si

² Wernicke, obra citada.

únicamente conociésemos su mundo íntimo sólo un azar permitiría presumir la arquitectura dórica como vía probable de expresión de aquel mundo.

Así, la forma adquirida por un síntoma no es, desde el punto de vista de la psiquiatría como ciencia, puro indicio de que allí en las entrañas del alma algo ocurre, sino lo que verifica y estructura el mundo mórbido dándole rango y dignidad peculiares. El síntoma es inseparable del contenido anímico que porta, como lo es el dórico o el gótico del alma de sus pueblos.

Es, de un lado, la obscuridad del proceso en cuya virtud los contenidos anímicos escogen tal o cual forma, forma a la cual llamamos síntoma y que lleva al diagnóstico; y de otro, el hecho de rebajar al síntoma desde la categoría de configurador vivo y directo del mundo mórbido del enfermo al de sustituto menesteroso de ímpetus no realizables por vías normales, lo que no hace más familiar el conocimiento de los síntomas si se les reduce a meros sustitutos de deseos y fantasías irrealizados.

Esta necesidad de ver los síntomas como formas vivas configuradoras de la existencia morbosa lleva a la investigación clínica fenomenológica. Se trata en ella, como lo haría un estudioso del arte, de otorgarle suficiente espacio y tiempo al síntoma para que hable por sí mismo antes de referirlo precipitadamente a otros fenómenos de engañosa familiaridad. Para eso el fenomenólogo coloca provisionalmente entre paréntesis las consideraciones respecto a origen del síntoma y lo retiene ante su vista hasta que revele su ritmo íntimo: en cierto modo, rescata la dignidad de ellos frente al psiquiatra explicativo y al comprensivo que lo ven como mera señal de algo más importante que ocurre en el fondo. En sus descripciones buscará palabras que no velen lo íntimo del síntoma, de tal modo que él conserve su frescura y resonancia originaria, aun cuando el enfermo ya no esté presente; si la descripción no lo logra, la cambiará por otra. En su empeño aclaratorio el fenomenólogo recurrirá a los aspectos negativos, a lo que el síntoma no es, poniéndolo frente a síntomas similares, a la inversa de lo ocurrido en la mayoría de las descripciones clásicas, que, como ya se ha dicho, marcan más bien las semejanzas con trastornos patológicos más conocidos.

Veamos de paso dos descripciones típicas, no fenomenológicas, de síntomas catatónicos, extraída una de la *Psiquiatría Clínica* de Kraepelin, y la otra del *Tratado* del mismo nombre, de Mayer-Gross. En la primera, como es notorio, se relaciona el fenómeno con la función psicológica de la voluntad. En la segunda se pone a la vista su semejanza con síntomas neurológicos y expresiones simbólicas corrientes.

Dice Kraepelin a propósito de una enferma: "dos síntomas nuevos se presentan a nosotros en toda su pureza: la estereotipia y el negativismo. El primero consiste en una tendencia a repetir hasta la saciedad el mismo movimiento voluntario... El segundo se traduce en su resistencia estúpida a cada tentativa hecha acerca de ella, en su mutismo querido, en fin, en la imposibilidad completa de adquirir sobre ella una influencia cualquiera"⁴.

Y Mayer-Gross: "La gran variedad de *estereotipias de movimientos*

abarca todas las posibilidades, desde el simple comportamiento neurológico motor, hasta las complicadas hipercinesias de un carácter altamente simbólico. Algunas son casi idénticas a los tics extrapiramidales o a las sacudidas musculares de origen cortical, tales como el clásico morrito (Schwanzrampf), el girar rítmico de la cabeza hacia un lado o las sacudidas desordenadas (balísticas) de los brazos... Todos estos movimientos pueden significar tanto lo que corresponde a los movimientos normales semejantes como lo exactamente opuesto, como también puede carecer enteramente de significado psicológico¹.

Mucho de lo afirmado es correcto, pero no despierta por dentro lo típico del síntoma, la vivencia que surge en nuestra intimidad cuando lo contemplamos. Un fenomenólogo acudiendo a un ejemplo quizás diría: cuando ante un enfermo encucillado en el mismo lugar tenemos la viva y contradictoria impresión tanto de que él busca activamente esa posición y lugar, como también de que él es imperiosamente impuesto desde su fondo anímico, estamos en presencia de una estereotipia o en general de un signo catatónico, pues idéntica vivencia contradictoria tenemos ante actitudes negativistas, verbigeraciones, saltos, carreras o muecas estereotipadas.

En seguida intentaría una descripción general de lo catatónico parecida a ésta: son alteraciones de la motilidad *vivenciadas por el observador* "como producidas con cierta intención" desde el fondo psíquico, pero sin coordinación con las esferas habituales del pensar y del querer, ni con lo solicitado en ese momento por el ambiente.

Se completa el cuadro apuntando a la manera cómo son vividos por el observador otros movimientos anormales: así los carfológicos dan la impresión de querer librarse de algún estímulo que molesta; los coreicos y parkinsonianos de ser sufridos y no queridos por el enfermo; los tics, pese a veces a su expresividad, de ser automáticos, etc.

Hemos aludido antes a la descripción del autismo de Bleuler. Wyrsh, en el *Tratado* de Reichardt, la precisa de este modo: "No es como muchas veces se representa falsamente, un alejamiento del enfermo de la 'realidad' o del 'mundo externo', sino que significa que aquél comprende e interpreta esta totalidad sólo en el sentido de sus deseos y 'complejos' o de sus alucinaciones y delirio y en función de tales se comporta"².

Un fenomenólogo lo describiría, más bien, como una peculiar forma de conducta en la cual el enfermo da la impresión de estar activamente vuelto hacia adentro, sin interés por coordinarse a la conducta de los demás o a lo requerido por el

¹E. Kraepelin, *Introducción a la Psiquiatría Clínica*. Trad. de la 2ª ed. alemana, por A. Devaux y P. Merkler. Ed. Vigot Freres, Paris, 1907, pág. 41.

²Mayer-Gross, *Psiquiatría Clínica*. Versión castellana de José Cortado. Ed. Paidós. B. Aires, 1958, 1º tomo, págs. 308 y 381.

³M. Reichardt, *Psiquiatría General y Especial*. Traducción, Morales Belda. Ed. Gredos, Madrid, 1958, pág. 374.

ambiente. Provocan esa impresión en el observador la falta de iniciativa y de interés por hablar o a la inversa, la incoercibilidad verbal, el descuido inexplicable de la vestimenta y el aseo, la absoluta falta de búsqueda de provecho en las situaciones habituales, a la inversa del maniaco y el paranoico que reclaman por todo, la mirada como activamente dirigida hacia nada, la mímica sin relación con el estado afectivo mostrado en ese momento: alegría, tristeza, vergüenza, etc. Debería acompañarse esta imagen del autismo, con la provocada por estados aparentemente similares, como la indiferencia, la perplejidad, o la intensa preocupación por problemas no resueltos. Pero la vivencia que el sintoma despierta en el observador no es sólo circunscritable frente a síntomas directamente pesquisables, como la conducta autística o los signos catatónicos, sino que también frente a aquellos vividos en la intimidad del enfermo como el robo de pensamiento, las representaciones obsesivas o la angustia. En tal caso se procura reconstruir una imagen que una al fenómeno clave confesado por el enfermo, la manera adecuada o inadecuada de narrarlo, las palabras usadas, el tono y el vigor de la voz, la actividad o pasividad en el relato, la resonancia afectiva, la mímica y el resto de la conducta, porque así como en una tela un objeto pintado adquiere su calidad tanto de sí mismo como de la distribución de la luz y del resto del cuadro, también el sintoma confesado varía de calidad según cuál sea la luz y el contorno que le proporciona el sujeto. Variación de calidad significa no rara vez variación de valor diagnóstico.

De esta manera, cuando un enfermo responde afirmativamente con un breve sí a nuestra pregunta sobre robo de pensamiento y requerido a explicar cómo lo sabe, dice en frases desvaídas que los demás anuncian cosas pensadas por él, o aluden por gestos a su pensamiento, o sencillamente, que de otro modo no se le cortaría el pensamiento de repente; y sin que mientras lo cuenta se altere su mímica habitual, su tono de voz o su postura corporal, estamos casi de seguro en presencia del clásico síntoma de la esquizofrenia. Si en cambio, contesta sobresaltado que se lo roban, indica con la mano a los compañeros del patio como culpables y entra en detalles más espontáneos de cómo ocurre esto, puede tratarse de un sintoma observado en la alucinosis alcohólica. Si el enfermo, presa de agitación responde a gritos diciendo que se lo roban del barrio tal, confesión acompañada de mímica y de gestos amenazadores, mirada ebriosa, facies seborreica, no sería raro de que se tratase de un sintoma de la amencia; a lo menos la prudencia aconseja suspender el posible alcance hacia la esquizofrenia que pudiera sugerir el sintoma.

Si se trata de pensamientos iterativos es importante saber si el enfermo hace causa afectiva con ellos, o si su aparición la estima absurda o angustiosa. En el primer caso es un pensar perseverativo, propio de cualquier estado de agotamiento, en el segundo un pensar obsesivo; pero el fenomenólogo debe acompañar la descripción del fenómeno, como en el caso del robo de pensamiento, de la descripción del modo de contarlo, de la conducta, de la postura frente al mal que aqueja.

Por ejemplo, si el enfermo con voz medida y pausada cuenta reiteradamente sus obsesiones, pide fórmulas al médico o se las crea él mismo para combatirlas, es correcto en sus modales, respetuoso en el trato, pulcro en el vestir, responsable fren-

te al hogar y al trabajo (pese a las explosiones provocadas de vez en cuando por sus obsesiones), y si, además, le angustian y tiene cierto vago o explícito sentimiento de culpa, se está casi seguramente ante una *neurosis obsesiva*. Si las obsesiones no provocan angustia y son contadas friamente a solicitud del médico, se está quizás ante una *forma pseudoneurótica de la esquizofrenia*.

Si las representaciones obsesivas se alimentan de las conversaciones corrientes, de los sucesos cotidianos y el individuo se ensimisma en ellas, abandonando toda actividad, eludiendo el contacto con las personas, no participando en la vida de la familia y más bien respondiendo hoscamente a sus requerimientos, es probable que se trate no de una neurosis obsesiva de suyo de mal pronóstico, sino de una reacción psicopática obsesiva, cuya mejoría, como se sabe, se obtiene con el cambio de ambiente, la psicoterapia sugestiva o de apoyo, o incluso, los tranquilizadores corrientes.

De ahí que la historia clínica deba contener los síntomas, la manera cómo se han obtenido, la descripción textual hecha por el enfermo, la tonalidad afectiva del relato y la entrevista, su repercusión en la mímica, conducta espontánea y provocada, tanto frente al examinador como al ambiente del hospital y de la casa, el cuidado en el vestir y en el arreglo personal, el sentido del tacto social, de la oportunidad, de las distancias sociales, del control de las necesidades instintivas, todo ello descrito de manera de provocar en quienes no hayan visto al enfermo la imagen viva y rigurosa de él. De importancia similar a la conducta y a las vivencias del enfermo son los rendimientos en el sentido de hacer notoria la calidad de éstos. No se trata de obtener un cociente intelectual o un índice de deterioración, que para el clínico fenomenólogo adquieren el valor de exámenes de laboratorio, al lado del L.C.R., el electroencefalograma o la uremia y de los cuales bien pudiera prescindir en muchos casos; sino de la insustituible necesidad de integrar la imagen del cuadro mórbido con experiencias sencillas y de significado inmediatamente intuible que aludan a la aptitud para realizar operaciones fáciles a cualquier hombre normal. Prueba de esta especie son los meses del año a la inversa, la prueba de Head, el cálculo elemental, los ensamblados, la reproducción de figuras con cerillas y otras, cuyo alcance se ha mencionado en otros trabajos.

En todo caso es diverso el significado del diagnóstico de un amaneramiento, unas alucinaciones, unas ideas delirantes, si se dan en personas en las cuales aquellas pruebas son exitosas o imposibles. La descripción entera debe traslucir, además, el estado de conciencia del enfermo, dado el valor distinto de los demás síntomas en conciencias despejadas o alteradas. A veces sólo el modo de repetir los meses a la inversa o de ejecutar la prueba de Head da los únicos indicios reveladores de la existencia o persistencia de una leve alteración.

No debiera confundirse esta descripción orientada a la presentación viva de la imagen de la enfermedad, con las exhaustivas descripciones de la conducta de enfermos orgánicos y esquizofrénicos hechas por Goldstein y en las cuales se procura dar notoriedad a los diversos trucos y rodeos de que se valen los enfermos para realizar funciones que en la vida normal les eran posible de un modo más

económico. Cuando el enfermo confiesa ser amenazado u obstaculizado por manejos corporales extraños es, a juicio de Goldstein, defensa biológica de un organismo reducido en sus posibilidades para no caer en la reacción catastrófica que le significaría darse cuenta de su menoscabo. Las alucinaciones y las ocurrencias delirantes le permiten a lo menos culpar a otros de aquello de que ya no es capaz; por eso no interesan tanto en sus relatos la descripción acabada de las alucinaciones mismas, de su manera de contarlas, etc., como su mera existencia, lo cual indica ya limitaciones en el actuar, que es lo que a través de pruebas o de la conducta espontánea debe poner en descubierto el examinador.

La investigación clínica fenomenológica circunscribe los fenómenos morbosos de acuerdo al modo de vivenciarlos el observador. La justeza o arbitrariedad la mide tanto su aproximación exclusiva al fenómeno estudiado y no a toda la gama de fenómenos similares, como el hecho de que ese modo sea compartido por otros observadores.

Un reparo surge a este respecto, reparo que pudiese anular al método mismo. El material clínico psiquiátrico, como ya lo indicó Kurt Schneider, viene de tres fuentes: la conducta, la expresión y las vivencias⁶ del enfermo. Que el observador percibe directamente la conducta y la expresión mímica no cabe duda, pero, ¿cómo puede observar las vivencias, algo que de suyo existe para el yo del enfermo y no del médico? ¿No tiene que valerse de las confesiones del paciente y, a través de ellas, presumir su existencia sin poder jamás mirarlas a la cara, como es la exigencia de un saber fenomenológico? ¿No parece que la esencia de la vivencia es ser para sí —para el propio yo— y no para otro? ¿No es fundamental su inmanencia a la conciencia?

Sin embargo, ya en la vida corriente andamos disimulando nuestros estados de ánimo, nuestras inquietudes, nuestros pensamientos íntimos; tememos su revelación al menor descuido. En medio de un grupo hay no sólo la convicción de estar varios vivenciando colectivamente lo mismo, sino que el claro sentimiento de que tal o cual cosa consentida por nosotros es rechazada por otros y viceversa, todo lo cual obliga a una espontánea cautela en los comentarios posteriores. Ante una ocurrencia valiosa, una alegría o una tristeza, buscamos amigos con quien compartirla y no quedamos tranquilos mientras no viene la convicción de que ellos vivencian nuestro vivenciar del momento, del mismo modo como transcurre en nosotros.

Mientras más acusada es una vivencia, más hay tendencia a compartirla y, en consecuencia, más obliga a precauciones si eso no se desea. A veces, el que pese a nuestro esfuerzo no despertemos en otro la vivencia mostrada, es prueba de que

⁶ Vivencia es la conciencia que el yo toma de algo y no este algo mismo. Por tanto, vivencia no es un sinónimo de fenómeno psíquico. Dentro del fenómeno psíquico de *fantaseo*, por ejemplo, la vivencia de *fantaseo* es la conciencia que el Yo tiene de la *Fantasia* a la vista —quizás construida por él mismo—, pero no es vivencia sino que objeto de una vivencia. Esto diferencia básicamente una *Psicología Fenomenológica* de cualquier psicología introspeccionista clásica.

ella está poco vivenciada por nosotros mismos. Una vivencia plena no sólo es comunicable, sino contagiosa. En la existencia cotidiana se diferencia ya a quien expone mecánicamente algo y deja frío, y a quien vive lo que expone.

Los fenómenos psíquicos se mueven en una escala oscilante de tendencia a la comunicabilidad: máxima en el vivenciar plenamente explicitado y definido, y mínima o nula allí donde el fenómeno psíquico ya no se vivencia (vivencia = conciencia reflexiva de algo), sino que transcurre casi como un mero acontecer. Tal es el caso de esas imágenes a la deriva que discernimos vagamente cuando, tendidos, nos abandonamos al puro reposo.

Hay incluso vivencias que son intersubjetivas por naturaleza, como las perceptivas: sumiría en asombro el que algo percibido no lo sea simultáneamente por otros. De ahí el profundo trastorno en esta zona del vivenciar mostrada por los esquizofrénicos al configurar sus alucinaciones en medio de una pura subjetividad, ajena a la coparticipación de otros. Son también intersubjetivas las vivencias judicativas, pues no sólo se comparte objetivamente la verdad, sino que agrada que lo sea a través de las palabras nuestras. Vemos la caricatura de esto en el paranoico indignado cuando no adherimos, no sólo a sus creencias, sino a su manera de formularla, y una grave merma en el esquizofrénico ajeno a toda urgencia de comunicabilidad.

Las vivencias de fantaseo ocupan un lugar medio, pero el celo natural para guardarlas indica de alguna manera que también tenderían a escaparse. Justo por eso la facilitación en su comunicabilidad es un indicio mórbido valioso. Reservar no es un mero no comunicar, es un guardar algo de un modo activo y celoso y nada se guarda con tanto cuidado como el mundo de las fantasías.

Constitutivo básico de las vivencias, decía Husserl, es la intencionalidad, el ser conciencia reflexiva de esto o lo otro. Puestos en el punto de vista de la ciencia psiquiátrica y no de la fenomenología pura⁷, que era el suyo, cabe, quizás agregar a la intencionalidad, la tendencia a trascender a otros, a la comunicabilidad: *una vivencia se constituye así por intencionalidad y transcendencia*. Aún más, sería esto un nuevo rasgo diferencial entre lo psíquico —en el nivel vivencial y no del mero acontecer— y lo físico, ya que no sabemos que las cosas estén aspirando a comunicarse entre sí, dentro de la autonomía y respeto recíproco de su propia individualidad, que es el propio de las vivencias.

Para la psiquiatría tienen importancia diagnóstica entre otras, las perturbaciones de la comunicabilidad y las de la intencionalidad, siendo las últimas más difíciles de pesquisar por ausencia de investigaciones acuciosas al respecto. Tal vez la intencionalidad muestra alteración cuando el enfermo vivencia judicativa y no perceptivamente un objeto de percepción, como en la percepción delirante, y cuando vivencia memorativamente (como algo sucedido) y no imagi-

⁷ Véase en el N° 2 - 3, 1959, de la *Revista de Filosofía*, nuestro artículo: "Conciencia Fenomenológica y Conciencia Psicológica".

nativamente, a los productos de su fantasía, como en las fabulaciones delirantes o en las alucinaciones de la memoria; en general están más conservadas las múltiples variaciones de la comunicabilidad.

Las vivencias se expresan ante todo en lenguaje. Para el diagnóstico vale de un lado, la variación en los niveles normales de comunicabilidad de cada esfera de vivencias, por ejemplo: el que no importe que algo percibido no lo sea por los otros (alucinaciones esquizofrénicas), o que se dé salida al mundo habitualmente reservado a la fantasía (como en algunos psicópatas, neuróticos y maníacos); y, del otro, la forma escogida de comunicabilidad: lenguaje sonoro, altisonante, rítmico, vigoroso, metafórico, escueto, pobre, vago, nuevo, adecuado, inadecuado, borroso, impulsivo, fluido, dificultoso, acelerado, lento, a la carrera, huidizo, breve, prolijo, disgregado, ideofugal, neutro, emotivo, afectivo, cuidadoso, amenerado, reservado, con vistas a complacer, a evadirse, a que lo dejen tranquilo. Valiosas son la iniciativa verbal dividida en oportuna e inoportuna, los silencios, sobre todo si abarcan determinados temas, el mutismo, las pararrespuestas, etc.

Se comprende, por ejemplo, el alcance diagnóstico diverso de esta aseveración: "yo tengo cien buques, casas, millones en los bancos, palacios de oro y cristal", si es hecha con lenguaje borroso, frases entrecortadas, a tirabuzones, sin vigor verbal, ni ritmo en el discurso, o bien si surge vigorosa, rítmica, fluida, sonora, unitaria, como dirigida a un solo pensamiento. En el primer caso, apuntamos hacia la parálisis general, en el segundo hacia la parafrenia, cuadros de pronósticos y tratamientos abiertamente distintos.

Una vivencia tiene sus límites, empieza, se desarrolla y acaba⁸. Husserl hablaba de un despliegue natural a cada vivencia en un tiempo propio no acomodado a la temporalidad del reloj; así unas lo hacen en un segundo, otras en días o años; unas terceras persisten indefinidas en estado naciente. Un enfermo que se queja de haber oído una voz y haber sufrido una descarga eléctrica, proporciona de inmediato dos vivencias pseudoperceptivas; en cambio otro, que en ademán fanfarrón, inventa una larga aventura en los mares australes, en la cual entran naufragios, caza de focas y ballenas, escalamiento de cerros nevados, está desplegando en todo su ámbito una sola vivencia, el vivenciar de un fantaseo.

Un ejemplo de la historia de la psiquiatría pone a la mano la importancia de este aspecto. Los psiquiatras franceses del siglo XIX, se preocuparon largamente de la *interpretación delirante*, que para la mayoría era paralela al juicio delirante espontáneo. Hablaban de interpretación entre otras cosas, cuando, por ejemplo, un enfermo veía el retrato de un criminal en la prensa y suponía de inmediato que era un modo disfrazado de ponerlo a él como criminal. Separaban en la

⁸Las vivencias se despliegan continua o discontinuamente; algunas después de un largo tiempo. Un problema científico puede, por ejemplo, preocupar toda la vida; los sucesivos despliegues son enriquecimiento de una y la misma vivencia; por eso decía Husserl que las vivencias se dan en el modo de la actualidad o de la inactualidad (actuales o potenciales).

afirmación del paciente dos actos psíquicos diversos: la percepción inalterada del retrato, por tanto percepción normal, y el enjuiciamiento delirante del significado del retrato, donde yacía lo anormal; esta anomalía del juicio no podía diferenciarse de aquellos otros juicios delirantes espontáneos o autóctonos, en los cuales el paciente por sí y ante sí se declaraba rey. En ambos casos la anomalía aparecía en una misma esfera psíquica, la del juicio, diversa de la de percepción.

Fue un progreso haber visto en muchas de las interpretaciones delirantes de una percepción, que ésta no queda al margen como simple punto de partida, sino que hace parte de la significación insólita, englobándola en una sola y misma vivencia, a la que por eso llamó Jaspers, *percepción delirante*. Puesta como unidad vivencial con sus diversos momentos integrantes (analizados por K. Schneider), la percepción delirante podía diferenciarse radicalmente (Jaspers), ocurrencia delirante (Schneider) de la cual no hay momento perceptivo alguno; esta diferencia abría el camino a la evaluación de su importancia diagnóstica. Como se sabe, mientras la percepción delirante es casi específica de la esquizofrenia, la ocurrencia delirante se da en esta enfermedad y en algunas psicosis orgánicas, mostrando una especificidad más baja.

Por el mismo camino iba a producirse la singular diferencia entre lo delirante primario y lo deliroide, según entren o no a hacer unidad⁹ con la vivencia en despliegue, momentos afectivos o racionales comprensivos. Si éstos no integran unitariamente la vivencia y sólo son concómitantes, aun cuando hubiese concordancia entre afectividad y contenido delirante, la vivencia es siempre delirante primaria. Los psiquiatras conocen las dificultades prácticas, a veces insolubles, puestas por la delimitación de tales unidades.

A la descripción de los trastornos de la comunicabilidad intersubjetiva, y ya discernida la unidad, agrega el clínico la ubicación de la esfera de intencionalidad a la cual pertenece o debiera pertenecer la vivencia, si es que aparece dislocada. Esferas de intencionalidad diversas son la perceptiva, la memorativa, la imaginativa, la judicativa, la volitiva, la práxica, etc., diversas en cuanto aluden a modos peculiares de tener conciencia de algo.

Intencionalidad es el modo en que la conciencia se hace presente su objeto; puede hacerlo perceptiva, imaginativa, judicativamente, etc.

En los enfermos mentales la intencionalidad dislocada hace aparecer una vivencia en una esfera que no le corresponde; así algo a primeras luces perceptivo, analizado con calma suele ser mera fantasía a la que se atribuye, o memorativamente o delirantemente, existencia en la realidad: es el caso de las alucinaciones de la memoria y de las fabulaciones delirantes. El psiquiatra hace obra semiológica

⁹Insistimos que una y la misma vivencia puede estar presente (actual) o en reserva (inactual); es normal que una vivencia se haga actual o inactual en cualquier momento, sin merma alguna de su unidad. En las neurosis se perturba este juego y ciertas vivencias pierden la posibilidad de hacerse inactuales (obsesiones).

cuando restituye mentalmente la intencionalidad a su nivel verdadero y ubica el síntoma en acuerdo a la intencionalidad restituida y no a la dislocada. En este plano los avances prácticos han sido estimables. Veamos tres ejemplos corrientes: un enfermo huele el olor a té que sale a media tarde del jardín de una casa y supone de inmediato ser víctima de una celada; es una percepción delirante con esfera de intencionalidad judicativa. Otro encuentra en su cuarto un olor indescriptible; ayer le sucedió lo mismo; lo supone, puesto por sus enemigos; hay una vivencia alucinatoria olfativa y otra judicativa explicativa. Un tercero advierte desde hace meses emanaciones nauseabundas de su cuerpo, la gente en la calle se le acerca, lo insulta; cuantas veces ha subido a un vehículo colectivo los pasajeros y el chofer bajan protestando; si entra a una tienda los clientes huyen de inmediato y los empleados le gritan: "¡sale!"; un día va al mar a bañarse y los únicos dos señores cercanos le amenazan e insultan en su cara, echándole a empujones para que su hediondez que según le dicen ellos, ya ha invadido toda la playa, no obligue a tomar medidas policiales. Cuando el médico le asegura no exhalar olor alguno, contesta: "entonces no andaría huyendo de mí todo el mundo, me lo gritan muy claro a mi lado, no van a mentir todos".

Pese a la preponderancia perceptiva del relato, tanto el supuesto mal olor, como la conducta de la gente forman apretada unidad vivencial en largo e inacabado despliegue, no pudiéndose considerar separados (vivencias distintas), el mal olor y los empujones e insultos. El conjunto, dado el derroche de acción, tiene el aire de una fábula, de lo imaginado, sólo que no con el acento puesto en el deseo de entretener o engañar a otro como en la pseudología, sino en la convicción para quien la cuenta de que todo es verídica realidad. La intencionalidad se ha dislocado desde el nivel de la fantasía al nivel de la actuación. Tenemos así una fantasía delirante, cuyos caracteres son justamente dar por realizadas fantasías que se desenvuelven en un tiempo indefinido y no definido y breve como las fantasías constitutivas de las alucinaciones de la memoria; en las últimas uno es autor, coautor o víctima activa de una corta trama escenificada, con los caracteres de armonía, cálculo preciso en los movimientos recíprocos de las diversas personas, absorción total en la acción, propio de las tramas imaginarias. En la fantasía delirante la calidad del relato reside en lo actuado ("yo estaba en la creación del mundo y con Cristo formé nubes y vientos y me paseaba con mi Señor por la lluvia..." dice una parafrénica), a diferencia—a su vez—del juicio delirante propiamente tal como el de los paranoicos, cuyo acento yace en la planificación, verificación y mostración de pruebas, respecto a las asechanzas de que es víctima o a los descubrimientos que se está a punto de hacer.

De la dislocación de la intencionalidad y de las alteraciones de la comunicabilidad surge en gran parte el concepto de incomprendibilidad. Como todo concepto científico, no alude de un modo vago y difuso al sentido trivial de la palabra, como cuando alguien llama incomprendibles a las alucinaciones, los actos obsesivos, las estereotipias, sino que se refiere de un modo principal a fenómenos delirantes; desde Jaspers el concepto marca la diferencia entre vivencias deli-

rantes primarias, incomprensibles, e ideas deliroides, comprensibles. Las vivencias delirantes primarias son propias de los *procesos psicóticos*: esquizofrenia y parafrenia; en cambio las ideas deliroides aparecen en los *desarrollos o reacciones paranoicas a vivencias*. Desarrollos clásicos como se sabe son la paranoia de Kraepelin y el delirio pleitista.

Lo comprensible es lo claro a la razón o lo que surge naturalmente de estados emotivos o afectivos. Aparece natural el llanto de una madre ante la muerte de su hijo o el ver policías por todos lados si se ha cometido un delito. Esta comprensibilidad empática es la comprensibilidad por excelencia. Por eso en cierto modo comprendemos que una persona orgullosa y desconfiada en demasía, exagerando estos rasgos afectivos, acabe en una paranoia con francas ideas deliroides de grandeza o persecución.

En cambio es incomprensible empática y racionalmente una percepción delirante o una ocurrencia delirante primaria. Por tarada, extravagante y rara que fuese la personalidad anterior del enfermo, nada hará que comprendamos el hecho de que al mirarse en el espejo y encontrar extraña su fisonomía concluya de un modo rápido e inequívoco que le han cambiado su cuerpo por el de un señor X (percepción delirante del propio cuerpo). La vivencia de nuestro cuerpo como un todo que hace unidad con nosotros, es algo tan primario que ninguna razón puede ir más lejos y sustituirla.

Cuando la incomprensibilidad de un fenómeno psíquico lo es también para el propio enfermo —como el obsesivo que encuentra absurda su compulsión a lavarse las manos cientos de veces— él se vuelve a hacer comprensible para nosotros los observadores, *pues es comprensible que tales fenómenos sean incomprensibles. Lo incomprensible en las vivencias delirantes primarias es al revés, que aparezcan como comprensibles o a lo menos como naturales* para el enfermo. Una esquizofrénica se extraña de nuestro asombro cuando nos habla de sus diez mil partos por minuto, y una parafrénica, cuando cuenta que enterrada varias veces en un nicho del cementerio, ha estado en el ataúd durante meses hasta que otra enferma del patio tendida encima le ha injertado aliento gracias a lo cual vive y conversa con nosotros (fantasia delirante).

En la vivencia delirante primaria se disloca la intencionalidad y se altera la comunicabilidad. El enfermo da intencionalidad judicativa o de suceso actuado a meras fantasías o a vivencias que en el normal tienen intencionalidad supersticiosa (como es el creer que la esposa es infiel porque se le ha cruzado un perro por la calle), o puramente perceptiva. En seguida, o no hay interés en comunicarla o se la reserva o se comunica en frases carentes de precisión y claridad conceptual, y sin embargo dando la impresión de que el enfermo estimase comprensible de inmediato para nosotros cuanto nos está contando. La alteración de la comunicabilidad vivencial, imperceptible para el paciente, hace también incomprensibles en el esquizofrénico el lenguaje disgregado, los neologismos, el negativismo, el mutismo, las estereotipias, etc., todo lo cual florece como si fuese la cosa más

natural del mundo. Si el propio enfermo se asombrase algo, como en las primeras etapas de la enfermedad, nos parecería ya más comprensible¹⁰.

No cabe confundir esta incomprendibilidad, que apunta de modo preciso y operante a determinadas alteraciones de los constitutivos vivenciales (intencionalidad, comunicabilidad, modo natural, perplejo o de curiosidad de vivenciar las propias vivencias), con el problema filosófico y científico mucho más general, en torno al residuo de incomprendibilidad dejado por todas las cosas y a lo cual se alude en frases como éstas: "No comprendemos cómo es posible una alucinación"; o "no comprendemos en virtud de qué, personas víctimas de parecidos azares biográficos sufren unas, síntomas esquizofrénicos, otras síntomas histéricos, y otras equivalentes somáticos de angustia". Tal tipo de incomprendibilidad apunta a otro campo de investigación y señala caminos, pero no corresponde al concepto en juego, cuando se habla de incomprendibilidad esquizofrénica, con su núcleo en la vivencia delirante primaria y gracias a lo cual se acuña en seguida el importante concepto psiquiátrico de *proceso*, diferente del de *desarrollo*, *fase*, *brote*, *episodio* y *reacción*, concepto que a su vez abrirá a las nociones básicas de psicosis *endógenas* y *exógenas*, con toda su serie de implicaciones diagnósticas, pronósticas y terapéuticas.

Proceso, en el sentido de proceso en lo psíquico —diverso a proceso psicótico orgánico a la manera de las demencias seniles, luéticas, arterioescleróticas—, es un postulado fenomenológico alusivo al hecho insólito de que en un alma surja un nuevo modo de vivenciar con intencionalidades dislocadas y perturbaciones de la comunicabilidad, y todo con soltura, naturalidad, vigor, ritmo, hondura, calidad y a veces inusitada belleza. Es como si la fuente originaria misma de las vivencias, el yo primordial, se hubiese alienado, y extrajese con frenesí desde un fondo oculto, modos de vivenciar ingénitamente nuevos. A esto alude Jaspers cuando pone en la base de las vivencias delirantes primarias la *transformación de la personalidad*¹¹. Tal fuerza primaria como la de esta parafrenia que cuenta: "Asisté con las tres personas de Dios a la creación de las nubes y el viento, y tiramos un puñado de nieve y se abrió el abismo, y paseábamos por el abismo con la discorola y veíamos la tarde del mundo en la aurora de la mañana...", es lo que diferencia fenomenológicamente el *proceso psíquico psicótico*, del *proceso psicótico orgánico*, a su vez todo debilidad, flaccidez, pobreza, descascaramiento, puerilismo. Eso no significa de ninguna manera y quizás nadie lo ha pensado, que el *proceso* en el sentido de la esquizofrenia o la parafrenia no tenga también base orgánica. Lo último es lo más seguro, pues si bien el vivenciar en los

¹⁰ Sin embargo, la perplejidad del enfermo en esta etapa es más ante lo enigmático que sucede, que ante lo que le sucede; vive el cambio como una especie de mazaña de la que no logra desenredarse.

¹¹ Jaspers habla de transformación heterogénea y definitiva; lo último no es aceptable en principio en el momento actual.

procesos es firme y vigoroso, el objeto de las vivencias¹², el tema mismo, es casi siempre monótono y aburrido.

La noción de proceso lleva como de la mano al concepto schneideriano de *Grund*, fondo psíquico, inspirado quizás en Schelling o Jacobo Boehme¹³ pero que aquí, como el éter de la física clásica o la antimateria de la física nueva, no es más que un concepto científico límite, indicador de que en alguna parte, a espaldas de nuestros ojos, debe ocurrir el engendramiento de vivencias tan curiosamente nuevas.

Se objeta a la idea de *proceso* en tanto ruptura con la personalidad previa (en cierto modo lo dice Kretschmer), que la personalidad de muchos esquizofrénicos era ya un nudo de sorpresas y extravagancias. Pero el esquizoide juzga sus extravagancias como tales —en lo cual coincide con la apreciación que de ellas hace el individuo normal—, sólo que no puede o no se interesa por evitarlas; en cambio, al esquizofrénico neto, le parecen naturales. Y si esto pudiera discutirse, no cabe lo mismo frente al vivenciar delirante primario cuya distancia al vivenciar esquizoide es insalvable. Quizás si entre el esquizoide y el esquizofrénico haya, en el sentido genético y causal, la misma diferencia que entre la semilla y el árbol y sólo se trate de una metamorfosis, pero eso no toca en nada la diversidad fenomenológica puesta por lo incomprendible, en el sentido antes aludido.

Del concepto fenomenológico de *proceso* se pasa al de psicosis endógena, indicador de la existencia de una disposición especial (genética o adquirida), capaz de permitir un vivenciar tan singularísimo y, sin embargo, "tan natural", a diferencia del vivenciar del psicótico y orgánico, en todo momento desmantelado y hueco.

¹²Toda vivencia es la conciencia que el yo toma de un objeto, pero no es este objeto; se puede tomar conciencia de un objeto concreto en la percepción, de un objeto imaginado en la conciencia imaginativa, de un juicio en la conciencia judicativa. Justamente, en las psicosis endógenas llama la atención el entusiasmo con que se toma conciencia y se reflexiona sobre objetos, muchas veces insignificantes.

¹³Según el autorizado comentario de Alejandro Koyré, el término *Grund* en Boehme, igual que en Schelling, "designa a la vez la razón de algo y su causa, su fundamento real. Boehme podrá, pues, decir que el *Ungrund* encuentra su *Grund* en la divinidad luminosa, porque es ésta la que le proporciona su razón de ser: el *Grund* del germen del ser es el ser".

Y en otra parte: "*Ungrund*, término que designa la ausencia total de determinación, de causa, de fundamento, de razón (*Grund*), y que se estaría tentado a traducir por *abismo*, si Boehme no emplease, al mismo tiempo y en un sentido diferente, el término *Abgrund*, abismo sin fondo. El *Abgrund*, lejos de designar la ausencia pura y simple de todo fundamento y toda determinación en lo Absoluto, no hace más que indicar, tanto la falta de fundamento de la existencia como la ausencia de centro de realización en los seres que han perdido su propio *Grund*. El *Abgrund*, el abismo, designa así en el ser su propia nada, en la cual él está siempre presto a zozobrar, que busca englutirlo y en la cual él tiende a abismarse". Alejandro Koyré: *La Philosophie de Jacob Boehme*. Librairie philosophique. Vrin. Paris, 1929, págs. 280 y 281.

Este *brotar natural*, propio del *proceso, de la fase* (psicosis maníaco-depresiva) y del *desarrollo* (paranoia), es lo que los constituye en especies dentro del campo genérico de la endogeneidad.

El concepto de psicosis endógena es uno de esos conceptos científicos ordenadores y que en este caso alude, como acaba de decirse, a la diferencia básica entre lo psíquico anormal que brota con "naturalidad plena" y lo que deja la inconfundible impresión "de lo venido a menos" (psicosis exógenas), pero de ningún modo disfraza un supuesto dualismo metafísico alma-cuerpo, ni se refiere a participaciones leves o masivas del sistema nervioso. El descubrimiento de lesiones o disfunciones que provoquen categóricamente la esquizofrenia o la psicosis maníaco-depresiva, no destruirá el concepto de endogeneidad, porque un concepto causal-explicativo cualquiera no anula conceptos fenomenológicos que sólo aspiran o a describir directamente o a ordenar lo descrito. Al respecto cabe afirmar que la psiquiatría fenomenológica no sólo no sustituye a las investigaciones causales o comprensivas, sino que, al contrario, las urge a buscar las causas o las motivaciones de las sucesivas unidades que ella elabora; les pide sí cordura, a fin de no precipitarse antes de tiempo en costosas investigaciones experimentales sobre fenómenos aún no bien discernidos o apenas barruntados.

Santiago de Chile, 1960

Psicodislépticos y psicosis modelo

Los fármacos psicotropos guardan afinidades con ciertas constelaciones psíquicas a las cuales refuerzan, modifican, inhiben, facilitan o distorsionan. Así por ejemplo, los *psicodislépticos* actúan de preferencia sobre matices finos de la percepción, la ideación, los afectos, la espacialidad y la temporalidad. De esa manera, apartan al hombre de la realidad en que vive sin borrársela, y lo llevan a otra en que el espacio se acorta o se alarga, el tiempo se prolonga, y se cree vivir una especie de fervorosa comunidad con los demás; a ratos parecieran mostrar de frente lo absoluto. Clásicos son la marihuana, la mescalina, la psilocibina. Pasadas unas horas, su efecto cede, se regresa a la antigua realidad, aunque sigue la recién vivida, como algo siempre recordable y no como lo que se disuelve en el olvido a la manera de los sueños. No se parecen de ningún modo a las psicosis clásicas, no son *psicosis modelo* como se pensó en un momento, pues en nada reproducen a la esquizofrenia, la epilepsia, la psicosis maniaco-depresiva y ni siquiera a las psicosis exógenas, pues con las últimas apenas guardan un aire lejano; por lo tanto creer por ahora que conocido el secreto de su acción, se develaría la posible etiología de las psicosis endógenas, o de las exógenas agudas, es ilusión demasiado ambiciosa.

Psicoanalépticos y estados de ánimo

Psicotropos muy familiares son los *psicoanalépticos* ya de tipo colinérgico —lucidril, catovitán—, o catecolaminicos de la clase de las anfetaminas, en especial las dextrógenas (dexedrina), que actúan sobre el humor, la vigilia, la fatiga, el apetito, el entusiasmo, elevándolos en mayor o menor grado. El lucidril suele ser útil incluso en la recuperación más rápida de las secuelas propias de los TEC, y en las leves agitaciones de los ancianos y alcohólicos. Las anfetaminas aumentan la ansiedad, y no se recomiendan ni en neurosis de ansiedad, ni en depresiones ansiosas. Autores norteamericanos las estiman útiles en las depresiones apáticas, hecho discutible para investigadores europeos. Nosotros

las asociamos desde hace años con éxito, a los antidepresivos tricíclicos, en depresiones endógenas resistentes a otros tratamientos.

Antidepresivos

Grupo especial entre los psicoanalepticos forman los *antidepresivos* o *timolépticos*. Corrientes son los inhibidores de la monoaminooxidasa (MAO), cuerpo que participa en la desintegración intracelular de la *serotonina*, substancia que junto a la adrenalina y la noradrenalina, desempeña un papel activador importante en el metabolismo celular. Los antidepresivos IMAO, en cuanto cercan el papel inactivador de la monoaminooxidasa, refuerzan de hecho la conservación de la serotonina. La *iproniazida*¹, enlazada con el ácido nicotínico, fue una de las primeras usadas. Se había visto que algunos de estos derivados empleados en la terapia de la tuberculosis provocaban euforia en tales pacientes y surgió entonces la idea de aplicarlos a las depresiones. La iproniazida era eficaz en las depresiones endógenas pero muy tóxica para el hígado y el riñón. Hoy recurrimos con más frecuencia cuando fracasan otros antidepresivos, a la *isocarboxazida* o *marplán*. Además de la inhibición de la MAO provocarían también algún efecto de tipo anfetamínico, aunque el marplán no lo tendría*.

La isocarboxazida

Los IMAO antidepresivos desencadenan reacciones tóxicas violentas asociados con tricíclicos como el tofranil: incluso hay peligro de muerte. Por eso no puede cambiarse de uno a otro en caso de fracaso de uno de ellos, sin un descanso de 12 a 15 días². Aparecen además reacciones tóxicas con el alcohol, la procaina, la petidina, los anticoagulantes, la insulina, los antiparkinsonianos, el queso, sobre todo el queso fresco, y los alimentos ricos en tiramina.

Con el marplán se han descrito: ictericias hepatocelulares, polineuritis, anemia y leucopenia.

¹Nuestro grupo, a base de experiencias obtenidas en el tratamiento de las meningitis tuberculosas, fue quizás uno de los primeros en usarla en los estados depresivos antes de conocer las investigaciones extranjeras al respecto.

²Si se usan tricíclicos, cabe recurrir al marplán después de 3 ó 4 días; no así al revés. Sin embargo esto se revisa de nuevo por los investigadores, llegando algunos a acortar a 7 días el periodo de abstinencia posterior a la suspensión del marplán. Autores más audaces han combinado tricíclicos y marplán en depresiones endógenas rebeldes siempre que el paciente lleve dos o tres meses ingiriendo tricíclicos; nunca si se utiliza antes marplán. Mientras no se avance en tales trabajos es preferible seguir los antiguos criterios. Véase "L'Encephale". Nouvelle series. Volume 1. Fascicule 3, 1975.

*Ver nota al final de este capítulo.

La dosis media es de 30 a 40 mgs. y la máxima de 60 mgs. En los ancianos no conviene sobrepasar los 30 mgs. Los comprimidos habituales son de 10 mgs.

Sin embargo, pese a la reticencia de los psiquiatras, el marplán es a veces un antidepresivo insuperable; su acción se nota apenas a los 15 ó 20 días; es efectivo en depresiones neuróticas y psicóticas y muy eficaz en la curación de ciertas fobias rebeldes, en especial la agorafobia. Lo hemos prescrito en las fobias desde hace muchos años, como lo enseñábamos en nuestras lecciones de psiquiatría, y ya en las lecciones dictadas en 1971 y 1972 en los cursos de Sexología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile dimos cuenta de los buenos resultados obtenidos en el tratamiento de la eyaculación precoz y de la impotencia sexual, en los últimos ocho años.

Acostumbramos en las depresiones a empezar con 1 comprimido antes de desayuno durante tres días, para subir a 1 comprimido antes de desayuno y 1 antes de almuerzo durante 5 días; enseguida en personas jóvenes o de edad media continuamos con 2 comprimidos antes de desayuno y 2 antes de almuerzo por 30 días, periodo en que en general cesa el cuadro psíquico depresivo; después continuamos con 1 comprimido, 15 días más, para reafirmar la curación. Asociamos desde la partida 1 comprimido de 2 mgs. de valium o 5 mgs. de pasitrán después de desayuno y de almuerzo para combatir la ansiedad. Como la depresión y el propio marplán provocan insomnio de despertar, damos en la noche una combinación de prometazina y mogadón, 1 a 2 comprimidos. Los barbitúricos están en general contraindicados.

Entre los efectos desfavorables, que difieren de los tóxicos, hay sequedad de la boca, hipotensión arterial, lipotimias, constipación, impotencia o eyaculación retardada. Esto último ha inducido a recomendarlo en el tratamiento de la eyaculación precoz³. Si se previene al paciente de los malestares que sentirá, los cuales por lo general se hacen más leves con el transcurso de los días, no tiene inconveniente en soportarlos. La impotencia sexual o la frigidez es en parte debida al marplán y en gran parte, a la depresión y mejora totalmente con la desaparición del cuadro básico. Tal vez por eso es paradójicamente útil en muchas impotencias que bien investigadas son síntoma de una depresión larvada o síntoma nuclear de la neurosis de angustia. En nuestros pacientes no hemos observado por fortuna complicaciones hepáticas o de otros órganos, pese al gran número de los tratados.

Antidepresivos tricíclicos

De menos riesgo son sin embargo los *antidepresivos tricíclicos* que potencian al parecer los agentes neurohumorales en las terminaciones nerviosas. El más

³En nuestra experiencia, cuando el único síntoma era la eyaculación precoz, hemos tenido éxito no siempre, pero sí en muchos casos; suspendido al cabo de seis u ocho semanas persistía el éxito por algunos meses; en general, si no se asociaba a psicoterapia, reaparecía el síntoma.

conocido es la *imipramina (tofranil)* derivado de la dibenzoacepina. Es un anticolinérgico, de ahí sus efectos secundarios: sequedad bucal, constipación, defectos de la acomodación visual y a veces dificultades penosas en la micción; incluso suele desencadenar crisis epilépticas, lo que la contraindica en la epilepsia; no obstante se usa en depresiones epilépticas, pero aumentando al mismo tiempo la dosis de los antiepilépticos acostumbrados. Agrava, según se cree, la sintomatología esquizofrénica y más vale no usarlo en las depresiones propias de dicho mal.

Está absolutamente contraindicada en asociación con los IMAO (marplán), asociación capaz de provocar coma, convulsiones, hipertensión arterial, fiebre y muerte.

Con el artane (trixifemidil), provoca estados deliriosos tóxicos, de buen pronóstico, si se suspende el artane.

Potencia peligrosamente los barbitúricos y las anfetaminas. Sin embargo, desde este último punto de vista y procediendo con cautela, hemos visto rápidos y espléndidos resultados en depresiones rebeldes de tipo apático, dando 50 mg. de tofranil antes de desayuno con 5 a 10 mg. de dexedrina después del desayuno, e idéntica dosis al almuerzo; tales combinaciones exigen observación médica rigurosa.

Como el tofranil tiende a provocar insomnio⁴, temblor de los dedos, sudoración molesta, y potencia demasiado los barbitúricos, se debe mejorar el sueño con hipnóticos no barbitúricos. A veces basta con 1 a 2 comprimidos de mogadón, al cual puede asociarse prometazina.

Se han descrito con el uso de aquel tricíclico: taquicardias, arritmias, leucocitosis, leucopenia, hipotensión ortostática, ictericia de tipo colostático, y en animales efectos teratógenos.

Eficaz en todo tipo de depresiones (salvo las esquizofrénicas), y a cualquier edad, también lo es en la neurosis de angustia, no así, en la obsesiva. Es exitoso en cierto tipo de enuresis.

La impotencia y frigidez sexual, que suele agravar la ya producida por la depresión, conviene advertirla al paciente, pues desaparece con la mejoría.

Contraindican su uso, relativamente la epilepsia y la esquizofrenia, y casi totalmente el glaucoma, la hipertrofia prostática y las miocardiopatías.

La dosis media usada por nosotros es de 100 a 200 mg. diarios⁵; la asociamos a valium 2 mg. dos veces al día. Como dosis de prevención una vez desa-

⁴El insomnio provocado por los tricíclicos es de conciliación a diferencia del de la depresión endógena, que es por lo general del despertar. El "no tomarle el gusto al sueño", pese a su profundidad es síntoma clásico de la depresión y no de los antidepresivos.

⁵Todos los autores insisten en partir con dosis adecuadas, sólo determinables clínicamente en cada caso. Tanto la sobredosificación, como la dosificación insuficiente retardan la mejoría o agravan los síntomas del cuadro.

parecido el cuadro, continuamos el tratamiento con 25 ó 50 mgs. durante uno o dos meses.

La *amitriptilina* o *tryptanol* y en especial la *noritriptilina* o *aventyl* son superiores al tofranil en las depresiones ansiosas; los efectos colaterales y tóxicos son parecidos; pero son más peligrosas de asociar con alcohol, diazepam y metildopa. Las dosis son idénticas.

El *sinequan* viene en comprimidos de 10 y 25 mgs., tiene muy pocos efectos colaterales, y es un tricíclico bien tolerado y eficaz, aun cuando también en algunas personas hemos observado fotosensibilidad, sudoración, edema de los párpados. En ciertas depresiones o ansiedades leves, tomado en la noche, provoca un sueño reparador. Tal efecto parece agotarse al cabo de meses.

El *mutabón-A* es una combinación de penfenazina y amitriptilina; el *mutabón-D*, es la misma combinación en otras dosis; el último se usa más bien en la noche y contribuye a mejorar el sueño.

La *irimeprimina* o *surmontil* es antidepresivo y ansiolítico con iguales ventajas e inconvenientes que el tofranil, salvo menor tendencia a la hipotensión ortostática. También lo contraindican el glaucoma y la esquizofrenia.

Debemos destacar el uso del *norprán* en las depresiones; no tiene casi los efectos colaterales vegetativos del tofranil, parece algo más rápidamente eficaz (cosa negada por algunos), y es por lo demás desipramina, que sería el metabolito responsable de la acción de la imipramina. También se le conoce por *per-tofrén N.R.* y viene en comprimidos de 25 y 50 mgs. Las dosis son similares a las del tofranil; en depresiones graves nosotros llegamos a los 300 mgs.; en general nos mantenemos en los 150 ó 200 mgs. La ansiedad se combate agregando valium, pasitrán o nobrium en dosis que no lleven a la somnolencia.

Volvemos a insistir en que para mejorar el sueño mientras desaparece la depresión y con ella el insomnio, eliminamos los barbitúricos, debiendo preferirse fármacos como el nitrzapam o mogadón, el diazepam (valium o pasitrán), la levomepromazina, los derivados de la quinezolona (metacualona), de la piperidina (glutatimida), el medazepam o nobrium.

El *serpasol* provoca estados depresivos intensos; también las fenotiazinas y las sales de litio, las últimas si se ingieren ya aparecido el cuadro depresivo endógeno.

El *anafranil* -Clorhidrato de 3-cloro-(3 dimetilaminopropil)-10, -dihidro-5-H-dibenzo(b,f) acepina es excelente en algunas depresiones endógenas ansiosas. Se usa 1 a 2 ampollas de 25 mgs. intramusculares los primeros días, para subir a 4 ó 6 ampollas. Cuando el enfermo se nota más aliviado se cambia a grageas de 25 mgs., 4 diarias. También se puede empezar con grageas en cantidad hasta de 6 diarias, para descender a 4 al cabo de unas 3 semanas. También se le utiliza en infusión, 1 vez al día, durante 2 a 3 horas; se recurre al suero glucosado o salino isotónico, 250 mgs. con 2 a 3 ampollas de Anafranil. Como los demás antidepresivos lleva al éxito cuando aquéllos han fracasado; igual al revés, fracasa donde otros son inmejorables.

El citrato o carbonato de litio se usa en el tratamiento de la manía aguda, aun cuando últimas investigaciones parecieran dar la preferencia a las fenotiacinas y butirofenonas, menos riesgosas y más eficaces y rápidas⁶. En cambio el litio es magnífico profiláctico de la manía y la depresión⁷ usado a lo largo de la vida. La dosis promedio oscila entre 600 y 900 mgs. diarios ingeridos en tres dosis. En un comienzo deben realizarse una o dos litemias por semana y más tarde una al mes. Se debe procurar mantener el nivel entre 0.8 y 1.5 mEq/l, que es el nivel no tóxico⁸. Está contraindicado en los enfermos renales, en los muy viejos; al parecer agrava la esquizofrenia. Sus efectos colaterales son desagradables en un principio: temblor fino de las manos, que no cede a los antiparkinsonianos, diarrea, náuseas, anorexia, vómitos y dolores abdominales; pasan bajando la dosis a 300 mgs. por unos días para elevarla después; no vuelven, salvo que por descuido en las dosis o en los controles de litemia se llegue a cantidades tóxicas. En dichas cantidades aparecen ataxia, somnolencia, hablar borroso, ataques convulsivos e incluso coma y muerte.

Para prevenir efectos inesperados es necesario un consumo normal o algo superior de sal y comer como de costumbre, ya que el litio tiende a bajar el apetito. Cierta fatigabilidad leve, sequedad de la piel y sensibilidad al frío experimentados por unos pocos pacientes, suele originarla una ligera deficiencia tiroidea, que casi nunca adquiere importancia molesta. En el régimen sin sal el litio está contraindicado. En suma se trata de una droga psicoactiva buena, no imprescindible, de riesgos bajos en personas somáticamente sanas.

En los casos de intoxicación grave la baja del nivel del litio en el suero, aun cuando sea considerable no apunta a descenso similar en el resto del organismo; el litio parece eliminarse muy lentamente de otros tejidos y llevar entonces al coma y la muerte, pese a suprimirse la droga y recurrirse a la diuresis salina, el bicarbonato, el oxígeno nasal y la aminofilina. De ahí la necesidad de reducir de inmediato la dosis si en la sangre se encuentran cifras superiores a 1.5 ó 2 mEq/l. La aparición de vómitos con su eliminación de sodio, puede elevar aún más esa cifra límite. El litio además no es tan inocuo como se creyó en un comienzo, y por eso, sólo previos exámenes somáticos rigurosos y controles de litemia, cabe usarlo, como lo hacen algunos autores, en anorexias nerviosas, tensiones premenstruales, síndromes maniacos o manías agudas. Su acción como la de todos los psicofármacos depende del alimento, del Ph, de otros medicamentos concomitantes, del estado cardiorenal, etc.

⁶Nosotros seguimos usando el litio con notables resultados.

⁷Las esperanzas en tal sentido no son tan auspiciosas como se creyó al principio. No siempre impide el retorno de las depresiones, sobre todo en los cuadros unipolares, y a veces es aconsejable usarlo asociado a una dosis mínima de tricíclicos: 25 a 50 mgs. de tofenil o norprán. Su fracaso en algunos casos ha reabierto la polémica en torno incluso a posibles ventajas profilácticas del electroshock.

⁸Algunos autores ponen la dosis máxima en 2 mEq/l.

Tomadas las anteriores precauciones, es talvez el mejor profiláctico de la psicosis maniaco-depresiva. Nosotros llevamos años usándolo, y dada la cantidad de depresivos que tratamos, es significativo que sólo tengamos en el último quinquenio doce recaídas, pero aun esas recaídas, logran distanciamiento de las fases. Consignamos por desgracia la muerte de una persona mayor, en la que se dieron durante unos cuantos días 900 mgs. diarios, para curar una manía que no cedía ni siquiera al electroshock. Había discreto compromiso renal, y nuestro dilema era una posible muerte por agotamiento dada la extrema locuacidad y excitación o el serio riesgo del litio. Los tratamientos contra la intoxicación, bastante completos, fueron ineficaces, pese a la gran baja de los mEq/l en la sangre.

Hemos recurrido a él en dosis de 1.200 a 1.500 mgs., asociado a 200 ó 300 mgs. de clorpromazina en el tratamiento de Paranoias puras de 3 a 4 años de evolución y resistentes a otros tratamientos, incluida la clorpromazina pura en dosis alta. En cuatro, de siete casos, el éxito ha ido prácticamente hasta la remisión completa, habiéndoseles seguido durante dos años. Ya en los primeros dos o tres meses el sistema delirante se reducía a mera especulación teórica reservada a personas muy íntimas; más tarde venía un dejar totalmente de lado el tema, un no preocuparse por él, o un decir: "a lo mejor eran puras ideas". Todos ellos se han reintegrado en pleno a su actividad normal.

Tranquilizantes menores. El valium

Los *tranquilizantes menores* son ansiolíticos, algunos concilian directa o indirectamente el sueño, complementan la acción de antidepresivos y neurolepticos, y respecto a posible dependencia psíquica, no hay datos decisivos.

Muy conocidos son el *atarax*, que es un difenilmetano, el *meprobamato*, que es un derivado diólico, y todo el grupo de las benzodiazepinas, entre las cuales se ubican el *clordiazepóxido* o *librium*, el *diazepam* (R) o *valium* (1962), el *nitrazepam* (R) o *mogadón*, y el *medazepam* (R) o *nobrium*. El *valium* se usa a lo largo del día en dosis de 2 a 5 mgs., repetida dos a tres veces; para dormir, en cambio, es necesario elevarlo a 10, 15 ó 20 mgs. El hipnótico por excelencia de este grupo es sin embargo el *mogadón*; cada tableta es de 5 mgs. y bastan 1 a 2 comprimidos al acostarse. Produce un sueño semejante al fisiológico, sin modificar la duración del período REM. En los viejos suele desencadenar intranquilidad y exceso de actividad onírica; lo último también se observa en algunos jóvenes. El *meprobamato* es peligroso en el embarazo, pues tendría propiedades teratógenas; lo mismo se ha dicho últimamente del *valium* en acuerdo a lo mostrado en experiencias en animales; esto exige sin embargo mayores investigaciones⁹.

⁹En el último tiempo un derivado de las benzodiazepinas, el *clonazepam*, conocido en Chile como *rivotril*, se ha mostrado eficaz en el tratamiento de diversas formas de epilepsia, exceptuadas las psicomotoras. Es cinco a diez veces más potente que el *nitrazepam*.

El *valium* es excelente por vía intramuscular o intravenosa en dosis de 10 mgs. tres, cuatro o más veces al día en el tratamiento de las crisis convulsivas generalizadas epilépticas de los estados de mal convulsivo unilateral, en los estados de mal epiléptico y en la premedicación de la terapia electroconvulsiva. La dosis máxima en caso de perfusión intravenosa lenta en los epilépticos graves no debe superar los 100 mgs. diarios. Por lo demás, por vía intramuscular o endovenosa es útil en cualquier estado de excitación violenta, por ejemplo, en las de los epilépticos o de los alcohólicos.

Ninguno de los tranquilizantes menores provoca efectos extrapiramidales; a veces deprimen el sistema hematopoyético o provocan ictericia que cesa al suspenderlos.

El *levanxene* (temazepam) viene en dosis de 10 mgs. y se pueden dar hasta 6 cápsulas diarias, repartidas en tres dosis, y es un buen ansiolítico. Se puede acompañar de antidepresivos en el tratamiento de las angustias depresivas y esquizofrénicas. Lo potencian el alcohol, las fenotiazinas y los barbitúricos. En los ancianos debe manejárselo con mucha prudencia. No ha mostrado propiedades teratógenas. Su fórmula química es: 7-cloro-1,3-dihidro-3-hidroxi-1-metil-5-fenil-2 H-1,4-benzodiazepin-2-ona.

Psique y antidepresivos

¿Sobre qué parte del psiquismo ejercen su efecto los antidepresivos? Recordemos el modelo de la *depresión endógena*. Los signos cardinales son insomnio del despertar, tendencia a postergar las decisiones más mínimas, sensación de incapacidad para discurrir y actuar, fatigabilidad ante el menor esfuerzo, pérdida del sentido del humor, ansiedad matinal que calma hacia la noche, desinterés por todo, falta de vibración con los éxitos propios, los de los familiares, o con la presencia de las cosas agradables, sensación de haberse enfriado el cariño por los suyos, pérdida del sentido de la vida, convicción de que no se tendrá mejoría, deseos ardientes de morir, muerte en la cual se divisa el único descanso gozoso. Todo se resume en un ver el mundo como duro, frío e inabordable, quedando frente a él la propia persona totalmente inerte y sin salida, y para colmo desposeída según ella, de concentración, memoria, decisión, vigor, o sea, raquítica y sin destino.

El fármaco antidepresivo actúa al cabo de 12 ó 15 días, haciéndole aparecer primero y poco a poco —en casos raros, de la noche a la mañana— el sueño reparador, el apetito, el gusto por la conversación, por las noticias, por los objetos de su predilección, además de la sensación de querer y ser querido. Más tarde desaparece la tendencia a postergar las tareas, la impotencia sexual, la constipación, las molestias corporales diversas. La inseguridad casi masiva en el actuar cotidiano familiar, social y laboral, con el lógico miedo al descrédito, al ridículo, al desprecio, del cual los demás síntomas parecen ser simples conse-

cuencias, es quizás la zona psíquica donde actúan selectivamente, pues inteligencia, memoria y conciencia no sufren alteraciones dignas de señalarse ni durante la enfermedad, ni durante el tratamiento. La angustia del despertar se acorta a la segunda o tercera semana, para volver en forma de ráfagas cada vez más distanciadas, durante las dos o tres semanas posteriores.

En las depresiones se hunde la plataforma de seguridad indispensable a todo pensar y obrar serenos. Es en el levantamiento y reforzamiento del subsuelo de esa plataforma donde operan los antidepresivos; la reaparición de los demás sentimientos viene por sí sola una vez restaurado el sentimiento básico sobre el cual aquellos se estructuran. Que la seguridad tiene un substrato bioquímico, lo prueba la eficacia de los medicamentos. Que no es sin embargo, ese puro substrato, y hay capas reguladoras de orden psíquico, lo prueba a su vez el hecho de que esa seguridad, sin aprobación personal y social respecto de lo que se habla o hace, tampoco se obtendrá. Si ello llegara a ocurrir, o sea, si "la seguridad bioquímica" dada por los antidepresivos hiciese innecesarios los otros requerimientos espirituales moderadores de la seguridad o arrasase con ellos, aparecería un nuevo cuadro psicótico: la manía endógena, en la cual uno obra como quiere con seguridad demasiado absoluta, sin importarle el juicio ajeno. En cambio es típico de la mejoría de la depresión, recuperar junto con la seguridad y el agrado de vivir, la prudencia y el tino necesarios para obrar en tareas de suyo difíciles o no bien dominables por la persona; en otras palabras, junto a la seguridad en el presente y en el futuro, se restablece la visión apropiada del riesgo normal a correr en toda empresa para no operar a tontas y a locas. Lo último ya no es efecto de la droga sino de la personalidad. Cesado el cuadro depresivo, se restaura en sus fueros la antigua personalidad sana, con todos sus grados y matices de prudencia, confianza, tacto, sensibilidad, comportamiento ético. Sus viejos defectos siguen, ellos no se transmutan con drogas, sino, en el mejor de los casos, con psicoterapia, con el logos, con la palabra. No es raro lógicamente que las depresiones recién curadas terminen en breves periodos de euforia o de entusiasmo excesivo.

La aparición del psicofármaco con su acción selectiva sobre estructuras neuroquímicas relacionadas con la intensidad y armonía de los sentimientos, obligan a un preciso diagnóstico clínico, y hacen de la automedicación algo en extremo peligroso. Como se sabe los cuadros psiquiátricos suelen ser monosintomáticos por periodos a veces prolongados. Por ejemplo, un insomnio del despertar, un despertar alrededor de las cinco de la madrugada después de cuatro o cinco horas de sueño profundo pero no reparador, más aún si ese despertar es acompañado de cierta angustia por las tareas del día que se avecina, apunta por lo general a arterioesclerosis cerebral, a agotamiento nervioso, o en la mayoría de los casos, a depresión endógena incipiente. Si se trata dicho insomnio con barbitúricos, clorpromazina, o valium, a lo mejor se duerme bien, pero se oculta peligrosamente la evolución del cuadro de fondo, que se hará presente semanas o

meses más tarde en toda su majestad. Un insomnio depresivo del despertar¹⁰, a diferencia del neurótico, que es generalmente de conciliación, obliga de inmediato, aun en ausencia de las otras manifestaciones clásicas, a una terapia antidepresiva completa sumada al uso de hipnóticos no barbitúricos en la noche, moga-dón o valium, pero con la seguridad ahora de que se está eliminando el cuadro de fondo con lo cual desaparecerá a su tiempo el insomnio; la persona no se acostumbrará así a "doparse" con cantidades cada vez mayores de somníferos, que además del peligro de acostumbramiento, llevan implícito, dado el diagnóstico, el peligro del suicidio. Se sabe que los depresivos se suicidan no en el período de inhibición total, sino cuando aun se sienten relativamente bien. Las ideas suicidas vienen en parte de la pérdida del sentido de la vida, pero también son a veces compulsiones negras que cruzan de repente la mente como relámpagos sobrecogedores.

Lo mismo diríamos de otro sintoma aislado de comienzo de las depresiones: la fatigabilidad corporal excesiva en la mañana, con el deseo de retrasar la levantada. Se suelen prescribir vitaminas, anfetaminas, psicoanalépticos colinérgicos como el catovitán o el lucidril, con lo cual, bajo su efecto inmediato aparece un alivio momentáneo, aunque por debajo, a lo mejor, se configura una depresión, que en vez de durar cinco a ocho semanas como es lo habitual en terapias precoces, se arrastrará por meses, con los peligros de suicidio o de habituación a tóxicos, ya señalados.

Psicofármacos y esquizofrenia

La pérdida de la concentración, la baja de rendimiento escolar prolongada, la tendencia a extender demasiado el sueño en las mañanas, el desgano persistente, son con cierta frecuencia durante dos o tres años los únicos síntomas de una esquizofrenia en comienzos; si eso se toma a la ligera como mera crisis de adolescencia, o efecto de malas compañías, o se acude a vitaminas, estimulantes, vacaciones, viajes, se es responsable de perder un tiempo precioso para la curación de una enfermedad, que tiende muchas veces a la cronicidad si no se la detiene a tiempo con los psicofármacos adecuados.

De esta manera los psicofármacos con sus serias posibilidades curativas y sus sinergias obligan al médico a un fino e irremplazable manejo de la clínica psiquiátrica. La sanidad del espíritu es un imperativo de siempre, pero hoy con recursos a la mano, nos obligan más que nunca las palabras de Aristóteles y de los médicos griegos: "La salud es el logos del alma", y el arte médico "el logos de la salud".

¹⁰Insomnio del despertar, insistimos, no significa de inmediato la presencia de depresión endógena, pero obliga a una pesquisa clínica fina.

Los neurolépticos

En el tratamiento de la esquizofrenia muestran eficacia las fenotiacinas, la butirofenonas, los tioxantenos y la reserpina. Usados también en el delirium tremens, en la manía¹¹, en síndromes psicóticos agudos de variada especie, su efecto parece centrarse ahí, en calmar la agresividad, la motilidad descontrolada, el insomnio de conciliación, la productividad deliriosa, las alucinaciones. En la esquizofrenia atacan de preferencia las alucinaciones, los síntomas motores, las percepciones delirantes y los trastornos del curso formal del pensamiento: robo, adivinación y manejo por mano extraña del curso de las ideas.

Se les ha llamado *neurolépticos o tranquilizantes mayores* y se caracterizan según Delay y Denicker porque:

- a) provocan indiferencia y disminuyen la actividad psicomotriz, sin presencia de efectos narcóticos;
- b) dan buenos resultados en estado de agitación, excitación y agresividad;
- c) reducen los síntomas psicóticos agudos y crónicos, sobre todo en la esquizofrenia;
- d) provocan manifestaciones extrapiramidales y vegetativas, entre éstas hipotermias e hipotensión arterial;
- e) actúan a nivel subcortical.

En un comienzo aparece somnolencia, la que pocos días después se esfuma aun con dosis altas de 900 mgs. o 1 gr., como suelen ser a veces las de la clorpromazina.

Según su acción sobre los agentes neurohumorales se les divide en depletores (reserpina) y bloqueadores de los receptores celulares sensibles a las catecolaminas: fenotiacinas y butirofenonas. La reserpina alteraría la capacidad de las vesículas sinápticas para recaptar la noradrenalina y sobreproduciría metabolitos desaminados.

Los *neurolépticos* se asocian bien a los tranquilizantes, potencian tóxicamente a los IMAO y barbitúricos, y antagonizan o anulan a antidepresivos, psicoanalépticos y psicotóxicos: mescalina, .L.S.D., marihuana.

Desencadenan síndrome extrapiramidal, y en varias ocasiones alteraciones del electrocardiograma, ictericia colostática, leucopenia, agranulocitosis, y según algunos, anomalías en el desarrollo embrionario, lo que nunca hemos observado. En personas de mucha edad se han visto compromisos vasculares coronarios y cerebrales. En los alcohólicos, si hay señales de compromiso hepático evidente, cabe recurrir a ellos con suma prudencia. Los contraíndican las depresiones, pues las agravan con peligro de suicidio; por eso quedan prohibidos en el combate de la ansiedad o el insomnio cuando son síntomas de cuadros depresivos.

¹¹ En el tratamiento de la manía sigue siendo preferible el uso de sales de litio, siempre que no haya contraindicaciones somáticas renales o cardiovasculares y el enfermo no esté sometido a un régimen alimenticio hiposódico.

La clorpromazina favorece la aparición de crisis epilépticas, no así el haloperidol o haldol, que es una butirofenona.

Las drogas fenotiacínicas del grupo promacínico como la clorpromazina y el nozinán (levomepromacina), provocan acentuado aumento de peso. En cambio, el síndrome parkinsoniano propio de los neurolépticos, es leve o no aparece, y la galactorrea no rara con el uso de otros grupos fenotiacínicos, es aquí poco frecuente. Tal grupo peracínico, entre los cuales recordamos el mayerpil, la stelazine y el trilafón, y también el grupo de las butirofenonas, desencadenan muchas veces intensos síndromes parkinsonianos, crisis hiperquinéticas y galactorrea. Su escaso efecto somnífero e hipotensivo arterial, los hace más útiles en cuadros psicóticos alcohólicos o seniles.

La clorpromazina

La *clorpromaxina* sintetizada en 1950 por Charpentier fue reconocida como anti-psicótica en 1952 por Delay y Denicker. Ya describimos sus contraindicaciones (epilepsia, depresión) y sus molestias colaterales; señalaremos sus indicaciones. Da resultado excelente en la manía en dosis de 300 a 600 mgs. diarios, pero su mejor indicación son las esquizofrenias catatónicas y paranoides, y todos los cuadros con fenómenos deliriosos, delirantes y alucinatorios. La dosis de ataque puede llegar aquí hasta los 1.500 mgs. diarios por vía oral durante 10 a 15 días¹², para bajar enseguida a dosis medias de 300 a 600 mgs. Cuando el cuadro remite las dosis de mantención y resguardo se reducen a una sola en la noche de 200 a 300 mgs. La vigilancia debe orientarse especialmente al hígado y al hemograma. En los seniles las dosis prudentes son de 75 a 100 mgs. y durante el menor tiempo posible.

Por vía intramuscular las dosis convenientes bordean como máximo los 100 mgs. y es útil usarla así como ansiolítico en la ansiedad esquizofrénica o neurótica, pues la depresiva la agravaría extraordinariamente.

En la esquizofrenia paranoide en los casos exitosos, elimina en pocos días la agitación psicomotriz si es que existe; el paciente se vuelve entonces tranquilo, aislado y como indiferente al medio; responde pasivamente al interrogatorio y carece de iniciativa para ayudar a tareas domésticas. Siguen todavía las voces alucinadas y los delirios. Si la terapia persiste exitosa, alrededor de los treinta días, las voces se oyen pero ya no molestan; se han convertido en rutinarias; a los cuarenta o cuarenta y cinco días se reconocen como producto de la propia imaginación, o de hecho ya no se escuchan. Las percepciones delirantes, fenómeno en virtud del cual el paciente se cree observado en la calle porque la gente

¹² Empezando con 100, 200 ó 300 mlg. la primera semana y observando los efectos de estas primeras dosis.

le encontraría facha ridícula o de homosexual, persisten más largo tiempo; a los treinta o cuarenta días son frecuentes respuestas de este tipo: "tendré que salir de la Clínica para ver si soy observado". Dos o tres semanas más tarde atribuyen recién tal fenómeno a su imaginación mórbida, a su trastorno psíquico, que ahora empiezan a reconocer como tal. Es el momento de darlo de alta y continuar la terapia ambulatoria, enviándolo quizás antes al Hospital Diurno para despertar la propositividad vital, el gusto por desempeñar bien una tarea a lo largo de la existencia.

El resultado positivo aumenta con la precocidad de diagnóstico y tratamiento, aunque desgraciadamente no es siempre venturoso. Los porcentajes de fracasos varían con los autores, y con las formas peculiares tomadas por el mal, pero abarcan seguramente un 30%. Si se ve buena trayectoria, la terapia debe prolongarse por dos o tres años acudiéndose a dosis más bajas. Con alguna frecuencia se rompe el estancamiento de partida aplicando seis u ocho electroshocks.

Neurolépticos, autismo y propositividad vital

Eliminados aquellos síntomas (excitación, alucinaciones, percepciones delirantes), acostumbran sin embargo a persistir dos signos básicos de la esquizofrenia: *el autismo y la falta de propositividad vital*. Por falta de propositividad vital se entiende el que el paciente tranquilo y haciendo vida de hogar o social, no se interesa ya por ningún trabajo perseverante y provechoso. Al autismo apuntan el que aparentemente dé igual importancia a cualquier problema, el que sólo realice esfuerzos que no le significan elevación personal alguna, el que cuente cualquier cosa, incluidas las más desdorosas sin importarle el ambiente o la circunstancia en que se encuentra, el que se junte o mantenga relaciones sociales con grupos de vagabundos, drogadictos o gentes desadaptadas, el que mueva su espíritu en torno a problemas filosóficos o religiosos pseudoprofundos, el que sea en extremo vulnerable a los más mínimos contratiempos, el que se dedique a la maledicencia sin goce ni ventaja alguna, el que sea incapaz de una verdadera comunicación espiritual con las demás personas, exceptuadas a veces una o dos.

Para tal estado se aconseja continuar con *trifluorperacina*, fenotiaccina piperacínica, conocida como *stelazine*; se recurre a dosis de 5 mgs. hasta llegar a los 30 ó 40 mgs. diarios; se deben administrar antiparkinsonianos por la intensidad de los síntomas de dicho orden. Se persiste alrededor de 30 ó 40 días para bajar a 15 ó 20 mgs. diarios, dosis de mantención. En esquizofrenias crónicas, y asociado a intensa terapia ocupacional, en sesenta casos tratados a mediados de la década pasada, obtuvimos resultados satisfactorios, pero no óptimos, en un 70%. Los mejorados pudieron ocuparse en oficios menores diversos y ayudar al sustento de la familia. Sin embargo, no se eliminó a fondo el autismo y la falta de propositividad vital.

La *tioproperacina* o *mayepil* provoca ansiedad que es preciso combatir con otros medicamentos; se da en dosis de ataque de 15 a 30 mgs. y de mantenimien-

to de 3 a 10 mgs. diarios; provoca parkinsonismo intenso. Opera de preferencia en las esquizofrenias crónicas. Nuestros resultados personales son similares a los de la stezazine, aunque se le reconoce en algunas partes como el mayor antiesquizofrénico conocido.

Fenacetinas de acción prolongada

La flufenacina es de poderosa acción en las formas productivas y deficitarias de la esquizofrenia. Evita las crisis de excitación, elimina o torna inocuos los delirios y alucinaciones, elimina la ansiedad e incita con bastante frecuencia al trabajo provechoso. Es útil también en la manía. Por vía oral se usa como clorhidrato de flufenacina (calmansial) en comprimidos de 2 mgs. Esta fenacetina peracínica se puede aplicar en inyecciones intramusculares por su acción prolongada, lo que permite colocarla cada veinte días, con las ventajas de todo orden que ello significa en el tratamiento de enfermos reacios u olvidadizos para seguir un correcto tratamiento diario a base de pastillas. En el comercio se vende el enantato de flufenacina, en ampollas de 1 cc. con 2,5 mg. de la droga (prolixin), para colocar 25 mgs. cada dos semanas, y el decanoato de flufenacina o modecate en dosis de 25 mgs.

Las *butirofenonas* son neurolépticos semejantes a las peracinas, o sea, provocan intensos efectos extrapiramidales; la más conocida de ellas es el haloperidol o haldol. Es valioso en dosis de ataque de 5 a 10 mgs. por vía oral, intramuscular o intravenosa, en las agitaciones deliriosas, en la excitación maniaca, en la alucinosis alcohólica, en los cuadros paranoide-alucinatorios crónicos. Pasada la fase aguda, la dosis de mantenimiento va desde los 2 a los 6 u 8 mgs. diarios.

En la esquizofrenia no le hemos observado resultados superiores a la clorpromazina, pero como ocurre con los demás psicotropos, es inesperadamente eficaz donde la clorpromazina fracasa y viceversa. Por ahora, los éxitos mejores, aun cuando su manejo es sólo de los últimos años, los obtuvimos con las fenotiácinas inyectables de acción lenta: prolixin, modecate y otros de reciente aparición y con el Imagotán, sulfuridazina, derivada de la tioridazina. El Imagotán se usa en inyecciones de 50 mg. por vía intramuscular los 2 ó 3 primeros días, cada 4, 6 u 8 horas, para continuar los próximos días con 300 mgs. diarios orales (3 tabletas de 100 mgs.) y llegar a los 8 ó 10 días a los 500, 600 u 800 mgs. según las reacciones del paciente. Se mantiene la cura por unos 3 meses. Sus mejores rendimientos se obtienen en la hebefrenia y esquizofrenia paranoide. Las dosis más comunes son 300 ó 400 mgs. Efectos colaterales ingratos son la ansiedad, el parkinsonismo, las crisis oculógiras y las manifestaciones cutáneas alérgicas. Se asocia con artane, pacitrán o valium. La ansiedad adquiere a veces el carácter de una verdadera acatíca orgánica.

Respecto a los tioxantenos como el navane, no han demostrado clara eficacia en las esquizofrenias crónicas, para las cuales se le ha preconizado**.

**Ver nota al final de este capítulo.

Las esperanzas terapéuticas puestas en la creación de Psicosis modelos, similares a la esquizofrenia gracias a la mescalina, el LSD y otras sustancias han fracasado. Nada obtiene hasta ahora la vía química en ese sentido. La esquizofrenia sigue en su misterioso sitio, y sigue siendo la más exclusivamente humana de entre todas las enfermedades humanas; en tal sentido, más que una enfermedad psíquica y somática ordinaria es casi la única de corte antropológico absoluto.

Pese a eso los neurolépticos con su acción eficaz sobre las psicosis representan algo memorable en la historia de las posibles relaciones del alma con el cuerpo, de la psique con el soma. En las enfermedades mentales, sobre todo en la esquizofrenia, el ser actual y el de antes apenas guardan semejanza. Las creencias en delirios, alucinaciones y proyectos inverosímiles resultan absurdos. No obstante, y eso es asombroso, si conversamos con los pacientes vemos que su antigua psique sigue allí, pero sin verdadera injerencia en el manejo actual de las conductas. El enfermo es capaz de sumar y restar, de interpretar bien proverbios o trozos de lectura, de resolver problemas de la vida cotidiana, de razonar adecuadamente respecto a lo que pensaría él de otro que creyese en insensateces parecidas a las suyas. Sólo cuando actúa y piensa espontáneamente, su psique más profunda se agazapa, y aparece poseído diabólicamente por extrañas sensibilidades aptas a acoger como reales, fantásticos y a veces pavorosos universos. Es como si su personalidad capaz de enjuiciar lo patológico de mundos ajenos al suyo, quedara sonámbula o inapta para tomar distancia frente a lo que dice, experimenta, o hace él mismo, única manera en que podría encontrarlo insensato, imposible o loco. La psicosis produce en vez de la perspectiva indispensable para autojuzgarse, la simbiosis con lo patológico.

El fármaco devuelve a la persona su mirada libre, sin cambiarle su intimidad, que sigue ajena a lo bioquímico. Un maniaco tratado con clorpromazina, haldol o sales de litio, se tranquiliza y se libera de sus jactancias, de su sentimiento de confiabilidad ilimitada sólo cuando su yo se distancia de sus estridentes conductas y se aperpleja de haberlas tenido. Ya recuperado, su personalidad vuelve a ser la antigua y no podríamos trastocarla en sí con ningún medicamento. El psicofármaco regula la desregulación de estructuras encargadas de mantener en sus justos límites sentimientos básicos, que a su vez sirven de trama a los sentimientos finos, pero no va más lejos: puede producir si se quiere y por añadidura efectos colaterales vegetativos u orgánicos indeseados, y aun en casos excepcionales, aniquilar al hígado, al corazón o al cerebro, sin embargo deja indemne hasta la última hora a la personalidad salvo que la quiebre la destrucción orgánica misma. El cambio de personalidad, el lavado de cerebro sólo es posible creando situaciones determinadas, usando los medios de comunicación y accionando por vía psíquica.

En las esquizofrenias el psicofármaco disminuye en un principio la repercusión de alucinaciones y delirios persistiendo es cierto el *contenido*, el cual no se borra; o sea, por ejemplo, a alguien las voces (*forma*) lo tratan de homosexual (*contenido*), o las gentes lo miran burlescamente; la *forma misma* en que se presenta ese contenido: alucinaciones y percepciones delirantes, va desapareciendo, y el enfermo poco a poco confiesa que las supuestas voces no son más que sus propios pensamientos que él proyecta fuera de la mente y por eso cree oírlos, para afirmar todavía semanas después que lo del homosexualismo, que oía como dicho por otros, era mera ocurrencia absurda surgida persistentemente desde el fondo de su ser. El mismo análisis progresivo hará respecto a las miradas u otras ideas delirantes¹³. Así en un paciente que se creía enviado de Dios para luchar contra el Anticristo, tratado con clorpromazina, empezó al mes a dudar de su misión, y más tarde comentaba: "curioso como uno puede creer cierto, de repente, aquello que alguna vez en la infancia se imaginó".

El psicofármaco en todos esos casos reduce el supuesto contenido patológico, a los deseos o temores normales de la persona, o sea, a meras imágenes mentales contempladas a lo mejor durante años, quitándoles el temible disfraz de alucinaciones o delirios, que es lo que las vuelve patológicas¹⁴ porque una cosa es haber temido en la adolescencia ser homosexual, y otra cosa es que ahora una voz grite a cada rato que se es homosexual. Es la *forma de voz o de delirio adquirida patológicamente por el miedo o el deseo, la que disuelve el psicofármaco*; no disuelve en cambio los miedos o deseos en sí, que son muy habituales a la personalidad. Ayuda en buenas cuentas a reconvertir sentimientos en sentimientos, quitándoles la máscara de voces o delirios con que se habían reforzado y ocultado.

El psicofármaco distancia primero a la personalidad de sus síntomas, tal vez porque quita la fuerza afectiva asediante de éstos al operar químicamente sobre las estructuras materiales de los afectos; adquirida la perspectiva, la personalidad es ya capaz de juzgarlos bajo sus disfraces alucinatorios o delirantes, como absurdos o locuras, y perdida su apariencia de verosimilitud, desaparecen. Lleva a creer en esa manera de actuar, desmontando afectos desenfadados, el que los pacientes sigan aún durante semanas alucinados o delirantes, pese a que ya ven

¹³ Desaparece el creer ser observado por alguna deformidad corporal, aun cuando se reconozca que siempre o alguna vez preocupó, aunque no de esa forma, la figura del cuerpo.

¹⁴ El electroshock muy combatido en los últimos años debido a lo desagradable de su aplicación, a sus efectos secundarios y a mitos médicos, vuelve a reactualizarse como algo útil en nuestros días. Con él se observa casi idéntica seriación que con los psicofármacos en el borramiento de la forma tomada por los síntomas (obsesión, alucinación, delirio). Respecto al valor asignado actualmente al electroshock es interesante conocer los recientes trabajos de autores escandinavos, como D'Elia, Ottosson y Mme. Stromgren, que al parecer poseen en este instante la experiencia más importante. (Véase "L'Encéphale", volumen citado).

espontáneamente todo ello esquelético y como inexplicable tontería. Más tarde —si mejoran más— voces y delirios desaparecen y quedan en calidad de algo que ocurrió, y que ya no ocurre ni podría ocurrir, según la optimista y no siempre cierta creencia de ellos mismos.

Es curioso que dos síntomas esquizofrénicos básicos: el autismo y la propositividad vital, los más ligados a la esencia de la personalidad misma, sean casi intocados por los psicofármacos actuales salvo las esperanzas abiertas por el modecate y el imagotán; en cambio tales síntomas son susceptibles de amplias mejoras gracias a la terapia ocupacional, la psicoterapia, la acción sobre los familiares y la sociedad que les rodea; en suma, por vías psíquicas.

El que los contenidos pierdan fuerza pero queden indemnes no deja de ser esperanzador cuando se piensa no ya en psicosis y neurosis, sino en la búsqueda de transformaciones de la individualidad de personas normales a base exclusiva de píldoras químicas, con fines políticos o de otra especie. Esto no logra conseguirse en espíritus fuertes ni siquiera con condicionamientos a base de halagos, terror, repetición monótona de fórmulas, asedio constante amistoso o enemistoso de repetidores fanáticos de ideologías. Sin embargo, los últimos métodos, no los psicofármacos, obtienen desgraciadamente su objetivo en los débiles de corazón.

El éxito de los psicofármacos en las psicosis endógenas, muestra que aun en el más favorable de los casos, la esencia última del hombre queda intocada y debe quedarlo para la verdadera mejora. El espíritu en el fondo sigue invulnerable al manipuleo químico; en la peor de las enfermedades algo de él brilla permanentemente como superior a sí mismo; los fármacos son apenas uno de los caminos provisorios para su rescate.

Santiago de Chile, 1975

*Actualmente los antidepresivos se dividen en Timolépticos y Tímeréticos, según activen el humor o la inhibición psicomotriz. Químicamente se clasifican en Antidepresivos Tricíclicos (o Timolépticos) y Antidepresivos Hidrazínicos (o Tímeréticos). Dado el creciente desarrollo de los psicofármacos, muchos de los antidepresivos enumerados en el presente trabajo han quedado fuera de uso siendo reemplazados por otros más eficaces. Entre los más usados a la fecha de la presente publicación, señalaremos:

TRICICLICOS

- Imipramina (TOFRANIL (R))
- Desipramina (NORPRAN (R))
- Clorimipramina (ANAFRANIL (R))

HIDRAZINICOS

- Isocarboxácida (MARPLAN (R))

AMITRIPTILINAS

- Amitriptilina (10 mg.) + Perfenazina (4 mg.) (MUTABON A (R))
- Amitriptilina (25 mg.) + Perfenazina (2 mg.) (MUTABON D (R))
- Amitriptilina + Librium (LIMBATRILIN (R))

Recientemente se ha conocido el TRAZODONE(R) (Tritico) cuyos resultados hasta ahora son muy promisorios.

**Los neurolepticos de mayor eficacia en la actualidad, además de los mencionados son:

- Sulforidazina (IMAGOTAN (R))
- Tioridazina (MELERIL (R))
- Pimozida (ORAP FORTE (R))
- Neurolepticos de depósito , inyectables:
 - Decanoato de Flufenazina (MODECATE (R))
 - Fluspirilene (IMAP (R))

Hemos tenido éxito en los tratamientos de esquizofrenias larvadas, depresivas, pseudo-obsesivas, con el uso de Sulpiride (EKILID (R) o SULPILAN (R)) en dosis de 300 mg. diarios asociado con ORAP FORTE (R), 8 mgs. diarios.

La psicopatología del lenguaje se desarrolló largo tiempo en torno a dos problemas: descubrir los elementos integrantes de las palabras y localizarlos en el encéfalo, pues en acuerdo al pensar del siglo XIX, los fenómenos psíquicos son sumas de elementos simples debidos al funcionamiento de grupos celulares separados. El lenguaje, entre otros, se descompuso en un conglomerado de palabras, signos convencionales de las cosas y sus acciones; como estos signos se daban en imágenes diversas: auditiva, gráfica y no tenían semejanza física con las cosas mismas, se les creyó productos de fenómenos fisiológicos propios, teoría de la similitud entre causa y efecto, ubicados en zonas especiales.

El que desde un comienzo se buscara tales zonas en el lóbulo frontal se debió en gran parte, como lo ha dicho irónicamente Pierre Marie, a la fértil imaginación de Gall. Este había observado que los hombres de discurso fácil tenían ojos prominentes y esto lo atribuyó sin mayor análisis a exceso de desarrollo de la parte anterior del cerebro. He aquí algunas de sus palabras: "De la casa de mi tío, mi joven amigo y yo nos fuimos a Bade, cerca de Rasdadt. Dos de mis nuevos condiscípulos aventajaban a mi viejo amigo por su facilidad para aprender de memoria. Como el uno y el otro tenían ojos muy grandes y a flor de piel, nosotros les dimos el sobrenombre de "ojos de buey". Después de tres años fuimos a Bruschsals, allí todavía algunos escolares, tipo "ojos de buey" me dejaron atrás cuando trataba de aprender cosas de memoria. Dos años más tarde fui a Estrasburgo y continué notando que los alumnos que aprendían de memoria más fácilmente eran aquellos que tenían ojos a flor de piel y que algunos de ellos eran, en todo lo demás, sujetos muy mediocres. Aunque yo no tuviese ninguna especie de conocimiento preliminar (tenía entonces catorce años) hube de caer en la idea que los ojos así conformados son la señal de una memoria excelente. No fue sino más tarde cuando yo me dije:.....: si la memoria se manifiesta por un carácter exterior, por qué las otras facultades no tendrían, ellas también, un carácter visible hacia afuera. Y eso fue lo que me dio el primer impulso para todas mis investigaciones y fue la ocasión de todos mis descubrimientos". Y más adelante: "Las personas que tienen los ojos "pochetes" poseen no solamente una memoria de las palabras excelentes, sino una disposición particular para el estudio de las lenguas, para la crítica y en general, para todo lo que es objeto de la literatura".

El ubicó el centro del lenguaje en la cara inferior del lóbulo frontal, a nivel de la zona posterior del lóbulo orbitario.

La historia de estas localizaciones culminaron con los descubrimientos de Brocca en 1861 y de Wernicke en 1874, cada uno de los cuales pretendió haber encontrado el centro del lenguaje interno y externo, respectivamente (mediante estudios clínicos y anatomopatológicos muy bien llevados). Pero lo que entonces no se pensaba es que para valorizar las lesiones encontradas se partía de una hipótesis previa, como lo veremos en seguida a propósito del caso Leborgue, primer autopsiado de Brocca y, además, que una lesión anatómica ubicada en tal o cual parte, puede explicar los trastornos observados en vida, tanto por defecto directo o inmediato, como por la influencia de esa zona en el funcionamiento de otras o del órgano en total. El problema, a la verdad, no podía resolverlo ni la fisiología ni la anatomía, ubicadas de hecho en condiciones artificiales, sino la clínica misma, estudiando déficits del lenguaje en conjunto con el resto de las actividades del enfermo, pero dejando el fondo teórico sobre el cual proyectaba sus investigaciones. Aludiendo a la esterilidad de muchas discusiones de esa época, Pierre Marie ha dicho: "La desgracia es que no siendo exacta la teoría psicopatológica del lenguaje, la doctrina de la afasia resulta igualmente errónea".

A la doctrina unánimemente aceptada de la localización cerebral puntiforme, tanto para los movimientos como para la recepción de estímulos sensoriales, se agregó el ver en el lenguaje, como ya lo señalamos, una suma de signos convencionales y, por cierto, independientes entre sí e independientes de la cosa o acto designado. Ninguna extrañeza podría suscitar pues, no sólo el localizar en sitios apartes, lógico dentro de la teoría puntiforme, sino la existencia de cuadros clínicos en que estos signos aparecían separadamente comprometidos. El fenómeno asombroso para nosotros de que un aléxico pueda escribir espontáneamente y sea incapaz de leer en seguida lo escrito, era justamente un hecho natural para los investigadores de entonces.

Tan firme era este sentimiento que Wernicke suponía y buscaba en las zonas temporales el centro del lenguaje oído, desde el instante que en acuerdo a los trabajos de Meynert, ahí terminaban las vías auditivas. Pierre Marie lo ha visto claramente: "Es en efecto ya una idea teórica aquella de la cual ha partido el muy recordado Wernicke, cuando ha ubicado el sitio de la sordera verbal en la parte posterior de la primera circunvolución temporal. Se sabe desde luego y Wernicke lo ha contado él mismo con mucha gracia y modestia, que la primera idea de su doctrina de la afasia sensorial la ha venido estudiando el trayecto de las vías acústicas tal como las describía Meynert. El anatomista vienés hace, en verdad, terminar las fibras del aparato auditivo al nivel de la ínsula y de la primera circunvolución temporal, y es como yo acabo de decir, bajo la influencia de estas nociones anatómicas, que Wernicke fue llevado a buscar en la primera circunvolución temporal el órgano en el cual se produce la percepción del lenguaje hablado. Por una de esas extraordinarias coincidencias que sólo saben utilizar los espíritus de élite, él se encuentra con que esa idea, absolutamente falsa en sí misma, lleva directamente a un descu-

brimiento de primer orden, al descubrimiento de una afasia debida a una lesión no de la tercera circunvolución frontal, sino del lóbulo parietotemporal”.

Hoy se tiende a mirar estos problemas de un modo diverso. Desde luego, hubo un decidido avance cuando los investigadores empezaron a considerar los fenómenos psíquicos como expresiones dinámicas de una totalidad más amplia, lo que concordaba mejor con una serie de hechos oscuros presentados por la observación clínica de enfermos afásicos y daba nueva luz al viejo problema de la capacidad intelectual y pragmática de esos enfermos. En efecto el aumento de material clínico y su mejor estudio, reveló la frecuente combinación de las variadas formas de afasia o el compromiso apenas perceptible a veces, pero demostrable a una investigación acuciosa, de las facultades psíquicas superiores, aun en las afasias motoras más puras.

De Jackson a Monakow y Goldstein, una serie de grandes investigadores vieron que todo trastorno del lenguaje compromete el pensamiento haciendo perder al enfermo su iniciativa, su interés por lo puramente teórico, sus gestos descriptivos, su libertad de movimientos, su posibilidad de crearse o abrirse espontáneamente situaciones nuevas.

Del lado de la fisiología, Graham, Brown y Sherrington estudiaron la llamada inestabilidad o labilidad cortical, demostrando que cada punto del cerebro es influido en su actividad presente por todo su pasado, como a su vez, este presente influye en el futuro comportamiento. El fracaso de la teoría puntiforme según Walche “no se debe tanto a la falta de hechos revelantes como a la de pensamiento conceptual acerca de ellos”. Podemos discernir que, por lo menos, tres factores influyen en esto: 1º Generaciones sucesivas han continuado interpretando sus hallazgos sobre la base de la teoría “puntuada” de la localización, cuya permanente validez habían aceptado; 2º se han alejado de la concepción de una representación de procesos, es decir, movimientos en favor de una representación de estructuras, es decir, músculos; 3º al llegar a sus conclusiones no han considerado, por una especie de ignorancia o falta de atención, todos los hechos observados que no armonizaban con la teoría, dando así ejemplo de la suficientemente reconocida verdad, que la importancia o lo apropiado de la evidencia es dado siempre por la teoría, cualidad inherente al orden observante de la experiencia”. Esta nueva dirección hacia la “totalidad” fisiológica y psíquica ha recibido un apoyo poderoso del pensamiento de Dilthey y de los experimentos clásicos de los psicólogos de la forma. Gracias a todo ello hoy concebimos el lenguaje y por lo tanto los problemas clínicos por él planteados, de una manera radicalmente novedosa.

El lenguaje no es por cierto una suma de signos convencionales, sino un proceso unitario que surge simultáneamente con el pensamiento y en el cual éste va encontrando su medida. El lenguaje no es la expresión hacia fuera o hacia el yo de un pensamiento previamente formado, sino más bien el acabamiento, el límite que cada idea va dándose a sí misma a medida que se clasifica y ordena por dentro y logra distinguirse de las otras. El lenguaje es este discernir ideas de objetos o actos, substantivos y verbos, referirlas a ideas más generales, compararlas entre sí; es precisa-

mente porque esas ideas se han rodeado de un límite adecuado que pueden envolverse en un signo. Donde el límite es borroso y las cosas no se sabe dónde empiezan y acaban y cuál es su orden y valor frente a las demás, no caben signos vicariantes. Por eso el lenguaje dice relación directa a la capacidad formadora de ideas, al tipo y grado de inteligencia, al modo de penetrar en el mundo. "La diferencia real entre las lenguas no es una diferencia de sonidos o de signos, decía Humboldt, sino de perspectivas cósmicas o visiones del mundo". Un lenguaje no es, sencillamente, un agregado mecánico de términos. Disgregarlo en palabras o términos significa tanto como desorganizarlo y desintegrarlo.

"Las palabras y reglas, que según nuestras ideas corrientes componen un lenguaje, existen realmente tan solo en el acto de lenguaje conexo... el lenguaje tiene que ser considerado como una energía y no como un ergón. No es una cosa acabada sino un proceso continuo; la labor, incesantemente repetida, del espíritu humano para utilizar sonidos articulados en la expresión del pensamiento".

El lenguaje interno¹ es la forma del pensamiento y el signo externo (la palabra hablada o escrita), la materia sobre la cual ese pensamiento se vierte para alcanzar su concreción o realidad acabada. Si varias materias pueden ser aptas, no todas lo son, ni todas igualmente. Entre la palabra precisa que designa un objeto y el lenguaje primordial del cual deriva, hay una relación íntima. El lenguaje es una totalidad que impone una trabazón y un ritmo a cada palabra; "las palabras, dice Matila Ghyka, son los "ladrillos" del lenguaje y tiene cada una su individualidad, su textura, su trabazón; tienen también su pasado arqueológico, es decir, una etimología y una acción semántica por asociación de ideas evidentes. Estos tres puntos de vista: substancia (textura, trabazón), etimología y acción semántica, regulan sus raíces y efectos de la manera más íntima...". Las palabras no son pues signos convencionales sino exigencias particulares de cada lenguaje en virtud del poder evocador de la naturaleza verdadera de las cosas, más propio de tal ritmo y tal estructura fonética que de cualquier otra; entre el signo y el objeto hay un enlace casi absoluto. "El ser debe decir su palabra, porque la palabra es la morada del ser", escribe Heidegger. Usnadza agrega en su obra *Una Contribución Experimental al Problema de los Fundamentos Psicológicos de la Denominación*, que, en general, la palabra no se aplica casualmente al objeto para funcionar como su nombre, sino que hay varios factores responsables de esta asociación. Entre los cuales la importancia decisiva corresponde a los reales. Estos son: A) *El factor de la forma afin*: impresión de conveniencia entre las formas individuales aprehendidas en el complejo sonoro y en el objeto. B) *Factor emocional*: conveniencia emocional. C) *Factor de fondo*: que descansa en una impresión general, difícil de describir". (Citado por Koffka en *Bases de la Evolución Psíquica*, 291).

¹El lenguaje interno o primordial son las ideas delimitadas entre sí; el lenguaje externo son esas mismas ideas concretizadas directamente en un signo auditivo, visual, táctil, etc.

El hecho claro es la armonía entre todas las palabras de un idioma y la imposibilidad de equivalencia rigurosamente exacta entre signos similares de lenguas extrañas, pues cada una afirma un rasgo, un matiz de la cosa, imposible de dar en la otra. Husserl nota que si todo signo lo es de algo, no todo signo es "significativo"². Sólo la palabra lleva este último rasgo que la excluye del mundo de la arbitrariedad; "todo signo es signo de algo; pero no todo signo tiene una significación, un sentido que esté "expresado" por el signo mismo..." (I. Lógicas). Cassirer da a entender algo semejante cuando eleva la palabra a la categoría de símbolo: "Los símbolos, en el sentido propio de esta palabra, no pueden ser reducidos a meras señales. Señales y símbolos pertenecen a dos universos diferentes del discurso, una señal es una parte del mundo físico del ser; un símbolo es una parte del mundo humano del sentido; las señales son "operadores", los símbolos son designadores, las señales aun siendo entendidas y utilizadas como tales, poseen únicamente un valor funcional..."

"Un signo es señal, está relacionado con la cosa a que se refiere de un modo único y fijo. Todo signo concreto e individual se refiere a una cierta cosa individual... Un símbolo humano genuino no se caracteriza por su uniformidad sino por su variabilidad. No es rígido e inflexible sino móvil". Y en otra parte afirma: "En el hombre se ha desarrollado una capacidad para aislar relaciones, para considerarlas en su sentido abstracto; él considera estas relaciones en sí mismas... No pueden desarrollarse en cambio (en los animales) porque no poseen ese recurso inestimable e indispensable del lenguaje humano, de un sistema de símbolos".

Hay pues un lenguaje primordial que se confunde con la aptitud del pensamiento para delimitar y jerarquizar sus ideas en acuerdo a las nociones más vastas del género y especie, de ser y movimiento, etc., y este lenguaje va engendrando sus signos auditivos, visuales, motores, de acuerdo a un cierto ritmo íntimo, a un cierto parentesco anímico entre la forma de la palabra y la cosa, a un cierto poder oculto de determinados sonidos articulados, como también lo tienen con exactitud las melodías y armonías musicales, para llevarlos de golpe a la esencia del objeto designado. Nada convencional hay en la estructura viva del lenguaje; un dinamismo totalizador lo hace modificar incesantemente sus signos integrantes y crear otros nuevos.

Hughlings Jackson fue el primero en diferenciar un lenguaje emotivo común a hombres y animales y un lenguaje proposicional exclusivo del hombre. En verdad, sólo el segundo está formado por símbolos y dice referencia al dinámico juego de las facultades superiores. El lenguaje emotivo, expresado a través de la mímica, los gritos, las interjecciones, sólo alude a sentimientos muy generales

² Es decir, la palabra concreta en virtud de la estructura de las sílabas, de su ritmo, de su sonido, es capaz de despertar naturalmente, y no por pura convención, tal o cual idea y ninguna otra. Por eso el lenguaje es un producto orgánico con sus leyes propias y necesarias.

y frente a ellos no tiene otro significado que el de servir de señal indicadora de su existencia. En cambio en los signos del lenguaje proposicional hay un movimiento recíproco y permanente de ellos a la idea y viceversa. La idea se delimita en un signo y éste vuelve sobre la idea para interrogarla sobre sus contenidos, cada uno de los cuales es fuente inagotable de nuevos simbolismos. Entre la mente y el lenguaje hay la distancia del pensamiento vago al definido, pero en ninguna parte hay ruptura o separación. Aludiendo a la necesidad de investigar la estructura fisiológica y psicológica del lenguaje para no estancar la neurología en estériles clasificaciones, escribía Jackson: "Hemos de considerar el lenguaje en una base más amplia para que seamos capaces de ver cómo el lenguaje es parte de la mente y desembarazarse de la creencia de que existe una abrupta y constante separación entre mente y lenguaje".

En nuestro modo actual de ver el problema, ha tenido decisiva importancia el estudio anatomoclínico con su enorme material de observaciones que entre otras cosas ha demostrado largamente la existencia de trastornos parciales dentro del simbolismo total en las combinaciones más variadas; ninguna teoría podría prescindir del progreso decisivo que esto significa.

El primero en asociar hemiplejía derecha y pérdida de la palabra fue Darx, pero sólo en 1825 Bouillard de París, bajo la influencia de Gall, localizó la palabra en los lóbulos frontales. Y en 1826 Dax, siguiendo sus primitivas observaciones, lo hizo ya en el hemisferio izquierdo. Brocca, opuesto a esta hipótesis, vino a ser en 1861, cuando tuvo la fortuna de investigar el cerebro de un hombre clínicamente afectado de pérdida del lenguaje, el clásico de la tercera frontal izquierda. Estas son algunas de sus históricas palabras: "Sabido que al comienzo de la enfermedad y durante un largo periodo de diez años el enfermo había perdido únicamente la facultad de articular las palabras... yo fui llevado a pensar que la pérdida de la palabra habría sido la consecuencia de una lesión primitivamente muy circunscrita, y que el órgano central del lenguaje articulado era probablemente aquel en el cual la lesión habría empezado. Para descubrir este órgano entre todos aquellos que estaban lesionados en el momento de la muerte, busqué cuál era el punto donde la alteración parecía más antigua y he encontrado, según toda probabilidad, que la tercera circunvolución frontal, puede ser también la segunda, habría sido el punto de partida del resblandecimiento".

En vida este afásico sólo anunciaba la sílaba "tan", no escribía espontáneamente, no comprendía órdenes escritas y apenas las verbales. Veamos el protocolo de la autopsia: "Destrucción de F. 3 en su mitad posterior. Destrucción de las circunvoluciones rolándicas en su mitad inferior. Destrucción de T. 1 en la mayor parte de su extensión, pero sobre todo en su mitad anterior. El pie T. 1 está igualmente tocado por el resblandecimiento a nivel de la extremidad posterior de la cisura de Silvio contorneada desde luego por la lesión. El gyrus supramarginalis está destruido en gran parte". Se trataba de una obturación en bloque de la silviana, pero en tiempos de Brocca se creía que los resblandecimientos al igual que las inflamaciones, se iniciaban en un punto para invadir poco a poco las zonas

vecinas. Por eso él busca el área destruida más antigua y bajo la influencia de una idea teórica previa, la idea de Gall, desvaloriza la importancia de los destrozos restantes.

Meses después presentaba Brocca un segundo caso que, en opinión de Marie, habría sido un error diagnóstico pues Brocca tomó por afasia una demencia y por placa de resblandecimiento apoplético, una atrofia senil. Brocca dio el nombre de afemia a esta pérdida del lenguaje motor, pero aceptó en seguida el nombre de afasia propuesto por Trousseau pues afemia no significa como parece "sin lenguaje", sino infamia. En cambio los antiguos griegos usaron la palabra afasia para señalar fenómenos como el aquí descrito.

Wyllie, en 1866, planteó una clara diferencia entre las funciones receptoras y motoras del lenguaje, diciendo que las primeras son suprasensoriales pues involucran síntesis de sensaciones, y las segundas supramotoras, al asociar movimientos muy diversos y alejados. Pero la comprobación anatomoclínica la dio en 1874 cuando apenas tenía 26 años, Wernicke de Breslau. Sus enfermos sufrían de lo que hoy llamaríamos agnosia auditiva verbal, agnosia visual verbal y agrafia, conservando sin embargo el lenguaje motor, pero con numerosas alteraciones interpretadas entonces como efecto de la imposibilidad de coger el valor significativo de las frases o palabras debido, según Wernicke a la pérdida de las asociaciones entre el centro frontal y temporal del lenguaje. Las lesiones encontradas por Wernicke abarcaban la parte posterior de la primera temporal y la zona vecina del gyrus supramarginalis. Impulsado por estos históricos hallazgos, el localizacionismo llega a su virtuosismo máximo; se adivinan y buscan nuevos centros para los diversos componentes del lenguaje sensorial. Pick, Lichtheim, Bastian, Henschen, N. von Mayendorf, Serrieux y el propio Wernicke encuentran poco más tarde los primeros casos de sordera verbal pura, cuadro en el cual, los enfermos, conservando los recuerdos de los sonidos verbales son incapaces sin embargo de identificar las palabras que escuchan y de escribir al dictado. En cambio leen, hablan y escriben espontáneamente de un modo muy correcto. Las lesiones, en tales casos, estarían según Wernicke en la substancia blanca subyacente en la segunda temporal. La integridad del tercio posterior de la primera explicaría la conservación de las imágenes amnésicas auditivas, perdidas en los casos de afasia sensorial total relatados por este autor en 1874. Liepman y Dejerine confirmaron lo dicho por Wernicke.

Del lado de las imágenes visuales se iniciaron de inmediato trabajos experimentales en perros por Munk y Hetyg en Alemania, con el objeto de localizar la ceguera psíquica. Luciano y Seppilli, en Italia, hicieron investigaciones anatomoclínicas semejantes en seres humanos. Se relacionó así este cuadro con la zona occipital del cerebro, pero la primera observación de pérdida exclusiva de los signos verbales visuales fue hecha en 1877 por Kussmaul. Tres años antes Westphal, sin haber individualizado todavía la alexia como entidad nosológica aparte, observó la frecuente asociación de olvido del significado de las palabras escritas con hemianopsia homónima derecha; además, el hecho importante de que estos

enfermos mejoraran la comprensión de esas mismas palabras si logran copiar con el dedo en el aire su trazado preciso.

Charcot, en 1887, describió una alexia pura tal como hoy la concebimos. He aquí las declaraciones espontáneas de uno de los enfermos: "Yo escribo como si tuviera los ojos cerrados, no leo lo que escribo. Sé bien que es mi nombre lo que he escrito, pero no puedo leerlo; yo leo más mal lo impreso que lo escrito, porque para la escritura me es más fácil reproducir mentalmente la lectura con la mano derecha; mientras que es mucho más difícil para los caracteres impresos".

Wernicke y Lichtheim consideraban esta enfermedad como afasia subcortical debido a la pérdida de las fibras que enlazan el pliegue curvo, dentro de las imágenes visuales, con el centro sensorial visual. Hoy se está de acuerdo en atribuirlo a obstrucción de algunos territorios dependientes de la cerebral posterior, especialmente en la corteza y substancia blanca de los lobulillos lingual y fusiforme, con sección de parte del fascículo longitudinal inferior y de las radiaciones ópticas. Para Dejerine es la pérdida de la asociación entre el cuneus derecho e izquierdo, y el pliegue curvo izquierdo, que él sigue considerando como centro donde se almacenan las imágenes de las palabras escritas, el origen de todo. Así el tipo de alexia literal, silábica o verbal, depende de la magnitud del territorio comprometido.

Pierre Marie dice: "Para que la alexia se produzca, es preciso que la lesión ocupe en el cerebro, un cierto sitio en el cual ella podrá simultáneamente interesar las fibras visuales y la substancia blanca de la zona del lenguaje o las fibras que de ahí provienen. Es a nivel del lóbulo lingual y del lóbulo fusiforme, sobre la cara inferior del cerebro, que un resblandecimiento puede realizar estas condiciones... Cuando la destrucción engloba la porción vertical del fascículo longitudinal inferior, del cual la cara externa corresponde a la zona de Wernicke, la alteración de esta zona se hace más marcada y se ve entonces mezclarse a la alexia una gama más o menos pronunciada de síntomas de afasia intrínseca (Afasia de-Wernicke), consistente en un cierto grado de parafrasia y en un déficit variable de la comprensión del lenguaje hablado".

En 1881, Exner aseguró haber descubierto en la segunda frontal el centro de las imágenes gráfico-motrices, hecho negado después por Dejerine. En todo caso, por ese entonces parecía definitivamente lograda con la experiencia anatomoclínica, la localización de centros distintos para las cuatro funciones teóricas de que se suponía integrado el lenguaje: auditivas y visuales en su aspecto sensorial y motor.

A esta misma época pertenece una última e importante clasificación de cada uno de los grandes grupos de perturbaciones del lenguaje. En efecto, inspirado por algunas descripciones de pérdida de las palabras con plena comprensión de su significado y posibilidad de repetirlas correctamente, hechas por Lichtheim, Wernicke dividió tanto las afasias motoras como las sensitivas en corticales, subcorticales y transcorticales. Los hechos que dieron lugar a la autonomía de cada una, prácticamente persisten hasta ahora.

Aludiendo a esta época, Pierre Marie ha dicho: "El impulso estaba dado; de todas partes los neurólogos se precipitaban para describir en sus centros sensoriales algunos centros más especializados, por ejemplo el de las letras del alfabeto y el de la música, etc., todavía para establecer conexiones más o menos complicadas entre los diferentes centros sensoriales, lo mismo que entre ellos y el centro motor del lenguaje.

"Se podría, con toda verdad, dar a esta época de la historia de la afasia el nombre de época geométrica, porque no se tardará en ver a los neurólogos trabajar menos en los enfermos mismos que en diagramas de su invención.

"El médico alemán Lichtheim, parece haber sido el introductor del primer esquema sobre la afasia, y se sabe que con éxito. El fue quien inventó y describió de antemano tales o cuales formas de afasia, y aun predijo la posibilidad de observarlas clínicamente. Resultarían del hecho de que tales o cuales centros serían aislados o conjuntamente lesionados o de que la lesión estaba en tal o cual conexión que uniría, según se suponía, estos centros entre ellos. Y se ha visto surgir afasias corticales, subcorticales, transcorticales.

"En resumen para establecer la doctrina clásica de la afasia, se ha partido de una hipótesis no demostrada y se ha levantado sobre esta hipótesis todo un edificio que ha sido necesario demoler" (Pierre Marie: *Los Centros del Lenguaje*).

Head, criticando el localizacionismo clásico ha dicho: "Para hacer posible la localización del sitio de la destrucción anatómica, es necesario clasificar las variadas formas de afasia en términos psíquicos y no en el de aquellos de algunas o más funciones elementales tales como movimiento, visión o audición...; ellos deben reconocer que, desde el punto de vista de las cuestiones aquí tratadas expresiones como "afasia motora", "afasia de Broca", "afasia total", "ceguera verbal" y "sordera verbal" no corresponden a ningún grupo fundamental de fenómenos clínicos"³.

Frente a esta tendencia atomizante se destacan, en la misma época, los esfuerzos totalizadores de dos hombres de la mayor importancia: Hughlings Jackson y Pierre Marie.

Jackson insistió desde la partida en la necesidad de describir acuciosamente y desde un ángulo psicológico el lenguaje normal y sus diversas perturbaciones, antes de ubicarles estructuras morfológicas. Aludiendo a las clasificaciones de afasia en que se mezclaban conceptos fisiológicos y anatómicos en su tiempo, escribió: "No debemos clasificar basándonos en un método mezclado de anatomía, fisiología, psicología, como si quisiéramos clasificar plantas con un método mezclado general y empírico, en exógenos, legumbres, gramíneas y arbustos.

"Para empezar, consideremos nuestro tema empíricamente y luego científicamente; primero dividiremos y acomodaremos arbitrariamente por la con-

³H. Head, M.D., W.D. Edin., F.R.S. *Aphasia and kindred disorders of speech*. Vol. I. Cambridge at the University Press. MCMXXVI. Págs. 75 y 76.

veniencia de obtener los hechos principales que proporciona cada caso, y luego tratemos de clasificar los hechos para demostrar la verdadera relación de unos con otros y considerarlos en una forma psíquica como defectos de la mente y en una forma física como defectos del sistema nervioso”.

En 1868, durante una discusión sobre la teoría de Brocca, Jackson emitió su principio de que “las lesiones destructivas nunca causan efectos positivos, pero inducen a una condición negativa, la cual permite que aparezcan síntomas positivos”. Hablando de las expresiones erróneas e involuntarias propias de los afásicos, afirmaba: “Decir que la enfermedad “causó” estas expresiones (anormales), que son algo positivo, es un absurdo, pues la enfermedad es destrucción de la distribución nerviosa y eso no puede ser causa en un hombre de algo positivo, es ya bastante respuesta el hecho de dejarlo incapacitado para hablar... Es corriente, de todos modos, que se piense vagamente la enfermedad como algo “que perturba las funciones del cerebro”. Es un error ver en tales síntomas positivos una manifestación expresiva de hombres privados de lenguaje y atribuir las erróneas palabras pronunciadas por ellos... a pérdida o defecto de función. Estos síntomas mentales positivos, surgen durante la actividad de los centros inferiores o disposiciones nerviosas inferiores que han resultado dañadas”. De ahí que un enfermo que ha perdido su lenguaje proposicional conserve el lenguaje emotivo de los gestos, interjecciones, etc., elaborado por dichos centros.

Jackson insistió en algo frecuente: el mismo enfermo incapacitado para hablar o dibujar a voluntad cuando se le solicita, lo hace a veces espontáneamente, por tanto no ha perdido las imágenes del lenguaje ni la capacidad práctica de emitirlo, sino más bien, la iniciativa para disponerlo. La afasia evidencia principios y leyes iguales que el resto de los fenómenos del sistema nervioso.

En su discusión con Brocca en la “Asociación Británica para el Progreso de la Ciencia” en 1868, Jackson dio algunas de sus ideas capitales: “El lenguaje sano puede ser dividido en dos formas distintas, las cuales pueden separarse por la enfermedad:

“1) Intelectual, la capacidad para transmitir proposiciones.

“2) Emocional, la habilidad para demostrar agudezas de sentimiento.

“El lenguaje intelectual sufre no sólo a través de sus sorprendentes manifestaciones, tales como palabras, sino también en la escritura o en la confección de signos. Es esta capacidad de expresión intelectual por “Movimientos” de cualquier clase, la que resulta perjudicada. Aquellas más especiales, como el lenguaje, sufren más; las de simple elaboración de signos no sufren o sufren en una proporción mínima. El lenguaje emocional es conservado no sólo en sus más expresivas manifestaciones, por variaciones en la voz, sino que en sonrisas, etc., y en su manifestación más simple por gesticulación”.

La pérdida del lenguaje voluntario impide la respuesta más selectiva, pero permite aun la más descriptiva. El lenguaje por definiciones es substituido por cadenas de palabras gracias a las cuales el enfermo procura describir lo que ve o

piensa, gastando, por cierto, mayor cantidad de energía. El afásico, al igual del parético, no selecciona ya sus movimientos, sino que al poner en juego algunos de ellos, descarga simultánea o sucesivamente muchos otros que era necesario inhibir para conseguir el acto deseado. Hay una difusibilidad del estímulo, una imposibilidad de concentrarlo y canalizarlo.

Hemos dicho cómo Jackson atribuía tales descargas globales al funcionamiento de centros más primitivos. Así para él, el hemisferio derecho participa activamente en la producción de palabras y movimientos, pero su actividad es automática; por eso cuando decrece la actividad altamente selectiva del lado izquierdo, las palabras y los movimientos persisten, pero ahora se desbordan sin control alguno. La parafasia y la imposibilidad de mostrar voluntariamente la lengua, propia de los afásicos motores cuando son todavía capaces de toda clase de movimientos automáticos, serían la prueba. Los errores del lenguaje afásico se deben, según él, a estos dos factores:

- 1) Inhabilidad para decir lo que se desea.
- 2) Apremio por decir lo que no se desea.

En el afásico no se pierden las palabras, pues de otro modo nunca podría emitir ninguna. Tampoco la memoria de estas palabras, pues el afásico las encuentra a veces muy ajustadamente y otras es incapaz de repetir las inmediatamente después de dichas. Lo perdido, dice él, es el lenguaje, lo que es igual a la posibilidad de hacer proposiciones. El lenguaje no son las palabras atomizadas, son las palabras enlazadas en la superior unidad de la proposición: es allí donde se cumple su actividad propia. En la proposición, la palabra desaparece en la frase, creando un sentido frente al objeto que juzga.

Veamos sus propias expresiones: "No es suficiente decir que el lenguaje consiste de palabras. Este consiste de palabras que se refieren unas a otras en una forma particular; y sin una apropiada interrelación de sus partes, una expresión verbal sería una mera sucesión de nombres que no daría cuerpo a una proposición".

"Una proposición, por ejemplo: "El oro es amarillo", consiste en dos nombres, cada uno de los cuales, mediante un convencional artificio de posición, etc..., modifica el significado del otro. Todos los nombres, en una sucesión casual, pueden uno tras otro excitar una percepción en nosotros, pero no son percepciones que estén en relación con otras, mereciendo el nombre de pensamiento. Las diversas percepciones así revividas, no hacen una unidad. No se nos dice nada por una mera secuencia de nombres, aunque nuestro organismo sea estimulado por cada uno de ellos. Ahora bien, una proposición no es en su efecto en nosotros, una mera secuencia.

"Cuando comprendemos una proposición se nos da una relación entre dos cosas, pues forzadas por nosotros las estratagemas convencionales colocan los dos nombres en las respectivas relaciones de sujeto y predicado. Recibimos, en una doble forma, no sólo palabras sino que el orden de las palabras también.

“Las palabras solas carecen de significado, y una sucesión de palabras no relacionadas también carece de significado. La unión del lenguaje es una proposición. Las palabras “sí” y “no” son proposiciones, pero sólo cuando se usan para asentir o discutir; la gente normal las usa adecuadamente tanto en forma interjeccional como proposicional. Un paciente privado de lenguaje puede conservar el “no” y no obstante éste tiene para él, sólo uso interjeccional o emocional. No lo usa en cuanto proposición, él lo emplea en sus diferentes tonos sólo como signo de sentimiento.

“Aún puede tener para él, un uso proposicional, pues es capaz de responder “no”, pero no puede decir este “no” cuando se lo solicitan... Por otra parte, los juramentos (o reniegos) elaborados a pesar de la estructura proposicional, no son proposiciones, porque ellas no tienen significación, ni en la mente del que las exclama, ni para la persona a quien van dirigidas; pueden llamarse proposiciones muertas”.

Jackson acentúa pues la diferencia entre palabra y lenguaje, pero niega la distinción, común a los neurólogos de su época y la nuestra, entre lenguaje interno y externo, al mismo tiempo que plantea con claridad la referencia intrínseca del lenguaje al pensamiento. He aquí una idea suya: “El paciente privado de lenguaje ha perdido el lenguaje no sólo en el sentido vulgar de que no puede hablar en voz alta, sino que lo ha perdido totalmente; él no puede formar proposiciones en ninguna forma. Si esto es realmente así, no debemos decir que el lenguaje es pensamiento externo, pues no hay diferencia esencial entre lenguaje interno y externo. Hablamos no sólo para decir a los demás lo que pensamos, sino que también para decirnos a nosotros mismos ese pensamiento. El lenguaje es una parte del pensamiento, una parte en la cual podemos, o no, exteriorizarnos.

“Nuevamente no es conveniente decir que el pensamiento es lenguaje interior, pues el hombre privado del lenguaje (el hombre que no tiene lenguaje interno), puede pensar... Las palabras pueden servir al pensamiento en dos formas distintas: el lenguaje es una de estas formas y ésta, ya sea interna o externa, es fisiológicamente una función del hemisferio cerebral izquierdo.

“Aquellos que no limitan la definición de lenguaje como lo hemos hecho, podrían suponer que si un hombre ha perdido completamente el lenguaje (tanto interno como externo) no tendría palabras, pues a veces se supone que las palabras sólo sirven en el lenguaje.

“Pero los casos de personas que han perdido el lenguaje demuestran que la carencia de lenguaje no implica carencia de palabras.

“El lenguaje interno y la reproducción interna de las palabras, por lo tanto, no son sinónimos. Hay una reproducción interna y voluntaria de las palabras en una forma nueva y proposicional, la que aparece cuando escribimos y hay una reproducción interna automática de las palabras, en una forma antigua y adquirida o en formas que se nos dan, cuando recibimos y comprendemos palabras, en proposiciones que se nos dicen. Recibir una proposición y formar una

proposición son dos cosas evidentemente diferentes. Es verdad que, en cada caso, nuestros centros nerviosos para las palabras están interesados; pero cuando recibimos una proposición el proceso es enteramente automático... no ponemos nada de nuestra parte para recibirla. Cuando alguien me dice "el oro es amarillo" yo soy, por decirlo así, víctima, y las palabras que él expresa, despiertan en mí otras similares, no hay esfuerzo de mi parte... Pero si yo tengo que decir "el oro es amarillo", tengo que reunir las palabras y tengo que ponerlas en orden proposicional. El hombre privado de lenguaje recibe proposiciones, pero no las puede formar, no puede hablar.

"El lenguaje interno y externo difieren en grado solamente. Tal diferencia es insignificante en comparación con la que existe entre reproducción automática de las palabras, inconscientes y subconscientes y la reproducción de las palabras, consciente y voluntaria".

Pero antes del lenguaje mismo, existe en Jackson una etapa básica: la elaboración u ordenación de las ideas en una proposición sujeto-objeto. "En todas las operaciones voluntarias hay pues concepción. La operación es hecha idealmente antes que sea realmente hecha...". Cuando estas imágenes previas se alteran, él habla de impercepción. Se comprende que la supresión del lenguaje signifique una venida a menos del pensamiento; se trata aquí de un pensamiento viciado.

Respecto a las localizaciones cerebrales, recordamos aún estas frases suyas: "Es necesario insistir de nuevo en que el lenguaje y las palabras son términos psíquicos; por supuesto las palabras tienen subestructura o base anatómica, así como la tienen todos los otros estados psíquicos. Debemos tener tanto cuidado de distinguir las palabras de su base física, como de distinguir los colores de sus bases físicas; un estado psíquico siempre es acompañado por un estado físico, pero, no obstante las dos cosas tienen distintas naturalezas. De ahí que no debemos decir que la memoria de las palabras es una función de alguna parte del sistema nervioso, pues función es un término fisiológico".

En un sentido muy semejante a éste, se mueve Pierre Marie; él ha sido uno de los primeros en negar el carácter exclusivamente sensorial de la afasia, basado en el hecho de que casi siempre los enfermos logran comprender lo dicho o lo escrito; basta para ello desglosar las frases o las palabras, pronunciarlas con lentitud, evitar la fatiga; a veces el paciente es capaz de enunciar varias frases seguidas, todo lo cual prueba que las imágenes sensoriales, los centros anatómicos respectivos y sus asociaciones se mantienen; lo que pasa es que ya no hay posibilidad de enlazar palabras voluntariamente, volver sobre ellas, darles un orden útil a un juicio o razonamiento. Hay además lentitud psíquica global, pérdida de la iniciativa, imposibilidad de realizar actos habituales pero aprendidos. Cita a este propósito a uno de sus enfermos, antiguo cocinero, incapaz ahora de freír y poner los huevos sobre el plato; este mismo hombre se movía en forma aparentemente normal en sus actos diarios más automáticos: comer, vestirse, comprar los diarios, recibir visitas. La afasia sensorial, pues la motora es una

pura anartria, se convierte en una imposibilidad de asociar determinadas ideas, en una pérdida de las funciones psíquicas más diferenciadas, más recientes y por tanto más lábiles. No hay centros innatos de las palabras; si así fuese, la destrucción de tales centros debería imposibilitar en definitiva toda comprensión o producción del lenguaje, por automático que sea. En *Sobre la Formación del Lenguaje*, Pierre Marie se expresa así: "Yo he dicho pues, para caracterizar la divergencia que existe entre los demás autores y yo, y para traducir mi pensamiento en el sentido más amplio que he podido encontrar, que la zona de Wernicke era no un centro físico-sensorial, sino un centro intelectual. En apoyo de este modo de ver, he recordado que las perturbaciones de la inteligencia en los afásicos eran consideradas constantes... por la gran mayoría de los autores. Pero admitiendo que se trata de una perturbación intelectual, he buscado aclarar el hecho de que no es toda la inteligencia la desaparecida con la falta de comprensión del lenguaje hablado, y que estas perturbaciones de la inteligencia en los afásicos constituyen un déficit especial localizado sobre todo en el stock de cosas aprendidas por procedimientos didácticos...

"Recordaré pues, que es la lesión de la zona de Wernicke misma en tanto centro intelectual, a la que atribuye directamente el déficit comprobado en la inteligencia de los afásicos; los trastornos del lenguaje así determinados se deben a una perturbación de la elaboración intelectual y no como dicen los autores, a perturbación de la recepción sensorial".

Se sabe y es casi innecesario recordarlo, que el esfuerzo de Marie tendió a probar clínicamente la existencia única de la afasia de Wernicke, esto es, de una afasia en la cual se perturba gravemente la comprensión del lenguaje oído y escrito y la escritura bajo dictado, conservándose la posibilidad de hablar y escribir espontáneamente aun cuando este lenguaje presente la serie de alteraciones descritas como parafasia verbal y literal, jargonafasia, paragrafía, etc. La afasia de Brocca sería una afasia de Wernicke con anartria.

En ningún afásico motor, decía él, están indemnes las facultades receptoras, y ello es claro pues la lesión se debe en general a obstrucción de la silviana con resblandecimiento de la zona de Wernicke, región de la insula y parte de las circunvoluciones frontales. La anartria tampoco se debe a pérdida del pie de la tercera frontal izquierda, la cual puede o no estar comprometida, sino al compromiso de la zona incluida en su célebre cuadrilátero: zona lenticular, limitada por dos verticales, una pasa delante de la circunvolución anterior de la insula, dejando fuera el pie de la tercera frontal, y la otra detrás de la circunvolución posterior de este mismo lóbulo. Marie observó anatómicamente cerebros de afásicos motores con absoluta indemnidad de la zona de Brocca. El negaba además la existencia en la zona de Wernicke de centros especiales para las imágenes de las palabras; el lenguaje no tiene imágenes previas, surge espontáneamente de ciertos actos de pensamiento.

Nuevos estudios hechos por Dejerine, Lichtheim, Monakow y Thomas, han renovado sin embargo el valor de la circunvolución de Brocca en el en-

gendro de la afasia motora, a la cual por lo demás se han agregado los trabajos de Dejerine y Klumpke (1908), demostrando que la cabeza y el pie de la tercera frontal forman parte del cuadrilátero, del cual ocupan la parte superior, anterior y externa. Hay casos, además, de lesiones extensas en la zona de Marie, sin afasia (Dejerine) y en los últimos años se ha visto claro que la afasia de Brocca no exige como elemento necesario compromiso de la zona de Wernicke.

El deseo primario de Marie era descubrir la unidad y la ley de los trastornos del lenguaje; el lenguaje ya no es para él, como lo es para Dejerine o los localizacionistas anteriores, una suma de imágenes auditivas, verbales y motoras previas y distintas, sino una actividad única que en busca de desarrollo más acabado se expresa en formas diversas; un déficit suyo perturba en grado variable esas formulaciones; en tal sentido ha visto cómo en los afásicos, aun persistiendo la mímica emotiva y expresiva, se altera gravemente la mímica descriptiva a base de movimientos significativos de los ojos, la frente, los labios, las manos, etc. Marie ha tenido razón en buscar tal unidad; desde luego no sabemos hasta dónde una parafasia o un agramaticalismo son ya grados previos en el orden de la afasia motora, o a la inversa, el defecto de vocabulario, un grado de menor valía en el orden sensorial; el que el afásico motor nos indique enérgicamente su aprobación cuando damos el nombre justo de un objeto, no siempre prueba que él ya lo poseía en imágenes, pues, como dijo Jackson, una cosa es revivir voluntariamente un nombre y otra muy distinta reconocerlo cuando se le oye. Sólo lo primero es proceso activo e indica la posesión previa de la palabra.

El error de Pierre Marie fue confundir procesos psíquicos con funciones fisiológicas y centros anatómicos, mezclando fenómenos de una y otra esfera. Parecía no darse cuenta de que el lenguaje está integrado por signos, cuyo contenido no lo dan las formas o magnitudes físicas de los fonemas y sus dibujos, sino el significado o referencia objetiva de que van provistos; si forzando los términos tal vez podrían pensarse estos signos en su aspecto físico como producto de determinadas actividades celulares, de ningún modo es pensable que el resultado de funciones fisiológicas sea dotar de un sentido a los elementos del lenguaje y sólo si así fuese, se podría hablar ya de la producción de tales o cuales imágenes verbales en este o el otro centro. Sería posible aun atribuir el significado a la asociación permanente entre el signo auditivo o visual creado en una zona y la idea o percepción elaborado en otra; en este caso, el significado se disuelve en el concepto anatomofisiológico de vías asociativas; era la teoría más corriente en el siglo XIX, pero surgen dificultades insalvables; una palabra puede aludir simultáneamente a varias ideas y una idea a varias palabras; el sentido de las palabras puede variar fundamentalmente en una u otra frase según las otras palabras que la acompañen; las palabras, además, no dicen referencia a percepciones sino a ideas, no a individuos, sino a especies de cosas o movimientos; cuando digo: "caballo", no procuro evocar ningún caballo particular y si deseara hacerlo necesitaría de nuevas palabras para señalar sus diferencias (en los verbos esta actitud es clara), de otro lado no vemos cómo podría pensarse un centro

ideatorio con el cual la palabra lograra relacionarse directamente, prescindiendo de las percepciones individuales englobadas por esa misma idea, muchas de las cuales están incluso presentes al evocar aquéllas. Todavía deberíamos suponer más firme la conexión entre la idea y su palabra que entre esa idea y otros signos más indirectos y sin embargo, como lo hemos observado en nuestra clínica, un enfermo incapaz de nombrar el vidrio nos repite varias veces: "Algo para dar transparencia a la habitación" y frente a la ampollita eléctrica: "sirve para lo fluorescente" y más tarde, cuando damos término al examen, recuerda bruscamente: "lo de antes eran vidrio y ampollita" lo cual prueba la integridad de las supuestas asociaciones, el reconocimiento previo del objeto y sin embargo una grave impotencia para inducir su nombre en el instante oportuno. Lo perdido en este caso no son los fonemas físicos, sino el poder de la idea para producir la palabra apta y traducir la integridad de su sentido; para el objeto vidrio, la palabra adecuada es "vidrio", pues nos da a entender no cualquier objeto capaz de dar transparencia a la habitación, sino un objeto cuya transparencia deriva de las propiedades de sus elementos constitutivos; el objeto ha perdido la fuerza necesaria para despertar el signo más directo y por tanto el más acabado y el más completo. Si al enfermo antes citado nosotros le dábamos nombres exactos, ellos evocaban de inmediato el sentido; pero en tal caso el sujeto no ha necesitado ya de sus propias fuerzas para seleccionarlo, de todos modos vuelve a demostrar que las vías asociadas se conservan. Nadie negará la importancia de las asociaciones nerviosas en el desarrollo del lenguaje y de todo psiquismo; lo que negamos es el concepto mecánico supuesto en las teorías de Brocca y Wernicke. Hay indudablemente, y la anatomoclínica lo prueba, zonas donde tales o cuales elementos del lenguaje encuentran su acabamiento; por tanto su destrucción los perjudica más especialmente, pero de estas localizaciones siempre importantes de precisar si se desea un efectivo progreso médico, a la doctrina de las localizaciones, hay infinita distancia. Aun es probable que la imposibilidad de formar determinados sectores del lenguaje influya por irradiación en la formación de otros, algo semejante a las diasquisis de von Monakow y esto es, en general, lo observado en la práctica. Marie no analizó a fondo estos hechos y para unificar el lenguaje y atarlo al pensamiento, idea valiosa en si, dio una falsa embestida contra todo el esfuerzo anatomoclínico anterior. Creyó que la unidad de lenguaje sólo puede demostrarse si se descubre una zona única —para él, la de Wernicke— cuya destrucción lo desintegre. Veía una especie de paralelismo psicofísico inmediato y sin estimar el hecho de que su teoría podía afirmarse exclusivamente en la clínica, vino a caer en el vicio criticado por él mismo; buscar en la experiencia la certidumbre de ideas previamente elaboradas.

Nos hemos extendido en el bosquejo histórico de la afasia, en parte porque nos parece cierta la opinión de Head de que para comprenderla es indispensable seguir sus vicisitudes históricas, y, en parte porque la mayoría de las polémicas e ideas ya sustentadas siguen teniendo plena actualidad.

Detengámonos ahora en los hechos mostrados por la clínica, para lo cual destacaremos los elementos valiosos dentro de las observaciones de algunos de nuestros enfermos.

He aquí la primera:

C.N.N. 48 años, sin antecedentes de importancia. Sufre hace seis meses una hemiplejía derecha, pérdida del lenguaje hablado, sin perturbación importante de su conciencia; el cuadro es regresivo; su lenguaje bastante recuperado según la enferma, presenta las siguientes características en el momento del examen.

La conversación espontánea da a entender con bastante exactitud síntomas de su enfermedad, datos de su vida pasada, ocupaciones, deseos etc.; a cada instante se detiene, sin embargo, por no acudir la palabra precisa, hace ademanes enérgicos de desagrado y no continúa hasta encontrarla; rechaza otras, con las cuales se procura una ayuda. Cuando después de repetidos intentos la palabra no aparece, la enferma continúa, para detenerse bruscamente en el instante en que aquella palabra surge. En general, lo olvidado son nombres de parientes, amigos, fechas y lugares. Así dice, por ejemplo: "Yo enfermé en... en... yo enfermé del brazo y la pierna y fue de repente, me daba cuenta de todo: estaba en... en, sí estaba en Curicó entonces; ah, ya me acuerdo, enfermé en junio. eso era...".

Tales dificultades vuelven a presentarse al solicitarle los nombres de objetos mostrados. Algunos los da de inmediato: otros no logra evocarlos, rechazando los parecidos que se le sugieren; estos mismos nombres surgen más tarde, cuando se la ha dejado en reposo o se hacen pruebas diferentes; entonces dice: "Me acordé de lo de antes, es tal cosa". Es frecuente que la enferma no sea capaz de repetir un nombre dicho correcta y espontáneamente un rato antes.

Reconoce e indica los objetos, colores y formas que se le proponen.

Cumple órdenes simples: cerrar los ojos, mostrar la lengua, levantar un brazo. Se equivoca si se le pide levantar el brazo izquierdo o el derecho, pero lo hace bien si la orden se repite lentamente tres o cuatro veces.

A pesar de comprender las palabras y frases aisladas, no coge el sentido de pequeños artículos leídos en periódicos o revistas, aun cuando los repita en voz alta. Coge, en cambio, el sentido de proverbios: "De tal palo tal astilla", "En casa del herrero cuchillo de palo". Refiriéndose a este último dice: "Soy costurera y no tengo agujas".

Reconoce dibujos y figuras y es capaz de interpretar el sentido de cuadros sencillos. Dibuja espontáneamente.

Lee con dificultad, palabra por palabra. Algunas las descompone en sílabas y no logra entenderlas; en general lee cuatro o cinco veces antes de coger la frase en total. Le es radicalmente imposible coger el tema de pequeños cuentos,

aun después de leídos por ella varias veces y dejándola todo el tiempo que desee en una habitación aparte.

Cumple órdenes escritas simples: cerrar los ojos, abrir la ventana, levantar el brazo izquierdo; no necesita enunciarlas previamente en voz alta. Se intoxica si la orden abarca dos o más elementos: tocarse la oreja con la mano izquierda, por ejemplo.

Reconoce letras y sílabas aisladas, ya estén escritas separadamente o formando palabras.

No es capaz de leer palabras escritas vertical u oblicuamente.

Ejemplo:

S
a
n
t
i
a
g
o

C
u
r
i
c
ó

C
u
r
i
c
ó

Lee las mismas palabras puestas horizontalmente, aun cuando se separen sus letras con guiones, S-a-n-t-i-a-g-o, o se las escriba con colores alterados.

Es incapaz de completar frases como éstas:

“Santiago es la capital de...”

“La Navidad cae en el mes de...”

Sin embargo si se le pregunta verbalmente esto mismo, las respuestas son correctas.

Lee cifras de dos y tres números; incapaz de leer números mayores. Si se escribe 1 2 5 9 8 y se le pide a la enferma que borre 5 9 1 lo hace bien. La copia es correcta.

Escritura al dictado: con gran lentitud y repitiendo varias veces. Escribe: Concepción, todavía, parecía, sol, saf. Escribe también frases como: "Yo vengo de Curicó", "Soy modista". Comete errores literales que corrige espontáneamente, pero con gran esfuerzo. No logra retener frases como: "El perro es un animal doméstico"; es necesario dictarle en tres tiempos: "el perro —es un— animal doméstico".

En la escritura espontánea desea poner: Curicó y después su nombre.

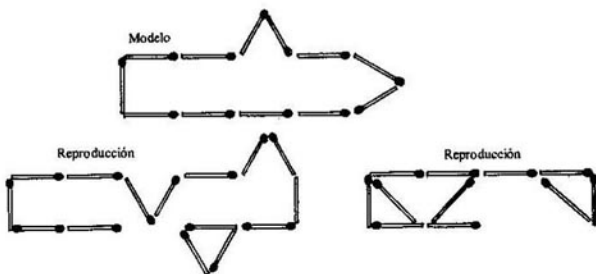
De la palabra Curicó sólo acierta en las dos primeras sílabas; borra y escribe cinco veces seguidas; Curi, y exclama al final: "Deseo poner Curicó y no puedo, no puedo". Al escribir el nombre olvida parte de su primer apellido, Navarro, y no logra salir adelante.

Hace sumas y restas orales con números inferiores a veinte; para la resta es necesario referirle constantemente los números a objetos precisos: dinero por ejemplo. Ejecuta sumas escritas con números de varias cifras; la resta es imposible.

Coge canciones corrientes dándole la melodía; ella no puede reproducirla.

Finalmente reconstruye con cerilla, figuras geométricas complicadas⁴.

Ejemplo:



Hemos seguido a esta enferma durante un año, procurando evitar en todos los exámenes pruebas artificiales, a base de palabras muy semejantes por ejemplo, para no introducir factores de otras esferas del psiquismo.

La enferma se ha recuperado bastante; persiste el olvido transitorio de nombres, articula relativamente bien, lee con más rapidez, pero siempre descomponiendo la palabra en sílabas; cumple órdenes escritas de dos elementos.

⁴La reproducción de figuras con cerillas, nos permite "visualizar", por decirlo así, la riqueza ideativa, pues en ella coincide el contenido de la idea con la manera perceptible de expresarla.

Las de tres, por ejemplo tóquese la oreja derecha con la mano izquierda y ponga la mano derecha en la frente, no logra ejecutarlas en exámenes repetidos a pesar de leerlas bien en voz alta. En cambio si la orden se le da de viva voz, la ejecuta de inmediato. No toma el sentido de los trozos de tres o cuatro renglones, aun en materias muy simples. Si lo mismo se le lee, lo coge aun cuando con dificultad y sin tener seguridad de lo que dice.

Lee nombres colocados vertical y oblicuamente. En frases puestas verticalmente en las cuales se substituyen palabras por comillas, logra leer la palabra respectiva, pero volviendo con su dedo a indicar y deletrear la palabra escrita más arriba y esto cuantas veces se le hace repetir la prueba. Ejemplo:

Santiago	de	Chile
"	"	Cuba.
"	"	Compostela.
"		Del Estero.

Si se oculta la palabra Santiago, lee de este modo: "Comillas, comillas, Cuba, comillas, comillas, Compostela, etc."

Le es imposible completar palabras abreviadas, pues lee literalmente: tome el libro en su mano der., o bien: mire a su izq.

La escritura no ha variado. El cálculo se hace con mayor rapidez. En la resta no necesita concretizar los números:

548	586	38	45	96
+342	+525	-26	-38	-37
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
890	1.111	12	10	60

En estas últimas restas se ve que la enferma opera con las cifras directamente sin advertir el absurdo de su cálculo.

No sabe leer fracciones, pero aprende con rapidez después de ponerle algunos ejemplos:

1/3 1/4 1/5 3/4 3/5 5/8

Desde otro ángulo, es necesario advertir que la enferma se presta gustosa a las pruebas, atiende todo el tiempo, es consciente de su estado, cuida de su arreglo personal y de sus buenos modales y logra trabajar en parte en su oficio: cortar o coser trajes; sin embargo ella nos dice que ha perdido destreza y ya no hace las cosas bien: "Soy modista, pero para cortar debo mirar al modelo y ya no puedo ajustar los vestidos, ni arreglarlos en otra forma; por eso no puedo volver a mi taller; ya no soy como antes de la enfermedad".

El resto del examen neurológico revela sólo discreta hemiparesia derecha, sin compromiso de la sensibilidad. Presión arterial 15/10. No se observa esclerosis en el fondo del ojo. Los demás exámenes son negativos.

Analicemos el cuadro:

1. Incapacidad para encontrar el nombre en el instante oportuno, en especial cuando es solicitado directamente.
2. Rechazo de nombres semejantes.
3. Evocación posterior de ese nombre, a veces en los días siguientes, con nuevos olvidos incluso después de cortos intervalos.
4. Corrección energética y espontánea de los defectos verbales y literales de pronunciación.

Detengámonos un momento.

No hay aquí defectos de reconocimiento, y tampoco de memoria, pues la enferma evoca u olvida indistintamente la misma palabra; cuando la olvida, sabe durante días cuál es la palabra olvidada y persiste hasta encontrarla; en general esa misma palabra surge naturalmente durante la conversación corriente, siempre que no sea preciso destacarla o se le solicite directamente. Además, la enferma presiente como borrosamente. Sobre una determinada persona nos dice: "Me parece verla y no la distingo". Tan pronto se la nombra, la identifica de inmediato y en seguida ya no puede enunciarla.

Ahora bien, en la conversación las palabras van surgiendo en masa y espontáneamente. Al escuchar sucede lo mismo; pero cuando se quiere destacar una palabra ya en medio de la conversación, ya solicitada independientemente, necesitamos dar énfasis a su estructura íntima, discernir sus elementos, coger en suma y, al mismo tiempo, la palabra total y sus partes integrantes. Incluso cuando aprendemos se precisa tomar conciencia del conjunto y el detalle; repetimos las frases, marcando las palabras y las sílabas.

Es este proceso el perdido en nuestra enferma; evoca de un lado sílabas, de otro, palabras, pero en dos tiempos; es incapaz de destacar ambas cosas simultáneamente como el normal; en ella se acentúa la semejanza entre las sílabas aisladas que va separando, y la unidad total de la palabra.

En los afásicos motores hay comprensión de todo el lenguaje y la imposibilidad se limita al instante de emitir el vocablo; el enfermo es capaz de decirnos el número de letras y sílabas de que se compone; le es posible también leer, entender órdenes verbales y escritas y escribir; se trata, tal vez, de una apraxia circunscrita, reconociendo de antemano como lo hace Foix, el peligro de usar este término en alteraciones exclusivas del lenguaje cuando otros actos independientes de esos mismos músculos están indemnes.

Volvamos al resto de la sintomatología de nuestra enferma:

5. Dificultad para coger el sentido de relatos orales cortos.
6. Imposibilidad de cumplir órdenes de dos y tres elementos.
7. Lectura deletreada o silabeada.
8. No lee palabras escritas verticalmente.

9. No coge el sentido de trozos escritos.
10. Incapacidad de completar frases cuyo término es obvio.
11. Imposibilidad de leer palabras abreviadas o substituidas por comillas.
12. Pérdida del sentido imperativo en órdenes escritas de dos y tres elementos.
13. No coge lo absurdo de algunas abstracciones con números abstractos.
14. Reconstruye figuras complejas, con cerillas.
15. Ha perdido aptitud creadora en su trabajo.

Si analizamos cada uno de estos puntos en detalle, nos encontraremos siempre con la imposibilidad por parte de la enferma de coger simultáneamente el conjunto y el detalle; separa procesos que en el hombre normal se dan en unidad. Para coger el significado más alto de un símbolo es necesario esa unidad; nuestra enferma la deduce a posteriori, juntando una a otra las diferentes partes.

En un relato donde las palabras valen en función recíproca y desaparecen en una totalidad mayor, la dificultad de nuestra enferma se hace invencible. Tampoco puede leer números de varias cifras, leyéndolas en cambio independientemente. Lo mismo explica, en fin, la pérdida del sentido imperativo cuando los elementos autónomos de la totalidad a coger son varios y explica todavía un hecho más importante: la incapacidad radical de la enferma para desempeñarse en su antiguo oficio de modista, pues ya no discierne detalles dentro de sus modelos, o como ella dice, al arreglar en demasía los detalles, deshace el conjunto. Finalmente recordamos que reconstruye figuras geométricas complejas, lo que prueba la indemnidad de su memoria y comprensión, y explica las espontáneas correcciones de su propio lenguaje.

En suma, nuestra enferma realiza en momentos sucesivos actos simultáneos: no diferencia ya las partes dentro del todo; deduce a posteriori el significado de las palabras y no es capaz, a su vez, de comprender ese significado cuando ello debe hacerse en función de otras palabras, en medio de frases o relatos, pues ese significado es variable según el tipo de totalidad lingüística que integre.

Un segundo enfermo de 58 años, historia semejante a la anterior y estudiado seis meses después del accidente vascular, presenta abolición de su lenguaje espontáneo e incapacidad de repetir las palabras. A todo dice: "taaa... taoo..." con énfasis diferentes. Reconoce objetos, cumple órdenes de uno o dos elementos; a ratos y algunos días, es capaz de dar su nombre, oficio, lugar de nacimiento e identificar el nombre de algunas cosas, haciendo gestos afirmativos al aparecer la palabra correspondiente en medio de otras palabras que se le sugieren. Se equivoca muchas veces. Identifica frases, palabras y letras escritas si aluden a nombres de objetos corrientes. Cuando se trata de adverbios, proposiciones y adjetivos lo hace con gran dificultad y en tales casos tampoco deletrea. Reconoce cifras, pero el cálculo con números superiores a la veintena, es imposible.

No recuerda ni coge el sentido de frases históricas o de rezos muy conocidos por el paciente.

Se fatiga rápidamente.

En la escritura al dictado comete errores como éstos: Valdavi por Valdivia; sachó por muchacho; choce... crece por Chile; pache por puro; apap por papá; mma... MaoA por mamá; Juta mejor por estoy mejor. En la copia, previo borramiento del modelo, escribe: Masasa por María; lana por luna; lun por luz; vela por violeta; hemelo por hermoso; agus por agua, etc.

En la copia directa también hay errores: ARDO4 por ARBOL.

LASA por casa.

TAAA por taza. Lompoll por Hospital.

En la escritura espontánea, pone su nombre y después, junio de 1998. No cumple órdenes escritas.

Reconstruye figuras complejas con cerillas.

En su casa ha perdido la iniciativa y se deja mover pasivamente por las circunstancias. Se preocupa de su arreglo personal y de algunos acontecimientos domésticos.

Este enfermo presenta una hemiplejía izquierda; es ambidextro y tiene además moderada esclerosis del fondo del ojo; presión arterial 14/8. Resto de los exámenes negativos.

Dentro de la sintomatología descrita y de los trastornos de lenguaje, quisiéramos destacar dos hechos importantes:

1º Que el enfermo señale de inmediato el objeto pedido, en contraste con la dificultad para individualizar el nombre en sí, al enumerarlo en cadena con otros.

2º Los errores de copia.

El error de copia es explicado por cuanto el enfermo no sigue pasivamente el dibujo del modelo, sino intenta leerlo previamente, lo que indica su individualización como signo.

En cuanto al otro fenómeno, hacemos notar la diferencia entre dar un nombre para mostrar un objeto, en cuyo caso el nombre va como totalidad cerrada, y dar este mismo en medio de varios otros, pues entonces el enfermo debe distinguir la unidad o la totalidad implicada por cada uno dentro del conjunto; es un fenómeno común a los afásicos; se obtiene éxito a veces, distanciando las palabras por intervalos largos.

Que la referencia significativa se conserva, lo revela la contraprueba; la justeza y rapidez con que el enfermo muestra el objeto, color o forma, que se le solicita aisladamente. En cadena de palabras, el enfermo no es pues capaz de discernir el límite de cada una y por tanto, de despertar su significado.

En el plano visual, el enfermo reconoce palabras, frases y letras; es capaz de ordenar nombres genéricamente; en cambio no logra escribir el dictado; no discierne los diversos elementos, sílabas, letras; conserva, sin embargo, una especie de sentido de la totalidad. Ejemplo: Valvadi (Valdivia); sachó (mu-

chacho); juta mejor (estoy mejor). Tal vez ha deseado poner: yo estoy mejor; palabras como apap (papá) están escritas "en espejo", cosa señalada ya en los sujetos ambidextros; en algunas palabras, incluso, este vago sentimiento de totalidad no es aparente.

Los errores fundamentales del enfermo están en la escritura al dictado, donde es necesario discernir las partes aisladas y el todo que les da significación y dentro del cual ellas deben perder su independencia. Para hablar y escribir, este camino es indispensable; en cambio para reconocer lo escrito o hablado podemos partir a la inversa del todo aun cuando las partes persisten en penumbra; es claro que en tal caso la actividad recreadora del paciente es mínima.

Ahora analizaremos el caso de una enferma de 33 años; profesión hilandera que sufre hemiplejía derecha y afasia durante una anestesia etérea, en medio de un cuadro de anemia aguda de origen ginecológico. Llega a la clínica cuatro meses después, ya mejorada de su estado general. La hemos observado durante seis meses. Su hemiplejía ha regresado y he aquí los trastornos del lenguaje.

La enferma evita la conversación espontánea, pero logra expresar sus deseos y molestias:

—¿Su nombre?

—Luisa... Luisa... no no... Durán... Durán... Duruan...

—¿Edad?

—No... no... ¿mes...?

—¿Cuarenta?

—No.

—¿Veinte?

—No.

—¿Sesenta?

—No —sonríe.

—¿Treinta y tres?

—Sí.

—¿El nombre de su esposo?

—Sees... no... no... no... Fe... Fernández.

—¿Cómo se llama esto? (botón).

—Bu... zón... Butón... Bozón.

—Diga botón.

Lo hace bien.

—¿Y esto? (lapicera).

—Lapicero... no... labucero... laopicero... no.

Da el nombre de algunas cosas: libro, silla, mesa. No logra encontrar los nombres de tintero, cigarro. Al mostrarle el cigarro dice: "esto no... no... esto... cigu... ci... ci... cici... no". Reconoce los colores pero sólo nombra el azul.

Algunas palabras: tintero, rosado, todavía, vidrio, no las pronuncia; a pesar de sus intentos queda en la primera o segunda sílaba.

Descubre el nombre del objeto con dificultad, si se le pronuncia en medio de otros.

En cambio, señala de inmediato lo solicitado; igual realiza actos o gestos. Cumple órdenes de dos elementos y con inseguridad las de tres.

A esta altura del examen llaman la atención algunos hechos fundamentales: el primero es que, al dar su nombre e igual el del lapicero, la enferma dice la palabra correcta de inmediato y sin embargo no toma conciencia, se rectifica varias veces y acaba por intoxicarse. Es como si la palabra hubiese emergido automáticamente en un todo interiormente indistinto; procura la enferma en seguida destacar los elementos interiores, las sílabas, pero pierde el ritmo de conjunto, la totalidad a llenar, pues las sílabas o letras independientes no tienen semejanza con esas mismas sílabas integrando la palabra.

Al romperse la unidad, las sílabas adquieren relieve desmedido, se imponen, interfieren a pesar de los esfuerzos del enfermo, que percibe de un lado la palabra entera como estructura borrosa, o especie de marco dado y, del otro, busca los elementos capaces de llenarlo en su límite justo. Lo simultáneo del acto normal, se hace sucesivo y pierde, en consecuencia, su fisonomía habitual.

Al decir "labucero"... "laopicero", etc., procura rectificarse, no por tener a mano una supuesta imagen sensorial —cosa difícil de probar— sino porque al pronunciarla disgregada no le despierta el sentimiento de lo conocido, no expresa significado alguno. Es justa la idea jacksoniana de no hablar de "memoria de las imágenes verbales". El afásico reconoce la inexactitud de sus vocablos en el acto de expresarlos; el significado aparece cuando descubre la armonía entre la palabra y sus elementos.

La tendencia a perseverar en una sílaba, puede venir del hecho de no encontrar las sílabas restantes. Estas desaparecen porque la sílaba aislada adquiere individualidad propia y rompe la imagen de la totalidad; es precisamente esta totalidad la que en el normal destaca y ubica en un orden las sílabas necesarias. En todo caso, vemos en nuestra enferma cómo la sílaba o la letra perseverante —en este caso la u— induce a las sílabas restantes, en vez de ser inducidas por el conjunto, y crea nuevas palabras. Así dice "Buzón" por botón. En todo caso la totalidad "Buzón" no se armoniza con la totalidad despertada por el objeto que se muestra a la enferma, y ella realiza intentos hasta que logra rectificarse.

Cuando un afásico está limitado en definitiva a una o dos sílabas —a lo mejor la primera pronunciada al reintegrarse la función— es porque tal fenómeno es llevado al extremo.

La perseveración es por cierto algo frecuente en el decaimiento orgánico. Es como si no hubiese fuerzas para movilizar o crear elementos; en el caso del len-

⁵ La última dicha antes de enfermarse, según Jackson.

guaje, el movimiento es el paso de sonidos o dibujos sin sentido, a signos plenos de sentido, de las letras y sílabas a las palabras. El elemento físico que es el predominante en los elementos, desaparece o se hace imponderable en la totalidad de lo significado. El afásico que persevera, no logra pasar de la expresión física de la sílaba (o la palabra si se quiere), a la expresión simbólica del lenguaje. El signo exige ser un todo integrado por elementos diferentes; son estos elementos múltiples interiores los que le permiten su movilidad, su cambio perpetuo de sentido, según el conjunto al cual pertenece.

Del resto del examen de la enferma, señalamos esto:

Reconoce palabras escritas; logra articular algunas. Coge el sentido de proverbios y frases. Lee correctamente frases en que algunas palabras se substituyen por comillas.

Lee también palabras escritas verticalmente o cruzadas con otras.

```

                o
                r
                i
                e
M              n
  o            a
    n          f
      t        e
        d      v
          o    i
            f  d
          R    e
                o
    
```

Lee cifras pequeñas, identifica números dentro de las cifras; en cambio le es imposible distinguir sílabas o letras dentro de las palabras. Si se le pide borrar la "t" o la "s" del vocablo "Santiago", no acierta o lo hace al azar. Igual en otros ejemplos. En cambio lee y reconoce letras aisladas.

Si se le pide aislar cubos del alfabeto, con las letras de su apellido, los saca arbitrariamente, hasta enterar el número de letras pues logra contarlas.

Reconoce colores y formas.

En la escritura espontánea, escribe su nombre y apellido y después intenta poner Margarita; fracasa escribiendo sucesivamente: "Margala", "Marlara", "Margaria", "Margariala". Se detiene, lee varias veces y exclama "No... no es... no puedo". Igual sucede con la palabra "arbusto". Copia bien.

Lo más notable es el contraste entre la aptitud de la enferma para identificar la palabra o la frase en total y su absoluta impotencia para reconocer sílabas o letras dentro de la palabra misma; nombra las letras, escritas separadamente

o las escribe al dictado; nunca ha podido aislar cartones con letras correspondientes a un vocablo, incluso monosílabos como: "pan", "sal", "no", "sí".

Esto, nos parece una vez más, significa que la enferma coge de un lado la palabra total, de otro los elementos, pero no puede sincronizarlos. Por eso al escribir espontáneamente o al dictado, donde es necesario ir letra por letra, pero como abandonando su ser propio, se produce intoxicación. El problema no es hablar o leer automáticamente, para lo cual sólo son necesarias las totalidades, sino hacer la palabra, para lo cual es indispensable atender al conjunto y al detalle. Entre una y otra cosa hay la diferencia que va de mirar un cuadro a ejecutarlo, en cuyo caso es necesario empezar por las partes, pero teniendo en vista el todo.

En esa misma época, se hospitalizó en nuestro servicio una joven de 20 años que había sufrido hacia 4 meses un ictus con pérdida de conciencia fugaz, dejando como consecuencia una hemiplejía derecha y afasia; la primera ha regresado casi por completo. No hay lesiones cardíacas valvulares; el electrocardiograma, el hemograma, la radiografía torácica y demás exámenes, son negativos. Hay un embarazo de seis meses.

La enferma se preocupa mucho de su situación, es despierta y colabora entusiastamente a los exámenes.

Estudio de lenguaje.

—¿Qué es ésto? (tiza).

—Es algo... no puedo, no sé si lo sé... no... no..., para escri... escri... es... escrito... no, perdone... escribir, sí, sí.

—¿Es zapato?

—No.

—¿Corbata?

—No.

—¿Lápiz?

—No, no.

—¿Tiza?

—Eso es, ti... t... ti... no puedo.

—Diga: tiza.

—Ti... tiza... tiza... ti tiza.

—¿Qué color tiene, amarillo?

—Sí, amarillo.

—¿Y esta otra?

—Ver... ver... verde.

—¿Y estas dos? (Una es rosada, la otra blanca).

—Sí... sí... verde, no, es rosada —no intenta dar el color de la otra.

—¿Esto?

—Papel.

—¿Qué forma?

—No, redondo no.

—¿Triangular?

--No, no.

--¿Cuadrado?

--Sí eso es.

Los mismos fenómenos ocurren con otros ejemplos.

La enferma indica de inmediato numerosos objetos que se le van nombrando, incluso colores y formas; cumple órdenes de dos elementos y realiza actos como abotonarse, reír, coser. Movimientos de inteligencia con la mímica de la cara.

No logra reproducir melodías. Se intoxica a cada instante en el Padre Nuestro y en la Canción Nacional. Usa perifrasis en la conversación espontánea, pero en general, al no emitir una palabra, se detiene, repite alguna de sus sílabas y no continúa hasta encontrarla o hasta que se le sugiere.

Olvida durante el examen palabras dichas momentos antes correctamente.

Nos encontramos a esta altura con hechos ya analizados, pero es necesario valorizar en la conversación de esa enferma —cosa común en los afásicos— el uso de perifrasis lo que es fácilmente explicable, y la detención persistente a que se ve obligada cuando encuentra bruscamente una palabra cuya elaboración no logra; en tal evento ya no recurre, como lo haría el normal, a otras o a la perifrasis; se ve dominada por la palabra aun cuando se la invite a seguir no lo consigue o empieza la frase de nuevo. Nos atrevemos a pensar que la ausencia de dicha palabra, con la cual contaba la enferma, la hace perder el sentido de la totalidad de su discurso y lo desgrana en elementos independientes. Se trata de una totalidad en masa, en la cual no caben substituciones parciales; para conversar, la enferma necesita no fijarse en los detalles, pero si uno de estos detalles surge de improviso, lo ata de inmediato y a pesar de los intentos para eliminarlo, fracasa. La enferma ha perdido libertad al no medir el valor y subordinación de los elementos dentro del conjunto; no está hecha a lo inesperado, a rehacer esa misma totalidad con otros elementos, la coge como masa indivisa; para emplear la frase muy justa de Goldstein: ha perdido la posibilidad de adaptarse a lo posible.

· Veamos su lenguaje escrito:

Reconoce sustantivos, adjetivos, verbos, preposiciones, etc. Al escribir veinte palabras y pedirle tarje las que pertenecen a un género determinado, no lo consigue.

La lectura en voz alta le es imposible: pronuncia la primera letra y a veces la primera sílaba, pero no logra continuar; deletrea con exactitud. Igual le sucede con los números, los lee aislados. Al ponerle las palabras: mamá, taza, pan, luz, va pronunciando el sonido de cada letra. Si se le solicita muestre en la sala el objeto designado por la palabra escrita, no lo consigue, deletrea insistentemente y no obtiene la síntesis. Esto hace contraste con el hecho de borrar de inmediato esa palabra puesta al azar entre muchas más, en cuanto se le pide de viva voz. De las palabras dictadas sólo pone bien su nombre, casa y árbol; en las demás persiste en la primera letra: S (en Santiago), T (en taza), C (en cama), S (en sal), etc.;

es de notar que en exámenes posteriores, sólo ha tenido éxito en su nombre y ello aun cuando repita en voz alta las otras palabras.

La lectura de frases es imposible, pues se detiene en la letra o sílaba inicial.

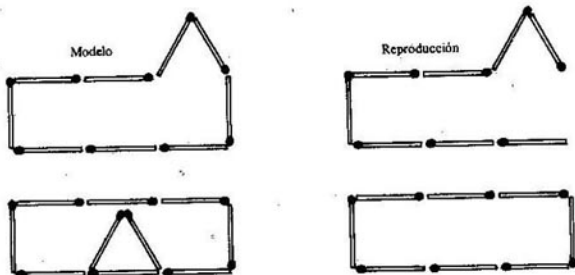
Puede sumar con números pequeños; restar le es imposible.

No hay escritura espontánea, salvo su firma.

Reconoce dibujos, coge el sentido de algunos cuadros.

Al reconstruir figuras complejas con cerillas, se equivoca, pero no tiene conciencia de sus errores.

Ejemplo:



El cuadro es regresivo y dos meses después la enferma deletrea y sintetiza cuando se trata de monosílabos y de las palabras: papá, mamá, mesa y casa. Algún tiempo más tarde lo hace con vocablos sencillos, pero de tres sílabas. Cuando logra leer, muestra también en la sala de examen, el objeto designado por la palabra. Igual sucede cuando entre doce palabras se le pide tarjar las que indiquen objetos de vestir: zapato, sombrero, y collar; en cambio no identifica: guantes y blusa; al pedirle lea la palabra cordillera, lo hace igual: blusa, guantes, cielo.

A la inversa de la enferma anterior, ésta no es capaz de leer o escribir palabras, pero identifica perfectamente sus letras. Sin embargo reconoce cuando la totalidad le es dada de inmediato, por ejemplo: si el examinador solicita eliminar ésta o la otra. Nuevamente vemos la separación de procesos simultáneos. No se trata propiamente del fenómeno de perseverar, pues en tanto dictamos una palabra nueva la enferma borra la letra inicial anterior y empieza con la letra justa, pero no coge la igualdad entre esta letra en sí y esta misma letra en medio de la palabra.

Es de notar que, sin embargo, encuentra el sentido de algunos cuadros sencillos. Entre el detalle de un cuadro y el total, la diferencia es de otro orden que en las palabras. Una hoja, un puente, un hombre, siguen siendo tales cosas dentro del conjunto aun cuando pasen a subordinarse a una intención superior; entre una letra y esa misma letra en una palabra, no hay semejanza: en cada caso los actos

en virtud de los cuales los cogemos tienen una calidad completamente distinta. La imagen más parecida es la de la nota en el acorde, pero aun aquí es necesario recordar que el acorde tiene o bien un fin en sí o se une a la melodía formando un conjunto también acabado en sí mismo; las palabras o las oraciones, en cambio, están en perpetuo movimiento de referencia a objetos que las trascienden: en sí mismas serían nada.

Se podría argumentar frente a los trastornos afásicos que, en realidad, se pierde primero lo más adquirido, pero ésa es una ley general enunciada por Jackson; necesita ser observada con cuidado en los casos particulares. La enferma anterior, por ejemplo, no deletreaba y en verdad el proceso de deletrear es más reciente, pero en ésta sucede lo contrario y no cabe suponer que se trata de periodos distintos dentro del mismo proceso, pues es seguro que cuando sea capaz de leer palabras completas no habrá perdido su conocimiento de letras.

De otro enfermo del servicio, sólo describiremos algunos hechos notables. El cuadro es una hemiplejía derecha con afasia por resblandecimiento en el territorio silviano, observado medio año después del accidente. Reconoce los objetos, cumple órdenes de un elemento y con dificultad las de dos; no intenta corregirse; no conversa espontáneamente y no es capaz de dar datos personales. Permanece indiferente en la sala.

Llama: "ápilo" a la pluma fuente; "ántero" al reloj; lo mismo a la corbata y al chaleco; "garrulito" al papel; "urdito" al cenicero; "duratio" a la cartera; "una dela" al dedo; "puñol" al puño; "sabello" al cabello; "étero" a la oreja; "utirondo" al ojo⁶.

En exámenes sucesivos, estas denominaciones cambian.

En el lenguaje escrito, reconoce letras aisladas y las denomina; no señala el objeto nombrado por la palabra. A veces lee frases imperativas, pero no cumple la orden, aun cuando la lectura sea en voz alta. Si esa misma orden se le da verbalmente, la realiza; al presentarle una nueva orden escrita y decirle la haga, insiste en la anterior, tal vez porque persiste como orden la dada antes de viva voz.

Escribe bien su nombre. Se le dicta "me siento bien" y pone *Pest*; "La casa mía", pone calle; "mi hermana", escribe *Mina*.

Desde luego, el decaimiento psíquico global en este paciente es bastante serio. El reconoce palabras aisladas, pues si se le dice: "Muestre la nariz, el ojo, el cenicero, el papel, la silla, el chaleco", lo hace correctamente. Sin embargo, al designar esos mismos objetos usa un lenguaje parafásico y jargonafásico. Lo importante comparado con los enfermos anteriores, es que emite el vocablo de una vez y permanece con la tranquilidad de quien señala el nombre justo.

Nos parece que en este enfermo ya no existe el problema de la totalidad y sus elementos, que perturbaba a los anteriores y los obligaba a rectificarse o a detenerse; es un grado mayor de trastorno en el cual sólo persiste la idea del símbolo,

⁶Clinicamente podría ubicarse entre las afasias de conducción.

la idea de dar un nombre a una cosa; este nombre puede ser inducido de muchas maneras: por persistencia de sílabas o palabras anteriores, por una vaga presencia del nombre auténtico; pero lo importante, lo decisivo, es la pérdida de lo que llamaremos la estructura motora, de los límites y contenidos de cada fonema. Algunos enfermos de este tipo son lócuaces, en especial cuando la comprensión del lenguaje está muy alterada; a ratos parecen esquizofrénicos. Ya Kraepelin hizo notar esta semejanza y Schilder la ha destacado en más de trescientas observaciones, indicando como una necesidad, estudiar cuidadosamente las zonas temporales de los dementes precoces. No consideramos útil por ahora plantear las diferencias y en qué forma es posible descubrir un sentido en el lenguaje de los dementes.

El afásico motor experimenta, pues, dificultades capaces de llevarlo a la abolición del lenguaje, precisamente porque conserva el arquetipo de ese lenguaje y se le impone como un modelo; la jargonafasia indica ya una pérdida de dicho modelo y por tanto el cese de las inhibiciones; y que la jargonafasia no se debe, por lo menos en este caso, a pérdida de la imagen sensorial, lo probaría el que el enfermo reconoce y señala de inmediato el objeto que se le nombra y precisamente los mismos objetos designados por él antes, arbitrariamente. El llamado "afásico sensorial" es un enfermo que avanzando más en este camino, no reconoce sino con extrema dificultad unas pocas palabras, y a veces ninguna, porque ha perdido el esquema único de la totalidad verbal por eso es simultáneamente jargonafásico, sordo y ciego para las palabras. Ni la sordera causa las alteraciones del lenguaje expresado ni viceversa; ambas son manifestaciones de pérdida de algo, de lo cual la afasia motora fue el primer grado; la totalidad verbal debilitada logra despertarse aun en el afásico motor y le pone determinadas exigencias que él es incapaz de cumplir; en el sensorial la totalidad se ha disuelto.

En mayo de 1950, días después de un trauma craneano con fugaz pérdida de conciencia, ingresa a la clínica Neurológica, un enfermo de 24 años, cuyo examen objetivo general es prácticamente negativo. Se queja de olvido frecuente de palabras, al extremo de no poder desempeñar su oficio de estucador; dice que cuando quiere hablar a un compañero o pedir materiales en su trabajo, olvida los nombres. Al interrogarlo y aun en su conversación espontánea pierde a cada instante la palabra oportuna, hace gestos de desagrado; a veces la encuentra, otras, se la sugerimos; llama la atención que la palabra la acoge de inmediato y en general la pronuncia bien, dando la impresión de un simple olvido; a veces tiene dificultades; por ejemplo: en pantalón, repite varias veces palalón, palalón, palalón, palalón; en martillo, dice papelillo, parlillo, maitillo, mallilo, mantillo; pero estas equivocaciones no son frecuentes. Comprende todo, lee y escribe bien, etc. Olvida algunas palabras casi de inmediato: así, "vidrio y lapicera", se la repetimos diez veces, las pronuncia bien de inmediato y otras tantas veces, las pierde. El resto de las formas del lenguaje no revelan alteraciones. En suma, es una afasia motora transcortical.

A diferencia de los anteriores que olvidan indistintamente cualquier palabra, en este enfermo son casi siempre las mismas y su olvido es absoluto.

El reconocimiento y la posibilidad inmediata de repetir indican que en algún sentido la estructura de la palabra está dada; el que cometa errores rectificables con dificultad en varias de ellas, demuestra que esas estructuras están diluidas, no mantienen nítidos los detalles y por tanto no están simplemente olvidadas, como puede suceder en el normal.

A nuestro juicio hay aquí un grado más leve de déficit, pero dentro del mismo plan de los pacientes ya vistos.

Presentamos ahora a un hombre de 55 años que, desde hace dos meses tiene, según él, graves dificultades para ver y hablar. Ha debido abandonar su trabajo de caballero en una hacienda. El examen neurológico acusa síndrome piramidal bilateral de predominio izquierdo, sin compromiso de la sensibilidad; hemianopsia izquierda. El paciente no es zurdo ni ambidextro. Presión arterial 15/8. Intensa esclerosis arterial del fondo del ojo; resto negativo.

He aquí su lenguaje espontáneo:

—Que me dé luego, luego, señor, tan lejos de mi familia, remedios buenos señor, le agradecería, me tiene pena, me da pena para los chiquititos, chiquititos solos casa señor, luego señora enferma, por favor remedios luego; eso no más señor, los ojos, las piernas, eso quiero yo, si operarse, no importa, pobre, las piernas es lo que quiero señor, señor por Dios, lástima; soy de lejos, Salamanca, potrero de Salamanca, yo potrero de la hacienda. Mi enferma, mi enferma, mi mujer también, luego por favor.

—¿En qué trabaja?

—Tres potreros andando, mil animales son tres potreros, vaqueros, rodeo animales, me vine yo enfermo, solo yo de lástima, tan lésimos, tan lejos de aquí, una noche y un día de tren.

—¿En qué época estamos?

—En las chacras ya, en las chacras estamos, vamos, maíz, sandías, cebada también, trigo se está segando, mi mujer y mis chiquillos que no vea yo nada, déme remedios muchos; ahora no puedo hablar con los animales, no puedo hablar con la lengua, antes gritaba a muchos animales. . . Veo algo, no me ven nada los ojos.

Reconoce objetos, colores y formas, indica correctamente el objeto solicitado. Se intoxica con órdenes de tres elementos. Entiende relatos cortos.

En el lenguaje espontáneo observamos un agramaticalismo, en el cual cada una de las palabras es correcta, también el sentido total. El enfermo, al relatar sus males procura conmovir al médico para que lo mejore rápidamente. Hay desorden al disponer las palabras en el todo expresado y se agrava cuando corrige errores anteriores. El defecto en el interior de las palabras de los afásicos ya analizados, se traslada aquí a una totalidad mayor, dentro de la cual la palabra pasa a ser uno de los elementos, como la letra lo era antes. Lógicamente en esta nueva unidad entran a dar significación otros factores, entre ellos, las ac-

ciones, la sucesión en el tiempo, la referencia sujeto-objeto, la ubicación especial, etc. La necesidad de coger en unidad el todo y el detalle se ha trasladado a un plan más alto. El enfermo agramatical a diferencia del jargonafásico, mantiene el esquema de la totalidad, pero discierne mal el lugar y el papel de las partes.

Escritura y lectura. Se le escriben palabras sencillas de una, dos y tres sílabas. Empieza por leer las letras de atrás para adelante; juntando letras y con penosos esfuerzos rehace sílabas y palabras. En general, comete errores graves que logra rectificar en intentos repetidos. Ejemplo: "mirar", dice miracao, marí, marin... mirar"; "tarde": "padre... tarde". Todavía: lee correctamente. Sol: "Loso... losa... sol" (lectura en espejo). Pan: "pan... parece pan". Sal: sal". Mamá: lo hace bien. Papá: "para... paja... pala"; haciéndolo deletrear, deduce: papá; en seguida vuelve a los ensayos anteriores. Campo: "Mépa... mayo... campo". Chacra: "Chala... chapo... chacra, Chacra". Caballo. Después de repetidos deletreos dice: "ballo, ballo". Sin embargo, lee de inmediato: "casa, luna, suelo". No logra leer vocablos escritos vertical u oblicuamente. Lee cifras de varios números. Cálculo elemental, bueno. La copia es imposible; escribe la primera letra, en seguida pierde el renglón; vuelve a empezar, hasta que se fatiga.

Se le pide de entre diez palabras, borre aquellas que sean nombres de animales y borra tres al azar: Santiago, perro, pan. De la palabra zapato, lee las dos últimas sílabas y dice "pato... pato", y también lo borra.

No cumple órdenes escritas.

En la escritura espontánea escribe graves errores paragrafícos y a veces, como al poner República, los signos se hacen ininteligibles. Escribe mal algunas letras: la "h", la "r" y la "i" son ininteligibles. La escritura al dictado, adolece de iguales errores. No logra leer lo que ha escrito.

Al dibujar un zorro y un elefante, traza algunas rayas inconexas.

No coge el sentido de algunos cuadros sencillos, pero identifica las figuras y colores aislados.

Cálculo elemental bueno.

Se orienta en el espacio y en el tiempo.

No rehace figuras con cerillas.

En suma, un enfermo con afasia y alexia.

La diferencia más importante con enfermos anteriores es que no reconoce la palabra escrita, aun nombrándosela de viva voz. Necesita deletrear y construir personalmente su estructura; es un caso circunscrito al territorio visual de pérdida del esquema de totalidad tan intenso, que no se despierta al ser dado desde afuera; pero no tan radical, como para no darse cuenta del carácter simbólico de lo escrito y no sentir la tendencia a rehacerlo. La escritura espontánea es paragrafíca y a veces ininteligible; hay algo de parafasia; *grosso modo* entiende la palabra hablada. Algunas palabras las lee de inmediato y la mayoría después de deletrearlas. Incapaz de percibir el sentido imperativo de lo escrito.

Nos parece valioso señalar el hecho de que la palabra se hace inteligible para el enfermo si él logra reconstruir su totalidad. Puede intentarlo pues de algún modo conserva esa estructura desde el instante que entiende lo hablado y logra expresarse. Lo debilitado, principalmente, es la manifestación visual de la palabra, símbolo de símbolo al decir de Jackson. Cuando la estructura de la palabra se hace difusa en extremo, ya no basta que esa estructura se dé hecha desde fuera —oyendo a otro— para despertarla, es necesario ir a su reestructuración.

Y a este propósito y muy brevemente, citamos un enfermo de 40 años que sufrió hace varios años un ictus después del cual se produjo afasia completa. Al cabo de algún tiempo recuperó poco a poco el habla exterior hasta llegar a una locuacidad jargonafásica típica. Era incapaz de leer, escribir y entender las cosas más simples; lo primordial debía insinuársele con gestos; por lo demás se orientaba bien y cuidaba de su arreglo personal. En el instante actual no entiende la mayoría de las órdenes simples ni es capaz de señalar el objeto solicitado. Pero si a este enfermo se le induce a repetir, y a veces se necesitan muchos ensayos, la palabra que no ha entendido hasta que logra pronunciarla correctamente, comprende de inmediato. También se obtiene eso con frases. En caso contrario no coge el lenguaje hablado. La reeducación se ha hecho precisamente en el sentido de estimular la pronunciación correcta. Si la misma palabra entendida en un examen anterior, vuelve a decirsele —y ante cada cosa dicha, el enfermo responde con una palabra, casi siempre ininteligible— y él al repetirla, lo hace mal, no la comprende nuevamente. Si es a la inversa, sucede lo contrario.

Nos parece que no entiende pasivamente la palabra oída, porque el esquema de totalidad se ha disuelto y no logra circunscribirse ni aun ante el estímulo directo; necesita rehacerse nuevamente. Nuestro enfermo está en muy buenas condiciones para conseguirlo.

M.A.O. enferma de 39 años, pierde el lenguaje en una operación de hernia estrangulada, durante la cual se usa anestesia raquídea. Nada cardiopulmonar. Presión arterial 16/8. Fondo de ojo negativo. Al examen, dos días más tarde: hemiparesia derecha con afasia. Nos interesa destacar sólo un hecho: el lenguaje espontáneo se ha reducido a dos monosílabos: repite con grave dificultad palabras corrientes de dos o tres sílabas y sin embargo, es lo curioso, pronuncia correctamente esas mismas palabras dadas por escrito. Por lo demás, entiende cuando se le dice, escoge el objeto solicitado, cumple órdenes verbales y escritas; realiza la prueba: "mano-ojo-oreja", de Head. Estas son algunas palabras reconocidas y repetidas por vía auditiva:

Hospital: "Toral... torán... hosterán... hostén".

Mesa: "Teca... tesa... maso".

Escritas, las pronuncia de inmediato. Identifica letras, escogiendo la adecuada de entre cubos de madera. No logra por ejemplo pronunciar la "m", la "l" y la "r"; si se escribe: "eme", "ele" y "erre", no experimenta dificultades.

FIGURAS CON CERILLAS

Modelo

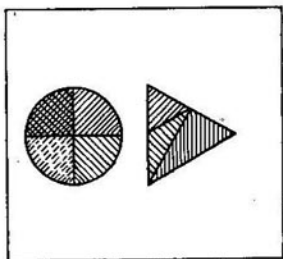
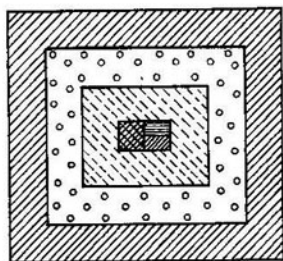
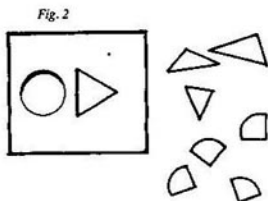
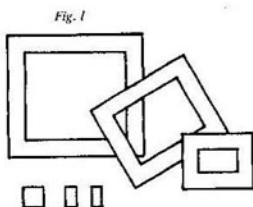
Reproducción



Comprende el sentido de proverbios y pequeñas historietas; ordena sustantivos en acuerdo a género y especie; cálculo elemental limitado a la adición.

Ensamble de figuras geométricas en bajorrelieve:

La figura 1 se compone de tres rectángulos ajustados exactamente unos dentro de otros; un cuadrado y dos pequeños rectángulos macizos acaban por llenar el espacio interior. En la figura 2, dentro de un círculo y un triángulo, ajustan cuatro y tres piezas similares respectivamente.



Tiene éxito en la figura 1, con titubeos al escoger cada pieza; mira alternativamente a ella y al espacio, sin acercarla para una comparación directa. De la figura 2, arma rápidamente el primer segmento y parte del segundo; fracasa en el resto. Las piezas van mezcladas con algunos círculos y rombos.

Recoge y ordena colores en escala tonal.

Es valioso el hecho de desencadenar el engrama motor desde el signo escrito, lo que una vez más prueba la unidad de la palabra; pero lo decisivo en contra de quienes ligeramente incluyen el defecto motor entre las apraxias circunscritas, es que la enferma pronuncia bien si se le solicita de cierta manera. Es sabida la habilidad del apráxico en la ejecución de actos complejos si lo requieren exigencias instintivas o no sufre el apremio del ambiente. Incluso la autogestión beneficia por momentos. No es comprensible, en cambio, la ejecución correcta y siempre justa de un mismo acto ya solicitado, ya espontáneo —como cuando la enferma lee en voz alta— en circunstancias que estímulos de otras vías no logran ningún éxito.

Sus figuras con cerillas demuestran capacidad abstractiva y amnésica, al retener los esquemas geométricos. Los titubeos en las figuras de madera aluden

a la relación entre el tamaño de la pieza y el del espacio a llenar, pero no a la forma, como ocurriría en un oligofrénico o un demente. Lo cual prueba en este caso una solución de continuidad entre la idea geométrica y la figura concreta adecuada al espacio correspondiente; es una escisión entre lo abstracto y lo concreto, no una disolución. Algo semejante a lo que ocurre entre la idea de la palabra y su signo perceptible, aun cuando por otra parte sea correlativa la fuerza de ambos.

En la enferma también el engrama motor exigía delimitar previamente la idea en una imagen sensible ajustada; de eso dependía su éxito en la búsqueda del camino.

J.M.E.C. de 72 años, ingresa al Hospicio de Santiago por hemiplejía derecha, afasia de Brocca e insuficiencia aórtica. Durante el examen se le pide armar las figuras 1 y 2 antes descritas; tiene éxito en la segunda, de la cual el sector "b" es muy complicado. Fracasa en la primera. Escoge repetidas veces trozos de formas y tamaños inadecuados; le enseñamos en días sucesivos el camino a seguir; sin embargo, a pesar de la decidida cooperación del enfermo, no se obtiene éxito. Destacamos el hecho como algo parecido a lo que sucede con las palabras, pues por más que nos esforzamos, el afásico no llega a aprenderlas o pronunciarlas. Hablar de amnesia es ocultar lo decisivo del fenómeno, el escaso rendimiento del aprendizaje por imposibilidad de comprender el modo como se estructuran los diversos planos de una palabra o una cosa.

J.P.G. de 8 años es llevado a consulta al Hospicio de Santiago. Desde hace cuatro sufre hemiparesia derecha y afasia motora; al examen resulta además una agnosia para colores, formas y volúmenes aislados. Distingue los objetos y señala a *grosso modo* su color y forma, siéndole imposible, en cambio, escoger figuras geométricas recortadas en cartones igual que agrupar colores en escala tonal. Solicitado un color semejante a una muestra X, compara ésta aun con los más dispares; sólo cuando encuentra uno idéntico da por terminada su tarea. Fue suficiente, por ejemplo, un amarillo patrón más vivo, para fracasar, en circunstancias que había en la mesa dos hilos amarillos parecidos. Lo mismo se observa en los volúmenes puros. El niño lee con ciertos tropiezos; copia y escribe al dictado.

Señalamos en este caso la pérdida de ciertos elementos cuando ellos no integran "cosas", en circunstancias que se identifican formas más arbitrarias como son las de la palabra escrita, pero portadoras de significado. En la alexia ocurre lo contrario. Esto prueba lo sabido desde hace varias décadas: que la agnosia de formas y la alexia son trastornos de distintos órdenes de funciones, y que la alexia no se produce por la agnosia de formas más recientes y complejas desde el instante en que en este niño por ejemplo, se conservan después de perderse otras más simples y antiguas. Adultos similares han visto todos los neurólogos de alguna experiencia. Nosotros analizamos varios, en un trabajo sobre agnosias seniles, realizado en la Clínica del Profesor López Ibor, publicado en Madrid.

La forma geométrica es algo por sí misma y tiene sus propias leyes. La forma de las palabras es una nada si se la priva de significado; o sea, del enlace inmediato al concepto. Ambas, concepto y forma de la palabra pertenecen a procesos psíquicos diferentes; el concepto es algo abstracto; de suyo la forma de la palabra es la idea directamente concretizada para hacerla perceptible a los sentidos: por eso la palabra es signo y no símbolo del pensamiento.

En los sentidos se cogen cosas; sólo gracias al análisis se diferencian más tarde: colores, formas, volúmenes. Nuestro enfermo ha perdido la posibilidad de abstraerlos, para en seguida escoger formas o colores desde la pura idea. El necesita, por el contrario, comparar, con el modelo a cada instante.

En la agnosia se reduce la capacidad de abstraer a partir de las cosas y se pierden incluso las cosas mismas. En la afasia desaparece en cambio la concretización de la idea abstracta en su signo adecuado. Ambos procesos se combinan a veces en síndromes de extraordinario polimorfismo; por el hecho de ser perturbaciones de procesos importantes, envuelven un decaimiento psíquico sin ser por ello similares a la demencia en la cual se desintegra el interior de las ideas mismas.

E.N. de 39 años, presenta una neurolúes. Señalaremos una estereognosia de la mano derecha, sin compromiso de ninguna especie de sensibilidad, salvo discreto aumento de los círculos de Weber. Reconoce números y figuras y los dibuja en el aire. Lo perdido es la identificación de objetos; describe, en cambio, su forma, tamaño, consistencia. Sin embargo si le pasamos dos veces un mismo frasco redondo, cree que no es igual, encontrándolo más grande o más pequeño, de distinta consistencia, etc. En suma, no coge esas sensaciones en abstracto sino como algo único. Al ponerle un objeto similar en la otra mano esto le permite identificarlo, pero no le ayuda a reconocer el de la mano enferma.

Si coge la mayoría de los elementos y no identifica, quiere decir que este proceso no es una simple síntesis de sensaciones, sino que obedece a estructuraciones de otro orden. Tampoco es pérdida de la imagen, pues el lado opuesto reconoce.

Ello significa que la conciencia "toma nota" de los objetos, cuando han sido previamente estructurados (por estructura debe entenderse el grado de referencia mutua entre los elementos percibidos; no debe, por ejemplo, percibirse una forma redonda, sino una forma en tal relación con el tamaño, la consistencia, el peso, etc.). Si este proceso previo a la conciencia —de ser simultáneo debería conocer como al otro lado— se perturba, justamente por ser previo deja a la conciencia en una especie de ignorancia tranquila. El afásico, a la inversa, sabe negativamente cuál palabra está ausente y rechaza las ajenas. Siguiendo a Goldstein diríamos que las pierde como figuras y las deja como sombras sobre un fondo. El afásico tiene la idea a expresar en la conciencia; en la agnosia táctil de nuestra enferma, el proceso no alcanza a ese plano y se ignora.

Hemos visto a través de varios casos clínicos de ningún modo excepcionales, como el trastorno afásico en su aspecto psicopatológico es una disociación en los signos entre la totalidad y sus partes. De un lado esa totalidad se da de golpe, indivisa y del otro las partes adquieren relieve independiente, solicitando de este modo al enfermo dos realidades integradas, en el normal, en un todo más alto. Se podría pensar desde el ángulo neurológico que el fenómeno obedece a descargas impulsivas difusas, que llevan a emitir palabras equivocadas, a perseverar en ellas, a no encontrar el camino justo, etc. Pero es una explicación demasiado genérica y no sabemos entonces cuál causa impulsa al afásico a rectificarse en circunstancias en que ha emitido la frase o la palabra necesaria, o a no entender lo oído cuando es capaz de repetirlo acertadamente en el caso de las afasias sensoriales transcorticales. Por cierto, él coincide con los demás enfermos del encéfalo, en la fatiga rápida, la incapacidad en atender a dos problemas distintos inmediatos, en el aprendizaje difícil y en la poca rapidez para apreciar pequeños cambios de matices del ambiente. Su capacidad selectiva está disminuida. Al poner en marcha el automatismo correspondiente a una proposición, descarga automatismos parásitos introduciendo palabras ajenas. Sin embargo, si no penetramos en la psicopatología, un aspecto valioso de los trastornos del lenguaje quedaría oscuro.

Lo primero es recordar el valor exclusivamente "significativo" de los elementos sensoriales del lenguaje: palabra oída y escrita, pues ellas en sí son meros sonidos o dibujos arbitrarios. En cambio los elementos sensoriales correspondientes a las cosas, valen por sí mismos. La idea de árbol deriva de los árboles percibidos; a la inversa, el sonido "árbol" o el dibujo que lo expresa en la escritura, recibe todo su contenido desde aquella idea. Si la idea de árbol desaparece, puede continuar aún, una parte del proceso, esto es, la percepción de árboles concretos, en cambio la palabra ya no existe. En tal caso, es claro, los árboles no se cogen integrando unidad específica, sino como objetos individuales extraños. Por igual razón al desaparecer la idea de forma o de color, éstos se presentan como algo concreto no identificable, pues identificar es referir un hecho tangible a una idea, el color verde por ejemplo, a la idea de color y a la más selectiva de verde⁷. Sería fácil explicar las agnosias de esta manera; pero un agnóstico visual incapaz de reconocer un triángulo, lo logra a veces por el tacto; no podemos suponer entonces la ausencia de la idea de forma y nos vemos forzados a reconocer una organización previa de los elementos sensoriales, indispensable para despertar la idea correspondiente. Esa organización asume modos distintos en cada sentido. Tal vez un color o una forma se organizan cuando en-

⁷ La idea de algo se forma a partir de las percepciones concretas y tomando de ellas lo fundamental; pero, para ser fecunda, esa idea necesita envolverse en un signo concreto que la limite: éstas son las palabras.

tran a ocupar un orden y una determinada referencia frente a elementos similares.

En el afásico los signos del lenguaje se han ido convirtiendo en elementos sensoriales neutros. El aléxico, en cambio, ve la palabra y no le despierta nada, tampoco logra copiarla; es en apariencia una agnosia reducida. Sin embargo, se debe tener presente que lo perdido es un significado que viene desde la idea y no una idea incluida naturalmente en el signo, como lo está en efecto, la idea de círculo en el círculo concreto. En el aléxico la idea no tiene fuerzas para concretizarse en la esfera visual, lógicamente por impedimentos anatomofisiológicos. Si existe incapacidad para la copia de palabras, en circunstancias de que copia dibujos "sin significado", es justamente por conservar la conciencia negativa de que esas son palabras no entendidas: dentro de los historiales clínicos analizados la diferencia en tal sentido, es notoria entre afásicos y agnósicos. Por ser la afasia un trastorno originado desde la idea, hay una "conciencia negativa" de las palabras, un sentimiento de la imposibilidad de emitirlas o reconocerlas, un saber que la palabra adecuada, a pesar de ignorarse en un instante, no es ni ésta ni la otra. Incluso el afásico sensorial, cuando se encuentra interpelado, no persiste en silencio como cuando oye ruidos, sino que pone en marcha sus automatismos. Aun sin entender, se da cuenta "negativamente" de que le hablamos y procura respuestas con palabras. El agnósico, perturbado en el sentido inverso, no despierta su idea, ignora positivamente. Si es un agnósico táctil damos un nombre cualquiera al objeto presente en su mano, lo acepta sin angustia, dando fe a nuestra palabra. Una enferma de la Clínica Neurológica descubría su imagen en el espejo, atribuyéndola cada vez a diferentes vecinas suyas. Al hablar o hacer un gesto, decía que la vecina le conversaba y la saludaba.

En la afasia hay una incapacidad de la idea para circunscribirse en un signo, lo cual equivale a incapacidad para delimitarse de otras ideas y entrar en juego con ellas. El signo le da su límite justo, por eso no es tampoco algo arbitrario; entre ambos hay una referencia interior precisa. El sentido mismo de la palabra varia según el ángulo de la idea expresada y la relación con otras ideas. El afásico conserva el poder abstractivo para elaborar ideas desde las percepciones —reproduce figuras con cerillas y arma juegos geométricos— pero la idea persiste difusa y por tanto reduce la posibilidad del juicio y del razonamiento. Afirmar algo de una idea y tal es el juicio, supone conocer donde acaba dicha idea. En el afásico no se disgregan las ideas; si así fuese, desaparecería la "conciencia negativa" de las palabras; se hacen sin embargo, estáticas y difusas; los afásicos sensoriales, tipo Wernicke, presentan mayores dificultades, pues ni siquiera pasivamente las circunscriben; pero la conducta, la ligera referencia al tema, posible de percibir bajo su ensalada de palabras, hablan de un último resto ideativo. Es claro que ideas tan fuera de límite son casi inútiles y vienen a semejarse a las ideas demenciales. No se debe olvidar sin embargo, que en la demencia se disuelven los contenidos interiores, aun cuando persista

su contorno preciso por largo tiempo y el lenguaje exterior se desenvuelva con fluidez relativa. Si preguntamos a un demente por la diferencia de peso entre un kilo de plomo y uno de lana, atribuirá al primero mayor peso; si desglosamos el problema en sus detalles, no saldrá del error; si se lo explicamos y parece entenderlo, caerá en error similar al ponerle otro ejemplo. El no puede considerar aparte el peso y la densidad. En un afásico ocurre lo mismo mientras no exista el signo propio de su idea, en cuanto lo consigue, resuelve aquel problema. En un caso es la intimidad la obscurecida, en el otro, es el límite frente a las demás ideas.

Mirados desde una perspectiva diversa, tanto el afásico como el demente obran de una manera sorprendente y "razonable", al ser requeridos no por estímulos exteriores artificiales, sino por impulsos interiores espontáneos. Esto fue bien observado por Monakow; además está agregar que tal conducta carece de los ricos matices de los actos voluntarios y se hace a costa de automatismos propios de la especie.

El lenguaje interior es la idea delimitada de otras ideas y en recíproca referencia. El lenguaje externo es esa misma idea en cuanto perceptible directamente en el área de los sentidos. Para hacerse perceptible, se crea un signo que por ritmo de su sonido o la ordenación de sus formas, despierta espontáneamente los contenidos interiores.

Estos signos, en un lenguaje evolucionado, deben tener de un cierto modo el carácter abstracto de los pensamientos. No arrastran desde luego, un significado concreto definido, pues varían en relación al conjunto en el cual se encuentran. Una misma palabra, la palabra "gracias" por ejemplo, puede significar lo positivo y negativo según el ritmo dado a sus fonemas. "Gracias", es tanto la aceptación como el rechazo de una oferta: es que la palabra se compone de una serie de elementos, las letras, sin valor significativo de ninguna clase; lo determinante es el orden y el ritmo; tienen las letras y también las palabras aisladas, algo del "cero" matemático, de una parte son nada y de la otra, son todo.

Heinz Werner en su *Psicología Evolutiva* incluye dos caracteres básicos en los decaimientos psíquicos y la afasia participaria de ellos: a) las cosas se presentan como totalidades borrosas, sin límite ni propiedades interiores precisas, y b) se hace imposible distinguir, dentro de ellas, cualidades esenciales y accidentales. Olvida, nos parece, el hecho decisivo de que en la palabra o en la frase, entre cada uno de los elementos básicos —letras o sílabas— y la totalidad significativa, no hay semejanza ni vía directa de tránsito. Las sílabas "mun" y "do", nada tienen de semejanza a la palabra "mundo" y el significado de ésta varía al infinito según el contexto. En una "cosa", a la inversa, si bien el orden y la jerarquía de los elementos es importante, cada uno tiene ya en sí un valor. Las palabras carecen de partes accidentales, pues expresan directamente la idea cuyos contenidos son todos igualmente fundamentales.

La diferencia entre partes privadas de significado y un todo provisto de él, engendra el conflicto afásico.

En un grado leve se perturban las totalidades complejas: frases, oraciones, relatos, las palabras pierden su juego de partes, solidificándose en masas separadas. La afasia semántica de Head corresponde a un fenómeno de tal naturaleza. En grados mayores, esa ruptura se extiende a la palabra misma —igual cosa vale para los gestos descriptivos— y el paciente coge aisladamente el esquema de la totalidad y cada una o alguna de sus partes. Las perseverancias o inhibiciones se producen al ser solicitado el organismo en un instante idéntico por dos estímulos diversos. Si la destrucción de la estructura significativa es más grave, al extremo de despertarse sólo por estímulo pasivo como es la palabra oída, pierde poder el aspecto de totalidad del signo y las partes quedan libres para unirse arbitrariamente en cuanto se las pone en movimiento, y entonces aparece la parafasia y la jergafasia. En un grado extremo la estructura se ha quebrado de tal modo que ya no despierta ante la misma estructura dada desde afuera. Así el paciente oye y no entiende nada.

No insistiremos en el orden clásico de disolución de las palabras: sustantivos primero y muy al último los verbos. Delay dice: "Las palabras desaparecen en un orden determinado, como si el enfermo conociera la gramática; los nombres propios antes que los comunes, después los adjetivos, en fin los verbos... a medida que nos alejamos del verbo al nombre propio, nos alejamos de la acción de inmediato imitable o realizable por el cuerpo".

Demás está señalar la necesidad de rigurosos estudios fisiopatológicos para aclarar el origen orgánico directo de las diversas manifestaciones descritas más arriba en su aspecto psicopatológico; ambas cosas investigadas con un criterio de exclusividad, dejarían el problema en la penumbra. Por ahora y en acuerdo al poco conocimiento del funcionamiento último cerebral, debemos contentarnos con un principio básico; todo trastorno en la estructura del lenguaje debe tener su causa en vastas perturbaciones de la actividad neuronal o interneuronal, consecuencia a su vez de lesiones anatómicas precisas o difusas, ubicadas en puntos de condensación de la actividad realizada en diferentes partes. No hay acuerdo aún sobre las lesiones correspondientes a cada tipo de afasia, pero lo central es que ellas existen y se asocian a manifestaciones somáticas de órdenes variados.

La gravedad y la recuperación dependen de la causa, del sitio de las lesiones, del estado del resto del sistema nervioso y del organismo entero, de la edad, del compromiso más o menos intenso de otras actividades psíquicas y motoras, etc. En los seniles arterioescleróticos, en el Pick, en otras enfermedades degenerativas, se comprende de suyo el propósito; en cambio en los jóvenes —tal fue la experiencia de las dos guerras europeas— con lesiones predominantemente focales, el restablecimiento es rápido. La misma experiencia hemos tenido en nuestro servicio, desde luego con los tres pacientes jóvenes presentados.

En las afasias sensoriales o mixtas, si ellas no están complicadas de agnosia, nos parece que se acelera la inteligibilidad de las palabras si por vías físicas y gracias a gestos u otros medios, se obtiene una pronunciación relativamente correcta.

Es el caso de uno de nuestros pacientes, estudiado y tratado por el Profesor Lea-Plaza, el cual entiende una orden o una pregunta, si después de penosos esfuerzos logra verbalizar él mismo lo que se le dice.

En cuanto a las etapas clínicas⁸ de una afasia, Monakow dice: "El curso de una afasia debida a lesión aguda no progresiva puede ser dividido en tres etapas. En el comienzo existe un periodo primario de shock reforzado por los efectos de cambios estructurales secundarios, tales como edema y reacciones inflamatorias; en condiciones favorables puede desaparecer en pocas semanas. Luego se revelan los fenómenos de la diasquisis. Estos no expresan solamente la pérdida de la actividad fisiológica de los tejidos destruidos; tanto en grado como en forma, son demasiado severos y representan una difusa desorganización de la función cerebral. Lentamente, después de varias semanas o meses, pueden desaparecer, para revelar los síntomas residuales, los cuales representan lo desintegrado permanentemente, la perturbación del ritmo y la menor excitabilidad debida directamente a la destrucción del tejido.

Si la lesión no es estacionaria sino progresiva, como es el caso de la mayoría de las veces que existe un tumor en el cerebro, la diasquisis en vez de desaparecer aumenta y puede realizar un cambio profundo de las manifestaciones clínicas. Esto acarrea muchas confusiones en el diagnóstico a menos que sea reconocido el origen del nuevo síntoma⁹.

Volviendo a la psicopatología —que es la expresión en términos psíquicos de lo que mirado por su otra cara es fisiológico— creemos pues que el lenguaje llamado proposicional, se compone de signos únicos los cuales se expresan dinámicamente hacia afuera en la palabra hablada, escrita, mimica, etc., y hacia adentro en un aspecto auditivo y visual según el sistema sensorial que le dé acogida. No hay imágenes autónomas asociadas: es el mismo signo, cuya estructura se percibe de éste o el otro modo en la vista y el oído en acuerdo al modo de sentir de cada uno de ellos. Así como una cosa exterior entrega una fisonomía particular a cada sentido, el signo, sin dejar de ser uno, puede percibirse diversamente. El gráfico de una palabra sería un puro dibujo arbitrario e ininteligible, si no despertara su significado y ese significado es idéntico en igualdad de condiciones para una misma palabra, cualquiera sea su vía de recepción o expresión. El signo o la palabra, reside en esa unidad significativa. Lógicamente la imagen material de ella entra por vías distintas y llega a centros nerviosos propios, según sea visual o auditiva, pero ninguna de ellas es valiosa si no se integra de inmediato en aquella unidad.

El signo a cuya elaboración contribuye el cerebro entero, va condensándose en entidades objetivables como son las palabras sensoriales equivalentes a los actos en la serie motora. Son estas condensaciones las realizadas en ciertos puntos

⁸Nuestra experiencia en este aspecto no es aún suficiente para abordar desde la perspectiva que orienta al presente trabajo.

⁹Head: *La Afasia y Von Monakow*.

orgánicos relativamente precisos. Si se destruyen algunos de estos puntos, las funciones ya no convergen, se disgregan y la respuesta a los estímulos se hace sin ninguna unidad. El "significado" es la unidad intrínseca de las expresiones auditivas, visuales o mímicas, etc., si éstas son anuladas por destrucción de las zonas cerebrales respectivas, él desaparece en la misma medida. Es claro que aún entonces el objetivo material llamado palabra hablada o escrita puede ser ejecutado como mero sonido¹⁰ o dibujo por otras zonas o funciones, pero al dejar su significado, ya no pertenece a la categoría del lenguaje y se convierte en objeto del mundo exterior. La imposibilidad absoluta de ejecutar estos signos materiales como tales, indicaría más bien una apraxia o agnosia, siempre que esa imposibilidad no obedezca a otras causas, como las señaladas más atrás.

Trabajando en el Hospicio de Santiago con oligofrénicos profundos, sin lenguaje proposicional, hemos obtenido que uno de ellos, idiota, limitado durante veinte años a expresarse por mugidos, repitiera con cierta nitidez algunas frases nuestras: "prenda la luz", "abra la llave", "páseme el agua", "siéntese". Utilizamos para ello la técnica de los Reflejos condicionados. Es claro que esto indica relativa indemnidad de la aptitud práxica y gnósica y nada tiene que ver con fenómenos del lenguaje.

Desde la época de Lordat se tiende a ubicar la afasia motora entre las apraxias. A este propósito Liepmann dice: "Acepto la división general de la afasia en defectos receptivos y ejecutivos. Sostengo que la afasia motora ordinaria no es sino una parte de la apraxia motora y la afasia sensorial, de la agnosia. El paciente con agnosia auditiva oye sonidos, pero no los reconoce, no conoce su significación. Entre estos sonidos pueden estar los sonidos de las palabras, lo que él oye, sin coger sus contenidos, su significado simbólico. Lo mismo rige a la alexia, como variedad de la agnosia visual. Bajo el aspecto de la ejecución, la afasia motora es parte de la apraxia y el paciente no está paralizado, sino que no puede decir lo que quiere decir, así como el apráxico no puede hacer lo que quiere hacer".

Head y Foix ateniéndose al concepto de apraxia como perturbación de los actos con integridad de los movimientos parciales e indemnidad gnósica, se oponen a este criterio y ven en la afasia motora un trastorno particular con su nivel propio, por más que las lesiones anatómicas en la afasia y en la apraxia clásica pueden encontrarse en zonas anatómicas similares. Excepto en el mundo verbal¹¹ —el único que tal vez sea claramente apráxico— en la afasia es posible emitir palabras y a veces muy correctas. El trastorno está en el significado, en la posibilidad de despertar el engrama motor a partir del significado mismo.

¹⁰En la afasia sensorial transcortical el enfermo repite mecánicamente un sonido que ya no es engendrado por la idea.

¹¹La llamada afasia motora subcortical, sin embargo, para nosotros es una debilidad del signo para dar "forma" al engrama quinético, consecuencia lógica de una lesión en el punto de enlace correspondiente.

Head escribe: "Un paciente con defectos afásicos del lenguaje no complicados, y que no puede escribir con una mano, tampoco puede hacerlo con la otra, a causa de su inaptitud para encontrar palabras y convertirlas en símbolos escritos. Pero el apráxico incapaz aún de sujetar un lápiz correctamente con una mano, puede ser capaz de escribir en cualquier forma y hasta cierto punto, con la otra. No ha perdido la palabra, sino la capacidad de formular los movimientos complicados y adquiridos necesarios para el traslado de las letras al papel. Más aún, puede ser capaz de escribir con una mano el nombre de un objeto mostrado, mientras fracasa al realizar un simple garabateo con la otra. El acto de copiar es efectuado en la misma forma y el paciente no puede reproducir exactamente ni las letras colocadas ante él, en forma de mayúsculas impresas. Es el mecanismo de la escritura el dañado y los defectos nada tienen que ver directamente con una actividad verbal verdadera.

"El dibujo por lo general es imposible con la extremidad más apráxica. Aquí es nuevamente el acto en sí el que está perturbado y no su contenido intelectual".

Es de notar algunos hechos importantes: el enfermo apráxico cuando logra realizar el acto de inmediato, no se rectifica. El afásico lo hace a veces en acuerdo a lo descrito más atrás¹². En el afásico motor transcortical basta generalmente pronunciar la palabra con cierta lentitud, para que él también lo haga de inmediato; en cambio el apráxico incapaz de abotonarse o encender una cerilla, no lo hace mejor por el hecho de vernos ejecutar esas mismas cosas. En cuanto a la influencia de las emociones o de las sollicitaciones volitivas son idénticas en ambos casos; tanto el afásico como el apráxico pueden realizar automáticamente actos imposibles en la esfera voluntaria. La apraxia es una pérdida de la coordinación temporal de los movimientos; por eso decía Moñakow que se trata de una carencia de exactitud cronológica, de una destrucción de la "melodía cinética".

En todo caso el estudio de la apraxia debe aclarar numerosos problemas planteados por la afasia y descubrirnos además leyes del funcionamiento motor que seguramente se cumplen en otras actividades cerebrales. Lo importante es, sin embargo, discernir el modo y el límite en que estas leyes se cumplen en cada etapa, sin caer en generalizaciones excesivas. Desde el punto de vista de la memoria —si es que existe como algo aislado— nos parece erróneo atribuirle la parte fundamental en los trastornos de la palabra. El afásico dice y vuelve a decir la misma palabra; si no lo apremiamos conversa con relativa fluidez; nuestros enfermos eran capaces de reconstruir con cerillas complicadas figuras geométricas. En la amnesia la palabra se pierde y cuando se recupera lo hace de inmediato como entidad completa; en los afásicos, la impotencia yace en el interior de la palabra o la frase misma, en el ir de las partes al todo. Como dice Goldstein, la palabra se ha desarticulado.

¹² Recordamos la enferma descrita, que lograba pronunciar bien cuando leía, pero no cuando hablaba espontáneamente.

En acuerdo a lo expresado antes, el valor simbólico de la palabra reside en su significación, privada de ella se convierte en sonido o dibujo. Ahora bien, este significado no es más que la idea envuelta en el signo físico. La palabra no alude a una idea intrínseca a ella, es la misma idea, pero haciéndose perceptible a los sentidos de acuerdo al modo y capacidad receptora de cada uno. La palabra es una idea y no percepción¹³, adaptada a lo sensorial. Ella misma puede hacerse presente simultáneamente en cada sentido, pues, como producto del funcionamiento cerebral entero, no ocupa lugar determinado. Sus concreciones sensoriales ocupan en cambio, lugares posibles de discernir por el método anatomoclínico. Tanto el debilitamiento de la concreción sensorial, como el de la idea influyen en la palabra. En ambos casos el trastorno es más vasto que lo aparente, pues, cada signo vale en función de los otros; su menoscabo los abarca en conjunto y en grado variable a las ideas que encarnan. El menoscabo puede empezar desde la idea, cuando ya ésta ha formado sus expresiones sensoriales y entonces las palabras quedan a la deriva al perder su unidad significativa. Así ocurre en la esquizofrenia. O bien puede empezar al revés, desde las concreciones sensoriales, lo cual significa que la función ideativa se rompe en el último instante al no encontrar sustrato anatomofisiológico indispensable a su expresión simbólica.

La conducta de los afásicos, la pérdida del comportamiento categorial, su interés vital exclusivo por lo concreto, su impotencia para crearse posibilidades nuevas, revelan, y Goldstein está en lo justo, que la destrucción de signos significa pérdida de las categorías ideativas. Es necesario agregar, una vez más, que no es el proceso originario ideativo el alterado como en la psicosis, sino la última etapa de dicho proceso, su condensación en lenguaje. En el afásico las ideas están como difusas, el juego entre ellas es poco elástico, no mantienen sus límites y esto es indispensable para penetrarlas y compararlas entre sí, vale decir, para los procesos psíquicos superiores. En cambio en el demente son las ideas las desintegradas, las palabras están como ciegas. Por venir el lenguaje de una actividad ideativa más vasta e igualmente vasta en el plano fisiológico, es que Monakow no aceptaba localizar el lenguaje.

“Entre todos los movimientos los referentes a la expresión son los que comprenden un mayor número de elementos diversos. Pues entre las excitaciones complejas que evocan actos del lenguaje, aparece un nuevo factor, el símbolo. Es obvio, por lo tanto, que topográficamente no exista un centro diferente para el lenguaje o para actos tales como leer, escribir. Estos actos pueden ser interrumpidos por enfermedad cortical o daños en varios sitios, porque la grosera destrucción del tejido perturba su ritmo cinético, en una forma u otra.

“Aunque ningún acto del lenguaje pueda ser atribuido exclusivamente a la actividad de una definida región de la corteza, la destrucción del cerebro puede producir cuadros clínicos que difieren fundamentalmente unos de otros de acuer-

¹³La palabra *casa* alude a la idea de *casa* y no a esta o la otra casa percibida particularmente.

do con las partes que han sido afectadas. El descubrimiento de esta relación entre el fenómeno morboso y el lugar de la lesión, es la localización clínica”.

Wilson ha vuelto a insistir en estos años, en la necesidad de estudiar el lenguaje desde el ángulo psicológico, anatómico y fisiológico sin caer en el viejo error de los clásicos de mezclar conceptos provenientes de distintas fuentes de investigación. El problema está en plena crisis. De sus posibles soluciones depende en gran parte nuestro conocimiento de las funciones nerviosas superiores y el que se nos hagan inteligibles dinamisismos intrínsecos de la vida psíquica normal y patológica. Desde luego se cumple en él, la vieja idea de Hughlings Jackson de que lo más lábil en el funcionamiento cerebral es lo más voluntario, lo más reciente, lo más complejo. El lenguaje ha ido automatizándose poco a poco en el hombre normal; la voluntad controla, dirige, desencadena estos automatismos, tal como en distinto nivel puede hacerlo con el automatismo de la marcha o el vesical. Una vez desencadenados, ellos siguen por su cuenta hasta que la voluntad vuelve a inhibirlos; en el decaído, y desde luego el afásico lo es, los automatismos y el lenguaje entre ellos, tienden a desencadenarse y a detenerse siguiendo su propio ritmo. Si la voluntad pretende interferirlos, los perturba sin lograr su control.

En el afásico y debido a desintegraciones en el estado anatomofisiológico subyacente, la elaboración de sílabas y la idea de la totalidad se interfieren recíprocamente. La inhibición empieza cuando es necesario destacar ambas cosas dentro de un acto único.

La afasia es la desintegración del lenguaje en “totalidad” y “partes”. La idea no es agotada por sus percepciones de origen, pero la palabra tiene el poder de concretizarla dejándola al alcance directo de los sentidos. La palabra no es más que la idea concretizada; si la palabra se pierde, la idea se torna difusa y entra difícilmente en juego con las otras. Entre el signo material de la palabra y su idea hay diferencia, pues el uno y el otro pueden desaparecer aisladamente; pero en ningún caso hay separación. El lenguaje es la síntesis de ambas cosas; exige, por tanto, la actividad integral del sistema nervioso y viene a ser como su expresión más alta.

En suma, el lenguaje es la unidad formada por las ideas y los signos, que los hacen perceptibles a los sentidos.

Los signos o palabras externas carecen de valor si se les despoja de su significado, es decir, de la idea que envuelven.

Las palabras mismas se componen de sílabas y letras, elementos que por no significar nada de suyo, pueden ser justamente portadores de un orden y ritmo variable de acuerdo a las circunstancias.

La afasia es la pérdida del significado, debido a la disgregación de las palabras o frases, en totalidad y partes. En el hombre sano ambas cosas deben ser cogidas simultáneamente.

En las palabras no hay elementos esenciales y accidentales pues, por expresar directamente ideas, son puramente esenciales.

El afásico tiene “conciencia negativa” de las palabras; sus ideas están difu-

sas y por esa vía entran difícilmente en juego para procesos más altos; tan pronto el signo reaparece aquellos procesos se hacen posibles.

El demente puede conservar sus ideas circunscritas por palabras, pero disgregadas por dentro; han ido vaciando su contenido.

La agnosia es un trastorno en el reconocimiento de entidades concretas en las cuales es posible distinguir elementos esenciales y accidentales. Las cosas no despiertan su idea y no se identifican, por tanto, como pertenecientes a una determinada categoría.

La apraxia es la ruptura de la "forma interior" a todo movimiento.

La afasia no pertenece a la misma especie de fenómenos integrada por la demencia, la apraxia y la agnosia.

Desde un ángulo más genérico, en todas se cumplen las leyes primordiales del decaimiento nervioso orgánico.

Santiago de Chile, 1950

Análisis de un caso clínico de agnosia táctil pura¹

Presentamos este caso por tratarse de una agnosia táctil muy singular, que de un modo u otro nos llevará a meditar sobre la naturaleza de los procesos perceptivos.

E.N.C., mujer de 54 años, ingresa a la Clínica Neurológica del Profesor Lea-Plaza el 15 de septiembre de 1950.

Entre sus antecedentes se anota una ceguera casi absoluta hace ocho años, que cede espontáneamente a los tres meses.

La enfermedad actual se inicia en octubre de 1948 con claudicación intermitente de los miembros inferiores de tipo central, a lo cual se agrega, ocho meses más tarde y en medio de un alza térmica brusca de 40 grados, impotencia funcional absoluta y adormecimiento de los miembros derechos, la que regresa al poco tiempo. Desde enero de 1959, hay progresiva impotencia de los miembros opuestos, que ha llegado a impedirle la marcha y disminución grave de la agudeza visual.

La enferma, que ha cursado escuela primaria, está bien orientada y colabora.

Al examen neurológico se encuentra síndrome piramidal bilateral con hipertonia, disminución de las fuerzas (son posibles, sin embargo, los movimientos de los dedos, salvo la oposición a izquierda), exaltación de los reflejos tendinosos, disminución de los abdominales y Babinski bilateral.

El examen de la sensibilidad da lo siguiente: táctil protopática conservada; táctil epicrítica, aumento franco de los círculos de Weber en el miembro superior izquierdo; tanto en la cara palmar como en los dedos mismos no distingue dos estímulos simultáneos a menos de 5 ó 6 cm. de distancia. Reconoce dirección de trazos, localiza bien los contactos, distingue números y figuras trazados en la piel. Identifica letras en sobrerrelieve siguiendo su contorno con dedos de una u otra mano. El análisis de los discretos cambios de presión hechos con el dedo del examinador ya en sentido creciente, ya decreciente, revela que aprecia con relativa exactitud las diferencias entre pesos de 5, 10, 20, 50, 200, 500 grs. aun

¹ Publicamos este caso por ser uno de los poquísimos, descritos en la literatura mundial.

cuando no es capaz de evaluar las proporciones respectivas. Sólo dice: "pesa más" o "bastante más".

Hay discreta perturbación en el sentido de las actividades segmentarias, en los últimos ortejos izquierdos; en los dedos de la mano se producen algunos errores cuando la enferma está fatigada, pero aun entonces, requiriendo su atención (por lo demás ella colabora), las respuestas son justas.

La sensibilidad vibratoria está abolida excepto en ambos codos y en el esternón. Distingue con inseguridad estímulos térmicos a partir de las rodillas.

Reconoce objetos con la mano derecha, no en la opuesta.

No hay nada cerebeloso.

En las paredes craneanas hay: estrechamiento concéntrico de ambos campos visuales y parálisis del facial inferior izquierdo de tipo central.

El L.C.R. positivo para lúes parenquimatosa.

Lo interesante es el análisis de su agnosia táctil izquierda, sector donde hemos encontrado un aumento franco de los círculos de Weber.

Para proceder al examen se venda la vista de la enferma y se colocan sucesivamente en su mano izquierda frascos redondos con diámetros que oscilan de los 3 cms. a los 20 cms. La enferma los da vueltas, a ratos se le caen; se le ayuda a veces a contornearlos; en intervalos que van de los 5 segundos hasta el medio minuto, dice: "Es algo redondo, alargado; es frío y duro... no sé lo que puede ser". Al tocar el cuello dice a veces: "Es otro más delgadito... parece redondo... sí, es redondo también".

Preguntamos de qué materia está hecho.

Responde que "es duro, algo pesado, no sé bien... parece pesado para madera".

Le pasamos frascos gradualmente más grandes, percibiendo ajustadamente la diferencia de tamaño; igual si lo hacemos en sentido inverso. En cambio, comete errores al palpar el mismo con unos 20 segundos de intervalo. "¿Es el mismo, no?... ah, no, es más grande".

Estos errores no aparecen siempre.

Hacemos la prueba con frascos cuadrados: "Esto es otra cosa; es duro, pesa bastante, es algo distinto, es más bien cuadradito; ah sí, es cuadrado".

Le pasamos una caja de obleas: "También es cuadrado... es blando... liviano, apenas se siente". Con una caja de fósforos: "Ah, ya, cuadrada, blanda, curioso, es bien cuadrada". De repente mientras la da vueltas entre sus dedos, se abre casualmente: "Bah, eran fósforos". A nuestro parecer, no influyó el ruido, que fue casi imperceptible.

Hacemos la prueba con un dedo: "Es algo largo, redondo; es largo y parece más blando". (Un rato antes se le ha pasado un lápiz).

De una moneda de a peso, distingue forma y consistencia.

Con una peinetas: "Larga, casi no alcanzó a tocarlo... no sé lo que pueda ser".

De repente los dientes rozan sobre su mano: "Peineta, peineta".

No logra identificar las tijeras: "Es raro, no sé bien la forma; sé que me ha dado algo helado... si largo... no sé". Con un cenicero redondo de cobre: "Es redondo y parece delgadito; es redondo en el borde...".

No identifica la forma de un cigarrillo, pues al apretarlo con sus dedos, lo deshace.

Colocamos objetos similares en ambas manos, por ejemplo dos frascos de penicilina; identifica de inmediato a derecha; a izquierda, da vueltas y dice: "Es redondo, algo grande, no mucho, no sé lo que pueda ser".

Traza números y letras en el aire con su mano izquierda; no logra, por cierto, escribir con lápiz si carece de control visual.

Distingue la diferencia de suavidad entre un trozo de seda y la lija de los fósforos.

Frente a este caso, debe meditar el hecho de que la enferma describa con relativa nitidez los elementos sensoriales del objeto: forma, consistencia, peso, suavidad, etc., y no sea capaz de reconocer el objeto mismo.

Podría pensarse de acuerdo a la psicología de Wundt, en una imposibilidad para sintetizar las sensaciones, elementos de partida de todo conocimiento en esa escuela; pero al lado opuesto identifica y por tanto, sintetiza. Con algunos neuropsiquiatras como Monakow y Lange sería de pensar también en una debilidad del concepto específico del objeto; las sensaciones no encontrarían eco en la esfera ideativa, que en última instancia es necesaria al reconocimiento (pues decimos, es un frasco en cuanto lleva implícito lo necesario a la idea de frasco); el mismo argumento anterior invalida esta hipótesis. Ello significa, desde luego, una relativa autonomía del proceso perceptivo en sí, frente a las sensaciones puras y frente al concepto genérico del objeto.

En acuerdo a Delay las agnosias pueden ser primarias o secundarias, estas últimas, las clásicas asimbolias de Wernicke, negadas en una época por Dejerine. Divide las primarias en agnosias de intensidad o ahylognosia (el enfermo no reconoce la materia del objeto) y de extensión o amorfognosia (pérdida de la forma). Unas estarían en relación con un trastorno en la apreciación de las diferencias de intensidad y las otras, con el aumento de los círculos de Weber y discreta pérdida del sentido de las actitudes segmentarias. En este último caso, según Delay, el paciente no reconoce ya las formas, principio que por cierto no se cumple en nuestra enferma; en cuanto a la materia, si bien no la identifica (ello equivaldría a reconocer el objeto), es capaz de sentir su consistencia, superficie, etc.

Los casos de agnosia táctil secundaria pura o por lo menos en el grado presente, son raros en la literatura (casos de Raymond y Eggen, de Gertsmann, de Bonhoeffer, de Kutner, de Guillain y Bize y de Hécaen y David). Lo importante de ellos es la absoluta desproporción entre los trastornos sensoriales clásicos, incluso no existentes, y el número de elementos sensoriales relativamente grande descrito por el paciente sin que por ello aparezca el reconocimiento.

Nos interesa ahora dejar en claro que tal reconocimiento es de un orden

distinto al proceso ideativo y a la recepción de sensaciones, pues en dementes de cierta intensidad y en imbéciles, estos dos procesos están alterados y, en cambio, el reconocimiento perceptivo táctil sigue siendo posible. En largas experiencias hechas en el Hospicio de Santiago, vemos cómo oligofrénicos incapaces de contar o agrupar cosas por su color o forma, identifican de inmediato con el tacto una cantidad grande de ellos.

Las agnosias seniles son, en general, procesos agregados focales.

Volviendo a nuestra enferma, podríamos decir con Goldstein que ella ha perdido la simultaneidad, no coge en el mismo acto formas, consistencia, superficie, peso, etc. No los integra por tanto en algo único; esta explicación válida tal vez para las afasias, no nos sirve ahora, pues ¿cómo una mitad de la psique ha perdido ese poder y la otra no, ya que identifica al lado opuesto?

Queda aún el concepto de campo de la psicología de la forma: las sensaciones deben distribuirse en un cierto sentido y proporción como en el campo electromagnético; pero ¿el distinguir formas cuadradas, redondas, etc., no supone ya relativa integridad de ese campo?

Si nosotros deseamos identificar por el tacto un lápiz y un cigarrillo, ambos redondos y alargados, lo primero será la sensación de dureza o blandura; la forma ha debido subordinarse a la consistencia. Si la diferencia es entre silla y mesa, ocurre lo inverso, la consistencia debe subordinarse a la forma. Las sensaciones pueden aparecer borrosas como en dementes y oligofrénicos, o bastante nítidas como en esta enferma, pero si la subordinación entre ellas en un todo armónico no se produce, aun cuando los datos se den simultáneamente en la psique, no hay reconocimiento objetivo.

¿Depende el proceso de identificación de percepciones del enlace con anteriores representaciones?

En esta enferma las antiguas representaciones del objeto y su enlace a lo actualmente percibido se conserva desde el instante que identifica todas las cosas con la mano derecha; ello prueba sin embargo que tal enlace se produce sólo si hay un previo grado de elaboración del proceso perceptivo, que sería aquí lo ausente en la mano izquierda. El enlace con las representaciones no es entonces lo más fundamental para la identificación de percepciones.

El caso presente muestra que el proceso perceptivo es relativamente autárquico, pues se perturba aunque haya integridad de los procesos abstractivos más generales, e integridad en la identificación por separado de las variadas sensaciones, sensaciones que son curiosamente, en apariencia los constituyentes únicos de la cosa que no se logra reconocer.

El estudio de la percepción de los agnósicos abre así un misterio sobre uno de los procesos cognoscitivos centrales del hombre.

Santiago de Chile, 1951

Kierkegaard y el problema de la angustia

La angustia, fenómeno casi connatural al quehacer cotidiano, ha mostrado tan asombrosa riqueza de matices que hoy no es nada sencillo habérselas con ella cuando se investiga su íntima esencia. La clínica separa varias especies, pero no es claro si en dichos casos lo diverso es la angustia misma o más bien el conglomerado de síntomas del contorno y las horas en que prefiere darse.

La angustia en sí es una vaga desazón, una zozobra, un extraño acabamiento: se apodera como garra de ciertos segmentos corporales: epigastrio, zona precordial, cuello, cabeza, dando esos clásicos síntomas del "nudo a la garganta", "la tirantez cervical", "el casco cefálico"; propio le es vivirse como un estado absurdo que no conduce a nada y del cual sólo cabe liberarse; ninguna situación la legaliza y en eso se distingue del miedo, la tristeza, la alegría y otros estados afectivos.

Dichos estados se motivan en situaciones comprensibles siguiendo una especie de lógica afectiva, lógica que no se cumple en la angustia; por eso cabe preguntar el motivo de una tristeza y no de la angustia; surge en verdad ante cualquier circunstancia sin que sea visible la mayoría de las veces el aspecto precisamente angustiante, porque no hay cosa alguna a la que pueda considerarse a priori origen de angustia como sí lo son otras frente a los demás estados afectivos.

Dentro de la esencia de la angustia mora entonces su incomprendibilidad por lo cual, si frente al dolor despertado por una desgracia está bien decir: "es lógico que así suceda", no lo es ante la angustia, pues esa misma situación tanto puede atraerla como alejarla; casos hay de largas angustias borradas a raíz de una catástrofe sentimental. Cuando de una tristeza se ignora su causa, empieza a buscársela afanosamente para restablecer la lógica afectiva como si eso en parte la atenuara; en cambio, el conocimiento del posible motivo de la angustia no pone ningún enlace comprensible y debido a eso tal vez sigue siendo inútil y extraña; cabe incluso apetecer un estado displacentero cualquiera, menos la angustia; quien está triste después de la muerte de alguien no busca el inmediato desalojo de la tristeza, encuentra más bien en ella su consuelo, una especie de último diálogo con el ser ido.

Hay un estado, sin embargo, que mantiene cierto lógico contacto con la angustia, es el estado de incertidumbre donde se oscila sin tregua entre el temor y el deseo; la angustia propia de la incertidumbre es no obstante como una inquietud,

un no hallar qué hacer, o un simple miedo a lo siniestro, a lo azaroso, a lo indomable. Ante un amor en peligro viene es cierto una inquietud angustiosa, pero hay otras inquietudes, como cuando se espera el resultado de una disputa literaria o deportiva distante del interés personal, en que apenas si hay leve sombra de angustia. La angustia se apodera de la inquietud en proporción a la cercanía de la situación incierta y cubre su horizonte cuando una de las posibles salidas significa un abismo para el propio destino. Inquietud y angustia son entonces estados próximos y susceptibles de esclarecimiento recíproco; el problema seguiría un fácil camino si no se adelantase la circunstancia ya anotada de provocar angustia las situaciones más increíblemente dispares, muchas ajenas a toda vivencia de incertidumbre.

La clínica muestra a este respecto desde la angustia de los enfermos somáticos hasta la de los dementes; curiosa es ya la de cardíacos y asmáticos vivida como sensación de indefinible acabamiento por los unos y de muerte inminente por los otros, salvo la existencia de componentes respiratorios francos en aquéllos, caso en el cual se equiparan ambas. La sensación de muerte se liga a la falta de aire y parece que todo cesaría si la respiración se vigoriza.

En la esquizofrenia es una angustia súbita derivada de una homosexualidad repentinamente descubierta o de la vivencia inesperada de poderosas acechanzas; es una especie de espanto que hace presa del ser entero. A los depresivos endógenos los angustia la irreversibilidad del tiempo que les impide reestructurar un pasado a su juicio desastroso; es angustia ligada a cierta vivencia de la temporalidad, de tal manera que el futuro es fiel producto del pasado y por tanto de un pasado maldito sólo cabe un futuro también maldito; está ausente ese legítimo enlace del tiempo con la libertad gracias al cual se puede transfigurar la poor vida en cualquier instante.

Las depresiones reactivas (depresiones neuróticas) originan su angustia en un penoso sentimiento de insuficiencia ante la acción como si las tareas habituales hubiesen roto de la noche a la mañana las medidas de la capacidad personal; por eso se proyecta hacia el porvenir y no hacia el pasado.

En las psicosis orgánicas se liga la angustia a una imperiosa necesidad de moverse; se cambian los objetos de un lado a otro, se inician variados trabajos, a medianoche surge el impulso a levantarse y vagar sin rumbo; en la cama se toman inacabables posturas y una especie de apremio obliga a frotar las piernas entre sí; es sobre todo una angustia de las horas de reposo.

La neurosis de angustia la ostenta tal vez en su pureza máxima; si se da en el gran ataque es una angustia "ante nada", que cubre todas las vivencias; se asocia no rara vez una sensación de muerte sin esperanza no unida entonces como en el asmático a ideas de defecto respiratorio; hay además, dolor precordial, sudoración, leves temblores, aun cuando no ligados tampoco a la vivencia en sí de la angustia. Por lo demás, la angustia en esta neurosis puede agazaparse tras los llamados equivalentes: extrasístoles, diarreas, vómitos, cefaleas, dolores precordiales, apremio psíquico, etc.

En la vieja histeria de angustia se trata en cambio de angustia ante situaciones concretas: altura, espacios cerrados o abiertos, temas de conversación, etc., fenómenos incluidos dentro de las clásicas fobias.

Este sucinto recuerdo muestra una mínima parte de los posibles motivos suscitadores de angustia y de ninguna manera la hace más comprensible; establece, sin embargo, dos tipos básicos: *una primitiva*, origen a su vez de otros trastornos, es la de la neurosis de angustia, y *una derivada* sea del pasado (melancolía), del presente (esquizofrenia), del futuro (depresión neurótica), del espacio, las personas o los objetos (histeria de angustia), de ciertas vivencias psíquicas (neurosis obsesiva), etc. *Primitiva o derivada, alude sólo al modo de vivirla*, hecho céntrico para el diagnóstico clínico, pero no indica nada respecto de sus causas reales, a su etiopatogenia. Freud valorizó debidamente este carácter y separó en su época clínica la neurosis de angustia, de la histeria y la neurosis obsesiva, a las cuales supuso causa psíquica remota y llamó por eso psiconeurosis.

A la falta de lógica afectiva se une entonces el rasgo vivencial de aparecer como causa o como efecto de variados fenómenos sin que impulse muchas veces a esa perentoria pregunta por el motivo, que en cambio todo hombre se hace cuando está apenado o dichoso.

Kierkegaard vio no sólo este carácter proteico de la angustia, sino su calidad de fenómeno básico de toda vida humana; sería aun su punto distintivo frente a otras formas de vida. Así la angustia primitiva es el terreno previo a las decisiones valiosas, tomadas justo para liberarse de ella misma y la angustia derivada vendría a relativizar, a mostrar su factura imperfecta, rompiendo el encadenamiento al pretérito que se produciría del hecho si el hombre viese cada una de sus decisiones demasiado acabada; la angustia rompe el causalismo riguroso y obliga a empezar de nuevo en cada momento indicando dichas decisiones, lo débil de los actos anteriores, pues si acabados fueran no engendrarían ese ansioso sentimiento de zozobra; la angustia se interpone de este modo en medio del acontecer mecánico de la vida, propio del resto del mundo animal y liberto del pasado en todo instante: "La angustia es la posibilidad de la libertad, sólo esta angustia es —en unión de la fe— absolutamente educativa, porque consume todas las cosas finitas y descubre todas las falacias de ellas. El educado por la angustia es educado por la posibilidad, y sólo el educado por la posibilidad está educado con arreglo a su infinitud"¹.

Casi sin darnos cuenta hemos traspasado con desmesura los límites de lo patológico, privativos de la clínica, adentrándonos en zonas muy profundas de la vida normal, porque la angustia después de Kierkegaard, además de propia de las desintegraciones psíquicas en las cuales la libertad atada al cuerpo se pierde para sí misma, es el elevado testigo de la calidad de todo lo humano e impide a base de descargas cada vez más intensas, el deseo de adormecerse en decisiones inauténticas (no derivadas de la libertad), al precio del halago, la gloria o las consi-

¹ Soren Kierkegaard: "El concepto de la angustia", Ed. Espasa-Calpe 1940; pág. 167.

deraciones. La angustia dice Kierkegaard es el poderoso sustento de las naturalezas fuertes.

En lo patológico él marca ese rasgo tan propio de las neurosis de mostrarse duras ante el bien ajeno; el neurótico no se angustia tanto con sus propias desventuras como de la ventura de su prójimo; el bien de personas próximas lo corroe en su intimidad sonándole a canto maldito. En la neurosis no hay angustia del mal, sino del bien; el neurótico es una especie de poseído, de demoníaco.

Goethe veía en lo demoníaco una tendencia de los seres a romper su propia forma para adquirir formas nuevas en busca de lo infinito (metamorfosis), en Kierkegaard equivale en cierto modo a lo conocido después de Nietzsche, Scheler y Adler como resentimiento. "Lo demoníaco —dice— es angustia del bien... Lo demoníaco es esclavitud que quiere encerrarse en sí misma... Lo demoníaco es lo reservado y lo involuntariamente revelado"² y más adelante: "Se comprenderá fácilmente que lo demoníaco de estas esferas puede expresarse en inúmeros matices, muchos de los cuales son tan sutiles, que solamente los descubre la observación microscópica, y muchos tan dialécticos, que es menester una gran destreza en la aplicación de la categoría, para ver que estos matices, aún pertenecen a ella. La exagerada sensibilidad, la exagerada irritabilidad, la neurastenia, la histeria, la hipocondría, etc., todas estas cosas son matices de lo demoníaco o pueden serlo... El último extremo en esta esfera es lo que se puede llamar en general animalización"³. Al disminuir el bien ajeno la angustia tranquiliza un instante al neurótico; pero a costa de proyectarla constantemente hacia afuera se priva de ese salutar efecto relativizante sobre el propio yo que permite mirar sin jactancia ni pesadumbre los éxitos y las derrotas y no medirlos en exclusiva proporción al bien ajeno.

La angustia muestra lo precario de cada decisión tomada; en esa medida libera de solidaridad con ellas y se hace sustento de la libertad y de la individualidad. El individuo se configura a base de decisiones y como cada una es imprevisible desde las anteriores, en cierto modo anonadadas ya por la angustia, cada decisión será algo insólito, cualitativamente nuevo, por lo cual nunca coincidirán dos hombres; la coincidencia supondría cierta causalidad en los actos, de tal manera que allí donde dos partiesen de situaciones psíquicas similares hubiesen de llegar a consecuencias similares. El hombre no es número dentro de la especie como lo son los animales, asegura Kierkegaard, sino individuo y especie, sin que lo uno reemplace a lo otro; cada individuo es configuración única e irrepetible de la especie; si alguien por entregarse a ajenas consignas no agota su individualidad, viola el derecho inalienable de la especie a darse por única vez en la forma correspondiente a ese individuo; tampoco el individuo puede aislarse en una soledad infinita, pues de algún modo quitaría algo a la especie y la modificaría: "Si un individuo pudiera separarse totalmente de la especie, su separación significaría

² Kierkegaard. Obra cit. pág. 132.

³ Obra cit. pág. 146.

a la vez una modificación de la especie; pero si un animal se separa de su especie ésta permanece en absoluto indiferente⁴.

La angustia normal es a veces una dulce inquietud, un deseo de aventuras, una pasión por el saber y obliga en cierto sentido a descubrirla. Esto de sacar a luz la angustia parece un absurdo; sin embargo no lo es si de acuerdo con el punto de vista de Kierkegaard se le estima lo único capaz de ponernos en guardia ante la inautenticidad no sólo de los otros hombres, sino que también de la nuestra. El hombre tiende a encariñarse con ciertas labores y opiniones convencionalmente estimadas y en seguida se ilusiona atribuyéndolas a su legítimo destino. La rigidez orgullosa, la algarabía, la falta de frutos perdurables, signos de lo inauténtico, se hacen ostensibles por lo general demasiado tarde para servir de fuerzas correctoras. El inauténtico se mueve, no desde su libertad, sino desde la consigna o el aplauso y carece de angustia, pues la angustia es testimonio exclusivo de la precaridad de decisiones personales verdaderas.

Mirados a la ligera, el auténtico y el inauténtico guardarían las mismas apariencias sólo que la voz de la angustia guía al primero y lo embarga en zozobra cuando azuzado por el beneplácito del mundo cae en concesiones; el inauténtico ya no oye esa voz porque vive fuera del espíritu: "El extravío, desorientación, que es propio de la falta de espíritu, es, por el contrario, lo más espantoso de todo; la desdicha es precisamente que la falta de espíritu tenga relación con el espíritu, y ésta no sea nada. Por eso puede la falta de espíritu apropiarse hasta cierto grado el contenido entero del espíritu; pero bien entendido no como espíritu, sino como juego, galimatías, frascología, etc. Puede apropiarse la verdad; pero bien entendido, no como verdad, sino como charlatanería y comadrería. La falta de espíritu puede decir absolutamente lo mismo que haya dicho el espíritu más rico, sólo que no lo dice por la virtud del espíritu. El faltar de espíritu se ha convertido en una máquina parlante; ¿por qué no habrá de aprender de memoria una charla filosófica tan bien como una confesión de fe o un recitado político? Hay sólo una prueba de espíritu, esto es, la prueba misma del espíritu en un hombre. En la falta de espíritu no hay angustia. Es para ello demasiado feliz, está demasiado satisfecho de sí mismo; es demasiado faltar de espíritu⁵.

El inauténtico tiende a las singularizaciones excesivas procurando demostrarse y demostrar lo que no es; desprecia la vida tranquila del hombre corriente que él estima poco sensible, sin sospechar siquiera que el verdadero auténtico es justamente quien es capaz de ser original sin saltarse un ápice de la vida cotidiana. El inauténtico ama las conversaciones brillantes, el palabrerío misterioso, los problemas elevados, y no entran en su esfera o entran a disgusto los "banales" problemas de la vida diaria; no ha sufrido el fuego atormentador de la angustia que relativiza lo pequeño y lo grande haciendo lo uno no tan pequeño

⁴ Obra cit. pág. 30.

⁵ Obra cit. págs. 100 y 101.

y lo otro no tan grande y relativiza por fin nada menos que a la existencia misma; la existencia en medio de la crisis de angustia zozobra, vacila, siente ante los pies el vértigo de la nada pura. El hombre de la angustia ve todo vacilante ante la nada y al revés del inauténtico se arroja en un desesperado intento de salvación en el seno, de lo infinito, intento valioso por ser absurdo, pues a lo infinito no lleva la angustia, sino la fe, fe ante algo inaudible en parte alguna. En virtud del absurdo de la fe, recupera lo finito y aprecia cuanto de ello forma parte; así el hombre supremamente auténtico, el caballero de la fe, no se diferencia del hombre de la existencia cotidiana. Kierkegaard lo ha descrito graciosamente: "En el instante mismo en que fijo sobre él mi mirada, lo rechazo de mí, retrocedo instantáneamente, junto las manos y digo a media voz: "¡Gran Dios! ¡Este es el hombre! Pero ¿es verdaderamente él? ¡Tiene todo el aspecto de un recaudador!" y con todo, es él. Me acerco un poco, vigilo sus menores movimientos para tratar de sorprender en él algo de otra naturaleza, una pequeña señal telegráfica que emane de lo infinito, una mirada, una expresión de fisonomía, un gesto, un aire de melancolía, una sonrisa que, por irreducible a lo finito, delate lo infinito. ¡Nada! Le examino desde la cabeza hasta los pies buscando el intersticio a través del cual salga a la luz la infinitud. ¡Nada! Es de un solo bloque. ¿Y su conducta? Es firme íntegramente dedicada a lo finito, y ningún burgués endomingado que da su paseo hebdomadario a Fresberg puede serlo más; pertenece completamente a este mundo, más que ningún tendero. Nada denuncia a esta naturaleza extraña y soberbia donde se reconoce al caballero de lo infinito. Se alegra con todo, se interesa por todo; y cuando se le ve intervenir en algo, lo hace con una perseverancia característica del hombre terrestre, cuyo espíritu está atado a estos intereses... Y sin embargo, toda esa representación del mundo que él produce es una nueva creación en virtud de lo absurdo. Se ha resignado infinitamente a todo para recobrarlo todo en virtud del absurdo. Constantemente efectúa el movimiento del infinito, pero con una precisión y seguridad tales que obtiene sin cesar lo finito sin que se sospeche la existencia de otra cosa"⁶. ¿Cuál es entonces la naturaleza de la angustia, capaz de poner al hombre de cara a su propia nada? La angustia es el sentimiento justo que pone la realidad como simple posibilidad. No se trata de la idea teórica de que cuanto es pudo no haber sido en virtud de que nadie ha comprado su existencia, sino de la vivencia concreta de la precaridad de todas las existencias en cuanto todas existen de hecho y su derecho a la existencia o no existencia no es superior al de objetos que podrían también haber existido pero no han tenido esa suerte. El sentimiento concreto de que se pende de un hilo y nos rodea por todos lados una nada inhóspita acongoja angustiosamente; así los desesperados esfuerzos de todos los seres por zafarse de la nada no les deja tiempo para la ayuda; el mundo entero es el reino del desconsuelo.

La angustia nace cuando algo es mostrado no en su realidad sino en su posibilidad; si al recordar un éxito pasa por la mente la idea de que pudo no haber sido,

⁶ S. Kierkegaard: "Temor y temblor"; Ed. Losada, B. Aires, 1947; págs. 43, 44 y 46.

sobrecoge la angustia; lo mismo ante un ser muerto si se valorizan circunstancias que aún podrían haberlo tenido entre nosotros. El neurótico se angustia que de tantas posibilidades mejores abiertas a su existencia se dé justo la suya y el normal se angustia al vivenciar la posibilidad de que una existencia agradable bien pudo haber sido y volverá algún día a no ser. Angustia también la espera ante la posibilidad de no realizar lo esperado; por lo mismo angustia una enfermedad, un examen, un amor inseguro.

Opuesta a la nada está la repetición, la renovada afirmación de sí mismo; en ella se percibe como una menor posibilidad de no ser, un duplicado de la existencia, una cercanía a lo eterno. Los hombres mejores se repiten y despiertan a pesar de eso sentimientos nuevos y es el sentimiento quien orienta el contenido de la idea, porque una de las teorías fecundas de Kierkegaard es de que conceptos idénticos expresan mundos diversos según el sentimiento en el cual se sustentan; la angustia somete a renovadas purificaciones al sentimiento del hombre auténtico; sólo los individuos inauténticos, sin angustia, repiten mecánicamente las mismas palabras o se entregan a una veleidosa originalidad aburrida en ambos casos: "Únicamente las naturalezas inferiores se olvidan y llegan a ser algo nuevo. Es así como la mariposa ha olvidado completamente que fue oruga, quizás olvidará aun que ha sido mariposa y hasta tal punto que podría convertirse en pez. Las naturalezas profundas jamás pierden el recuerdo de sí mismas y tampoco llegan a ser otra cosa que lo que han sido"⁷.

El asiento preferido de la angustia es la libertad, potencia abierta de suyo a puras posibilidades; hay angustia ante la posibilidad de realizar algo no deseado como quien es víctima del vértigo del abismo, y después de realizar algo deseado en cuanto se vive la posibilidad de no haberlo realizado; así angustia el acordarse de un examen exitoso si se recuerda que se estuvo a punto de escoger una respuesta desdichada. Kierkegaard dice, la angustia "es la realidad de la libertad como posibilidad antes de la posibilidad", o sea, es la libertad aún no ejercitada abierta como pura posibilidad a innumerables posibilidades.

En neuróticos muy angustiados aparece claro este efecto "posibilitador" de la angustia; temen la apertura de un vehículo ante la posibilidad de lanzarse impulsivamente, temen dormirse ante la posibilidad de la muerte, temen estar aislados ante la posibilidad de un arrebato de locura, temen quedarse a solas con niños ante la posibilidad de asesinarlos, etc.; la inteligencia que mostraría como absurdos estos diversos temores retrocede frente al invencible carácter posibilitador de la angustia; la nada, lo puramente posible y como tal sin consistencia alguna, desplaza al mundo entero del ser.

La angustia hace presente que un acto incluso después de efectuado no es necesario (en acuerdo al principio causa-efecto), sino una de las tantas posibilidades posibles y tan precario como cualquiera de los otros no escogidos. La

⁷ S. Kierkegaard, "Temor y temblor", página 49.

angustia no prohíbe y a través de eso impulsa paradójicamente a seguir un camino, para eso debería ser de algo determinado y no de todas las posibilidades, ella surge ante el hecho de que lo mismo a punto de efectuarse podría no ser, que por el hecho de ser dejará sumidas en la nada otras posibilidades, de que una vez realizado ya no podrá tenerse como no realizado. Quizás si la angustia máxima sea la conversión de la posibilidad en realidad en cuanto deja por eso mismo de ser posibilidad sin haber conquistado derechos mayores para eso. Si la posibilidad necesariamente se transformase en realidad como en el mundo hegeliano no cabrían fenómenos afectivos de tal especie; pero la angustia desmiente a la razón hegeliana cuando aparece ante actos que nos hubiese gustado continuaran indefinidamente en el universo de lo posible; muestra así lo precario al engendrar la vivencia de falta de necesidad, vale decir de que aun realizados siguen siendo puramente posibles en cuanto bien y con idéntico derecho pudieron no haber sido.

La angustia pone ante la nada y frente a su horror inhóspito mueve a huirla acrecentando el universo de las existencias; en el momento de la creación misma la libertad queda dueña de sí, pero un instante después la angustia rodeará su obra y la medida de la autenticidad creadora será el sabor dulce o amargo de la angustia. Todo acto libre es un salto cualitativo, algo puesto sin consideración a antecedente alguno (como en las mutaciones biológicas); para ello la angustia previa relativiza cuanto pudiese servir de "precaria posibilidad" realizada; si cada acto libre no rompe pese a eso el curso de la antigua existencia es porque el hombre amenazado por la nada ama la repetición.

La angustia y el tiempo guardan extraña armonía: los depresivos endógenos se angustian en la mañana, los neuróticos en la tarde, los orgánicos al caer la noche, los esquizofrénicos en cualquier momento. Kierkegaard dice a este propósito que *la angustia es propia de los hombres moradores de la temporalidad y no de los animales habitantes exclusivos del tiempo*, sucesión fantasma de pretérito, presente y futuro de los cuales dos no existen y el del medio desaparece en el pasado casi en el instante mismo de ser puesto. *La temporalidad es encadenamiento de momentos y el momento es síntesis del tiempo y de lo eterno*, una especie de presente retenido donde cabe duración. Mientras el tiempo es pura posibilidad, la temporalidad a través de lo eterno se hace existencia: "El momento es esa cosa ambigua en que entran en contacto el tiempo y la eternidad, contacto con el cual queda puesto el concepto de la temporalidad en la que el tiempo desgarrá continuamente la eternidad y la eternidad traspasa continuamente el tiempo"⁸, y en otra parte: "Momento", es en alemán (Augenblick = mirada de los ojos), una expresión figurada y, por tanto, no es tan fácil tratar con ella. Pero en ella tenemos una hermosa palabra, digna de nuestra atención. Nada hay tan rápido como la mirada y, sin embargo, es conmensurable con el eterno". La angustia normal será frente al futuro donde se da la posibilidad de un nuevo contacto con lo

⁸ Concep. de la Ang.; pág. 95.

eterno (de una repetición del presente) y frente al pasado que la angustia convierte nuevamente en posibilidad susceptible, en esa medida, de repetirse.

La angustia exclusiva del futuro (neurótico) indica el ocultamiento de la libertad en el sentido de que ésta ya no será capaz de repetir el momento, y la angustia exclusiva del pasado (depresiva endógena) indica el peso de una realidad penosa que por desdicha no quedó como pura posibilidad y que conocida la tendencia de la libertad a repetir sus momentos, se corre el riesgo de duplicar; por esta vía todo el interés anhelante se vuelve al pretérito, a lo ya ido y la temporalidad fenecce. La vida patológica se mueve en el tiempo, el hombre normal en la temporalidad; encontrarla, darle curso, avanzar a tientas entre el tiempo y lo eterno, tal es su destino.

Freud veía en la angustia un sentimiento displacentero ligado a peligros orgánicos; la primera ocurrió en el instante del parto; más tarde, el Super Yo la reproduce para amenazar al Ello, siempre ansioso de obtener el cumplimiento consciente de sus deseos; la angustia en Freud es en cierto modo pura amenaza, un simple asustar del inconsciente.

La angustia de Kierkegaard es todo el fundamento de una antropología; fue por lo demás en su hora, el modo de defender al individuo en sus irrenunciables derechos a la vida frente a la invasora marcha de los conceptos hegelianos disolventes de toda individualidad; sólo la angustia con su íntima zozobra, pesando como vivencia más que la razón misma, era capaz de dejar en suspenso la fe del mundo en el pensar dialéctico, mostrando frente a la severa seguridad de éste el horror inhóspito de la nada. Quien ha vivido la angustia y ha tratado de defenderse inútilmente mediante ideas cuerdas podrá retroceder ante el encanto de frases como éstas: "El capullo desaparece cuando brota la flor, y pudiera decirse que aquél está refutado por ésta; análogamente, la flor queda declarada por el fruto como una falsa existencia de la planta, y en lugar de aquélla se presenta éste como verdad suya. Estas formas no solamente se distinguen, sino que se desalojan mutuamente como incompatibles entre sí. Pero su naturaleza fluyente hace de ellas, al mismo tiempo, momentos de la unidad orgánica, en la cual no solamente no pugnan, sino que la una es tan necesaria como la otra; y esta misma necesidad es sólo lo que constituye la vida del todo"⁹. En Kierkegaard se daba el precario mundo de la existencia, en Hegel el firme mundo de la necesidad; la lucha entre ambos es la historia de nuestro pensamiento.

La angustia, insiste Kierkegaard, es exclusiva del hombre y revela lo precario de su ser, pero nada dice respecto de la naturaleza de las cosas; aún más, al mostrar lo inhóspito las hace lejanas y extrañas, en cierto modo incognoscibles; conocer supone alguna familiaridad con lo conocido y no cabe por tanto allí donde la ley es el peligro. Del mundo en buenas cuentas sólo presenciaríamos su enorme figura como quien ve un fantasma en la noche oscura y poco o nada de su esencia íntima; siguiendo este camino la filosofía de Heidegger ha puesto esa decisiva

⁹ Hegel: *Fenomenología del espíritu*, págs. 5 y 6. Trad. Rev. de Occidente. Madrid.

separación entre el ser y el ente, uno sabiendo por la angustia de lo precario de su existencia y el otro extendido a lo lejos como una desconsoladora tierra incógnita.

Santiago de Chile, 1955

Alcance clínico de la obra de Freud

Imagen retrospectiva

Si fuese justa una mirada a la obra freudiana desde la psicología pura dejando de lado sus fuentes clínicas más auténticas, podríamos de partida, y con cierta holgura, ubicarla en esa firme línea de hipótesis psicológico-explicativa que florece sin cesar en Europa desde el siglo dieciocho. Tiene el ambicioso deseo de descubrir, a través de análisis minuciosos, los elementos psíquicos básicos, irreductibles ya a otros más simples, que permitiesen enseguida, por un proceso inverso de síntesis, hecho ahora por el psicólogo, una reconstrucción paso a paso de la actividad psíquica compleja tal como ella se ostenta naturalmente en el hombre maduro.

La inteligencia entiende bien algo por complicado que sea si adivina desde cuál de los elementos que componen ese algo sería capaz de rehacer la estructura primaria estudiada. En esa época, la física clásica había mostrado exitosamente la posibilidad de encontrar elementos de esa especie, incluso en la abigarrada multiformidad del mundo perceptible, elementos que ella suponía valaderos desde el momento en que basándose en su manejo obtenía útiles rendimientos en el dominio de los fenómenos físicos ordinarios. Esos elementos, como es muy sabido, fueron la extensión y el movimiento local en la época galileo-cartesiana y más tarde la energía cuando se impuso la poderosa personalidad de Newton. El problema de los investigadores se reducía entonces no a descubrir las leyes de cuanto suceso observamos en el mundo cotidiano, sino las leyes de comportamiento de aquellos elementos básicos, sabedores de que los fenómenos más complejos no escapan a los modos de acción de los más simples.

Sería desmedida cualquier revisión de los diversos intentos psicológicos orientados a dicho fin, pero no estará de más apuntar ligeramente al de Guillermo Wundt por su decidido influjo en los trabajos kraepelinianos. Wundt cree posible reconstruir la psique adulta y la de los pueblos desde lo que él estima últimos e irreductibles fenómenos obtenidos en el análisis de los heterogéneos y cambiantes conjuntos anímicos: las sensaciones y los sentimientos. Combinándolos con entusiasta agudeza se obstina en mostrar cómo se forman enseguida a base exclusiva de ellos, las percepciones, representaciones, ideas, juicios, voliciones

e incluso el propio yo perceptivo. La apercepción, dice a este respecto, es atención y ésta uno de los actos de la voluntad interna gracias a la cual es dirigida la actividad mental hacia lo deseado. Pero ocurre que la voluntad en conjunto es sólo una emoción (a su vez "enlace de sentimientos intensos como un todo en el tiempo") que repercute provocando cambios en el estado representativo y afectivo del sujeto trascienda o no a los movimientos del cuerpo. Los enlaces psíquicos se hacen o pasivamente, *procesos asociativos*, o movidos desde la apercepción: *procesos aperceptivos*.

Freud participa gozosamente de esta atmósfera explicativa, de este legítimo deseo de obtener elementos últimos capaces de dar suficiente razón de las formaciones psíquicas más complejas y en un audaz intento, parecido al de Galileo, reduce la turbamulta de fenómenos a simples y variados modos de expresión de ciertos fenómenos básicos llamados *instintos*. Si bien estos son de especies diversas, pertenecen al mismo género homogéneo y por tanto pueden influirse e intercambiar energía entre sí, sin ostentar entonces esa heterogeneidad genérica de los dos fenómenos últimos de Wundt, que eran, como se ha dicho, sensaciones y sentimientos radicalmente separados. Los diversos instintos venían ahora a corresponder, en cierta medida, a las diversas formas de energía de la física clásica entre las cuales, por haber justamente una cierta homogeneidad de naturaleza, cabía un movido juego. Sin duda alguna, como ya lo habían establecido los físicos, sólo cabe influjo de un fenómeno sobre otro si guardan al mismo tiempo cierta semejanza y cierta diferencia, porque si son heterogéneos hasta su fondo no se tocan, gravitan en planos separados, nada puede pasar del uno al otro, y si son absolutamente iguales tampoco hay posibilidad de modificaciones, ya que para tal evento es necesario proporcionar a lo otro algo que uno tiene y el otro no tiene.

En el freudismo los instintos aparecen configurando no sólo las actividades llamadas instintivas por el sentido común, sino las más supuestamente lejanas de dicha esfera y no exclusivamente en cuanto actividades sublimadas como en esos clásicos ejemplos de la cirugía y la escultura en las cuales se vertirían instintos sádico-anales, sino en cuanto le dan consistencia, atracción y vigor a las demás personas y cosas. La imagen alegre o penosa del mundo, su valorización positiva o negativa, su interés o indiferencia dependen de la carga de libido depositada previamente por los instintos en los objetos. Si la libido prestada a los objetos es retirada y almacenada en la intimidad del yo, el mundo se vuelve un amargo conjunto de sombras, su conquista pierde interés y el individuo, recogida en sí misma toda su libido, se convierte en una especie de divinidad radiante absorta en sí misma, no escucha otra voz que la suya y cae en ese autismo tan típico de la esquizofrenia. Ya no se habla en el caso de la esquizofrenia como en Kraepelin, de debilidad de los enlaces asociativos, de frialdad afectiva, de voluntad desconectada de sus fines, sino sencillamente de redistribución dentro del propio yo de las cargas de libido debido a obstáculos encontrados en su camino por aquellas destinadas a darse en préstamo a las cosas. El predominio de tales o cuales rasgos del

carácter, el interés por el pensamiento puro o por la acción, etc., todo depende del sitio donde las cargas libidinosas del instinto pongan su mano. Una realidad se hace consistente si la libido se posa en ella y parodiando a Kant¹ pudiera decirse que la realidad desprovista de las cargas de libido es vacía y las cargas de libido sin la forma prestada por la realidad son ciegas: las cosas proporcionan el molde y la libido la carne y la sangre que las vuelve dignas y atractivas.

En el hombre normal los instintos apetecen satisfacerse en el mundo externo o de las personas o de las cosas; el instinto de conservación busca alimentos, vestidos, habitaciones, el sexual a la persona del otro sexo, pero justamente para que estos seres provoquen la atracción de los instintos deben recibir la previa carga libidinosa de esos mismos instintos; perturbado este proceso, los instintos se repliegan sobre sí mismos y el interés se vierte sobre el propio sujeto ahora excesivamente cargado de libido surgiendo así las diversas neurosis que por eso son en mayor o menor medida narcisistas.

Un curioso parecido salta a la vista entre este mundo animizado por los instintos y aquel mundo schopenhaueriano en el cual todos los fenómenos incluido nuestro propio cuerpo son puras imágenes o representaciones de una entidad única, la voluntad irracional yacente bajo su superficie y creados justamente por ella misma en un afán engañoso de autointeresarse en su propia vida: "Si, como digo, el lector ha llegado conmigo a esta convicción, tendrá ya la clave para el conocimiento de la esencia interior de la naturaleza entera, aunque ésta no se le presente sino unilateralmente, es decir, como fenómeno, como representación. Y no sólo reconocerá esta propia esencia, la voluntad, en los fenómenos semejantes al suyo, como los demás hombres y los animales, sino que una reflexión sostenida le convencerá de que la fuerza que palpita en las plantas y los vegetales y aun la que da cohesión al cristal, la que hace girar a la aguja magnética hacia el polo Norte, aquella que brota al contacto de metales heterogéneos, la que se revela en las afinidades de los átomos como fuerza de atracción y repulsión, de unión y separación y hasta en último término, la pesantez que tan poderosamente se manifiesta en toda clase de materia y que atrae la piedra hacia la tierra y la tierra hacia el sol, todas estas cosas que sólo son diferentes en cuanto fenómenos pero que esencialmente son lo mismo, son aquello mismo que él conoce inmediatamente de modo tan íntimo y superior a todo lo demás por muy claro que aparezca, y se llama voluntad...; el fenómeno es representación y nada más; toda representación, de cualquier género que sea, todo objeto es fenómeno. Sólo la voluntad es cosa en sí; y en cuanto tal no es representación sino algo diferente de ella, *totò genere*. Es aquello de lo cual toda representación, todo objeto, la apariencia, la visibilidad, es objetivación. Es lo más íntimo, el núcleo de todo lo individual, como también del universo; aparece en cada una de las fuerzas ciegas de la naturaleza,

¹ Kant, aludiendo al conocimiento, decía que las categorías, sin el dato proporcionado por los sentidos, son vacías, pero a su vez estos datos, si no se incorporan a una categoría, persisten ciegos.

en la conducta reflexiva del hombre, que en toda su diversidad sólo se diferencia en el grado de sus manifestaciones mas no por la esencia del fenómeno².

El fenómeno de partida creado por esta fuerza ciega es la materia, pero la materia no se da sin quedar instantáneamente sujeta a aquellas condiciones llamadas tiempo, espacio y causalidad³ las cuales la obligan a presentarse de inmediato como algo individual, o sea configurado en un espacio, limitado a un tiempo y sujeto a condiciones precisas de nacimiento y desaparición. En otras palabras, no es pensable una materia no ubicada en ningún espacio, no durando ni un solo instante del tiempo y apareciendo y desapareciendo por su propio impulso. Aquellas obligaciones introducen en la intimidad de la materia una cruenta lucha pues de los infinitos modos que tendría de configurarse y durar, de hecho en un momento dado sólo cabe uno, lo que la pone en la penosa vía de las preferencias y postergaciones; si se decide por configurarse como vegetal ya por eso mismo no puede ser mineral y así sucesivamente. Pero las configuraciones postergadas luchan infatigablemente por sus derechos y desde el fondo de la materia van haciendo fatigosa e imposible la persistencia de las afortunadas; en esta lucha las configuraciones más bajas, las anorgánicas, llevan la ventaja de exigirle menos violencia a la materia para mantenerse en la existencia, son por decirlo así más connaturales con ella y terminan derrotando a las más altas (vegetales, animales y humanas) si es que éstas, a base de su mayor astucia, lograron imponerse en un momento. Todo ser vivo arrastra entonces en la propia entraña una violenta inclinación hacia la muerte: "Por eso también, dice Schopenhauer, en general la vida física aparece como una carga y el sueño es necesario como en último término la muerte... De aquí que también puede decirse que cada organismo sólo representa la idea, cuya imagen es después de deducida aquella parte de su fuerza que emplea en dominar las ideas más bajas que le disputan su materia. Esto parece haber querido expresar Jacobo Böhme cuando dijo, no recuerdo dónde, que todos los cuerpos de los hombres, de los animales y de las plantas están medio muertos".

Esta lujuriosa lucha entre configuraciones fenoménicas altas y bajas, máxima dentro del hombre, recuerda a la lucha freudiana entre los instintos de vida y los de muerte, unos apeteciendo elevados estadios dinámicos y los otros con un nostálgico recuerdo del antiguo reposo en el seno apagado de la naturaleza de donde los sacó un día el impetuoso aliento de los instintos vitales. El masoquismo y la tendencia a la autodestrucción de los enfermos depresivos derivan de este recuerdo añorante del reposo pretérito; el sadismo y la agresividad en general son el producto de una hábil maniobra de los instintos de vida que salvan

² Arturo Schopenhauer, *El mundo como voluntad y representación*, Ed. Aguilar, Madrid, págs. 136 y 137.

³ Incluidos por Kant, las dos primeras entre las formas primarias de la sensibilidad, y la tercera entre las categorías del entendimiento.

al sujeto proyectando hacia el mundo externo la obra destructiva de los instintos de muerte con el provecho incluso de destruir gracias a ellos a los enemigos que desde fuera atacan contra la propia vida o al menos desean impedirle sus ansias de goce. Si la fuerza de los instintos de muerte es excesiva y por tanto quedan malamente gobernados por los de vida, el sadismo y la agresividad en el caso de lograrse su volcamiento hacia afuera, o bien el masoquismo y la autodestrucción si eso no se logra, trascienden todo límite y la vida se hace peligrosa cayéndose ya en el crimen, ya en la autodestrucción.

El paralelo entre Schopenhauer, cuya filosofía llamara Kretschmer el techo del mundo, y Freud, se limita sin embargo a una leve correspondencia en la atmósfera de las grandes ideas; la voluntad irracional de Schopenhauer es un algo último, absolutamente irrepresentable en sí, dotado de un prepotente deseo de vida para satisfacer el cual huye del peligroso abismo del aburrimiento creando la materia y la conciencia con su infinidad de configuraciones. Cada persona y cada cosa es entonces pura representación momentánea, sin mayor consistencia en sí que la dada por la voluntad de fondo a la que proporcionan el gozoso júbilo de un entretenido aunque terrible juego.

En Freud los instintos no crean la realidad, están incluidos en ella como elementos dinámicos íntimos ya para sacudirla de su somnoliento equilibrio anorgánico ya para retomarla a su dormición; es claro que personas y cosas serían para nuestra psique como imágenes de cera si nuestros propios instintos no se encargaran de vivificarlas y hacerlas atractivas prestándoles previamente y como en secreto una parte de la propia carga de libido. Así las personas y los objetos sin que nos demos cuenta nos atraen porque son portadores dentro de sí de un rostro que les hemos prestado nosotros mismos; de ahí que la imagen freudiana del mundo parezca en suma más próxima a Kant que a Schopenhauer, pese a las irresistibles semejanzas del primer golpe.

En todo caso en acuerdo a su vocación por los sistemas psicológicos explicativos construye Freud una imagen mecánica del hombre que bien puede ubicarse históricamente entre el hombre estatua inventado por Condillac con los cánones de la física galileica y el cerebro electrónico postulado como ideal por Wiener y los actuales cibernetas. En el hombre freudiano hay traspaso de energía de unas fuentes instintivas a otras, se desplazan afectos de esta representación a la de más allá, un afecto penoso sirve de amenaza casi física para rechazar y mantener fuera de las vías de inervación motora a otros afectos, éstos golpean con ímpetu a la puerta pero la puerta es custodiada no menos impetuosamente por otros instintos (los encerrados en el super yo) dotados de poderosas cargas afectivas. A través de una mecánica de cargas y contracargas energéticas se procura reconstruir la imagen entera del hombre con su carácter, sus ideales, sus valores, sus fines terrenos y ultraterrenos. Un trozo de Freud donde alude a los recuerdos encubridores de la infancia es muy paradigmático: "En el tratamiento psicoanalítico me ha sido posible descubrir muchas veces los fragmentos restantes del suceso infantil, demostrándose así que la impresión,

de la cual subsistía tan sólo un resto en la memoria, confirmaba, una vez completada, la hipótesis de la conservación mnémica de lo importante. De todos modos no nos explicamos aún la singular selección llevada a cabo por la memoria entre los elementos de un suceso, pues hemos de preguntarnos todavía por qué es rechazado precisamente lo importante y conservado, en cambio, lo indiferente. Para alcanzar tal explicación hemos de penetrar más profundamente en el mecanismo de estos procesos. Se nos impone entonces la idea de que en la constitución de los recuerdos de este orden participan dos fuerzas psíquicas, una de las cuales se basa en la importancia del suceso, para querer recordarlo, mientras la otra —una resistencia— se opone a tal propósito. Estas dos fuerzas opuestas no se destruyen ni llega tampoco a suceder que uno de los motivos venza al otro —con o sin pérdidas por su parte—, sino que se origina un efecto de transacción, análogamente a la producción de una resultante en el paralelogramo de las fuerzas¹.

Este ideal explicativo apegado a los moldes de las ciencias de la naturaleza y que exige de suyo un lenguaje adecuado a base de palabras como: fuerza, energía, acción, reacción, choque, resistencia, resultante, inercia, conversión de energías etc., es muy atractivo ya que satisface el ansia de dominio natural al hombre; es obvio que cuanto más podamos reducir las multiformes expresiones de un ser a unos pocos elementos, más fácil es descubrir los principios que mueven su juego recíproco y manejarlos entonces a nuestro amañó; todo el problema es que se tenga la suerte de un Galileo para que esos elementos básicos supuestamente descubiertos sean realmente los básicos haciendo entonces útil su manejo; un pequeño equivoco, y por tratarse justo de los soportes últimos de toda la construcción, no impedirá el levantamiento de una bella pirámide pero tampoco impedirá el derrumbe cuando llegue la hora de enfrentarse a las fuerzas naturales y culturales desatadas.

Casi en la misma época en que Freud ponía empeño en dar nuevo aliento a la vieja línea de los psicólogos clásicos, nacían en Europa modos diversos de mirar la psique apoyados no ya en la imagen mecánica galileo-cartesiana del mundo sino en la imagen orgánica de Goethe. Esta imagen postula al hombre y al mundo como una *totalidad* radical en la cual la inteligencia descubre es cierto muchos elementos, pero dichos elementos son sólo artificios, pues considerados aparte del conjunto íntegro en el cual se dan ya no tienen sus mismas propiedades habituales; de este modo es inútil reconstruir el todo desde la suma de elementos artificialmente aislados; el todo lo es... desde la partida y no se construye por adición de partes; aún más, es el todo quien determina en cada instante la función precisa de las partes y no al revés. Una psicología apoyada en este concepto no puede ser sintético-constructiva como la freudiana sino predominantemente descriptiva.

¹Freud. Obras Completas. Trad. de Luis López Ballesteros, "Primeras Aportaciones a la Teoría de las Neurosis", Vol. I, pág. 159. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, 1948.

Quien le dio gran forma dentro de la ciencia, fue Guillermo Dilthey: "La psicología debe emprender el camino inverso del recorrido por los representantes del método constructivo. Su marcha tiene que ser analítica. Tiene que partir de la vida anímica desarrollada y no tratar de derivarla partiendo de procesos elementales. Ciertamente que tampoco dentro de la psicología se pueden separar el análisis y la síntesis ni la inducción y la deducción correspondientes... Pero de lo que se trata es de que la marcha de una psicología semejante tiene que ser exclusivamente descriptiva y analítica, siendo indiferente que para ayuda de este proceder se requieran actos mentales sintéticos. Otro rasgo metódico fundamental corresponde a esta psicología. Su objeto debe ser el hombre desarrollado y la vida psíquica completa y acabada. Esta es la que habrá de ser captada, descrita y analizada en su totalidad... La vida psíquica no puede componerse partiendo de elementos, no puede construirse mediante composición y la burla que hace Fausto de los intentos de Warner para fabricar químicamente el homúnculo se aplica muy bien a ese intento. La psicología descriptiva y analítica desemboca en hipótesis mientras que la explicativa comienza con ellas"⁵.

El intento de partir desde la totalidad psíquica, vigorizado más tarde por los psicólogos de la forma y de un modo reflejo por el concepto heideggeriano de que la totalidad de partida no es siquiera la psique humana tomada en su conjunto pero aislada del mundo al cual enfrenta (como en Dilthey), sino el "ser en el mundo" (o sea el hombre y el conjunto de los entes dentro de los cuales lo ubica su peculiar interés, como se está por ej.: en la mujer que se ama, en la ciencia que se investiga, en la sociedad comercial a la que se pertenece, etc.), parece tener su réplica en el intento de los clínicos de mirar hoy el funcionamiento del sistema nervioso, no a la manera de parcelas de función precisa sumadas a las funciones de otras parcelas, sino como una totalidad orgánica capaz de asignar funcionamientos especiales a cada parte teniendo siempre a la vista el rendimiento exitoso del todo (Von Monakow y Goldstein).

La pugna entre las psicologías sintético-constructivas y analítico-descriptivas, ambas en el fondo inconciliables, parece ser sin embargo una de las tantas antinomias en que se mueve el espíritu como lo hizo presente a este respecto el mismo Dilthey, antinomia que hará oscilar incesantemente el centro de interés hacia uno y otro extremo sin que quepa una legítima decisión. Lo débil del freudismo no está por eso tanto en la ilegitimidad de un afán constructivo, sino en que las bases de la física clásica que sirvieron de modelo para su esquema económico, dinámico y tópicamente de las fuerzas instintivas en lucha, hace tiempo que han perdido su noble eficacia.

La Fuente Neurológica

Pero si de hecho por inclinación personal y situación histórica Freud ad-

⁵ Dilthey: *Psicología y Teoría del Conocimiento*. Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1945. Págs. 255, 256 y 262.

hiere al constructivismo marginándose de los incipientes desarrollos de la nueva psicología, si ve ciertas coincidencias entre él y Schopenhauer, si durante su juventud lee entusiasmado los diálogos de Platón y escucha un curso entero de Francisco Brentano, su propio desarrollo no viene ni de estos filósofos ni de los psicólogos sino que de la clínica misma; a su cuidadosa y larga formación como neurólogo primero, a la disciplina incomparable que esta especialidad es capaz de dar al espíritu más reacio, y a la perplejidad natural que hubo de surgir después cuando comparaba los trastornos senso-motores y del lenguaje propios de la neurología con los muy parecidos observados en aquellas afecciones psiquiátricas llamadas neurosis, debe el ímpetu que acabó en un arriesgado, sutil y curioso sistema.

Estudiando en 1885-86 por encargo de Charcot las parálisis motrices orgánicas e histéricas, observa que las orgánicas siguen una conducta diversa según sean periférico-espinales o centrales; las periférico-espinales (debidas a lesión de nervios, células del asta motora o núcleos de origen de nervios craneanos) son siempre parálisis de músculos como si las fibras nerviosas o las células fueran simple proyección lejana del músculo mismo, en cambio las centrales son siempre de funciones. Así en una hemiplejía los miembros no están parejamente paralizados; los movimientos proximales se revelan más íntegros y en cuanto a los distales los mismos músculos demuestran impotencia diversa según se oriente el movimiento a tal función o tal otra; de este modo en el sistema nervioso central alto no habría simple proyección de músculos y movimientos musculares sino que representación de funciones y serían esas representaciones las afectadas en casos patológicos: "En un estudio sobre las afasias (1891), he intentado demostrar que la causa de esa importante diferencia entre la parálisis periférico-espinal y la parálisis cerebral, debe ser buscada en la estructura del sistema nervioso... La periferia es, por decirlo así, proyectada punto por punto y elemento por elemento sobre la substancia gris de la médula. Así proponemos denominar a la parálisis periférico-espinal detallada, *parálisis de proyección*... Hemos de suponer que las fibras que van de la médula a la corteza no representan ya cada una a un solo elemento periférico, sino más bien a un grupo de ellos y que por otra parte un elemento periférico puede corresponder a varias fibras conductoras espinocorticales... Así, pues, la reproducción de la periferia en la corteza no es ya una reproducción exacta punto por punto ni una verdadera proyección, sino una relación por medio de fibras a las que podemos calificar de representativas. En consecuencia, proponemos para la parálisis cerebral el nombre de *parálisis de representación*"⁶.

El análisis de las parálisis histéricas y sobre todo de la marcha de Todd le muestra enseguida que ellas no son estrictamente parálisis de funciones, pues en tal caso primarían siempre en los segmentos distales cuyas funciones son más

⁶ Freud: Obra cit., pág. 194.

altamente selectivas y complejas y por tanto más vulnerables, o a lo menos no comprometerían parejamente todas las funciones como se observa en la marcha de Todd en que el miembro se arrastra como masa inerte, pero tampoco son parálisis del tipo periférico ya que no compromete músculos aislados sino grupos con sistema inervatorio muy diverso y a veces muy distante: "en este importante sentido la parálisis histérica es, por decirlo así, intermedia entre la parálisis de proyección y la parálisis de representación orgánica. Si no posee todos los caracteres de disociación y aislamiento propios de la primera, tampoco se halla sujeta a las estrictas leyes que rigen la parálisis cerebral. Con estas restricciones podemos sostener que la parálisis histérica es también una parálisis de representación, pero de una representación especial cuya característica falta aún por hallar"⁷.

El estudio más prolongado de los trastornos de la motilidad y del lenguaje le lleva a centrar las características de lo histérico en la "tendencia a producir sus síntomas con la mayor intensidad posible", en la facilidad, con que disocia aspectos de una misma función comprometiendo absolutamente unos y respetando absolutamente otros y por último en el hecho de que dentro de un miembro suprime a veces funciones muy simples (movimientos del hombro por ejemplo) y deje indemnes otras más complejas (movimientos aislados de los dedos): "Del síndrome de la afasia orgánica reproduce la historia la afasia motriz en estado de aislamiento, y, cosa inaudita en la afasia orgánica, puede crear una afasia total (motriz y sensitiva), para un idioma determinado, sin atacar en absoluto la facultad de comprender y articular otro distinto... Este mismo poder de disociación se manifiesta en las parálisis aisladas de un segmento de miembro, con integridad completa de todas las partes restantes del mismo, o también en la abolición completa de una función (abasia astasia), con integridad de otra función ejecutada por los mismos órganos. Esta disociación es aún más sorprendente cuando la función respetada es la más compleja, pues en la sintomatología orgánica, cuando existe una debilitación desigual de varias funciones, es siempre la función más compleja y posteriormente adquirida la más atacada a consecuencia de la parálisis... La parálisis histérica es, pues, de una *limitación exacta* y de una *intensidad excesiva*... contrasta así máximamente con la parálisis cerebral orgánica, en la cual *no se asocian nunca estos dos caracteres*"⁸.

Teniendo presente estos rasgos y el hecho curioso de no darse en la historia cierto tipo de trastornos incomprensibles para la imaginación y sólo claros al entendimiento cuando conoce sus vías anatómicas, como son la parálisis central del facial inferior o la hemianopsia homónima, se adhiere Freud a la conocida opinión de Pierre Janet de que en la historia las parálisis y las anestias se

⁷ Freud: obra citada, pág. 195.

⁸ Freud: Obra citada, págs. 195 y 196.

hacen de acuerdo a la representación que se tiene vulgarmente de la función de los órganos y de los segmentos del cuerpo, basada no en la anatomía, sino "en nuestras percepciones táctiles, sobre todo, visuales". Por lo demás, en la vida corriente movemos nuestro cuerpo a base de este tipo psicológico y no anatómico de organización.

En las parálisis histéricas, las ideas en cuya virtud nos representamos determinada parte del cuerpo, no entrarían ya en su habitual enlace asociativo con las otras ideas cuyo conjunto forman el cuerpo entero, y como el manejo psíquico del cuerpo lo hacemos desde las ideas que de él tenemos, si una de ellas se margina, deja ajeno a nuestro gobierno el segmento por ella representado. Tales marginaciones ocurren cuando la idea cae en asociaciones afectivas de tal valor, que ya no es posible enlazarla a sus antiguas asociaciones; pasa aquí, dice Freud, como en aquella historieta del súbdito que se negó en lo sucesivo a lavarse la mano que su rey le estrechó. En la parálisis histérica es como si nos negásemos a volver a ocupar un miembro que desde un cierto momento arrastra una valiosa carga afectiva; dicha carga debe ser inconsciente, ya que a la conciencia no se le advierte ninguna relación de esa especie. Sólo deshaciendo este estrecho enlace, cabe dejar libre la idea del segmento paralizado para que vuelva a su antiguo juego asociativo con el resto del cuerpo: "El brazo quedará paralizado en proporción a la persistencia de dicho valor afectivo o de su disminución por medios psíquicos apropiados"⁹.

Así, en suma, la diferencia entre parálisis central orgánica e histérica, es la que establece la representación anatómica y psicológica de las funciones; la orgánica es una parálisis representativa anatómica, y la histérica, parálisis representativa psicológica. Con estas tesis en la mano, abandonará ya Freud la investigación de trastornos histológicos o de funciones corticales en las neurosis.

Las cargas afectivas excepcionales que inducen a una idea a marginarse de su enlace a otras ideas cuyo conjunto constituye la idea más genérica de cuerpo (parece oírse el lenguaje Spinoza), son en su casi totalidad de naturaleza deprimente y se originan en algún suceso de alta emotividad para el sujeto, que persiste actuando como activo recuerdo un largo tiempo después de ocurrido. Como los síntomas de la histeria se parecen bastante a los de las neurosis traumáticas y en éstas más que el pequeño accidente físico obra el sobresalto psíquico por él provocado, sobresalto semejante al que hace que una súbita emoción penosa sea capaz de desencadenar cuadros histéricos, Freud acepta la sugestión de Breuer de llamar también a los "accidentes emotivos", traumas psíquicos.

Los descubrimientos de Breuer

El contacto de Freud con Breuer es decisivo en la maduración de sus conceptos. Breuer había descubierto que los síntomas histéricos desaparecen si el enfermo

⁹ Freud: Obra citada, pág. 200.

logra atraer a su memoria el recuerdo del suceso emotivo penoso y lo describe "con el mayor detalle dando expresión verbal al afecto" y se planteó lógicamente el problema de por qué tales afectos persisten inmunes a la acción desgastadora del tiempo. El estudio de histéricos le llevó a concluir que esto último ocurre cuando el sujeto no ha querido o no ha podido reaccionar adecuadamente en el momento oportuno ya porque el suceso penoso era irreparable (muerte de algún ser querido), ya porque era socialmente inconveniente, ya porque le era doloroso a la conciencia y procuraba expulsarlo en vez de enjuiciarlo abiertamente aceptando la propia responsabilidad. Son entonces afectos no descargados ni por reacción hacia afuera (venganza, llanto, palabras) ni por elaboración intrapsíquica asociativa.

A veces se trata todavía de traumas psíquicos no sólo no descargados sino que ajenos a la memoria por haber ocurrido en estados de conciencia anormales cuya conexión asociativa con las representaciones de la conciencia normal son muy laxas; tales estados surgen de un modo espontáneo después de jornadas fatigosas, situaciones de incertidumbre, etc. y tienen duración variable; se les caracteriza como ensoñaciones diurnas, autohipnosis, etc. En medio de un ensueño diurno una imagen penosa cualquiera engendrada en ese instante por la misma psique, es tomada por ésta como un suceso real y adquiere igual valor traumatizante que un suceso auténticamente ocurrido. Las diversas representaciones penosas surgidas en los estados anormales de conciencia se asocian entre sí y dominan a veces zonas de inervación somática provocando parálisis, anestias, contracturas, convulsiones; cuando la conciencia normal recobra sus fueros nada sabe de aquel grupo de representaciones organizado en la situación precedente, ni menos comprende por serle invisible, que desde el subterráneo pueda mantener todavía su dominio sobre lo somático o por lo menos tomarlo sorpresivamente cada vez que puede. Recordando sus trabajos con Breuer, dice Freud: "Cuanto más detenidamente estudiamos estos fenómenos, más firme se hizo nuestra convicción de que aquella disociación de la conciencia, que tan singular se nos muestra como "double consciencie" en los conocidos casos clásicos, exista de un modo rudimentario en toda histeria, siendo la tendencia a esta disociación y con ella a la aparición de estados anormales de conciencia que reuniremos bajo el calificativo de "hipnoides" el fenómeno fundamental de esta neurosis"¹⁰.

Algunas personas estarían predispuestas a sufrir estados hipnoides espontáneos, en otras una representación penosa sobre todo sexual, provocaría una idéntica disociación alejando a grupos de representaciones de su enlace con el resto de las vivencias conscientes Breuer y Freud apuntan enseguida a la asombrosa similitud de este resultado con el obtenido antes por Janet; este fino investigador había dicho: "En la histeria hay subconciencia verdadera, los fenómenos

¹⁰Freud: "La Historia". Vol. I, pág. 29. Obras Completas, cit.

psicológicos forman grupos independientes que se ignoran recíprocamente y cada uno de estos grupos conserva su personalidad¹¹.

Pero Janet se mantuvo apegado a la descripción clínica de las neurosis y aun cuando sus estudios a este respecto pueden declararse sin exageración insuperados, Breuer hizo un avance clásico en otra dirección cuando gracias a su profundo conocimiento de la filosofía alemana, como lo ha notado Adler, tuvo la brusca idea de que todo síntoma neurótico debe ser portador de un significado; o sea vio en el síntoma no una simple consecuencia o un testigo mudo de un proceso morboso como lo sería la fiebre en una neumonía, sino un símbolo escogido ex profeso por dicho trastorno, entre muchos otros posibles, tal vez porque es el más apto para dar salida a los afectos y representaciones disociadas. El síntoma es así una especie de lenguaje secreto para la conciencia vigil pues viene de representaciones psíquicas ignoradas y es el único modo que éstas tienen de hacerse presente a la conciencia. Parálisis, anestésias, estados crepusculares, alucinaciones, estados oníroides, etc. poseen así un íntimo sentido, son modos parciales de hacerse presente de las representaciones cargadas de afecto, que por haberse rechazado de la conciencia en cuanto surgieron o por haberse formado en el curso de estados hipnoides carecen de ese lento grado de maduración que la conciencia exige a todos sus productos antes de admitirlos a firme en su seno.

Esta idea de elementos psíquicos activos, no conscientes, y cuya aspiración íntima es justamente llegar a la conciencia era casi popular en las elucubraciones germánicas. Leibnitz hablaba de multitud de "pequeñas percepciones" incapaces de suyo de hacerse conscientes si no crecen previamente hasta dibujar bien sus diferencias y tornarse aptas a su conservación en la memoria. Herbart intuyó una dramática lucha en que las ideas dotadas cada una de propia fuerza buscan la luz de la conciencia expulsando a sus actuales ocupantes a oscuros subterráneos desde donde éstas se organizan para reconquistar, muchas veces sin éxito, sus antiguas posiciones. Bergson ha utilizado incluso la teoría de Herbart en su famoso ensayo sobre el sueño, escrito a principios del siglo; según él, las ideas expulsadas sin fuerza suficiente para alcanzar la conciencia diurna la tendrían todavía gracias a las particulares condiciones materiales del sueño para alcanzar una conciencia onírica.

La novedad de Breuer fue ver en el síntoma un producto de transacción entre conciencia y subconsciente inspirado como se sabe por su método genético. La introducción de este método en psicología, casi contemporánea con la introducción por Cajal del método genético en la histopatología nerviosa, debe mirarse como un importante suceso de la historia de la ciencia; él dio claridad al hecho de que un estudio de la psique adulta, ya muy compleja, no permitirá discernir bien en los elementos que la integran lo que les es común y diferente, pero en cambio si se les sigue retrospectivamente hasta su origen, es posible encontrar la fuente.

¹¹P. Janet: *Les Obsessions et La Psychasthénie*. Paris, 1903. Ed. F. Alcán, pág. 309.

común de donde emergen y seguir después sus huellas, pero ahora, con un ojo acostumbrado, en plena psique adulta.

El método genético le demostró que síntomas neuróticos incomprensibles por su heterogeneidad y su absurdo lo son cuando a través de la hipnosis se procede a una rememoración cada vez más lejana de la vida pretérita y entonces se observa cómo el síntoma surgió en ocasión de un suceso penoso con el cual tiene una proximidad parcial o meramente simbólica; si un sujeto se masturbó en momentos en que un deudo querido era víctima de una desgracia, su propia conciencia le reprocha acremente el hecho; el recuerdo es obligado a romper su enlace asociativo con el resto de los recuerdos y desaparece de la memoria, pero como último testimonio visible persistirán o un temblor de la mano o vómitos pertinaces, estos últimos, símbolos del asco sentido ante la propia e innoble conducta. A veces estos síntomas son transitorios y reaparecen cuando cualquier suceso externo semejante reaviva en el subconsciente el suceso primitivo.

Breuer había encontrado así nada menos que "la piedra centellante tirada en medio del camino"¹²; los síntomas tienen un significado, ser portadores del afecto desagradable *transferido* desde la verdadera experiencia penosa, pero ahora no ya como desagrado ante un suceso repugnante psíquico sino ante un neutro e involuntario síntoma morboso: su *tratamiento catártico* devuelve justo el afecto penoso a su experiencia de origen lo que consigue en el momento en que auxiliado por la hipnosis hace consciente a dicha experiencia; desde ese momento el síntoma ya inútil desaparece.

En su propio camino

Breuer, Janet y Charcot habían adivinado que lo penoso de muchas representaciones era su naturaleza sexual; Freud guarda reserva y recién en 1895 después de repetidos análisis clínicos escribe a su venerado amigo Fliess: "¿te he revelado oralmente o por escrito el gran secreto clínico? La histeria resulta de un shock sexual presexual, la neurosis obsesiva de una voluptuosidad presexual transformada ulteriormente en sentimientos de culpa".

Con esta creencia absoluta y poseído de las ideas de un *subconsciente activo* y un *significado de los síntomas*, descubiertos por Janet y Breuer, rompe con ellos e inicia su propio camino y aun cuando es difícil señalar etapas, los hechos capitales sobre los cuales habrá de moverse parecen configurarse rápidamente antes de 1900.

La muerte de su padre en 1896 lo sobrecoge hasta la perplejidad y en 1897 escribe a Fliess: "Las pulsiones hostiles hacia los parientes (deseo de su muerte) son igualmente parte integrante de las neurosis... Se encuentran rechazadas en los períodos en que los síntomas de piedad hacia ellos pone un

¹² Alfredo Adler: *El Carácter Neurótico*. Ed. Paidós, B. Aires. 1954, pág. 49.

veto, en el momento de sus enfermedades, de su muerte. En el duelo los remordimientos se manifiestan, entonces uno se reprocha su muerte... o bien uno se castiga a la manera histérica poniéndose enfermo como ellos¹⁴.

En octubre del mismo año le escribe nuevamente: "No me ha venido al espíritu más que una sola idea de valor general. He encontrado en mí... sentimientos de amor hacia mi madre y de celos hacia mi padre, sentimientos que son, yo pienso, comunes a todos los niños... Si esto es así, se comprende, a despecho de todas las objeciones racionales que se oponen a la hipótesis de una inexorable fatalidad, el efecto sorprendente del Edipo Rey... la leyenda griega ha cogido una compulsión que todos reconocen porque todos la han sentido".

Así quedan dibujados los confines demarcatorios, y quizás si en los años posteriores no haya otro agregado decisivo que su "compulsión de repetición" con la que procuró explicar la desagradable tendencia de los traumatizados a revivir en sueños el accidente físico del cual fueron víctimas, tendencia inconciliable con su teoría del sueño como realización de deseos. Como se sabe, de aquí dedujo la tendencia más general de toda existencia a repetir su pasado, sus épocas minerales, de donde, la muerte, expresada de hecho en las perentorias inclinaciones sadomasoquistas muy visibles en el hombre, tiene su centro en el *hondón* mismo de la vida.

Pero paralelamente a aquellas embargadoras confesiones en torno a la muerte de su padre y justo por ellas, cobran valor ciertas observaciones clínicas hechas ya en su época breueriana, a saber, que muchos recuerdos penosos obtenidos durante la hipnosis no estaban tan ocultos a la conciencia, pues el sujeto los ha tenido presentes, coincidiendo la mayoría en responder que no los habían revejado antes porque, o no les parecían importantes, o "algo" se interponía veladamente en sus deseos cuando estaban a punto de hacerlo. A esto se sumó el feliz hallazgo de que sin necesidad de hipnosis, mediante el simple método de asociar ideas libremente, emergían antiguos sucesos con su carga afectiva traumática. Dicho par de observaciones le sugirió la importante hipótesis de que el rechazo de los sucesos traumáticos no es de una vez para siempre como lo suponían Janet y Breuer, sino que se mantiene minuto a minuto durante toda la vida y que el enlace asociativo entre lo rechazante y lo rechazado no está roto (Breuer) pues de otro modo la asociación libre de ideas conscientes nunca podría atraer a su seno a ideas absolutamente ajenas; si la hipnosis favorece a veces tal intercambio es porque al igual de otros estados anómalos de conciencia (semiembriaguez, anoxia por sumersión, etc.) produce hipermnesia, pero no, como suponían sus maestros, porque el estado hipnótico fuese el único medio favorable para ideas con un grado de elaboración y un tipo de enlace asociativo distinto al dado en la conciencia vigil. En vez de "subconsciencias personales" ignoradas entre sí pero en sorda lucha por alcanzar el dominio del sistema sensomotor,

¹⁴L. Beirnaert: *Le Jeune Freud et sa Découverte*, Rev. Etudes. Paris, septiembre, 1956.

ya que sólo él permite el dominio sobre la realidad (Janet), se restablece la unidad psíquica introduciendo ahora la lucha por esa sensomotilidad dentro de un ámbito común y entre enemigos que se temen porque de algún modo se conocen.

El desolado autoanálisis en que lo sumerge la muerte de su padre, de algunas de cuyas etapas dan conmovedor testimonio las cartas a Fliess, le proporciona la razón de esta lucha: las tendencias parricidas incestuosas desatadas ya en la más lejana infancia y que entregadas a su libre juego destruirían los fundamentos de la familia, son violentamente reprimidas por los principios éticos creados por la comunidad en un espontáneo impulso de conservación. Tan peligroso entonces para el sereno desarrollo psíquico es, dice Freud, una moral demasiado rígida enronizada muy temprano en la mente del niño, que le hace sentirse culpable de deseos asesinos en una época en que todavía no ha dominado naturalmente estos deseos ni es capaz de comprenderlos como algo propio de su naturaleza, de lo cual por lo tanto no es responsable, como a la inversa ser inhábil para comprender la validez de aquellos principios éticos y dar libre curso a toda clase de perversiones.

Pero las pulsiones hostiles y cariñosas hacia su padre con cuyo destino se siente identificado, bien notorias para él en su confesado deseo de vengarlo de antiguas humillaciones a que cierta vez fue sometido por su origen racial, le sugieren quizás la idea (aún no históricamente clara) de que si la comunidad tiene éxito al librarse del parricidio físico, no logra apagar los potentes deseos de la naturaleza la cual toma revancha a lo menos en un parricidio psíquico al introducir dentro de sí la imagen paterna hasta identificarse con ella. Ahora en la doble condición de hijo y padre —transacción a medias— se siente íntimamente autorizado a amar a su madre. ¿Generaliza aquí Freud su propio caso?, ¿se cumple en este adivino de sueños la profecía persa realizada por Nietzsche?: “Una antiquísima creencia popular, de origen persa, quiere que un mago profeta no pueda ser engendrado más que por el incesto; lo que, respecto de Edipo, adivinador de enigmas y que poseyó a su madre, debemos interpretarlo así: cuando por una fuerza mágica y fatídica es desgarrado el velo del porvenir, pisoteada la ley de la individuación y violado el misterio de la naturaleza, una monstruosidad antinatural, como el incesto, debe ser la causa previa. Pues, ¿cómo forzar a la naturaleza a entregar sus secretos si no es resistiéndola victoriosamente, es decir, por actos contra naturaleza?”¹⁴.

La etiología sexual de las neurosis y la frecuencia de la seducción paterna en los historiales de sus enfermos era ya para Freud algo claro antes de 1896, hasta el punto de suponer que las diferencias entre histeria y neurosis obsesiva obedecían sólo al hecho de haber sido el histérico víctima de una seducción y el obsesi-

¹⁴ Federico Nietzsche: *El Origen de la Tragedia*, Ed. Aguilar, Madrid, 1932, pág. 78.

vo autor de ella, causa esta última de sus intensos sentimientos de culpa y de sus deseos de autocastigo, hecho explicable cuando casi enseguida descubrió que la víctima apetecida era nada menos que la propia madre.

El estudio de la sexualidad infantil le llevó a ver sus manifestaciones en épocas cada vez más remotas, incluso en el recién nacido, que como se comprende, no están todavía ligadas a la esfera genital ni al afán reproductor; el instinto sexual adulto sería la síntesis de una serie de instintos parciales configurados progresivamente en torno a determinadas zonas erógenas corporales, según la relativa primacia biológica personal y social adquirida por estas zonas a lo largo del tiempo; así descubrió las etapas oral, sádico anal, fálica, de latencia y genital.

En todo hombre maduro se encontrarían rastros visibles de esos instintos contribuyendo a matices del carácter, pero ciertas circunstancias desgraciadas pueden ir más lejos dificultando o incluso impidiendo su confluencia definitiva hacia la gran madurez genital; a veces el instinto parcial que por razones azarasas o constitucionales alcanza un subido incremento, se acostumbra a sus propias gratificaciones placenteras y ya no se mueve hacia estadios superiores; se fija así definitivamente en su misma etapa; lo común es sin embargo que estas etapas reflorézcan una vez superadas debido a una *regresión* de instintos rechazados en pretensiones posteriores y este rechazo ocurre generalmente en la época edípica entre los 2 y 5 años si la psique no ha tenido habilidad suficiente para conciliar sus deseos amorosos y parricidas. Un instinto parcial rechazado no evoluciona ya hacia la fase genital, se margina del resto del desarrollo personal y sigue apeteciendo satisfacciones sexuales infantiles violadoras de los cánones adultos. La conciencia se obliga entonces a un proceso constante de *represión*, ya que aun cuando no realizara las pretensiones de dichos instintos, el solo hecho de saberlas le sería altamente doloroso. La represión es tanto contra la representación del objeto apetecido como contra la tentadora carga afectiva que impulsa a la realización del instinto. Si la represión fracasa y se trata por ejemplo de instintos anales surgirá el homosexualismo; si el éxito es parcial el instinto se expresa todavía a la conciencia no en su crudeza misma sino que disfrazado a través de síntomas histéricos, obsesivos y fóbicos, cuyo carácter displaciente deriva o de ser la representación prohibida pero deformada o de ser portadores de la desagradable carga de afecto del instinto, la cual ha logrado pasar a la conciencia con el subterfugio de desprenderse de su propia y escandalosa representación (el ser del mismo sexo que desea) la que se queda atrás agazapada: "El sintoma recibe así el carácter de un *producto transaccional* entre los instintos sexuales reprimidos y los instintos del yo represores de un cumplimiento de deseos simultáneo para ambas partes, pero también para ambas igualmente incompleto"¹⁵.

¹⁵ Freud: *Esquema del Psicoanálisis*, pág. 25.

A veces la defensa contra dichos instintos, alcanza mejor éxito por la *sublimación* de la energía instintiva utilizándola en labores similares a aquellas que provocarían un simple placer erótico, pero ahora de alcance social; las tendencias sádicas se subliman en labores quirúrgicas por ejemplo, las masoquistas en luchar contra el sufrimiento de los animales, las anales en trabajos escultóricos donde puede manejarse una materia blanda semejante al excremento, etc.

Cabe aún el éxito arrebatando aquella energía para fortificar rasgos de carácter justamente opuestos a los deseos del instinto, así rasgos del carácter propios de la etapa anal serán la tendencia excesiva al orden, la vigilancia escrupulosa de todas las acciones, el sentido extremo de la responsabilidad personal, la importancia del ahorro de dinero y como fondo de todo una constante inseguridad derivada seguramente del hecho de que aquellos valiosos rasgos son fruto de la energía arrebatada a un incansable enemigo.

La *represión* es reconocidamente lo céntrico del sistema freudiano, lo que le separa de Charcot, Janet y Breuer y postula un nuevo método de tratamiento frente a la catarsis, ya que no procura un simple revivir afectivo de viejas experiencias en medio de un trance hipnótico, sino levantar la censura impuesta por un sustrato psíquico permanente: "Del estudio de los fenómenos de la resistencia, resultó uno de los pilares maestros de la teoría psicoanalítica de las neurosis: la teoría de la *represión*... Las impresiones y los impulsos anímicos, de los que ahora eran sustitución los síntomas, no habían sido olvidados sin fundamento alguno o, según la tesis de Janet, a consecuencia de una incapacidad constitucional para la síntesis, sino que habían sufrido, por la influencia de otras fuerzas anímicas, una represión, cuyo resultado y cuya señal eran precisamente su apartamiento de la conciencia y su exclusión de la memoria. Sólo a consecuencia de esta represión se habían hecho patógenos, esto es, se habían creado por caminos inhabituales una expresión como síntomas... La represión partía, regularmente, de la personalidad consciente (el yo) del enfermo y dependía de motivos éticos y estéticos; a la represión sucumbían impulsos de egoísmo y crueldad... pero, sobre todo, impulsos optativos sexuales, muchas veces de naturaleza repulsiva e ilícita... Añadiré que entre las actitudes afectivas de la infancia resaltaba la complicada relación afectiva del sujeto infantil con sus padres, el llamado *Complejo de Edipo*, en el cual se descubría cada vez más patentemente, el nódulo de todo caso de neurosis, y que en la conducta del analizado con respecto al médico se singularizaban ciertos fenómenos de *transferencia afectiva* que adquirieron tanta importancia para la teoría como para la técnica"¹⁶.

La represión alcanza tanto a las representaciones como a las cargas afectivas del instinto; lo primero resulta muy claro si se tiene en cuenta la violenta repulsa ejercida por los sentimientos éticos ante el objeto prohibido; lo segundo, el que al afecto disociado, un puro deseo de placer ahora, se le identifique también

¹⁶ Freud: *Esquema del Psicoanálisis*. Ed. Cit. Vol. II, págs. 12 y 13.

desde el yo como innoble y él logre inhibirlo o desviarle, es más misterioso; Freud se limita a alabar la astucia del yo al obtener un tan profundo conocimiento de los procesos inconscientes. Pero si una idea puede ser reprimida con otra idea, no cabe reprimir un afecto sino con otro afecto; la pregunta es, cómo decidirse a reprimir un afecto cuyo libre curso, desposeído ya de la representación repelente, sólo significa placer, en circunstancia de que el placer es el supremo principio de los instintos. Desde luego, el afecto sigue siendo innoble aun cuando, al perder su propia representación, haya cambiado de objeto, justo por la fuente instintiva de donde proviene (oral, anal, fálica) y con esto también violenta los principios éticos, así como en la vida corriente un amor cualquiera puede ser muy vil si procede de bajas intenciones. El yo se decide en contra de su propio placer por miedo al fastidioso sentimiento de culpa, y hace retroceder a la carga afectiva amenazándola con lo único amenazante para un instinto, el displacer, y un displacer mayor al derivado de su propia no realización; este supremo estado displaciente, siempre a la mano, es la *angustia*, respuesta habitual ante peligros físicos y psíquicos. La angustia es un afecto tan desolador, que su solo recuerdo sobresalta; el yo coge este recuerdo, y con él es capaz de reprimir los afectos prohibidos inconscientes: "la angustia que surge en la represión no es creada de nuevo, sino reproducida como estado afectivo según una imagen mnémica previa"¹⁷.

Hay una *represión primaria* dirigida contra la representación y la carga afectiva prohibidas, y una *secundaria* "que recae sobre ramificaciones psíquicas de la representación reprimida o sobre aquella serie de ideas procedentes de fuentes distintas, pero que han entrado en conexión asociativa con dicha representación"¹⁸.

Un problema surge: ¿De dónde salen las representaciones inconscientes? ¿No es toda representación el recuerdo de una percepción? ¿Es, por acaso, capaz el instinto de mirar hacia afuera por alguna ventana y tener sus propias percepciones para recordarlas en seguida? Muy notorio había sido en el análisis de los primeros enfermos, la existencia de penosos recuerdos de la infancia: seducciones sexuales paternas, visión del coito entre los progenitores, amenaza de castración; más tarde se dio cuenta Freud de que tales sucesos infantiles eran en ocasiones mero producto de la fantasía de los enfermos, y que estas fantasías eran en la infancia, hasta cierto punto, un modo habitual de gratificarse de los impulsos sexuales dispersos cuando ya las exigencias de la realidad empezaban a impedir al niño un sencillo goce de sus impulsos en el mundo externo. La curiosa coincidencia entre las fantasías de los diversos analizados, tratándose de una actividad psíquica de suyo caprichosa, impresionó a Freud: "a mi juicio, tales fantasías, a las que en unión de otras, creo poder calificar de "primitivas", constituyen un patrimonio filogenético", o sea, fueron realidades en otras civilizaciones y en épocas lejanas.

¹⁷ Freud: "Inhibición, Sintoma y Angustia". Vol. I, pag. 1238.

¹⁸ Freud: "La Represión". Vol. I, pag. 1058.

Cuando los instintos parciales logran confluir a la fase genital madura, las fantasías siguen flotando vagamente en la conciencia sin que el adulto les dé mayor importancia; pero si los instintos encuentran obstáculos y deben replegarse en retirada ante la violencia de la represión, añoran la vuelta a su antiguo hogar, las zonas biológicas de fijación de donde habían partido, y en esa vuelta desordenada, propia de todas las derrotas, le son un precioso guía las viejas fantasías infantiles que ya antaño les mostraban el objeto específico cuya posesión recibiría el premio del placer.

De este modo procuran entrar en contacto con las fantasías libremente flotantes; el yo, advertido del peligroso contacto, procede a rechazarlas también al mundo inconsciente. Son estas fantasías quienes tratarán de burlar la censura y pasar a la conciencia; lo logran si se disfrazan sometiéndose a diversas deformaciones, que recordaremos a propósito de los sueños, y que constituyen precisamente los incomprensibles síntomas de las neurosis: "Si la libido halla sin dificultad el camino que ha de conducirlos a tales puntos de fijación, es porque no ha llegado a abandonar totalmente aquellos objetos y orientaciones que en su marcha progresiva fue dejando atrás. Estos objetos y orientaciones, o sus derivados, persisten todavía con una cierta intensidad en las representaciones de la fantasía, y de este modo bastará con que la libido entre de nuevo en contacto con tales representaciones para que, desde luego, halle el camino que ha de conducirla a todas las fijaciones reprimidas... La regresión de la libido a la fantasía constituye una etapa intermedia en el camino que conduce a la formación de síntomas..."¹⁹.

La tendencia de los instintos reprimidos²⁰ a hacerse conscientes, deriva el deseo de procurarse un objeto capaz de satisfacerlos y como la conquista de este objeto supone elegirlo de entre otros, acercarse y apoderarse de él, o sea, tener el dominio de la sensomotilidad, dominio a su vez bajo el control de la conciencia, se comprende de suyo que sólo si el instinto se impone a la conciencia, será capaz en seguida de dirigir por su propia cuenta la sensomotilidad.

El instinto busca placer, y el placer es la expresión afectiva de una tendencia útil a equilibrar peligrosos desniveles de energía; luego, debiera encontrar facilidad para su cometido; pero no siempre los fines placenteros de un instinto se desenvuelven sin peligros para los fines de otros instintos, y esto crea una sorda lucha por el acceso a la esfera motora. Así, los instintos sexuales ponen a veces al individuo en perentorias situaciones de peligro debido o a la hostilidad de otros individuos que apetecen el mismo objeto, o a la del padre en el caso clásico de Edipo; eso obliga entonces, en defensa de sí mismo, a postergar su satisfac-

¹⁹ Freud: "Introducción al Psicoanálisis". Vol. II, págs. 252 y 253.

²⁰ El instinto propiamente tal, dice Freud, es de suyo inconsciente; por tanto, lo reprimido son las representaciones y cargas afectivas ligadas al instinto; sólo éstas son susceptibles de hacerse conscientes. Teniendo bien presente tal hecho, es permitido hablar en sentido lato de represión de instintos.

ción o a rechazarlos definitivamente. Lo consigue gracias a poderosos instintos, tan fuertes como los sexuales, y cuyo placer es justamente conservar al individuo en la existencia; se trata de instintos no obedientes al puro placer, como los sexuales, sino al *principio de realidad*, sabiendo que su persistencia en la vida no depende sólo de ellos mismos sino de la buena o mala aquiescencia de los seres que les rodean, a quienes, por uno u otro subterfugio, deben conquistar a su partido, aun a costa del sacrificio de legítimos estados placenteros. De ahí que desde temprano los instintos de conservación consideren decisivo para la supervivencia el control absoluto del aparato sensomotor.

La división entre instintos de conservación y sexuales postulada en un comienzo por Freud, fue abandonada posteriormente cuando el estudio de las llamadas por él neurosis narcisistas (esquizofrenia, paranoia) en oposición a las neurosis de transferencia (histeria y neurosis obsesiva) le mostró la existencia en el yo, donde se suponían ubicados los instintos de conservación, de intensas cargas libidinosas similares a las de los instintos sexuales; desde entonces prefirió hablar de *cargas del yo* y *cargas de objeto*; si el Yo se interesa por sí mismo, se debe entonces a que también es un depósito de libido, y la atracción que experimenta por su propia existencia es similar a la atracción de un hombre por la mujer amada, debida justo a haber depositado en ella cargas libidinosas de objeto.

Aún más, el análisis del delirio de grandeza paranoico le llevó a la idea de que el Yo es el reservorio primitivo de libido y que, en seguida, parte se guarda allí y parte es proporcionada a los objetos, haciéndolos dignos de atracción, de tal modo que la división entre tendencias de conservación y sexuales sería posterior a aquel reparto.

La Conciencia y el Yo

Pero esta libido del Yo, en cuya virtud él se ama, lleva al obscuro problema de qué sean el Yo y la conciencia, y entonces sale imprevista al paso la asombrosa idea de que la conciencia no es el simple hecho de darse cuenta de la presencia de algo, sino que un *lugar*, un espacio amurallado, al cual se es admitido como un inestimable privilegio. La idea tiene algo de la moderna física; su modo de describirla recuerda a ratos las alegorías medievales sobre los espacios del ultramundo: "La primera de las dos posibilidades que consideramos —a saber, que la fase consciente de una idea entraña una nueva inscripción de ella, que debe localizarse en otra parte— es, sin duda, la más grosera, pero también la más conveniente... A la suposición primera, o topográfica, está ligada la suposición de la separación topográfica de los sistemas consciente e inconsciente, y también la posibilidad de que una idea pueda existir simultáneamente en dos partes del aparato mental—verdaderamente si no es inhibida por la censura, regularmente avanza desde una posición a la otra, posiblemente sin que sea abandonada su primera localización

o registro"²¹. Líneas antes ha dicho: "Nuestra topografía mental no tiene, por el momento, nada que ver con la anatomía; se preocupa, no de localizaciones anatómicas, sino de regiones en el aparato mental, cualquiera que sea su posible situación en el cuerpo". De este modo la conciencia es originariamente un espacio al cual peregrina todo fenómeno psíquico si desea hacerse consciente; por el hecho de entrar, lo consigue. ¿Tiene una virtud impalpable negada a los otros lugares psíquicos, un curioso don mágico que torna luminoso a cuanto cae en su ámbito? ¿Hay una reminiscencia de la vieja teoría de los espacios lunares y sublunares cogida en sus lecturas de los presocráticos y Platón? Freud no satisface estas preguntas, y sólo da a su teoría el carácter de meramente descriptiva.

Pero el espacio de la conciencia no es el viejo espacio de Newton, sino un lugar hermético con una pequeña ventana, la ventana de la percepción; únicamente lo percibido entra a este relicario, e incluso las representaciones inconscientes deben convertirse previamente en percepciones, como si viniesen de afuera, si pretenden ser admitidas. Hacen excepción los afectos inconscientes, que tal vez por su calidad de estados irrepresentables espacialmente, tienen, como los espíritus, el poder de atravesar directamente sus murallas.

De entre las percepciones, la palabra oída goza de muy nobles derechos. La aspiración inacabable de toda representación reprimida, es alcanzar las palabras, para entrar de su mano a la conciencia. Levantar la represión es, justamente, conseguir un acceso al sitio donde reposan las palabras, despertaras, asociarse con ellas y solicitar en seguida la venia de la conciencia.

Freud se adscribe al espíritu de su tiempo y otorga con justicia una alta categoría a las palabras, y aun cuando está demasiado impregnado del atomismo psicológico constructivo y muy ajeno a las nuevas ideas (lo prueba el hecho de hablar de palabra oída, vista, escrita, cada una con distinta capacidad de conciencia) que marcan la unidad significativa del lenguaje, sin poner tanto acento en la categoría sensorial de las palabras, ello le da a su sistema un notorio acento científico, atándolo, aunque apenas sea por un cabo, a la gran escuela de Wernicke.

En su opinión, sólo la palabra oída tiene el rango de elemento plenamente consciente, y en mucho menor grado las percepciones visuales de objetos, esto sobre todo claro cuando dejan el campo directo de la conciencia y persisten como representaciones latentes en el *vecino espacio* de la *preconciencia*. Esta es también una zona inconsciente, pero de una mera inconsciencia descriptiva, donde se guardan los elementos conscientes actualmente no utilizados pero prontos a serlo en cualquier momento.

Las representaciones visuales vuelven costosamente a la conciencia si no se asocian antes a los restos mnémicos de las palabras: "se hallan más cerca de los procesos inconscientes que el pensamiento verbal"²².

²¹ Freud: *Lo inconsciente*. Obras cit., págs. 1067 y 1068.

²² Freud: *El Yo y el Ello*, pág. 1218.

Bien miradas, las palabras son percepciones muy singulares; pues, de todas, son las únicas cuyo contenido no es concreto-individual, sino genérico-específico. La palabra hombre no alude a este hombre determinado, como lo haría la percepción visual de un hombre (que forzosamente es de éste o aquél), sino que a todos los hombres. De este modo arrastran dentro de sí los elementos precisos, no de un ser, sino de toda una especie de seres; no son cosas ni símbolos, sino signos, o sea, lo *significado* por ellas es justo lo que las constituye en su naturaleza de palabras, y nada más. Frente a eso, el ruido sensorial al pronunciarlas es un simple molde del contenido, pero molde "a la medida", del cual tampoco cabría prescindir sin grave daño para el contenido.

Asegurar si es dicha universalidad de las palabras, libres por eso mismo de los inacabables cambios a que el tiempo somete a todo lo concreto, lo que en el silencioso elucubrarse de Freud las hace más acomodables a la conciencia, donde reina, según él, un orden más firme y permanente, una duración más definida, es difícil por ahora.

La palabra es, simultáneamente, percepción y pensamiento, lo primero en cuanto sonido físico oído; lo segundo en cuanto portadora de lo esencial (del fundamento) de los seres. Para Freud la palabra por excelencia es la oída, donde los caracteres sensoriales tienen menos peso que en la escrita. Lo sensorial oído se desdibuja rápidamente en el aire; lo escrito dura. En cierto sentido, es más pensamiento la una que la otra. Digno de señalar, a este respecto, es que la conciencia no sólo recibe desde fuera las percepciones, sino los pensamientos. Ella no abandona nunca su puro carácter de lugar recóndito, al cual se entra y sale por una única ventana; ningún trabajo de elaboración importante perturba su suelo; no son los pensamientos mismos quienes se hacen conscientes en una laboriosa jornada de ordenamiento íntimo; lo consiguen sólo sí, convertidos en palabras y así dignamente vestidos, aparecen como venidos de la calle. Enigmáticas sobremanera son estas frases de Freud: "Vemos ahora claramente el papel que desempeñan las representaciones verbales. Por medio de ellas quedan convertidos los procesos mentales interiores en percepciones. Es como si hubiera de demostrarse el principio de que todo conocimiento procede de la percepción externa. Dada una sobrecarga del pensamiento, son realmente percibidos los pensamientos —como desde fuera— y tenidos así por verdaderos"²³.

El criterio de verdad no deriva, entonces, de la visión del espíritu en el interior de las ideas, ni de la conexión entre éstas, sino exclusivamente de ser percibidas como algo externo. La psique revela así una desoladora esterilidad productiva en el campo de las representaciones, ya que hasta las fantasías infantiles, tan libremente creadas en apariencia, también vinieron desde fuera en experiencias filogenéticas ancestrales.

No es fácil describir la mutua relación Yo-conciencia. Mientras el Yo es un reservorio de libido en constante flujo hacia los objetos, la conciencia es el lugar

²³ Freud: *El Yo y el Ello*, pág. 1218.

de las percepciones y, por tanto, vía de información respecto a las circunstancias del mundo ambiente. Dado el apego a la existencia, proporcionado al Yo por sus cargas de libido (donde hay libido hay un centro de interés), se comprende su interés en la observación exacta de las ventajas y peligros de su ambiente. Eso lo induce tempranamente a apoderarse de la conciencia y de su acceso a la motilidad. Pero mientras la conciencia es hueca, el Yo es macizo, hasta el extremo de que una parte decisiva de él, el cuerpo humano, es percibido por la vista y el tacto como otro objeto cualquiera, con la salvedad de algunas sensaciones táctiles exclusivas, al modo de percepciones internas: "El Yo es, ante todo, un ser corpóreo, y no sólo un ser superficial, sino incluso la proyección de una superficie"²⁴. El Yo crece, en parte, a base de las reflexiones a que le obligan los datos perceptivos, y sobre todo antes *introyectando* a los objetos del mundo externo que ama, envidia u odia. En este fenómeno, diverso al de la percepción, en la cual los objetos percibidos flotan seguros en el espacio de la conciencia, el Yo se apodera e incluye en la intimidad de su propia estructura la imagen del objeto, haciéndose uno con ella. Para entender tan extraño proceso, cabe el recuerdo de aquellas supersticiosas ideas primitivas, según las cuales apoderarse de la imagen de un objeto, o destruir-la, equivale a hacerlo con el objeto mismo.

No sería rara tampoco la procedencia de tal idea de la escolástica medieval, a través de Brentano, su maestro. El "ser intencional" en cuya virtud conocemos algo, es en esa filosofía el mismo ser de la cosa externa introducido en nuestro Yo, pero con una existencia incorpórea, gracias a la cual se torna apto a identificarse con el Yo cognoscente. Sin este "ser intencional", no cabría conocimiento, pues conocer algo es penetrar a su intimidad, hacerse uno con él, salvo que se aceptase una fantástica salida del Yo fuera del cuerpo para irse adentrando en la realidad material de las cosas. Es claro que el "ser intencional" es, a la par, uno y diverso del Yo cognoscente, y éste lo discierne de sí en cualquier momento; en cambio, el ser introyectado no es directamente discernible por el Yo. Sin embargo, de las grandes teorías filosóficas es visiblemente la más próxima y fue la más elaborada por Brentano.

La introyección sería no sólo un modo de acrecentarse, sino que de defenderse de impulsos agresivos propios y ajenos. De este modo, lo externo peligroso de alguna manera es anulado e incorporado y, aún más, hábilmente puesto al servicio de la vida. De la introyección de los padres, que ocurre muy temprano ya en la época oral canibalística, derivan, por ejemplo, muchos rasgos de carácter y de sexo.

La *proyección* en cuya virtud se ponen en otro y como dirigidas contra uno las tendencias sexuales y agresivas de uno hacia él, es otro importante mecanismo de defensa del Yo; le evita los paralizadores autorreproches envueltos en todo sentimiento sexual o agresivo hacia el prójimo. La *proyección* como clásico fenómeno de la vida psíquica y camino hacia el conocimiento empático de los seme-

²⁴ Freud: *El Yo y el Ello*, pág. 1219.

jantes fue mostrada mucho antes por Teodoro Lipps; Freud hizo un hermoso juego al utilizarla entre otras cosas, en el mecanismo explicativo de las paranoias.

El Yo se defiende de los impulsos sexuales inconscientes gracias preferentemente a la represión; pero como nada sabe de ello es legítimo suponerla inconsciente; esto pone dos partes en el Yo, una consciente y otra inconsciente y por lo tanto obliga ahora a distinguir dentro del inconsciente la parte del Yo y la de los impulsos reprimidos; a esto último se le denomina justamente el Ello. El Yo no fue en un comienzo sino la zona del Ello apegada al mundo exterior, zona donde se acumulaban mayores cargas de libido; el deseo de conservarse, movido por esas cargas lo obligó a preocuparse de los peligros y a adueñarse de la conciencia diferenciándose poco a poco del Ello; desde ahí hace enseguida de intermediario entre el Ello y el mundo exterior.

El Super Yo

Del mismo modo que la represión obliga a mirar como inconsciente una parte del Yo, los intensos sentimientos de culpa de origen incógnito, tan clásicos de la neurosis obsesiva, obligan a poner en el Yo o sobre él, otra instancia inconsciente también ajena al Ello salvo que alguien aceptase el inconcebible supuesto de que éste se culpase a sí mismo por sus ciegas apetencias. Tal instancia culpadora debe haberse formado en una época en que el Yo todavía embrionario no conserva recuerdo de sus actos punibles; de este modo es juzgado como culpable sin que él sepa por qué; además si bien no forma parte del Ello debe tener claro conocimiento de lo que sucede en él. Ahora de los deseos rechazados, en toda neurosis hay uno nuclear y persistente desde la época de Edipo; y como todo impulso rechazado y no sublimado persiste adherido a sus viejas apetencias, el neurótico adulto ignora, debido a la represión, que su más vivo deseo es poseer a uno de sus padres. Pero como a su vez el único que se opondría permanentemente contra tal deseo y fustigaría la ingratitud envuelta en él, es el padre del otro sexo, es de suponer que el reproche pertinaz de culpabilidad sólo puede hacerlo él; el padre real no hace sin embargo tal reproche, por lo tanto debe ser su imagen introyectada como ha sido vista por el niño en la época de Edipo, la que continúa desde dentro los reproches entonces imaginados; el niño se identifica con la imagen de su padre ya en la época canibalística preedípica y después la refuerza con una segunda identificación en medio del conflicto, cuando supone que el ser igual a su padre le facilitará el amor a su progenitor de sexo opuesto. Aún más, como la identificación o introyección es una de las maneras de apoderarse de seres amados cuyo aproximamiento físico representa peligros el niño se identifica incluso con el progenitor eróticamente amado, para esto le retira las cargas libidinosas de objeto con lo cual lo desposee de "carnalidad" lo convierte en imagen pura y lo introyecta en su Yo proponiéndose así el mismo Yo, parecido ahora a la madre, como objeto apetecible a los deseos incestuosos del Ello.

Influye en éste complicado proceso el ambivalente estado de amor y odio al padre del mismo sexo y la amenaza de castración; tal amenaza, a veces real, generalmente es producto hereditario de la fantasía del niño que se la imagina digno castigo de sus incestuosos amores.

Las imágenes parentales introyectadas se constituyen en núcleo propio, el Super yo, portador así de los valores éticos y culturales representados por los padres.

La severidad mayor o menor del Super yo dependerá de la imagen a través de la cual ve el niño a sus padres, de la intensidad de los impulsos ambivalentes amorosos y agresivos dirigidos contra uno de ellos en el momento del conflicto edípico al amarlo como progenitor y al querer destruirlo como prepotente dueño de su amada, impulsos devueltos al Super yo junto con la introyección de la imagen, y depende finalmente del grado de regresión impuesto a todos los impulsos sexuales y agresivos por la represión, la que recae no sólo en el Ello sino en el Super yo que en el fondo también es fruto edípico.

El Super yo ante cualquier avance de los deseos reprimidos amenazaría al Yo con la castración la que semiológicamente es vivida como escrupulosidad y rigor ético y el Yo recurriendo como arma al recuerdo de la angustia rechazaría al instinto edípico inconsciente; el Super yo por ser la víctima de tal deseo tendría especial sensibilidad para pesquisarlo en sus menores iniciativas.

En la *transferencia* se lograría justamente proyectar en el médico las imágenes parentales introyectadas, sacando, como quien dice, la amenaza centrada en la psique. El médico reviviría para el Yo la figura del padre (influiría en este retrotraerse a la época infantil cuando el padre aún no había sido completamente introyectado, la compulsión de repetición propia de los instintos, su tendencia a revivir el pretérito); sería ahora un padre aprobativo y amable. Libre de peligros el Yo levantaría poco a poco la represión y tomaría conocimientos de sus verdaderos deseos que por el solo hecho de hacerse conscientes o preconscientes se anularían como tales pues se daría cuenta de que ya no corresponden a necesidades sexuales propias de la vida madura. El médico serviría además de objeto de fijación de las cargas libidinosas que se liberan con el tratamiento de sus antiguas adhesiones a representaciones morbosas.

El Mundo de los Sueños

El descubrimiento de un activo mundo de fenómenos psíquicos inconscientes hechos por Janet centró las preocupaciones en el tipo de vida de ese mundo. La clásica corriente cartesiana del pensar francés había hecho coincidentes los términos psique y conciencia, después de Janet fue insostenible tal creencia. Sin embargo ya Leibnitz había postulado elementos psíquicos no conscientes, sus famosas *petites perceptions*, como lo mostrarían el sueño, la embriaguez y los "estados

de aturdimiento", y supuso que la conciencia experimenta graduales y sucesivas acentuaciones desde las *petites perceptions* hasta el alto saber científico.

Janet hablaba de "subconciencias personales" paralelas e ignoradas entre sí; Freud dio al término un imprevisto alcance dinámico con su idea de que sólo la conciencia tiene acceso al aparato sensoriomotor y por tanto todo impulso y toda representación si apetecen realizarse objetivamente deben buscar por naturaleza su entrada a aquel lugar; la represión dio razón de las imposibilidades encontradas en ese camino.

El problema era el método que hiciese accesible a cualquiera aquel mundo aun cuando fuese a la mirada deductiva indirecta. A Freud²⁵ le pareció que en los sueños, impulsos inconscientes burlan la censura, disfrazados es claro, y pasan a la conciencia procurando satisfacer sus deseos; el disfraz no sería muy diverso al usado en la transformación en síntomas de los impulsos prohibidos de los neuróticos.

El sueño tendría un contenido manifiesto, el visible al durmiente y uno latente ignorado por él; interpretarlo es descubrir los mecanismos en cuya virtud el contenido latente ha sido deformado para elaborar el manifiesto. Algunos de tales procesos son la condensación, el desplazamiento, la sucesión, la transformación en otro, la transformación en su contrario, etc. Estos procesos obedecen, en parte, a la necesidad de despistar la censura, pero en parte mucho más grande a la necesidad de expresar en imágenes ópticas concretas: sentimientos, deseos, opiniones, cuya legítima y ordinaria vía de darse durante la vigilia serían las palabras. De todas las imágenes ópticas se escogen las relacionadas con algún suceso más o menos insignificante de la víspera; las relacionadas con sucesos demasiado importantes están muy cargadas de afecto como para prestarse a servir otros intereses y, por eso, cuando son ellas las que aparecen, se limitan más bien a repetir el suceso que actualmente preocupa y no transmiten mensajes subterráneos.

Si los impulsos inconscientes asedian con excesiva violencia a la censura y pretenden apoderarse del aparato motor, ésta hace uso de la angustia y el durmiente despierta en medio de una pesadilla; el propio interés del inconsciente vela, sin embargo, porque esto no ocurra, obrando con cautela para prolongar al máximo el reposo y gozar así por más tiempo de sus agradables incursiones a la conciencia.

Estos medios, en cuya virtud imágenes ópticas sirven para un lenguaje tan variado, no son tan extraños; la relación lógica se expresa en el sueño en forma de sucesión de figuras; la causalidad en forma de transformación de una figura en otra; la oposición, transformando una figura en contrario. La deformación ocultadora usa de preferencia la *condensación*, en la cual dos o varias imágenes

²⁵ Freud concibió la elaboración onírica a base de cuatro mecanismos: condensación, desplazamiento, transformación regresiva de los pensamientos en formas arcaicas, y elaboración secundaria, que procura darles cierta coherencia. Los tres primeros son propios del modo de actuar del Inconsciente, y constituyen el *proceso primario*.

diversas aparecen fundidas en una sola (cuerpo de mujer y cabeza de hombre, o fulano con los ademanes y modos de vestir de zutano, etc.), y el *desplazamiento*, que traslada el interés afectivo a imágenes insignificantes o altera el orden de sucesión de las escenas, colocando primero lo último y viceversa. La alternativa (o esto o aquello) no se expresa en la actividad onírica y si aparece debe traducirse por "esto y aquello". La contradicción entre impulsos se hace muy notoria en esos sueños en que uno tiene una imposibilidad de moverse libremente.

Pero la *condensación* no es sólo un modo de burlar la censura, es también la forma de expresar analogías, relaciones afectivas e incluso antítesis, porque en el sueño, al igual que en las lenguas primitivas, un mismo elemento expresaría el pro y el contra, dependiendo la decisión final sólo del contexto.

No se excluyen del sueño conversaciones, pensamientos, "palabras plásticas" (en forma de avisos o letreros), pero frente al predominio visual no tienen gran importancia o están sometidos a las mismas deformaciones; el sueño es casi por definición un actuar dramatizado.

Importantes sobremanera serían ciertas imágenes oníricas que con misteriosa constancia aparecerían en reemplazo de otros fenómenos psíquicos; Freud los llamó símbolos, pero dada justa esa constancia señalada parecen más bien signos, como los del lenguaje, tanto más cuanto que como quien conoce un idioma extraño no hay dificultad en traducir uno en otro. A veces ostentan tales símbolos una analogía morfológica o de actividad, un leve parecido en su significación o una equivalencia de uso con lo simbolizado, todo lo cual hace comprensibles el reemplazo onírico del uno por el otro, pero no es rara la absoluta ausencia de contactos ni aun a través de generosas interpretaciones: "A esta relación constante entre el elemento del sueño y su traducción le damos el nombre de *"relación simbólica"*, puesto que el elemento mismo viene a constituir un *símbolo* de la idea onírica inconsciente que a él corresponde. . .

"Los objetos que hallan en el sueño una representación simbólica son poco numerosos. El cuerpo humano en su totalidad, los padres, hijos, hermanos y hermanas; el nacimiento, la muerte, la desnudez y algunas cosas más"²⁶.

El sueño muestra de este modo la curiosa vida de los fenómenos animicos inconscientes: ausencia de los principios de identidad y contradicción, existencia de un tiempo y espacio despedazados, sustitución equivalente de una imagen por otra, desplazamiento de las cargas de afecto (catexias) entre ellas, conversión de varios deseos en uno, o su cerrada oposición, expresión de algo por su contrario, facilidad para las representaciones plásticas y simbólicas.

El que un deseo inconsciente encuentre legítima expresión en un símbolo tan alejado a veces de su verdadero objeto, explicaría el camino a la *sublimación*, a la aplicación de su energía a otro fin como útil escape a sus perentorias exigencias.

²⁶ Freud: "Introducción al Psicoanálisis, págs. 133 y 134.

El mecanismo de formación de síntomas en las neurosis se acerca al de las imágenes oníricas salvo que en el sueño no hay acceso a la motilidad (en reposo fisiológico) y el actuar se configura en el peculiar espacio onírico dentro del cual el durmiente es uno de los tantos seres en acción, en cambio en las neurosis los síntomas se experimentan o corporalmente o en el espacio psíquico y esto porque en la neurosis no se trataría del simple paso a la conciencia de instintos cualquiera sino de instintos violentamente reprimidos y regresados generalmente a etapas narcisísticas autoeróticas en la cual la satisfacción se conseguía en el propio cuerpo. En la neurosis es lógicamente una satisfacción transaccional entre el Yo y el Ello y que, como en toda solución a medias, deja penosamente disconformes a uno y otro.

Así en la histeria la carga afectiva del instinto reprimido tendría paso a la conciencia pero desplazándose desde su verdadero objetivo hacia la inervación somática (parálisis, anestias), la cual quedaría ahora al exclusivo servicio del instinto; el proceso lo facilita la laxitud del enlace entre los instintos y objetos y el reemplazo de un objeto por otro distante a la manera de los símbolos. Es claro que en el sintoma histérico el motivo se escoge teniendo presente también, una necesidad de sufrimiento para satisfacer exigencias punitivas del Super Yo (lo que es natural dada la raíz edípica de casi toda neurosis) y eso es un nuevo elemento, ajeno al sueño, que integra la formación de síntomas y a la cual debe someterse en su desplazamiento el afecto reprimido. El que el sintoma mismo sea una parálisis o un dolor puede significar simplemente el aprovechamiento de una torpeza motora o un dolor realmente existente en el momento de la represión y que ahora, cesada la causa orgánica, persiste el servicio de la neurosis.

En la neurosis obsesiva los síntomas se deberían no sólo a la represión como en la histeria (ocurrida generalmente en la etapa fálica) sino que a regresión desde la etapa fálica a la sádico-anal; el agregado regresivo se debería tal vez a factores constitucionales; esta regresión significa vuelta a una situación en que los impulsos sexuales y agresivos estaban todavía muy disociados sin que los últimos hubieran sido domados y puestos al servicio de los primeros²⁷. Tal agresividad se expresa crudamente no sólo en el Ello, sino en el Super Yo, que como se sabe, es el resultado de la introyección de las imágenes parentales sobre las cuales se han posado ambivalentes impulsos libidinosos y destructores; las imágenes al incorporarse a la estructura psíquica arrastran a los deseos instintivos de que eran víctimas, en este caso impulsos amorosos y agresivos muy disociados. El Super Yo, instancia ética, empleará contra el Yo su carga agresiva con el objeto de que éste no deje paso a los impulsos incestuosos del Ello. Así el Yo se sentirá obligado a un rigor ético excesivo y a una vigilancia extrema de todo su actuar por insignifi-

²⁷ Ya se dijo que la evolución sexual consiste en la integración de los instintos sexuales parciales en una gran corriente genital. Esta evolución abarca también a los instintos agresivos o de muerte, que son puestos al servicio de los sexuales.

cante que aparezca; inacabables reproches vendrán al menor descuido y tratará de justificarse o produciendo de inmediato y cuidadosamente el acto psíquico contrario, o tratando de repetir el mismo pero en otra forma como para convencerse de que se equivocó al mirarlo pecaminoso, o querrá aislarlo de los demás procesos psíquicos por medio de un complicado ceremonial como para decirse a sí mismo que es una insula ajena a su modo de actuar normal; a veces usará los tres mecanismos.

En las fobias (agorafobia, claustrofobia) el Yo procede muy hábilmente a libertarse de la pesada carga del Super Yo, de su amenaza de castración, desposeyendo a la representación inconsciente de su afecto prohibido y proyectando a éste sobre un objeto neutro externo; así un peligro interior constante del cual no cabe huir es puesto afuera y entonces la angustia sólo surge cuando él es ocasionalmente enfrentado; ver el lugar fóbico sería como ver al objeto prohibido. Freud supuso mucho tiempo a la *proyección* el medio defensivo utilizado en tales casos; después la consideró una explicación evasiva y el mecanismo no fue bien aclarado; a lo más se trataría de reducir a un punto externo único un peligro íntimo y difuso de castración aprovechando la ocasión de un estado vertiginoso o de angustia real que por cualquier motivo se ha experimentado alguna vez. Por lo demás, a medida que pasaba el tiempo, el mecanismo último de las fobias y de la histeria de conversión le fue pareciendo mucho más complejo de lo imaginado en el alborozo inicial y prefirió quedar en suspenso.

A toda esta complejidad en la interpretación de síntomas se agrega (más en la histeria) la utilización de la enfermedad en beneficio propio por las ventajas económicas, sociales y de recepción de cariño que de suyo significa, lo que secundariamente introduce nueva deformación del verdadero cuadro.

Pese a lo fantástico y lejano de este mundo especulativo hubo aportes muy valiosos a la experiencia médica que serán estimables durante mucho tiempo. Janet había pretendido una rigurosa semiología discriminatoria de las neurosis y hablaba a veces de combinaciones entre ellas como suelen darse en una misma persona un tifus y una neumonía; Freud vio claramente que bajo cualquier neurosis hay siempre un plexo de síntomas histéricos y por tanto el diagnóstico no lo establece la existencia de éste o el otro síntoma, sino el grupo configurador; la presencia de síntomas histéricos no excluye por ejemplo el diagnóstico de neurosis obsesiva si son vivencias obsesivas el núcleo del cuadro.

El ubicar la agorafobia y la claustrofobia dentro de la histeria (histeria de angustia) fue también un progreso frente a Janet que las destacaba en los cuadros obsesivos; lógicamente que si junto a ellas se dan síntomas obsesivos deben incluirse en la neurosis obsesiva. Aún más, el distinguirlas de otras fobias es tal vez un acierto semiológico, como lo es toda su diferenciación entre fobias histéricas y obsesivas a base del sentimiento que despiertan. *En la agorafobia y claustrofobia el sentimiento primario ante el espacio fóbico es de angustia*, en cambio en otras pueden ser otros sentimientos, y en las obsesiones clásicas es remordimiento, odio, humillación, etc.; *las fobias histéricas despertarían primariamente an-*

gustia²⁸, las obsesivas, sentimientos diversos y sólo secundariamente angustia a consecuencia de lo molesto de aquel sentimiento; si se aprecia el distinto curso pronóstico de lo obsesivo y de lo histérico sería poco meritorio desestimar dicha diferencia semiológica.

Su primera clasificación etiológica de las neurosis en *neurosis actuales* (neurosis de angustia y neurastenia) debidas a perturbaciones de la vida sexual que acarrearía la transformación de la libido mal aprovechada en angustia y *psiconeurosis* (histeria y neurosis obsesiva) debida a traumas psíquicos remotos, influyó en aquellos progresos semiológicos, aun cuando él mismo dudara de esa división en la época en que ya no consideró a la angustia derivada de transformaciones de la libido, sino secuela mnémica de antiguos peligros maestramente usada por el Yo como señal de displacer para domar los requerimientos de placer del Ello.

Por un curioso destino los progresos semiológicos freudianos no han recibido suficiente aprecio; así una tendencia inveterada a confundir lo semiológico con lo etiológico y la mejor gratificación de esto último en las disputas verbales, ha llevado casi al completo olvido de su importante diferencia entre angustia primaria y secundaria que acabamos de realzar en pro de su otra diferencia etiológica entre angustia real y neurótica, que él mismo hizo cada vez más mínima al darse cuenta de que toda angustia a la postre es angustia ante un peligro real, o sea, es rememorada por el Yo ante cualquier situación conflictiva debido al peligro personal-social aparejado a su derrota en el conflicto. Ese olvido es más curioso cuando se observa el útil rendimiento de estos progresos en manos de los psiquiatras clínicos mientras algunos psicoanalistas prefieren el virtuoso despliegue del sistema mismo.

El inconsciente y la Conciencia onírica

Su verdadero aporte no se limita sin embargo a lo semiológico puro, en el plano de las etiologías también es valioso: el denodado acento puesto en los fenómenos instintivos y en los procesos inconscientes facilitaron los esfuerzos que desde múltiples campos se hacían en favor de la recuperación de un horizonte psíquico más allá de la conciencia, que el racionalismo cartesiano había desterrado injustamente.

Su inconsciente comprende no sólo lo reprimido, sino gran cantidad de material psíquico en elaboración que pasa sin obstáculos a la conciencia mediante

²⁸ Hoy la semiología va más lejos; sólo considera angustia primaria la que surge sin causa aparente: es la de la neurosis de angustia; en la fobia, la angustia es ya secundaria, sigue al encuentro del objeto fóbico; en las obsesiones y fobias obsesivas, la angustia viene en tercer término, después del sentimiento de vergüenza, de asco, etc., despertado por la representación o el impulso compulsivo.

previo enlace con los restos mnémicos verbales del preconsciente; la impronta la puso es cierto en lo reprimido, pero era lógico, dada su importancia en la supuesta génesis de las neurosis.

¿Cómo dudar de la existencia de un mundo psíquico subterráneo? ¿Dónde habrían de continuar elaborándose todo ese cúmulo de ideas, vivencias, sentimientos y deseos que la conciencia procura circunscribir en vanos esfuerzos, que suelta desesperanzada y que de repente en su hora surgen maduros, enteros, acabados? Lo insuficiente en Freud es su desconocimiento de la función de la conciencia y de los sentidos como suscitadores de problemas, de inquietudes y de apetencias que son enviados a crecer a las regiones psíquicas inconscientes; allí seguramente entran en íntimo contacto con otros también en proceso de formación y retornan más tarde a la conciencia en busca de aprobación y pulimiento. La riqueza de la conciencia depende de la maestría de estos artifices subterráneos y a su vez la maestría de éstos, depende de las exigencias constantes de la conciencia. Gran parte de los estudios y acciones "inútiles" emprendidos a lo largo de la vida procuran enriquecer el material inconsciente a fin de que éste lo tenga en abundancia para "componer" a base de los embriones enviados desde la conciencia un mundo de fenómenos psíquicos útiles ricos y acabados. Justo por esto, toda educación exclusiva a base de conocimientos y operaciones directamente aprovechables lleva a un languidecimiento de la vida, y dicho proceso alude a ideas, afectos, deseos y valores. Cuando se posterga voluntariamente un juicio o un deseo y se olvida intencionalmente durante un tiempo, se busca su descenso al mundo subterráneo para que adquiera nuevos perfiles. En líneas generales, tanto el acrecentamiento como la disminución de la conciencia deben de estar en relación a un proceso paralelo en las regiones inconscientes y tal vez la razón de ser de estas regiones no sea en absoluto una diferencia puesta por el influjo de la realidad con sus exigencias sobre "la periferie" del aparato psíquico (Freud), sino una necesidad puesta por la misma conciencia con el objeto de dar su sereno y propio tiempo de maduración a cada elemento psíquico informe, sin someterlo a esas inevitables y artificiales modificaciones que casi inevitablemente sufrirían si creciesen a la vista permanente de ella.

De los modos de trabajo de estas obscuras regiones nada sabemos; la experiencia sólo compara los fenómenos psíquicos conscientes iniciales y los devueltos más tarde; a muchos los pierde o quizá porque no fueron suficientemente elaborados allí abajo o porque se gastaron al servicio ajeno; en todo caso es impropio atribuirle conductas laborales pertenecientes a los habituales modos de trabajo de los grados no vigiles de conciencia como lo hizo Freud aprovechando la conciencia onírica. Referir las condensaciones y desplazamientos no al modo adecuado de autoexpresarse sus ideas y deseos de esta forma de conciencia sino a hábiles maniobras de representaciones y afectos reprimidos, y a base de un supuesto muy hipotético, declarar enseguida que en el inconsciente cabe la coexistencia de pulsiones contrapuestas, que una puede sentirse realizada en otra y desplazar sus montantes de afecto, que la unión entre pulsión y representación

es lábil y dos pulsiones diversas pueden satisfacerse en la misma representación, etc., es un injustificado extender leyes propias de algo experimentado como es la conciencia onírica a algo en sí inexperimentable y en principio heterogéneo a lo experimentado.

Que hay conciencias oníricas de muy diverso grado y sometidas a diversas leyes lo probarían por ejemplo esos clásicos sueños "ocupacionales" repetidos noche a noche en personas agobiadas por intensas preocupaciones y en las cuales se da casi exactamente la penosa actividad del día, o esos otros sueños, frecuentes en los viejos, que se limitan casi a reproducir los estímulos del ambiente y debido a lo cual suponen no haber dormido en toda la noche.

En Freud, los sólo hipotéticos elementos psíquicos reprimidos se convierten sorpresivamente en elementos reprimidos reales y entonces con un ligero razonar deduce la existencia de dichos elementos de la formación del material onírico y a la inversa la deformación del material onírico se supone en parte debida a la necesidad de dar forma visual a los deseos y pensamientos abstractos y en parte a la necesidad de disfrazar lo reprimido y este incesante círculo vicioso sigue moviendo a toda la teoría.

¿Y si toda la deformación onírica se debiese a una espontánea y fluida mezcla de representaciones, afectos y deseos en acuerdo al modo que tiene de vivir los intereses personales una conciencia de otro rango aperceptivo que la diurna?; incluso la existencia de símbolos cuya mostración en los sueños fue un mérito de Freud ¿no sería uno de los modos habituales de darse de ciertas grandes ideas abstractas, sin que ello signifique necesidad de ocultamiento?

Conciencia Simbólica y Conciencia ordinaria

Hoy se tiende a distinguir una *conciencia cognoscitiva simbólica* y una *conciencia cognoscitiva ordinaria*, cada una provista de sus propios recursos, susceptible de variados desarrollos y apuntando a zonas diversas del ser; el progreso y menoscabo alcanzan a una y a otra. La conciencia simbólica se orienta en cierto modo a mostrar la intimidad de las personas y las cosas, a aquello soslayado de un modo constante por el concepto abstracto y el argumento lógico, a lo sólo intuible en ciertos estados emotivos de excepción como lo son los de la poesía, la metafísica y la religión; la conciencia simbólica opera simultáneamente en el plano emotivo y cognoscitivo dándole en cierta manera la razón a Kierkegaard, quien estableció a firme aquel principio de que una misma idea alude a diferentes planos del ser y de la verdad según el estado afectivo dentro de la cual aparezca. Sus recursos son los apropiados a esa necesidad de despertar simultáneamente emoción y conocimiento coordinados: metáforas, metonimias, alegorías, contraposiciones, deformaciones, fusiones, desplazamientos, símbolos, etc.

El símbolo es sólo uno de los modos operantes de la conciencia simbólica pero tal vez el más valioso; se procura en él concentrar la mirada del espíritu en

la característica de una imagen de tal manera que en base a una analogía ella despierte por resonancia intuiciones de mundos íntimos a veces absolutamente intocables de otra manera. Un símbolo o una metáfora afortunada llevan a veces de un golpe al conocimiento de regiones de una cosa que jamás pudo haber proporcionado la mirada ordinaria a la cosa misma, tal vez porque crean ese necesario clima afectivo de recogimiento que abre al diálogo directo con las cosas; así no es rara la curiosa situación de que un símbolo sea conocimiento más directo de la cosa que la cosa misma.

Si existen o no símbolos universales o sea idénticos para determinadas cosas es algo aún no precisable, pese a modernas experiencias favorables (pero susceptibles de numerosas críticas), sin embargo no es extraño que ellos existan si hemos de atenemos a las triviales sugerencias del sentido común que parece experimentar en todas partes sentimientos muy similares ante la contemplación del océano, del cielo estrellado, de las montañas, de las tormentas, de la germinación de las semillas, de la salida y la puesta del sol, del nacimiento y de la muerte.

Seguramente esta categoría simbólica cognoscitiva tenía los cuatro elementos primordiales (fuego, tierra, agua y aire) de la filosofía antigua e incluso los cuatro humores hipocráticos.

Pero junto a los símbolos reveladores los habría ocultadores y éstos forzosamente han de ser convencionales ya que si fuesen también necesarios y universales todo el mundo al verlos tendría por lo menos el presentimiento de que ocultan algo, buscaría lo que ocultan, se harían altamente sospechosos y fracasarían en su objetivo básico.

Freud ha insistido en el universal significado simbólico de ciertos objetos aparentemente neutrales dados en el sueño y que aluden sin embargo a apetencias instintivas o a órganos sexuales. Ello significa o que los instintos en todas partes y en todas las épocas han coincidido de un modo inverosímil al inventar sus claves secretas, o de que ellos no abandonan ciertos monótonos caminos y tienen siempre las mismas ocurrencias de tal modo que junto con un deseo producen la imagen simbólica que lo oculta. Pero esa necesidad de ocultamiento sólo surgió cuando el Yo y el Ello se diferenciaron y tal vez cuando ciertas apetencias permitidas socialmente en épocas remotas se hicieron ilícitas, de tal modo que sólo entonces el instinto hubo de ingeniárselas para crearse una clave, clave que oculta durante miles de años, habría sido al fin descubierta gracias al psicoanálisis.

En la vida corriente sólo tendríamos certeza de haber descifrado una clave si vemos que los movimientos de los detentadores corresponden exactamente a lo que nosotros hemos sospechado; supone entonces la presencia de la clave, de los seres protegidos por la clave y de nuestra hipotética interpretación. En el caso del Ello freudiano, tendríamos la clave (símbolos oníricos), nuestra hipótesis interpretativa, pero no los movimientos de los fenómenos psíquicos inconscientes, pues éstos por definición mientras persistan inconscientes son invisibles y si de algún modo se hacen visibles a la conciencia no podemos saber cuál es su grado de correspondencia con su etapa propiamente invisible; de esta manera no te-

nemos razón alguna para ufanarnos de estar en posesión del secreto simbólico onírico.

Tal hecho no niega en absoluto a la conciencia onírica como tal el uso de tales o cuales símbolos para representarse algunos problemas, pero no da derecho a suponer que los medios usados por la conciencia onírica sean también los del inconsciente.

Junto a la conciencia cognoscitiva simbólica se da la conciencia cognoscitiva ordinaria que propende a describir y encontrar los fundamentos lógicos y causales de las cosas; es un conocimiento que hace uso de signos y propende a la comunicabilidad rigurosa sin equívocos y hasta cierto punto afectivamente neutra; la lógica de Aristóteles y la ciencia moderna son su paradigma; la metafísica pone tal vez el necesario puente de paso de lo simbólico a lo cognoscitivo ordinario y viceversa.

Ambos tipos de conocimiento tienen sus grados altos y sus menoscabos; el problema no es tanto aludir a los principios de la actividad simbólica o de la cognoscitiva ordinaria que rigen el pensar onírico o el pensar esquizofrénico siendo ellos los de toda actividad de esos tipos, como precisar en qué yace su menoscabo frente a esas mismas formas en sus grados altos. Gran parte de lo llamado por Freud *proceso primario* (condensación, desplazamiento, regresión o expresión de pensamientos a través de imágenes visuales) y que regiría en el inconsciente a diferencia del proceso secundario racionalizador propio del preconscious, es en el fondo la diferencia señalada entre el conocimiento simbólico y el lógico-causal ordinario. Ya Dilthey en un hermoso trabajo de 1886 había procurado encontrar las leyes que gobiernan las semejanzas y diferencias entre la locura, la poesía y el sueño como formas comunes de la conciencia simbólica: "llamo *configuración libre* de las imágenes no trabada por las condiciones de la realidad aquello que es común al que sueña, al hipnotizado, al demente y al poeta y artista. La afinidad existente entre el proceso poético y los estados que se desvían de la vida consciente normal, concierne justamente a la esencia del proceso de la fantasía poética. La invención científica o el proyecto del genio práctico tienen su pauta en la realidad, a las que se adaptan el pensamiento y la acción para comprender u obrar. En cambio los estados arriba citados no están restringidos por la realidad en el desenvolvimiento de las representaciones"²⁹.

Cuida enseguida de establecer una clara diferencia entre aquellos estados fundándose en el hecho de que el *complejo psíquico adquirido* (modo habitual de entrelazarse en la vida diurna de imágenes, percepciones, ideas, sentimientos, hábitos, etc., constituyendo un todo) está íntegro durante la creación poética y disminuido en el sueño, hipnosis y trastornos mentales patológicos. En estos últimos, dice, no reinan tampoco, tiempo, espacio, causalidad, ni principio de

²⁹ Dilthey: "Poética". Ed. Losada, B. Aires, 1945, pág. 103.

contradicción³⁰, en cambio, el artista sólo se limita a suspender voluntariamente su dominio, ya que su conciencia simbólica actúa al unisono con la conciencia cognoscitiva ordinaria. Sin embargo ciertos principios son comunes a una y a otra actividad simbólica; así la deformación de imágenes valiéndose de la supresión, dilatación, contracción, aumento o disminución de la intensidad de las sensaciones que la componen, de desplazamientos, etc.: "Ya en la vida ordinaria, cuando en determinado momento del curso psíquico, una gran irritabilidad del sentimiento se combina con una energía menor de la capacidad de síntesis de la conciencia, se produce un desplazamiento de los verdaderos valores de las cosas, del que deriva una excitabilidad unilateral y en cierto modo un predominio arbitrario de un conjunto de representaciones. Si a un jardinero aficionado de ese tipo alguien le critica sus tulipanes, aquél puede llegar a odiarlo. Y estamos dispuestos a considerar esto como una locura benigna..."

El *sueño* permite que las imágenes se dilaten e intensifiquen bajo el influjo de la vida afectiva³¹.

Pero si estos recursos operativos corrientes de la conciencia simbólica se dan desde la poesía hasta el sueño ¿habría algún fundamento para ponerlos al servicio de hipótesis "intenciones" (Freud las descubre también en ciertas creaciones artísticas) y no suponer sencillamente que la conciencia simbólica no se suspende como la cognoscitiva ordinaria mientras se duerme ya que ella está siempre menos vinculada a la realidad perceptiva externa y le basta para su obra con las imágenes representativas de dicha realidad?; ¿no es lógico suponer que el conocimiento íntimo de lo que nosotros y el mundo somos, y por tanto el ordenamiento de nuestra vida, depende de la coordinación de los dos tipos de conciencia, no recíprocamente reemplazables ya que aluden a zonas diversas del ser?; ¿no hay en el freudismo un extremo empobrecimiento de la conciencia a fuerza de vincularla demasiado a operaciones perceptivas?; ¿no se ha atribuido, en fin, el llamado proceso primario al modo de actividad del inconsciente, cuando lo es de la conciencia simbólica, en vez de mantener un discreto silencio respecto a aquel oscuro subsuelo de nuestra psique? Porque a este respecto el postulado de la existencia de algo, nada dice respecto a la estructura de ese algo.

Los síntomas neuróticos serían según Freud en gran parte elaborados a base de los mismos mecanismos del "proceso primario": condensación, desplazamiento, regresión arcaica, a los que se agregan la identificación (fundada en la introyección o similar a ella) y la proyección, procesos los últimos equivalentes en cierto modo al desplazamiento, porque como lo han indicado varios autores, la identificación es un desplazamiento desde el objeto al yo y la proyección, lo inverso. Más atrás hemos esbozado esquemáticamente el modo de operar de

³⁰ Dilthey: "Poética". Ed. Losada, B. Aires, 1945, pág. 114.

³¹ Dilthey: "Poética", págs. 110 y 114.

esos diversos mecanismos poniendo tal vez demasiado el acento en el desplazamiento en circunstancias de que, sobre todo en la histeria, lo juega abundantemente la condensación; en un síntoma histérico pueden concentrarse diversos deseos y por tanto su *determinación es múltiple*, válido esto también para la mayoría de los síntomas neuróticos. Un vómito histérico, dice Numberg, suele expresar el deseo de estar embarazada, de tener en la boca el órgano genital masculino, el asco producido por esta idea, etc.

Y aquí quizás haya gran parte de verdad siempre que se tomen los síntomas como productos anormales de la conciencia simbólica y no de un proceso primario inconsciente. Las neurosis vendrían de un menoscabo preferente de esa conciencia con relativo respeto de la conciencia cognoscitiva ordinaria; ahora bien, jugando la emoción un papel muy decisivo en las formulaciones simbólicas, nada extrañaría su prolongado funcionamiento anómalo si repetidos sucesos afectivos traumatizantes detienen o desvían la madurez emocional, por lo menos en aquellos aspectos emotivos referentes a la comprensión simbólica (y no lógico-causal) de la realidad cotidiana, ya que es compatible la neurosis con producciones simbólicas muy meritorias en otros terrenos.

Algo deben significar a dicho respecto esos síntomas comunes a casi todas las neurosis: sentimiento de monotonía frente a las labores diarias, gusto por las actividades de excepción, ansiedad vaga y expectante, necesidad grande de afecto, inseguridad frente a la propia valía dependiendo demasiado del juicio ajeno, inseguridad en torno a la eficacia y necesidad de verificar una y otra vez lo efectuado, propensión al desamparo y a las llamadas situaciones límites de culpa, muerte, castigo, o bien indiferencia ante todo, sentimiento de incompletud (Janet) y de rigidez en el dominio voluntario de las actividades psíquicas, etc., dominando el primer plano unos u otros según el tipo de neurosis. Sobre este inhóspito horizonte fructifican los síntomas concretos. Ellos son después de todo un alivio frente a lo vago e indeterminado. Si uno de los destinos de la conciencia simbólica es darle su encanto a la vida diaria mostrando la renovada novedad de lo que en la conciencia cognoscitiva ordinaria parece parejo, rutinario y sólo obligado por razones biológico-sociales, se comprende el desequilibrio vital introducido si aquella es víctima de un serio menoscabo.

En todo caso sin apelar a un dramático complejo de Edipo ni a otro tipo de situaciones conflictuales reprimidas, cabe explicarse los síntomas neuróticos por el uso menoscabado de operaciones de la conciencia simbólica al servicio en este caso de esa primaria tendencia psíquica y biológica a circunscribir los daños difusos, economizando para otros fines zonas más o menos grandes de la capacidad operativa.

Sin embargo cabe cautela ante estas nuevas afirmaciones; "el ser de la enfermedad es tan oscuro como el ser de la vida" decía Novalis y esta voz del espíritu debiera poner discreto suspenso en esa premiosa inclinación a las teorías acabadas; la intimidad del hombre es demasiado infinita como para darle

serena vigencia a cualquier intento de esa especie; una duda imprecisa pero tenaz, una ironía no claramente dibujable, es una y otra vez la respuesta última a los petitorios de legalidad demandados por tales empeños; es tal vez ese saludable desafío, más allá de las objeciones racionales, el obstáculo primario que para su aceptación como sistema encontró el freudismo, pese a los progresos que la psiquiatría debe a su recio creador.

Santiago de Chile, 1956

Karl Jaspers es el último psiquiatra de una época clásica, afanada en descubrir y clasificar los trastornos mórbidos en especies naturales, vinculándolos además a estructuras de la persona y a circunstancias concretas de su desenvolvimiento. En la búsqueda de inteligibilidad acudió a todos los recursos proporcionados por la psicología, la sociología, las ciencias naturales, la poesía; como era por otra parte profundamente receptivo para ese llamante fluir del espíritu de que hablaban Hegel, Kierkegaard, Nietzsche y Max Weber, y se sentía a tono con el modo de abrirse a la historia de Guillermo Dilthey, Leopoldo von Ranke, Erwin Rohde o Jacobo Burckhardt, no es extraña su extrema fidelidad a los hechos singulares, a los cuales procuraba no desperdiciar en su instantaneidad, pues quizás alguno fuese a veces la sola huella a mano para adentrarse en la interioridad del alma.

Al lado de los enfermos acostumbra la mirada a pesquisar lo significativo, comprende temprano a los grandes clínicos y cierra el círculo clásico con un fresco monumental, su Psicopatología, aparecida justo cuando la madurez de los descubrimientos daba oportunidad para visiones capaces de ordenar el material en universos armoniosos, serenos e inteligibles. Las épocas posteriores han relativizado mucho de lo afirmado por él y ahora lo divisamos ya con suficiente lejanía.

Jaspers leyó a Espinosa a los 17 años y quedó seducido más aún de lo que él mismo sospecha, por ese gran filósofo. En su edad madura verá dos cumbres, Platón y Kant. Tal vez su idea de la inabarcabilidad del hombre, de que el sí mismo no es susceptible de conocerse, y de que el ansia de fabricarse artificiosas mirillas telescópicas para descubrir la esencia de la interioridad es mero ilusionismo, venga de la idea espinosiana de substancia. Para Espinosa sólo existe una substancia, la divina, inabarcable por su infinitud, y hombres y cosas a cuyo través se revela.

Si fuera cierto que Jaspers sentía a cada hombre a la manera espinosiana, como un modo peculiar e irrepetible de expresarse de algo más grande, no sería raro su interés asombrado por los miembros singulares de la especie y su dolor si alguno de ellos empañaba la supuesta claridad suprema, cayendo en el sordo mundo del delirio, de la euforia vacua, del desgano vital, de la depresión sin esperanzas.

Agrega al orbe espinosiano, los conceptos hegelianos de proceso, desarrollo y reacción, en un intento de comprender los despliegues normales y patológicos de las individualidades. Influye también en éstos Max Weber, de quien fue su

discipulo y amigo y por cuya grandeza personal tenia una admiración tal, que afirmó a su muerte en 1920, que una larga obscuridad caía sobre Alemania.

Algunos cuadros psiquiátricos los suponía explicables a través de daños morfofuncionales; tales eran las demencias provocadas por la arteriosclerosis, la sífilis, la encefalitis, o las intoxicaciones agudas. Otros cuadros le parecían comprensibles por vía psicológica, pues las desgracias que asediaban a la persona hacían intuir como posible el que pudiese responder con perturbaciones mentales de tal o cual orden. La prueba definitiva de que se trataba de una mera reacción a motivos psíquicos lo mostraba según él, la existencia o no de mejoría definitiva una vez superados los acontecimientos funestos. En ocasiones ante una desgracia la respuesta no es el coraje ni la pena profunda, sino las alucinaciones, las desorientaciones temporo-espaciales, las violencias, etc., en suma algo crepuscular, cuya temática parece ajena a la situación motivante de la psicosis. Sin duda en tales reacciones, dice Jaspers, hay serios compromisos corporales y alboroto psíquico, pero transitorios. En cuanto la psique se repone del golpe, el curso de los afectos, conceptos y voliciones toma su cauce normal, que es el que se les impone por su propia naturaleza y entonces el cuerpo recupera también su vigor. Lo mismo ocurriría si el desenlace del agobio vital es una úlcera gástrica o un asma bronquial; obtenida la serenidad del alma se obtiene la del cuerpo. En buenas cuentas, si quisiésemos seguir el similitud de la filosofía de Espinosa, no sería extraño que para Jaspers, cupiese desarreglo definitivo de la psique cuando hay desarreglo definitivo del cuerpo, cuerpo que no puede ser desarreglado, en acuerdo a dicha filosofía, sino por el influjo de otro cuerpo, en este caso, un tóxico, un virus, un bacterio, un parásito, un endurecimiento arterial. Sólo eliminadas estas causas, el cuerpo, como uno de los modos de expresión de Dios —el Dios de Espinosa es corpóreo y extenso— tiene superabundancia de fuerzas para recuperarse. En todo caso, según Espinosa, sin extensión, sin materia, no hay pensamiento y mientras la materia esté intacta en su fondo, cualquier alteración psíquica puede interpretarse como desarreglo transitorio. Al revés si algo hace presumir un trastorno psíquico como definitivo, aun cuando la materia dé la impresión de integridad, debería sospecharse esa impresión como absolutamente errónea.

El respeto por los hechos, notorio en las largas y minuciosas historias clínicas de Jaspers, y su creencia en lo valioso de lo más mínimo, le lleva a pensar, que un enfermo bien estudiado, da una claridad sobre la naturaleza de lo mórbido incomparablemente mayor que la de cientos de casos vistos a través de cuestionarios y estadísticas, que sirven —y es mucho— para dar a conocer la magnitud de un problema, pero no agregan desgraciadamente luz sobre la dinámica del problema mismo. Pudiera pensarse que si cada hombre es modo irrepetible de manifestarse de una substancia de fondo incognoscible, lo mostrado patológicamente por uno de nada sirviese para detectar manifestaciones aparentemente similares de otros; Jaspers tal vez respondería, que si bien cada hombre es un modo único de expresar lo inabarcable, todos ellos dan a conocer de diversas maneras

aspectos de un mismo *fondo idéntico*, y en ese sentido, aunque nunca iguales como lo muestra la clínica, hay analogías, múltiples entre fenómenos normales y patológicos de unos y otros, siendo entonces posible, que las maneras de dominar el mal en algunos, se muestren útiles y pertinentes para atajar males similares del resto. Por eso la tarea del psiquiatra es organizar genéricamente en cuadros clínicos los síntomas acostumbrados a trabarse, originarse y evolucionar en formas parecidas.

Tenia veneración por la ciencia. Así espera anhelante la opinión del gran científico Nissl¹, profesor de psiquiatría en Heidelberg, sobre los borradores de su *Psicopatología General*; cuando éste dice: “*está bien*”, se lanza a publicarla. Poco más tarde, una de sus horas felices será aquella en que Nissl le cuenta a alguien que con esa obra se ha superado a Kraepelin.

Su *Psicopatología General* es sin duda su obra maestra², y cabe decir sin exageración, que ha creado los fundamentos científicos de tal disciplina; sólo Wernicke se acercó antes a un ideal semejante, pero sin la riqueza conceptual, la finura, el respeto sagrado por los hechos psíquicos de la clínica cotidiana que guardó Jaspers. Muchas de las afirmaciones, descripciones, hipótesis y teorías, mostradas ahí, vienen de Kraepelin, Janet, Freud, Bonhoeffer, Griessinger, Moebius, Magnan, Esquirol, Baillarger, Korsakow, Bleuler, pero su manera de distinguir lo aparentemente igual, de ordenarlo, de jerarquizarlo, de darle su metro justo en el sentido griego de la palabra, es su grandeza originaria. Esas descripciones concisas de lo que es un proceso, un desarrollo, una reacción, una fase, un complejo sintomático, lo exógeno y lo endógeno, sus referencias a lo normal y patológico, a lo comprensible y a lo incomprensible, quedan como algo de calidad permanente, en medio es cierto, de disquisiciones, a veces demasiado extensas, propias de la edad temprana en que escribió el libro y de la especie de deseo adolescente de abordar todo lo pertinente a lo sano y a lo loco. A veces sus pequeñas notas a pie de página, esclarecedoras e iluminadas valen por capítulos enteros.

Su devoción sagrada por cuanto psíquico concreto acontece le lleva a ser el psiquiatra descriptivo por excelencia y en los primeros tiempos adhirió en ese sentido a la postura de Edmundo Husserl; más tarde cuando Husserl concibió la fenomenología como descripción de esencias puras, se apartó de él y le

¹ Franz Nissl y Franz Alzheimer eran los investigadores más prominentes de la época en histopatología cerebral.

² La elaboración de dicha *Psicopatología* le había sido solicitada por Wilmanns en 1911, psiquiatra de gran categoría en Heidelberg. Ido Kraepelin a Munich, el círculo de Heidelberg quedó encabezado por Nissl; Jaspers ha dicho en su Autobiografía: “Sobresalía mi maestro; el médico mayor Wilmanns, y Gröhle, quien por su criticismo, su espontaneidad y lo polifacético de su personalidad mantenía las cosas en constante movimiento; así como el intuitivo e infinitamente concienzudo Wetzel, el muy humano Homburger, el infatigable histólogo cerebral Ranke y el muy joven Mayer-Gross, quien se interesaba en todas las posibilidades científicas. Entre ellos realizaban la comunidad espiritual posibilitada por Nissl. La iniciativa de Gröhle aseguraba la regularidad de las reuniones”.

combatió tenazmente. No podía ver al hombre con sus virtudes y pecados, ajeno a la situación biológica, económica, social y espiritual en que el destino lo ponía y por lo tanto una descripción de un ente desinsertado de todo ello le parecía vacua y sin sentido. La experiencia histórica de su tiempo le mostró además el misterio del hombre. Personas hasta entonces serenas y bondadosas, evidenciaron de repente un envejecimiento contumaz cuando vieron en el nacionalsocialismo la posibilidad de obtener ascensos, prestigio o poderes a través de medios oscuros, o cuando necesitaron callar, o adherir al adversario, abatidos por la cobardía. Al lado del naufragio de la amistad, la lealtad, la fidelidad, la generosidad, experimentó también la enaltecida persistencia de unas pocas almas privilegiadas. El mundo de Husserl y su fenomenología le pareció irrisorio frente al drama. En tal sentido Jaspers fue un psiquiatra descriptivo, o si se quiere, fenomenólogo en la acepción primordial de la palabra: no aislar a los hechos, sino dejar que hablen de sí mismos, muestren su logos.

Creía que la enfermedad viene de múltiples causas y es algo natural. Frente por ejemplo, a un hombre representativo del estructuralismo, Miguel Foucault, que encuentra en cierto modo inenfermable a la naturaleza humana, y supone a los cuadros mórbidos meros, "epistemas"³ inventados por el racionalismo burgués capitalista para encerrar a los que negándose a ponerse a su servicio se crean honestamente supraestructuras mentales ajenas a las de sus explotadores y que éstos llaman locura, vale la pena aludir a la manera cómo han trabajado Jaspers y Foucault. Jaspers se mantuvo en contacto diario con sus enfermos, sus familiares, sus condiciones de vida; Foucault⁴ ha partido del análisis de documentos médicos y de ordenanzas legales respecto a los insanos. Pero fuera de olvidar documentos esenciales del siglo XVIII, y prácticamente casi todas las investigaciones decisivas del siglo XIX, hecho curioso en una persona tan conocedora de la psicopatología, somete violentamente la realidad psíquica a esquemas teóricos, como lo es, el de la existencia de una infraestructura idéntica en todos los hombres, en acuerdo a lo postulado por Freud y Marx, y supraestructuras variables según las relaciones con los medios de producción, o con las formas de satisfacción de los instintos, sin aportar experiencia clínica propia, o mostrar a lo menos cuáles razones estructurales harían que hombres igualmente explotados o insatisfechos no caigan inexorablemente en la locura. Sería posible, por ejemplo, a diferencia de lo pensado por Foucault, el que haya una

³ Miguel Foucault en "*Les mots et les choses*", plantea el concepto de episteme, que es como un cierto modelo nacido en cada época para ordenar los acontecimientos y las cosas en categorías. En esto se aleja de Marx y de Freud; lo mismo le ocurre a Lévi-Strauss respecto a su concepto de dialéctica. Por eso no debe tomarse lo afirmado más arriba sobre la dependencia del estructuralismo de Freud y Marx, en un sentido estricto.

⁴ Véase en el tomo XXXVI, fascículo II, correspondiente a los meses de abril-junio de 1971, de la revista "*L'Evolution Psychiatrique*" los artículos de Daumezon, Ey y Szulman, dedicados desde diversos puntos de vista, a un análisis de "*L'Histoire de la Folie*" de Miguel Foucault.

"*homeostasis psíquica*", parecida a la corporal, en virtud de la cual el hombre sin desinsertarse en absoluto de sus situaciones concretas, sino que viviéndolas plenamente, pueda absorberlas (como el cuerpo absorbe el alimento), para convertirlas en algo personal específico que no rompa el equilibrio psíquico interno y no haga por lo tanto de éste, mero reflejo indefenso de sus condiciones de existencia, lo cual no obstaría para que a veces, al igual de lo ocurrido a los diabéticos en la asimilación de ciertos alimentos, las psiques sean también inundadas por su medio y sufran perturbaciones en la asimilación de estímulos. Hay hasta ahora locos, alcohólicos y drogadictos en todas las clases sociales, en todos los pueblos y en todas las épocas, y en consecuencia los orígenes de las enfermedades mentales son más oscuros que lo supuesto por el estructuralismo. Frente a la antipsiquiatría estructuralista, con toda su fascinadora brillantez, ya en cierto modo rezagada ante nuevas corrientes de pensamiento, es necesaria una mirada a Jaspers en busca de las razones que dio para diferenciar sanos y locos, ya que su punto de vista es justamente el opuesto a Freud, del cual son epígonos la mayoría de los estructuralistas, y Freud creía que no hay tal diferencia, pues todos, en cuanto reprimidos por la civilización somos neuróticos en mayor o menor medida. Sin civilización, sin represión, podríamos morirnos —hay según Freud el instinto de muerte— pero seríamos inenfermables, no se daría esa supraestructura llamada enfermedad mental.

Michael Landmann, secretario de Jaspers, recuerda en la revista "*Neu Deutsche Hefte*" de Berlín, la conmoción que le causó verlo por primera vez en Basilea en el verano de 1947: "No sólo me impresionó su gran figura llena de gravedad y toda la lucidez que emanaba de él, sino también la melodía fascinadora de que estaban impregnadas sus disertaciones. A pesar del racionalismo de cada una de las frases que pronunciaba, su voz permitía adivinar que no eran sólo el resultado de ese racionalismo. Esa voz procedía de un estrato más profundo y, por esta razón, suscitaba en el oyente algo más que la impresión de una operación intelectual. Allí había no sólo un individuo que sabía pensar, sino también un hombre totalmente imbuido de filosofía y para el cual el pensamiento sólo constituía la cima más luminosa de la substancialidad filosófica. La otra mitad de la filosofía son los propios filósofos: este criterio filosófico existencial puede aplicarse también a Jaspers. Cuando llegué a conocerle personalmente tuve la revelación del fondo de su filosofía, que hasta entonces había sido inaccesible para mí. A partir de este momento, cuando leía sus libros, oía su voz detrás de cada frase, y aun sin haberme identificado con su manera de pensar, ésta me parecía ahora más importante".

Agrega más adelante: "Tuve otras ocasiones de admirar su nobleza y su ética. Cierta vez un estudiante hizo una disertación mala. En el diálogo que sostuvimos a continuación, me sorprendió la benevolencia con que le había juzgado. A lo que me contestó: 'Nunca debe hundirse a un hombre'".

Jaspers amaba el saber y el diálogo. En Heidelberg en los años de juventud

gustaba juntarse casi a diario en la habitación de Grühle⁵, con sus colegas de la Facultad a fin de discutir problemas presentados frecuentemente en el reconocimiento de síntomas, diagnósticos y tratamientos. Prefería sin embargo, quedarse horas con un paciente que le contaba sus problemas, a las meras conversaciones con personalidades.

Tenia por lo demás una especie de raro don natural para darse cuenta cuáles personalidades de su tiempo quedarían afincadas en la historia y en cuáles su fama moriría junto con ellos. Sus juicios sobre la limitada importancia de Rickert, de Nicolai Hartmann —en pleno auge en ese instante—, han sido ahora en cierto modo confirmados.

Apreciaba a Freud; pero era natural que no hubiese entendimiento entre un hombre como Jaspers apasionado por la infinita diversidad y sorpresividad con que se muestran nuestros semejantes, y Freud, dispuesto a encontrar a todo trance las uniformidades estructurales del Ello, bajo esas imágenes dispersas. Curiosamente ambos estaban iluminados por Espinosa y eran deudores de Platón. Freud ve en el Menon platónico el anticipo incomparable de su teoría de los recuerdos ocultos, y Jaspers afirma que toda filosofía vive en cualquier hombre y desde luego en sus cimas Platón y Kant. Pese a una devoción por las ciencias naturales idéntica a la de Freud, estimaba indispensable a la filosofía para darle sentido a la ciencia y en dicha medida a la existencia. La Psiquiatría en cuanto muestra los sentidos posibles de la vida sería de alguna manera un modelo excelente: ciencia rigurosa penetrada por filosofía. Aludiendo a Ernst Mayer —en su Autobiografía— ha dicho con admiración: "*La práctica médica y la filosofía eran para él una misma cosa. El ser médico era su filosofía concreta*".

No fue clínico a la altura de Emilio Kraepelin, Pierre Janet, Guy de Clérambault, Kurt Schneider o Viktor von Weizsaecker. Quizá si eso lo llevó ya a fines de la primera guerra a apartarse poco a poco de la medicina y a entregarse a la Psicología. Veía aquí un arco tendido entre la filosofía y la psiquiatría, como lo dio a entender en la autobiografía ya mencionada, lo que le permitía mirar aunque fuese a la distancia a la clínica, ese misterioso poder de comunicarse sabia y prudentemente con la realidad del hombre en su irreparable concreción misma.

Es necesario tener presente que ya en su adolescencia busca en la medicina el camino hacia la realidad. Recordando esa época expresa: "En lo más profundo de mí sentía que algo debía andar mal conmigo mismo y con el mundo. ¡Qué bello y portentoso, en cambio, era el otro mundo, el de la naturaleza, el arte, la poesía y la ciencia. Era menester tomar un camino concreto de propia vida; ante todo fijarle una meta al estudio. Me propuse adquirir el máximo saber posible, para cuyo fin la medicina me pareció ofrecer el campo más amplio, como que

⁵ A Grühle se le atribuye el descubrimiento de aquel fenómeno patológico llamado percepción delirante, investigada inmediatamente después desde el punto de vista clínico entre otros por Karl Jaspers y Kurt Schneider.

su objeto eran la totalidad de las ciencias naturales y el hombre. Como médico había de serme posible hallar mi justificación en el seno de la sociedad. Mi plan es el siguiente: Después de estudiar el número reglamentario de semestres, rendiré el examen oficial en medicina. Si para entonces sigo creyendo, como creo ahora, tener las condiciones requeridas, me especializaré en psiquiatría y psicología. Por lo pronto me haría médico de manicomio. Más adelante quizás optaría por la carrera universitaria, como psicólogo; como Kraepelin en Heidelberg, por ejemplo.

“...En la elección de la medicina era mi consideración primordial que ella ofrecía la posibilidad de conocer la realidad. Por realidad me afanaba yo por todos los medios a mi alcance. Estudiaba con ahínco y aprovechaba con sumo deleite las múltiples oportunidades de adquirir conocimientos. En mis viajes, procuraba aprehender por modo inmediato lo más que podía, ver paisajes, ciudades históricas, obras de arte”⁶.

Destaca enseguida a los filósofos que influyeron en sus métodos de trabajo psiquiátrico: “Bajo el influjo de dos filósofos había dado otros tantos pasos fundamentales. Uno consistía en la adopción, como método, de la fenomenología de Husserl, en su principio denominada psicología descriptiva por él. Continuaba valiéndome de ella, aunque repudiaba su ulterior desarrollo como aprehensión de esencias íntimas de los enfermos en tanto que fenómenos de la conciencia. De esta manera, no sólo alucinaciones sino también experiencias imaginarias, modos de conciencia de sí mismo y de los sentimientos, podían, a través de los relatos de los propios enfermos, determinarse con tal precisión que era posible reconocerlos con toda claridad en otros casos. La fenomenología se tornaba método de investigación.

“Por otro lado, a la psicología que explicaba teóricamente había opuesto Dilthey la psicología “*descriptiva y analítica*”. Yo hacia mía esta tarea, denominando la cosa “*psicología comprensiva*”, y determinaba los procedimientos desde hacia mucho empleados, y utilizados de singular manera en la práctica por Freud, que en contraste con el fenómeno experimentado por modo inmediato permitían captar las conexiones genéticas de lo psíquico, las referencias a un sentido, las motivaciones; procurando para ello la justificación metodológica y la estructuración del material. Parecíame que a más de la descripción de hechos, en esta forma, rudimentarios desarrollos psicológicos conocidos pero dispersos encontraban el lugar que metodológicamente les correspondía”⁷.

Su alejamiento de la medicina vino de manera inesperada. Un día, después de la publicación de la Psicopatología, Nissl le dijo: “Me imagino que aspira a una cátedra. Yo, desafortunadamente, he recibido a muchos y la Facultad no permite más; quiere decir que tendría usted que esperar a que alguno sea llamado

⁶ Karl Jaspers. “Autobiografía filosófica”. Trad. Pablo Simón. Ed. Sur. Buenos Aires, 1964. Págs. 11-12.

⁷ Karl Jaspers. “Autobiografía filosófica”. Obra citada. Págs. 22 y 23.

a otra parte o pase a algún establecimiento. Así que hice consultas. Kraepelin en Munich está dispuesto a recibirlo enseguida; y Alzheimer en Breslau también. Elija usted. Le respondí: Heidelberg significa tanto para mí que prefiero quedarme aquí y esperar. Ahora, tal vez sea posible que en la Facultad de Filosofía se me dé una Cátedra de Psicología. Estableceríamos allí una colonia y más tarde podría volver a la clínica. A Nissl le pareció muy buena mi idea, y junto con Max Weber y Külpe (Munich) allanó por recomendaciones el camino para mi ingreso en la Facultad. En 1913, bajo Windelband, ocupé allí una cátedra de psicología.

“Estaba lejos de imaginarme que ello traería consigo mi paso del mundo académico de la medicina al de la filosofía. De la memoria que desde Sils-Maria había dirigido a mis padres ya no me acordaba. En adelante enseñaba psicología, doliéndome que tuviera que desenvolverme sin clínica”²⁸.

De la psicología vino a la filosofía. Aunque no comparable a un Henri Bergson, un Ludwig Wittgenstein o un Martin Heidegger, trozos de su obra filosófica tienen frescura, lozanía y encanto y a ratos una nobleza, que ha hecho decir a alguien, que allí hay menos razón que intuición súbita y de repente un tono parecido al de los místicos medievales.

Su personalidad humana, agobiada desde joven por una enfermedad crónica que le obligaba a largos reposos, aprovechados en sus labores de investigación, tenía la estatura moral de un verdadero sabio. Cuidaba su soledad, su libertad, su fidelidad a los amigos y a la Universidad. El cariño por su esposa que le ayudó mucho en sus tareas, es vivamente mostrado en su trabajo sobre el matrimonio; lo dicho ahí, forma parte de lo más notable que se haya escrito, sobre una realidad que él gozó hasta el extremo.

Jaspers que ahora ha entrado en la inmortalidad de la historia, creía también en la inmortalidad personal a través del amor. En su trabajo “El hombre y la inmortalidad”, dijo: “Durante nuestra vida temporal, perdura en nosotros, inevitablemente, la nostalgia de la presencia inmediata de los desaparecidos, que no parecen vivir sino en el recuerdo. Se nos impone el duelo. Ningún pensamiento de inmortalidad sabría destruirlo, pero nosotros podemos integrarlo en una intuición filosófica que le trascienda.

“Yo quiero decir esto: mi convicción de la inmortalidad de mis bienamados y de la mía propia —en aquel sentido— no proviene de un saber que es imposible, sino de mí mismo. No existe la inmortalidad en el sentido de una ley natural, como el nacimiento o la muerte. Ella no se impone de suyo. Yo la conquisto, en la medida en que amo y que busco el bien. Me hundo en la nada si vivo sin amor y, por lo tanto, sin brújula. Y es amando que yo veo la inmortalidad de aquellos que están ligados a mí por el amor.

²⁸ Karl Jaspers. Obra cit. Pág. 28.

a otra parte o pase a algún establecimiento. Así que hice consultas. Kraepelin en Munich está dispuesto a recibirlo enseguida; y Alzheimer en Breslau también. Elija usted. Le respondí: Heidelberg significa tanto para mí que prefiero quedarme aquí y esperar. Ahora, tal vez sea posible que en la Facultad de Filosofía se me dé una Cátedra de Psicología. Estableceríamos allí una colonia y más tarde podría volver a la clínica. A Nissl le pareció muy buena mi idea, y junto con Max Weber y Külpe (Munich) allanó por recomendaciones el camino para mi ingreso en la Facultad. En 1913, bajo Windelband, ocupé allí una cátedra de psicología.

“Estaba lejos de imaginarme que ello traería consigo mi paso del mundo académico de la medicina al de la filosofía. De la memoria que desde Sils-Maria había dirigido a mis padres ya no me acordaba. En adelante enseñaba psicología, doliéndome que tuviera que desenvolverme sin clínica”⁸.

De la psicología vino a la filosofía. Aunque no comparable a un Henri Bergson, un Ludwig Wittgenstein o un Martin Heidegger, trozos de su obra filosófica tienen frescura, lozania y encanto y a ratos una nobleza, que ha hecho decir a alguien, que allí hay menos razón que intuición súbita y de repente un tono parecido al de los místicos medievales.

Su personalidad humana, agobiada desde joven por una enfermedad crónica que le obligaba a largos reposos, aprovechados en sus labores de investigación, tenía la estatura moral de un verdadero sabio. Cuidaba su soledad, su libertad, su fidelidad a los amigos y a la Universidad. El cariño por su esposa que le ayudó mucho en sus tareas, es vivamente mostrado en su trabajo sobre el matrimonio; lo dicho ahí, forma parte de lo más notable que se haya escrito, sobre una realidad que él gozó hasta el extremo.

Jaspers que ahora ha entrado en la inmortalidad de la historia, creía también en la inmortalidad personal a través del amor. En su trabajo “El hombre y la inmortalidad”, dijo: “Durante nuestra vida temporal, perdura en nosotros, inevitablemente, la nostalgia de la presencia inmediata de los desaparecidos, que no parecen vivir sino en el recuerdo. Se nos impone el duelo. Ningún pensamiento de inmortalidad sabría destruirlo, pero nosotros podemos integrarlo en una intuición filosófica que le trascienda.

“Yo quiero decir esto: mi convicción de la inmortalidad de mis bienamados y de la mía propia —en aquel sentido— no proviene de un saber que es imposible, sino de mí mismo. No existe la inmortalidad en el sentido de una ley natural, como el nacimiento o la muerte. Ella no se impone de suyo. Yo la conquisto, en la medida en que amo y que busco el bien. Me hundo en la nada si vivo sin amor y, por lo tanto, sin brújula. Y es amando que yo veo la inmortalidad de aquellos que están ligados a mí por el amor.

⁸ Karl Jaspers. Obra cit. Pág. 28.

“La investigación filosófica no puede más que verificar aquello que ha sido la experiencia de cada uno. Ella puede animarla. Ella puede preservarla de un pensamiento mediocre o vano. Ella ilumina el poder silencioso de la facultad de amar, de donde brota la conciencia de la inmortalidad”⁹.

Santiago de Chile, 1971

⁹Karl Jaspers y otros, “*El hombre y la inmortalidad*”. Traducción de Jorge L. García Venturini. Ed. Troquel. Buenos Aires, 1964. Págs. 53 y 54.

afasia: incapacidad experimentada por algunos pacientes de circunscribir las ideas en signos; en otras palabras: incapacidad de emitir lenguaje o de entender lenguaje oído.

agnosia auditiva: incapacidad de quien oye sonidos para identificar el objeto del cual provienen.

alexia: incapacidad de coger el sentido de silabas o palabras escritas.

alovalorativo: valoración del mundo ajeno al yo.

anosognosia: desconocimiento de un defecto corporal grave y claramente visible, por ejemplo una ceguera o una parálisis.

anartria: incapacidad de pronunciar palabras.

apraxia: pérdida de la coordinación de los movimientos conducentes a un acto.

autismo: forma de conducta en la cual el enfermo da la impresión de estar activamente vuelto hacia adentro, sin interés por coordinarse a la conducta de los demás.

autorreflexividad: reflexionar sobre si mismo.

autoscopia: tendencia a automirar constantemente el cuerpo o la psique en busca de posibles síntomas patológicos.

Babinski: signo que se produce al rozar la planta del pie, por el cual se extiende el ortejo (dedo mayor); esto indica lesión del sistema nervioso central.

bradipsiquia: pensar lento.

catatimico: pensamiento cuyo enlace interior no lo hacen las leyes de la lógica sino de los afectos.

catatonía: especie de conducta corporal alienada muy típica de la esquizofrenia. Los movimientos parecieran no estar al servicio del resto de la psique.

ciclotimia: forma de temperamento abierto periódicamente a estados de alegría y de depresión.

clónico: repetición continuada de un movimiento reflejo.

conaciones: voliciones.

diasquisis: teoría en virtud de la cual toda lesión del sistema nervioso repercute en otras zonas indemnes del mismo sistema.

distimias: estados depresivos breves y bruscos.

ecolalia: repetición automática de palabras que se oyen.

ecominia: lo mismo respecto a mimica.

endógeno, exógeno y psicógeno: los cuadros exógenos tienen su origen en una causa eficiente somática; los psicógenos en un motivo y los endógenos en la descarga de algo desconocido desde el fondo psíquico.

enequético: persona de pensar pesado, perseverativo, lento, detallista.

enuresis: falta de control del esfínter urinario.

epicrítica: sensibilidad discriminativa.

esquizotimia: forma normal de temperamento en virtud del cual la persona tiende a la introversión.

estereognosia: incapacidad para reconocer signos, figuras y la tercera dimensión de los objetos por vía táctil.

estereotipia: tendencia a repetir hasta la saciedad el mismo movimiento, dando la impresión simultánea de que es voluntario e involuntario al mismo tiempo.

etiopatogénico: origen y forma de actuar de un agente patológico.

flexibilidad cérea: músculos plásticos como la cera, capaces de adoptar cualquier posición impuesta desde fuera.

gatismo: orinarse y defecarse sin darse cuenta.

heboides: forma de las personalidades psicopáticas preesquizofrénicas con un marcado aire adolescente.

hemianopsia: campo visual reducido a la mitad.

hipertímico: forma de carácter en que prima la alegría, la prodigalidad y la necesidad de estar con amigos.

hipercinesia: movimiento incesante de la cara o de los miembros cuyo motivo se desconoce.

hipnagógicas: vivencias que se producen entre el sueño y el momento del despertar.

hipotonía: falta de tono en los músculos.

ictus apopléctico: ataque vascular.

ideofugalidad: pensamiento tan rápido que no alcanza a explicar sus contenidos conceptuales y en el cual la asociación de ideas se hace por semejanza, contigüedad o contraste.

intoxicación de lenguaje: enredo de palabras.

L.C.R.: líquido cefalorraquídeo.

lúes parenquimatosas: forma de sífilis.

mioclonías: sacudidas repetidas de grupos de músculos.

nociceptivos: tóxicos.

pequeño y gran mal (epilepsia): el primero consiste en breves pérdidas de conciencia casi inadvertidas para el observador, y traducidas en pequeñas gesticulaciones de la cara, palidez, sacudidas bruscas de los miembros, etc.; el segundo es el ataque clásico de epilepsia.

pienoléptico: pequeños ataques, parecidos a los epilépticos, que se producen en la infancia.

parapráxico: alteración en la coordinación de los movimientos.

pregnante: signo fundamental de la enfermedad y predominantemente visible.
presbifrénico: una de las formas de la demencia de los viejos.
proyectismo: tendencia a estar constantemente haciendo proyectos.
protopática: sensibilidad gruesa, no discriminativa.
pseudólogo: persona que miente casi sin darse cuenta y de manera convincente.
psicopatología: alteraciones de la psicología normal.
somatoagnosia: desconocimiento de la existencia de una parte del propio cuerpo.
transvestismo: deseo de algunos hombres de vestirse como mujeres y, si ello fuera posible, de cambiar de sexo.
verbigeraciones: repetición estereotipada de palabras.

EL PSIQUIATRA DR. ARMANDO ROA, PROFESOR EN LA UNIVERSIDAD DE CHILE Y EN LA Universidad Católica de Chile, es autor de numerosas obras de su especialidad. Publicadas por Editorial Universitaria están "Formas del Pensar psiquiátrico" y "La Marihuana", libros que atestiguan no solamente la calidad teórica del autor, sino su fundamento en una experiencia clínica directa frente a casos mentales de la más diversa índole. Pero no es una *empirie* positivista la que avala con mayor autoridad los libros del Dr. Roa. El enfrenta la psiquiatría con una riqueza y una facultad abarcadora que son frutos de su compenetración con disciplinas tanto filosóficas como científicas y humanísticas.

El Dr. Roa domina a gran altura y profundidad los problemas, situación y formas de comportamiento de la mente, gracias a que embiste el tema de la salud y de la enfermedad a través de un pensamiento que sintetiza desde los factores somáticos, hasta los psíquicos y los propiamente espirituales que se conjugan en el hombre sano y el enfermo en dominios tan vastos que comprometen, para ser comprendidos, campos muy diversos del saber: la filosofía, la antropología, la medicina, la psicología, la psiquiatría propiamente tal, además de los métodos y concepciones del estructuralismo, la fenomenología y la lingüística.

El presente libro revoluciona el estilo de pensamiento "especialista" con que se está acostumbrando a interpretar, tanto profana como doctamente, la enfermedad y la salud mental. Aquí no predomina puntiformemente ninguna escuela ni corriente psiquiátrica. Armando Roa enfoca los casos clínicos y el sentido total de cada tipo de alteración psíquica, según una multidisciplinaria actitud crítica que ha logrado fusionarse ante la *mente* y ante la enfermedad como frente a *estructuras* que él sabe describir e interpretar en sus relaciones internas y articuladas con su contexto humano, individual y cultural.