

# LUIS CHIOZZA

## OBRAS COMPLETAS



TOMO X (1981-1990)

AFFECTOS Y AFECCIONES 1

Los afectos ocultos en la enfermedad del cuerpo



libros del  
*Zorzal*

# Obras Completas

**LUIS CHIOZZA**

**OBRAS COMPLETAS**  
**TOMO X**

**Afectos y afecciones 1**

*Los afectos ocultos en la enfermedad del cuerpo*

(1981-1990)



libros del  
*Zorzal*

Chiozza, Luis Antonio

Afectos y afecciones 1: los afectos ocultos en la enfermedad del cuerpo - 1a ed. - Buenos Aires:

Libros del Zorzal, 2008.

v. 10, 304 p.; 21x15 cm.

ISBN 978-987-599-086-9

1. Psicoanálisis. I. Título

CDD 150.195

CURADORA DE LA OBRA COMPLETA: JUNG HA KANG

DISEÑO DE INTERIORES: FLUXUS

DISEÑO DE TAPA: SILVANA CHIOZZA

© Libros del Zorzal, 2008

Buenos Aires, Argentina

ISBN 978-987-599-086-9

Libros del Zorzal

Printed in Argentina

Hecho el depósito que previene la ley 11.723

Para sugerencias o comentarios acerca del contenido de

*Obras Completas*, escribanos a:

info@delzorzal.com.ar

www.delzorzal.com.ar

# ÍNDICE

## ¿AZAR O ACCIÓN TERAPÉUTICA?

EVOLUCIÓN DE UN PACIENTE CON MELANOMAS

MALIGNOS (1981), Luis Chiozza,

Sergio Aizenberg, Catalina Califano, Alejandro Fonzi, Ricardo Grus,

Enrique Obstfeld, Juan José Sainz y Juan Carlos Scapusio..... 11

I ..... 13

II ..... 15

III..... 18

## LAS CARDIOPATÍAS ISQUÉMICAS.

PATOBIOGRAFÍA DE UN ENFERMO DE IGNOMINIA

(1983 [1982]), Luis Chiozza,

Sergio Aizenberg, Catalina Califano, Alejandro Fonzi, Ricardo Grus,

Enrique Obstfeld, Juan José Sainz y Juan Carlos Scapusio..... 21

I. Las cardiopatías isquémicas en la clínica médica ..... 23

II. Las cardiopatías isquémicas desde una perspectiva  
psicoanalítica..... 25

III. Relato de una patobiografía..... 32

## ESQUEMA PARA UNA INTERPRETACIÓN PSICOANALÍTICA

DE LAS AMPOLLAS (1995 [1985]), Luis Chiozza, Eduardo Dayen

y Ricardo Grus ..... 51

<b>ESQUEMA PARA UNA INTERPRETACIÓN PSICOANALÍTICA DE LA LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA (1985), Luis Chiozza, Sergio Aizenberg, Luis Barbero, Catalina Califano, Enrique Obstfeld y Juan Carlos Scapusio .....</b>		<b>59</b>
I.	El sistema inmunitario y la función linfocitaria .....	61
II.	Las leucemias en la clínica médica .....	63
III.	Las leucemias agudas .....	65
IV.	Caso clínico: Sonia .....	66
V.	Esquema para una interpretación psicoanalítica de la leucemia linfoblástica .....	78
VI.	Epílogo .....	83
 <b>IDEAS PARA UNA CONCEPCIÓN PSICOANALÍTICA DE LA ESCLEROSIS EN PLACAS (1986), Luis Chiozza, Sergio Aizenberg, Catalina Califano, Alejandro Fonzi, Ricardo Grus, Enrique Obstfeld, Juan José Sainz y Juan Carlos Scapusio .....</b>		<b>87</b>
I.	La esclerosis en placas desde el punto de vista de la clínica médica .....	89
II.	Ideas para una concepción psicoanalítica de la esclerosis en placas .....	92
III.	Caso clínico: Lucila .....	102
IV.	Consideraciones finales .....	111
 <b>COMENTARIO AL ESTUDIO PATOBIOGRÁFICO DE ANNA, UNA PACIENTE CON DISQUINESIA BILIAR (1989 [1986]) .....</b>		<b>115</b>
 <b>COMENTARIO AL ESTUDIO PATOBIOGRÁFICO DE SILVIA, UNA PACIENTE CON OCLUSIÓN DE LA CARÓTIDA (1989 [1986]) .....</b>		<b>121</b>
 <b>DEBATE EN TORNO A “HISTORIA DE SILVIA: UNA OCLUSIÓN DE LA CARÓTIDA” DE RITA PARLANI Y CARLO BRUTTI (1989 [1986]), Luis Chiozza y otros .....</b>		<b>127</b>
 <b>DEBATE EN TORNO A “HISTORIA DE LUCÍA: UNA ESCLEROSIS MÚLTIPLE” DE RITA PARLANI, CARLO BRUTTI Y MARCO GRIGNANI (1989 [1987]), Luis Chiozza, Rita Parlani, Carlo Brutti, Marco Grignani y otros .....</b>		<b>133</b>

DEBATE EN TORNO A “COREA MENOR: PERSPECTIVAS Y MÉTODOS DE LA INVESTIGACIÓN PATOBIOGRÁFICA” DE RITA PARLANI Y ANGIOLO PIERINI (1989 [1988]), Luis Chiozza y Rita Parlani .....	149
PRÓLOGO DE <i>LOS AFECTOS OCULTOS EN... PSORIASIS, ASMA, TRASTORNOS RESPIRATORIOS, VÁRICES, DIABETES, TRASTORNOS ÓSEOS, CEFALÉAS Y ACCIDENTES CEREBROVASCULARES</i> (1991) .....	159
UNA APROXIMACIÓN A LAS FANTASÍAS INCONCIENTES ESPECÍFICAS DE LA PSORIASIS VULGAR (1991 [1990]), Luis Chiozza, Susana Grinspon y Elsa Lanfri .....	165
I. Algunos conceptos básicos acerca de la psoriasis.....	167
II. Introducción a los significados de la piel .....	171
III. Las fantasías inconcientes que se expresan a través de la psoriasis .....	178
IV. Resumen de la fantasía específica de la psoriasis .....	182
V. Caso clínico .....	183
LOS SIGNIFICADOS DE LA RESPIRACIÓN (1991 [1990]), Luis Chiozza, Oscar Baldino, Mirta Funosas y Enrique Obstfeld.....	187
I. Introducción .....	189
II. El oxígeno y la vida .....	190
III. La función respiratoria.....	193
IV. La respiración como símbolo.....	195
V. La acción eficaz y los afectos implicados en la respiración .....	201
VI. El desaliento y la respiración pulmonar .....	204
VII. Resumen de la fantasía específica de la respiración .....	209
VIII. Los significados del asma .....	212
IX. Casos clínicos .....	217
LOS SIGNIFICADOS INCONCIENTES ESPECÍFICOS DE LA ENFERMEDAD VARICOSA (1991 [1990]), Luis Chiozza, Gladys Baldino, Liliana Grus e Hilda Schupack .....	225
I. Introducción .....	227
II. Las várices desde el punto de vista médico .....	228
III. Las fantasías específicas de las várices .....	230

IV. Las várices de los miembros inferiores. Aproximación a algunos de sus significados específicos.....	240
V. Resumen de la fantasía específica varicosa.....	243
VI. La historia de Juan .....	245

PSICOANÁLISIS DEL TRASTORNO DIABÉTICO (1991 [1990]),

Luis Chiozza y Enrique Obstfeld.....	249
I. Introducción.....	251
II. <i>Diabetes mellitus</i> .....	252
III. Las fantasías insulino-pancreáticas .....	254
IV. La clave de inervación del afecto comprometido en la diabetes.....	255
V. Una forma particular de la melancolía .....	256
VI. Algunos rasgos caracterológicos diabéticos.....	258
VII. El vínculo transferencial y la imago objetal del diabético .....	260
VIII. Un ejemplo del carácter diabético .....	261
IX. El mito de Tántalo a la luz de las fantasías insulino-pancreáticas.....	262
X. La imago madre empalagosa en un cuento infantil: “Hänsel y Gretel” .....	264
XI. Diabetes y sociedad de consumo.....	265
XII. Resumen de la fantasía específica diabética.....	266
XIII. Caso clínico .....	268
Bibliografía .....	273



---

**¿AZAR O ACCIÓN TERAPÉUTICA?**

**EVOLUCIÓN DE UN PACIENTE CON  
MELANOMAS MALIGNOS**

---

(1981)

Luis Chiozza, Sergio Aizenberg, Catalina Califano,  
Alejandro Fonzi, Ricardo Grus, Enrique Obstfeld,  
Juan José Sainz y Juan Carlos Scapusio

## Referencia bibliográfica

**CHIOZZA, Luis y colab. (1981c) “¿Azar o acción terapéutica? Evolución de un paciente con melanomas malignos”.**

## Ediciones en castellano

*III Encuentro Argentino-Brasileño. I Encuentro Latinoamericano. La interpretación psicoanalítica de la enfermedad somática en la teoría y la práctica clínica*, CIMP, Buenos Aires, 1981, págs. 111-116.

L. Chiozza, *Psicoanálisis: presente y futuro*, Biblioteca del CCMW-CIMP, Buenos Aires, 1983, págs. 277-285.

*Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995.

*Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996.

## Traducción al italiano

“Casualità o azione terapeutica? Evoluzione di un paziente con melanomi maligni”, en L. Chiozza y colab., *Psicoanalisi e cancro*, Edizioni Borla, Roma, 1981, págs. 141-148.

Sobre este trabajo se basó el capítulo X de *¿Por qué enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo* (Chiozza, 1986b), OC, t. XIV.

## I

El paciente que vamos a presentar mostraba en su piel, desde su niñez, múltiples nevos pigmentarios que, cuando tuvo 12 años, comenzaron a multiplicarse sin ocasionarle molestias. En el momento en que nos consulta, a los 42 años, tiene un centenar de lunares de tamaño variable.

Desde hace diez años, dos de ellos, uno en región posterior del brazo derecho y otro del mismo lado en el dorso del tórax, fueron creciendo y aparecían más oscuros y sobresalientes que el resto. Además, en los últimos dos o tres años, sangraban ocasionalmente en forma espontánea o por acción traumática. Se formaba entonces una costra sobre los nevos, que el paciente se extraía reiteradamente profundizando la ulceración.

En julio de 1977 se le aconseja extirparlos. El informe anatomopatológico fue de melanomas melanóticos<sup>1</sup>. Posteriormente se le efectuó un estudio inmunológico, cuyo resultado fue satisfactorio, y se le indicó recurrir a un oncólogo para decidir acerca de un posible vaciamiento ganglionar.

En ese momento nos consulta y comienza un estudio patobiográfico. Como parte del estudio se realiza un segundo examen anatomopatológico

---

<sup>1</sup> El melanoma, que representa entre el 1 y el 3% de los cánceres humanos, es el cáncer de los melanocitos. Éstos derivan de la cresta neural y aparecen en la epidermis aproximadamente al tercer mes de vida intrauterina (Lerner, 1971). A diferencia de los queratinocitos, carecen de desmosomas. Se postula que este hecho favorece la conducta de los melanocitos atípicos que, al adquirir caracteres embrionarios, migran fácilmente de la epidermis, ocasionando metástasis precoces (Abulafia, 1979).

(por el doctor J. Abulafia) de los preparados histológicos que trajo de la provincia en donde reside. Este segundo examen informa melanomas malignos invasores, niveles 3 y 4 de Clark, para los tumores de dorso y brazo respectivamente. Aproximadamente la mitad de estos pacientes sobreviven cinco años con tratamiento adecuado<sup>2</sup>. La extirpación había sido completa en ambos casos, pero con escaso margen de seguridad. El anatomopatólogo aconseja extirpar ahora hasta aproximadamente 3 cm de la herida anterior y completar con vaciamiento de los ganglios axilares.

De acuerdo con nuestro consejo, el paciente fue reintervenido en los primeros días del mes de setiembre, al finalizar el estudio patobiográfico. El informe anatomopatológico correspondiente señala adenopatías con linfadenitis retículo-hiperplásica. Se prescribe un tratamiento con BCG y levamizol tendiente a estimular su sistema inmunitario.

En mayo de 1978 le aparece un pequeño nódulo en la parte interna del brazo derecho. Se le extirpa, en su lugar de residencia, en el mes de junio. Se trata de una metástasis. En julio le aparece otro nódulo cercano al lugar en que se encontraba el anterior.

Nos consulta nuevamente en setiembre. Indicamos un segundo estudio patobiográfico y lo enviamos al cirujano. El día 11 de setiembre se opera. El 14 comienza el estudio patobiográfico. La resección extirpa, en los ange, el nuevo nódulo y la cicatriz del anterior. El estudio anatomopatológico del doctor Abulafia informa melanoma maligno metastásico en tejido celular subcutáneo. Quedan ahora muy pocas esperanzas. Tal vez un paciente de cada diez, en estas condiciones, y tratado adecuadamente, sobrevivirá cinco años. Teniendo en cuenta que la lesión afecta a un miembro superior, el pronóstico podría aun ser mucho peor<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> El pronóstico de la enfermedad depende de varios factores: variedad clínica, tamaño tumoral, espesor (niveles de infiltración histológica en profundidad de Clark), compromiso ganglionar y cuantificación y tipo de las metástasis (clasificación TNM de la Organización Mundial de la Salud) (Koliren y colab., 1978).

<sup>3</sup> Según la clasificación TNM, tratándose de un nódulo alejado más de dos centímetros del tumor original, debe interpretarse como metástasis linfática en tránsito (Koliren y colab., 1978). Los oncólogos consultados (los doctores Chacón y Estévez) siguen dando validez de actualidad a las cifras publicadas por Knutson, Hori y Spratt (1971), quienes, de acuerdo con el criterio general, consideran importante distinguir entre las diferentes zonas de radicación de la neoplasia. La evaluación estadística de cuarenta y dos recurrencias de este tipo tratadas quirúrgicamente muestra que a los dos años han muerto los cuatro enfermos cuya lesión se hallaba localizada en el miembro superior. Cuatro enfermos sobrevivieron cinco años, es decir algo menos del 10% del total, sobre un total de cuarenta y dos.

## II

Nuestro paciente es un hombre de éxito en su profesión, valorado en los amplios círculos en que se desempeña, no sólo por su elevada capacidad intelectual sino por su particular modo de ser, que despierta interés, simpatía y un deseo permanente de brindarle ayuda. Su personalidad se caracteriza por la disarmonía. Junto a su excelente desarrollo intelectual y a su capacidad para un contacto afectivo y agradable, aparece otra faceta: no sólo vive permanentemente endeudado, sino que lo acosa constantemente el infortunio.

Su aspecto físico hace pensar en “el eterno estudiante de filosofía”. Vestido con cierto descuido, su espeso bigote esconde un rostro aniñado, que refleja en la mirada una mezcla de susto y picardía.

Es el único hijo de un matrimonio de muy humilde condición. Nace con fórceps de un parto en posición pelviana. Este modo de llegar al mundo parece representar un modelo que signa su vida: “Nació al revés”. Su madre era modista. Está poco con él. No lo amamanta. Fue un niño al que le faltó el contacto cálido de la piel de su madre. Es precisamente en la piel donde aparece su enfermedad y en un lugar en el cual, durante la lactancia, debió haber estado en contacto con la mano o con el pecho de la madre.

Vive desde los 7 años con sus abuelos, alejado de su padre, mientras éste busca infructuosamente, en hospitales y tratamientos diversos, cura para una tuberculosis pulmonar como consecuencia de la cual fallece un año más tarde. En esta muerte culmina el abandono del que se sentía objeto. Su cuerpo grita entonces por él, con crisis asmáticas que empiezan a esta edad y que lo van a acompañar por largos años. Representan seguramente los mocos y lamentos de un llanto desesperado y encubierto en procura de alguien que lo cuide y no lo abandone, que lo defienda de una presencia mala que ahoga su anhelo.

Vive un tiempo con sus tíos, lejos de su madre, que se ha empleado como institutriz. A los 12 años vuelve a vivir con ella, quien recibe periódicamente la visita de su amante, un gendarme que tiene otra mujer y otros hijos. En la habitación de la casa de inquilinato, en su presencia, la madre consuma las intimidades del amor.

En este momento aparecen lunares en varios lugares de su cuerpo. Cuando se masturba lo hace fantaseándose hombre y mujer al mismo tiempo, y se aprieta las tetillas lastimándose. Más adelante repetirá esta maniobra aun durante el coito. De este modo, por medio de una fantasía bisexual y hermafrodita, intenta defenderse del abandono, en la ilusión de bastarse a sí mismo para la descarga de la excitación y el cumplimiento

de un deseo que dé sentido a su vida. Aunque el comienzo de su pubertad permite brindar una explicación endócrina a la multiplicación de sus lunares (George y Jeff, 1958), su coincidencia con el clima promiscuo de excitación que experimenta durmiendo en la misma habitación con su madre y el amante, es significativa.

Se reparte con su padrastro la manutención de su madre, situación que nunca llega a concretarse totalmente. Es él, en su edad de adolescente, quien debe afrontar casi todo el peso de la economía familiar. Su vida transcurre entre carencias. No logra encontrar una figura masculina que le permita realizar una buena identificación. Busca siempre la protección de un hombre, configurándose en él una intensa fijación homosexual inconciente.

Comienza, a los 22 años, un tratamiento psicoanalítico, como parte de esa búsqueda desesperada. Poco tiempo después, a los 25 años, se casa con la que fue amante transitoria de casi todos sus compañeros de oficina y deja el análisis que retomará luego. Con esta mujer tiene un hijo varón. El clima matrimonial es caótico. Los episodios de infidelidad de su esposa son permanentes. Podemos entender que en este clima de celos y de promiscuidad algo en él se satisfacía: sus fantasías pregenitales que, más que homosexuales, corresponderían a una excitación “indiferenciada”, bisexual y hermafrodita, que nunca llegaba a cesar.

Varios años de tratamiento psicoanalítico le permitieron curar el asma y separarse de su mujer cada vez más enferma, con el deseo de emprender una vida menos caótica. Adquiere además la posibilidad de desarrollar exitosamente su profesión.

En la época de su separación, a los 32 años de edad, algunos de sus nevos pigmentarios experimentan un crecimiento. Se casa dos años más tarde con una mujer separada, que tiene dos hijos varones. Logra ubicarse en un trabajo satisfactorio que realiza en el interior del país. Cinco años después, a los 39 años, nace una hija de su segundo matrimonio, y progresa significativamente en su trabajo.

Paulatinamente el desorden queda atrás. Queda atrás la promiscuidad que daba salida a la excitación bisexual y enloquecedora detenida en su desarrollo hacia la sexualidad adulta, excitación “representada” en los personajes de su historia; el padre enfermo, la madre con su amante y su primera mujer infiel. Se va configurando una nueva familia, más “normal”. Su esposa se embaraza nuevamente. Su situación económica se estabiliza. Compra una casa y en ella aparece el orden. En su vieja historia, sus libros se esparcían apilados caóticamente en el suelo. En su nueva casa conforman una biblioteca ordenada.

Este es el momento del cáncer. Su excitación “loca”, desordenada, no encuentra ya satisfacción en su vida. Sí la encuentra en una célula que crece liberándose del resto. Su hija y el acercamiento con ella parecían reactivar su clima infantil de excitación incestuosa caracterizado por la falta de límites. Se encuentra en un punto en donde los caminos se abren. Volver a ese clima ya no puede. Olvidar, derivar los impulsos de esta excitación integrándolos en rendimientos más sanos, no le resulta posible. “Hace” el cáncer. En éste encuentra satisfacción esa fuerza arrolladora que no tiene otro camino.

Entre la primera y la segunda intervención psicoterapéutica que corresponden a su estudio patobiográfico, es reoperado a los efectos de extirpar los ganglios y aumentar el margen de seguridad. Vuelve al lugar de trabajo, en donde, siguiendo nuestras indicaciones, comienza un nuevo tratamiento psicoanalítico, y pasa casi un año sin ninguna manifestación somática de su enfermedad.

Llegamos a marzo de 1978. Su hijo, que tiene ahora 16 años, vuelve de las vacaciones que había pasado con su madre. Salen juntos y lo nota raro, mareado, incoherente. De pronto, este hijo lo abraza y le confiesa, en un clima oniroide, de locura y excitación, que recientemente ha tenido experiencias homosexuales, que quiere ser mujer y que acaba de tomar una gran cantidad de barbitúricos porque desea morir. Le efectúan un lavado de estómago y queda fuera de peligro.

En el contacto con la excitación homosexual y por lo tanto narcisista de su hijo, junto con intensos sentimientos de culpa, se le vuelve a reactivar su “viejo drama” de excitación bisexual, indiferenciada, que mantuvo durante casi un año somáticamente asintomática. Citemos sus propias palabras extraídas de su segundo estudio: “...me satisface la parte sexual con ella... pero debe haber otra que no se satisface. Ésta la satisfago con la masturbación”, “...gozo pensando en lo que yo idealmente le hago a la mujer, pero también en lo que la mujer siente...”.

Aparecen, poco tiempo después, en mayo y en julio, en la parte interna del brazo derecho, en un lugar en donde debe haber entrado en contacto con su hijo durante el abrazo traumático, los nódulos que corresponden a las metástasis del melanoma extirpado. Sus células metastásicas representan adecuadamente el remanente de excitación bisexual, que niega de manera omnipotente, hermafrodita, el abandono. Esta excitación narcisista se incrementó nuevamente ante la reiteración de una situación dramática cuyos contenidos no pudieron ser suficientemente elaborados, ni durante el primer estudio patobiográfico, ni durante los ocho meses de su nuevo tratamiento psicoanalítico.

### III

Encontramos en la biografía de este paciente una enorme cantidad de episodios que son sobresalientes tanto por su cualidad dramática como por su significación<sup>4</sup>. Las exigencias de un trabajo como éste nos han llevado a elegir unos pocos, adecuados para trazar un “esqueleto” biográfico que pueda mostrarnos el conjunto de su figura y ayudarnos a comprender el significado que adquieren en ella el momento, la localización y la forma de la alteración somática (Weizsaecker, 1946-1947; Chiozza, 1963*a*, 1978*f*, 1979*d* [1978]).

Nos parece digno de señalar en este paciente, en primer lugar, la intensidad del impulso hermafrodita, bisexual, indiferenciado y narcisista, que encontramos como “motivo” cualitativamente diferenciado del desarrollo canceroso (Chiozza, 1978*b* [1970]). La eficacia específica de los dos factores que “desencadenaron”, en 1977 y 1978, las dos manifestaciones somáticas predominantes de esta enfermedad queda tal vez de este modo adecuadamente comprendida. Pudimos expresar además una hipótesis plausible acerca de la localización<sup>5</sup>.

Si bien durante el primer estudio pudieron comprenderse adecuadamente muchos de los significados implícitos en el curso de su enfermedad, la intervención terapéutica no pudo quizás hacer otra cosa que actuar sobre las resignificaciones secundarias posnatales homosexuales vinculadas a sus mecanismos de idealización, las actitudes pregenitales sadomasoquistas y los problemas ligados a las dificultades con la identificación masculina. El resultado de este primer estudio no pudo entonces protegerlo del desarrollo de una nueva formación cancerosa, pero en cambio pudo seguramente

---

<sup>4</sup> Véase la nota 19 de este tomo, en “Las cardiopatías isquémicas. Patobiografía de un enfermo de ignominia” (Chiozza y colab., 1983*h* [1982]), subapartado II.7.

<sup>5</sup> En cuanto a “por qué un melanoma” como tipo particular de cáncer, es poco todavía lo que podemos decir. Existe una línea que vincula la pigmentación (melanina) con el ciclo luz-oscuridad y con la sexualidad. La palabra “lunar”, que se utiliza para designar al nevo pigmentario, deriva de “luna”, que en su origen etimológico significa “luminosa”. La pigmentación melánica de la piel es estimulada por la luz solar. La pineal, estimulada por la oscuridad, segrega melatonina, la cual, si bien en los peces y anfibios actúa antagónicamente con la hormona melanocitoestimulante hipofisiaria, en el hombre y demás mamíferos actúa como inhibitoria de la secreción gonadotrófica hipofisiaria. La sexualidad excita el sistema melanocitoestimulante, y la contemplación de los lunares, a su vez, produce un efecto excitante de la sexualidad. En condiciones normales se observa, además, hiperpigmentación en las zonas de la piel especialmente vinculadas al ejercicio de la sexualidad.



consolidar y reforzar los aspectos más “ordenados” de su vida y conducirlo hacia la iniciación de un nuevo tratamiento psicoanalítico. Como consecuencia de esta intervención “superficial”, el tipo de relación transferencial que el paciente mantuvo con nuestro Centro le permitió consultarnos nuevamente, un año más tarde, con motivo de sus nódulos metastásicos. La aparición del segundo nódulo, en el mismo lugar, un mes más tarde de la aparición del primero, permite suponer que la cirugía no modificó la situación de base<sup>6</sup>.

Durante el segundo estudio patobiográfico nuestra intervención terapéutica pudo centrarse en cambio en los contenidos más precoces de su excitación narcisista. Desde entonces nuestro paciente ha evitado reanudar su contacto con nosotros. Hace pocos días supimos, indirectamente, que en el mes de junio del corriente año le había sido extirpado un lunar sospechoso, cuyo examen anatomopatológico demostró que se trataba de un proceso benigno. Han pasado tres años desde la operación de su primera metástasis y nuestro paciente continúa viviendo sin que hayan aparecido nódulos nuevos<sup>7</sup>. Uno de cada cuatrocientos casos, entre todos los melanomas, aun en condiciones avanzadas, remite en forma espontánea (Koliren y colab., 1978). En opinión del anatomopatólogo (J. Abulafia), es posible considerar a nuestro enfermo “curado”. ¿Azar o acción terapéutica? Nuevas experiencias lo dirán poco a poco. Mientras tanto la estadística, sujeta a su extraña y eterna condena de tarea contable, no puede hacer más que computarlo como si se tratara de un suceso fortuito entre casos aleatorios equiposibles.

---

<sup>6</sup> La cirugía, como cualquier otro evento biográfico, posee siempre un efecto sobre la fantasía inconciente.

<sup>7</sup> Luego de transcurridos cinco años, el paciente continuaba asintomático.



---

**LAS CARDIOPATÍAS ISQUÉMICAS**  
**PATOBIOGRAFÍA DE UN ENFERMO**  
**DE IGNOMINIA**

---

(1983 [1982])

Luis Chiozza, Sergio Aizenberg, Catalina Califano,  
Alejandro Fonzi, Ricardo Grus, Enrique Obstfeld,  
Juan José Sainz y Juan Carlos Scapusio

## Referencia bibliográfica

**CHIOZZA, Luis y colab. (1983h [1982]) “Las cardiopatías isquémicas. Patobiografía de un enfermo de ignominia”.**

## Ediciones en castellano

L. Chiozza, *Psicoanálisis: presente y futuro*, Biblioteca del CCMW-CIMP, Buenos Aires, 1983, págs. 287-321.

*Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995.

*Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996.

L. Chiozza, *Enfermedades y afectos*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2001, págs. 19-48.

Este trabajo se presentó en el Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicosomática en noviembre de 1982 y, en la misma fecha, en un seminario realizado en Perugia, Italia.

No hay camino de vuelta a la inocencia. El corazón en su propia cobardía genera y encuentra su dolor, pero conforta la esperanza de que el comprender ensanche las arterias del amor.

Prefacio de *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*,  
LUIS CHIOZZA (1980h)

## **I. Las cardiopatías isquémicas en la clínica médica**

Según las estadísticas, en los países occidentales desarrollados más de la mitad de las muertes se debe a enfermedades cardiovasculares. Más de una cuarta parte de estas muertes se produce como consecuencia de alguna de las distintas formas clínicas de la cardiopatía isquémica. Esta enfermedad constituye la causa de muerte más frecuente. Aproximadamente la mitad de los enfermos que la padecen, independientemente del haber sido diagnosticada, mueren de un modo súbito sin otorgar la oportunidad de brindar tratamiento adecuado a la crisis que provoca la muerte (Ruda Vega y Gadda, 1978).

Desde un punto de vista fisiopatológico (Cossio y Cossio, 1978), las cardiopatías isquémicas son el producto de un desbalance entre la demanda energética de la fibra muscular cardíaca y el aporte metabólico que recibe. Si este desbalance es transitorio, la zona afectada presenta trastornos metabólicos que producen el llamado dolor anginoso y alteraciones reversibles de la función contráctil con mayor o menor grado de falla de la función cardíaca. Al restablecerse el equilibrio entre oferta y demanda, las alteraciones retrogradan e incluso desaparecen en forma total. Cuando el desbalance se prolonga, el trastorno metabólico se torna irreversible y se producen alteraciones histopatológicas, conocidas como miocitólisis, que conducen finalmente a la necrosis de la zona afectada, configurando el cuadro anatomopatológico de lo que denominamos infarto de miocardio.

Desde el punto de vista clínico (Caíno y Sánchez, 1978), las cardiopatías isquémicas conforman una “serie continua” que se diferencia esquemáticamente en:

- 1) Episodios de isquemia transitoria denominados angina de pecho.
- 2) Cuadros de isquemia aguda persistente, sin o con escaso daño tisular comprobable.
- 3) Cuadros de isquemia con necrosis tisular, que adquieren el nombre de infarto de miocardio.

El dolor anginoso, de intensidad variable, constituye en muchos de estos episodios el único elemento que conduce nuestra atención hacia la alteración existente. En ausencia de otros signos o síntomas, como es el caso de las isquemias transitorias, es el dolor el único elemento que permite el hallazgo. Por este motivo “no existe” angina de pecho sin dolor anginoso<sup>8</sup>.

Es conveniente distinguir, dentro de las anginas de pecho, por su diferente significación clínica (Battle y Bertolassi, 1974), los siguientes cuadros: a) estable (que no presenta variaciones de frecuencia, intensidad y/o duración de las crisis en los últimos tres meses); b) inestable (que puede, según su evolución, ser progresiva o regresiva); c) de reciente comienzo (si no han transcurrido más de tres meses desde su iniciación); d) tipo Prinzmetal, y e) síndrome coronario intermedio (dolores anginosos de reposo, intensos, prolongados, recurrentes, con escasa o nula respuesta a los nitritos).

La New York Heart Association (Farreras Valentí y Rozman, 1972) clasifica cuatro grupos funcionales de angina de pecho por su relación con el esfuerzo: i) frente a grandes esfuerzos; ii) frente a esfuerzos habituales; iii) frente a pequeños esfuerzos, y iv) frente a pequeños esfuerzos y también en reposo.

El tipo Prinzmetal corresponde fisiopatológicamente a un espasmo arterial, coronario, que puede ocurrir en arterias coronarias sanas o sobreagregarse a una obstrucción parcial arterioesclerótica de las coronarias. Lo esencial es aquí una disminución de la oferta en lugar de un aumento de la demanda. Clínicamente se observa que se presenta en reposo, frecuentemente por la noche y a la misma hora. El espasmo coronario, actualmente comprobado mediante la cineangiocoronariografía, formó parte desde antiguo de la interpretación clínica de los fenómenos que configuran el cuadro del *angor pectoris*, especialmente de su periodicidad (Siebeck, 1957).

---

<sup>8</sup> Cuando decimos que “no existe” angina de pecho sin dolor anginoso, esta afirmación adquiere el valor de una constatación clínica, pero no implica una imposibilidad teórica acerca de la existencia de una insuficiencia coronaria exenta del síntoma dolor, como lo evidencian los casos de infarto cardíaco indoloro.

## II. Las cardiopatías isquémicas desde una perspectiva psicoanalítica

### 1. El corazón

La afirmación de que el corazón es el órgano del sentimiento es tan ubicua que ha llegado a ser trivial. El estudio de las fantasías vinculadas más estrechamente a la función cardíaca nos ha llevado a observar (Chiozza, 1979*d* [1978], 1980*f*, 1981*g*), coincidiendo muchas veces con otros autores (Breuer y Freud, 1895*d*\*; Furer, 1971, 1978; Litvinoff, 1979):

- 1) La relación existente entre el dolor de la ofensa y el daño cardíaco.
- 2) El contenido simbólico de coraje, valentía y esfuerzo que el corazón se adjudica.
- 3) La misericordia, la discordia y la concordia como afectos íntimamente vinculados a la víscera cordial.
- 4) La relación existente entre la nobleza, como rasgo de carácter, y las enfermedades cardíacas.
- 5) El lugar que el corazón ocupa como símbolo en las religiones que lo transforman en representante de lo más sagrado, asociándolo con la idea de trascendencia.
- 6) La vinculación existente en nuestro idioma entre el “pálpito”, o latido cardíaco, y la idea de presentir el porvenir.
- 7) La diferencia existente entre la reminiscencia o memoria, como modo de volver lo pasado a la mente, y el recordar, como modo de volver lo pasado al corazón, diferencia que corresponde a las dos formas de olvido que distingue el idioma italiano a través de las palabras *dimenticare* y *scordare*.
- 8) La íntima relación que posee el penoso proceso de sobrecarga de los recuerdos, propio de los procesos de duelo, y una “manera cardíaca” de la melancolía, que se oculta en lo que llamamos nostalgia.

Pero no todo representa a todo por igual. Dado que entre las importancias existen diferencias, en el terreno de las vinculaciones que las fantasías establecen con el corazón, éste no puede significar indiferentemente cosas distintas. Intentando distinguir entre lo fundamental y lo accesorio, llegamos a la conclusión de que lo prototípico de la función cardíaca es la alegoría de un ritmo “marcapaso” de la vida, como creación de un tiempo cualitativo, que marca la significación y la importancia de cada momento. De este modo el corazón, que con su ritmo otorga un acento distinto a

cada presente que se vive, pre-siente o pre-figura el sentimiento en cada instante, y es en este sentido primordial que se comprende adecuadamente su vinculación con los afectos<sup>9</sup>.

## 2. Los afectos

Freud sostiene que los afectos son procesos de descarga cuyas últimas manifestaciones son percibidas por la conciencia bajo la forma de sentimientos. Cada afecto distinto se constituye, desde este punto de vista, como un distinto conjunto de inervaciones efortoras, susceptibles de repetirse una y otra vez, como otras tantas pautas típicas y congénitas (Freud, 1915e\*, 1926d [1925]\*).

<sup>9</sup> En un trabajo publicado en 1986 (Chiozza, 1986b, cap. VII) establecimos, con respecto a la relación entre las emociones y el corazón, tres conclusiones:

1. La emoción, como descarga motora vegetativa, es un proceso en el cual el elemento vasomotor tiene una participación tan preponderante que, de acuerdo con las leyes inconcientes que rigen a los procesos de representación, este elemento vasomotor puede, y suele, arrogarse la representación de la emoción completa.
2. El corazón, por su origen, es un vaso modificado hasta el punto de llegar a ser el que más complejamente se ha desarrollado. Por este motivo, el corazón es el órgano más adecuado para arrogarse la representación de las emociones en general, mientras que otros órganos se adjudican la representación de las distintas emociones particulares. Su ritmo se presta especialmente para otorgar un “tono” afectivo, un particular acento, o importancia, a cada instante que se vive. En otras palabras: el “tono” del afecto que se está viviendo se asocia a la percepción inconciente de un particular ritmo o “marcapaso” cardíaco. El corazón, por lo tanto, se arroga la representación general de los afectos, pero, sobre todo, la representación del tiempo primordial, que es el tiempo del instante cualitativamente teñido por un tono afectivo que le otorga importancia. Podemos decir entonces que el corazón es, respecto al tiempo, lo que el ojo respecto al espacio.
3. Si el corazón (debido a su importante participación en la conmoción vegetativa que llamamos emoción) se arroga la representación general de los sentimientos, puede también, por la misma razón, representar, en general, los proto-afectos: aquellos estados afectivos inefables vinculados a lo que denominamos des-concierto afectivo. Cuando decimos que el corazón “recuerda” o pre-siente, es porque le adjudicamos la representación de un protoafecto. Dado que los protoafectos, en condiciones normales, tienden a desarrollarse como sentimientos que son nuevos para la persona que experimenta ese proceso, podemos decir también que el corazón puede representar esa particular integración por la cual “nacen” los distintos afectos.



Estas pautas inconcientes corresponden a adquisiciones tan precoces que han de situarse en la prehistoria filogenética (Freud, 1915*e*\*), y de ahí que su carácter universal posibilite la comunicación empática entre los distintos individuos, en la medida en que éstos son capaces de compartir afectos idénticos y reconocer en el prójimo, mediante la contemplación de un comportamiento “objetivo”, la existencia de una particular y específica vertiente subjetiva.

Freud sostuvo, sin embargo, a partir de este punto, algo mucho más importante. Había descubierto que el ataque histérico (Freud, 1909*a* [1908]\*) corresponde a una reminiscencia encubierta, ajena a la conciencia, de un suceso motor que en su momento original fue una reacción justificada ante un suceso traumático infantil que, por lo doloroso, debió ser reprimido, y que esa reacción, iterativamente repetida de manera inconciente, en situaciones actuales frente a las cuales se demuestra injustificada, no era otra cosa que la perduración simbólica –a la manera de un monumento conmemorativo (Freud, 1923*b*)– de aquel suceso traumático. Sostuvo entonces, dando un paso más adelante en su teoría, que los afectos se constituían al modo de ataques histéricos típicos y heredados, que correspondían a sucesos traumáticos filogenéticos, frente a los cuales constituyeron alguna vez acontecimientos motores justificados (Freud, 1926*d* [1925]\*). Algunas ideas de Wundt y de Darwin coinciden en más de un punto con estas formulaciones de Freud (Chiozza y colab., 1970*p* [1968]).

El ataque histérico es entonces comparable a un afecto individual neoformado, y el afecto normal, a la expresión de una histeria universal que se ha hecho hereditaria (Freud, 1916-1917 [1915-1917]\*, 1926*d* [1925]\*). Por este motivo decíamos que la “identidad fundamental existente, en cuanto a su estructura constitutiva, entre histeria y emoción, nos permite comprender las llamadas organoneurosis como conversiones histéricas que afectan a las inervaciones vegetativas” (Chiozza, 1975*c*).

El estudio psicoanalítico de las enfermedades psicóticas y neuróticas nos acostumbró a perseguir cuidadosamente las vicisitudes de los afectos en la constitución de los síntomas. Aprendimos así a descubrir, también en los síntomas y signos de las enfermedades somáticas, la descomposición y transformación de las distintas “claves”, ideas inconcientes, o conjuntos de inervación que configuran, en el momento de su descarga, los diferentes afectos (Chiozza, 1975*c*)<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> Así como existe un núcleo o parte neurótica y otra psicótica en la personalidad “normal”, debe existir también una parte, constituida por la deformación de los afectos, que podríamos denominar patosomática (Chiozza, 1975*c*).

### 3. Las cardiopatías isquémicas

Dijimos ya que en el conjunto de las inervaciones constitutivas de cada afecto participa regularmente un componente vasomotor, cuya calidad particular puede arrogarse la representación simbólica de la clave completa, debido a que interviene de una manera preponderante en el conjunto que corresponde a esa clave. También señalamos que el corazón es un vaso sanguíneo modificado y altamente diferenciado y que por este motivo es capaz de arrogarse a su vez la representación completa de las diferentes calidades de la primitiva función vasomotora, que forman parte de las distintas claves de inervación. Se presta, además, especialmente, para representar los diferentes matices o acentos que participan en la configuración de cada uno de los afectos particulares, gracias a la evolucionada complejidad de su funcionamiento, evidenciada especialmente en la complejidad de su estructura orgánica y de su sistema autoexcitador.

Hemos dicho también que el corazón es el órgano más adecuado para arrogarse la representación de aquellos estados de “presentimiento” (el “pálpito”) que anteceden o sustituyen a la configuración de los afectos. Tal como lo expresamos en otro lugar (Chiozza, 1980f), si tenemos en cuenta que la excitación que no ha llegado a configurarse como la pauta de una acción eficaz es experimentada como un peligro o amenaza de desorganización cuya manifestación patosomática podría llegar a constituir un ataque epiléptico “funcional” o una neuroaxitis “anatómica” (por ejemplo, esclerosis en placas), podemos pensar que la excitación que no ha llegado a configurarse como la pauta de un afecto coherente es experimentada como una amenaza de desorganización cuya manifestación patosomática podría llegar a constituir una arritmia cardíaca “funcional” (por ejemplo, extrasistólica) o un bloqueo de rama “anatómico”.

Es necesario preguntarse cuáles son las razones que impiden la configuración del afecto y a qué vicisitudes puede dar lugar esa imposibilidad. Algunas observaciones realizadas en pacientes con cardiopatías isquémicas parecen arrojar luz sobre ambos interrogantes.

La teoría psicoanalítica (Freud, 1915d\*, 1915e\*) subraya que el motivo de la represión es impedir el desarrollo de un afecto penoso, cuya clave de inervación, ya configurada, se encuentra en lo inconciente. En los casos que nos ocupan, en cambio, se trata precisamente de inhibir o coartar *in statu nascendi* el proceso por el cual una excitación configura un afecto, debido a que el presentimiento o la prefiguración de ese protoafecto permite “pre-ver” una insoportable penuria. El lenguaje

posee una expresión que, si bien no es exacta en su significado riguroso, representa adecuadamente ese estado. El proto-afecto pre-sentido, de ser configurado, llegaría a constituir “algo que no tiene nombre”, literalmente una ignominia, o, como se dice a veces, “algo ignominioso”. Pero no con el significado literal de algo que es inefable pero puede ser agradable, sino para referirse a lo que se presiente como tan “inconcebible”, increíble, incalificable e indignante, que ni siquiera puede ser cabalmente sentido ni calificado con palabras. Explorando en la raíz etimológica (Corominas, 1983) de la palabra “dignidad”, comprobamos su identidad de origen con “decencia” y “decoro”, que corresponden al significado de aquello que conviene, y es honorable (también bello). Lo importante para el tema que nos ocupa reside en que de la palabra “decoro” deriva “condecoración”, y que la condecoración, que aumenta el decoro, se coloca sobre el pecho, en el lugar del “noble” corazón, como si esto correspondiera a la percepción inconciente de que la condecoración es la contrapartida de aquel estado “cardíaco” que denominamos ignominia. “Decoro” es también adorno u ornato. Suele decirse, irónicamente, ante el engaño vinculado a la infidelidad amorosa, que el amante engañado ha sido “adornado”, como si se aludiera con esto, por contrafigura, a la ignominia implícita en la traición. La ignominia equivaldría a una degradación o pérdida de todo grado, decoro o condecoración. La degradación, lo mismo que la colación de grados o la condecoración, son ceremonias públicas. Para que la degradación constituya aquel estado que denominamos ignominia es necesario que el sujeto que es objeto de ella se la “tome a pecho”, es decir, que se des-moralice, que experimente el sentimiento acorde con la degradación que le fue impuesta desde el exterior. Es también imprescindible que “la culpa” no pueda quedar, en su ánimo, definitivamente atribuida, y que la situación, al mismo tiempo, deba ser solucionada y sea “insoluble”. Esta imposibilidad de atribución de la culpa y el sentimiento de deber realizar una obra de amor imposible configuran, en su conjunto, el conflicto más “humanitario” de cuantos cabe concebir. Por eso no debe extrañarnos que la enfermedad cardíaca quede asociada permanentemente a la idea de una muerte noble.

Las vicisitudes somáticas de una situación semejante podrían alcanzar la forma de un estrangulamiento coronario funcional o anatómico, capaz de representar adecuadamente, de un modo simbólico, la coartación del nacimiento del protoafecto correspondiente, prefigurado y pre-sentido, nacimiento que de ocurrir conduciría hacia la configuración completa del afecto, mediante una clave coherente de inervación. Cabe suponer que la imposibilidad de descarga mediante

una pauta afectiva ya configurada, imposibilidad cuya representación patosomática se adjudica la angina (funcional o anatómica), deja una excitación remanente, cuya representación patosomática podría constituir una arritmia (funcional o anatómica)<sup>11</sup>.

La presencia de un suficiente incremento tanático en la pulsión implicada permitiría comprender, frente a una fantasía común, las diferencias que, en las cardiopatías isquémicas, configuran el gradiente que va desde la angina al infarto. La muerte adquiriría el significado de una reacción frente a un tipo de ignominia que no sólo no debe sentirse, sino que tampoco se debe vivir. Cuando esta ignominia debe “lavarse con sangre”, nos encontraríamos con la rotura cardíaca, en la cual aparece el elemento “crueldad” (de *cruur*: sangre derramada) (Corominas, 1983).

La interpretación de las cardiopatías isquémicas en términos de ignominia nos permitiría comprender, frente a la profunda crisis axiológica que conmueve al mundo moral de nuestra época, el hecho de que esta enfermedad haya aumentado su frecuencia y constituya la causa del mayor número de muertes.

<sup>11</sup> Aclaremos un poco mejor, o desde otro ángulo, cómo podemos concebir este proto-afecto. En un sentido amplio, “afecto” es todo proceso de descarga que *afecta* al organismo por el cual transcurre. Desde este punto de vista, un protoafecto sería de todos modos un afecto, e ingresaríamos en una aparente contradicción. Sin embargo, cabe hacer una primera distinción entre aquellos afectos inefables que la conciencia no puede nominar y los sentimientos, hasta cierto punto tipificados, a los cuales puede hacerse referencia mediante la palabra. Puede hacerse una segunda distinción, en los afectos inefables, entre aquellos que, aun sin poder ser nominados, poseen una clave típica y coherente y los que no cumplen con aquella condición. Estos últimos constituyen un *estado afectivo* conflictivo en el cual diversas claves se disputan la descarga, o, dicho en otras palabras, un des-concierto afectivo. Este tipo de estado, al que denominamos protoafecto, forma parte de toda persona y, en condiciones normales, tiende a configurarse adquiriendo la coherencia de un sentimiento, *nuevo* para esa persona. El corazón, en su carácter de vaso sanguíneo central y más complejo, se debe arrojar a menudo la representación de ese conjunto entero que llamamos “estado afectivo” y, especialmente, del proceso que intenta obtener la con-cordancia del des-concierto que constituye una dis-cordia o conflicto afectivo. El proceso de coartación o inhibición de la configuración de un afecto coherente a partir de la situación de ignominia (que la cardiopatía isquémica, a nuestro entender, simboliza) puede ser concebido como la reactivación patosomática de un suceso motor que, en su origen filogenético, fue un “acto justificado”. Encontramos la representación de este particular “suceso motor filogenético justificado” en el proceso que la biología denomina “autotomía” y cuyos equivalentes psíquicos fueron descriptos por varios autores (Baldino, 1978).

## 4. El dolor y la angustia en la angina

Freud incluye, dentro de la teoría de los afectos, al dolor y la angustia (Freud, 1926*d* [1925]\*). En este sentido amplio, que incluye, además, a los llamados equivalentes sintomáticos de los afectos, toda descarga motora que no constituya una acción eficaz configura un afecto (Chiozza, 1976*h* [1975]). Cuando, en 1926 (Freud, 1926*d* [1925]\*), retoma el problema de la angustia, afirma que lejos de ser un hecho físico sin representación, constituido por la conversión directa de la libido, consiste en un afecto que “contiene” la historia del trauma de nacimiento de la misma manera que el síntoma histérico contiene la historia de un suceso traumático infantil.

La palabra “angustia” tiene en su origen el significado de angostura y opresión, y, tal como lo señalamos en otra ocasión, “no ha sido elegida al azar para nominar a ese estado afectivo, sino como un derivado apropiado para arrogarse la representación de una estructura compleja de ideas inconcientes ligadas a un conjunto de vivencias prototípicas” de atolladero estrecho y anoxia, arcaicas y heredadas, “que se renuevan una y otra vez en el instante magno de cada nacimiento a la vida extrauterina” (Chiozza, 1981*g*). Sin embargo, pensar en la existencia de una realización simbólica, “representativa”, inherente a la llamada “conversión directa” de la libido insatisfecha en angustia, no implica desconocer la importancia de la magnitud cuantitativa y energética de esa insatisfacción actual. El significado histórico sólo puede darse en una realidad física actual, pero la actualidad física siempre es una plétora de significado histórico (Chiozza, 1981*g*).

Fleming decía que “los procesos que engendran la angina de pecho y la angustia son en principio los mismos” y que “toda angustia representa una angina de pecho leve, un acceso ligero” (citado por Schwarz, 1925, pág. 216). Dado que en los síntomas somáticos que conforman la angustia se mezclan y homologan fenómenos fundamentales con otros secundarios o accesorios, no es aventurado afirmar que la llamada estenocardia forma una parte esencial de la genuina y primaria clave de inervación del afecto que denominamos angustia, configurada por un tipo particular de estenosis “central”, vinculada a la opresión, la estrechez y la anoxia. Es curioso que, aunque los términos “angina” y “angustia” derivan de una misma raíz etimológica, el primero sólo se utilice para nominar un fenómeno que se categoriza como somático y el segundo designe a un fenómeno que se interpreta como psíquico.

Teniendo en cuenta que toda estenocardia es un complejo funcional compuesto en proporciones disímiles por elementos espasmódicos y oclusiones o rigideces coronarias anatómicas (para designar los más comunes), resulta significativa la distinción que Schwarz (1925, pág. 217)

realiza, llamando “acceso anginoso auténtico” al que se produce como consecuencia de un espasmo y que constituye, en su opinión, una crisis que pone en serio peligro la vida del enfermo. Considera, en cambio, que la angina de esfuerzo no ofrece el mismo riesgo inmediato, en la medida en que su dependencia directa del trabajo corporal permite en cierto modo prever y controlar la aparición del episodio.

Nos parece útil distinguir en la estenocardia tres constelaciones entre las que construyen la sintomatología, las cuales, desde el punto de vista que constituye nuestro tema, deben corresponder a distintos significados inconcientes.

En primer lugar, el *dolor estenocárdico*, que nos parece vinculado de una manera más clara y directa con la llamada angina de esfuerzo (aumento de la demanda de oxígeno), encontraría su significado primario en la necesidad de protegerse frente a la realización simbólica de una tarea que, en lugar de ser una respuesta valiente a una ofensa subyacente, constituye el coraje temerario de quien excede sus posibilidades de reacción<sup>12</sup>. La *claudicación* de este esfuerzo podría quedar representada en la insuficiencia cardíaca.

En segundo lugar, la *angustia*, que durante los accesos (angina) no funcionaría como una leve señal, sino fundamentalmente bajo la forma de “angustia catastrófica” (que reedita el trauma de nacimiento como rotura de un vínculo simbiótico-umbilical), quedaría especialmente relacionada con el componente espasmódico (disminución de la oferta de oxígeno) y aportaría al cuadro de la cardiopatía isquémica su propio significado dramático de estrangulamiento y agonía.

En tercer lugar, la *isquemia miocárdica* (anoxia), como fenómeno fundamental específico del cuadro que subyace a los otros dos, aportaría el significado esencial constituido por la coartación de un proto-afecto presentado que no puede “nacer” hacia la configuración completa de su clave, por ser considerado una *ignominia* degradante.

### III. Relato de una patobiografía

#### 1. La historia clínica

El paciente que vamos a presentar tenía 56 años en el momento de la consulta. Trece años antes, a los 43, comenzó un cuadro anginoso

<sup>12</sup> Encontramos aquí una analogía con lo que Selye denomina “una reacción catastrófica excesiva y perjudicial”, en su teoría del síndrome general de adaptación en respuesta al estrés (Selye, 1974).

de reposo. Las crisis se producían, de manera típica, a las cuatro de la mañana y cedían espontáneamente en unos quince minutos. Se reiteraban con una periodicidad aproximadamente mensual. Hoy, retrospectivamente, podemos establecer el diagnóstico presuntivo de una angina de tipo Prinzmetal.

Diez años más tarde, cuando tenía 53, agregó a su cuadro una angina de esfuerzo. Los episodios de este último tipo se presentaban al caminar después de comer, al subir cuestras, al exponerse al frío, al recorrer trayectos de 200 a 300 metros, configurando un cuadro de angina común inestable de tipo progresivo perteneciente al grupo 2 (Battle y Bertolassi, 1974; Farreras Valentí y Rozman, 1972). Se aliviaban con la administración de vasodilatadores coronarios por vía sublingual<sup>13</sup>.

Dos meses antes de la consulta actual, en ocasión de hallarse de viaje, se intensifica la angina de esfuerzo y padece numerosos episodios de angina de reposo.

El examen clínico de su aparato cardiovascular, efectuado como parte del estudio patobiográfico que realizó en nuestro Centro (por los doctores J. J. Sainz y H. Moguilevsky), no arroja resultados anormales. La frecuencia cardíaca es de 68 pulsaciones. La tensión arterial 130 y 80. En el electrocardiograma (doctor Moguilevsky) aparece bloqueo incompleto de rama derecha. La coronariografía (doctor Moguilevsky) revela lesiones coronarias leves y difusas. El fondo de ojo (doctor C. Argento) revela una relación arteriovenosa de 2/3 a 2/4, con brillo ligeramente aumentado y discreta dilatación venosa, lo cual se interpreta como signo de arterioesclerosis incipiente. Presenta un discreto sobrepeso, fuma de 60 a 80 cigarrillos por día desde los 15 años. El laboratorio (doctor H. Camarotta) permite comprobar hiperlipidemia de tipo IV<sup>14</sup>.

A los 54 años padeció dos episodios de gota aguda. Ambos padres han sufrido infarto agudo de miocardio. Un hermano mayor registra

<sup>13</sup> Isordil (dinitrato de isosorbide) 5 mg.

<sup>14</sup> Fredrikson y colaboradores, sobre la base de los patrones característicos de las anomalías en los lípidos y en las lipoproteínas obtenidos por las electroforesis en papel, separaron las hiperlipidemias primarias familiares en cinco categorías o genotipos: I, quilomicrones y triglicéridos elevados con colesterol normal; II, betalipoproteínas y colesterol elevados con triglicéridos normales; III, prebetalipoproteínas anormales con colesterol y triglicéridos aumentados; IV, prebetalipoproteínas y triglicéridos elevados con colesterol normal o aumentado; V, quilomicrones, prebetalipoproteínas, colesterol y triglicéridos elevados. Los grupos II y IV son los más frecuentes, el tipo I es extremadamente raro, y el III y V son poco comunes (Iovine, 1981).

hipercolesterolemia. De los factores de riesgo identificados por la experiencia cardiológica como antecedentes que ensombrecen un pronóstico, presenta, en diverso grado, todos ellos, excepto diabetes e hipertensión arterial (Cohen y Feldstein, 1981; Iovine, 1981).

En el momento de la consulta, la afección de nuestro paciente fue diagnosticada como una angina tipo Prinzmetal, cursando hacia una forma clínica inestable de carácter progresivo. La indicación terapéutica cardiológica consistió en la prescripción de un vasodilatador coronario de acción prolongada, que se supone favorece el desarrollo de irrigación colateral, aumenta el aporte de oxígeno, reduce su consumo y descarga la presión cardíaca<sup>15</sup>. Se le prescribió también un antiarrítmico, que posee además acción vasodilatadora<sup>16</sup>, y consejos higiénico-dietéticos.

La casuística (Chirife, 1981) nos indica que los pacientes que sufren angina de Prinzmetal pueden presentar las siguientes posibilidades evolutivas: a) muerte durante el ataque (probablemente por infarto o por fibrilación ventricular); b) infarto de miocardio no fatal (el cuadro anginoso desaparece inmediatamente de producirse el infarto); c) cardiopatía isquémica progresiva; d) desaparición espontánea y gradual del cuadro anginoso. No hemos encontrado datos estadísticos acerca de la proporción relativa de estos desenlaces<sup>17</sup>.

<sup>15</sup> Adalat (nifepidina) 10 mg.

<sup>16</sup> Atlansil (clorhidrato de amiodarona) 200 mg.

<sup>17</sup> El doctor Carlos Tajer, cardiólogo a quien consultamos en enero de 1993 a los fines de actualizar nuestros datos, nos comunicó las siguientes conclusiones. Se define a la angina de Prinzmetal como una angina de reposo con elevación del segmento ST del electrocardiograma y con ausencia de angina de esfuerzo. Se atribuye al espasmo de las arterias coronarias. En la literatura americana se denomina "angina variante" a todo episodio que sucede en reposo con elevación del segmento ST. Algunos pacientes padecen de una forma pura que consiste en espasmo coronario sin enfermedad coronaria. A esta forma se la denomina "variante de la variante".

En Italia se ha propuesto la denominación de "angina primaria", es decir, aquella que no es desencadenada por un aumento del trabajo cardíaco. El mecanismo vasoespástico es el predominante, pero no es el único. Una etapa evolutiva es la aparición de anginas de Prinzmetal con coronariopatías. Esta situación es sugestiva de un accidente de la placa ateromatosa que la hace más sensible a todo estímulo vasoconstrictor y, a su vez, predispone al desarrollo de trombosis localizada.

Los Prinzmetal con coronariopatías sufren infartos en una proporción del 8 al 15%. Aquellos pacientes que tienen sus arterias coronarias normales se infartan en una proporción 2 a 3 veces menor, es decir, del 3 al 5%.



## 2. Dos tipos de historia

Hemos trazado un apretado resumen de su historia clínica. Como médicos que exploramos físicamente al enfermo, y por comparación con la norma, registramos una alteración en la forma, la estructura o la función. De este modo, hallamos en la materia una historia, concebida como sucesión cronológica de un conjunto de acontecimientos, que interpretamos como causas, cuyos efectos consisten en la alteración observada.

Pero esta historia clínica no es la única historia que podemos extraer de la exploración de los hechos. Existe otro tipo de historia, que denominamos narración o relato de sucesos biográficos. Es una historia que transcurre entre personas, y cuyos elementos se articulan entre sí mediante la significación que relaciona a los símbolos con la realidad que simbolizan. Esta relación, distinta de la relación causa-efecto, es la que brinda a ese conjunto de sucesos la característica esencial que lo define como una historia biográfica.

Veremos ahora si ese tipo de historia nos permite enriquecer nuestra comprensión de los acontecimientos que configuran la patología de nuestro paciente y ejemplificar las consideraciones que, acerca de las cardiopatías isquémicas, hemos realizado en la primera parte de este trabajo.

## 3. Primeros capítulos de la biografía

A los 19 años, en el pueblo de provincia donde transcurrió parte de su adolescencia, Ernesto conoce a Claudia, hermana de un amigo. Ambos crecieron juntos y mantuvieron un largo noviazgo. Ella compartió sus dificultades de estudiante y sus inseguridades juveniles. Ernesto había sido un niño introvertido, enfermizo y tímido. Su hermano, Rodolfo, cuatro años mayor, jovial y deportista, lo protegía. Su padre, italiano y de carácter fuerte, jugaba al póquer con amigos y tenía frecuentes aventuras con las pasajeras del hotel que regenteaba. Su madre, de la cual era el preferido, descendía de vascos franceses. Era dura, retraída, muy ajustada a reglas preestablecidas, y lo castigaba frecuentemente. Ernesto solía tener pesadillas, de las cuales se despertaba angustiado. De los 9 a los 11 años vivió pupilo en un colegio del cual salía solamente los fines de semana. Recuerda que se masturbaba a los 10 años y que espiaba a las hermanas de un amigo cuando se desvestían. Lo operan a esa edad de una ectopía testicular congénita. Poco después sufre repetidamente de orzuelos. A los 14 años tuvo su primera relación sexual con una prostituta, de una manera penosa, que no le dejó un buen recuerdo. Ese

mismo año sufre una amigdalitis severa que culmina con una amigdalectomía, durante la cual el médico le dio una cachetada que “le dolió mucho más anímica que físicamente”. Por esta época se sospecha una tuberculosis pulmonar. A los 15 años le operan un hidrocele que le había quedado como secuela de la intervención por la ectopía testicular, y a los 16 sufre una apendicectomía.

A los 20 años tiene una reacción urticariana gigante luego de una vacuna antitetánica, y a los 21 se le realiza una plástica de reconstrucción para corregir los resultados de la operación del hidrocele. A esta edad comienza el noviazgo con Claudia, que duró nueve años y durante el cual pudo unir por primera vez la sexualidad con el amor. No fue un estudiante brillante. Tenía además mucho miedo a los exámenes, frente a los cuales sufría de palpitaciones. Se recibió de ingeniero civil a los 27 años. En ese momento su padre, que tenía 57 años, sufre un infarto de miocardio y un accidente vásculo-encefálico, que lo deja con una hemiplejía izquierda.

Después de recibirse no se interesó más en su carrera. A los 28 años comienza a trabajar en un estudio de arquitectura, donde hace rutinariamente cálculos de estructura. Dos años después ingresa como inspector de obra en una industria del Estado y comienza a destacarse y a escalar posiciones. Entonces, a los 31 años, decide casarse con Claudia. Cuatro meses después la madre sufre un infarto de miocardio, y esa misma noche el padre muere por un edema agudo de pulmón, a los 64 años.

En este período la carrera de Ernesto es ascendente. Cuando tiene 33 años nace Eugenia, su primera hija, y dos años después es nombrado jefe en un importante departamento de la empresa. Durante el período que va de sus 21 a sus 35 años, en el cual se consolida su relación con Claudia, Ernesto no sufre enfermedades orgánicas, accidentes ni intervenciones quirúrgicas.

#### **4. La culminación de su carrera**

Claudia es una mujer de buen carácter, pero de mano firme y de no dejarse manejar. Trabaja en fisioterapia y tiene una *boutique* con la cuñada, esposa de Rodolfo, que es cirujano, profesor de la facultad y un hombre satisfecho en su profesión, un hombre “que ha triunfado”.

A los 35 años, cuando lo nombran jefe en un cargo de responsabilidad, que implica vinculaciones internacionales, comerciales y ligadas a la industria petrolera, Ernesto sufre una parotiditis urliana que no le deja secuelas. A los 36 años, durante el segundo embarazo de Claudia (de Alejandra, la hija que morirá cinco años después), sufre su primer episodio de úlcera duodenal.

A los 37 años, poco después de haber nacido Alejandra, padece un nuevo episodio ulceroso, esta vez con aparición de melena, el más dramático de cuantos experimentó. Ernesto relaciona ese episodio con el hecho de que nombraron a otro para desempeñar el cargo que había creído que le darían a él. Recuerda angustiado que tuvo dos hemorragias en el mismo día, y que tuvo que empezar “como si naciera de nuevo, con leche, cremitas y papilla, hasta poder volver a comer carne”.

A los 38 años, cuando la madre sufre una hemiplejía izquierda, tiene una caída con luxación de la muñeca. A los 39 años su desarrollo profesional culmina. Siente que se empiezan a producir cambios muy fuertes porque se convierte en la persona de confianza de todas las autoridades de la importante empresa estatal. Crecen sus negociaciones internacionales y lo designan representante de la empresa ante una comisión ministerial. Llegamos así a los 40 años, cuando, “de golpe”, se convierte en delegado de su país ante un importante organismo internacional. Un nuevo episodio ulceroso acompaña a este desarrollo. Y a los 41 años se transforma en el jefe de dicha representación. Ocurre entonces una importante transformación. Se le ofrece un ascenso conflictivo, que implica una significativa mejora económica, trasladarse fuera del país y abandonar la empresa para ocupar un cargo permanente en el organismo internacional.

Algo ha cambiado al mismo tiempo en su relación con Claudia. Se enamora de Mariana, una abogada que trabaja con él, estableciendo una relación que ella mantiene en el terreno platónico y que Ernesto siente que hace peligrar su matrimonio. Siempre ha sido religioso, creyente y practicante. A pesar de que sus relaciones sexuales con Claudia le parecen buenas, piensa que Claudia no se satisface del todo en el coito. Piensa también que su esposa sospechaba la existencia de otra mujer.

Ya viviendo en el extranjero, su madre, a los 73 años, muere repentinamente en el Paraguay por una hemorragia cerebral. Ernesto tiene 41 años y los hilos que tejen la urdimbre que conforma su destino confluyen para configurar el episodio culminante de su drama vital.

## 5. El accidente

Estamos en invierno. Hace cuatro meses que Ernesto ha perdido a su madre. Decide viajar al Paraguay para liquidar algunas cosas, y lo hace con Claudia, Eugenia y Alejandra. Los aviones están repletos y consigue, por casualidad, pasajes en barco para realizar un trayecto indirecto. La noche de la partida hay mucha niebla y el navío en el cual se embarcan es el único

que sale de puerto. De pronto, en mitad de la noche, fuertes golpes en la puerta del camarote los despiertan. A Ernesto se le ocurre que han asaltado el barco. Rápidamente les hacen poner los chalecos salvavidas y dirigirse a la cubierta superior. El barco ha chocado con un casco hundido. El frío es intenso y, buscando el calor, se apretujan alrededor de la chimenea. Todos piensan en un hundimiento. De pronto, surge una llamarada del interior de la nave y el pánico cunde. Una avalancha de gente lo separa de Claudia y Alejandra, y él se queda con Eugenia, que tiene 9 años. Decide tirarse al agua, porque piensa que el barco se ha de incendiar. Claudia y Alejandra estaban arriba, y Ernesto les hace señas de que se tiren al agua, pero enseguida las pierde de vista. Ernesto y Eugenia permanecen en medio de la noche cinco horas en el agua, y los rescatan casi congelados. El barco no se hunde y tampoco se incendia. La gran mayoría de las personas permanecieron a bordo y salvaron sus vidas. Pocas horas después se encuentran en el agua los cadáveres de Claudia y Alejandra.

## 6. Laura

Durante la época posterior a este accidente Ernesto siente que su creencia religiosa se debilita. También abandona desde entonces su actividad deportiva.

Dos años más tarde viaja con una beca a Bélgica, y allí conoce a Laura, que pertenece a la nobleza de Holanda. Es joven y atractiva. La ve linda, interesante e inteligente. Se sienten mutuamente atraídos. Buscando un pretexto para relacionarse con ella, Ernesto organiza una reunión en su casa. Ya comenzada la fiesta, se da cuenta de pronto de que se olvidó de invitarla. Pasados unos días la llama para reparar su olvido y así comienza entre ellos una relación más íntima. Eugenia y la familia de Claudia no ven con buenos ojos esta relación. Cuando Ernesto decide casarse, le cierran la puerta de sus casas. A pesar de la discordia y de la ruptura del vínculo con la familia de Claudia, a pesar del rechazo de Eugenia, que ahora tiene 11 años, casi enseguida contrae matrimonio con Laura. Poco tiempo después comienzan los primeros episodios de angina, que le atacan de noche, durante el reposo, para desaparecer espontáneamente en unos quince minutos. Evidentemente, el conflicto entre su amor por Laura y los sentimientos de culpa, incrementados por la actitud de su hija y de la familia de su primera mujer, no es suficiente para que podamos comprender acabadamente por qué padece en esta situación precisamente un cuadro anginoso.

## 7. Episodios biográficos de otros pacientes con cardiopatías isquémicas

Detengamos aquí por un momento nuestro relato acerca de Ernesto, para incluir brevemente la historia de lo sucedido a otros dos pacientes de nuestro Centro (Scapusio, 1981), a los cuales llamaremos León y Don Mario.

León tiene 60 años. Economista dedicado a las finanzas, consulta a raíz de un episodio de dolor precordial agudo, que fue diagnosticado como angina de pecho. Casado, padre de tres hijos, es un hombre adinerado, que ocupa en la familia el lugar de un patriarca. El episodio que motiva la consulta ocurre durante una cena familiar, con su mujer y sus hijos ya casados. En la sobremesa hablan de negocios. Varios años atrás León había prestado a uno de sus hijos una importante suma de dinero para que iniciara actividades independientes, que actualmente ya se han concretado con éxito. Ahora, en la sobremesa, León le recuerda a su hijo lo que han acordado con respecto a la devolución del préstamo. Éste, en un duro intercambio de palabras, y frente a toda la familia, acaba diciéndole: “No seas mentiroso, nunca me prestaste nada”. Cuando el paciente nos cuenta muy conmovido este episodio, agrega: “Cuando vi que la situación no era adecuada para discutirlo, lo di por terminado, y pensé: algún día lo vamos a arreglar”. Cinco minutos después comienza un dolor precordial que se va intensificando a pesar de la medicación suministrada.

Don Mario llega a la consulta luego de un diagnóstico de cardiopatía isquémica, con un electrocardiograma que muestra secuelas de necrosis anterolateral y con signos de una insuficiencia cardíaca compensada. Cincuenta y seis años, casado, con dos hijos, padre tierno y cariñoso, proviene de una familia humilde. Con su trabajo de electricista logró brindar a ambos hijos la posibilidad de completar estudios universitarios. Recordando sus “viejos pecados de la soltería”, nos cuenta acerca de aventuras sexuales entabladas con mujeres en la oportunidad en que les instalaba artefactos eléctricos. Esto contrasta con su vida sexual actual, limitada a las relaciones con su mujer, que siente pobres en frecuencia y calidad.

Unos meses atrás se casó su hija. El marido proviene de un nivel socioeconómico muy superior. La nueva pareja vive en un hermoso piso, suntuosamente decorado. La hija le pide que le instale los artefactos eléctricos. En una pausa de la fatigosa tarea busca descanso en un sillón del living. Su hija lo detiene enojada, recriminándole, porque con sus ropas de trabajo le ensuciaría el lujoso sillón recién adquirido. Le ofrece, en cambio, una silla de la cocina. Sentado precisamente en esa silla, siente los primeros dolores estenocárdicos.

¿Qué es lo que tienen en común las situaciones aquí reproducidas, que preceden, con un carácter más o menos inmediato, a la aparición de un episodio estenocárdico? En estas situaciones que hemos traído como ejemplo, así como en otras que hemos observado, encontramos un conjunto de factores que configuran el estado anímico que hemos denominado “una ignominia”<sup>18</sup>.

León ha sentido que la negativa de su hijo, en presencia de toda la familia, como respuesta a su actitud de padre que se ha ocupado del futuro de ese hijo, es algo que “no tiene nombre”. Es algo que le duele y lo afecta profundamente, sin que al mismo tiempo encuentre palabras para calificarlo adecuadamente, ubicándolo en alguna de las categorías que distinguen

<sup>18</sup> Tanto en la novela *El desperfecto*, de Dürrenmatt (1956), como en la película *Grupo de familia*, de Visconti, podemos contemplar una descripción magistral de la situación que nos interesa, pero relataremos aquí brevemente otro caso ilustrativo, y citaremos el de un paciente estudiado por Weizsaecker (1941). Este último permite extraer conclusiones semejantes desde una descripción obtenida por un observador “imparcial”.

Juan, de 49 años (paciente de nuestro Centro), sufrió un episodio con intenso dolor precordial y shock, a pesar del cual se sobrepuso y siguió manejando el automóvil en que viajaba, hasta llegar a su casa. No solicitó atención médica. Cuatro meses después, el electrocardiograma muestra la existencia de un antiguo infarto que, se presume, corresponde al episodio narrado por Juan. Ocuparía demasiado espacio narrar las circunstancias que precedieron a ese episodio y que permiten reconocerlo como una ignominia. Casi un año más tarde muere la madre de Juan, y cuando, dos meses después, va al departamento en el cual ella vivía y que él le había comprado, lo encuentra vacío. Se comunica con su única hermana, y ella le expresa que se ha llevado todo. Juan se concreta a reclamarle sólo algunos objetos y especialmente una joya que él le había regalado a su madre. Su hermana le responde: “Vos tenés mucha plata”, y le corta la comunicación. Al día siguiente, Juan tiene su segundo infarto.

El paciente de Weizsaecker ha sufrido dolores precordiales y palpitaciones, y se le encuentra una insuficiencia cardíaca con disnea, intensos edemas maleolares, “hidropesía” e hipertensión arterial, un soplo sistólico mitral y arritmia con fibrilación auricular y extrasístoles ventriculares. La situación desencadenante a la cual el paciente, un anciano trabajador de canteras, atribuye la enfermedad, es la siguiente: habita con su esposa una modesta casa de su propiedad, en la cual su hijo, su nuera y sus seis nietos conviven con ellos. Ahora su hijo, instigado por la nuera, quiere obligarlo a vender la casa y darle el dinero. Como él teme, por sí mismo y por su anciana mujer, “quedar en la calle”, se resiste a la presión ejercida. Entonces estalla una violenta disputa, en donde su nuera y su hijo lo ofenden y lo insultan y llegan hasta el extremo de proferir amenazas que lo obligan a recurrir a la intervención policial. Además de la situación de ignominia que constituye nuestro presente interés, cabe destacar aquí la relación existente entre la hipertensión y el enojo, así como la coincidencia entre el llanto intensísimo en que culmina la crisis anímica del paciente y la desaparición del edema (Weizsaecker, 1941).

los actos y los sentimientos humanos. No sabe qué decir, qué pensar ni qué sentir, en una relación semejante que lo deja estupefacto, *sin poder determinar acertadamente en dónde reside la culpa por esa situación*. Se trata de una situación que experimenta como algo que no debe suceder, a pesar de que no puede, al mismo tiempo, encontrar la manera de que otra cosa suceda en su lugar. Frente a una constelación anímica como esta, nos parece comprensible que el corazón (un órgano que puede arrogarse la representación simbólica del proceso mediante el cual se configuran las claves de inervación que constituyen los afectos, es decir, el órgano que se adjudica la representación del tono afectivo o del acento o importancia que cualifica cada instante que se vive) se adjudique, también, la representación del intento de estrangular dicha actividad, simbolizando de este modo la negativa a constituir un afecto ignominioso.

Don Mario aprovechaba los servicios que brindaba a sus clientes para vivir los deleites de aventuras amorosas que ahora, en el presente de su situación conyugal, constituyen el recuerdo de un bienestar perdido. Cuando su hija se casa y es él quien debe instalarle los artefactos eléctricos, sus fantasías incestuosas, dolorosamente excitadas por el reciente casamiento, reciben el incremento adicional configurado por la coincidencia de la instalación eléctrica, que reactiva el recuerdo de sus aventuras amorosas. Esta situación, reprimida con esfuerzo, amenaza de pronto irrumpir violentamente en la conciencia, cuando la hija lo saca con malas maneras del sillón del living. El agregado de este nuevo elemento al conjunto reprimido lo desestabiliza bruscamente mediante la intervención de un componente de violencia, que puede llegar hasta el extremo de combinar la fantasía incestuosa con imágenes crueles de violación sádica.

Nada tiene de extraño que la oscura percepción o pre-sentimiento de la pre-disposición a experimentar plenamente estas emociones configure en Don Mario el estado de ánimo que hemos caracterizado como ignominia, para cuya comprensión cabal es necesario tener muy especialmente en cuenta un elemento esencial, constituido por la imposibilidad de atribuir la culpa principal a alguno de los personajes de la escena inconciente. Menos ha de extrañar todavía que el ataque cardíaco ocupe en la conciencia el lugar que correspondía a una ignominia, que, de ser conscientemente asumida, hubiera debido también acompañarse por la conciencia detallada de los motivos o razones que llegan a configurarla<sup>19</sup>.

---

<sup>19</sup> Valen aquí las reflexiones que realizamos en el trabajo "Patobiografía de un niño de ocho años con herpes ocular" de Chiozza y colaboradores, de 1982 (véase Chiozza, 1986b, cap. IX). Es frecuente que una vez terminada la historia que,

## 8. La ignominia

Volvamos ahora a la situación de Ernesto e imaginemos que en la noche, durante el sueño, y habiéndose atemperado la censura que opera durante la vigilia, amenaza irrumpir en su conciencia onírica la ignominia particular que constituye un nudo actual en la trama de su vida.

Claudia había sido la mujer junto a la cual creció hasta convertirse en un adulto. Fue su socia en la tarea de “emprender” su matrimonio, durante el cual culminó su carrera administrativa y llegó a estructurar una familia. Era la madre de Eugenia y Alejandra. Si se enamora de Mariana, es porque algo se ha resquebrajado ya en su vínculo con Claudia. Algo que ha comenzado a operar mucho antes, cuando ya desde el embarazo del cual nacerá Alejandra, comienza nuevamente a padecer de enfermedades que se manifiestan como trastornos en el cuerpo. El accidente que lo deja viudo, y en el cual muere también Alejandra, desencadena en él sentimientos de culpabilidad muy intensos. No sólo porque cuando se ha enamorado de Mariana ha deseado más de una vez, sin atreverse a hacerlo plenamente conciente, la muerte de Claudia, sino porque ha muerto también Alejandra, la hija que por haber nacido en el momento más conflictivo de la relación conyugal, es la menos querida. Estos sentimientos de culpa, que son muy inconcientes, se acercan a la conciencia bajo la forma de autorreproches, que contienen la idea de que si él no las hubiera instado a arrojarse al agua, es casi seguro que se hubieran salvado. Y estos autorreproches concientes se hallan también sostenidos desde lo inconciente por el intenso vínculo edípico que lo une con Eugenia. Ernesto insiste en que durante el accidente ha logrado salvarla, cuando en realidad Eugenia en el agua con él no estaba mejor que lo que hubiera estado en el barco. Se comprende que él quiera subrayar este aspecto de salvamento heroico para negar los autorreproches que lo torturan con respecto a la

---

acerca de las vicisitudes de una vida, se obtiene como producto de un estudio patobiográfico, tengamos la impresión de encontrarnos ante una biografía excepcionalmente dramática. Es solamente después de haber completado muchos estudios de esta clase y haber obtenido la experiencia de la dificultad que es necesario vencer (aun mediante una tarea realizada en equipo) para reencontrar el drama que toda vida oculta, cuando llegamos a comprender que lo que aparece como una historia insólita o extraordinaria nos rodea por doquier en la convivencia cotidiana.

A veces ocurre lo contrario, y las vicisitudes que la patobiografía revela se juzgan como tan comunes que resulta difícil creer que puedan constituir la condición de una determinada enfermedad somática. Lo que en estos casos se niega es hasta qué punto la enfermedad somática considerada es también un hecho habitual.



muerte de Claudia y Alejandra, y debido a los cuales, a partir del accidente, se rompe brusca y definitivamente su relación con Mariana. Sin embargo, esta situación no basta para configurar la ignominia que caracterizaría a la cardiopatía isquémica y, de hecho, Ernesto no padece esta enfermedad todavía. En pleno duelo tiene relaciones ocasionales con algunas mujeres que no llegan a significar gran cosa en su vida, ni añaden demasiado a la problemática inconciente de sus sentimientos de culpa.

Pero de pronto la conoce a Laura, y la intensidad de este vínculo se presiente en el curioso acto fallido con el cual se inicia: aquel por el cual Ernesto se olvida de llamarla para la reunión que realiza con el principalísimo fin de invitarla. Contra viento y marea, insiste en una relación que le trae conflictos con Eugenia y le cierra las puertas de la familia de Claudia. Llega a casarse con Laura sin que aparezcan de inmediato los trastornos anginosos que constituyen el motivo de nuestro interés.

¿Por qué aparecen de pronto? ¿Qué es lo que se agrega a su constelación afectiva para llegar a constituir la ignominia?

Laura posee características que nos llevan a suponer que constituye para Ernesto un objeto más cercanamente edípico que Claudia. No sólo es más joven (tiene 31 años cuando Ernesto la conoce) y posee además características que la acercan al ideal de la noble princesa, sino que la conoce hablando en francés, idioma que Ernesto no habla desde sus años de infancia en la relación con su madre. Nos dice que sus relaciones sexuales son mucho mejores que las que mantenía con Claudia. Laura es mucho más excitable, y su actitud durante el acto sexual es mucho más cómoda y libre. El amor creciente que Ernesto experimenta por Laura, y que culmina en un embarazo, constituye en nuestra opinión un afecto capaz de atemperar los sentimientos de culpa inconcientes de Ernesto en lugar de incrementarlos, como un análisis superficial podría inducirnos a suponer. Aparentemente nos alejamos cada vez más de la pretendida ignominia que buscamos, pero es justamente entonces, durante su embarazo, que Laura sufre un accidente automovilístico que pone en grave peligro su vida. Es este episodio el determinante específico que, resignificando el conjunto entero de la constelación anímica de Ernesto, convierte este momento particular de su destino en algo “que no tiene nombre”, en una ignominia, en la cual, nuevamente, podemos comprobar que se repite la imposibilidad de ubicar claramente en algún personaje la atribución principal de la culpa. El conjunto entero formado por esta cantidad de sentimientos contradictorios, que son, en realidad, pre o proto-sentimientos, no amenaza hacerse conciente en Ernesto durante la vigilia, en la cual consigue controlarlos. Pero durante las horas del reposo, relajada la censura que

opera durante la vigilia, se presentan con el peligro de configurar una pesadilla insoportable, que adquiriría para Ernesto un valor equivalente al de la ignominia presentándose ante su conciencia. Creemos que es por este motivo que se despierta en mitad de la noche con su primer ataque anginoso, en un corazón sano, ocupando el lugar de la ignominia.

## 9. La continuación del proceso

Laura se recupera del accidente y nace Laura Isabel, cuando Ernesto tiene 44 años. Pero las circunstancias de la vida jamás dejan de proponer al yo del hombre nuevas complicaciones que, para continuar la trayectoria que le marcan sus deseos, imponen otros mil recursos del ingenio, entre los cuales se encuentra la enfermedad misma.

Laura no imaginó, al casarse con Ernesto, cómo sería su vida en la ciudad que habita, que siente “provinciana y chata”, privada de la intensa vida social y cultural europea. Se dedica a enseñar idiomas y estudiar filosofía. Necesita “entretenerse”, lo cual es un modo de decir que algo falta en su vida. Las dificultades económicas que empieza a manifestar Ernesto no son ajenas a esta disconformidad de Laura, que impregna el trasfondo de la vida de la pareja. La carrera de Ernesto se detiene. Durante todo este tiempo los malestares derivados de su úlcera duodenal son constantes, obligándolo a continuos cuidados. Un cólico renal que experimenta entonces, a los 45 años, marca claramente su incapacidad de desprenderse de sus ambiciones definitivamente fallidas (Grus, 1977; Chiozza y Grus, 1993*h* [1978-1992]). Por esta misma época pierde, en un quebranto bancario, una importante suma de dinero, episodio que podemos interpretar como una vicisitud de la misma dramática inconciente. La situación empeora. Una importante cefalea (véase Chiozza y colab., 1991*d* [1990]), seguida de un desmayo que sufre muy dramáticamente durante una reunión (también fue durante una reunión el ataque renal anterior), muestra sucesivamente la intensidad de la problemática que comienza a configurar un doloroso “rompecabezas” insoluble y que culmina demostrativamente en un brusco refugio en la inconciencia.

Tiene, entonces, 46 años, y nace Roberto. Ernesto, sintiéndose “vencido”, se siente también viejo. Antes de nacer Roberto, temía que fuera un varón, porque no se sentía con fuerzas suficientes para ofrecerle como padre un buen modelo de identificación. Una vez nacido Roberto, dirá, a los 46 años: “Basta de hijos; si no, seré más abuelo que padre”. Durante toda esta época la ignominia no se resuelve, sino que, por el contrario, queda resignificada

en el complejo tanático que se manifiesta en los sentimientos de impotencia, derrota y fracaso que acompañan a sus dificultades económicas, conyugales y en el terreno de su actividad profesional. Esto nos permite comprender que durante todo este tiempo experimente con periodicidad mensual episodios de angina de reposo, que corresponden a la reactivación, en cada nueva significación actual, de la primitiva ignominia.

## 10. Sobrecarga y esfuerzo

A los 53 años se inicia un nuevo período. Eugenia, luego de un corto noviazgo, se casa, y su reconciliación con Ernesto es completa, al punto de que en su participación de casamiento aparece el nombre de Laura, a la cual “adoptó” como madre. Ernesto retoma sus prácticas y su fe religiosas.

Laura, que posee importantes vinculaciones familiares y ancestrales con la Iglesia, entra en un serio conflicto con las autoridades eclesiásticas de ese momento. La vida de Ernesto experimenta entonces otra importante transformación. Junto a la circunstancia de la reconciliación y el casamiento de Eugenia, aparece un cambio en la conflictiva de Ernesto. Su sentimiento de hallarse vencido queda atemperado por la esperanza de ese casamiento y esa reconciliación, que experimenta como una absolución que le permite reunirse nuevamente con las prácticas y la fe religiosas, pero la perduración de sus sentimientos de impotencia y las dificultades emocionales que le produce el conflicto entre Laura y la Iglesia, lo exponen a la vivencia inconciente de hallarse sometido a un nuevo y desesperado esfuerzo. Sus malestares ulcerosos desaparecen, pero creemos que esto se debe a que nuevas enfermedades somáticas, más dañinas, ocupan su lugar, acompañando a la permutación simbólica constituida por una transformación de su conflictiva inconciente. Aparece ahora, a los 54 años, una enfermedad metabólica, la gota, que toma la forma típica de tofos en el dedo gordo del pie derecho (lado que representa la corrección de la norma) y que se repetirá un año más tarde, cuando Eugenia sufre un aborto espontáneo de su primer embarazo. Se agrega entonces al tofo digital una coxartrosis bilateral y otros fenómenos reumáticos, como espondiloartrosis en la columna lumbosacra. El estudio de los cuadros gotosos (Marín, 1978) y de las enfermedades articulares (Benítez de Bianconi, 2001), realizado en nuestra misma línea de investigación, traza hipótesis tentativas que nos permiten conjeturar en Ernesto la presencia inconciente de las constelaciones afectivas que dichas enfermedades encubren. En lo que respecta a la gota, el sentimiento penoso de un esfuerzo desesperado, esfuerzo vinculado a la respuesta sostenida

a una situación de estrés crónico, que engendra la vivencia de algo que a duras penas puede alcanzarse, como si fuera en “puntas de pie”. En lo que respecta a la coxartrosis, el sentimiento de que es necesario, y al mismo tiempo imposible, atreverse a decidir entre dos sistemas normativos, uno caracterizado por el esperar y el quedarse, el otro por el avanzar y apurarse, que se han descoyuntado, perdiendo su articulación armónica.

Esta es la época en que la estenocardia de Ernesto (constituida por la angina de reposo tipo Prinzmetal, que expresa, según sospechamos, a la “isquemia-ignominia” inconciente vinculada desde un comienzo a esa angustiada circunstancia postrera que se denomina agonía y que se expresaría en el espasmo) evoluciona hacia un cuadro de claudicación cardíaca intermitente, en el cual participa, junto a la angina de reposo nocturno, la angina diurna de esfuerzo, cuyo dolor señala la presencia de una dramática inconciente que estaría constituida por el “coraje” temerario con que se enfrenta un esfuerzo excesivo.

## 11. El motivo de la consulta

La dramática conyugal de Ernesto culmina, poco meses antes de la consulta al Centro Weizsaecker, en un nuevo accidente automovilístico de Laura (que ocurre cuando a Eugenia, otra vez embarazada, le faltan dos meses para el parto). Laura se fracturó varias costillas y tuvo un importante traumatismo craneano, lesiones de las cuales se recuperó totalmente. Cuando Ernesto se entera del accidente, sufre un intenso mareo que, podemos suponer, representa su dificultad para mantener el equilibrio afectivo ante la situación planteada.

Este mareo no se repite, pero aparece una época de malestares vinculados a bruscos descensos de la presión arterial (véase Chiozza y colab., 1993f [1992]). Las relaciones del matrimonio aparecen impregnadas por multitud de afectos subterráneos. El resentimiento de Ernesto se manifiesta en el fastidio que le produce la rotura del coche (que dice haber tomado “muy a pecho”), de cuyo uso queda privado durante algunos meses, que coincidieron con el incremento de trabajos ingratos y dificultades económicas.

En oportunidad de su casamiento con Laura, ésta le había “arrancado la promesa” de llevarla a Holanda cada dos años para visitar a su familia. Poco tiempo después del nacimiento de su primer nieto, que ocurre en noviembre, Ernesto, que tiene ahora 56 años, viaja a Europa con Laura y sus hijos.

La constelación anímica de Ernesto va rotando lentamente hacia otro cuadrante. Laura ya no representa su novia ideal. Eugenia, la hija que se

salvó junto a él cuatro meses después que Ernesto perdiera a su madre, y que condensó todo el afecto de sus impulsos edípicos, reforzados luego de la reconciliación entre ambos, ahora, con el nacimiento del hijo, añade una nueva cuña a la separación con su padre que el casamiento inició. A esto se agrega que el nacimiento del nieto incrementa sus fantasías de vejez impotente. Ernesto, que había regalado un departamento a Eugenia en oportunidad de su casamiento, experimenta ahora gran ansiedad por el futuro, y ante el nacimiento del nieto dirá: “Ahora ya no tengo ofrecimientos, ni creo que los tenga por mi edad. Yo me quedé”. En este clima, y luego de haber juntado algo de dinero mediante la venta de una propiedad pequeña, Ernesto viaja a Europa. Expresa que se sentía contento porque el dinero obtenido le permitiría reforzar sus escasos ingresos iniciando operaciones inmobiliarias. Pero nada en el contexto de su situación permite suponer que él tuviera demasiada confianza en esa posibilidad.

Cuando llega a Europa es recibido en la suntuosa residencia de verano de su cuñado. El contraste, enorme, colma nuevamente y al mismo tiempo incrementa la ignominia que Ernesto no llegó a resolver. A los tres días de llegar sufre, por la noche, una opresión en el pecho y un dolor creciente que se irradia a la espalda, más intenso que de costumbre, que “siente distinto” y que no cede con el vasodilatador coronario habitual, obligándolo a consultar al cardiólogo, el cual realiza un electrocardiograma que no muestra alteraciones isquémicas. Ernesto se queja del intenso frío que encuentra en Europa. Se refiere al cansancio del viaje en un tono que demuestra a las claras que representa un estado depresivo. Vuelve poco tiempo después a su ciudad de residencia, y desde allí viaja a Buenos Aires para que lo estudiemos, enviado por el médico que lo examinó en Europa. Siente que en la realización de sus tareas sus superiores están disconformes, cosa que él simboliza quejándose de que le buscan “la quinta pata al gato” y “el pelo en el huevo”. Manifiesta que pocos días antes de iniciar la consulta ha experimentado por primera vez, en su relación con Laura, algunas dificultades en la erección, que no le impidieron sin embargo realizar el coito y llegar al orgasmo, pero que se suman a su preocupación, además de representarla en la función corporal.

## 12. La tarea terapéutica

Cuando finalizamos el estudio patobiográfico de Ernesto no disponíamos de muchas de las elaboraciones que acerca de las cardiopatías isquémicas realizamos luego. De modo que gran parte de nuestra influencia

terapéutica debió concretarse forzosamente a través de resignificaciones secundarias, obtenidas no sólo mediante las dos entrevistas finales en las cuales comunicamos al paciente nuestras conclusiones, sino también, y de un modo espontáneo y preconiente, durante todo el largo proceso de confección de la anamnesis, que obliga al paciente a reflexionar sobre su vida y a realizar significados que se hallan a medias reprimidos. Aunque estas resignificaciones, “inespecíficas”, se hallan muchas veces lejos de aquellas que constituyen el significado primario y específico de cada trastorno somático, la experiencia psicoanalítica cotidiana muestra que, por vía indirecta, pueden ser utilizadas para modificar el desarrollo de un cuadro morboso (Chiozza, 1981j).

La dificultad principal que previmos en oportunidad de tener que comunicar a Ernesto las conclusiones de nuestro estudio, se fundamentaba en que creíamos comprender que él interpretaba, inconcientemente, el estudio que le estábamos haciendo, como si fuera el expediente de un juicio en el cual íbamos a producir sentencia acerca de su consulta en general y de su mayor o menor culpabilidad con respecto al accidente en donde perdieran la vida su esposa y su hijita menor. Esta sentencia, y debido a la “coincidencia” de su presunto pronunciamiento con su quincuagésimo séptimo cumpleaños, en el cual alcanzaría la edad en que el padre sufriera la hemiplejía que inició su decadencia, adquiriría en su inconciente el carácter de un juicio de condena o absolución final, reforzado por la particular estructura de su personalidad supersticiosa. Nuestra preocupación principal fue por lo tanto devolver al sentido de nuestras palabras su carácter prospectivo, orientado hacia la continuación de la vida.

Le expresamos que temía que se le repitiera un pasado caracterizado por la ocurrencia de desgracias consecutivas a cada progreso o posibilidad de goce. Este temor engendraba oscuros presagios o presentimientos. Le detallamos las “coincidencias” que en ese sentido era posible encontrar en su historia. Al recibirse de ingeniero, su padre tuvo un infarto. A poco tiempo de casarse, su padre muere y su madre tiene un infarto. A poco de nacer Alejandra, le dan a otro el puesto que él esperaba y se enferma de úlcera. Al trasladarse a su nuevo lugar de residencia, muere su madre. Cuando se enamora de Mariana, mueren su esposa y su hija menor.

Le hablamos también acerca de cómo sentía que su mujer actual se parecía paulatina y peligrosamente a la otra. Fue durante este diálogo que nos comunicó el accidente automovilístico de Laura, embarazada, que había olvidado mencionar durante la realización de la anamnesis. Le hicimos conciente además la intensidad de los reproches, que continuamente se hacía, sobre su conducta durante el naufragio. Le dijimos que su interpretación

acerca de que el frío intenso sufrido en el agua, en la noche del accidente, originara posteriormente su enfermedad cardíaca, simbolizaba el “frío” afectivo que sentía, desde entonces, metido en su pecho. Agregamos que era la rígida “honestidad” de su carácter, que habitualmente utilizaba para criticar a los otros, aquella que ahora lo llevaba a juzgarse a sí mismo con dureza. Le hablamos también de Eugenia y de cómo el nacimiento de su nieto sentía que lo separaba definitivamente de ella.

Conversamos con él acerca del haberse quedado detenido en su carrera y de su sentimiento de impotencia. Por fin, integrando parte de cuanto habíamos dicho, agregamos que el pánico nacido de los sentimientos de soledad, impotencia, debilidad y fracaso, unidos al presentimiento de una inminente desgracia que adquiriría el valor de un castigo justiciero, operaba como una garra en su pecho.

### 13. La evolución posterior

El estudio patobiográfico ocupó el mes de marzo y la primera quincena de abril de 1979, y fue examinado a principios de 1982 como parte de nuestra investigación sobre las cardiopatías isquémicas. El enfermo, que no hemos vuelto a ver, reside en el extranjero. Realizó una consulta con el cardiólogo de nuestro Centro (doctor Moguilevsky) a fines de junio de 1979. Narró en ella que el *angor* de reposo no se había vuelto a presentar y que persistía un *angor* de esfuerzo leve, de intensidad muy disminuida. Continuaba con la medicación indicada. La cifra de colesterol actual era de 280, y de triglicéridos, 209, es decir, cercanas a la normalidad. De acuerdo con la interpretación del cardiólogo, el tratamiento había modificado, en sentido favorable, el curso de la enfermedad. La primitiva angina de Prinzmetal, que evolucionaba hacia una forma de angina clásica inestable de carácter progresivo, evolucionaba ahora en sentido regresivo. Una comunicación recibida a través de un familiar, a mediados de 1981, nos informó que el paciente había dejado de fumar, disminuido de peso, no había tenido nuevos episodios anginosos de ninguna clase y había retornado plenamente a sus actividades.

Es difícil evaluar cuánto en esta mejoría corresponde a la acción farmacológica o a los efectos higiénico-dietéticos, y cuánto a la movilización producida por el esclarecimiento de una parte de su problemática inconciente, obtenido mediante el estudio patobiográfico. Como ya señalamos, no hemos encontrado estadísticas acerca de las distintas evoluciones posibles de la angina de Prinzmetal. Estamos seguros,

sin embargo, de que así como el estado psíquico influye en la mayor o menor disposición a cumplir adecuadamente con las prescripciones médicas, influye también directamente en las vicisitudes evolutivas de una enfermedad. Cabe suponer que en la medida en que aumente nuestra comprensión de los significados primarios de cada trastorno, tenderá a crecer nuestra eficacia en la modificación de su curso.



---

**ESQUEMA PARA UNA  
INTERPRETACIÓN PSICOANALÍTICA  
DE LAS AMPOLLAS**

---

(1995 [1985])

Luis Chiozza, Eduardo Dayen y Ricardo Grus

## **Referencia bibliográfica**

**CHIOZZA, Luis y colab. (1995p [1985]) “Esquema para una interpretación psicoanalítica de las ampollas”.**

## **Ediciones en castellano**

*Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995.

*Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996.

El presente trabajo fue presentado en el II Congreso Latino-Americano de Medicina Psicosomática realizado en Campinas (San Pablo), Brasil, en agosto de 1985.

Los diferentes idiomas, las diversas etimologías, cultismos y derivados, muestran una íntima relación entre vesículas, vejigas, ampollas y quistes<sup>20</sup>. Esta ilación nos permite pensar en un núcleo de significación común para todas las formaciones mencionadas. Dayen y Grus (1984)

---

<sup>20</sup> La etimología del vocablo “quiste” nos conduce al griego *kystis*, que ha adquirido una castellanización fonética en los términos “cístico” y “cistitis”. *Kystis* significa, además, vejiga. Corominas (1983) señala que los cultismos de “vejiga”, del latín *vesica*, son: “vesical”, “vesicante”, “vesícula” y “vesicular”. Los diccionarios Sopena (1965), Salvat (1972) y de la Real Academia Española (1985) proponen como sinónimos de “vejiga” al vocablo “ampolla”. Entre las diferentes clases de ampollas son reconocidas las flictenas que se originan en las quemaduras de segundo grado, las vesículas que se forman en algunas enfermedades virales, etcétera. La mayor parte de las acepciones del diccionario de la lengua española para el término “vejiga” se refieren a una bolsa, que se utiliza, sea para la contención de la orina, sea para guardar la manteca, para llenarla de aire, para conservar un color de pintura al óleo o para depositar la bilis. Skeat (1972) también indica que el término *cyst* significa bolsa y realiza un prolijo estudio de su etimología. A través de *pouch* llega al francés *pouche* y al irlandés *poc*. Todos estos términos pueden traducirse como: empuje, empujón, acometer, embestir, pasar abriéndose campo, impeler, inflar, meterse, y también impulso. El irlandés *poc* puede traducirse al inglés *blow*; a su vez, tiene el sentido de soplar, inflar, henchir, hacer viento y fanfarronear. Conjugado con *hole*, es decir *blowhole*, significa literalmente agujero, madriguera o cueva hecha por el soplo, de donde podemos deducir que las expresiones inglesas *blowup* y, más aún, *blowback* corresponden literalmente al significado de nuestro vocablo “re-ventar” (devolver el viento que lo ha henchido), significado que podemos suponer presente en las vicisitudes de la patología quística, vesicular o vesical (Hornby, Gatenby y Wakefield, 1974).

sugieren la posibilidad de la existencia de una fantasía general que evoluciona “disponiendo” la “forma” con la que se desarrollan adecuada o inadecuadamente todas las vejigas, vesículas, ampollas y quistes de la estructura humana, las cuales extraen de esa “matriz” general el “dibujo” con el cual se constituyen<sup>21</sup>.

La capacidad de los protozoos de rodearse de una membrana, enquistándose, frente a situaciones adversas, les permite conservarse latentes, “en depósito”, a la espera de condiciones ambientales favorables. Esta capacidad se mantiene en los rotíferos que se arrugan y enquistan frente a la carencia de agua. Pero especies más desarrolladas, que “aprendieron” de sus ancestros, en lugar de ponerse en “depósito” ellas mismas, cuidan del agua, “almacenándola”, tal como podemos observar con la aparición evolutiva de las vesículas de Poli. Esta capacidad de esperar conservando en depósito lo que se vivencia como necesario, hasta que el momento vuelva a ser el adecuado, es una “habilidad aprendida”<sup>22</sup> que podemos encontrar en diversos lugares del organismo humano. Así, en las vesículas seminales se deposita el esperma, en la vesícula biliar, la bilis, y en la vejiga urinaria, la orina.

Intentaremos ahora trazar algunas ideas acerca de la patología “ampollar” que nos aproximen a la especificidad del impulso que “infla” la “bolsa” que estamos considerando.

Siguiendo un modelo general para la formación de síntomas, nos parece posible pensar que en la patología ampollar se exprese una lucha entre una excitación (el impulso que corresponde a la zona corporal afectada) y una continencia que no cede. (Porque el objeto presente en la realidad no coincide con el objeto ideal. En otras palabras, se espera porque se siente que la oportunidad no ha llegado.) De este modo, la excitación acumulada ingresa en lo que se experimenta como “ardiente”, al mismo tiempo que la emisión se vivencia como un desperdicio que dejaría al sujeto des-contento. (La palabra “descontento” condensa de este modo las dos significaciones: la pérdida de la continencia y la falta de la satisfacción esperada.) El impulso,

<sup>21</sup> Toman el modelo para la fantasía general mencionada en “Una idea de la lágrima” (Chiozza y colab., 1970p [1968]), donde se plantea la existencia de una fantasía general exudativa.

<sup>22</sup> Cuando decimos “habilidad aprendida”, entre comillas, queremos significar que si bien nos expresamos en términos habituales que, explícitamente, se refieren a la teoría de la evolución, dejamos, sin embargo, establecido un reparo. La hipótesis de una habilidad que se desarrolla como un aprendizaje en un proceso evolutivo debe ser incluida en una hipótesis más amplia, según la cual la “evolución” se construye de acuerdo con los mapas de una línea de montaje cuyas ideas ya se hallan presentes en la pluripotencialidad de los genes (Hoyle, 1983).

desautorizado egosintónicamente, engendra malestar, tensión, sensación de frustración ante la carencia reiterada de la oportunidad propicia.

Debemos preguntarnos ahora de dónde deriva esa reiterada carencia de una oportunidad propicia. En primer lugar podemos suponer que la intención (in-tensión) es pretenciosa (pre-tensión), y que el que pretende pre-tiende, es decir que tiende “antes” de reunir las condiciones necesarias para satisfacer la tendencia hacia ese particular objeto. Nos encontramos, entonces, frente a un círculo vicioso, porque el pretencioso cree reunir las condiciones, es decir que es fanfarrón, o sea ampuloso, y su ampulosidad lo conduce, cada vez más, a aumentar la “in-tensión” de su ampolla<sup>23</sup>.

En las ampollas dérmicas podríamos suponer la presencia de una excitación “ardiente” vinculada al deseo de una caricia que “escuece”, surgida frente al estímulo ocasionado por un objeto que “calienta” excesivamente. De acuerdo con estas ideas podríamos hablar de una ambición “ardiente” contenida, “endicada”, en las cistitis, y de una envidia con características similares en las colecistitis.

Si tenemos en cuenta los desarrollos realizados por Freud (1900a [1899]\*, 1905e [1901]\*, 1908b\*, 1916-1917 [1915-1917]\*) con respecto a la vinculación entre el erotismo urinario y la ambición, y los trabajos de Grus (1974, 1977, 1978) acerca de las relaciones existentes entre ambición, excreción urinaria, capacidad de discernir y fantasía general excretora, es factible pensar en que el camino que conduce desde la ampulosidad a la ambición insaciable se constituye cuando queda erotizada la capacidad de espera y la excitación ardiente, de modo que la pre-tensión ambiciosa, en sí misma, se establece como un fin independiente de su satisfacción. Dicho en otras palabras: permanece inconciente el hecho, infortunado, de que el placer perverso consiste en pre-tender y el fracaso reside en ob-tener. Consideraciones análogas son válidas para la envidia y la colecistitis. El objeto envidiado sólo puede ser pretendido por una idéntica erotización, que antepone, al logro, el hecho de que la pretendida satisfacción sólo se obtendría cuando el objeto adquirido excediera las cualidades del objeto que se siente merecer. En las circunstancias en que el sujeto envidioso considera que ha logrado ese objeto, comienza su festejo efímero para

<sup>23</sup> “Ampuloso” proviene del latín *ampula*, que significa “ampolla”. *Ampula* también se traduce como “expresión hinchada”. Para el *Diccionario de la lengua española* (Real Academia Española, 1985), “ampuloso” tiene el sentido de “hinchado y redundante. Dícese del lenguaje o del estilo”. Son sus sinónimos, además de los que sugiere para su interpretación la Real Academia Española, “pomposo” y “pretencioso” (Sainz de Robles, 1979).

ingresar, inmediatamente, en la tortura paranoica de sentirse envidiado, y recaer, nuevamente, en la insatisfacción y la envidia.

En todos los casos citados quizás sea factible decir que las “ganas” quedan sometidas a un depósito que comienza por ser forzoso y es luego erotizado. Su “almacenamiento” se debería a que el sujeto, para no renunciar a lo ideal, renuncia a discernir entre lo ideal y lo posible.

El diccionario de la Real Academia Española (1985) nos ofrece elementos que nos ayudan a profundizar en la comprensión de lo que acabamos de exponer. Entre las acepciones que señala para “arder”, aquellas que nos interesan se pueden reunir en dos grupos: a) escocerle a uno alguna cosa, quemar, abrasar; b) estar encendido, sentir vivos deseos, ansiar.

Es posible suponer que el término “escocer” alude a las vivencias que hemos descrito, pero con una intensidad “menor”, como ocurre en una quemadura de primer grado, o epidérmica, y que se refiere al sentimiento que se expresa en el eritema. Ambos términos, “arder” y “escocer”, muestran en su significado las ansias, los deseos, las ganas que “queman”, como el tormento hepático de Prometeo, quien, ante la imposibilidad de “desatar” esos impulsos, queda expuesto a la hoguera de sus propios instintos, simbolizados en el pico del águila (Chiozza, 1970g [1966]).

Ante una quemadura cutánea de segundo grado, que produce la desorganización de las capas superficiales de la piel y la consecuente extravasación de líquidos, la aparición de una flictena, más allá de la protección que esta ampolla ofrece a la superficie dañada, encontraría su justificación, dentro de la interpretación que proponemos, en la necesidad de guardar en depósito el líquido valioso que no debe perderse.

Es posible suponer también que en presencia de un impulso insatisfecho, contenido, “ardiente”, el sujeto reaccione como si se encontrara frente a un fuego que lo quema. La “confusión” que experimenta tiene, entonces, como consecuencia, una reacción “inadecuada”. Ante las “ganas ardientes”, pero imposibles de materializar, se forman ampollas en los lugares donde antes no existían, o las ampollas que cumplían su función normalmente se enquistan, simbolizando así el carácter “quemante” de la excitación.

Para profundizar en la comprensión del significado específico de las ampollas debemos volver a explorar la fantasía de “almacenamiento”, “depósito de las ganas”, que denominamos capacidad de “espera”<sup>24</sup>.

<sup>24</sup> El diccionario de la Real Academia Española (1985) da, para la palabra “espera”, dos acepciones: a) calma, paciencia, facultad de saberse contener y de no proceder de ligero; b) esfera.

Para Chiozza (1970d [1963-1968]), la vivencia de estar “colmado” o “estar llegando al colmo”, que corresponde a la expresión “estar harto” o “estar hinchado”, constituye ya el comienzo de un sentimiento de amenaza que el psicoanálisis denomina “persecución”. Agrega luego: “Tenemos pues una introyección límite, o, aun más, una protopersecución que, mediante un proceso que comporta un duelo primario, se transforma en una protodepresión, cuya consecuencia es un desarrollo y crecimiento armónicos, asociados a una buena asimilación-identificación” (Chiozza, 1970d [1963-1968]). El fracaso en la realización del duelo primario, es decir, en este caso, en el discernimiento acerca de cuáles de las ganas “ardientes” podrán materializarse, incrementa la protopersecución, desarrollando la vivencia de “estar hinchado a presión”.

Nos parece posible plantear, *a priori*, que tanto la retención como la emisión inadecuadas implican un trastorno de una capacidad de espera que equivale a una buena continencia. Podría pensarse, entonces, que en la “incontinencia” se expresa el trastorno de esa capacidad de espera, trastorno que priva de función a las ampollas, y muestra, al mismo tiempo, el carácter impulsivo que se oculta en la incontinencia. Pensamos que no sólo se trata de la búsqueda apresurada de una satisfacción que se anhela, que de ese modo permanece insatisfecha, y que reitera, pulsando una y otra vez, el “ardor” original. Se trata también, primariamente, de la expresión directa de una claudicación de la capacidad de espera, claudicación que equivale al descontento.

Nos parece posible suponer que el funcionamiento normal de las ampollas, vesículas o vejigas se encuentra relacionado con el sentimiento de continencia “estar contento”<sup>25</sup>, que “da la medida” de la capacidad de espera del yo. Dicho en otras palabras: la vivencia de estar “hinchado” se experimentaría frente a la sensación de haber colmado el depósito en el que se almacenan las ganas que unas veces “quemán”, y otras, “inflaman” o “calientan”. La desestructuración patosomática de la continencia que se expresa como afecto en el estar contento, nos conducirá, tomando el camino regresivo de la fantasía general ampollar, a la aparición perceptible de la patología que genera, o utiliza, quistes, vesículas o ampollas.

<sup>25</sup> “Contento” significa a la vez contener, reprimir; estar alegre, satisfecho; contenido o moderado. Corominas (1983) señala que ha sido tomado del latín *contentus*, satisfecho, propiamente contenido, participio pasado del verbo *continere*, contener. De todo el núcleo de significaciones que giran alrededor del verbo “tener” (sostener, sustentar, detener, entretener, obtener, tenacidad, pertinacia, retener, abstener, atener), “contener” expresa, a nuestro entender, más adecuadamente el sentido que queremos señalar.





---

**ESQUEMA PARA UNA INTERPRETACIÓN  
PSICOANALÍTICA DE LA LEUCEMIA  
LINFOBLÁSTICA**

---

(1985)

Luis Chiozza, Sergio Aizenberg, Luis Barbero,  
Catalina Califano, Enrique Obstfeld  
y Juan Carlos Scapusio

## Referencia bibliográfica

**CHIOZZA, Luis y colab. (1985a) “Esquema para una interpretación psicoanalítica de la leucemia linfoblástica”.**

## Primera edición en castellano

*Lecturas de Eidon*, N° 4, CIMP, Buenos Aires, 1985.

Los subapartados IV.2 y IV.3 de este trabajo se incluyeron en “Evolución de una patobiografía en un tratamiento psicoanalítico” (Chiozza, 1995q [1985-1986]) y, asimismo, se publicaron con el título “El tratamiento psicoanalítico de Sonia” (Chiozza y colab., 2001f [1985]).

Sobre este trabajo se basó el capítulo XII de *¿Por qué enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo* (Chiozza, 1986b), OC, t. XIV.

Dormirás muchas horas todavía  
sobre la orilla vieja  
y encontrarás una mañana pura  
amarrada tu barca a otra ribera

ANTONIO MACHADO

## I. El sistema inmunitario y la función linfocitaria

El sistema inmunitario es un “órgano” diseminado que tiene la misión de vigilar la “identidad” del cuerpo. Está constituido básicamente por linfocitos y moléculas de anticuerpos, que reconocen a las moléculas “extrañas”<sup>26</sup> y se reconocen entre sí.

---

<sup>26</sup> El concepto que utiliza Jerne (1975) para definir lo extraño al organismo, se basa en la idea de que estas moléculas son reconocidas porque su estructura constitutiva coincide con información que se halla contenida en la pluripotencialidad de los genes y ha sido “reprimida” o sojuzgada durante el desarrollo unilateral de determinados clones que constituyen la identidad genética del sujeto. Encontramos una notable y esclarecedora coincidencia entre este concepto y el concepto psicoanalítico de lo “siniestro” elaborado por Freud. Como la voz alemana *unheimlich* que se traduce por “siniestro” lo demuestra, “siniestro” es aquello familiar que es experimentado como no familiar. Los motivos de esta transformación residen nuevamente en el fenómeno de represión y, especialmente, en la cisura represiva intensa que separa lo posnatal de lo intrauterino. Podemos encontrar, en la psicopatología, un ejemplo conocido de esta vivencia de lo siniestro, cuando un enfermo que sufre un fenómeno de extrañamiento se mira en el espejo y ve su cara, familiar, en vértices y ángulos que le despiertan un sentimiento de extrañeza. Podemos añadir que cuando un bebé extraña a la mamá, tanto en el sentido de que no la “reconoce” como en el más habitual de desear su presencia, se halla ante una vivencia similar. Este fenómeno trasciende, por lo tanto, cotidianamente, los límites de la psicopatología, y se presenta con mayor frecuencia en aquellas personalidades que gozan de una cierta permeabilidad frente a lo inconciente. No es de extrañar, entonces, que sobre esta base se fundamente la peculiaridad del fenómeno artístico, hasta el punto de que podríamos atrevernos a decir que, quizás, lo esencial del arte resida en la capacidad de presentarnos lo familiar en modos y maneras no familiares, que poseen la facultad de conmovernos.

El sistema inmunitario consta de alrededor de un billón ( $10^{12}$ ) de células conocidas como *linfocitos* y cerca de 100 trillones ( $10^{20}$ ) de moléculas conocidas como *anticuerpos*, que son producidas y segregadas por los linfocitos. Las configuraciones específicas que son reconocidas por las moléculas de anticuerpos se denominan *determinantes antigénicos o epitopes*.

El sistema inmunitario reconoce los determinantes antigénicos en cualquier proteína u otro antígeno producido por cualquiera de los millones de especies de animales, plantas o microorganismos. No parece “reconocer”, y por lo tanto no ataca, los determinantes antigénicos de las moléculas que forman parte del propio cuerpo. Esta propiedad, que Macfarlane Burnet llamó discriminación entre lo propio y lo ajeno, suele denominarse autotolerancia (Burnet, 1959).

Se ha descubierto que la autotolerancia no es innata. Es algo que el sistema inmunitario “aprendió” en la vida embrionaria, ya sea eliminando, ya sea paralizando, a todos los linfocitos que podrían producir anticuerpos de autorreconocimiento.

Un linfocito estimulado se enfrenta a dos tareas: debe producir moléculas de anticuerpos para la secreción y debe dividirse a fin de ampliarse formando un clon de células hijas que continúa su compromiso o dedicación. A estas células hijas, enteramente dedicadas a producir y segregar moléculas de anticuerpos, se las denomina células plasmáticas.

Otras células del clon no van tan lejos; vuelven al estado de reposo y representan la “memoria” del suceso, listas para responder si el determinante antigénico reaparece.

El argumento de la teoría de la línea germinal es simple. Todas las células del cuerpo, incluidos los linfocitos, tienen el mismo conjunto de genes, es decir, el del huevo fertilizado del que procede el individuo. Por esto, los genes que especifiquen cualquier anticuerpo que el individuo pueda producir deben haber estado presentes en el ovocito fertilizado. Todos se transmiten a los hijos de dicho individuo a través de la línea germinal: huevo, espermatozoide y sus precursores.

Todos los linfocitos que circulan por los tejidos han surgido de células precursoras existentes en la médula ósea. Alrededor de la mitad de estos linfocitos, los linfocitos T, han pasado por el timo en su camino hacia los tejidos; la otra mitad, los linfocitos B, no lo han hecho.

Otro aspecto importante es la dualidad potencial de respuesta del linfocito cuando sus receptores reconocen un determinante antigénico; la respuesta puede ser positiva (se estimula) o negativa (se paraliza). La dualidad aparece además en las moléculas de anticuerpos, que pueden reconocer pero también ser reconocidas (Jerne, 1975).

Lewis Thomas (1974) expresa que cuando un linfocito es puesto en presencia de un antígeno, se produce uno de los magníficos pequeños espectáculos de la naturaleza. La célula se agranda, hace rápidamente nuevo ADN y se convierte en lo que se denomina “linfoblasto”. Acto seguido comienza a dividirse dando origen a una colonia de células idénticas, linfocitos equipados con el mismo receptor y la misma pregunta: “¿hay algo allí con esta configuración molecular particular?”. En palabras de Lewis Thomas: “la colonia es un recuerdo, nada menos”.

La teoría clásica acerca de la inmunidad nos ha acostumbrado a la idea de que un antígeno es una sustancia ajena y hostil, que ingresa linealmente en el organismo, y es atacada también linealmente por un anticuerpo específico, cuya presencia en el organismo goza del beneplácito de todo el sistema inmunitario.

La teoría de Jerne ha reemplazado este concepto por el de una red inmunitaria, dentro de la cual el anticuerpo, para poder atacar al antígeno, debe parecerse hasta tal punto que este anticuerpo, así configurado, se comporta a su vez como un antígeno frente al resto del sistema inmunitario, de modo que este último debe entonces modificarse rápidamente, generando una reacción en cadena. Todo ocurre como si la policía de una pequeña comunidad se viera forzada a utilizar, para perseguir a un asesino, los mismos métodos de este asesino, y se originara entonces, en el resto de la población, una reacción de repudio que, con distintos matices, circulara entre los ciudadanos, condicionando entre ellos polémicas teñidas por distintos grados de simpatías y antipatías.

La red inmunitaria, en opinión de Jerne, posee ciertas similitudes estructurales con el retículo de información que constituye al sistema nervioso. Tanto en una como en otra trama, esta información, que es variable, es modulada por la interrelación con el medio.

La teoría de Jerne, que gana mayor aceptación cada día, no sólo nos ofrece una visión más abarcativa de los fenómenos inmunitarios, coherente con la interpretación y con los modelos de otras estructuras orgánicas, sino que también nos permite reconsiderar algunas ideas ampliamente debatidas en el campo médico, como, por ejemplo, la mayor o menor conveniencia de la vacunación preventiva.

## II. Las leucemias en la clínica médica

Se denomina leucemia a un grupo heterogéneo de enfermedades malignas, de etiología desconocida, caracterizada por una proliferación

generalizada de leucocitos anormales o inmaduros. Posee una alta mortalidad, debido a las complicaciones que acarrea la insuficiencia medular y a la infiltración de diversos tejidos que esta enfermedad produce.

Las leucemias se dividen en agudas y crónicas. Las leucemias agudas, linfoblásticas o mieloblásticas, son más frecuentes en los primeros 5 años de vida, disminuyendo hasta los 25 años. La leucemia mieloide crónica es más frecuente entre los 25 y los 45 años, y la leucemia linfóide crónica, entre los 45 y los 50 años<sup>27</sup>.

La etiología de la leucemia todavía es oscura. La teoría de mayor aceptación señala que se trata de un proceso neoplásico, posiblemente causado por un virus oncógeno.

Parece estar comprobado que la leucemia puede provocarse en el hombre por exposición a radiaciones ionizantes.

Se afirma que diversos productos químicos que lesionan a la médula ósea (por ejemplo, benzol) podrían provocar leucemia. Entre los supuestos mecanismos etiológicos se han incluido a las mutaciones celulares, a los factores genéticos, a las anomalías hormonales y a los estados carenciales; los datos que apoyan estas suposiciones son insuficientes.

---

<sup>27</sup> La clasificación que tiene mayor aceptación internacional es la que ha efectuado el grupo Franco Americano Británico (clasificación FAB) en el año 1976. Dicha clasificación se establece teniendo en cuenta las características de la célula que predomina en la infiltración de la médula ósea. De este modo se distinguen los siguientes tipos:

1) *Leucemias mieloblásticas*

- M1: sin maduración
- M2: LMA con maduración
- M4: Mielo-monocítica
- M5: Monoblástica
- M6: Eritroleucémica

2) *Leucemias linfoblásticas*

- LLA-T (timodependientes): 20 a 25%
- LLA-B (bursodependientes): 1 a 22%
- LLA-noT-noB: 84%

Las LLA-noT-noB son las que poseen mejor pronóstico. Les siguen las LLA-T, que en general se encuentran asociadas a algún signo clínico de alto riesgo, como ensanchamiento del mediastino y recuento inicial alto. Las LLA-B son las que poseen peor pronóstico.

### III. Las leucemias agudas<sup>28</sup>

La leucemia aguda es una enfermedad neoplásica caracterizada por:

- 1) Infiltración de la médula ósea por leucocitos inmaduros (blastos). La observación inequívoca de blastos leucémicos en la médula ósea o en otros tejidos es condición *sine qua non* para afirmar el diagnóstico de leucemia aguda.
- 2) Pancitopenia secundaria a la infiltración blástica de la médula ósea.
- 3) Curso fatal debido a la pancitopenia<sup>29</sup>.

La frecuencia de las leucemias agudas es de 0,033% en niños menores de 15 años. Enferman 20 niñas por cada 12 varones. La forma linfoblástica predomina en niños y la mieloblástica en adultos.

El blasto “leucémico” carece de capacidad de maduración, pero mantiene su capacidad de proliferación. Se supone que este crecimiento ejerce algún tipo de inhibición sobre la hematopoyesis normal. El defecto consiste en la alteración del ADN de la célula madre pluripotente, que origina ambas series leucocíticas, pero se “expresa” a nivel de las células tronculares. En el caso de la alteración mielopoyética de la célula madre, resulta una leucemia mieloidea. En el caso de la alteración linfopoyética, resulta una leucemia linfocítica.

Entre los síntomas de las leucemias agudas, podemos distinguir los trastornos que dependen de la infiltración de los órganos por células tumorales y los que dependen de la pancitopenia. La plaquetopenia produce diátesis hemorrágica, la cual puede, a su vez, provocar anemia. La anemia puede también deberse al ahogamiento de la eritropoyesis medular. La neutropenia facilita la presencia de infecciones (Pavlovsky, 1969).

El tratamiento de las leucemias agudas se basa en el uso de citostáticos, radiaciones y trasplante de médula ósea homóloga o heteróloga (GATLA, 1984).

El fundamento del empleo terapéutico de los citostáticos y de las radiaciones reside en que atacan el ADN de las células en división celular.

El empleo de la radioterapia se apoya en tres factores: a) la radiosensibilidad de las células neoplásicas es mayor que la de las normales; 2) las

<sup>28</sup> Algunos autores prefieren utilizar el nombre de leucemia de célula fundamental para las leucemias agudas en las cuales predominan los blastos, considerando que las células son demasiado primitivas para permitir una designación más específica.

<sup>29</sup> Esta enfermedad era considerada como uniformemente fatal, pero en la actualidad, si bien la etiología sigue permaneciendo desconocida, existen evidencias que la hacen potencialmente curable.

células normales tienen más posibilidades de reparación (sobreviven si no son dañadas totalmente); 3) los tejidos y los órganos normales tienen una capacidad de regeneración y de formación de tejido fibroso cicatrizal, que las células neoplásicas no tienen.

El uso de la quimioterapia se basa en que destruye un porcentaje del tumor y no un número de células, y ataca más células en período de división, actuando sobre su ADN. Por otro lado, es necesario tener en cuenta que la quimioterapia es potencialmente inmunosupresora y puede alterar importantes defensas del huésped, empeorando la evolución del paciente leucémico.

Las radiaciones, y algunos citostáticos, se utilizan para atravesar la llamada barrera hematoencefálica y llegar de este modo al sistema nervioso central. El sistema nervioso central y los testículos son considerados “santuarios” a los cuales es difícil llegar con las mediciones habituales que actúan en el resto de los órganos.

## IV. Caso clínico: Sonia<sup>30</sup>

### 1. Historia clínica

Sonia tiene actualmente 47 años, está casada y tiene dos hijos jóvenes, uno de 20 años y otro de 18.

Consulta a un facultativo por un “extremo cansancio” que le impide levantarse por sus propios medios; se constata entonces una discreta anemia. Se interpreta el cuadro como una depresión reactiva.

Un año después consulta por la persistencia de astenia y el agregado de severos mareos. Se realizan nuevos estudios hematológicos y se detecta plaquetopenia, anemia normocrómica y 80.000 glóbulos blancos por mm<sup>3</sup>, con características inmaduras (linfoblastos). El examen físico constata discreta hepato-esplenomegalia.

Su médula ósea revela “reemplazo” de las progenies roja y blanca por la presencia de blastos semejantes a los encontrados en la sangre periférica; se le diagnostica una *leucemia linfoblástica aguda*.

Frente a la gravedad del cuadro se decide inmediato tratamiento con citostáticos y radiaciones sobre el sistema nervioso central.

<sup>30</sup> Parte del historial clínico y de las conclusiones expuestas en este trabajo fueron publicadas anticipadamente en comunicaciones anteriores (Barbero y Scapusio, 1983, 1984; Califano, 1985).



## 2. Patobiografía

Se trata de una mujer lúcida e inteligente, vestida con elegancia, cuyo rostro no revela la edad que tiene. Su trato es educado y cordial pero distante.

Es la primera hija de un adinerado matrimonio judío-húngaro. Hasta el advenimiento del nazismo vive, junto a sus padres, en la prosperidad de la sociedad a la cual pertenece.

Su padre, extremadamente exigente y de una personalidad “avasalladora”, se ocupaba de ella con mucho cariño. “Tanto en los estudios como en las diversiones, o lo que sea, estaba detrás mío tratando de que lo haga perfectamente...”, “...y eran obligaciones, obligaciones, obligaciones...”. En estas palabras su voz dejaba traslucir el intenso placer que existía detrás de la exigencia. “Ese viejo león me dejó a la miseria, con la responsabilidad de cubrir, donde hubiese faltas, porque mi madre no podía y mi hermano no sabía... Yo realmente fui la adulta, era la confidente de mi madre, que nunca me ocultó sus amoríos.”

Recuerda, emocionada: “Fui la niña de los ojos de mi padre”. Es posible que nos exprese de este modo que, en los ojos de su padre, se veía a sí misma, y que esa mirada le otorgaba un elemento esencial para configurar la imagen de su propia identidad.

Cabe pensar que la excitación de sentirse “la elegida” debe haber sido muy grande, tanto como la culpa y el miedo de perder ese privilegio.

Describe con admiración a su progenitor, quien se había revelado valerosamente contra una alta figura del gobierno nazi y había sido recluido en un campo de concentración durante seis meses. La guerra, con sus horrores, y la amenaza de sufrimiento, los unió entrañablemente y solidificó una particular estructuración edípica.

Guarda especial significación una fotografía, en la cual se la ve abrazada a su padre, al borde de una ventana, mientras que en el fondo se divisa una sinagoga que fue incendiada poco tiempo después. A los 13 años, luego de que Alemania perdiera la guerra y ante la amenaza de la invasión rusa, huyen a Occidente con “sólo lo puesto”.

Ya en Occidente, su madre hace públicas sus continuas infidelidades conyugales y se aleja afectivamente de su marido, que queda “al cuidado” exclusivo de la hija.

Llegan a la Argentina un año después de la huida. Su padre, intentando alcanzar la lujosa vida que una vez habían tenido, arruinaba cuanto negocio comenzaba. Durante una de las tantas quiebras, Sonia, que entonces tiene 16 años, se ve “obligada” a dejarse conquistar por un socio del padre, en un intento de lograr que este socio los ayudara.

Acerca de su adolescencia puede contar muy poco. Se casa a partir de la primera relación que establece, a los 25 años. Interpretamos que lo hace para alejarse de sus padres, que viajan a Italia tentando nuevamente fortuna.

Su matrimonio es una relación formal, con un “buen marido”, “trabajador” y “recto”, en la cual sobresale la falta de amor. Sus ojos quedan puestos en las vicisitudes que sufre su padre en Milán. “Nunca me sentí realmente enamorada de nadie.”

Poco tiempo después se radica en Canadá, a raíz de un contrato profesional de su marido. “La falta de paz se instaló otra vez”, “empecé a organizar todo tipo de negocios para ayudar a mi padre a vivir mejor”.

En una época en que el marido intenta un acercamiento afectivo, sufre fiebre del heno. Podemos interpretar esta reacción alérgica como la dramatización corporal de un rechazo a lo que es vivido como extraño, su marido, mientras mantiene la simbiosis endogámica.

Su padre comienza a padecer un proceso arterioesclerótico, después de un fracaso comercial que desbarata las últimas esperanzas. Sufre entonces un ictus apoplético, que lo deja inválido y afásico. Por esta razón, Sonia viaja para visitarlo. Lo encuentra en un profundo deterioro psíquico, y cuando se despide, él no la reconoce. Se siente ya sin padre.

Cuando vuelve a la Argentina comienza a sufrir mareos esporádicos y cansancio permanente. Poco tiempo después se le diagnostica la leucemia linfoblástica.

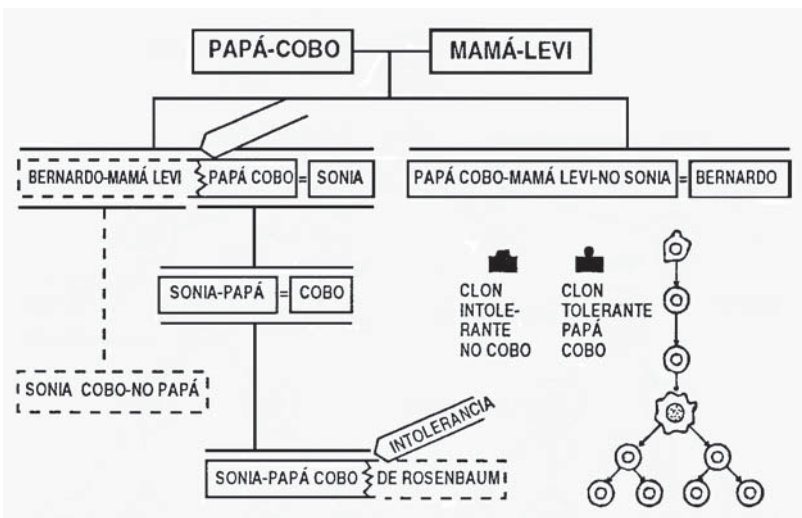
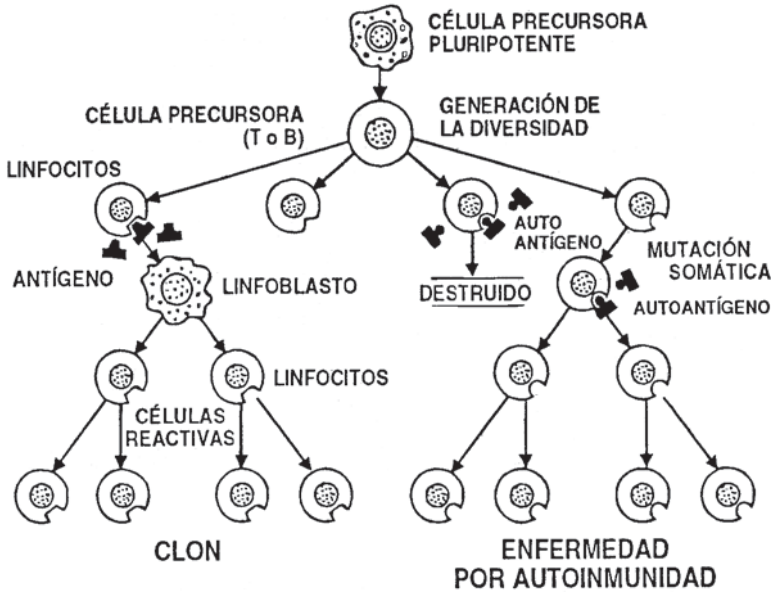
## Conclusiones

Hemos esbozado un esqueleto biográfico que pueda mostrar lo esencial del momento actual en la vida de Sonia y que nos ayude a comprender el significado que adquieren tanto la localización como la forma de la enfermedad.

Siente que debe elegir entre su familia pasada, que cada día experimenta como más destruida, y su familia actual, por la cual nunca sintió el mismo atractivo. Se siente dolorosamente desgarrada por ese dilema. Le surgen frecuentemente deseos de desaparecer, para “liquidar de una vez” la tortura que la acosa.

Desde Italia llega una carta en la cual le comunican que su padre necesita, urgentemente, ser internado. Es evidente, por la actitud de su madre, que intenta desligarse de él. Sonia siempre habló de responsabilidad y de culpa, pero la historia que transcurre subterráneamente es otra. En ella se entreteje el afecto profundo y entrañable de su amor incestuoso, simbiótico, con el intolerable dolor de no poder ayudar a su padre frente a

la inminencia de una muerte que confunde, inconcientemente, con la suya. Es el drama de un vínculo de sangre, y es en la sangre en donde ahora su enfermedad se manifiesta.



Su niñez la ha marcado especialmente. Sintió mucho placer en su infancia. Fue la única figura a quien su padre “amó” y también la que ocupó el lugar que su madre dejara vacante, el rol de la señora responsable y adulta que se hace cargo de la casa. Se sentía “todo” para él. Vivió sus exigencias como una carga penosa, pero la excitación de sentirse la elegida fue más grande aún. Cuando aconteció la guerra, la persecución y el sufrimiento consolidaron su unión.

Su vida, tanto en la Argentina como en Canadá, giró en torno del ganar dinero para ayudar a su padre y devolverle algo de la vida que él había perdido. Siempre sintió que, en su corazón, el pasado, que representaba toda su antigua y bienquerida vida, luchaba con el presente, representado por su familia actual.

El ataque cerebral de su padre parece haberla sumido en un estado de profunda depresión. Parece evidente que su empeoramiento de este último año marchó paralelo con el deterioro creciente de su progenitor. Cuando él ya no la reconoce, Sonia siente que ya no sabe quién ser. Mucho antes de enfermarse de leucemia tenía un problema: salvarse, vivir con su familia actual y enterrar el pasado, su padre y la historia europea. Pero sentía entonces que eso era como matar en ella todas aquellas cosas por las que había vivido. Frente al peso de su historia, sus hijos y su marido no eran su familia. Su identidad de clan estaba allá, en Europa, y ahora, paulatinamente, junto a la agonía de su padre, esa identidad se deshacía amenazando con dejar en su lugar ninguna. De haber podido construir su identidad en el vínculo con sus hijos, proyectado hacia el futuro, no habría enfermado de leucemia. Si hubiera podido soportar la aterradoramente tortura de sentirse “disuelta”, despersonalizada y perdida, no le habría sido necesaria, o inevitable, su proliferación linfocitaria. Su insuficiencia se hizo toda anhelo, una “pura” búsqueda, patética y fallida; una vana “hipertrofia”, hueca, de la identidad perdida.

### **3. Dieciocho meses de tratamiento psicoanalítico**

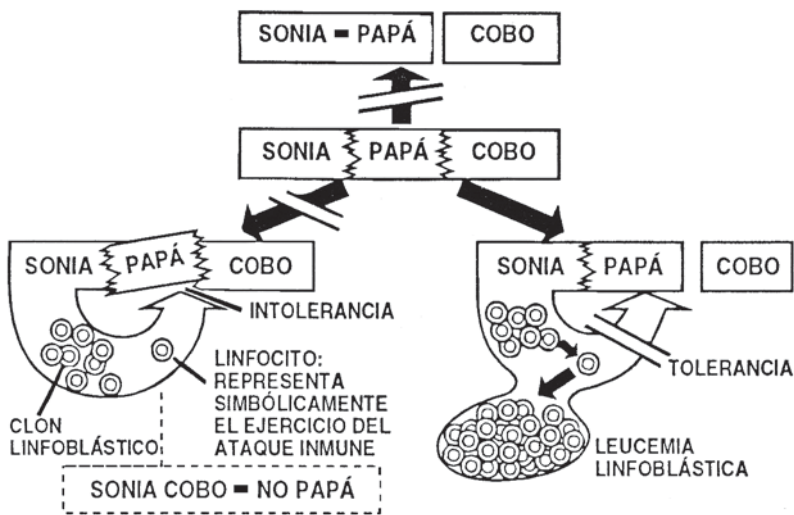
Sonia hace cinco sesiones semanales de un tratamiento psicoanalítico que inicia al mismo tiempo que el estudio patobiográfico en nuestro Centro. Comienza la quimioterapia, una semana más tarde, al finalizar el estudio.

Su psicoanalista nos relata:

Sonia era un caso de leucemia linfoblástica aguda con un pronóstico pésimo; el colega que me propuso su tratamiento me dijo que

era un presente griego. A pesar de eso decidí entrevistarla y, desde ese momento, su presencia de mujer inteligente, sensata y agradable despertó en mí un particular interés que se mantiene vivo de sesión a sesión. En su primera entrevista, a la que acudí sola, pese a la gravedad de su estado, me dijo: “yo sentía que me moría... no tenía ganas de nada... ya hace un año que me siento así, cuando Susanne –una amiga, hematóloga– me dijo que era leucemia, me salió de adentro decirle: ‘es una solución’, y por eso me mandó a que me tratara con usted”.

Trataremos de mostrar, a través de una apretada síntesis de los primeros dieciocho meses del tratamiento psicoanalítico de Sonia, cómo las vicisitudes de su vida que representan *una particular* patología “de la identidad” *evolucionan junto con* los trastornos de la leucemia linfoblástica que, de acuerdo con lo que pensamos, simbolizan a esa particular patología.



## La familia

Veamos un material de sus primeras sesiones:

...me siento sola, si tuviera a mis padres, mi hermano..., si tuviera tíos... yo estoy sola, sola de familia mía... Cuando llegamos a la Argentina, a mi marido se lo chupó la familia. Él se encontró con todo lo suyo, y a mis chicos los ubicaron enseguida, en colegios...

todo. Yo sentía que a ellos los aceptaban porque eran Rosenbaum, a mí no, yo era de afuera. Siempre me sentí así, sentía que a mí no me necesitaban...

Para Sonia su familia era la de sus padres. No se sentía *casada* con Ernesto. Esto nos permitió comprender por qué el vivir con sus hijos no le alcanzaba para dar sentido a su vida. Ella sentía hasta a sus propios hijos como “los Rosenbaum”, los de la otra familia.

Sentirlos como parte de su vida era traicionar a la que ella consideraba su “verdadera” familia. Cuando más adelante nos dice que “no la necesitaban”, pensamos que este sentimiento tan penoso provenía de la fantasía de haber sido “chupada”<sup>31</sup> para hacer “Rosenbaums”, y luego dejada.

A los pocos meses de comenzar su tratamiento muere su padre en Italia:

Me llamó Toti desde Italia para avisarme que murió mi padre. Me dijo que me quedara tranquila, que papá no había sufrido... que le habían hecho una misa, que estaba cerca de Jesucristo... ¿Se da cuenta?... Que mamá habló con un cura y que le hizo mucho bien. En Hungría éramos una familia importante. Los Cobo éramos una familia judía conocida, se imagina ahora..., Toti alemana y católica, educando a los hijos en eso... es como si no fuéramos... nadie... no queda nada...

La muerte de su padre simbolizaba, para Sonia, la pérdida de su identidad. Siente que su vieja historia desaparece con él, ya que su hermano, “débil”, se ha casado con una mujer “alemana y católica”, dejando caer así el estandarte familiar. “Ya no queda nada” por qué vivir. Vivir, para Sonia, era sostener “lo familiar”, “lo judío”, que era lo que sentía más *suyo*. Ya no era Cobo, lo “Cobo” desaparecía con su padre, y no era Rosenbaum porque no se sentía casada.

### **Cómo ser**

Han pasado varios meses y es a través de un sueño que empieza a insinuarse la temática acerca de “cómo ser”. Lo viejo está podrido, socavado, nos va a decir, es necesario ahora comenzar la búsqueda... Veamos el sueño:

<sup>31</sup> Es posible relacionar la fantasía de ser “chupada” vampirescamente con la presencia de trastornos anémicos.

Mi casa está en venta y vale lo mismo que una especie de pueblito donde son todos de una familia... y es como en la época medieval. Está sobre un pasto hermoso. Pero está como en un lugar que de arriba cae agua y socava, pudre... yo sentada en el pasto mirando un desfile de modelos. Después, en una calle... por la calle viene bajando un carruaje con caballos desbocados. Me salvo tirándome para otro lado.

Vuelve a aparecer la fantasía de que su identidad es la de su familia, “la medieval, la vieja”. Esta vivencia aparece idealizada en el “pasto hermoso”, pero “cae agua que socava y pudre”. Alude así a su vieja identidad. El “desfile de modelos” implica la incipiente conciencia de la necesidad de buscar una nueva identidad.

Ella vive su leucemia como algo arrollador, que puede matarla, y que, para la percepción conciente, proviene desde afuera, como el carruaje del sueño. En este sueño aparece también la idea de que puede salvarse, idea que más adelante se repetirá de diferentes maneras.

Otro sueño de la misma semana reitera una temática semejante:

Soné que tenía que salir al escenario y era la actriz principal. Era muy angustiante porque no me acordaba nada de lo que tenía que decir, no estaba preparada. Desesperada preguntaba si me iban a soplar... no sabía nada.

Expresa dramáticamente que tiene que salir al escenario de la vida. “No se acuerda de nada”, no es la de antes, pero todavía no se siente preparada para un nuevo papel que aún no sabe cuál es. Está sola, sin un padre que “le sople”. Recordemos que su padre, tiempo antes de morir, estaba afásico y no la reconocía.

## **La recuperación del ancestro**

Sonia ha terminado la primera etapa de su tratamiento quimioterápico logrando la remisión completa. Esto significa que ya no se encuentran linfoblastos en la sangre periférica ni en la médula ósea. Comienza a generar nuevamente linfocitos maduros. De acuerdo con nuestra interpretación de la leucemia, podríamos decir que estos linfocitos representan el intento de crear una nueva identidad “viable”. Recordemos a Goethe (1808-1832): “Lo que por herencia tienes de tus padres adquiérello tú a fin de poseerlo...”. Sonia no ha podido hacer suyo lo que de “su padre” recibiera. En las sesiones que siguen aparecen sus intentos de rescatar

“lo viejo” para asimilarlo como propio y utilizarlo en la gestación de “lo nuevo”. Lo nuevo aquí representa aquello que se manifiesta en cada uno de nosotros como el sentimiento de poseer una identidad original y distinta de todas las demás.

Sonia vuelve con su marido a Buenos Aires luego de haber pasado algunos días en una vieja ciudad entrerriana. Para Ernesto comenzaba una crisis muy profunda. No sólo es una crisis económica, sino que significa el derrumbe de la familia de sus padres:

Yo le quiero hablar de mis proyectos, mis ideas, pero... se imagina..., yo con la idea de invertir y Ernesto con un montón de problemas. La fábrica no funciona, parece que van a tener que cerrar. Yo con leucemia... Usted sabe que yo me siento curada, pero... bueno..., y yo le vengo con proposiciones de invertir...

Lo que a mí me gustaría hacer, y que además me siento capaz de hacer, sería comprar un campo en Entre Ríos, plantar frutales para hacer dulces, especias para las comidas, poner una casa de té con tortas, llamar gente que teja de acuerdo con mis diseños... pero no la gran industria. En fin... no todo es idea mía. Conocí, en Canadá, lugares así. A veces siento que en una ciudad grande me pierdo, soy anónima; en un pueblo pequeño podría ser yo.

Comprendimos que el campo del pequeño pueblito entrerriano representaba adecuadamente los nuevos límites de su yo. En un sentido expresaba sus intentos de diferenciación de su marido y la familia de él, que siempre habitara en grandes ciudades. En otro sentido, el pueblito que se caracteriza por el cuidado de lo viejo y de la tradición representaría, para Sonia, a su padre y a su vieja historia. El campito entrerriano en el que quiere construir y sembrar simboliza seguramente la germinación de los nuevos brotes de una identidad que asienta dificultosamente sus retoños, nutriéndose a duras penas de lo viejo, sobre la devastación de la quimioterapia. La idea de servir el té, tal vez, represente el intento de extrovertir su libido, encerrada en un proceso narcisista<sup>32</sup>.

Veamos el mismo tema en otras dos sesiones:

¿Le conté que a mí nunca me hicieron regalos y que yo no tengo objetos? Ningún recuerdo de mi padre de Hungría, ni de otros. Y no

<sup>32</sup> También expresa aquí, como luego veremos, el primer indicio de un proyecto, vital y personal, que ya no la abandonará y llegará a constituir un epicentro sobre el cual orbitará su vida.



se me había ocurrido nunca que, si me interesa, me los puedo comprar yo. Es algo que nunca había pensado. Ahora tengo ganas de poner en casa un tapiz de Hungría, son cosas que me encantan.

Sabe, mi cuñado y su mujer tienen dos hijos adoptados... la nena es una belleza... muy inteligente, pero es una belleza india, y creo que debe ser muy difícil para ella... Fíjese, los días de fiesta judía faltó a la escuela porque ella quiso. Juntar todo debe ser muy difícil. Me acordaba de que en Canadá la adopción no es tabú, como acá. Todo es más natural. Crían a los chicos, como en el caso de esta chica, con las costumbres de las familias de adopción; pero además tratan de mantenerle lo que tiene que ver con el origen, en este caso lo indio, que es tan evidente en ella.

Vivir es, ahora, para Sonia, construir una historia propia que no implica, como en el pasado, vivir para su padre, sino, por el contrario, hacer *suyo* lo que él representa.

### **Encomendándose a Dios**

Sonia había terminado su tratamiento quimioterápico e iniciaba lo que se llama “el mantenimiento”. Consiste en un tratamiento más leve, cuya finalidad es prolongar la duración de la remisión completa y, en el caso de una recaída, impedir la brusca irrupción de linfoblastos. A veces se pueden encontrar linfoblastos en focos ocultos, aunque no se detecte su presencia en la médula ósea, o en la sangre periférica. Por esta razón se realiza el “mantenimiento”. Los hematólogos afirman que no saben qué es lo que puede desencadenar una recaída y, eventualmente, la muerte en este período. Llegado a este punto consideran que han hecho por su paciente, en cuanto a tratamiento se refiere, todo lo que pueden hacer. Sostienen, y se lo hacen saber a los enfermos, que en el período de mantenimiento no ha pasado el peligro; muy por el contrario, ha desaparecido la relativa seguridad proporcionada por la posibilidad de producir una remisión mediante la droga. De acuerdo con lo que Sonia contó en una de sus sesiones de esta época, su médico le había dicho que, de ahora en adelante, se encomendara a Dios, a Mahoma o a su psicoanalista.

Coincidimos, desde nuestra perspectiva, en considerar este momento como muy peligroso. Entendemos que, en la primera etapa del tratamiento, el enfermo, bajo el impacto del miedo a la muerte y teniendo que “zambullirse” en la terapéutica “para salvar la vida”, no puede “pensar dos veces” lo que decidirá, pero, lograda la remisión completa, y ya sin

síntomas, cuando la familia y los amigos han vuelto cada uno a lo suyo, el enfermo, otra vez solo, se pregunta cómo trazar la nueva vida.

Estoy muy mal. Me siento peor que cuando me enfermé. En esa época estaba deprimida pero sabía lo que quería, podía tomar decisiones. Ahora es un desastre, tengo la sensación de no saber quién soy, ni qué quiero... El otro día me estaba bañando y me miré en el espejo... antes no me animaba... y me vi. Estoy gorda. El pelo de la cabeza me está creciendo bastante, pero sólo el de la cabeza. Pero esa sensación de que no puedo definirme en nada... Hoy pienso de una manera y mañana de otra, me tiene mal todo eso.

### **Dios es la participación en la vida**

Yo estaba decidida: si él no quería, le dije que me dejara el auto... yo iba sola. Fue difícil, tenía un dolor en el pecho y un miedo... pero le dije que yo no le voy a torcer el brazo, pero que tampoco quería que él me lo torciera a mí, que entonces cada uno siguiera su camino.

Con estas palabras nos expresa Sonia cómo está en el camino de ser ella misma, a través de un proyecto personal, que siente con una fuerza que va más allá de su voluntad conciente.

Compramos el campo, estoy chocha. Ernesto también se entusiasmó, después... Es hermoso, está en una loma, en la ladera, desde arriba se ve el río, y tiene unos manantiales. Quiero conservar lo que tiene de natural... y plantar además, pero lo que plante tienen que ser especies que crezcan sin pesticidas...

Este campo, este proyecto, la representa en su deseo de crecer respetando lo que siente como más íntimamente suyo. Simboliza en una especie de plantas, capaces de crecer sin pesticidas, su deseo de curarse sin necesidad de recurrir a las drogas anticancerosas.

Sonia se plantea cómo hacer para vivir sin que este vivir sea muerte para otros, aludiendo así a sus conflictos de individuación, que la enfrentan con la fantasía de dañar a los objetos de los cuales se separa, en el proceso de ruptura de un vínculo que experimenta como simbiótico.

...un día me dijeron que si plantaba iba a tener que matar las liebres, porque se comen a las plantas. Esa noche lloré como una loca, porque yo sentía... ¡qué prepotente es el género humano!... cómo iba a matar a ese animalito que estaba allí, en su ambiente, desde hace tantos años... qué derecho tenía yo...

Las liebres, como Ernesto, que tiene sus propias necesidades y sus propios deseos, podrían representar a los otros seres que, tal como ella lo siente, se oponen a su proyecto. Teme comportarse con la familia como un “monstruo egoísta”, pero siente que, si no lo hace, hay algo en su interior que, permaneciendo insatisfecho, la devora. Cuando se propone conservar la vida de su alrededor, se refiere quizás, intuitivamente, a su necesidad de curar su alteración cancerosa sin atacar “la vida joven” que, en sus células, ha comenzado, mediante la quimioterapia, a morir junto al cáncer. Su proyecto “ecológico” alude así a una “participación en la vida” que otorga un sentido profundo al “consejo” de “encomendarse a Dios”.

Sabe que allá nos vienen a ver... nos ven como los que vamos a dar vida a ese lugar. El otro día nos dijeron que era una suerte, que era como que estábamos dando una transfusión de sangre fresca a ese lugar, que hacía falta. Se ofrecen para trabajar, y cuando podemos, los favorecemos.

### **Una cuestión de suerte**

Hace poco, en una sesión, Sonia decía:

...lo más importante que aprendí de la leucemia es que no somos eternos, que ya pasaron cincuenta años de mi vida y no pude hacer algo como yo lo quiero... le digo, estoy tan ocupada, que de la leucemia casi no me acuerdo... yo me siento curada, tengo mucho para hacer... le decía a Ernesto que cuando tenga la edad de él (seis años más), ya los árboles van a producir...

Cuando Sonia enfermó, sentía que morir era su solución. Así lo dijo en su primera entrevista. Luego, lo que más la afectaba era percibir que nadie hacía proyectos futuros con ella. Ahora su leucemia se ha ido transformando en otro proyecto que significa vivir...

Contaba que hace unos días, en casa de unos amigos, alguien que no sabía de su enfermedad le dijo que sus ojos eran más vivaces que los de otra gente. Allí, la hematóloga que la había considerado un presente griego le dijo: “Hay muy pocos, los puedo contar con los dedos de una sola mano, que soportan el tratamiento como vos, sin complicaciones... ¡Qué suerte que tuviste!”.

En un sueño que relató hace un tiempo, tenía que seguir buscando las piezas que le faltaban para armar un rompecabezas... Su identidad es un proceso en curso, como es natural, pero ya no parece ser el motivo de una terrible destrucción... ¿Una cuestión de “suerte”...?

## V. Esquema para una interpretación psicoanalítica de la leucemia linfoblástica

Freud escribe: “El yo es sobre todo una esencia-cuerpo; no es sólo una esencia-superficie, sino, él mismo, la proyección de una superficie. Si uno le busca una analogía, lo mejor es identificarlo con el ‘homúnculo del encéfalo’ de los anatomistas que está cabeza abajo en la corteza cerebral, extiende hacia arriba los talones, mira hacia atrás y, según es bien sabido, tiene a la izquierda la zona del lenguaje” (Freud, 1923b\*, pág. 27).

Freud se refiere, en el párrafo anterior, a la noción que tiene el sujeto de sí mismo (*self*), es decir, al “mapa” que de este sí mismo construye. Este mapa, que generalmente denominamos “esquema corporal”, forma parte de la instancia yoica, ya que esta última no podría funcionar si no tuviera, de algún modo, una cierta noción de la estructura mediante la cual ejerce sus funciones.

El esquema corporal se construye incluyendo aspectos concientes e inconcientes. Entre estos últimos, es importante subrayarlo, intervienen elementos que nunca han accedido a la conciencia, es decir, que pertenecen a lo que Freud (1915a\*) denominaba “el inconciente no reprimido”.

Cuando queremos comprender, dentro de la teoría psicoanalítica, cómo se constituyen la noción de identidad y el sentimiento de autoestima (como autoconsideración en su doble sentido, positivo y negativo), nos damos cuenta de que la existencia de un esquema corporal es una condición previa fundamental.

Hemos visto que el sistema inmune se ocupa predominantemente de la diferenciación entre lo que llamamos “propio” y lo que llamamos “ajeno”. Se presta, por lo tanto, mejor que cualquier otro sistema, para arrogarse la representación completa del proceso psicofísico por el cual un sujeto se “reconoce” a sí mismo como diferente entre sus similares. El psicoanálisis utiliza generalmente el término “identidad” para referirse al resultado psíquico, conciente e inconciente, de este proceso<sup>33</sup>.

<sup>33</sup> Víctor Laborde (1974a, 1974b) ha investigado las fantasías específicas del timo, lo cual lo condujo a ocuparse de los procesos inmunitarios y a sostener que estos procesos aparecen como representantes inconcientes del establecimiento de la identidad a partir de su función de discriminar entre lo propio y lo ajeno. Analiza la relación existente entre el timo y la noción de *self*. Subraya que no debe ser casual el hecho de que, para referirse a uno mismo, dirijamos la mano hacia el lugar del pecho que aloja a la glándula tímica. Continúa sus desarrollos ocupándose de la relación existente entre los linfocitos T y la “memoria” de aquello que debe considerarse “propio”. Describe de este modo, a través del análisis de la palabra “intimidad”, las relaciones entre la identidad y lo “íntimo”. Esto último le permite también introducirse en interesantes consideraciones acerca de la timidez como un rasgo esencial del carácter tímico, y sus vinculaciones con la vergüenza y el orgullo despectivo.

La identidad de un sujeto se construye a partir de las identificaciones primarias. Sus efectos son universales y duraderos: son producto de la identificación con ambos “padres” de la prehistoria personal. Esta identificación primaria es directa, inmediata y más temprana que cualquier investidura objetal (Freud, 1923b\*). Las posteriores investiduras parecen tener su desenlace, si el ciclo es normal, en una identificación secundaria que refuerza y modifica a la anterior. Apoyándonos en las investigaciones realizadas acerca del psiquismo fetal (Rascovsky, 1960; Chiozza, 1963b, 1984b [1967-1970]), incluimos dentro del término “padres de la prehistoria”, tanto a los protopadres heredados, como a los de la historia posnatal. Los primeros quedan representados, en el período embrionario-fetal, por el ello, que el yo utiliza como modelo para identificarse especularmente, manteniendo con él una relación libidinosa narcisista-hermafrodita “incestuosa” e ideal.

Recordemos que los linfocitos son estructuras encargadas de conservar memoria de una determinada configuración antigénica. Se diferencian en progenies, cada una de las cuales constituye un clon, o familia, caracterizado por una particular y específica facultad de reconocimiento. Durante la vida embrionario-fetal coexisten distintos clones sin ningún género de incompatibilidad, pero, más adelante, una determinada selección clonal resulta la que configura la identidad del individuo, mientras que las demás son reprimidas<sup>34</sup>. No es de extrañar, por lo tanto, que el sistema linfocitario sea especialmente adecuado para arrogarse la representación simbólica de los procesos por los cuales se establece la identidad más precoz,

---

<sup>34</sup> Filogenéticamente, el primer vestigio del sistema inmunitario apareció en los peces como primitivos linfocitos tímicos (inmunidad mediada por células). La evolución hacia la tierra firme se inscribe con la aparición de células productoras de inmunoglobulinas (inmunidad humoral), tal como ocurre en los anfibios primitivos y en los reptiles. Las aves poseen una neta diferenciación entre el timo y la bolsa de Fabricio, que centraliza la inmunidad humoral. En el hombre, el sistema inmunitario posee un desarrollo más acabado, al tiempo que no alcanza la clara diferenciación de las aves. Ontogenéticamente se recorre todo el desarrollo filogenético, desde la defensa fagocítica hasta la complejidad de las inmunoglobulinas. El sistema linfoide está compuesto por el timo, los nódulos linfáticos (amígdalas, placas de Peyer, apéndice cecal, etc.), el bazo y los ganglios linfáticos. En los mamíferos, el desarrollo de la capacidad inmunitaria aparece al final de la vida embrionaria. En el hombre, los ganglios linfáticos crecen rápidamente de los 2 a los 10 años, para luego disminuir de tamaño (Jacotot, 1980). El desarrollo del sistema inmunitario ha debido tener causas muy poderosas. Seguramente en su origen no tuvo que ver con las infecciones, ya que los invertebrados carecen de tales defensas aunque compiten con los vertebrados en cualquier situación ecológica (Good, 1973).

precisamente aquella que se logra mediante la identificación primaria y se relaciona más íntimamente con un tipo de identidad “familiar” asociada a la idea de ancestro y de clan.

Si el sistema linfocitario normal actúa en salvaguarda de la identidad de un individuo, su proliferación atípica podría representar una defensa exagerada frente a una vivencia de pérdida. Es posible suponer que el nódulo central de la fantasía inconciente leucémica linfoidea encierre un temor insoportable a perder *la identidad establecida mediante la identificación primaria*.

El peligro al que expone la disminución plaquetaria y del número de neutrófilos (hemorragias e infecciones que pueden llevar a la muerte) podría representar la fantasía de desangrarse y contaminarse en una especie de “simbiosis” destructiva, “simbiosis” que es vivenciada como una forma de “fidelidad” a *la antigua* identidad que se está a punto de perder.

Los tratamientos instituidos para la leucemia, en especial la radioterapia encefálica, parecen representar la dramática oferta de salvación que consiste en destruir o “matar” a todo lo que tiene que ver con la identidad. Esta especie de “lavado de cerebro” podría, entonces, ser vivenciada como una “violación del santuario”.

En la leucemia linfoblástica debemos encontrarnos, en realidad, con una estratificación de fantasías. En primer lugar, la fantasía específica de la leucemia linfoblástica, que suponemos vinculada a los problemas de la identidad e intimidad *primitivas*, es decir, a fantasías que podemos considerar linfocitarias y tímicas. En segundo lugar, y con un mayor grado de generalidad, las fantasías específicas correspondientes a todas las leucemias, que suponemos corresponden a los trastornos de la inmunidad y de la lucha contra los agentes patógenos que invaden al organismo. En tercer lugar, las fantasías, aun más generales, en virtud de las cuales la leucemia linfoblástica es catalogada entre las proliferaciones cancerosas<sup>35</sup>.

Los linfocitos T, timodependientes, conservan la información necesaria para reconocer las estructuras antigénicas de las membranas celulares. Los linfocitos B, bursodependientes, conservan, en cambio, la información que permite reconocer los antígenos pertenecientes a determinadas moléculas aisladas. Se dice que un linfocito “reconoce” a una estructura “antigénica”, cuando una parte predeterminada de ese linfocito, el anticuerpo, se une con esa estructura, que le corresponde de la misma manera que una cerradura a su llave. A partir de este suceso, es posible que el linfocito emprenda una

<sup>35</sup> La investigación psicoanalítica nos ha llevado a postular (Chiozza, 1984b [1967-1970]; Chiozza y colab., 1981c) que una persona sólo enferma de cáncer si se cumplen las siguientes condiciones necesarias:

evolución regresiva hacia su estadio previo de linfoblasto, y que, entonces, se divide en dos descendientes. Uno de ellos, llamado linfocito de memoria, que conserva la información original, iniciará una progenie dotada, toda ella, de la misma información. El otro descendiente es distinto según la célula de la cual deriva sea un linfocito B o un linfocito T. Los linfocitos B generan células plasmáticas, que son las que tienen a su cargo fabricar los anticuerpos correspondientes a la información recibida de su antecesor. Los linfocitos T pueden generar cuatro tipos distintos de células hijas, además del ya mencionado linfocito de memoria: linfocitos estimuladores del proceso inmunitario celular correspondiente a la progenie T de la cual ellos derivan, linfocitos inhibidores de ese mismo proceso, linfocitos cooperadores que estimulan al sistema de los linfocitos B, linfocitos “asesinos” que destruyen a las células que poseen la estructura antigénica correspondiente.

Los linfocitos T que “reconocen” a las células que forman parte del propio organismo que los origina son destruidos o inhibidos por el mismo sistema, a los fines de evitar que dichos linfocitos las destruyan. Este proceso se establece durante la vida embrionaria, mediante una lucha de clones o progenies linfocíticas, que se denomina selección clonal, y en virtud de la cual una determinada progenie triunfa sobre las otras, “reprimiéndolas” y obligándolas de este modo a *tolerar* al clon

- 
1. Una fijación al período individual que corresponde al desarrollo embrionario. Este núcleo narcisista inconciente, precozmente disociado, permanece como un deseo insatisfecho que no se integra con el desarrollo que emprende el yo coherente. Denominamos yo coherente al núcleo yoico que predomina en una persona individual, núcleo que integra siempre, dentro de sí, al estadio más alto que ha alcanzado la evolución libidinosa. Creemos que esta primera condición se encuentra presente en todos los seres humanos, ya que la desviación neoplásica celular es un proceso constante, que sólo llega a constituir la enfermedad cancerosa en uno de cada cuatro individuos, gracias a que es controlada por el sistema inmunitario.
  2. Una frustración actual en aquellos estadios posteriores de la evolución libidinosa que constituyen, para un determinado sujeto, sus modos predominantes de satisfacción. A partir de esta frustración se condiciona una regresión que incrementa la energía pulsional contenida en la fijación narcisista embrionaria, “reactivando” las fantasías que ese grupo contiene.
  3. La imposibilidad de descargar la excitación generada en la fijación embrionaria, a través de cualquiera de los estadios posteriores de la evolución libidinosa individual. Esta última condición se realiza, predominantemente, a juzgar por lo que se observa en la clínica, mediante un fracaso en la descarga de la excitación incestuosa, porque la fijación incestuosa, provocada por una relación consanguínea, constituye, en la progresión libidinosa, el estadio que sigue a la fijación narcisista embrionaria.

“triumfante”. El fenómeno que en inmunidad se denomina “tolerancia” es pues un proceso activo que evita el “auto-reconocimiento”. Su fallo conduce a las enfermedades por autoinmunidad. Su incremento patológico conduce, en cambio, a tolerar desviaciones o mutaciones celulares que dan lugar a enfermedades como el cáncer.

Es necesario subrayar que la palabra “reconocimiento” se usa en inmunología para referirse al fenómeno por el cual un anticuerpo se une con su antígeno específico. Este reconocimiento es el que da lugar a la reacción que ataca y destruye al antígeno. Así, evitando el auto-reconocimiento inmunitario mediante la tolerancia, se “aprende” a diferenciar lo propio de lo ajeno. Lo ajeno, por lo tanto, no es lo desconocido, sino precisamente aquello “familiar” que ha devenido “extraño”. Este fenómeno posee interesantes vinculaciones con la interpretación que acerca de lo “siniestro” realiza el psicoanálisis.

Si tenemos en cuenta que todo organismo es un conglomerado de individuos “diferentes” que han aprendido a tolerar a un clon fundamental, caemos en la conclusión de que existen, en lo que respecta a la identidad inmunológica, dos formas de “reconocer”: una, “reprimida”, que es tolerar, y otra que es atacar. Lo que se desconoce no se tolera ni se ataca. En el lenguaje habitual suele expresarse que se ataca a un conocido porque se lo ha “desconocido”, negando con esto que “lo extraño” es algo “conocido” como peligroso.

Sonia y papá “son de la misma sangre”, son Cobo a diferencia de Bernardo, “un cabeza hueca”, y de mamá. Sonia se sentía “Sonia-Papá Cobo”. Si hubiera completado exitosamente su diferenciación individual, habría llegado a sentir que ella era una mezcla “No Bernardo” de “Papá Cobo” y “Mamá Levi”. Pero habría debido enfrentar la vivencia de ser una “Sonia Cobo-No Papá”.

Su identidad de “Sonia-Papá Cobo” podría quedar simbólicamente representada por el “mapa” de una determinada selección clonal de progenies linfocitarias toleradas, correspondientes a una parte de su identificación primaria. Mapa que parece haberse mantenido sin mayor variación a pesar de su casamiento y su maternidad, ya que no se ha sentido perteneciendo al clan de los Rosenbaum, ni siente que sus hijos son Cobo. Cuando su padre, enfermo, la “desconoce”, lejos de romperse su identidad simbiótica con él, siente que algo suyo la trata como extraña, y ese algo se le vuelve extraño.

Sonia debe entonces tratarlo como ajeno, y para “reconocerlo” como antígeno, debe estimular el recuerdo linfoblástico de una configuración, antes “dormida”, frente a lo que toleraba. Sin embargo, el proceso no se completa. Sonia no puede atacar a “su padre” generando los linfocitos



maduros correspondientes al ejercicio de esa función, porque todavía, como quien acechando a un enemigo estuvo cerca de matar a un ser querido, teme destruir a una parte de “Sonia-Papá Cobo”. El clon linfoblástico que, impotente para madurar y finalizar el proceso detenido, se multiplica monstruosamente hasta desarrollar la leucemia, simboliza el proceso conflictivo por el cual no puede ser “Sonia Cobo-No Papá” ni regresar a “Sonia-Papá Cobo”. Antes no pudo ser “Mamá Levi”, y después, tampoco, ser Rosenbaum. Ahora, que Papá comienza a hacerse extraño, como si fuera Rosenbaum, no puede “atacarlo” para diferenciarse.

La intolerancia “inmunitaria” de Sonia hacia todo lo que no fuera “Sonia-Papá Cobo” ha intentado, primero, crecer, para incluir en el rechazo a Papá, que se ha hecho extraño. Pero, luego, ante el fracaso de este intento conflictivo, que se expresa en un linfoblasto que no logra madurar, “tolera”, en una sustitución transaccional, la proliferación linfoblástica. Esta proliferación, anárquica con respecto al plan del organismo, representa, como todo cáncer, el triunfo de una progenie “primitiva”, que satisface, de forma extrema, su propio “narcisismo”. Se presta, por lo tanto, para representar sustitutivamente el “triunfo”, simbólico, de la intolerancia narcisista de Sonia, intolerancia que, al mismo tiempo, permanece exacerbada y fallida.

## VI. Epílogo

El tratamiento se realiza de acuerdo con el protocolo utilizado por la Academia Nacional de Medicina. En la primera etapa se utilizó vincristina, prednisona y metotrexato oral e intratecal. También asparaginasa, aracytin y puri-nethol. Se efectuaron diez aplicaciones de radioterapia en la zona encefálica por una única vez.

Su *facies* adquirió un aspecto cushingoide. La pérdida del cabello, de las cejas y del vello corporal fue completa, pero la medicación citostática fue muy bien tolerada durante todo el tratamiento, y no hubo necesidad de hacerle más que una sola transfusión de sangre. El efecto de la terapéutica fue controlado, en la primera etapa, con análisis hematológicos semanales y punciones medulares frecuentes.

Al finalizar los dos meses de la primera etapa, Sonia logra lo que dentro del protocolo utilizado se considera remisión completa. Permanece asintomática. En la sangre periférica se encuentra 11,1 g/dl de hemoglobina, 3.600 leucocitos en cifras absolutas y 368.000 plaquetas por microlitro. La punción medular muestra celularidad disminuida, menos del 5% de blastos y la presencia de las tres series hematopoyéticas.

En la segunda etapa, luego de un descanso de una semana, fueron utilizadas las mismas drogas durante un mes. El metotrexato se administra ahora por vía oral. En este período su padre, inválido, muere en Italia.

Casi cuatro meses después de iniciada la quimioterapia, Sonia comienza el período de mantenimiento, que durará, aproximadamente, dos años. Las dosis de prednisona, metotrexato y vincristina son mucho menores. Se suprimen la asparaginasa y el aracytin. Se realizan hemogramas cada dos semanas y punciones medulares cada tres meses.

Hubo en este período un solo episodio de leucopenia en el cual el número de leucocitos descendió por debajo de los 1.500. El trastorno coincidió con la visita de su madre, que viajó hasta Buenos Aires. Sonia se encontró con una mujer de 60 años que no representaba su edad. Autosuficiente, e interesada en sus propios asuntos, no se conmovió demasiado al enterarse de la enfermedad de su hija.

Su tratamiento psicoanalítico continúa con la misma frecuencia semanal. El material de las sesiones es muy rico en contenidos, y se percibe claramente que el *insight* y el trabajo elaborativo de Sonia prosiguen. La crisis en el proceso de diferenciar su identidad constituye una temática constante, que apareció representada a través de distintos símbolos, cuyo énfasis oscilaba entre el intento de conservar o recuperar la identidad ancestral de su antigua familia, la búsqueda de un camino propio para desarrollar su vida y la integración de ese proyecto personal “egoísta” con los proyectos de su nueva familia en su nuevo entorno social.

La hematóloga que la asiste le dijo, hace poco, que le sobran los dedos de una sola mano para contar a los pacientes que, sufriendo la enfermedad de Sonia, evolucionaron tan bien. Luego de este comentario agregó: “¡Qué suerte que tuviste!”.

El comentario de la colega que presencié la inesperada mejoría de Sonia me recuerda otro similar, expresado frente a un enfermo con lesiones metastásicas de un melanoma maligno, que evolucionó favorablemente luego de un estudio patobiográfico<sup>36</sup>.

Todos estamos de acuerdo en que utilizamos el nombre “azar” para referirnos a una combinatoria de variables desconocidas que no podemos pre-ver. La cuestión que ahora nos interesa es saber hasta qué punto, en la mejoría de una leucemia grave, o en la tolerancia de Sonia a la

<sup>36</sup> El paciente al cual nos referimos fue presentado en un trabajo anterior (Chiozza y colab., 1981c). {Véase también el capítulo X de *¿Por qué enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo* (Chiozza, 2007a [1986-1997-2007]), OC, t. XIV.}

quimioterapia, tuvo importancia el hecho de que en su tratamiento se ha incluido al psicoanálisis ejercido de una particular manera.

Hay acontecimientos, como, por ejemplo, la fractura de un hueso consecutiva a un traumatismo, en los cuales podemos admitir fácilmente la intervención de un motivo psíquico inconciente en la determinación del evento desencadenante. Pero estamos habituados a ver en la fractura una mera consecuencia, cuya forma y cuya evolución se explican tan satisfactoriamente como efectos de una causa, que parece innecesario interpretarlas como un lenguaje que transmite una fantasía inconciente. A pesar de la fuerza que posee este pensamiento cotidiano, la tarea psicoterapéutica nos enfrenta muchas veces con interpretaciones semejantes que nos convencen con una evidencia innegable. Cuando, como en el caso de la leucemia de Sonia, logramos, descifrando el código, interpretar el lenguaje que el trastorno “habla”, no podemos evitar la idea de que la evolución ha de verse influida por el “diálogo” que nuestra interpretación inaugura.

A través de los años, lentamente, nuestra convicción va creciendo, pero nuestro “diálogo” es todavía un balbuceo torpe, y nuestra convicción deberá esperar aún mucho tiempo para adquirir la fuerza con la cual hoy creemos en otras terapias.



---

**IDEAS PARA UNA CONCEPCIÓN  
PSICOANALÍTICA DE  
LA ESCLEROSIS EN PLACAS**

---

(1986)

Luis Chiozza, Sergio Aizenberg, Catalina Califano,  
Alejandro Fonzi, Ricardo Grus, Enrique Obstfeld,  
Juan José Sainz y Juan Carlos Scapusio

## **Referencia bibliográfica**

**CHIOZZA, Luis y colab. (1986e) “Ideas para una concepción psicoanalítica de la esclerosis en placas”.**

## **Primera edición en castellano**

*Lecturas de Eidon*, N° 5, CIMP, Buenos Aires, 1986.

Sobre este trabajo se basó el capítulo XI de *¿Por qué enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo* (Chiozza, 1986b), OC, t. XIV.

## I. La esclerosis en placas desde el punto de vista de la clínica médica

La esclerosis en placas, esclerosis múltiple o esclerosis diseminada, forma parte de un conjunto de entidades patológicas que afectan al sistema nervioso central. Aunque no posean unidad etiológica o nosológica, dichos trastornos comparten, sin embargo, una característica fundamental: la destrucción, en los sectores afectados, de las vainas de mielina que rodean a las fibras de conducción nerviosa. Estos trastornos desmielinizantes pueden ser:

- 1) *Mielinoclásticos*, con desintegración de la mielina normalmente constituida. El caso típico está configurado por la leuconeuroaxitis de la esclerosis en placas.
- 2) *Leucodistróficos*, con imposibilidad de formar normalmente la mielina, quizás por errores genéticos. Pertenecen a este grupo las tesarismosis (Beeson y McDermott, eds., 1980).

La enfermedad que nos ocupa se presenta entre los 16 y los 45 años de edad en el 80% de los casos (Mattews, citado por Cáceres, 1980)<sup>37</sup>.

Al producirse la declinación de la neurosífilis, se ha convertido, por lo menos en el noroeste de Europa y en Norteamérica, en la afección del sistema nervioso que es más frecuente entre los adultos jóvenes.

---

<sup>37</sup> J. F. Kurtzke (Cáceres, 1980) distingue zonas de frecuencia alta, media y baja, dentro de una gama que abarca desde 60 casos por cada 100.000 habitantes, hasta menos de 5. A pesar de que no existen estadísticas con respecto a nuestro país, se supone que en la Argentina la incidencia es baja.

Las placas de leuconeuroaxitis de la esclerosis múltiple se localizan preferentemente alrededor del tercer y cuarto ventrículos, cerebelo, tallo encefálico, médula, nervios y quiasma óptico, afectando de este modo con mayor frecuencia las vías piramidal, sensitiva, cerebelosa y óptica. Se caracteriza clínicamente por la aparición de una sintomatología polimorfa, que deriva de la afección de las vías mencionadas, y que suele evolucionar por brotes y remisiones (Pereyra Kaefer y Poch, 1969; Cáceres, 1980).

Entre las diversas hipótesis existentes acerca de la etiología y patogénesis, las más aceptadas son la producción de anticuerpos específicos, antimielina (consecuencia del ataque por un virus lento, ocurrido en la infancia), y la sensibilización autoinmunitaria (Cáceres, 1980; Rose, 1981).

La histopatología (infiltrados linfoplasmocitarios, proliferación microglial, desintegración de la vaina de mielina, gliosis cicatrizal) explica la fisiopatología de la esclerosis múltiple. La destrucción de la mielina, elemento aislante indispensable para la normal “conducción saltatoria” de los impulsos nerviosos en los axones de alta velocidad de conducción (axones mielínicos), se expresa por una conducción retardada o por un bloqueo de la transmisión entre neuronas. Se hace comprensible, entonces, que esta enfermedad pueda variar su forma desde un complejo sintomático aislado (por ejemplo, la neuritis óptica retrobulbar o la paraparesia espástica), que habitualmente se manifiesta como un episodio único que remite sin dejar mayores secuelas, hasta la forma recurrente crónica, con brotes y remisiones, agudos o subagudos. Algunos casos de la forma recurrente crónica se detienen espontáneamente, pero la mayoría prosigue una evolución hacia la espasticidad incrementada, y conduce hacia una invalidez progresiva en un tiempo que suele variar mucho de uno a otro caso.

Independientemente de las diferencias sintomáticas o evolutivas que configuran las distintas formas clínicas, con el fin de sistematizar su descripción se suele distinguir entre formas de comienzo y período de estado (Pereyra Kaefer y Poch, 1969; Cáceres, 1980).

## 1. Formas de comienzo

Atendiendo a la frecuencia con que aparecen, se describen:

- 1) *Trastornos motores*: usualmente monoparesias o paraparesias. Los enfermos relatan “falta de fuerzas”, “endurecimiento”, “envaramiento” del miembro o miembros afectados, generalmente los inferiores.



2) *Trastornos de la esfera visual*: es frecuente la neuritis óptica retrobulbar. Los pacientes se quejan de “obnubilación visual” o de un “velo ante la vista” que corresponde a una disminución de la agudeza visual y suele acompañarse de pesadez y dolor supraorbitario. Estas manifestaciones son producto del escotoma central que se origina en un edema de papila. Algunas veces se observa diplopía, “visión doble”, motivada generalmente por la paresia del nervio motor ocular externo. Otras, con menor frecuencia, la neuritis se localiza en el nervio óptico o en el quiasma, produciendo hemianopsias.

3) *Trastornos sensitivos*: generalmente parestesias. Se presentan como sensaciones de “hormigueo”, “pinchazos”, “picazón”, o también “torpor”, “adormecimiento”, o “sensación de inutilidad” (síndrome de la “mano inútil”) en uno o más miembros.

4) *Trastornos cerebelosos, vestibulares o de los centros vinculados a las funciones esfinterianas*: son los menos frecuentes (Pereyra Kaefer y Poch, 1969; Ferreiro, 1982).

## 2. Período de estado

Los complejos sintomáticos más característicos del período de estado (unas veces se instalan sin solución de continuidad a partir de las formas de comienzo y otras luego de una remisión de duración muy variable) son los siguientes:

1) *Síntomas y signos motores*: “debilidad” y “torpeza”, lentamente progresivas, de uno o ambos miembros inferiores, debidas a mono o paraparesias o a mono o paraplejías, o trastornos más amplios y severos de la motilidad, que afectan a la vía piramidal<sup>38</sup>.

2) *Síntomas y signos sensitivos*: algunas veces parestesias o disestesias que predominan en los miembros inferiores con localización habitualmente distal, similares a las que aparecen en las formas de comienzo. En ocasiones aparecen trastornos de la estereognosia, o también signos correspondientes a lesiones sensitivas de la médula cervical. Sin embargo, los trastornos de la

<sup>38</sup> Algunas veces se observan la hiporreflexia y la hipotonía muscular que corresponden a la lesión de las raíces posteriores o de la neurona motora inferior o periférica. Otras, se encuentran los signos característicos del síndrome piramidal, que corresponde a la afección de la neurona motora superior o central, es decir: Babinski, hiperreflexia profunda, ausencia de reflejos cutáneo-abdominales, clonus de pie y rútu-la. La hipertonia espástica suele ser intensa y a veces se acompaña de amiotrofias.

sensibilidad profunda (hipo o abatiestesia, hipo o apalestesia, hipo o analgesia) son los más frecuentes. Todos ellos, asociándose a los trastornos piramidales y cerebelosos, contribuyen a configurar los trastornos de la marcha o del equilibrio y la posición.

3) *Síntomas y signos cerebelosos*: se trata habitualmente de un síndrome neocerebeloso (descomposición de los movimientos, asinergia, disimetría, temblor intencional, falta de coordinación o de equilibrio en la marcha, aumento de la base de sustentación, nistagmo, palabra escandida). Sus síntomas se deben fundamentalmente a la anisostenia (falta de correlación entre agonistas y antagonistas) que depende de la hipotonía muscular correspondiente a este síndrome. La denominación genérica que agrupa a todos estos trastornos es la de ataxia cerebelosa.

4) *Trastornos esfinterianos y genitales*: a veces incontinencia urinaria, impotencia o frigidez, pero es más frecuente la retención vesical o rectal.

5) *Síntomas y signos oculares*: de características similares a los que se observan en las formas de comienzo.

6) *Síntomas y signos derivados de otros pares craneanos*: diplopía o estrabismo por lesión del nervio motor ocular externo, a veces síndrome vestibular o nistagmo lateral, que derivan de una lesión del nervio vestibular. La disartria es mucho más frecuente y típica que la palabra escandida, se la considera producida por la combinación de fenómenos espásticos (piramidales) y atáxicos (cerebelosos).

7) *Síntomas y signos cerebrales*: son los menos frecuentes (hemiparesias o hemianestias).

8) *Trastornos psíquicos*: la tríada de Wilson (eutonía, euforia y actividad emocional exagerada), a la cual se considera como la manifestación de una anosognosia presumiblemente producida por lesiones del sistema límbico y de sus conexiones con el sistema reticular mesencefálico. Es muy frecuente y se la considera típica (Pereyra Kaefer y Poch, 1969).

## **II. Ideas para una concepción psicoanalítica de la esclerosis en placas**

### **1. Introducción**

El sistema de neuronas es considerado por Freud (1950a [1895]\*) como heredero de la excitabilidad general del protoplasma. Si bien clásicamente

se ha sostenido que enlaza la función sensorial de un organismo con la función motora, Weizsaecker (1946-1947) ha demostrado que percepción y movimiento integran una unidad funcional inseparable, agregando el principio de que “la función es función de la función”.

El sistema nervioso aparece, en la escala zoológica, en los *cnidarios* (celenterados) (Weisz, 1966), y representa un sensible progreso sobre la correlación humoral, a la cual sin embargo no sustituye.

Así como los linfocitos reciben la información exterior en forma de engramas que configuran su memoria, el sistema nervioso es “modulado” por la realidad que lo circunda (Jerne, 1973). Pero, a diferencia de lo que ocurre con el sistema inmunitario, la integración del sistema nervioso se obtiene por medio de un tipo de comunicación que lleva implícita la transmisión por medio de “fibras” interconectadas a modo de un retículo.

El otro paso evolutivo fundamental, importante para nuestro tema, es que la mielinización, aislante, de los axones, mediante la cual se consigue una mayor velocidad de conducción, aparece en los *vertebrados*, en la fibras motoras y, parcialmente, en las sensitivas, como correlato del desarrollo de la musculatura estriada (Weisz, 1966).

Las estructuras cerebrales del embrión humano comienzan a mielinizarse muy precozmente, alrededor de los catorce días de la gestación (Genis Gálvez, 1970), continuando el proceso durante el desarrollo embrionario-fetal. Las vías de la sensibilidad profunda conciente (responsables de la estereognosia) y las de la sensibilidad profunda inconciente o cerebelosa (que gobiernan la regulación del tono muscular y de la postura) comienzan a mielinizarse a partir del sexto mes de la gestación, mientras que la vía piramidal (vinculada a la motilidad voluntaria) lo hace a partir del noveno mes continuando después del nacimiento, para completarse recién a los dos años de edad (Fracassi, 1945).

La mielinogénesis va ocurriendo de acuerdo con la “puesta en función” de las diferentes vías de conducción (Patten, 1969). Fleschig (citado por Fracassi, 1945) estableció que el funcionamiento pleno de las vías de conducción nerviosa depende del grado de completitud de la mielinización.

Tal como lo expresamos en otro lugar (Chiozza, 1980f), la descripción más convincente que podemos imaginar acerca de las fantasías específicas que corresponden a la existencia física y al funcionamiento del sistema nervioso, se aproxima al “Proyecto de psicología” escrito por Freud (1950a [1895]\*). Dijimos también que estas ideas necesitan sin embargo ser prolijamente reexaminadas a los fines de poder restituir su significado psíquico específico a las diferentes estructuras orgánicas que no forman

parte del sistema nervioso, ni aun del que llamamos vegetativo, autónomo o visceral. Señalábamos entonces que “tal vez podemos concebir a las fantasías cerebrales como las configuraciones formales de integración más complejas entre las que se constituyen a partir de los circuitos de retroalimentación negativa que participan tanto en la construcción de un reflejo como en el establecimiento de un juicio. Naturalmente, esta concepción debe ser completada por la idea, ya esbozada por Freud (1950a [1895]\*), de que la facilitación ‘dibuja’ complejos en el retículo formado por la vinculación entre neuronas” (Chiozza, 1980f).

Bateson (1972), en *Pasos hacia una ecología de la mente*, plantea un metamodelo que aplica tanto a la comprensión de la evolución biológica como a la evolución de las ideas dentro de lo que denomina un ecosistema. Apoyándonos en sus conceptos, podemos concebir que todo lo que es *antecedente* funciona actualmente como una “trama de fondo”, inconciente, constituida por la persistencia de configuraciones antiguas que en su momento han sido “figuras” concientes y que han “sobrevivido” resistiendo a la presión selectiva ejercida por otras configuraciones. Lo nuevo, en lo actual, puede ser concebido como una nueva “figura”, como la creación de una “forma” inexistente antes, surgida como producto “mixto” de un encuentro entre la “trama” inconciente antecedente y la ocasión particular y presente que ocupa la conciencia (Chiozza, 1980g).

Si aplicamos este metamodelo a la conducta de un individuo en su medio, podemos concebir que tanto los actos motores como los procesos perceptivos (sensoriales y sensitivos) poseen “tramas de fondo”, constituidas por pautas, códigos o claves inconcientes que a su vez, cuando fueron concientes, fueron figuras que se destacaban de otro fondo. Esas pautas subyacentes, propias y específicas de cada proceso, funcionan interrelacionadas en un retículo que configura un sistema, y en la medida en que integran una trama, han perdido su carácter de figura.

Podemos utilizar este mismo modelo para intentar comprender la íntima relación funcional existente entre los sistemas piramidal y extrapiramidal. Tal vez sea posible decir, de un modo esquemático, que el sistema extrapiramidal, que se ocupa del tono y la coordinación muscular inconciente, organiza la “trama de fondo” de todo movimiento voluntario o intencional, mientras que la “figura” de ese movimiento depende de la función piramidal. La relación entre ambos aspectos de la función motora podría compararse, desde este punto de vista, con la que existe en un discurso, o en una frase, entre la palabra que reclama la atención prevalente, porque vehiculiza lo importante del mensaje, y las palabras de fondo, que contribuyen a integrar su sentido. Palabras que otra vez, en otra

escena, fueron figura, y que ahora han abandonado el primer plano para cumplir la función de los actores de reparto.

A medida que penetramos en el conocimiento de las estructuras nerviosas más organizadas, encontramos mayor complejidad y perfeccionamiento de funciones. Si quisiéramos describir, por ejemplo, al cerebro, como si se tratara de una “máquina” que ejecuta “funciones”, deberíamos distinguir, en su conjunto, distintas unidades funcionales, que han sido identificadas y estudiadas por numerosos autores (véase, por ejemplo, Mac Lean, 1949). Solamente nos interesan ahora unos pocos jalones. La existencia de un cerebro antiguo o cerebro “reptil”, que funciona como un “jefe de máquinas” (Taylor, 1979a), es decir, que regula la respiración, el corazón, los vasos sanguíneos y el funcionamiento visceral, y que incluye un sistema de vigilancia o alarma frente a la información sensorial. La existencia de un mesencéfalo o cerebro “roedor”, denominado por algunos autores “cerebro caliente”, que integraría las emociones que motivan los actos humanos. La existencia del cerebelo, que, como un “piloto automático” (Taylor, 1979a), incorpora las habilidades ya aprendidas, transformándolas en “hábitos” que pueden realizarse sin prestar atención. Sus vinculaciones con el mesencéfalo permiten sospechar automatismos afectivos. La existencia de un “cerebro frío” o neocórtex, que correspondería a la capacidad de construir nuevos pensamientos y ejecutar acciones voluntarias. Se pueden distinguir dentro de él dos hemisferios: uno, llamado “dominante”, que, como si se tratara de una computadora digital, opera de un modo lógico o racional, vinculado al establecimiento de diferencias y al desarrollo de una función lingüística; el otro, menos “frío”, semejante a una computadora analógica, se halla vinculado al establecimiento de clases e importancias, a la comprensión unitaria de conjuntos complejos, muestras, configuraciones y estructuras, y al desarrollo de una capacidad gráfica, plástica y musical (Kimura, 1973; Watzlawick, 1977; Taylor, 1979a).

## **2. El ataque a la acción eficaz**

De acuerdo con lo afirmado por la teoría psicoanalítica, toda vez que ocurre una privación o frustración suficientemente importante, se inicia un proceso regresivo, desde el nivel de evolución alcanzado, hacia algún estadio del desarrollo en el cual ha ocurrido previamente una fijación de la libido. Es allí, en ese punto, donde la excitación puede hacer surgir una enfermedad psiconeurótica. Algo similar sucede en el caso de las enfermedades somáticas, en las cuales ocurre además una descomposición de la coherencia de los afectos puestos en juego (Chiozza, 1975c).

Al plantear la participación de los afectos en la génesis de las enfermedades somáticas, concebimos, junto a las “claves de inervación” normales, con-figuradas, la existencia inconciente de afectos típicos que han perdido su coherencia y que, por lo tanto, se hallan des-figurados (Chiozza, 1975c).

En un trabajo anterior sosteníamos que “cabe hacer una primera distinción entre aquellos afectos inefables que la conciencia no puede nominar y los sentimientos, hasta cierto punto tipificados, a los cuales puede hacerse referencia mediante la palabra. Puede hacerse luego una segunda distinción, en los afectos inefables, entre aquellos que, aun sin poder ser nominados, poseen una clave típica y coherente y los que no cumplen con aquella condición. Estos últimos constituyen un *estado afectivo* conflictivo en el cual diversas claves se disputan la descarga, o, dicho en otras palabras, constituyen un des-concierto afectivo. Este tipo de estado, al que denominamos protoafecto, forma parte de toda persona y, en condiciones normales, tiende a configurarse adquiriendo la coherencia de un sentimiento, *nuevo* para esa persona” (Chiozza y colab., 1983h [1982]).

Es evidente que tanto los actos motores como los procesos perceptivos (sensoriales y sensitivos), constituyentes de las acciones eficaces o específicas, poseen “claves de inervación” propias y exclusivas para cada uno de ellos.

Existe además una íntima relación de complementariedad entre los desarrollos de los afectos y los de las acciones específicas, relación que se manifiesta en el hecho de que la descarga mediante la acción eficaz disminuye el desarrollo del afecto correspondiente (Chiozza, 1976h [1975]).

Podemos concebir entonces la existencia de un *des-concierto sensorio-motor*, del mismo modo que concebimos un desconcierto afectivo. En el des-concierto sensorio-motor, que equivale a un “titubeo”, diversas claves se disputarán el acceso al movimiento o afectarán a los correspondientes procesos perceptivos.

Hemos llegado a la conclusión de que la excitación que no llega a configurarse como un afecto coherente es experimentada como una amenaza de desorganización cuya manifestación somática podría llegar a constituir, por ejemplo, una arritmia cardíaca “funcional”, extrasistólica, o un bloqueo de rama “anatómico” (Chiozza y colab., 1983h [1982]). Podemos llegar también a la conclusión de que la excitación que no llega a configurarse como la pauta de una acción eficaz, es experimentada como un peligro o una amenaza de desorganización, cuya manifestación somática podría llegar a constituir un ataque epiléptico “funcional” o bien una neuroaxitis “anatómica” (Chiozza y colab., 1983h [1982]).

El concebir a la leuconeuroaxitis como la contrapartida “materializada” de un acceso epiléptico, nos permite pensar, entonces, que la descarga de

la excitación, recayendo sobre las propias estructuras efectoras, actúa desintegrándolas, desorganizándolas.

Dado que las lesiones implican un ataque desmielinizante, podemos suponer que la regresión de la excitación alcanza al período comprendido desde el desarrollo embrionario hasta el segundo año de vida posnatal. En términos generales, la casi totalidad de este período transcurre antes de la consolidación del lenguaje, la bipedestación y la deambulaci6n.

La lesi6n de la esclerosis en placas deja intacto el “fondo” arcaico, extrapiramidal, de los sistemas de movimiento, mientras dificulta la realizaci6n de los posteriormente adquiridos.

### 3. Características de la excitaci6n comprometida

Los pacientes en los cuales se desencadena una esclerosis en placas despiertan la impresi6n de hallarse frente a situaciones que requieren la realizaci6n de acciones o movimientos “nuevos”, que experimentan como incumplibles o irrealizables.

Los enfermos estudiados parecen sufrir la torturante vivencia de que lo que realizan no es lo que deberían haber realizado. Es como si se sintieran obligados a satisfacer ideales demasiado elevados (representados frecuentemente, como en los monumentos de los próceres, por figuras “ecuestres”), obligados a ser como algùn personaje de su historia, investido de un “maná” “quemante”, obligados a realizar sublimaciones inalcanzables. De este modo, encontrar la forma o la manera de “estar a la altura” sería imposible.

Esto explicaría el profundo *sentimiento de inutilidad y el desánimo* que, como una “manera” de la melancolía, podemos suponer implícitos en los trastornos neuromusculares de la esclerosis en placas. Concebimos a la melancolía como un síndrome amplio, que puede adoptar diversas “formas clínicas”, dependiendo de los afectos y las zonas erógenas predominantemente comprometidos (Chiozza, 1981f). Así como diferenciamos en otras oportunidades una melancolía “hepática”, amarga, una “cardíaca”, nostálgica, una “digestiva”, agria, una “diabética”, empalagosa, etc., podemos distinguir ahora una “anérgico-miasténica”, desanimada.

La crisis melancólica configurada como una “desesperaci6n energizante” simbolizada en el trastorno corporal, correspondería a una insuficiencia hepática en lo que respecta a la capacidad de encontrar las acciones necesarias para la concreci6n de exigencias ideales excesivas. Podemos suponer que cada nuevo brote de esclerosis múltiple sería desencadenado por el reencuentro con situaciones que provocan la

reacción “errónea” de quien “se juega al todo o nada” ante la magnitud y la importancia con la cual se hallan revestidos estos “ideales imposibles”.

En las lesiones inflamatorias de cada nuevo brote se pondría de manifiesto la acción desorganizadora de una excitación que no encuentra una adecuada vía de descarga. Todo ocurre como si esa excitación ideal, “quemante”, produjera, en cada brote, nuevas “salpicaduras”, cada una de las cuales “funde” un diferente sector de la trama configuracional de las acciones.

Al estudiar las cardiopatías isquémicas (Chiozza y colab., 1983h [1982]), hemos planteado que la coartación o inhibición de la configuración de un afecto coherente a partir de la situación de ignominia, coartación simbolizada en la isquemia de la angina o del infarto, puede ser concebida como la reactivación de aquel “suceso motor justificado”, filogenético, que la biología denomina “autotomía”<sup>39</sup>. La *cicatriz* que queda como secuela de un infarto puede ser concebida como la “marca” autotómica que la isquemia deja “impresa” en el músculo cardíaco. El precio que se paga por no vivir el dolor y la angustia que la ignominia del infarto compromete queda entonces encarnado en la alteración de la forma y en la limitación o aminoración del rendimiento funcional que la cicatriz provoca.

La “placa” de la esclerosis múltiple, constituida por la cicatriz que queda como secuela del proceso inflamatorio, podría ser visualizada como el “agujero” que se produce en una red eléctrica cuando tiene lugar un cortocircuito que funde la sustancia aislante.

Utilizando otras metáforas, podríamos describir a las cicatrices esclerosas de las “placas” como si fueran los “restos carbonizados” que quedan como rastros del “incendio” provocado por el encuentro con ideales que son experimentados como “quemantes”. El destino del enfermo puede ser entonces comparado al de una mariposa que se quema en la luz de una llama.

La imposibilidad de encontrar una descarga adecuada, a través de una acción de suficiente eficacia, para esta excitación “quemante”, podría ser tal vez mejor comprendida si suponemos, además, en estos pacientes, la pretensión de imponer la utilización de patrones o modelos de acción previos, que no estarían en concordancia con las nuevas situaciones que las exigencias ideales plantean.

Podemos preguntarnos ahora cuál es la razón por la cual los significados que hemos descripto en los enfermos de esclerosis en placas no se presentan bajo la forma de trastornos hepáticos, dado que afectan al proceso de materialización de los ideales.

---

<sup>39</sup> Nos apoyamos allí en el trabajo que, acerca de las fantasías de autotomía, realiza Baldino (1978).



En la historia de los pacientes con esclerosis múltiple hemos observado la constante presencia de algún personaje significativo, dotado de una elevada capacidad de materialización. Podemos suponer entonces que la insuficiencia hepática, implícita en el déficit de materialización, no se manifiesta como un trastorno hepático, debido a que la existencia de esos modelos de identificación, dotados de capacidad hepática, limita el defecto a la última fase del proceso, simbolizada en la con-figuración de la acción motora de la musculatura estriada.

Los ideales no sólo se materializan en el propio cuerpo o en la procreación, sino también en formas no corporales, como sucede en la sublimación (Chiozza, 1970g [1966], apdo. 3). Recordemos que, como ha sido repetidamente señalado (Ruyer, 1974; Schrödinger, 1958), el sistema nervioso, a través de sus estructuras más complejas, parece constituir el órgano especializado en la construcción de instrumentos y herramientas para la acción. Estos instrumentos, “externalizados” del propio cuerpo, no comprometen de manera irreversible a la forma corporal en una determinada especialización instrumental dentro del desarrollo evolutivo. Se trata de la diferencia que existe entre el avión y las alas del ave, como máquinas que posibilitan el vuelo.

En el caso de la esclerosis en placas parecería que los pacientes “saben” qué es lo que en el terreno de lo sublimatorio deberían y no pueden realizar, y que este conocimiento es el que fundamenta su sentimiento de inutilidad, el cual queda atribuido, en la conciencia, al mismo fallo motor que constituye su símbolo inconciente.

#### **4. Interpretación de la forma clínica**

La característica que distingue a la esclerosis múltiple de otras enfermedades reside en que encontramos afectadas en ella, en forma predominante, a las acciones intencionales que participan en el mantenimiento del equilibrio, en la bipedestación y en la coordinación de la marcha. Esto implica que las lesiones se localizan en las vías piramidal y cerebelosa que gobiernan el movimiento de los miembros inferiores. Parecería que las lesiones de las vías de la sensibilidad profunda, así como de las vías visual y vestibular, que las acompañan regularmente, aparecen debido a que ellas forman parte de un conjunto funcional vinculado específicamente con la realización de tales actos o movimientos intencionales. Encontramos que la lesión del nervio óptico, que se manifiesta por la aparición del escotoma central de la retina, constituye un claro ejemplo de la mencionada sinergia funcional, ya

que esa lesión compromete el componente perceptivo imprescindible: enfocar la mirada, para encaminar la dirección de la marcha.

Si bien los síntomas se presentan en forma predominante en los miembros inferiores, es frecuente observar, sin embargo, síntomas en los miembros superiores, como la pérdida de la destreza manual, o bien trastornos que afectan a la comunicación verbal, configurados por la disartria, así como también se observan alteraciones esfinterianas y genitales.

El conjunto de dicha sintomatología conduce a pensar que la enfermedad compromete, de manera importante, actividades tanto intencionales como vegetativas que pertenecen a la denominada “esfera de la vida de relación”.

Las formas de comienzo se caracterizan por la “obnubilación visual” y diversas disestesias, como sensaciones de “hormigueo”, “pinchazos”, “picazón”, “torpor”, o “adormecimiento” en los miembros inferiores, que se acompañan a menudo de “falta de fuerzas”, “entumecimiento”, “envaramiento”. El avance de la enfermedad manifiesta sobre todo la “torpeza” y la “falta de fuerzas”, que participan de las dificultades en el mantenimiento de la postura, el equilibrio y la marcha. En su forma más completa, se ha constituido un *síndrome atáxico*, que se presenta a menudo acompañado de un síndrome vertiginoso y a veces de disartria, el lenguaje arrastrado y monótono, la palabra escandida, que pueden llegar a hacer incomprensible la comunicación verbal.

Lo ideal, asociado tan íntimamente al simbolismo del fuego, la luz y la visión, aparece como la fuerza desorganizadora, traumática, sobre el aparato perceptor y la materia, cuando no existe una suficiencia “hepática” que permita su asimilación (Chiozza, 1970g [1966]). La obnubilación visual, el “velo ante la vista”, sería la expresión de dicha situación traumática. Es como si de este modo se preanunciara la alteración de la trayectoria vital, la pérdida de la visión hacia dónde encaminarse. Se trataría entonces de mirar, con su sentido “centrífugo”, mediante el cual se observa dónde se va a colocar el pie en el siguiente paso. El mirar, que orienta el movimiento del brazo y de la mano en la caricia, la lucha o el trabajo. El escotoma central de la retina, al dejar libre la zona periférica del campo visual, sólo *impide “ver lo que se mira”*. Además de expresarse de este modo la dificultad de materializar las acciones, pensamos que quizás también se manifieste en ese síntoma el castigo, edípico, “por mirar (aspirar a) lo que no se debe”. La obnubilación visual, así como la diplopía que a veces se presenta aislada y otras la acompaña, pueden también ser interpretadas como un producto de la regresión fetal condicionada por el fracaso “hepático”, regresión que conduce a una pérdida de la visión-tridimensional o “en relieve”.

Consideraciones análogas a las que acabamos de hacer para la visión son aplicables al resto de las lesiones sensitivas y sensoriales, ya que, probablemente, la afectación de los procesos perceptivos en la esclerosis diseminada posee ese sentido general “centrífugo” o motórico, más que el “centrípeto” incorporativo.

La insuficiencia “hepática” de la esclerosis múltiple afecta preponderantemente aquellas acciones de realización externa material que están al servicio de la sublimación. Frecuentemente se manifiesta también en alteraciones del sentimiento de identidad, que suelen quedar simbolizadas en el vértigo y su contrapartida “objetiva”, el nistagmo horizontal, que puede representarlo o acompañarlo. El vértigo, que consiste en la sensación de que “las cosas dan vueltas alrededor”, posee una estrecha vinculación con el mareo, la náusea y el asco, todos ellos afectos “hepáticos”. Weizsaecker (1946-1947), a propósito de un caso de enfermedad de Menière, señala que el vértigo expresa un trastorno del equilibrio y de la coordinación de las relaciones del paciente con el mundo que lo rodea, agregando que los trastornos en las relaciones con la materia (sustancia y alimento) y con el espacio, son inseparables y se representan mutuamente, lo cual permite interpretar la proximidad anatómica de los centros del vértigo y el vómito.

El “hormigueo”, asociado a los “pinchazos” y a la “picazón”, alude, junto con el “adormecimiento”, el torpor y la disartria, al letargo, que, como sabemos, es otra manifestación de las dificultades de materialización hepática. Hace algunos años (Chiozza, 1970*n* [1968]) nos ocupamos del torpor muscular en los trastornos hepáticos, una de cuyas manifestaciones es la “lengua de madera”, que Cesio (1960*a* y 1960*b*) describe en los pacientes con letargo, síntoma que, unido a otras consideraciones ya realizadas, nos abre una línea interpretativa para la disartria y la palabra escandida de la esclerosis múltiple. La existencia de fenómenos a los cuales nos referimos con el nombre de “letargos parciales” (Chiozza, 1970*n* [1968], apdo. 3), que se manifiestan como sensaciones de “hormigueo” y “adormecimiento” de las extremidades, pueden completar esta línea interpretativa<sup>40</sup>.

Afirmamos también (Chiozza, 1970*n* [1968]) que el impacto traumático de las formas ideales puede manifestarse como autólisis, parálisis o

<sup>40</sup> La etimología de la palabra “entumecimiento”, por sus vinculaciones con el latín *tumere*, que significa hincharse o inflarse, y con el griego *tumos*, que significa ira e indignación, nos muestra que el término “entumecimiento” conserva en lo inconciente las vinculaciones entre las sensaciones cenestésicas correspondientes de las esclerosis en placas y el brote inflamatorio que les da su origen.

letargo. Desde este punto de vista, la esclerosis en placas, ya sea en sus formas monosintomáticas, como en cada uno de sus brotes evolutivos, puede ser concebida como un equivalente de accesos epilépticos, equivalente que se expresa bajo la forma de autólisis o parálisis. Comprenderíamos mejor, de este modo, gracias a las características de la descarga epiléptica, la diseminación, aparentemente azarosa, de las placas de la esclerosis múltiple. Esta configuración en “salpicaduras”, que despierta la idea de “mancha” o deshonor, es similar a la que poseen ciertas enfermedades, infecciosas o vasculares, que evolucionan mediante “salvas” embolígenas, y correspondería, análogamente a lo que cabe suponer en el acceso epiléptico, a una representación simbólica encubierta que es un producto coherente de un orden inconciente. Basándose en consideraciones semejantes, afirma Weizsaecker (1946-1947) que *la aparente ataxia de la esclerosis múltiple es en realidad una alotaxia*.

En las características de la ataxia y del síndrome anérgico-miasténico de la esclerosis en placas, encontramos una peculiar “figura” que el “genio” de la enfermedad plantea a nuestra interpretación. Son pacientes que experimentan una profunda alteración de las funciones principales y más desarrolladas del contacto con los otros. Sus trastornos se extienden desde la incapacidad sublimatoria hasta la marcha, la palabra y la vida genital.

### **III. Caso clínico: Lucila**

#### **1. Historia clínica**

Lucila, de 41 años de edad, comenzó su enfermedad actual con parestesias en los miembros inferiores, que le dificultaban la marcha. Esto ocurrió hace doce años, cuando tenía 29 y cursaba el quinto mes de su primer embarazo. Consulta entonces a un neurólogo, quien diagnostica un proceso desmielinizante. Un año después, al nacer su segundo hijo, sufrió “debilidad en las piernas” y escotomas en ambos ojos. Realiza una nueva consulta con otro neurólogo, el cual, ante la presunción de una esclerosis en placas, le indica un tratamiento con ACTH, que la mejora. Los trastornos visuales desaparecen entonces para no volver a repetirse. Persiste en cambio la paraparesia, con uno o dos episodios anuales de reagudización, los cuales mejoran con el mismo tratamiento. En los intervalos efectúa kinesioterapia. Paulatinamente, con el transcurso de los años, la debilidad de las piernas, a predominio motor, se fue haciendo cada vez más intensa. El intervalo entre las *poussées* se reduce hasta llegar a ser mensual.

En el primer período, desde los 28 a los 39 años, un tercer embarazo cursa normalmente. Luego, a los 39 años, aumenta el requerimiento de ACTH, que debe aplicarse cada siete o cada quince días, para poder mejorar de los síntomas derivados de los episodios, cada vez más frecuentes. A los 40 años se practica una punción lumbar que permite confirmar, por primera vez, el diagnóstico de esclerosis múltiple, ya que presenta un aumento importante de la inmunoglobulina G (examen practicado por el doctor A. Chamoles). Los estudios químicos y citológico resultaron normales, lo cual no es habitual.

A partir de esta época se agrega un discreto temblor intencional en la mano derecha. Seis meses antes de habernos consultado comienza a utilizar bastón por aumento de la debilidad de los miembros inferiores. Debe también aumentar la dosis de ACTH (hasta 40 unidades de ACTH gel dos a tres veces por semana).

De sus antecedentes hereditarios y personales sólo se destaca la existencia de un tío materno fallecido de la misma enfermedad.

El examen clínico realizado en nuestro Centro por el doctor J. J. Sainz fue normal, excepto en lo que respecta a los signos neurológicos.

El neurólogo de nuestro Centro, doctor H. Breyter, encontró una hipotonía muscular generalizada a predominio crural derecho y ciático poplíteo externo bilateral<sup>41</sup>. Reflejos miotáticos exaltados y cutáneo-abdominales abolidos. Plantas en extensión bilateral, marcha con aumento de la base de sustentación e inestabilidad que se acentúa al cerrar los ojos. Prueba índice-nariz con ligera asimetría izquierda. Sensibilidad superficial y profunda sin anormalidades. Nistagmo horizontal a extrema mirada, mayor a la derecha. El campo visual es normal y el examen de fondo de ojo revela una papila derecha pálida y una izquierda normal<sup>42</sup>. La conclusión diagnóstica es: *esclerosis en placas a forma cerebelosa y medular*.

---

<sup>41</sup> En la parálisis del nervio crural es imposible levantar el muslo y encogerlo sobre la pelvis, lo que impide subir pendientes, escaleras, o saltar. Tampoco es posible la extensión de la pierna y existe la correspondiente supresión de la sensibilidad. El reflejo rotuliano está abolido. La parálisis del nervio ciático poplíteo externo afecta la dorsiflexión del pie y la elevación de su borde externo, así como la extensión de los dedos. También produce una alteración de la sensibilidad de las caras externa y posterior de la pantorrilla y del dorso del pie.

<sup>42</sup> La palidez de la papila aparece en las formas recurrentes. No es secuela de la neuritis óptica previa, sino la anticipación de la atrofia del nervio. Lamentablemente, en la época en que fue examinada esta paciente no existía la posibilidad, en nuestro país, de estudiar los potenciales evocados, examen que realizamos luego, en otros pacientes, y que hubiera podido, en este caso, determinar si existía una lesión óptica incipiente.

## 2. Patobiografía

### Luchita

“La pobre Luchita”, como solía llamarla su padre, fue la menor de dos hijas de un matrimonio desavenido. Ambos padres pertenecían a familias afincadas por muchas generaciones en la tierra y en la historia de nuestro país. Ambos pertenecían a “ramas pobres” de esas familias. Dos hermanos del padre se suicidaron. La familia materna mantuvo un poco mejor la posición correspondiente a su alcurnia, y se caracterizaba, además, por una estructura severamente religiosa. De los ocho hijos de la abuela materna, los últimos tres, sus preferidos, los había tenido, según se decía, con un amante.

La madre había logrado el embarazo del cual nacería Lucila, “engañando” a su marido, que sufría la obsesión de engendrar un hijo deforme.

Cuando Lucila comenzaba a hablar, evidenció una tendencia a la tartamudez. A los 5 años, mientras estaba de vacaciones en el campo de su abuela, se tiró a una piscina, “que parecía cubierta de pastito”, sin saber nadar. Su abuelo, que “pasaba por ahí”, la salvó de morir ahogada. Lucila vincula la desesperante vivencia de *tener que hacer algo imprescindible y comprobar que no podía*, sensación que, de un modo u otro, se le presentó, repetidamente, en distintos momentos de su vida, con los angustiosos esfuerzos que, durante ese episodio, realizara para mantenerse a flote.

Hasta los 6 años residió con sus padres en una ciudad del interior. A esa edad fueron a vivir a la “casa grande”, de los abuelos maternos. Lucila nos dijo que su crianza transcurrió en un clima aplastante e incongruente, con seis o siete gobernantas francesas. No lograba comprender, ya que nadie le explicaba, por qué ella y su hermana dormían con la abuela y con la madre, en un ala de la casa, mientras que su abuelo y su padre dormían en cuartos apartados.

Las peleas de los padres se intensificaron cuando fueron a vivir a la casa de la abuela. Por esa época Lucila sufrió de dolores de oído, que calmaban con los masajes que le hacía una tía abuela, mientras que la mano de su madre era “fría, nerviosa y apurada”.

Su primo Juan Carlos, dos años mayor, hacía con ella “negocios sexuales”. A cambio de explicarle cómo eran las relaciones sexuales, les pedía a ella y a otra prima que se desnudaran y le mostraran los genitales. También le tocaba los pechos, aunque no la besaba, como ella hubiera deseado.

Nos relata, además, que el socio de su padre, llevándola sobre sus rodillas cuando viajaban en automóvil, le metía el dedo por debajo de la bombacha, aunque sin llegar a tocarle los genitales, y que ella experimentaba una terrible excitación.

La madre se fijaba mucho en lo formal y todo era controlado y con reglas, en un clima religioso, exigente y, a veces, cruel. El padre, un hombre apuesto, repartía su tiempo entre su oficina y el Círculo. Concurría asiduamente, por las noches, a un “cabaret” de moda. Lucila lo describe como una figura de vida muy desordenada y desconcertante. Pese a ser alegre y chistoso, era, al mismo tiempo, depresivo. La llevaba al cine una vez por semana, y Lucila recuerda que esto despertaba la envidia de sus amigas.

Fue educada en un colegio muy religioso, donde se formaban quienes pertenecían a “la clase dirigente”. A los 9 años, durante un período en que compartía el dormitorio del abuelo, aparecieron intensas cefaleas. “Bajo el presunto diagnóstico de parálisis infantil”, guardó cama durante un mes. Esta enfermedad, como consecuencia de la cual se atrasó un año en sus estudios, ocurrió pocos días después que una de las religiosas del colegio le diera un “sermón” a raíz de sus travesuras. Recuerda que ese mismo año le realizaron una amigdalectomía, a la cual califica como un episodio siniestro: “sentía al médico como un monstruo que se reía y me agarraba, y había un olor repugnante”.

Lucila comenzó a sentir horror a la penetración “a raíz de haber visto desnudo a su padre”. Pensó que nunca se atrevería a tener hijos. Sin embargo se masturbaba, fantaseando que realizaba actos perversos con un exhibicionista, a quien, efectivamente, veía en el club de tenis, cuando practicaba en el frontón, a los 11 años.

La abuela vendió la casa donde vivían todos juntos, mudó a “las mujeres” a un departamento más pequeño y alquiló otro para depositar muebles, al cual fueron a vivir su padre y su abuelo, “porque las desavenencias eran cada vez mayores”. La situación económica familiar había comenzado a decaer. Por esa época tuvo “su primer amor” con un joven de 22 años, de quien fantaseaba ser la esclava.

Nos cuenta que la menarca, a sus 13 años, fue signada por otro episodio de incongruencia, algo que ella sintió como una infidencia terrible y grosera. Su abuela materna, al enterarse, le dijo: “Che, me contaron que anoche te sentaste sobre un clavo”.

Cuando tenía 16 años, una vez, mientras paseaban juntos a caballo, su padre le dijo que ella era la persona que él más quería en el mundo. Lucila nos dijo que nunca pudo olvidar esas palabras del padre.

## **La muerte de papá**

Papá tuvo muchos problemas antes de morir. Unos días antes, al notar que le faltaba dinero, le dijo a la secretaria, que tenía 18 años, que el

lunes tenía que estar la plata, porque se descubrió que era ella. Y en ese fin de semana aparecieron muertos, ella y el novio, en un hotel. Además había ocurrido el atentado en el Círculo, que lo afectó muchísimo...

El último día de mi vida que lo vi, le dijo a mi abuela que él no daba más, que por favor le pusiera una cama en nuestra casa, que él no quería vivir lejos de sus hijas. Y mi abuela, que en realidad lo prefería a papá antes que a su propia hija, le dijo: “Lo siento, qué querés, ¿no cabemos!...”.

Me despertaron a las cinco o seis de la mañana. Cuando me avisaron que papá estaba mal, yo salté de la cama y mi abuela me dijo: “No corras, ya está muerto”. Yo no oí eso, corrí y me fui al hospital, pregunté si estaba el señor fulano y una enfermera me dijo: “Sí, está en la morgue”. Y de repente se dio cuenta. “¿Usted quién es?”, me dijo. “Yo soy la hija.” Y se ve que le dio culpa a la mujer, porque me acompañó. Y lo vi en el cajón... Estuve sentada al lado de su cajón, como corresponde, toda la noche.

Así nos refería Lucila las circunstancias que rodearon el suicidio de su padre, a los 48 años, tres meses después de que ella cumpliera los 18. El padre se disparó un tiro en la sien utilizando la misma pistola calibre 45 con que le hacía practicar tiro a ella desde pequeña, cuando iban de vacaciones al campo.

### **La “mujer fuerte”**

Durante su juventud Lucila se sentía un ser especial, o que estaba destinada a algo especial, de acuerdo con sus antecedentes de familia: “Mi madre me decía una frase en francés que significa ‘yo soy el muslo de Júpiter...’” (del muslo de Júpiter nació Dionisios, el dios del vino y las orgías).

Tiempo antes de la muerte de su padre comienza a interesarse en la política y se acerca a uno de los partidos que reúne muchos de los ideales familiares. Piensa por momentos en estudiar derecho, pero, influida profundamente por la figura de su profesora de historia, decide seguir ese profesorado.

El suicidio del padre ocurre en un mes de setiembre, el mismo mes en que, según señala Lucila, aparecerá, años más tarde, su dificultad más seria para caminar.

Relaciona el suicidio con que el padre y la madre “se llevaban muy, muy mal” y estaban “verdaderamente separados”.

Era muy rara nuestra forma de vivir... Papá se pasaba el día en el Círculo. Fue el único miembro que estuvo cuando se produjo el atentado, y se enorgullecía de eso...



Hubiera querido estar aunque sea en los últimos instantes, verlo respirar la última vez. El tenía un “reviro”... tenía angustia de noche... había que despertarlo porque tenía miedo. Tenía la sensación de no saber si estaba vivo o muerto... temía que lo enterraran vivo. Cuando lo vi muerto dije: “Papá, no te preocupes. Estás muerto, remuerto, no hay ningún peligro de que te despiertes”. Casi no lloré, pero siempre sentí mucha pena por papá, antes y después de que haya muerto.

Su sentirse alguien “especial” reaparece en el velorio, cuando, al ver que no lloraba, un amigo, acercándose, le dijo que ella era la mujer fuerte del Evangelio.

En el velorio conoce a Jorge, casado, con cuatro hijos, dirigente del partido político en el cual ella militaba. Fue una persona importante en su vida, sobre todo desde el punto de vista espiritual, ya que le mostró la religiosidad como algo social, cuyos designios trascendían los rígidos y severos principios de su madre. La relación erótica con él no llegó a concretarse, “sólo algunos besos”, pero la situación quedó dispuesta para que, al tener Lucila 32 años, se convirtieran en amantes.

## **Carlos**

Al poco tiempo de morir su padre, mientras continuaba en el profesorado de historia, Lucila comenzó a trabajar como secretaria de un pariente, pero dejó, casi enseguida, porque se sentía incómoda. Durante unos tres años se desempeñó como profesora de francés en un colegio, del cual luego la nombraron secretaria.

Cuando tenía 20 años falleció su abuelo materno. Al año siguiente, su hermana Emilia, mal casada con un profesional “reloco y drogadicto”, luego de dar a luz a su única hija, sufrió una histerectomía y se divorció. El que había sido su marido murió poco después, y ella contrajo un nuevo matrimonio, más estable y logrado, alcanzando una buena posición social y económica. La diferencia en la evolución de ambas hermanas comenzó a hacerse evidente. Era como si Emilia se hubiera ido pareciendo más y más a la madre y a la abuela, mientras que el destino de Lucila se aproximó más al de su padre.

En ese período aparece Roberto, con quien inicia su primer noviazgo, y comienza a trabajar como secretaria de Carlos, gerente en una importante compañía de seguros, quien va a convertirse en su ideal: “Lo trataba de usted, aunque conocía y tuteaba a la madre y a la hermana”.

A los 25 años, después de haber comenzado un tratamiento psicoterapéutico, abandona su interés por la historia y comienza la carrera de sociología, que terminará a los 30.

A raíz de que Carlos viaja para concurrir a un congreso de su especialidad, Lucila cae en la cuenta del profundo “metejón” que tiene con él. Rompe entonces su noviazgo con Roberto y, poco después, cuando Carlos vuelve, dan comienzo a sus relaciones amorosas.

Me enamoré de Carlos porque me gustaban muchas cosas de él. Su decisión, su claridad de ideas, los brazos. Eran brazos quemados, muy parecidos a los de un muchacho que conocí de soltera. Era jefe, pisaba fuerte. También iba al Círculo, a jugar al ajedrez. Yo sentía que, con él, me abría de mi familia, y a la vez les ponía “la tapa”, porque él también es de muy buena familia. Me dijo de besarnos. Nos besamos, y me aclaró que no me iba a pedir más que eso. Como yo le dije que estaba harta del asunto, pensé que yo no era virgen.

No pudimos concretar una penetración, y no sé por qué. El 25 de mayo fuimos a Córdoba, y yo temía que tampoco pasara nada. Ya con Roberto lo había intentado y no había pasado nada. Le debo a Carlos el haber perdido el miedo al coito y también el aprender a manejar. Eran dos cosas que pensaba que nunca iba a poder hacer.

La educación religiosa y formal recibida de su madre hizo sentir a Lucila que su casamiento era “romper con todo”. Carlos, que le llevaba ocho años, era divorciado. “Me ‘rompí toda’ tratando de que el primer matrimonio fuese anulado, pero no lo logré.”

Su profesor de teología se encargó de disipar los reparos de Lucila respecto al matrimonio, diciéndole que, para la fe y la religión, lo único válido era lo que ella sentía. Les aconsejó dos meses de abstinencia y, cuando ella tenía 27 años, contrajeron enlace, en una iglesia en la cual los ministros eran los propios contrayentes.

“Apenas nos casamos comenzamos a pelearnos.” Desilusionada porque sentía que no había encontrado lo que buscaba, tanto en el amor como en el sexo, Lucila centró todos sus esfuerzos y esperanzas en quedar embarazada. Obsesionada por lograrlo, vivió con desesperación y dolor sus menstruaciones. Por fin, al cabo de unos meses, se embarazó.

Comienza un nuevo tratamiento psicoterapéutico debido a la falta de armonía conyugal. Al iniciar sus relaciones sexuales con Carlos había sido dada de alta del anterior.

## **El comienzo de la enfermedad**

Durante el quinto mes del embarazo siente que sus piernas se adormecen.

Como mi ex marido es un hombre muy relacionado fuimos a ver a un neurólogo que era su amigo. Él dice que hizo el diagnóstico, pero que nos dijo que era un proceso de desmielinización. ¡Casi me desmayo! Y después de eso empezó a hablar de otra cosa con mi marido, cosas del Círculo. Me sentí muy mal, me sentí tratada como un animalito en el veterinario... Mi tío también había tenido esclerosis en placas.

Tratada con ACTH, sus síntomas mejoran.

La situación matrimonial empeora con el nacimiento de su hija Inés, cuando Lucila tiene 29 años. Carlos se ausenta, va al Círculo, del cual es socio, como el padre de Lucila, y los fines de semana “se absorbe con el golf”; su tendencia al alcoholismo, que ya se había manifestado durante el noviazgo, comienza a intensificarse. Llegan a un punto en que separan sus camas. Lucila se va a dormir al living, pero, sin embargo, continúan manteniendo relaciones sexuales, aunque con dificultades que se manifiestan como impotencia, masturbación mutua y actividades orales sustitutivas del coito.

En realidad nunca sentí más excitación con el coito que con la masturbación. Sólo así llegaba al orgasmo. Carlos se dio cuenta de que sólo llegaba al orgasmo con el contacto oral, o si no... con un vibrador. ¡Cosa rara! Si yo llegaba al orgasmo a él le daba cierta indignación... Siempre siento, al terminar una relación, que no he acabado del todo, tanto es así que, a veces, cuando la persona que está conmigo se levanta y se va al baño, me masturbo.

## **El nacimiento de Nicolás**

Poco después de cumplir los 30 años, al mismo tiempo que se recibe de socióloga, se produce el embarazo del cual nacerá Nicolás. Hacia fines del primer mes de gestación es operada de las hemorroides que aparecieron cuando se casó. Los síntomas de la esclerosis, que se manifestaban en una o dos agudizaciones anuales durante ese período, se intensifican al nacer su nuevo hijo; se agregan, esta vez, escotomas bilaterales. El ACTH nuevamente ayuda a la remisión de los síntomas. Los escotomas no volverán a presentarse.

## El reencuentro con Jorge

El clima matrimonial conflictivo continúa, y durante una internación sanatorial de Carlos para tratar su alcoholismo, cuando Lucila tiene 32 años, se encuentra con Jorge, el dirigente político que conoció en el velorio de su padre y que tanto la había reconfortado. Se convierten ahora en amantes y mantienen relaciones incluso durante todo el transcurso de su tercer embarazo, del cual nacerá Miguel, hijo de Carlos.

La relación con Jorge se extiende durante varios años, y aunque Lucila la recuerda con ternura, nos dice que nunca surgió entre ellos la intención de formalizar una nueva pareja, ya que ambos deseaban mantener sus matrimonios. Un episodio de esta época nos revela el clima afectivo que existía entre Carlos y Lucila.

A raíz de una discusión, él me dijo: “Lo que pasa es que sos frígida”, y le contesté: “Yo sé que no lo soy”... “¿Qué querés decir?”, me respondió él, y ahí le conté; entonces se puso furioso.

A los pocos meses de esta pelea, Lucila retoma nuevamente su relación con Jorge, que había interrumpido, aunque se da cuenta de que, en el fondo, lo que deseaba era reconciliarse con su marido.

## El diagnóstico

Luego de recibirse, a los 30 años, Lucila realizó diversos estudios de posgrado y comenzó un nuevo trabajo.

Durante los años que siguieron sufrió algunas pérdidas significativas. A los 33 muere el último de los hermanos de su padre. A los 36 muere su primo Juan Carlos, aquel con el cual, cuando era una niña, realizaba los “negocios sexuales”. A los dos meses fallece el padre de Juan Carlos, el tío que, desde joven, padecía de esclerosis múltiple. A los 38 fallece su abuela materna, en cuya casa vivió durante buena parte de su infancia y toda su adolescencia.

Las dificultades matrimoniales van en aumento y, paralelamente, continúa el empeoramiento de la enfermedad. Los brotes se van haciendo más intensos y frecuentes, y se hace necesario un aumento progresivo de la medicación habitual. A los 40 años la hipotonía muscular de los miembros inferiores se incrementa, y le aparece un discreto temblor en la mano derecha. Es en esos momentos que el neurólogo que la trata en los últimos años confirma el diagnóstico de la esclerosis a raíz de un examen de líquido cefalorraquídeo.

## Roberto y el bastón

Hacia fines de ese año, cuando Carlos alcanza la edad que tenía el padre de Lucila al suicidarse, es decir, 48 años, deciden finalmente separarse. Pero sólo comienza a experimentar la realidad de su divorcio cuando él tiene que ausentarse por un tiempo, debido a su actividad profesional, y ella se muda con los tres hijos a otra casa.

Poco tiempo después entabla una relación amorosa con Roberto, aquel novio del cual se alejó cuando, a los 24 años, sentía que Carlos era “el metejón de su vida”. Roberto ahora es psiquiatra y también se ha divorciado recientemente. Nos habla de él con cierto tono despectivo, defensivo. Lo llama “mi peor es nada”, “mi polvito semanal”.

Lucila, que ha abandonado su tratamiento psicoterapéutico, nos expresa sus profundos sentimientos depresivos, se siente inútil, desesperanzada, y cada vez se le hace más difícil trabajar. Atribuye esos sentimientos a que, desde que se separó, la enfermedad ha empeorado. El último mes de setiembre, cuando se cumplían 23 años de la muerte de su padre, ha comenzado a usar un bastón.

Sin embargo, un poco más adelante, Lucila nos revela que ve asiduamente a Roberto. Sus relaciones sexuales, casi diarias, son muy placenteras y, a la vez, muy amorosas. Quizá Roberto la proteja de estar sola, y su relación con él sea más real y más humilde que la que tuvo con Carlos.

## IV. Consideraciones finales

Comencemos por resumir los puntos esenciales que configuran, de acuerdo con nuestras consideraciones teóricas, la fantasía específica de la esclerosis múltiple.

1. La existencia de una forma particular de melancolía que se caracteriza por el desánimo y que denominaríamos anérgico-miasténica. Los ideales correspondientes a esta estructuración melancólica inconciente, que se experimentan como inalcanzables, quedan frecuentemente representados, como en los monumentos de los próceres, por figuras ecuestres. La desmielinización, como “fundido” de la sustancia aislante, representaría una situación traumática particular, frente al encuentro con esos ideales “quemantes”.

2. La manera particular de la exigencia ideal, que se manifiesta como la vivencia de tener que realizar ineludiblemente algo conocido e imposible, configura un tipo determinado de déficit sublimatorio. Déficit que se

diferencia del modelo general de las insuficiencias “hepáticas” en el hecho de que, en la vida de estos enfermos, existen modelos de identificación que poseen una elevada capacidad de materialización, y determinan que el déficit quede representado por la última etapa de ese proceso, etapa que corresponde, simbólicamente, a la con-figuración de la acción motora muscular estriada.

3. El déficit en la acción eficaz queda simbolizado por la ausencia de la configuración correspondiente a una acción motora que debe emprenderse, y equivale a un des-concierto sensorio-motor. Este desconcierto, o “titubeo”, queda, a su vez, simbolizado en una lesión autodestructiva del sistema nervioso, lesión que en cierto modo equivale a la materialización de un trastorno epiléptico.

4. La localización, que deja indemne al sistema extrapiramidal y ataca a los órganos de la vida de relación, tanto como a las vías piramidales del movimiento intencional o voluntario, mostraría la necesidad de simbolizar un trastorno en la realización de los movimientos “nuevos”, que constituyen la “figura” de una determinada acción, sin afectar la “trama” de fondo, que corresponde a figuras arcaicas que colaboran en la ejecución de esa misma acción.

5. El carácter aparentemente azaroso de la distribución “en salpicaduras” de la esclerosis múltiple, ocultaría una distribución inconciente que responde a la figura de un particular desconcierto. Cada uno de los “brotos” de la enfermedad simbolizaría un nuevo intento de “alcanzar” al ideal, intento en el cual el paciente “debe jugarse al todo o nada” en el enfrentamiento de sus propias exigencias.

En la historia de Lucila abundan las figuras familiares correspondientes a los ideales “ecuestres”, figuras que “tenían en su haber” realizaciones concretas importantes. Su manera de intentar cumplir con las exigencias que estos ideales le planteaban adopta distintas formas. En primera instancia, sus estudios y sus actividades políticas; luego, su particular manera de vivenciar su relación con Carlos; por fin, el embarazo de su primogénita, a partir del cual se desencadena su enfermedad. Al mismo tiempo se encuentra claramente delineada la intensidad de su fijación incestuosa, lo cual, unido a la presencia de los ideales “ecuestres”, configura una situación que puede ser comprendida como una excitación “quemante” que la conduce hacia el des-concierto sensorio-motor.

Toda la historia de Lucila muestra una sucesión de continuos fracasos, en los cuales frecuentemente se ve su actitud de “jugarse al todo o nada” frente a su sentimiento de insuficiencia y “desconocimiento” de los modelos de la acción que hubiera necesitado emprender. Los acontecimientos más normales de la vida, como el noviazgo, el matrimonio o la maternidad, nos la muestran

como una mujer desamparada que se esfuerza por revestirse de una apariencia de entusiasmo y fortaleza. Mujer que esconde, dentro de sí, a la nena que no logra entender las vicisitudes de una estructura familiar que, al mismo tiempo, la llena de curiosidad, admiración y exigencias. Es esta actitud de “fortaleza” impostada la que la precipita en comportamientos eróticos desenfadados que no concuerdan con su fobia genital, ni con su impotencia orgástica.

El desánimo que la impregna en la época en que nos consulta, es evidente, y tanto su déficit de condiciones sublimatorias o reparatorias, como su conflicto en todo cuanto implique un desarrollo en la vida “de relación”, son más significativos aún.

¿Podía Lucila albergar la esperanza de que su vínculo con Roberto le prestara el apoyo que queda simbolizado en el bastón? ¿Se había agotado la enfermedad en ese punto, descargada ya la excitación que la “quemaba” en su relación con Carlos, su ideal? ¿O habrá continuado el camino, infausto, del deterioro progresivo? Todo lo que supimos de ella, algunos años más tarde, nos hace suponer que su enfermedad permanecía, hasta entonces, sin mayores cambios, y que no había seguido nuestro consejo en cuanto a reiniciar una psicoterapia.

Si tenemos en cuenta que, en ese momento de su evolución personal, las condiciones que su historia imponía a los caminos por los cuales le era posible recuperar la autoestima y obtener algún género de satisfacción libidinosa, eran muy difíciles de concretar, era también muy poco probable que la tendencia autodestructiva se detuviera en ese punto. El hecho de que la patología de Lucila se hallara profundamente insertada en su estructura caracterológica aumentaba las dificultades. Creemos que nuestra intervención psicoterapéutica<sup>43</sup>, que fue llevada a cabo durante el estudio patobiográfico realizado en nuestro Centro, muchos años antes de que pudiéramos desarrollar las ideas que en este trabajo exponemos, pudo haber

<sup>43</sup> Concientes de que la enfermedad de Lucila se arraigaba profundamente en su estructura caracterológica, centramos nuestro esfuerzo en reconducirla, mediante la movilización afectiva que pudiéramos lograr durante la comunicación de las conclusiones del estudio patobiográfico, hacia la psicoterapia psicoanalítica que le aconsejamos. Comenzamos expresándole que sentía que todo “le sale mal”, como si nunca hubiera logrado lo que realmente anhelaba. Le dijimos que teníamos la impresión de que, a pesar de presentarse a menudo con una actitud sonriente, eufórica, haciendo planes, cuando se queda sola se ve sin futuro. Le recordamos que ha fantaseado muchas veces con la muerte y que alguna vez la ha contemplado como una solución. Le relacionamos esta idea con el hecho de que su padre, al sentirse tan fracasado y tan solo, se suicidó. Teníamos la impresión de que aparentemente ella no valoraba nada de lo que tenía o de lo que era. Le recordamos al respecto que

tenido cierta posibilidad de revertir o detener la marcha de su enfermedad, en la medida en que consiguiera reconducirla hacia una psicoterapia psicoanalítica. Debemos tener conciencia, sin embargo, de que el detener o revertir, mediante la psicoterapia, un proceso semejante depende, en última instancia y esencialmente, de que el psicoterapeuta pueda incluir, en su trabajo, las interpretaciones que surgen de la comprensión simbólica profunda del trastorno somático.

---

nos había dicho que era comprensible que sus hijos se alejaran de ella y prefirieran a su hermana Emilia, porque la veían mucho más lograda.

Le agregamos que aparentemente tampoco apreciaba a Roberto, su pareja actual, y que esto se manifestaba en que se refería a él como “mi polvito semanal” o “mi amor sin amor”. Le planteamos que quizá tenía ese tipo de actitudes porque intentaba sufrir menos, ya que teníamos la impresión de que ella sentía, muchas veces, que no se la podía querer, o que no se la podía apreciar. Le insistimos en que posiblemente eran maneras de protegerse del dolor que podría sentir si era abandonada por sus hijos o por Roberto. Le expresamos que ella sentía que siempre había sido abandonada y que siempre se preguntó cuáles eran las razones, qué era lo que había hecho, o qué había en ella para que eso le ocurriese siempre.

Le hablamos luego de su deseo de retroceder el tiempo y comenzar su vida nuevamente. Era como si pensara que, empezando de nuevo de pequeña, su vida tomaría otro rumbo. También le dijimos que creíamos que ella sentía que transformándose en una criatura débil, inmadura, desprotegida, podría encontrar apoyo en alguien y que así podrían renacer sus esperanzas. Aquí le incluimos la reflexión de que, aunque no quisiera, aunque resultara tan doloroso, era adecuado tener en cuenta que esto era un sueño, una ilusión. Porque cuando los adultos pretendemos ser cuidados como si fuéramos criaturas, corremos el riesgo de quedar más abandonados, más solos, y con el dolor de una ilusión rota.

A continuación nos referimos a su enfermedad, diciéndole que en su cuerpo se representaba todo su drama, ya que sentía que tenía cada vez más dificultada la posibilidad de llevar a la acción sus deseos, sus ideas y sus planes. Le dijimos que si le parecía increíble que fueran justamente sus piernas las más afectadas, era porque de algún modo intuía que sus piernas eran lo que le permitía ir hacia las personas que necesitaba. En este punto le agregamos que, al quedarse rígida, estaría quizá repitiendo lo que hizo y sintió cuando su papá le dijo que era ella lo que más quería en la vida. Y que de ese modo actuaba también como su mamá, cuando se quedaba “dura” ante los besos del papá.

Concluimos expresándole que cuando su papá la llamaba “la pobre Luchita”, se sentía confundida y abandonada, y que quizá ahora se preguntaba cuál era el motivo para que la llamara así. ¿Era posible que fuera desprecio? ¿O, tal vez, lástima? ¿Y si hubiera sido miedo, o debilidad? Le agregamos que posiblemente se sentía más unida a su papá cuando pensaba que él también, quizá, había tenido la misma angustia que ella tenía ahora frente a sus hijos, la misma dificultad para acercarse a su Luchita sin sentir un miedo insoportable ante sus problemas.



---

**COMENTARIO AL ESTUDIO  
PATOBIOGRÁFICO DE ANNA, UNA  
PACIENTE CON DISQUINESIA BILIAR**

---

(1989 [1986])

## **Referencia bibliográfica**

**CHIOZZA, Luis (1989c [1986]) “Comentario al estudio patobiográfico de Anna, una paciente con disquinesia biliar”.**

## **Primera edición en italiano**

“Commento allo studio patobiografico”, en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, N° 19, Borla, Roma, 1989, págs. 42-47.

Este texto corresponde a un comentario a la presentación de “Storia di Anna: una discinecia biliare”, de Rita Parlani, Velia Peiracci y Paola Ricci (1986), en el marco del seminario “Metahistoria y lenguaje de la vida en psicoanálisis y en psicósomática”, dictado por Luis Chiozza los días 9, 10 y 11 de mayo de 1986, en Perugia, Italia.

Esta patobiografía es muy interesante y particularmente lograda.

Ante todo querría decir dos palabras para aclarar qué significa que si la paciente no hubiese andado bien en la consulta psicológica habría debido sufrir una intervención quirúrgica. Por los datos que tenemos, pienso que habría sido una terapia gastroenterológica incorrecta, porque una disquinesia biliar *sine materia* no se puede resolver con una intervención quirúrgica. Sería como intentar resolver el llanto de una persona extirpándole las glándulas lagrimales. Pero luego sería necesario encontrar el remedio para las consecuencias de la intervención: por ejemplo, para eliminar el catarro nasal que podría tomar el puesto del llanto, y así sucesivamente. ¡Pero quizás el paciente no se atrevería nunca más a tener otro síntoma orgánico! Hay algún paciente que insiste, pero, entonces, se lo opera en algún otro aparato...

Si luego reflexionamos sobre la intervención a la luz de la historia de Anna, tenemos también que preguntarnos si ella hubiera realmente aceptado hacerse operar o si, más bien, no hubiera utilizado tal eventualidad como una amenaza a sus objetos, incluyendo entre ellos, en términos transferenciales, al terapeuta. Un elemento importante como para profundizar, para reunir el todo en una interpretación coherente, es lo relativo a lo que sucedió en Yugoslavia, durante el almuerzo. Sabemos que comió “pan y quesito”. Entraremos ahora a preguntarnos qué significará este “pan y quesito”. ¿Por qué le ha hecho ese efecto justo en ese momento y no una semana antes? ¿O ha sido otra cosa lo que le produjo tal efecto?

Con respecto a la pregunta sobre el mejoramiento: ¿por qué Anna mejoró? Yo propondría que han participado dos factores: el primero ha sido la posibilidad de comprender el significado que ha tenido su síntoma en su crisis biográfica, en ese particular momento de su vida; el segundo ha estado

determinado por el hecho de que el estudio patobiográfico ha funcionado de un modo catártico porque el vómito ha sido sustituido por la patobiografía. Pero con una ventaja, porque relatar no es simplemente vomitar. La amargura, de hecho, se ha transformado así en un relato en el cual Anna ha podido hablar de cosas para las cuales no encontraba interlocutores. (Yo creo que el solo efecto catártico no garantiza la posibilidad de que luego de cierto lapso de tiempo el paciente no tenga otro síntoma somático.)

Que Anna haya mejorado así, rápidamente, no es casual, pero hay que relacionarlo con el hecho de que la suya era una perturbación, por así decir, “funcional”. Sin embargo, que el cirujano haya enviado a Anna a la consulta psicológica porque se trataba “sólo” de una disquinesia, es realmente una tragedia. Si se hubiese tratado de litiasis biliar, o de un compromiso del parénquima hepático, habría sido más que nunca adecuado enviar a la paciente a la consulta psicológica. Pero en tal caso, me temo que antes se habría hecho una intervención quirúrgica y sólo luego se habría mandado al paciente al psicólogo, para reparar la depresión debida a la mutilación de un órgano del aparato digestivo, sin el cual se puede vivir, pero no del mismo modo en el que se vivía antes. Esto es necesario comprenderlo bien: no es grave perder la vesícula biliar en una operación quirúrgica, pero la curación que de eso deriva está ligada a la mutilación no sólo de un órgano físico, sino también de un grupo de significados implícitos en ese trastorno somático.

Ahora, sin embargo, querría subrayar mejor esta patobiografía en el sentido de lo “hepático”. Lo más difícil de hacer, en un estudio patobiográfico, es la separación de los datos significativos respecto de la especificidad del trastorno, de los que son importantes respecto de la personalidad global del paciente. En la historia de Anna, me parece que podríamos individualizar un momento significativo respecto de la especificidad del trastorno en la situación en la cual ella, a los 11 años y deseosa de continuar en la escuela, debe ir a trabajar para mantener a los hermanos y sus estudios. Es, claramente, una situación tal como para generar envidia. Podría describir mejor lo que debe haber sentido usando el término “disgusto”, que es justo, a mi modo de ver, lo que nos permitiría leer el relato de Anna a la luz de una coherencia interpretativa. Se derivaría así una historia que, obviamente, es sólo una de las historias que se podrían contar sobre la misma paciente.

En la historia de Anna que yo contaría, por lo tanto, el primer punto desencadenante en la dirección de la enfermedad somática corresponde a ese disgusto, a esa envidia que indica la dirección en la cual se acumula la amargura que los terapeutas, hablando de Anna, han subrayado. En el organismo hay un humor amargo: la bilis. Las vías biliares son los órganos más indicados para representar la amargura. Hay algo que Anna no ha podido

digerir, y esto le ha comenzado a suceder a los 11 años. Luego, sin embargo, han ocurrido otras cosas aun más importantes: por ejemplo el adelgazamiento de 28 kilos en un año, que es un problema orgánico mucho más grave que una disquinesia biliar. Anna, de hecho, nos habla de una intensísima depresión vivida en los términos de un ataque a la vida a través de la suspensión de la alimentación. (La nutrición, como sabemos, simboliza las relaciones más precoces con los padres, en particular con la madre.)

En el relato de Anna podría parecer que su lamento mayor concierne a su relación con el padre, que aparentemente le ha impuesto un matrimonio “a disgusto”. En realidad, sin embargo, el conflicto más profundo Anna lo vive respecto de la madre, a quien describe como mucho más lejana, emotivamente, que el padre. Aun cuando dice que le disgusta que él beba, me parece que no es una auténtica crítica, sino una afirmación que hace tomando el lugar de la madre, que, reprochándole al marido, asume como ejemplo de desgracia familiar el hecho de que él beba. ¿Pero por qué papá bebe? Es la pregunta que Anna, secretamente, parece preguntarse desde cuando era una niña.

Nuestra respuesta no puede más que poner en crisis la idea que tiene de la relación de la madre con el padre y sugerirle que eso anda mal, que los padres son una pareja que no funciona bien sobre el plano sexual. Anna, entonces, querría ocupar el lugar de la madre, en razón de la fuertísima relación incestuosa que tiene respecto de su padre. Esta fijación la lleva a rechazar al marido que fue elegido por el padre, no porque no le guste sino, ante todo, porque no es el padre y, secundariamente, porque es un representante del padre, lo que le activa una intensísima excitación incestuosa, que experimenta como asco, en la relación con el designado.

El asco es el afecto específico de la enfermedad hepática y un sentimiento ambivalente experimentado a través de representaciones muy corporales. Tal vez dirán que el asco es sólo rechazo, pero si se piensa que se manifiesta con el “deseo de vomitar”, significa que lo que se quiere expeler y produce el asco, es lo que antes se ha hecho entrar. Eso quiere decir que cuando hay algo que produce asco, permanece en el nivel inconciente el hecho de que antes a esa cosa se la ha puesto dentro porque se la quería. Todo esto es anterior a que suceda el nivel oral; corresponde, más regresivamente, al nivel hepático, y Anna lo experimenta en la relación sexual: en eso que tiene que ver con la fantasía con el padre y con el marido, a quien, aun rechazándolo en su conjunto, reconoce como un *partenaire* satisfactorio desde el punto de vista sexual.

A continuación digamos que la situación de Anna con el primer marido no ha permanecido estática: se llega así a la separación y al segundo matrimonio. El hecho es que no sabemos bien por qué... pero en realidad podría decirlo. Me parece que aquella situación ha conducido a la separación

porque habría verificado un circuito infernal: Anna rechaza al marido que ama, lo rechaza a tal punto que él no puede más soportarlo y se busca otra mujer. Pero Anna, a su vez, no puede soportar los celos (que es otro afecto ligado a lo hepático), la pareja se rompe y Anna se busca otro hombre a través del cual negar sus celos. Ella busca un hombre ideal, un hombre en relación con Dios, un hombre que debe abandonar a Dios para unirse a ella. Pero la nueva situación de pareja muestra claramente una insuficiencia, una prohibición genital que se manifiesta en el hecho de que los cónyuges se puedan intercambiar ternura pero no hay pasión. Este segundo marido, así, no le provoca ni disgusto ni asco, y con él puede tener hijos.

He dicho que todos los puntos de urgencia coinciden. Así hemos arribado a un punto en el cual esto llega a ser una temática universal. Sabrán que la tragedia de Edipo que todos compartimos es esta dificultad extrema para unir la ternura con la pasión. La ternura es permitida y la pasión prohibida; pero la pasión mueve el mundo y la ternura sólo puede conservarlo.

Si esto es verdad, sería importante comprender entonces lo que ha sucedido en Yugoslavia. Aquella comida, por algún motivo que no llego a comprender porque nos faltan algunos datos, quizás ha representado al marido y constituye lo que en la patobiografía llamamos “factor específico desencadenante”. Desencadenante porque es la gota que ha rebalsado el vaso y específico porque puede llenar justamente ese vaso y no otro. En el caso de Anna, por ser específico, debe haber representado la excitación incestuosa, prohibida y asquerosa con el primer marido, que le provocaba un rechazo visceral y al mismo tiempo un intenso deseo, y al cual no podía renunciar sin tener una vida privada de motivaciones. Entonces, en Yugoslavia, en aquel lugar concreto, durante aquella comida, se unifican el primer marido y el pensamiento de que la vida así no vale la pena de ser vivida. Hay que hacer algo. Es necesario pedir ayuda. Inconcientemente, este pedido está comprometido por toda la historia que conocemos: Anna, en lugar de pedir ayuda a un amigo o a un interlocutor válido, lo pide a un cirujano y se expone al riesgo de una intervención. Después, sin embargo, encuentra la posibilidad de hablar y en todo este hablar vomita y se siente un poco mejor. Pero si la trampa no ha sido desarmada completamente, Anna se arriesga a tener algún otro síntoma orgánico en el momento en el cual debería de nuevo llenarse de excitación.

Creo que a pesar de tal posibilidad de empeoramiento, que existe, esta es una patobiografía lograda, y que todo lo que ha sido confirmado por Anna, que ahora se siente bien y ha dicho de no tener más necesidad de ustedes, es que si debía sentirse mal de nuevo podría volver. Para continuar este trabajo.

---

**COMENTARIO AL ESTUDIO  
PATOBIOGRÁFICO DE SILVIA,  
UNA PACIENTE CON OCLUSIÓN  
DE LA CARÓTIDA**

---

(1989 [1986])

## **Referencia bibliográfica**

**CHIOZZA, Luis (1989d [1986]) “Comentario al estudio patobiográfico de Silvia, una paciente con oclusión de la carótida”.**

## **Primera edición en italiano**

“Commento allo studio patobiografico”, en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, N° 19, Borla, Roma, 1989, págs. 60-64.

Este texto corresponde a un comentario a la presentación de “Storia di Silvia: una occlusione della carotide”, de Rita Parlani y Carlo Brutti (1986), en el marco del seminario “Metahistoria y lenguaje de la vida en psicoanálisis y en psicósomática”, dictado por Luis Chiozza los días 9, 10 y 11 de mayo de 1986, en Perugia, Italia.



En la historia infantil de Silvia, lo que inmediatamente sobresale es el evento traumático de la revelación, a la edad de 6 años, de que su madrastra no era su verdadera madre. Pero querría subrayar que el contenido de este recuerdo, por más traumático que pueda ser, está siempre dentro del orden de lo manifiesto y cubre algo mucho más significativo. Creo, de hecho, que a Silvia le está surgiendo la idea de que su verdadero problema ha sido, y es, el de no haber tenido el permiso de considerar madre a la madrastra: se le ha prohibido. La abuela, que fue partidaria de la primera mujer del padre, de algún modo siempre le ha transmitido el siguiente mensaje: “Ésta es tu madrastra, no es tu madre”. Entonces, para Silvia, el verdadero factor traumático no está en el hecho de que la madrastra no es la madre real, sino que se le ha prohibido considerarla de tal modo, aunque ha sido en realidad, justamente ella, la que le ha hecho de madre real. Pero esta madre real es también la madre sexual, viva; no es la madre enferma y muerta. Entonces, es como si Silvia se sintiese constreñida por la abuela a identificarse con la madre muerta y no sexual, en lugar de hacerlo con la madre sexual y viva. Creo que allí está el equívoco fundamental y el primer indicio de por qué Silvia tiene justamente esta enfermedad: porque para llegar a descubrir todo esto debe pensar, mientras que para no llegar a descubrirlo, si no lo puede hacer porque está prohibido, tiene que estrangular sus pensamientos. La estenosis carotídea simboliza un estrangulamiento de la posibilidad de dejar al cerebro libre para pensar. Los autores se han preguntado en su trabajo cuál es la fantasía específica del órgano. Ahora bien, la fantasía específica no se presenta nunca como la fantasía aislada de un órgano, sino como mosaico, es decir, como una combinación, con un particular dibujo, como la fantasía de los diversos órganos que hacen a esta enfermedad particular. Para construir

un tal mosaico debemos proceder así: hay un color y un diseño llamado sangre, un color y un diseño llamado carótida, un color y un diseño llamado cerebro, un color y un diseño llamado paresia, etc. (podemos agregar todo lo que queramos), y se combinan hasta llegar a ser una configuración que es la de la enfermedad que llamamos estenosis carotídea.

Pero, en el caso de Silvia, está también la fantasía de un angioma cerebral, que se puede interpretar como una fantasía contratransferencial de los médicos que han hecho tal diagnóstico equivocado. Los médicos no hacen diagnósticos equivocados independientemente de la fantasía que el paciente les transmite. Y aun cuando se comete el error quirúrgico de operar a un enfermo con una enfermedad que no tiene, a veces se lo opera por una enfermedad que no tiene pero que ha fantaseado tener. Si bien ésta no sea la materializada como enfermedad, algo, en lo simbólico, nos ha llevado a hacer este diagnóstico, desviado por la contratransferencia y solicitado por la fantasía del paciente. Ahora dejamos de lado este argumento porque la reflexión sobre el angioma, que es un tumor cerebral, complicaría la cuestión y nos llevaría a descripciones sobre el pensamiento vivido como tumor.

Volvamos, en cambio, a esta peculiar enfermedad de la sangre. La sangre es un órgano complejo; tiene fantasías que tienen que ver con los glóbulos blancos, con la inmunidad, con los glóbulos rojos que transportan el oxígeno, con el mismo fluir y así sucesivamente. Es en estas fantasías ligadas a la sangre que podemos colocar el aborto, la hemorragia de Gianni, que es un desplazamiento de la pérdida de la virginidad. Y ha sido Gianni, y no Silvia, el que perdió la virginidad y ensució de sangre el camisón por la noche. Reflexionar sobre esto nos llevaría a toda una serie de correlaciones que podrían iluminarnos sobre las razones por las cuales la pérdida de la virginidad es concebida como pérdida de sangre, cuando, en realidad, esto no sucede tan frecuentemente como en las novelas.

Luego, está la fantasía de la carótida, que tiene que ver con el cuello y la estrangulación. En este caso, no llega la sangre al cerebro.

Luego, están las fantasías relativas al cerebro, que es el órgano más apropiado para representar la actividad del pensamiento. Lo que Silvia siente como prohibido es llegar a la conclusión, a través del pensamiento, sobre quién es su verdadera madre.

Después sería importante explorar en la melena y en la cistitis (aunque en este caso no es de importancia central). La cistitis hemorrágica tiene que ver con la fantasía de la hemorragia y con la fantasía de la excitación sexual (desplazado sobre lo urinario). La cistitis es una enfermedad difusa de evolución imprevisible: un verdadero problema para todos los especialistas. Está en relación con una excitación que regresa a la fase

fálica y que, en lugar de manifestarse como excitación sexual, se manifiesta como fuego imposible de refrescar, enfriar. La melena está en relación con el estómago, que es un órgano que entra en contacto con la leche materna (sobre todo esto, Garma ha escrito un trabajo muy conocido).

Y a la pregunta de ¿por qué este órgano?, ¿por qué este aparato?, respondería que, en el caso en cuestión, no se trata del aparato circulatorio, sino de un punto específico del sistema circulatorio. No es de hecho una estenosis generalizada; y aun si lo fuera, la que tendría importancia sería de todos modos la estenosis localizada. Por lo tanto, más que al aparato circulatorio, es a la carótida, como órgano, la que tenemos que tomar en consideración desde el punto de vista simbólico.

Los autores proponen después una interrogación sobre el concepto de “constitución” en la medicina tradicional, frente al hecho de que la abuela paterna y el padre y después la misma Silvia han tenido una isquemia cerebral. Se podría responder que Silvia, a través de mecanismos identificatorios, ha hecho la misma enfermedad que habían sufrido el padre y la abuela. Pero es mucho más exacto decir, en nuestros términos, que el equivalente a la constitución es lo que podemos llamar “estilo”. Así como desde el punto de vista físico se hereda una constitución, desde el punto de vista psíquico se hereda, pero también se adquiere en las identificaciones primarias y secundarias, un estilo, es decir, un modo peculiar de reaccionar.

Querría ahora reflexionar sobre el hecho de que ustedes han parangonado la historia de Silvia a un embrollo que hay que desentrañar. Es cierto que en cada historia hay un embrollo, pero aquí me ha parecido que hay que tratar de aclarar nuestra percepción contratransferencial respecto de un malentendido, porque, en sustancia, un embrollo puede representar a otro embrollo. La palabra es *matassa* (la primera vez), que quiere decir una galleta, un embrollo de piolín. En realidad, como ya se ha acentuado, en la infancia de Silvia se ha verificado algo que hay que desembrollar. Este desembrollar ya debe haber sido vivido por Silvia como un trabajo cerebral, por otro lado prohibido. Tal prohibición está simbolizada por el estrangulamiento carotídeo.

Pero, entonces, ¿qué podemos decir en concreto de la situación actual, es decir, “el punto de urgencia” que hay que resolver? Yo creo que Silvia ha salido de la intervención quirúrgica pensando haber pagado un alto precio, pero, de vuelta en su casa, se ha encontrado sin lo que “había comprado”: de aquí su depresión. De hecho, Silvia se siente engañada porque, aun habiendo pagado el precio para identificarse con la madrastra, al regresar a su casa, en lugar del padre ha encontrado a Gianni. Entonces es como si se hubiese dicho: “He hecho todo esto para encontrarme con papá, pero

Gianni no es papá”. El padre, a punto de morir, le había propuesto “reposar” con él: “Vení conmigo... descansá al lado mío...”, casi sugiriendo la idea de que más allá de la muerte el incesto es posible. Es sugestivo, desde este punto de vista, volver a recordar la secuencia que los autores han propuesto: el beso de afecto del padre a Silvia en el día del casamiento y las palabras dichas por él antes de su muerte y la invitación a Silvia para que lo siguiera. De tal relato contratransferencial surge que Silvia no ha podido identificarse con la madrastra sexual-vital: no ha podido consumir el incesto (sexualmente atrayente pero inevitablemente unido a la idea de la muerte), por lo cual se siente “muerta”, es decir, deprimida. Se encuentra con Gianni, que no es “sexual”: es siempre el esposo “perfecto”, piensan los dos del mismo modo, la gestión matrimonial va bien, los hijos crecen bien. Todo parece desarrollarse de la mejor forma, pero falta la sexualidad. ¿Y dónde está la repuesta a esta excitación fallida? Sólo más allá de la muerte. Pero, entonces, la vivencia de Silvia es compleja porque ella siente que a través de la intervención quirúrgica le ha sido quitado algo: el permiso para continuar pensando que debe resolver este malentendido. La intervención puso el punto final: no se puede pensar más en esto, el cerebro puede continuar pensando pero no más en estas cosas. Como todas las intervenciones quirúrgicas, también llega a ser un símbolo de la castración: después se puede continuar viviendo, pero sin satisfacciones sexuales verdaderamente pasionales. Se puede ejercitar la sexualidad al servicio de la maternidad, pero por cierto no se puede continuar teniendo hijos toda la vida. Para Silvia, el tiempo de la maternidad ha terminado y los hijos ya no pueden hacer de sustitutos. Entonces, es como si Silvia pensara: “Ahora o nunca más. Si no puedo tener satisfacciones sexuales en este punto de mi vida, debo renunciar para siempre”.

La operación la restituye a la vida curada, pero insomne. Este insomnio está significando que ella no puede soñar (soñar el incesto), pero también el miedo de invocar a la muerte para unirse al padre. Por otro lado, Silvia se siente ya muerta porque le ha sido cortada la posibilidad de expresar su sexualidad, en el momento en el cual, venidos a menos los sustitutos (que encontraba en el cuidado de los hijos y su extrema eficiencia), pensaba haber pagado con la intervención el precio para acceder a ella.

---

**DEBATE EN TORNO A “HISTORIA  
DE SILVIA: UNA OCLUSIÓN DE  
LA CARÓTIDA” DE RITA PARLANI  
Y CARLO BRUTTI**

---

(1989 [1986])

Luis Chiozza y otros

## **Referencia bibliográfica**

**CHIOZZA, Luis y otros (1989e [1986]) “Debate en torno a ‘Historia de Silvia: una oclusión de la carótida’ de Rita Parlani y Carlo Brutti”.**

## **Primera edición en italiano**

“Dibattito”, en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, N° 19, Borla, Roma, 1989, págs. 65-68.

Este texto corresponde al debate en torno a la presentación de “Storia di Silvia: una occlusione della carotide”, de Rita Parlani y Carlo Brutti (1986), en el marco del seminario “Metahistoria y lenguaje de la vida en psicoanálisis y en psicósomática”, dictado por Luis Chiozza los días 9, 10 y 11 de mayo de 1986, en Perugia, Italia.

PICCOLINI: –Yo soy un neurólogo y le pregunto si también en el enfermo orgánico, como en el psíquico, se puede verificar un error cognitivo de la representación de su enfermedad y si la intervención psicoanalítica serviría sólo para mejorar tal representación.

CHIOZZA: –Su pregunta es muy importante y me da la oportunidad para decir que en la enfermedad hay un error cognitivo, y eso no depende de un defecto del pensamiento sino de un afecto: en el caso que hemos discutido, depende de una prohibición a pensar que se ha desarrollado dentro de la relación con las figuras primarias. No se trata por lo tanto de errores cognitivos ligados al límite de la capacidad de pensar, sino de errores de pensamientos provocados por un afecto: ha sido por amor, o temor, en las relaciones con la abuela, con el padre, etc., que Silvia ha debido pensar: “Mi madrastra no es mi madre”. Lo ha pensado no porque es incapaz de pensar en términos correctos, sino porque no ha tenido el permiso para llegar a otra conclusión. La primera conclusión le ha abierto el camino de un camino equívoco.

Si tenemos presente todo esto y le hablamos a la paciente de la prohibición para llegar a la segunda conclusión, podemos ayudarla a superar el error cognitivo. Aunque también es cierto que podríamos representar, sin saberlo, el rol de un otro personaje que le indicara una solución prohibiéndole otra, haciendo así recaer en el mismo círculo vicioso. Pero esto sería una patología de la relación terapéutica causada por una falta de profesionalidad y no puede ser adjudicada al método.

PICCOLINI: –Pero mi pregunta tenía que ver con la enfermedad orgánica. Su respuesta me parece perfectamente pertinente para la enfermedad

psíquica, pero insuficiente para la orgánica. Me parece de hecho que en el enfermo orgánico, mejorando su error cognitivo, llegamos a curar la representación mental de su enfermedad, pero no la enfermedad.

CHIOZZA: –Usted, infortunadamente, tiene realmente razón, porque esto es lo que la abuela ha hecho con Silvia, y nuestro contexto sociocultural lo hace con todos nosotros. Éste, de hecho, nos prohíbe pensar en términos distintos la enfermedad orgánica: nos prohíbe llegar a la conclusión de que la enfermedad orgánica es algo que tiene que ver con nuestra historia. Sea en nuestra formación médica, sea en nuestra condición de enfermo, recibimos siempre el mismo mensaje: “El enfermo no debe pensar en su enfermedad sino confiarse al médico. Él, como un bravo soldado, combatirá la causa física. La enfermedad es un infortunio, un incidente casual y no tiene nada que ver con la vida del paciente”. Éste es el mensaje, el consenso nos prohíbe pensar de otro modo. Tal consenso produce en nosotros el mismo efecto que el que la abuela ha producido en Silvia.

PARLANI: –Querría reflexionar sobre el factor específico desencadenante del síndrome. En primer lugar querría subrayar que Silvia, dos meses antes, había comenzado a tomar la píldora anticonceptiva, con la especificidad de que la tomaba no para no tener hijos sino para curarse de las pérdidas. No nos olvidemos de que los médicos que le hicieron el diagnóstico le dijeron que su enfermedad estaba ligada justamente a la toma de la píldora. Me preguntaba, por lo tanto, si Silvia se ha encontrado de nuevo frente a un malentendido al cual adherirse, porque había soportado una autoridad (la de los médicos) que estaba sin embargo en conflicto con la autoridad de la figura primaria (de la abuela). Como si con la píldora, por la cobertura asumida de los fines terapéuticos, hubiese visto una vía libre a la posibilidad de satisfacer plenamente su deseo sexual pero sin poder decirlo. El problema, que puede remitir a la gestión de una sexualidad libre pero aterradorante, me parece sugerido también por la escena en la cual Silvia tuvo la primera “señal” de la crisis. Me refiero a su afanoso subir las escaleras dominada por el pensamiento de la hija de 16 años sola en casa... y que había mucho viento. ¿Por qué esta vivencia terrorífica no justificada desde la apariencia ordinaria de la situación? En realidad, toda la escena, si es leída a la luz de la vivencia de Silvia, resultaría muy llena de sentido.

¿Cuál es tu parecer en lo que se refiere a Silvia? ¿Cómo pensás que en esta historia hayan jugado los motivos contratransferenciales de los médicos también respeto de las formulaciones del diagnóstico?



CHIOZZA: –Creo que es realmente así, pero con un matiz diverso, distinto. Me parece, ante todo, que la primera interpretación de los médicos fue exacta: ha sido justamente por el hecho de que ha tomado la píldora que Silvia estuvo mal. Los médicos lo han pensado, pero han buscado la relación de su correcta percepción contratransferencial con una explicación fisiológica mecánica. Sucede a menudo que los médicos perciben contratransferencialmente lo que está sucediendo, pero después dan una explicación racional en términos mecánicos.

Creo que la píldora para Silvia simbolizaba no tanto la posibilidad de disfrutar de la sexualidad sin el agregado de la maternidad, sino, al contrario, la pérdida de la maternidad sin poder disfrutar de la sexualidad. Y este es el punto que creo traumático. Es por tal razón que creo que diverjo un poco de la conclusión de que se trata de un problema edípico que no puede elaborar la culpa de la sexualidad. Yo creo, al contrario, que Silvia no puede tener el permiso para disfrutar de la sexualidad: se siente engañada porque ha pagado, pero sin recibir lo que en su fantasía había comprado pagando ese precio.

Su intervención me aclara por qué razón la hija de 16 años sola en la casa se ha hecho un factor desencadenante de la enfermedad. Volvamos a recordar la escena: pienso que el viento simboliza la presencia de fantasmas (también en los filmes, cuando hay un fantasma, hay viento); el viento puede ser el diablo pero también la tentación; el padre muerto, el incesto. La hija sola en la casa. El padre muerto simbolizado por el viento. La larga escalera que hay que subir apurada, creo que representa toda la frustración sufrida por Silvia. Debe correr, subir apurada, no puede dejar sola a la hija... de otro modo ella podría consumir el incesto. Esto la preocupa no por solicitud materna, sino por la profunda envidia que le suscitaría el hecho de que a la hija le sea posible lo que a ella se le prohíbe. Silvia podría aquí pensar lo que tantas veces cada uno de nosotros ha pensado: cuando éramos jóvenes estaba todo a favor de los viejos, ahora que somos viejos está todo a favor de los jóvenes. Entonces, estamos doblemente frustrados. Silvia podría traducir así este pensamiento: “Lo que era posible para mi madrastra a mí me estaba prohibido, pero no lo está para mi hija: debo apurarme a llegar primero, antes de que ella pueda consumir un incesto satisfactorio con este viento que sube las escaleras más rápido que yo...”.

PARLANI: –Querría recordar, a propósito del viento, que Silvia lo ha nombrado también en un recuerdo de cuando era una niña: iba al cementerio, donde se sentía llena de confort porque hablaba con la mamá

y de miedo por el viento entre los árboles. Esto me parece avalar la idea de que el viento esté correlacionado con el fantasma.

CHIOZZA: –Esto particularmente lo había olvidado, pero me parece confirmar la fantasía que construyo sobre la sugestiva historia de Silvia. Que esta fantasía encierre dentro de sí la verdad de cuanto le ha sucedido a Silvia, ¿quién puede decirlo?... Pero lo importante es que puede ayudarnos a comprender un poco más.

---

**DEBATE EN TORNO A  
“HISTORIA DE LUCÍA: UNA  
ESCLEROSIS MÚLTIPLE” DE  
RITA PARLANI, CARLO BRUTTI  
Y MARCO GRIGNANI**

---

(1989 [1987])

Luis Chiozza, Rita Parlani, Carlo Brutti,  
Marco Grignani y otros

## **Referencia bibliográfica**

**CHIOZZA, Luis; PARLANI, Rita; BRUTTI, Carlo; GRIGNANI, Marco y otros (1989f [1987]) “Debate en torno a ‘Historia de Lucía: Una esclerosis múltiple’ de Rita Parlani, Carlo Brutti y Marco Grignani”.**

## **Primera edición en italiano**

“Storia di Lucia: una sclerosi multipla”, en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, N° 19, Borla, Roma, 1989, págs. 69-84.

Este texto corresponde al debate en torno al trabajo “Historia de Lucía: una esclerosis múltiple”, de Rita Parlani, Carlo Brutti y Marco Grignani, presentado en el Centro Weizsaecker de Consulta Médica el 26 de agosto de 1987.

BRUTTI: –Quiero comenzar diciendo que a nosotros nos interesa presentarles este estudio patobiográfico según el desarrollo que ha logrado su elaboración en nuestro grupo de trabajo. Siempre nos damos cuenta, cada vez más, de la extrema dificultad del método patobiográfico, pero también de su extraordinario interés. Nos parece por lo tanto no sólo un honor, sino también un privilegio discutir este material con Luis Chiozza y con todos ustedes.

PARLANI: –Se trata de una esclerosis múltiple en una mujer de 51 años que llamaremos Lucía. La enfermedad le fue diagnosticada hace tres años, pero los primeros síntomas aparecieron hace cinco. Se encontraba entonces en una ciudad de mar por un trabajo ocasional: advierte un dolor en la rodilla derecha, que después se le extiende al pie. Hace una serie de consultas ortopédicas y neurológicas y después de dos años los trastornos fueron referidos a una esclerosis múltiple. Lucía piensa que la enfermedad ha sido causada por el estrés ligado a las cinco “estaciones” que ha hecho en el mar.

Ha practicado las terapias del caso. Actualmente hace fisioterapia, pero dice que querría “ponerse en equilibrio también psíquicamente”, “hace falta tanta voluntad –sostiene– y yo tengo miedo de no tenerla”. Por tal razón ha aceptado, bajo la prescripción de su médico, hacer una consulta psicológica.

La historia que hemos recogido es la siguiente. En la primera fase, la enfermedad ha afectado permanentemente a los miembros inferiores, trayendo dificultad en la deambulación y en el equilibrio; sucesivamente, a la mano derecha, con la consecuente dificultad para articularla. Una segunda *poussée*, sin precisión de cuánto tiempo después de la primera, afectó al aparato óculo-motor con la consiguiente diplopía y dificultades en la vista.

La anamnesis patológica remota pone en evidencia una historia antigua de cefaleas, con episodios lipotímicos cuya naturaleza no ha sido nunca precisada.

Lucía es una segundogénita. Tiene un solo hermano, Mauro, seis años mayor. La madre murió dos días después del parto por eclampsia. La niña es confiada a una mujer que la descuidó, y a los siete meses pesaba menos que en el nacimiento. Una pareja de parientes lejanos, que ella llama “tíos”, la tomó entonces a su cuidado. Y Lucía comenta: “Todos los otros se habían negado”.

Tiene poquísimos recuerdos de la infancia. Al tío lo quería bien, lo quería. “Tenía dos papás.” Con la tía, en cambio, la relación era más conflictiva. “Yo la llamaba mamá y ella me decía que no lo era: sentir esto no era bello para mí, no era bueno para mí... me consideraba en algunos aspectos una hija, pero tenía preferencia por su hija verdadera.”

En edad escolar, Lucía es puesta en un orfanato. Comenta: “Ha sido un honor lo mismo”. Las hermanas educaban con severidad. Eran rígidas pero le han enseñado muchas cosas, especialmente a cuidar de sí misma. No le gustaba la escuela, pero amaba bordar y sus trabajos eran muy apreciados. Tampoco la vida en el colegio le había gustado: “Quería ser libre... no pensaba en lo que podía venir después porque no tenía un después”.

A los 17 años, el hermano, que vivía con el padre, la llevó a la casa con él porque, habiendo iniciado un trabajo, tenían necesidad de una mujer para las tareas domésticas. El hermano también había estado en un orfanato, pero a los 13 años había vuelto a vivir con el padre. Había estudiado y conseguido un diploma de perito mercantil.

Lucía se liga mucho al hermano. Dice:

Con Mauro compartía todo... Esta historia que nos ha ligado, este hilo entre nosotros, no lo he hecho yo, ha nacido así... he preferido estar sola... una especie de voto laico... pero así he tenido la posibilidad de realizar sentimientos de fidelidad y de fe... pero para tocar con la mano estos sentimientos me hace falta una ayuda sobrenatural... los cuidados hacia mi hermano me han comprometido completamente... tenía la actividad de una mujer casada, moral y materialmente.

En las relaciones con el padre se siente ingrata: “No he tenido nunca respeto por él, me aprovechaba porque no tenía reacciones violentas”. Pero después se contradice sosteniendo que entre ellos había quedado una relación de confianza: “Se compartía la vida”. El padre murió por embolia cerebral hace dieciocho años, cuando Lucía tenía 33. Había ido a pasear con una amiga y volvió tarde a su casa. Le dijeron que el

padre, preocupado, disponiéndose a salir a buscarla, se sintió mal sobre la escalera de la casa, se cayó al suelo y se murió.

Algunos años después, el hermano se casa con una viuda. Lucía siempre se había opuesto a las propuestas matrimoniales de Mauro. Tenía “miedo a que nacieran situaciones...”. Pero se resiste a precisar cuál sería esta preocupación.

La convivencia con la cuñada se revela enseguida difícil, y entonces Lucía decide, “para dejarle ese espacio”, irse lejos de la casa, periódicamente, haciendo trabajos estacionales. Por un año entero se traslada a alguna otra ciudad, a alguna casa de familia como niñera. “Estuve siempre en movimiento”, comenta.

Mientras tanto, entre la cuñada y el hermano las cosas van mal. Lucía va a vivir con una amiga que tiene con ella al padre de 80 años. Dice:

Visto por uno que no vive la historia, mi gesto ha sido exagerado, pero para mí es normal... He hecho el acto heroico de irme y lo he hecho con la fe, no con la razón.

Pero ella, que siempre ha buscado “hacer de más, más que de menos”, que aun “reconoce no ser perfecta” (“aunque lo hubiese querido habría sido imposible”), ahora teme no tener más aspiraciones ni objetivos para perseguir. Pero no parece del todo doblegada.

Actualmente vive una situación que define como pobre, pero se ha insertado activamente en un grupo religioso, reza mucho, y está muy absorbida por las vicisitudes ligadas a su enfermedad.

Lucía trae solamente dos fotos: un primer plano de cuando tenía 19 o 20 años, en el cual aparece muy graciosa con una mirada soñadora, y una foto reciente, de una fiesta de cumpleaños del pequeño del cual ha hecho de niñera.

Cuando discutimos la historia de Lucía, habíamos tenido inicialmente la impresión de encontrarnos frente a una situación de vida simple y globalmente limitada (y eso de acuerdo con las noticias relativamente escasas recogidas en el cuestionario). El doctor Grignani, que le había realizado el cuestionario, nos dice que la entrevista entera había durado menos de cinco horas: una cosa realmente insólita. Lucía, sin embargo, no era hostil ni apresurada, sino que parecía comprometida con el trabajo.

Al grupo de discusión, por lo tanto, le pareció que el conjunto del relato denunciaba un “no dicho”, algo que siempre era aludido, especialmente en lo que respecta a la relación con el hermano, a tal punto de inducir la idea de que pudiese haber entre ellos también un entendimiento sexual.

Justamente porque respecto del área de la sexualidad Lucía había sido muy reticente, como lo había sido respecto de la historia infantil, nos vimos llevados espontáneamente a pensar que describirse como la mujer del hermano podía aludir a una relación incestuosa con él.

CHIOZZA: –En las preguntas relativas al área sexual, ¿Lucía declaraba haber tenido relaciones sexuales o ser virgen?

PARLANI: –Decía ser virgen.

Sobre el problema de la relación con el hermano, entonces, se desarrolló una vivaz discusión en el grupo. Por fin nos preguntamos si Lucía no habría manejado su relación afectiva con Mauro casi como un lenguaje sobredeterminado, como para inducirnos algo que tenía que ver más con su deseo incestuoso inconciente, que con un hecho incestuoso realmente consumado. Nos parecía que demasiados sobreentendidos salpicaban la historia de Lucía. Nos preguntamos si la anamnesis había sido suficientemente puntillosa, porque demasiados aspectos de la vida de la paciente permanecieron oscuros.

CHIOZZA: –¿No han pensado en un suplemento de la anamnesis?

PARLANI: –Sí, pensamos en un suplemento de la anamnesis preguntándonos, por otro lado, si podía equivaler a un *acting* o, de todos modos, representar el signo de nuestra resistencia a pensar el material que ya estaba en nuestra posesión.

CHIOZZA: –¿Pero este suplemento de anamnesis habría buscado alguna cosa en particular?

PARLANI: –Sí. Queríamos explorar mejor si en su pasado había vivido alguna relación verdaderamente significativa (con los abuelos, el padre, la figura de la madre muerta, las hermanas, etc.). Después, verificar mejor la relación con el hermano y si había fantasías sexuales en lo que respecta a esta relación.

BRUTTI: –A tal propósito, lo que nos había sido transmitido por el doctor Grignani era que Lucía mostraba más resistencia que embarazo.

CHIOZZA: –¿En el cuestionario se le habían hecho a la paciente todas las preguntas relativas al área sexual, en detalle y sin omisiones?



BRUTTI: –Sí, diría que sí, aunque ella respondía con el ya mencionado laconismo.

CHIOZZA: –¿Y en las otras áreas no había sido reticente?

BRUTTI: –No.

CHIOZZA: –Pero entonces tomemos otra área. La de los hábitos higiénicos, por ejemplo: ¿es una mujer limpia?, ¿se cambia regularmente la ropa interior?, ¿usa desodorante? ¿Ha respondido a estas preguntas?

BRUTTI: –Sí, con mucha precisión. Aun más, era motivo de orgullo para ella su meticulosa atención a la limpieza. Y esta era la única ventaja que refería al colegio: las hermanas le habían enseñado a mantenerse limpia.

CHIOZZA: –Bien. ¿Y se bañaba desnuda o no?

Parlani: –Desnuda.

CHIOZZA: –¿Ninguna enfermedad en los genitales? ¿Ha contado un sueño? ¿Un relato?

BRUTTI: –No ha denunciado ninguna enfermedad en los genitales.

PARLANI: –No ha contado ninguna película, ni una novela. Ha asegurado que no hace otra lectura que la de *Familia cristiana*.

El suplemento de anamnesis se enriqueció con un relato que nos pareció significativo. Se trata de un grave litigio que Lucía tuvo con la cuñada antes de irse de la casa. Durante el intercambio de palabras sintió como si una fuerte descarga de corriente eléctrica le atravesara las manos. En el grupo, entonces, se volvió a rediscutir el material. Pero nos dimos cuenta de que nos alejábamos oscilando entre el *Escila* de una impostación psicopatológica (obviando la urgencia de la situación de Lucía y el motivo de su consulta) y el *Caribdis* de una lectura diacrónica de su historia que habría podido transformarse peligrosamente en una lectura causalista de la enfermedad (por ejemplo: “Se enfermó porque se fue de la casa del hermano”).

Por otro lado, la inversión de la ruta, representada por una búsqueda afanosa e inmediata de la fantasía específica, habría podido entablar otro riesgo: el de una lectura mecanicista de la situación que bloquease el libre y creativo juego de las asociaciones de las representaciones en la discusión del grupo.

Intentamos evitar estos riesgos decidiendo reflexionar sobre la situación de Lucía a partir de lo que se nos dijo y el modo en que nos dijo acerca de la actualidad de su condición de sufrimiento.

Contrariamente a la primera impresión, poco a poco se fue configurando, en el grupo, una imagen de Lucía plena de dignidad: una persona con un fuerte sentimiento de sí e ideales muy elevados. Teníamos la impresión de que su aspecto aparentemente podía esconder, como una imagen, una mujer con un alto nivel de autoestima. De hecho, en su historia, de todos modos ella aparecía como la única heroína: cuanto más se sacrificaba, más crecía en su espesor heroico.

Pero ¿cuál “héroe” había plasmado este modo de ser de Lucía? En el grupo se nos ocurrió la asociación con la figura de la Virgen (evocada, de algún modo, en el lenguaje utilizado por Lucía y su sueño: “Veo una cruz y arriba una figura azul. Es mi prima, muerta hace poco, que me sonrío. A los pies de la cruz hay una figura amarilla, arrodillada. Y es todavía mi prima”). Pero pensamos que el héroe que se individualiza en la historia de la esclerosis múltiple es real y pertenece a la historia familiar de la paciente. La Virgen, obviamente, no podía considerarse una persona significativa de la vida familiar de Lucía.

Se pensó también en una ligazón con la madre muerta idealizada y con la tarea de criar a los hijos (Lucía y Mauro) que la muerte le había impedido llevar a término. Pero no teníamos elementos para suponer que la madre hubiese sido una persona con elevada capacidad de llevar adelante tareas concretas y que su figura se pudiese delinear en términos místicos en el horizonte de Lucía. Ni siquiera el padre (una figura desvanecida), ni los tíos (de los cuales Lucía subrayaba sólo la conflictividad de la pareja), parecían tener los requisitos para encarnar la figura ecuestre.

Nos preguntamos, entonces, si Lucía misma no se había impuesto una tarea (que sentía como propuesta por el destino o por Dios) concreta y al mismo tiempo imposible: constituir una pareja ideal, una familia que rescatase a la pareja desandada de los tíos y a la propia, destruida. Pero para tal tarea, Lucía había individualizado en el hermano, y había realizado concretamente objetivos importantes para su nivel de vida, el único *partenaire* posible. Con ellos se había abierto la historia y con los dos se debía haber cerrado.

Su dedicación ciega al hermano era, por lo tanto, la adicción a un proyecto de salvación que Lucía se configuraba como pre-destinado. Recordemos su frase:

Esta historia que nos ha ligado, este hilo entre nosotros, no lo he hecho yo, ha nacido así... he preferido estar sola... una especie de

voto laico... pero así he tenido la posibilidad de realizar sentimientos de fidelidad y de fe... pero para tocar con la mano estos sentimientos me hace falta una ayuda sobrenatural...

Nos parecía por lo tanto que Lucía se había identificado con una tarea de “redención” que ya imponía un duro sacrificio (el sacrificio de la sexualidad), pero que en un cierto punto le impone un sacrificio supremo: la renuncia a la tarea misma.

El matrimonio del hermano debía haberse aparecido como una traición respecto del proyecto que pensaba tener con él, pero a pesar de ello nos parece que ella había tratado de llevarlo igualmente adelante, recortándose los espacios en los cuales se recompone una relación de pareja con Mauro y que pone a la cuñada, sola, en posición de espectadora. Pero este difícil juego de equilibrio no pudo ser mantenido, y, como hemos visto, Lucía dejó a la familia no sin haber celebrado con una pelea con la cuñada, durante la cual se sintió fulgurada en las manos, esta suprema separación.

El problema que nos plantéabamos entonces es el siguiente: ¿Lucía se había ido por celos, o su sacrificio era destinado a salvar su proyecto ideal?

CHIOZZA: –Ahora se comprende mejor la primera fase. En un momento determinado, cuando la cuñada y el hermano se han “separado en casa”, en ese momento Lucía pelea con la cuñada. Pero en el momento mismo en el cual pelea, ya no puede llevar más adelante el proyecto. En ese momento, el hermano, que ya peleaba con la mujer, se habría podido unir a Lucía. Y siempre en este momento Lucía dice: “Visto por uno que no vive la historia, mi gesto ha sido exagerado, pero para mí es normal...”. (Visto con ojos externos, que no comprenden nada, parecía un gesto totalmente loco, pero visto desde lo interno tiene un sentido heroico.)

PARLANI: –En otras palabras, pensamos que Lucía no habría podido permitir, en este punto, que, entre la mujer y ella, el hermano la eligiese a ella: esto, de todos modos, habría comprometido el proyecto, insertando un elemento demasiado revelador de sus deseos incestuosos. Así, ella se fue para permanecer fiel a su proyecto originario. Pero un acto tal Lucía no lo vive como una víctima pasiva, sino como una persona propositiva, al grado de gestar también un destino adverso. Lucía, de hecho, no parece resignada. Realiza un contacto con un grupo religioso y quizás intenta reconstruirse objetivos capaces de dar un sentido a su vida.

Nos pareció que, consultándonos, habría buscado una ocasión para sentirse autorizada a proseguir adelante, quizás justo por el hecho de que

sólo después de un sacrificio total se podía obtener la resurrección (como dice la historia de la cruz).

CHIOZZA: –El motivo inconciente de la consulta era, por lo tanto, encontrar un “socio” para su proyecto ideal, porque el hermano la había abandonado como “socio”.

Ella buscaba un “socio” y “testigo” para su sacrificio.

Querría ahora ver si podemos darle a esta historia la razón por la cual ha surgido la esclerosis múltiple. De hecho, podría decir: “Pero esto es una esclerosis múltiple, es claro. ¿Se puede explicar por qué?”. Si leemos el capítulo sobre esclerosis múltiple en *¿Por qué enfermamos?* (Chiozza, 1986b), encontramos una historia igual. No es la historia de un infarto, no es la historia de una úlcera gastroduodenal, no es la historia de una litiasis biliar, es la historia de una esclerosis múltiple. Esto lo percibimos todos.

OBSTFELD: –Pero falta algo. Falta la situación de movimiento.

CHIOZZA: –Yo creo que no falta. O mejor: que falta mucho más. Falta, pero está. Lo que falta es el esquema claro de lo que debemos encontrar. Leo de mi libro (Chiozza, 1986b) los cinco puntos que debemos encontrar:

- 1) La existencia de una forma particular de melancolía (anérgico-miasténica) que se caracteriza por el desánimo. Los ideales correspondientes a esta estructuración melancólica inconciente, que se experimentan como inalcanzables, quedan frecuentemente representados, como en los monumentos de los próceres, por figuras ecuestres. La destrucción de la mielina que envuelve los nervios simbolizaría, como “fundido” de la sustancia aislante, una situación traumática particular frente al encuentro con esos ideales “quemantes” por su contenido de excitación incestuosa.
- 2) La presencia de esos ideales exigentes se manifiesta de una manera particular: la vivencia de tener que realizar algo conocido e imposible. Alguna persona con una elevada capacidad de materializar los proyectos ha constituido una figura significativa (el ideal ecuestre) en la vida de los enfermos de esclerosis en placas, otorgándoles hasta cierto punto una posibilidad concreta de identificación. Esto permite comprender la peculiaridad de su insuficiencia, que se diferencia del modelo general de las insuficiencias en el proceso de materializar los proyectos (representadas por los trastornos hepáticos) porque afecta a la última etapa de ese proceso, etapa simbolizada por la

acción motora voluntaria, que corresponde al músculo estriado y al sistema piramidal.

3) El déficit en la materialización propio de la esclerosis en placas queda simbolizado por el déficit de una acción motora que debe emprenderse y equivale a un des-concierto sensorio-motor. Tal desconcierto, o actitud vacilante, queda representado en una lesión autodestructiva del sistema nervioso, que equivale al ataque de una acción eficaz.

4) La localización de la enfermedad deja indemne el sistema extrapiramidal, y ataca tanto los órganos de la vida de relación como las vías piramidales del movimiento intencional o voluntario. Esto mostraría la necesidad de simbolizar un trastorno en la realización de los movimientos que conforman la “figura” de una determinada acción, sin afectar la “trama” de fondo, compuesta por figuras arcaicas que colaboran en la ejecución de esa misma acción.

5) El carácter aparentemente azaroso de la distribución “en salpicaduras” de la esclerosis múltiple ocultaría una distribución inconciente que responde a la figura de un particular desconcierto. Cada uno de los “brotos” de la enfermedad simbolizaría un nuevo intento fallido (atacado) de “alcanzar” al ideal deseado y temido, intento en el cual el paciente aparenta “jugarse al todo o nada” en el entrenamiento de sus propias exigencias.

Veamos, ahora, si se puede encontrar esto acá.

Dividamos el primer punto en:

a) El aspecto melancólico anérgico-miasténico: Lucía parece estar, como actitud interior, deprimida. No es esto lo que la caracteriza, pero a veces está detenida en un sentido muscular frente a un esfuerzo simbolizado por el estrés de los trabajos estacionales. La suya es una melancolía –y lo digo no en el sentido psicopatológico o diagnóstico– anérgico-miasténica: no es una melancolía nostálgica (cardíaca), ni amarga (hepática), ni “sin sal” (renal).

b) Los ideales correspondientes a esta estructuración melancólica inconciente, que se experimentan como inalcanzables (que sea inalcanzable aquí se va a ver cuando Lucía dice que tiene necesidad de una ayuda sobrenatural), son frecuentemente representados como monumentos de figura ecuestre... Bien, en esta historia no tenemos ningún monumento: tenemos, sin embargo, la cruz, la Virgen y toda esa situación ideal, no representada por alguna figura de la historia personal de Lucía, sino como una representación mística.

BRUTTI: –A tal propósito, me viene a la mente el segundo sueño que Lucía ha contado, en el cual dice verse fría, de mármol, como una estatua.

CHIOZZA: –¡Ah! ¡Esto lo tenían escondido hasta último momento! ¡Entonces, la estatua está! Pero volviendo también al otro sueño, hay en él un juego de color muy interesante: azul y amarillo. El azul y la cruz, el ideal, pero también la prima muerta que, obviamente, representa a Lucía misma en su estilo final en esta enfermedad; la otra figura amarilla, también la prima, es la envidia por el ideal, la insuficiencia, hepática, para materializar.

PARLANI: –En la discusión de grupo, la cosa que no nos “cerraba” era justamente el hecho de que tanto la Virgen como la prima muerta eran figuras que reconducían a Lucía: continuaba, por lo tanto, siendo ella la heroína...

CHIOZZA: –Pero esto es, obviamente, un enmascaramiento, porque Lucía no se siente la Virgen: si se sintiese la Virgen, no pediría ayuda sobrenatural.

GRUS: –No lo pediría porque sería la patrona de la fuerza...

CHIOZZA: –Pero entonces no sería una esclerosis en placas.

AIZENBERG: –Pensaba que el proyecto ideal de Lucía puede ser Jesucristo, estar sobre la cruz como Jesús. Y este es un proyecto inalcanzable y por lo tanto es necesaria una vida sobrenatural.

CHIOZZA: –Entonces podemos decir, en primera instancia, que la estatua del sueño y la cruz con la figura de Cristo y de la Virgen son quizás la “figura ecuestre” (aun sin caballo). El caballo simbolizaría del modo más concreto el aspecto muscular y aquí no se ve muy bien. Pero reflexionemos. Volviendo sobre nuestro esquema, hemos encontrado la figura heroica relativa al punto *a*. Ahora debemos encontrarla respecto de la parte final del punto *b*. Leo: “La destrucción de la mielina que envuelve los nervios simbolizaría, como ‘fundido’ de la sustancia aislante, una situación traumática particular frente al encuentro con esos ideales ‘quemantes’ por su contenido de excitación incestuosa”.

Diría que cuando Lucía eligió el trabajo estacional, se debe haber sentido tan vecina a la realización de la tarea ideal como para quedarse fulminada. Y entonces comienza la esclerosis. Pero ahora debemos comprender, metiéndonos en el punto *b*, por qué la enfermedad se inicia

por las rodillas, por los pies y por las piernas. La rodilla tiene que ver con el arrodillarse; las piernas y el pie, con el equilibrio. Esto parece claro en el contrato de Lucía con el hermano, que ella celebra, particularmente, en el litigio con la cuñada. Lucía queda dañada en estas partes porque la tentativa de mantener el equilibrio, que es también la tentativa de alcanzar naturalmente la tarea imposible, está minada por ella misma a través de un ataque simbólico y propio a los órganos con los cuales busca alcanzarlos. La parte atacada es la derecha (que es el lugar de las tareas ético-morales: el camino recto).

Segundo punto: “La presencia de esos ideales exigentes se manifiesta de una manera particular: la vivencia de tener que realizar algo conocido e imposible”. Lo imposible lo hemos visto. Lo conocido también, Lucía lo tiene bien claro: debe hacer un sacrificio, pero, al mismo tiempo, un sacrificio que viene constituido con un doble vínculo. De hecho, ¿qué es para ella cumplir con su ideal? ¿Acercarse o alejarse del hermano? Cuando se aleja, piensa que debe acercarse; cuando se acerca, piensa que debe alejarse. (Si la tarea imposible no es reconocida como la que corresponde a la última fase, motora, de un conjunto configurado, no tenemos la especificidad de una esclerosis en placas sino de una enfermedad hepática.)

Ahora debemos comprender cuál es la figura de identificación ecuestre que existió realmente en su historia personal y que materializa su ideal. Como ustedes dicen: evidentemente, el hermano. Creo, de hecho, que ustedes han comprendido muy bien el salto que ha hecho Mauro del orfanato hasta el diploma y a la posición de jefe de familia. Sobre el padre desvalorizado, él ha podido representar, para Lucía, una figura ideal que alcanzara aquello que ella no ha alcanzado ni alcanzará. (Basta con esto para hacer de él una figura ecuestre, lo que no significa que sea perfecta.) En este punto, de hecho, viene la otra parte: el sentimiento fuertísimo de Lucía, y por el cual busca ayuda, de que una mujer como ella, aun mostrándose tan heroica, en el fondo se siente sin capacidad, inútil, para alcanzar tal ideal. Durante la anamnesis, por ejemplo, no ha logrado escribir un relato ni decirlo verbalmente: también esto es simbólico. Entonces, ¿cómo podría esta mujer tener un título universitario? Pero lo lograría. Esto es claro. Frente a una tarea imposible, Lucía se siente inútil pero no deja nunca de perseguirlo. Se juega el todo por el todo. (Se juega al todo o nada, pero querría confirmar que el punto clave, porque se trata de una esclerosis en placas y no, por ejemplo, de una insuficiencia hepática, es que hay una figura real que “materializó” algo.) Ahora, es también cierto que Lucía no es una persona del todo incapaz. Pero es típico de la esclerosis en placas atacar y fragmentar la capacidad. Estos pacientes se sienten inútiles y fallidos.

Tercer punto: “El déficit en la materialización propio de la esclerosis en placas queda simbolizado por el déficit de una acción motora que debe emprenderse y equivale a un des-concierto sensorio-motor”. Tal desconcierto, o actitud vacilante, queda representado en una lesión autodestructiva del sistema nervioso, que equivale al ataque de una acción eficaz.

Aquí, la acción motora que debe emprenderse está simbolizada por el caminar para separarse del hermano, el caminar para acercarse a él o para darle la mano. Pero, más allá de esto, también para identificarse y hacer una pareja, una familia.

FONZI: –La neuritis óptica retrobulbar, ¿cómo se relaciona con el problema de la mano y de la pareja?

CHIOZZA: –Lo digo en el capítulo sobre esclerosis en placas que he citado. Ella toma los elementos sensorios que tienen que ver con el foco de la atención. Por lo tanto: se puede ver sólo aquello que no se mira, lo que se mira no se ve. Es un escotoma central. Es una neuritis típica. Tiene que ver con los órganos de la vida de relación sensoria, con la acción motora y con la comunicación. De modo que esta segunda *poussée*, en la forma de una neuritis óptica retrobulbar, significa un agravamiento de la situación en el momento en el cual Lucía toma la decisión heroica de irse a casa de la amiga. Es como si dijese: “Me voy, no quiero ver a mi hermano”. E hizo la neuritis porque no le bastó irse, o la hizo para no ver a Mauro.

FONZI: –Me pareció haber comprendido que no se trataba de una neuritis retrobulbar, sino de síntomas óculo-motores.

BRUTTI: –Lucía presentaba diplopía y obnubilación de la vista.

CHIOZZA: –La obnubilación de la vista es la neuritis óculo-motora. La diplopía es un fenómeno óculo-motor que tiene que ver con el enfocar. En realidad, lo que se encuentra en la esclerosis múltiple es la neuritis retrobulbar.

Bien: volvamos ahora al comportamiento motor de Lucía. Ella tiene una actitud vacilante: no va ni viene. Es un oscilar. Representa una lesión autodestructiva del sistema nervioso y equivale a un ataque a la acción eficaz.

Pasamos ahora al cuarto punto: “La localización de la enfermedad deja indemne el sistema extrapiramidal...” porque ataca la figura y no el fondo. Se lo ve claramente: ésta ataca a la acción voluntaria.



Quinto punto: “El carácter aparentemente azaroso de la distribución ‘en salpicaduras’ de la esclerosis múltiple ocultaría una distribución inconciente que responde a la figura de un particular desconcierto”. También esto se ve claramente en el caso de Lucía. “Cada uno de los ‘brotos’ de la enfermedad simbolizaría un nuevo intento fallido.” La situación de intentar de nuevo se ve claramente en Lucía: es una tarea desesperada.

Me parece, por lo tanto, que todo está claro y que se encuentra en el caso de Lucía. Ustedes de hecho lo han encontrado, porque lo que decimos ahora no es más que la esquematización de lo que ustedes han dicho.

BRUTTI: –Ha sido muy duro extraer todo esto: el material era tan escaso que en la primera lectura se veía una reacción desesperada, como si se dijera: “¿Qué se puede sacar de acá...?”. Pero lo interesante ha sido que con la discusión del grupo al fin se haya llegado a la reflexión que le hemos comunicado.

CHIOZZA: –Querría ahora volver sobre la primera parte de la historia, donde se ve bien cómo el hermano es el ideal.

PARLANI: –Releo la parte de Lucía: “Con Mauro compartía todo... Esta historia que nos ha ligado, este hilo entre nosotros...”.

CHIOZZA: –Aquí está la tarea heroica: es la “historia que nos ha ligado, este hilo entre nosotros...”. Pero el hilo tiene dos polos: uno capaz y uno inútil. Lucía se dice esto y vive la situación como un estar a remolque: es Mauro el que la remolca con el hilo.

PARLANI: –“...no lo he hecho yo, ha nacido así... he preferido estar sola... una especie de voto laico... pero así he tenido la posibilidad de realizar sentimientos de fidelidad y de fe... pero para tocar con la mano estos sentimientos me hace falta una ayuda sobrenatural...”

CHIOZZA: –Esto está clarísimo.

PARLANI: –“...los cuidados hacia mi hermano me han comprometido completamente... tenía la actividad de una mujer casada, moral y materialmente.”

CHIOZZA: –Aquí nos encontramos frente a un hermano fuerte: justo una figura ecuestre. ¿Podés leerme ahora la frase relativa al padre?

PARLANI: –Se siente ingrata: “No he tenido nunca respeto por él, me aprovechaba porque no tenía reacciones violentas”.

CHIOZZA: –Se aprovechaba porque no había reacciones violentas, pero con Mauro no se aprovechaba.

Es realmente difícil llegar a encontrar las fantasías específicas en la esclerosis múltiple sólo con este material. El hecho de que lo hayan logrado demuestra que le han tomado la mano al método.

---

**DEBATE EN TORNO A “COREA MENOR:  
PERSPECTIVAS Y MÉTODOS DE LA  
INVESTIGACIÓN PATOBIOGRÁFICA”  
DE RITA PARLANI Y ANGIOLO PIERINI**

---

(1989 [1988])

Luis Chiozza y Rita Parlani

## **Referencia bibliográfica**

**CHIOZZA, Luis y PARLANI, Rita (1989g [1988]) “Debate en torno a ‘Corea menor: perspectivas y métodos de la investigación patobiográfica’ de Rita Parlani y Angiolo Pierini”.**

## **Primera edición en italiano**

“Dibattito”, en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, N° 19, Borla, Roma, 1989, págs. 114-122.

Este texto corresponde al debate en torno a la presentación de “Corea Minor: prospettive e metodo della ricerca patobiografia”, de Rita Parlani y Angiolo Pierini (1988), en el marco del seminario “Los símbolos latentes en los signos físicos”, dictado por Luis Chiozza los días 8, 9 y 10 de julio de 1988.

CHIOZZA: –La distinción diagnóstica hecha por la medicina clásica entre una corea causada por la fiebre reumática y una corea histérica me parece un claro ejemplo de una actitud intelectual y teórica incorrecta. De hecho, el no encontrarnos con signos de fiebre reumática no nos autoriza a decir que la corea es histérica, y esta corea, por otra parte, no cesaría de ser histérica por el solo hecho de encontrarnos signos de enfermedad reumática. En cada caso, el diagnóstico debería ser sobre todo positivo, en el sentido de que se puede definir como histérica una corea cuando se está en capacidad de comprender los significados, así como se la puede definir como reumática si nos encontramos frente a una situación en donde es posible demostrar la presencia de fiebre reumática.

No encontrar una cosa u otra no nos da argumentos suficientes para afirmar que no está. De hecho, podría no encontrar hoy los signos de fiebre reumática, pero sí en un segundo momento, o, también, podría también pensarse que ésta no ha dejado claros rastros de sí. Lo mismo puede suceder en lo que tiene que ver con la histeria. He querido hacer esta aclaración para reafirmar que la corea, como cualquier enfermedad, puede ser tomada ya sea en su emergencia física como en su significado histórico.

Es realmente conmovedor que Elena haga una tal distinción cuando afirma que la suya no es una enfermedad, sino un signo de extrañeza. De tal modo, de modo inconciente, ella defiende el sentido de su enfermedad: intuye que no se trata de algo casual, proveniente del exterior, o provocado por un incidente, sino de algo que tiene que ver con lo vivido biográficamente.

En este caso son muchos los elementos sobre los cuales sería importante reflexionar. La relación de los progenitores con Elena, por ejemplo, parece caracterizada por una cierta insensibilidad, y también en su relación de

pareja se advierte un claro sentimiento de falta de amor. Al lado de eso, sin embargo, está la referencia a King Kong, que si en términos superficiales puede evocar un sentimiento de miedo, a niveles más profundos evoca una trama de amor caracterizada por una incompatibilidad desmedida y, por lo tanto, particularmente apropiada para simbolizar la relación padre-hija.

En el material presentado, por otra parte, aparece también el mito de la familia de Elena respecto de su enfermedad (según el padre, se habría enfermado por haber contemplado a un hombre desnudo): tal mito es un derivado de la fantasía inconciente implícita en la enfermedad. Estoy de acuerdo con los autores en que tal fantasía está conectada a la relación entre deseo insatisfecho y control también irrealizado.

También el cáncer de la madre de Elena está conectado a una fantasía, en este caso de castigo: el castigo por una sexualidad ligada a una fantasía regresiva.

Siempre en lo que se refiere a la enfermedad de Elena, querría también subrayar que para los padres, por un lado, se configura como algo que hay que llevarle al médico para que le encuentre una solución, pero, por otro lado, la enfermedad representa una solución perfecta para la dificultad en la cual se encuentran a medida que la hija, creciendo, se convierte en un claro factor de turbación o de perturbación de la pareja. De tal dificultad se habla también en el sueño de Elena que alude, a través de la representación de la gran pipa, a las fantasías genitales emergentes en la relación padre-hija respecto de la situación de la madre en la relación sexual.

Sobre este y otros elementos del material presentado se podría trabajar todavía, pero me parece más importante subrayar lo que han dicho los autores como conclusión, en sus notas sobre los padres de Elena: "El síndrome coreico se presta regiamente para representar la metáfora de su situación estrecha entre la involuntariedad del deseo y la intencionalidad (ineficaz) de controlarlo, así como para Elena ha sido imposible controlar los movimientos coreicos". Estoy de acuerdo con esta afirmación, aunque me parezca muy significativo como para hacer una reflexión más prolija que la que pueda hacer después una rápida lectura. Me parece muy importante lo que ha sido subrayado respeto del sistema extrapiramidal: que participa del fondo de los movimientos (mientras que el piramidal participa de la figura). Creo que en la fantasía inconciente de esta enfermedad alguna cosa le viene de fondo y alguna cosa le viene de figura. En el desarrollo normal, la actividad sexual de una muchacha que entra en la pubertad está representada como figura, mientras que el fondo está dado por el soporte que le otorgan los padres y que le permite arriesgarse para enfrentar la sexualidad. En este caso, si he comprendido bien la frase citada, sería lo contrario: la sexualidad

quedaría como un fondo extrapiramidal, y el control, a medida que asuma la forma de la figura, permanece irrealizado porque no se logra ejercitarlo de un modo adecuado. Tal imposibilidad se puede notar también en los dibujos de Elena, donde los contornos han sido trazados más de una vez.

PARLANI: –Mientras le leo la resignificación a Elena, que escucha atenta y emocionada, me dice de su preocupación por la llegada de la primera menstruación. La madre le ha explicado de qué se tratará, pero Elena no ha logrado decirle de su temor a que el ciclo pueda aparecer en la escuela, mientras lleva puesto los pantalones blancos... y ¡entonces todos la verían!

Después se detiene sobre el tema de su temor al diablo: confirma que es un temor verdadero, no como lo pueden pensar los grandes, que piensan que se trata de una tontería porque para ellos el diablo no existe. Afirma que ella está convencida de que el diablo está, y me confía que busca controlarlo recitando rezos, antes de dormirse, poniendo después el libro de oraciones debajo de la almohada.

CHIOZZA: –Sobre el hecho de que el diablo existe, no hay duda: ¡existe! Elena lo afirma de un modo conmovedor cuando subraya que está hablando no de algo fantástico, sino de una real dificultad que tiende a representarse con el diablo. “Cierto –parece decirnos–, se lo puede llamar diablo o de otro modo, pero yo quiero hablar de algo que existe.”

Pero ¿qué es este diablo que genera un temor verdadero? Yo creo que es la tentación (no nos olvidemos de que el mito del diablo es el mito de la tentación). Entonces, debemos aprender de esta clarísima lección: el mito del diablo indica algo que existe; ha sido creado para representar la tentación y, aunque no es necesariamente representable así como se lo ve en las ilustraciones o en los filmes, existe como tentación.

Creo que si Elena ha podido decir todo esto en el momento de la resignificación, es porque antes ha podido hablar de las menstruaciones y ha sentido que la psicoterapeuta era capaz de comprender sus miedos más angustiantes: entonces, ha podido hablar de los pantalones blancos que se podrían manchar, de su vergüenza, de su angustia.

Volvamos sobre los ítems de la resignificación: la terapeuta le habla de la sexualidad. Es una apertura. Elena puede ahora decirle de su pubertad y del florecer de las intensas fantasías sexuales en relación con el desarrollo puberal. La psicoterapeuta escucha, Elena siente que puede contener sus angustias y eso le permite confiarle a ella sus miedos al diablo. Creo que en este punto estamos ya sobre el buen camino hacia la aparición de la corea, que era el

modo para descargar todo aquel material que no había podido descargarse a través de las representaciones que acabamos de decir, expresándolo a través del síntoma corpóreo, con un lenguaje misterioso y arcano.

Los autores, en la primera parte de nuestro seminario, nos han mostrado cómo antiguamente la corea era interpretada como consecuencia de una posesión diabólica. También Elena, a través del único camino interno recorrido durante el estudio patobiográfico, parece partir de una misma interpretación para llegar al siguiente desarrollo. Es como si afirmase: “A través de esta danza diabólica y sexual expresaba, y al mismo tiempo simbolizaba, la especificidad de mi conflicto con la sexualidad, frente a un padre demasiado ‘animal’ y una madre demasiado insatisfecha y mi permanecer involucrada en una sexualidad tan fallida. Pero ahora no tengo más la necesidad de mostrar todo esto porque lo puedo decir. Puedo hablar de mi miedo al diablo y reconocer que es verdadero”.

Es interesante recordar, a tal propósito, que Bateson, en uno de sus “Metálogos”, decía que a la pregunta: “¿Qué quieres decir con tu baile?”, continúa la respuesta: “Si pudiese decirlo, no tendría necesidad de bailar”. Estamos en la misma situación: la necesidad de bailar es la imposibilidad de decir, porque se “dice” a través del síntoma (que simboliza). Pero a medida que esto se transforma en la posibilidad de decir a través de la palabra, teóricamente el síntoma debe desaparecer.

PARLANI: –Después de diez días de la primera resignificación, en ocasión de la segunda resignificación, Elena entra en la habitación de la consulta y, como si nos hubiésemos dejado sólo unos pocos minutos atrás, dice: “En Lucca existe esa habitación y también la pipa”.

CHIOZZA: –Esa frase es muy importante porque significa que el sueño de Elena ha sido utilizado por la terapeuta como una llave para hacer comunicable lo que hemos discutido a una niña de 12 años. A partir de esto, Elena tiene la posibilidad de decir que todo aquello de lo que hemos hablado existe.

PARLANI: –Después, Elena se sienta y me dice que le han venido las menstruaciones. Me cuenta lo que ha sucedido, y noto que los movimientos coreicos han desaparecido completamente y también que el lenguaje ahora es más fluido.

Me gustaría ahora intentar ligar el material clínico con la investigación que hemos hecho sobre la historia del síndrome y que, como ya lo he aceptado, ha sido excesiva para el estudio patobiográfico. Nos ha conmovido mucho notar que del ochocientos en adelante ha habido un



verdadero encarnizamiento de parte del mundo científico contra el nombre “baile de San Vito” y contra cualquier otro elemento que pudiese denunciar relaciones del síndrome con la sexualidad...

CHIOZZA: –¡Un momento! Es significativo todo esto porque si dijimos que la corea de Sydenham es un producto de la represión, el hecho de que tal represión se haya buscado perfeccionarla, cancelando también el nombre que podría ponerla en crisis, demuestra, a mi modo de ver, que la enfermedad somática no es el producto de una represión lograda, porque también en el nombre se denuncia su significado. Si se busca entonces perfeccionar la represión cancelando el nombre del síndrome, la represión, entonces, se hace más intensa cuando se desestabiliza la relación entre lo reprimido y las defensas.

PARLANI: –A tal propósito querría agregar algunos datos importantes que se dieron en el curso histórico. Respeto del problema de la represión es necesario recordar que cuando se hablaba del “baile de San Vito” o “danza de San Guy”, para la diferenciación de la corea, se había perdido la conciencia del origen de tal nombre, porque fue sólo con Hecker, en 1800, que se han recuperado las raíces en las manifestaciones explosivas de manera muy impactante a mitad del 1300, después de una grave pestilencia. Se podría por lo tanto decir que Hecker puso en crisis la represión colectiva respecto al significado del síndrome.

Respecto de las danzas del 1300, es interesante recordar que cuando los danzadores iniciaban sus movimientos frenéticos e inarmónicos, no podían pararse más. Eran entonces conducidos a la capilla de San Guy, donde, a través de ritos de exorcismos, se lograba bloquear esta manifestación.

Algunos historiadores se han preguntado por qué tales manifestaciones se iniciaron justamente en ese período. Entre las hipótesis hechas me parece particularmente significativa la siguiente. En este período, la Iglesia había puesto fuera de la ley todas las danzas paganas que hasta el 1200 no sólo habían aceptado sino que, aun más, habían integrado en el interior de los propios ritos. El “baile de San Vito” habría entonces explotado de un modo violento, casi como un retorno de lo reprimido: la instintualidad expulsada de la conciencia volvía ya no integrada en el rito, sino como un elemento disgregante que iba contra el orden constituido.

CHIOZZA: –Puedo agregar un recuerdo personal: de pequeño me sucedía (así como puede sucederle a cualquiera de nosotros) que al hacer movimientos de descarga mientras hablaba y escuchaba, mi madre entonces exclamaba:

“¡Tenés el baile de San Vito!”. Yo recibía estas palabras con preocupación: significaban que hacía algo que no era lícito, que habría “terminado mal”. Mientras la doctora Parlani hablaba de los danzadores del 1300 que no podían parar, me han vuelto este recuerdo y mi preocupación. Pienso aquí en la fantasía universal de la corea, y que, continuando nuestra investigación, ustedes pueden llegar a descubrir el significado propio de la corea de Sydenham como una cosa que tiene una referencia con el diablo y con cuanto hasta ahora se ha dicho. Todo esto se encontrará entonces en otras historias clínicas de corea de Sydenham, que, aun siendo distintas (porque no hay dos o tres iguales), tendrán un elemento en común, lo que consideramos lo “específico”.

PARLANI: –La expresión “baile de San Vito”, subrayado en nuestro relato, fue usada por primera vez no por Sydenham, que la utilizó como un síndrome de la infancia, sino por Paracelso, en el 1500, para describir las manifestaciones de una mujer de nombre Trofæa. No se sabe bien de qué sufría ella, pero Paracelso nota que a un requerimiento del marido (deja entender que se trataba de un requerimiento sexual) ella, en lugar de responder de modo negativo, comenzó a bailar y no pudo parar más. Paracelso comenta que nada irrita más al hombre que una mujer que danza de ese modo. Y él nominó “corea lasciva” al síndrome de Trofæa.

El origen griego de “corea”, que tiene estrecha relación con el mundo pagano del “baile de San Vito” (parece que San Vito fuera el nombre impensado de una divinidad pagana), nos ha estimulado a hacer una investigación también sobre el fenómeno de las Bacantes, que aparece como análogo a la “danzamanía” del 1300. En particular nos ha interesado el mito del monte Citerón donde Penteo, que había prohibido los ritos de las Bacantes, fue trágicamente castigado por Dionisios. En la noche en la cual sobre el Citerón sucedía, en transgresión a sus órdenes, una bacanal, Penteo, transformado por el dios en jabalí, es dañado por la propia madre y por las otras Bacantes.

Una vez más, el mito parece sugerir que si el orden y el control se vuelven rígidos, al punto de prohibir las manifestaciones rituales dirigidas a integrar los aspectos más primordiales de la sexualidad, puede haber un dramático y furibundo desenlace en términos transgresivos. En el lugar del rito catártico de las Bacantes, se verificaría entonces el exceso trágico del Citerón; en el lugar de las danzas rituales admitidas por la Iglesia, la “danzamanía”.

CHIOZZA: –Este es un ejemplo de cómo un estudio patobiográfico puede estimular a una investigación sobre una enfermedad particular. Es un ejemplo clave de cómo se hace tal investigación. Por esta razón decía

que se está muy cerca del descubrimiento de las fantasías específicas de la corea de Sydenham.

Hemos visto, como primer punto, la relación del síndrome con lo “diabólico”. En segundo lugar, han emergido contenidos relativos al baile. Esto es verdaderamente interesante, porque el baile es una relación sexual enmascarada admitida socialmente. Es por esto que no se puede bailar siempre, en cualquier circunstancia. Y es por esto que ciertas personas no pueden bailar con otras: en el día del matrimonio era usanza que la esposa bailara primero con el padre, después con el tío, en fin, con el hermano, como una dramatización admitida de una fantasía incestuosa; los ejemplos podrían continuar...

En los mitos recordados por la doctora Parlani, el baile ha perdido el carácter de cobertura y representa un retorno de lo reprimido: deviene un baile diabólico donde la tentación está clara así como la culpa (porque no se huye al sentido de culpa).



---

**PRÓLOGO DE *LOS AFECTOS  
OCULTOS EN... PSORIASIS, ASMA,  
TRASTORNOS RESPIRATORIOS, VÁRICES,  
DIABETES, TRASTORNOS ÓSEOS,  
CEFALEAS Y ACCIDENTES  
CEREBROVASCULARES***

---

(1991)

## Referencia bibliográfica

**CHIOZZA, Luis (1991j)** “Prólogo de *Los afectos ocultos en... psoriasis, asma, trastornos respiratorios, várices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas y accidentes cerebrovasculares*”.

## Ediciones en castellano

Con el título “Introducción” en:

L. Chiozza y colab., *Los afectos ocultos en... psoriasis, asma, trastornos respiratorios, várices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas y accidentes cerebrovasculares*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1991/1992/1993, págs. 9-13.

Con el título “Prólogo” en:

L. Chiozza, *Los afectos ocultos en... psoriasis, asma, trastornos respiratorios, várices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas y accidentes cerebrovasculares*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1997, págs. 9-12.

## Traducción al portugués

“Introdução”, en L. Chiozza (org.), *Os afetos ocultos em... psoríase, asma, transtornos respiratórios, varizes, diabete, transtornos ósseos, cefaléias e acidentes cerebrovasculares*, Casa do Psicólogo Livraria e Editora, San Pablo, 1997, págs. 7-11.

## Traducción al inglés

“Introduction”, en L. Chiozza, *Hidden affects in somatic disorders: psychoanalytic perspectives on asthma, psoriasis, diabetes, cerebrovascular disease, and other disorders*, Psychosocial Press, Madison (Connecticut), 1998, págs. vii-ix.

Parte del texto de este prólogo se incluyó en el “Prólogo de *Los sentimientos ocultos en... hipertensión esencial, trastornos renales, litiasis urinaria, hipertrofia de próstata, várices hemorroidales, esclerosis, enfermedades por autoinmunidad*” (Chiozza, 1993m [1991-1993]), OC, t. XI.

El núcleo central de este libro está constituido por seis trabajos realizados en el Departamento de Investigación del Centro Weizsaecker de Consulta Médica<sup>44</sup>.

En 1972, fundamos el Centro Weizsaecker un grupo de psicoanalistas que deseábamos crear un ámbito, para la consulta médica, en el cual la orientación diagnóstica y terapéutica del paciente emanara de un juicio clínico que incluyera los puntos de vista que puede aportar el psicoanálisis.

En aquel entonces el grueso de nuestra actividad de investigación, docencia e intercambio científico, se realizaba en el Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicosomática (CIMP), fundado en 1967<sup>45</sup>. Por él pasaron varias generaciones de psicoterapeutas que compartieron, a veces sólo transitoriamente, el esquema teórico que constituye nuestra manera de concebir al psicoanálisis y a la medicina.

En 1984 iniciamos la Fundación para el Estudio Psicosomático del Paciente Orgánico (FEPSEO), que lleva hoy el nombre de Fundación Luis Chiozza, y en 1987 decidimos que toda nuestra actividad institucional se realizara en el Centro Weizsaecker. Así nacieron el Departamento de Investigación, que dio origen a los trabajos que forman parte de este libro, y el Instituto de Psicoanálisis Metahistórico “Sigmund Freud”, dedicado a la enseñanza del psicoanálisis, que integran hoy el Instituto de Docencia e Investigación de la Fundación Luis Chiozza.

---

<sup>44</sup> {El nombre original del Centro era Centro de Consulta Médica Weizsaecker, y cambió por el de Centro Weizsaecker de Consulta Médica en 1997.}

<sup>45</sup> {El nombre original del CIMP era Centro de Investigación en Medicina Psicosomática y en 1976, conservando la sigla, cambió por el de Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicosomática.}

La palabra “metahistórico” apuntaba a señalar que nuestra orientación, dentro del psicoanálisis, se apoya en una concepción de la historia que impregna, de manera implícita, el pensamiento de Freud.

En el primer capítulo, “La construcción de una historia psicoanalítica” (Chiozza, 1991b [1987]), ejercemos, de lleno, una teorización metahistórica, ya que sus enunciados no toman por objeto a los acontecimientos que la historia estudia o relata, sino que se refieren, en cambio, a las distintas maneras en que podemos realizar una historia y, también, a los modos de pensar implícitos en esas maneras.

El Departamento de Investigación se inició con la constitución de ocho grupos dedicados a descubrir diferentes fantasías específicas, a los cuales se agregaron, luego, nuevos grupos y temas. En los capítulos centrales de este libro exponemos los primeros trabajos, surgidos de esa tarea, que alcanzaron un grado de elaboración suficiente para su publicación. Fueron discutidos previamente en un ciclo que organizamos en 1990 para ese propósito.

La idea de que existen fantasías específicas, fantasías inconcientes que son específicas de las distintas funciones o trastornos orgánicos, recorre toda nuestra labor desde sus comienzos, en el año 1963, cuando publicamos *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos. Comunicación preliminar* (Chiozza, 1963a).

En el último capítulo de este libro<sup>46</sup> exponemos los fundamentos de esas ideas a partir de un estudio detallado y minucioso de la obra de Freud, pero conviene que adelantemos un punto esencial.

En la obra de Freud encontramos dos epistemologías diferentes: una de ellas, correspondiente a la ciencia de su época, es explícita; la otra, implícita, no sólo constituye la manera de pensar que condujo al psicoanálisis, sino que también es un producto que se ha consolidado, en los últimos cincuenta años, a partir de pensamientos que son “nuevos” en disciplinas tradicionales (la física o la lingüística, por ejemplo) o que pertenecen a nuevas disciplinas, tales como la ingeniería genética, la cibernética o el mismo psicoanálisis.

En la primera epistemología, el cuerpo y el alma, como también el espacio y el tiempo, son realidades ontológicas distintas que existen más allá de la conciencia. La naturaleza se diferencia, en forma tajante, de la cultura, y el mundo psíquico aparece, *a partir de* la materia y *en* la materia viva, cuando esa materia alcanza un grado de organización suficiente como para que aparezca un sistema nervioso o, más aún, algún tipo de “cerebro”.

---

<sup>46</sup> {Se trata de “*Organsprache*. Una reconsideración actual del concepto freudiano” (Chiozza, 1991c [1989]), que incluimos en el tomo V de esta OC.}



En esa primera epistemología, el universo posee la estructura “geométrica” de la lógica y la razón, que se estructura como proceso secundario en nuestro preconciente y constituye la cumbre de la inteligencia. Conocer, en ese esquema teórico, es casi idéntico a conocer la causa y poder explicar el mecanismo por el cual se produce el efecto.

La otra epistemología, en cambio, considera que el cuerpo y el alma, tanto como el espacio y el tiempo, son nociones o categorías que establece la conciencia a partir de una realidad que, en sí misma, es incognoscible.

En esta epistemología, para la cual *cuerpo* es lo que se percibe a través de los sentidos, y *psiquis* aquello que posee un significado, el mito adquiere una proximidad con el objeto del conocimiento, que no es menor a la que pretende la ciencia.

La cuestión esencial no consiste en sostener que la caída de un rayo es “en verdad” un castigo. El cambio epistemológico reside en que ya no pensamos tampoco en que el rayo es “en verdad” una fuerza electromagnética. El mito y la ciencia son, ambos, diferentes mapas de un territorio inaccesible.

La lógica ya no es una cualidad del universo, sino un estadio provisorio en la evolución progresiva del intelecto humano, y, entre los instrumentos con los cuales aprehendemos la realidad, la poesía y la matemática poseen un valor epistemológico similar. La relación entre un símbolo y su referente adquiere una dignidad pareja con la de la relación causa-efecto.

El propósito de nuestra investigación nos conduce, pues, a estudiar, junto a la alteración física del cuerpo, las vicisitudes históricas de la vida anímica.

Las observaciones que realizamos durante los años de trabajo en el Centro Weizsaecker, confirman, a nuestro entender, lo que ya, por razones teóricas, anticipábamos en 1963: cada particular y diferente alteración del cuerpo que podamos identificar como típica y universal, sea fisiológica o patológica, configura un significado inconciente, tan típico y universal como la alteración misma, que es *su* propio y particular significado específico.

Freud (1926d[1925]\*) sostenía que los afectos equivalen a ataques histéricos que son típicos, universales y congénitos. En 1976, cuando escribimos *Cuerpo, afecto y lenguaje* (Chiozza, 1976a), partimos desde allí para agregar un nuevo concepto a la idea de una fantasía inconciente específica inherente a cada una de las distintas formas, funciones o trastornos corporales.

Pensamos entonces que el desplazamiento dentro de la clave de inervación de un afecto conduce a que el proceso de descarga deforme la configuración de ese afecto, de manera que, al ingresar en la conciencia privado de su significado emotivo, adquiere allí la categoría de un proceso somático.

Podemos decir, por lo tanto, que los trastornos corporales ocultan afectos, en el sentido de que un determinado trastorno aparece como un proceso de descarga que evita un particular desarrollo afectivo y lo sustituye.

Cuando nos proponemos descubrir las fantasías inconcientes específicas de una determinada función o trastorno corporal, no utilizamos solamente el material clínico que podemos extraer de la sesión psicoanalítica o del estudio de una patobiografía, sino también las expresiones del lenguaje habitual, los orígenes etimológicos de las palabras, los mitos, la literatura y, en general, todas las formas de realización simbólica a las cuales podamos acceder.

Buscamos la coincidencia de un significado que, de este modo, a través de ese múltiple anclaje en más de una fuente, queda identificado como la fantasía propia de una función determinada, o como el guión específico de una precisa alteración del cuerpo.

Sólo nos resta decir que hemos contraído una deuda de gratitud con todos aquellos colegas de nuestro Centro que, aun sin integrar la lista de autores de este libro, lo hicieron posible mediante su colaboración, su compañía y su estímulo constante.

El camino que estamos recorriendo juntos, compartiendo momentos de entusiasmo y de desesperanza, en la medida en que transita un territorio que conmueve las “creencias” epistemológicas que asumimos de manera inconciente, transcurre entre la curiosidad y el malentendido de quienes se aproximan a nuestro trabajo sin profundizar en él.

La prudencia aconseja resignarse a que, en un mundo que se caracteriza por su aceleración constante, y por un prejuicio dañino en favor de la lectura fácil, no todo lector decida dedicar su tiempo a estudiar y reflexionar, repetidamente, lo que lee.

En virtud de esa prudencia no hemos escatimado esfuerzos en el intento de escribir con claridad, pero tampoco hemos querido olvidar que, como señala Weizsaecker (1946-1947): “...cuando se ofrece en forma fácil lo que por su naturaleza es difícil... se incurre en una falsificación. Las cosas más importantes son ciertamente sencillas, pero difíciles”.

*Enero de 1991.*

---

**UNA APROXIMACIÓN  
A LAS FANTASÍAS INCONCIENTES  
ESPECÍFICAS DE LA  
PSORIASIS VULGAR**

---

(1991 [1990])

Luis Chiozza, Susana Grinspon y Elsa Lanfri

## Referencia bibliográfica

**CHIOZZA, Luis y colab. (1991i [1990]) “Una aproximación a las fantasías inconcientes específicas de la psoriasis vulgar”.**

## Ediciones en castellano

L. Chiozza y colab., *Los afectos ocultos en... psoriasis, asma, trastornos respiratorios, várices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas y accidentes cerebrovasculares*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1991/1992/1993, págs. 20-41.

*Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995.

*Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996.

L. Chiozza, *Los afectos ocultos en... psoriasis, asma, trastornos respiratorios, várices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas y accidentes cerebrovasculares*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1997, págs. 19-39.

## Traducción al portugués

“Uma aproximação das fantasias inconscientes específicas da psoríase vulgar”, en L. Chiozza (org.), *Os afetos ocultos em... psoríase, asma, transtornos respiratórios, varizes, diabete, transtornos ósseos, cefaléias e acidentes cerebrovasculares*, Casa do Psicólogo Livraria e Editora, San Pablo, 1997, págs. 19-42.

## Traducción al inglés

“An approach to the specific unconscious fantasies in common psoriasis”, en L. Chiozza, *Hidden affects in somatic disorders: psychoanalytic perspectives on asthma, psoriasis, diabetes, cerebrovascular disease, and other disorders*, Psychosocial Press, Madison (Connecticut), 1998, págs. 7-23.

Este trabajo fue realizado en el Departamento de Investigación del Centro Weizsaecker de Consulta Médica y presentado para su discusión en la sede del Centro el día 12 de octubre de 1990.

## **I. Algunos conceptos básicos acerca de la psoriasis**

### **1. La piel normal**

La fisiología considera que la piel es un “órgano frontera” que cumple funciones de delimitación e intercambio entre el medio interno y el ambiente. Además de constituir una verdadera coraza protectora, sin la cual la vida se torna imposible, tiene características de órgano sensorial, ya que sus terminaciones nerviosas son mediadoras para cuatro modalidades de sensaciones: tacto, dolor, frío y calor.

Su origen embrionario es mixto (ecto y mesodérmico) y está constituida por tres capas histológicas: epidermis, dermis e hipodermis.

La epidermis es un epitelio multiestratificado compuesto fundamentalmente por dos capas: la capa de Malpighi, germinativa, y la capa córnea, producto final del proceso de queratinización. La capa córnea está formada por elementos amorfos en continua descamación. Sus hileras más profundas constituyen la “zona barrera”, que regula la transferencia de sustancias químicas y agentes infecciosos hacia la dermis y previene la rápida pérdida de agua de la epidermis hacia el medio ambiente. En las mucosas y semi-mucosas no hay capa córnea.

Una de las funciones más importantes de la epidermis es producir queratina, proteína que se encuentra en las células muertas de la capa córnea. La epidermis representa un verdadero sistema cinético, en el cual la célula se divide, emigra, se diferencia y muere. Se ha estimado que el tiempo de recambio epidérmico en el ser humano es de aproximadamente 30 días. El proceso de descamación y renovación es imperceptible y continuo.

La dermis es un tejido eminentemente fibroso, mucho más grueso que la epidermis; contiene los anexos cutáneos, que son de dos tipos: córneos (pelos y uñas) y glandulares (glándulas sebáceas y sudoríparas). También desempeña una función protectora y provee las vías y el sostén necesario para el sistema vascular cutáneo.

La hipodermis, o grasa subcutánea, desempeña varias funciones: aislante del calor, amortiguador de traumas y depósito de calorías.

## **2. Características generales de la psoriasis**

Robert Williams, un médico inglés, hizo la primera descripción clínica de la enfermedad en 1808. La dermatología (Magnin, 1977) describe diferentes variedades de psoriasis: vulgar, invertida, pustulosa, artropática y eritrodérmica. Nos ocuparemos en este trabajo de la forma vulgar, la cual, por ser la más común, es la forma típica.

La psoriasis vulgar es una enfermedad crónica de la piel que evoluciona por brotes separados, con períodos de latencia inconstantes, en forma caprichosa e impredecible y con momentos de remisión total.

Puede aparecer a cualquier edad, afectando a hombres y mujeres en la misma proporción. La edad promedio de aparición es de 27 años. Se creía rara en el recién nacido o durante la primera infancia, pero investigaciones recientes indican que el 2% de los pacientes tuvo psoriasis durante los dos primeros años de vida. Se considera que afecta en mayor proporción a la raza blanca.

## **3. Etiología**

Investigaciones actualmente en curso ponen de relieve que la piel humana parece ser un órgano mucho más complejo que lo que hasta ahora se consideraba. Según estas investigaciones, algunas funciones metabólicas de las células de la epidermis se vinculan estrechamente con las defensas del sistema inmunológico. Desde este punto de vista, actualmente, se considera que la psoriasis es una enfermedad inmunoalérgica.

La etiología de la psoriasis es desconocida. Algunos estudios (Fitzpatrick y otros, 1979; Panconesi y otros, 1984) respaldan la hipótesis de una herencia multifactorial, que requiere la participación de factores poligénicos y ambientales. Resaltan la importancia de los principales antígenos humanos de histocompatibilidad leucocitaria (HLA), localizados en el cromosoma 6.

Panconesi y otros autores (1984) señalan que en la psoriasis se observan defectos funcionales y disminución en el número de los linfocitos T, aumento de IgA e IgE circulante y aumento en la circulación de complejos inmunes HLA dependientes.

La primera aparición de la enfermedad se asocia a un trauma cutáneo superficial. El brote inicial se produce en el lugar de una lesión: quemadura, corte, rasguño, dermatitis alérgica por contacto, exantema alérgico por drogas, varicela, sarampión, etcétera.

#### **4. Descripción clínica y localización**

Es una enfermedad eritematoescamosa que se caracteriza por hiperplasia epidérmica y gran aceleración del índice de recambio de la epidermis. Se presenta en forma de placas de límites bien netos, a veces ligeramente elevadas, de color rosado o rojo, cubiertas de escamas en grado variable.

Generalmente no existe prurito. Su localización, casi siempre simétrica, tiene predilección por el cuero cabelludo (zonas parieto-mastoidea y occipital) –y no produce alopecias–, codos, rodillas, región sacro-coxígea, palmas y plantas, uñas de manos y pies. Las lesiones bucales son raras. Afecta al tronco, a las piernas o a cualquier otra parte de la superficie cutánea, pero respeta la cara y las zonas seboreicas. En las articulaciones, afecta predominantemente los lugares de extensión (Magnin, 1977).

#### **5. Diagnóstico diferencial**

El raspado con cureta permite obtener un dato de apreciable valor diagnóstico en las afecciones eritematoescamosas, ya que las escamas y las demás capas se desprenden de distinta manera en cada una de ellas. En la psoriasis aparecen los siguientes períodos (Gatti y Cardama, 1963):

- 1) Se desprenden escamas secas y pulverulentas (signo de la vela de estearina).
- 2) A continuación se levanta íntegramente una película formada por la condensación de las últimas capas córneas.
- 3) Por debajo de éstas se aprecia una superficie roja y brillante sembrada de finos puntos congestivos (rocío sangriento).
- 4) Si se prosigue el raspado, aparecen exoserosis y púrpura.

## 6. Patogenia

La secuencia que se observa es la siguiente:

- 1) Engrosamiento epidérmico (acantosis).
- 2) Elongación de las papilas dérmicas.
- 3) Aumento de la actividad mitótica (más discernible en la epidermis): la célula psoriásica germinativa media se reproduce cada 37,5 horas, en lugar de hacerlo cada 152 horas, como sucede en la epidermis normal. Además, la mitosis celular epidérmica normal se limita a la única capa de células basales, mientras que en la psoriasis comprende, en la zona basal, tres capas de células.
- 4) Hiperqueratosis paraqueratósica: el engrosamiento del estrato córneo se explica por el mayor número de células germinativas proliferativas. Se comprueba que las células del estrato córneo han retenido sus núcleos (paraqueratosis) debido a que la rápida aceleración del tránsito de las células desde la zona germinativa ha impedido que la queratinización pueda completarse.
- 5) Ausencia o disminución del estrato granuloso: el espesor de la capa granulosa es con frecuencia inversamente proporcional al índice de proliferación epidérmica.
- 6) El infiltrado inflamatorio de la dermis subcapilar es un rasgo constante.
- 7) Hay proliferación de vasos sanguíneos subepidérmicos y mayor circulación sanguínea (Magnin, 1977; Fitzpatrick y otros, 1979).

A partir del hecho de que la psoriasis es una patología de expresión dermoepidérmica, se desarrolló una polémica entre distintos autores. Para algunos el inicio de la enfermedad ocurre en la dermis y para otros en la epidermis. Para Braun-Falco (citado por Farber y Van Scott, 1980), la dermis y la epidermis parecen reaccionar juntas, como un sistema integrado, no sólo en el proceso de precipitarse la psoriasis, sino también en la evolución de la lesión morfológica típica de esta enfermedad.

## 7. Tratamiento

No existe todavía ninguna terapéutica que conduzca a la curación definitiva del proceso. Es común que la psoriasis responda a distintas terapéuticas cuando éstas se realizan por primera vez, y que posteriormente se haga resistente



a las mismas. A veces hay mejorías por causas difíciles de determinar. Las terapéuticas que se usan en el tratamiento de esta enfermedad desde hace mucho tiempo son: a) luz ultravioleta: es benéfica en dosis adecuadas, pero la sobreexposición provoca su exacerbación; b) alquitranes; c) antralina.

Hay terapéuticas de uso más reciente, que requieren ser administradas con mucho cuidado por los efectos secundarios a que pueden dar lugar; éstas incluyen el uso de glucocorticoides y citostáticos (especialmente metotrexato). Para algunas formas clínicas severas se ha indicado el uso de etretinato, con resultado aceptable.

Lo que se logra en todos los casos son remisiones de distinta duración, pero no la curación de la psoriasis.

## II. Introducción a los significados de la piel

Existen trabajos acerca de las enfermedades de la piel que llevan implícita una concepción psicogenética, por ejemplo los de Strandberg (1932), Obermayer (1955) y Weiss y English (1949).

Si bien Rof Carballo (1949) adhiere a la misma concepción, avanza un paso más al afirmar que se puede pensar en un simbolismo expresivo de la enfermedad de la piel. Recomienda, sin embargo, acudir a la interpretación en términos de equivalencia simbólica cuando ya se ha descartado una etiología somática.

Panconesi y otros autores (1984) abordaron recientemente distintos problemas “psicosomáticos” de la dermatología. Sostienen que en la historia de la investigación psicosomática prevalece una tendencia a resolver el problema del origen de la enfermedad con una perspectiva unilateral, o bien psicogenética, o bien somatogenética. Tratan de superar estas dos posturas proponiendo buscar en cada caso, al mismo tiempo, el factor somático y el factor psíquico, para determinar la causa de la enfermedad. De este modo, sin embargo, su comprensión de los trastornos cutáneos no trasciende el concepto de psicogénesis (Shanon, en Panconesi y otros, 1984).

Pensamos, en cambio, que tanto el órgano corporal como su función y sus trastornos poseen un significado o sentido psicológico propio y específico, que puede ser comprendido como lenguaje (Chiozza, 1963a).

Encontramos en Freud dos grupos de ideas en relación con la piel. Uno se refiere a la piel como superficie de contacto (Freud, 1905d\*), el otro a la piel como barrera limitante (Freud, 1920g\*).

A pesar de que distintas partes de la piel y de las mucosas son zonas erógenas privilegiadas, cualquier sector de piel puede actuar como *zona*

*erógena*, ya que todos y cada uno de los órganos pueden funcionar como fuente de un impulso cualitativamente diferenciado. Freud (1905d\*) sostiene la existencia de un impulso a entrar en contacto con la piel (contacto piel a piel con otra persona) y considera a este impulso como un componente importante de la pulsión sexual.

El segundo grupo de ideas se relaciona con lo que Freud denominó la “barrera antiestímulo” en *Más allá del principio de placer* (1920g\*, pág. 26). Cuando se refiere a la vesícula indiferenciada como modelo de la vida primitiva, dice que ésta crea para su propia protección una barrera cuya superficie externa deja de tener la estructura propia de la materia viva, se vuelve inorgánica y opera como un envoltorio especial, o membrana, apartando los estímulos.

Freud (1923b\*) también dice que el yo es ante todo corporal y deriva principalmente de las sensaciones que se originan en la superficie del cuerpo. Añade que el yo, además de representar la superficie del aparato psíquico, es “él mismo, la proyección de una superficie” (Freud, 1923b\*, pág. 27).

Como superficie de contacto, la piel es siempre fuente a la vez de sensación y percepción. Cuando el bebé mama del pecho de la madre (en el estadio del yo de placer puro), tiende a considerar que ese pecho le pertenece, como le pertenece su propio dedo pulgar, que succiona. El *yo de placer puro* va cediendo lentamente su lugar al *yo realidad*, cuando el niño descubre que el acto de mamar no se acompaña de la misma sensación somática que experimenta cuando succiona su propio dedo, ya que en este último caso experimenta simultáneamente el *chupar* y el *ser chupado*. Conviene tener presente la diferencia entre *tocar* y *tocarse*, y la relación que cada uno de estos actos guarda con la percepción y la sensación cutáneas.

Paul Schilder (1935) sostiene que la piel cumple un importante papel en la conformación del esquema corporal, íntimamente unido a la constitución del sentimiento de identidad. El niño experimenta constantes sensaciones que lo impulsan a tocarse y a procurar que lo toquen. Estos contactos suministran variadas experiencias con el mundo y enriquecen la imagen del propio cuerpo. La construcción de la imagen corporal se basa, de este modo, en las relaciones de un sujeto con los otros.

Portmann (1961) postula que las variaciones del aspecto exterior de aquellos organismos que durante su evolución filogenética han perdido la transparencia dan testimonio de variaciones en su interioridad, y constituyen la manera propia de presentación de cada forma viviente. Considera que esa forma de “autopresentación” encierra siempre un significado. En este sentido, la piel cumpliría una función simbólica de autorrepresentación del sujeto.

Debemos considerar entonces, a los fines de nuestro trabajo, las funciones de la piel como superficie de contacto, como barrera limitante, como aporte constitutivo del sentimiento de identidad en el esquema corporal y como órgano capacitado para la función simbólica de autorrepresentar al sujeto. Pensamos que estas funciones guardan relación con las fantasías inconcientes específicas del órgano piel.

## 1. La piel como superficie de contacto. Zona erógena

Freud (1905d\*) define a las *zonas erógenas* como aquellas partes de la epidermis o de las mucosas en las cuales ciertos estímulos hacen surgir sensaciones placenteras.

Tanto la fuente interna como el estímulo externo son importantes para la sensación de placer. Respecto de la primera, Freud (1905d\*) dice que el estado de necesidad se expresa en dos formas distintas: una sensación de tensión displaciente y un estímulo o prurito centralmente condicionado, que se proyecta en la zona erógena piel. Respecto de la fuente externa, considera que la cualidad del estímulo externo constituye una influencia preponderante. No podemos dejar de advertir, en ese sentido, la importancia que posee el contacto íntimo, piel a piel, manifestado en el acto de acariciar<sup>47</sup>.

Las primeras experiencias en el contacto de piel suceden durante la vida fetal y continúan durante el trabajo de parto, cuando el útero aprieta y estimula la piel del feto y las paredes del canal de parto presionan su cuerpo.

Es ampliamente conocido que el despertar y la evolución sensorial del niño dependen, en parte, de la cantidad y cualidad del contacto de piel que desde el comienzo tiene con su madre. Este contacto le proporciona variadas experiencias de placer, asociadas a las sensaciones de suavidad y calor.

Puesto que la piel es un sistema de comunicación tan importante en el niño, es necesario que los mensajes que reciba en ese nivel sean lo suficientemente satisfactorios para permitirle el crecimiento y el desarrollo como ser humano.

<sup>47</sup> Etimológicamente, la palabra “caricia” significa “demostración cariñosa”. Se origina en “cariño”, que expresa una “inclinación amorosa hacia alguien”, y deriva del latín *caro* (querido, costoso). *Caro*, a su vez, proviene de *carere* (carecer). Los sentimientos de nostalgia y añoranza están en lo que fue la idea original de “cariño”, y se piensa que esta palabra nació como una formulación de “cariñar”, que significa sentir nostalgia. Sabemos, además, que “nostalgia” es definida como “deseo doloroso de regresar”, o bien “pena de ausencia”, y deriva del griego *nóstos* (regreso) y *álgos* (dolor).

Para A. Montagu (en Panconesi y otros, 1984), la piel es el sistema de comunicación básico que permite al bebé “mantenerse en contacto”. El calor del cuerpo de la madre instaura la experiencia sobre la cual se moldea el sentimiento de calidez. También señala que en inglés muchas palabras y expresiones que se refieren a sentimientos profundos, tienen su origen en experiencias táctiles; un ejemplo es *touching*, palabra que se refiere, por un lado, como verbo, al acto de estimular la piel (tocar) y, por otro, como adjetivo (conmover), expresa el compromiso emocional, el interés, el cuidado tierno y la empatía que una madre amante tiene hacia su hijo.

Podemos agregar que el término *touching* expresa la doble cualidad de la piel, como órgano que toca y siente.

## 2. La piel continente

Suele señalarse que el órgano piel obra como un límite dentro-fuera y como límite cuerpo-mundo. Dado que recubre toda la superficie del cuerpo y cumple la función fisiológica de envoltorio, de allí se deduce que esta función adquiere en el psiquismo la representación de continente.

A partir de las ideas de Freud que ya mencionamos, Foks y colaboradores (1969) al referirse a la capa córnea afirman que ésta puede entenderse como un equivalente corporal del yo coherente, tanto por su función mediadora entre lo externo y lo interno de las personas, como por su carácter protector contra las excitaciones.

Didier Anzieu (1985) parte del presupuesto teórico de que toda función psíquica se desarrolla apoyándose en una función corporal. La piel tiene, a su juicio, una importancia fundamental, ya que, de acuerdo con Freud, proporciona al aparato psíquico las representaciones constitutivas del yo y de sus principales funciones. Utiliza el término “yo-piel” para designar una configuración, de orden psíquico, que se forma a partir de la experiencia de la superficie del propio cuerpo. El niño se sirve de esa configuración en las etapas tempranas de su desarrollo para representarse a sí mismo como un yo. Al describir las funciones del yo-piel, intenta precisar, en cada una, el modo de correspondencia entre lo orgánico y lo psíquico.

Anzieu postula que el yo-piel es una estructura, cuyo carácter universal permite pensar que está inscripta, “preprogramada”, en el psiquismo naciente, y considera a la piel como un “dato” que, en su origen, pertenece, a la vez, a los órdenes orgánico e imaginario. En estas dos últimas afirmaciones se desliza, de manera implícita, la idea de un cuerpo primitivamente simbólico; sin embargo, Anzieu deriva sus

conclusiones de concebir al “cuerpo como aquello en lo que las funciones psíquicas encuentran su soporte” (Anzieu, 1985).

Nosotros, en cambio, partimos de la creencia de que la *realidad* no es en sí misma ni física ni psíquica, sino que “físico” y “psíquico” son los atributos con los que un único existente inconciente, incognoscible en sí mismo (en un sentido análogo al *Ding an sich* en términos kantianos), es percibido por nuestra conciencia. Desde este punto de vista, diríamos que la piel existe como órgano al mismo tiempo que existe la fantasía del yo-piel y no que esta última fantasía deriva de la existencia previa del órgano.

Bick (1968) sostiene que la representación de la piel como continente contribuye a la integración del esquema corporal, ya que, en el bebé, dicha representación asegura la cohesión de las partes de la personalidad que se vivencian primitivamente como desunidas. Esta función depende de la introyección de un objeto vivenciado como capaz de cumplirla. En estas condiciones, la acción adecuada del objeto continente adquiere la representación psíquica de una “primera piel”<sup>48</sup>.

Bick dice también que los trastornos de esta función pueden traer como consecuencia la formación de un pseudo-*self* y adquirir, en la fantasía inconciente, la representación de una “segunda piel”, que se manifiesta a través de conductas que pueden ser interpretadas, por ejemplo, y desde este punto de vista, como un “caparazón muscular”. Esta expresión alude a una hiperactividad motora que funciona como defensa frente a la vivencia de falta de integración del *self*.

Aunque Bick no estudia pacientes con síntomas cutáneos, sus ideas se refieren a los significados de la piel en sus funciones y patologías.

Rosenfeld (1975) retoma los conceptos de Bick respecto de la función continente que adquiere la piel en la fantasía inconciente y considera que los pacientes con trastornos en la piel tienen dos conflictos básicos sin resolver: uno relacionado con las experiencias de suavidad y calor y otro relacionado con las experiencias de sostén y organización de las distintas partes de su *self*. Pensamos que este segundo conflicto, sin embargo, parece quedar mejor representado en la alteración de otras estructuras orgánicas, por ejemplo, en los trastornos óseos (Chiozza y colab., 1991e [1990]).

Cuando nos inclinamos a considerar que la piel de un individuo es un “envoltorio” que lo aísla y lo diferencia de cuanto lo rodea, asumimos que la piel es un límite por obra del cual todo lo exterior es el “mundo” y

---

<sup>48</sup> Nos referimos aquí a la idea de Bick (1968) según la cual cuando se combinan la experiencia del pezón en la boca del bebé con la de la madre que sostiene al bebé, esta imagen es vivida como una piel.

todo lo que permanece dentro es el “yo”. El sentimiento de individualidad que se constituye sobre la base de esa asunción posee, sin embargo, un componente de ilusión que se torna evidente si pensamos que la identidad se establece mediante identificaciones que llevan implícita una relación entre el sujeto y su entorno, su circunstancia o su contexto, relación que trasciende el esquema del binomio continente-contenido.

El sentimiento de desprotección que acompaña a las situaciones en las cuales la continencia yoica es insuficiente da lugar a reacciones defensivas que, en el plano de la conducta o el carácter, pueden tomar la forma de dureza e inflexibilidad, y que en la piel, en virtud de la ilusión que señalamos, pueden expresarse, por ejemplo, a través de una *hiperqueratosis*. Las placas hiperqueratósicas expresarían la fantasía de actuar como el caparazón de los insectos invertebrados, los cuales, en lugar de esqueleto interno, desarrollan una estructura externa que les da tanto protección como sostén (Chiozza y colab., 1991e [1990]).

### 3. Piel e identidad

El *sentimiento de identidad* depende de la capacidad de reconocerse en la peculiaridad de la propia forma, manera y estilo, lo cual lleva implícita la capacidad de reconocer una diferencia entre lo propio, “familiar”, y lo extraño (que suele denominarse “ajeno” equivocadamente, ya que ajeno es lo no conocido) (Chiozza y colab., 1985a; Chiozza, 1986b, cap. XII; Chiozza y colab., 1993d [1992]).

El reconocimiento de lo propio proviene, además, del reconocimiento externo; éste, a su vez, está en estrecha relación con lo que mostramos de nosotros mismos a los demás. La mirada del otro confiere, por lo tanto, también una significación al *sentimiento de sí mismo*.

El esquema corporal de un individuo no depende, entonces, únicamente de los límites constituidos por la superficie cutánea, ya que el contacto significativo con las primeras personas del entorno le devuelve una imagen de sí mismo que es fundamental. El reaseguro que proviene de esos seres significativos se experimenta como reasegurador de la identidad, ya que establece *el sentido* de un sujeto, otorgándole valor a su presencia (Chiozza, 1986b; Chiozza y colab., 1993d [1992]).

Anzieu (1985) considera que una de las funciones del yo-piel es asegurar la constitución del *sí mismo*, bajo la forma del sentimiento de existir como un ser único. Establece una correlación con la función de proteger la individualidad que cumple la membrana de la célula orgánica;

ésta distingue los cuerpos extraños, a los que rechaza, de las sustancias parecidas o complementarias, a las que admite. También expresa que la piel humana presenta diferencias individuales considerables y que éstas permiten distinguir a los demás como objetos de atracción o rechazo y, al mismo tiempo, permiten afirmarse a sí mismo, como un individuo que reconoce la singularidad de su piel.

El dicho “es una cuestión de piel”, para referirse a la sensibilidad de alguien ante otras personas, expresaría, en el saber popular, esa función de aceptar lo semejante y rechazar lo extraño.

Nos parece importante señalar que la función que cumple la representación mental de la piel en el esquema corporal como aporte al sentimiento de identidad, coincide con algunos estudios en el campo de la biología. Según estas investigaciones, la piel cumpliría funciones inmunitarias (Panconesi y otros, 1984). El sistema inmunitario, que tiene la misión de vigilar la identidad del organismo, ejerce la función de reconocer lo propio (familiar) y diferenciarlo de lo extraño.

#### **4. La piel y su función simbólica de autorrepresentar al sujeto**

Portmann (1961) sostiene que lo que puede presentarse a la vista está construido de otra manera que lo que permanece oculto, excluido de esta “presentación”; la imagen debe representar algo esencial de aquello “otro”, más “completo”. Todo organismo, agrega, debe ser visto teniendo en cuenta tanto su valor funcional como su sentido estético; la *forma* de un ser vivo es un elemento portador de señales y, por lo tanto, la “presentación” de la forma viviente encierra siempre un significado.

La cobertura opaca de los animales superiores, a diferencia de la de los animales inferiores, que es transparente, se llena de dibujos y colores y de otras estructuras epidérmicas que siguen las leyes de la simetría externa. En los animales superiores hay un contraste entre lo interno y lo externo, que en los seres inferiores no existe. En los animales superiores lo que está por fuera, como la piel, parece estar para ser visto; es una de las formas de la apariencia que sirve a la autorrepresentación. Por eso, dice Portmann, “en todos los casos, las variaciones de la apariencia atestiguan variaciones de la interioridad” (Portmann, 1961). En este sentido podemos hablar de la piel como órgano de expresión.

La cualidad autorrepresentativa que se arroga la piel se traslada a las vestimentas del ser humano, tanto si éstas adquieren el valor de representar

lo que un sujeto es, como de aparentar lo que no es. Podemos encontrar un ejemplo de esta afirmación en el cuento infantil “Piel de asno” de Charles Perrault. En el mismo, los trajes que viste la princesa representan lo que ella es; al mismo tiempo, cuando viste la piel de asno, lo hace con el fin de aparentar lo que no es, una pordiosera.

Ángel Garma (1961) considera que tanto los vestidos como el tatuaje tuvieron su origen en la idea de las madres primitivas de reemplazar las membranas fetales y la vérnix caseosa respectivamente, con la finalidad de que sus hijos tuviesen un aspecto análogo al que tenían dentro de su vientre. Esta conducta primitiva estaba alimentada por una fantasía mágica de protección. Secundariamente, tanto los vestidos como el tatuaje adquirieron luego funciones de adorno.

El mimetismo es otro fenómeno interesante que guarda relación con esta función autorrepresentativa. Se trata de la propiedad que poseen algunos animales y plantas de asemejarse, principalmente en el color, a los seres u objetos inanimados de su entorno. Algunos animales suelen cambiar su fisonomía, alterando las características de su piel, con la intención de ocultarse, ya sea para evitar a los depredadores o para pasar inadvertidos cuando están dispuestos a la caza (Villée, 1957; Weisz, 1966).

El mimetismo también puede ser interpretado como un deseo de fusión con el otro, que se vehiculiza a través de la identificación proyectiva (Rosenfeld, 1975).

Esta posibilidad de cambio notable y rápido en la apariencia, se pierde en el hombre. Siguiendo a Freud (1923b\*) cuando dice que el ello contiene las innumerables existencias-yo, se podría pensar que esta capacidad quedaría en su inconciente como un modo de conducta arcaico que podría reactivarse en situaciones vitales críticas, dando lugar a algunos trastornos cutáneos.

### **III. Las fantasías inconcientes que se expresan a través de la psoriasis**

#### **1. La fantasía de “estar en carne viva”**

Podemos suponer en el enfermo psoriásico una carencia temprana de experiencias relacionadas con la piel como superficie de contacto. Esta insuficiencia del “contacto de piel” le habría dejado la huella de una frustración afectiva vivenciada como “hambre de caricias”, en virtud de la cual experimenta una necesidad imperiosa de recibir caricias en



la piel, o elogios como equivalentes de éstas, que provengan de una persona valorada.

Korovsky (1978) sostiene que los pacientes con psoriasis coinciden en referir la aparición de la enfermedad a un suceso traumático, que tendría como denominador común la pérdida real o fantaseada de un objeto idealizado. Esta pérdida es vivida inconcientemente como rechazo o abandono, con el consiguiente sentimiento de humillación y vergüenza.

Es posible pensar que la vasodilatación y el infiltrado inflamatorio del trastorno, que aumentan la sensibilidad y le otorgan un color rojo a la piel, más la descamación, que deja esa superficie al descubierto, expresan que el abandono es sentido por el enfermo como una crueldad, como una herida que lo deja “en carne viva”, “despellejado”. El psoriásico tiene la fantasía de que el objeto idealizado lo ataca, hiere o lastima de manera reiterada, como ocurre, por ejemplo, en una crítica cruel y burlona (sarcasmo<sup>49</sup>). No puede tolerar las críticas de otros porque siente que lo dejan profundamente herido e irritado. Como lo expresa el giro lingüístico, siente que le “sacan el cuero”.

## 2. La fantasía de “estar escamado”<sup>50</sup>

La cercanía inherente a la relación amorosa produce en el psoriásico el temor al desapego del objeto, frente al cual se siente muy vulnerable. Los sentimientos de desprotección y debilidad concomitantes dan lugar a la fantasía de crear un caparazón protector, que lo defienda de la vivencia de estar siempre expuesto a ser lastimado.

Podemos comprender la hiperqueratosis (engrosamiento de la capa córnea) de la psoriasis como la expresión simbólica de la necesidad de poseer una sólida barrera de protección que, a la vez que brinda resguardo frente a posibles agresiones externas, sirva de contención para los propios impulsos. El psoriásico no reacciona frente a lo que siente como una

<sup>49</sup> Según Corominas (1983), “sarcasmo” significa “burla mordaz, sangrienta”. Deriva del latín *sarcasmus*, y éste, a su vez, del griego *sarkasmós*, que significa desollar, sacar el pellejo (en nuestro lenguaje habitual, “sacar el cuero”).

<sup>50</sup> La etimología de la palabra “escamado” es incierta. Según el diccionario de la Real Academia Española (1985), la misma palabra “escamar” significa “quitar las escamas a los peces” y, en sentido figurado, hacer que uno entre en cuidado, recelo o desconfianza. Según otras fuentes (Corominas, 1983; Moliner, 1986), la palabra “escamar”, referida a los peces, y la expresión “estar escamado”, tienen orígenes etimológicos distintos.

crueldad de las personas a las que quiere, y esta debilidad lo avergüenza. Al cubrirse de placas psoriásicas intenta materializar el deseo de volverse duro e inflexible, envuelto en un caparazón protector. Esta misma fantasía se expresa, como rasgo de personalidad, bajo la forma de un carácter superficialmente “duro” e íntimamente “blando”.

En cuanto a la paraqueratosis de la psoriasis (proliferación acelerada de células inmaduras cuya queratinización no ha podido completarse) puede ser interpretada como representación del fracaso de la defensa. Simbolizaría, de este modo, que el “cuero” con el que se construiría el caparazón es (como manifestación del retorno de lo reprimido) un “cuero inmaduro”. En la inmadurez de estas células quedaría expresado, entonces, un crecimiento yoico acelerado e incompleto.

El psoriásico, encerrado en su caparazón, continúa sintiéndose impotente dentro de él y, además, avergonzado por su piel enferma. A partir de esa vergüenza, experimenta a veces el sentimiento de que las personas que lo rodean lo rechazan. Además suele encubrir con el temor a ser rechazado el deseo de poner distancia para protegerse del contacto traumático. Dado que la piel se arroga la representación simbólica de la función continente del yo, la existencia de un caparazón protector en el psoriásico permite comprender de qué manera se ha alterado dicha función.

La alteración de la capa córnea propia de la psoriasis toma una forma escamosa. Nos parece que la forma escamosa de la psoriasis constituye, además de la fantasía de un caparazón protector, una autorrepresentación simbólica que corresponde a la intención inconciente y fallida de ocultar la vergüenza y la humillación que experimenta el psoriásico al sentirse débil y vulnerable.

De este modo intenta, “cubriendo las apariencias”, dar otra imagen y evitar el peligro de ser descubierto. En el acervo popular, el dicho “es pura cáscara” da cuenta de esta fantasía, en la cual la cobertura hace pensar en un contenido que, en definitiva, es menos de lo que aparenta.

Una de las acepciones de la palabra “escama” es “recelo que uno tiene por el daño o molestia que otro le ha causado, o teme que le cause”. Esta acepción se vincula, a nuestro entender, con el significado inconciente de la enfermedad y también con la modalidad de conducta de estos enfermos, quienes se destacan por su carácter desconfiado, por estar siempre en actitud de alerta frente a situaciones que, en su fantasía, podrían poner en peligro aquello que sienten más propio de sí mismos y que necesitan ocultar. Encontramos que el componente inmunoalérgico que caracteriza a la psoriasis puede ser interpretado como la expresión simbólica de esta forma de hipersensibilidad.

### 3. La fantasía de cambiar de identidad

En la piel normal del hombre (igual que en otros mamíferos), las escamas córneas se desprenden en forma imperceptible y son continuamente reemplazadas por otras células provenientes de capas inferiores.

En el psoriásico, la superficie de adhesión celular de la piel es defectuosa y da lugar a una descamación más o menos copiosa. Podríamos comprender este síntoma como un mecanismo que remeda la muda de la piel de los reptiles, constituyendo en éstos una manera de adecuarse a su crecimiento<sup>51</sup>.

Pensamos, entonces, que en el psoriásico se reinstala un patrón de conducta arcaico y que la caída de las escamas, así como su regeneración, representa un intento fallido de adaptación a las exigencias que le imponen los cambios vitales. En este recurrir actual a una modalidad “reptil”, encontramos también una ausencia de flexibilidad en la conducta que se expresaría en la falta de elasticidad de la piel.

Por otro lado, se observa que los enfermos psoriásicos, más aún que otros enfermos de la piel, se sienten despreciables, sucios, intocables. Temen ser aislados, rechazados, como si los demás desearan quitárselos de encima, y sufren por la fantasía de ser abandonados. Experimentan la exclusión como una falta de reconocimiento en el sentido de la aceptación de su identidad, como un rechazo que los ubica en una clase, casta o condición inferior<sup>52</sup>. Se sienten poseedores de una “identidad asquerosa”.

El constante recambio de piel también simbolizaría la oposición o el conflicto entre el propósito de mudar su identidad, creando la ilusión del nacimiento de otra más aceptada y valorada, por un lado, y la idea, por otro, de ser alguien inferior<sup>53</sup>.

Sin embargo, las características que adquiere la piel en el transcurso de la enfermedad testimonian el fracaso de ese intento de mudanza. Lejos

<sup>51</sup> Las serpientes mudan la totalidad de sus escamas después de un cierto tiempo, y para ese entonces ya poseen preparada, por debajo, una nueva piel. Otros reptiles, como los lagartos, pierden, en distintas áreas, grandes porciones de piel. De ese modo, el animal se vuelve, temporariamente, más sensible a su hábitat (Weisz, 1966; Viglioglia y Rubin, 1974).

<sup>52</sup> “Intocable: 1) Tal que no se puede o no se debe tocar, comentar o criticar. 2) Se aplica a individuos de las castas inferiores en la India, no incluida en ninguna de las castas, y cuyo contacto se considera deshonesto” (Moliner, 1986).

<sup>53</sup> Uno de los significados etimológicos del término “psoriasis” estaría vinculado con el término griego *sauros*, que significa lagarto. Quedaría relacionado con el sentimiento del psoriásico de ser “alguien que se arrastra” y de pertenecer a un “orden inferior” (Korovsky, 1978).

del anhelado reconocimiento, aparece de manera dramática el retorno de aquello que el psoriásico deseaba reprimir, ya que frecuentemente despierta sentimientos de asco y rechazo en quien se le aproxima.

#### **IV. Resumen de la fantasía específica de la psoriasis**

A partir de una misma estructura disposicional afectiva inconciente, aparecen en la conciencia, por un lado, la percepción de la psoriasis como una vasodilatación y un infiltrado dérmico, más una hiperqueratosis y una paraqueratosis epidérmicas, y, por el otro, los sentimientos que corresponden a las expresiones lingüísticas “estar en carne viva” y “estar escamado”. De acuerdo con la tesis que sostenemos en este trabajo, estos diferentes derivados concientes pueden sustituirse o representarse mutuamente en la conciencia.

1. El giro lingüístico “estar en carne viva” se vincula directamente con la sensación somática implícita en esa expresión verbal. Corresponde a la sensación de estar despellejado, de haber perdido la protección brindada por el órgano piel. Alude a un sentimiento de injuria (“herida”) que se acompaña de una forma exagerada de vulnerabilidad y de hipersensibilidad dolorosa.

La carencia de caricias, el sentirse amenazado de perderlas, o la ausencia actual de los elogios que pudieron ser fantaseados como equivalentes de aquéllas, se experimentan como la presencia de un objeto malo que, con críticas reiteradas, hiere o injuria cruelmente, “sacando el cuero”, o despellejando al sujeto. Este conjunto de vivencias constituye el significado específico de esa forma particular de sentirse lastimado a la cual alude la expresión “estar en carne viva”.

2. A pesar de que la etimología de “escamado” es incierta, pensamos que el giro lingüístico podría aludir a la sensación somática inconciente de estar cubierto de escamas, que suponemos formaría parte del acervo filogenético del hombre.

Dado que la expresión “estar escamado” alude al recelo o desconfianza que se tiene como producto de un daño que se ha experimentado, es probable que el giro lingüístico se refiera, entonces, a la fantasía de estar, como consecuencia de una experiencia traumática, “a cubierto”, protegiendo la herida y expresando, al mismo tiempo, el deseo de ser insensible y duro.

El intento de cubrirse para protegerse y disimular la injuria, la debilidad y la hipersensibilidad, correspondería a la expresión “cubrir las apariencias”.

3. Secundariamente, y a partir de una misma clave de inervación, se

estructuran en la conciencia, vinculados con las dos fantasías básicas de “estar en carne viva” y de “estar escamado” que son propias de la psoriasis, los siguientes significados:

- 1) La fantasía de crecer rápidamente, que tiene su correlato corporal en la proliferación acelerada de células epidérmicas inmaduras.
- 2) El deseo de provocar en el otro el rechazo que se teme, con el fin de evitar un contacto que expone al resentimiento de la primitiva carencia de caricias.
- 3) La fantasía de cambiar de identidad, que tiene su correlato somático en la caída y la regeneración de las escamas que constituyen las placas psoriásicas, y que remedan la muda de piel de los lagartos como patrón arcaico inscripto en la filogenia.

## V. Caso clínico

### Mario (29 años)

Cuando Mario se decidió, por fin, a consultar (¡una vez más!) por su psoriasis, hacía ya quince días que permanecía confinado en la casa donde vive con sus padres y su hermana.

¡De nuevo con otro ataque furioso!... ¡de pies a cabeza!... como en setiembre... como hace tres años y medio, cuando rompieron con Gabriela y su psoriasis se le hizo eritodérmica.

Se siente comprimido, como si le hubiesen enyesado todo el cuerpo. ¿Cómo puede uno moverse, cuando siente que la piel le tira, se le rompe y sangra? Inmóvil, dentro del pijama empapado del asqueroso aceite de auto que le recomendaron, piensa: hay que esperar... Ya le sucedió otras veces. Sabe que perderá toda la piel, que cambiará las uñas, que las sábanas se le llenarán de escamas, y que, por fin, se podrá volver a mover...

Pero, mientras tanto, quién sabe qué desastre le estarán haciendo en la fábrica... Papá y Manuel... ese viejo gorila que nunca hubiera sido socio si no fuera porque puso la plata. Cuando discutieron por la caldera, el mes pasado, Manuel tuvo que darle, de mala gana, la razón... pero siempre hay discusiones...

Mario piensa que si la fábrica anda bien es por él, que la hizo de la nada y que se rompe todo para sacarla adelante. Ellos, lo único que hacen es sacarle el cuero... y hacerle pasar vergüenza delante de los empleados.

Pero no lo van a ver aflojar... ni de chico dejó que lo vieran débil, cuando tenía tantas ganas de que mamá le pasara la mano por la cabeza o la espalda. ¡Mamá!, siempre tan dócil y bonachona... pero tan perdida en su mundo... había que cuidarla...

Hubiera deseado sentir la mano de papá en el hombro, como la de un amigo... Con los regalos caros no se arreglaba nada... ¡si por lo menos le hubiera pegado!... ¡Una vez sintió el calor de su mano en la cara! Una vez... por una travesura, le pegó y enseguida se arrepintió.

Gabriela, su primer y único amor, también estuvo siempre lejos... ¡Claro, tenía que aguantarse la psoriasis! Ella, sin embargo, lo quiso de verdad... en esto no cree equivocarse... Después lo abandonó, cuando ya todo se había desgastado, cuando la marihuana, el Talasa y el alcohol.

Las otras mujeres (¿cuántas hubo?) fueron para olvidarlas, pero nunca más se volvió a enamorar... Ahora, sólo le quedaba el sexo. Ya no se atreve a pensar en ternuras ni en caricias... el miedo a que lo hieran no lo deja en paz... sólo el alcohol lo disminuye un poco...

Hay algo, piensa Mario, que le quema el alma: de la última con la que estuvo no consigue recordar el nombre.

Lo único que lo consuela es el orgullo por lo que logró en la fábrica... pero ahora lo critican. Papá y Manuel ya no lo elogian, como hacían antes. Hay días en que le gustaría esconderse... en alguna parte... ¡Pero que no se crean que lo van a ver aflojando!... Si no fuera por la psoriasis, no conseguirían irritarlo (!); les pasaría, a todos, por encima...

Empezó a los 14 años en la cabeza, la espalda y los codos, en Brasil, donde habían ido a vivir por los negocios de papá. En Brasil, solos y lejos, donde mamá había enloquecido. Sintió tanto miedo cuando ella oía voces y tuvo los ataques de epilepsia, y tanta vergüenza... Allí tuvo que crecer de golpe... Por fin, no hubo más remedio que volver... y papá, que no se conformaba, dejó de trabajar.

¡Todo el dinero que habían logrado acumular tuvieron que gastarlo en médicos!... porque mamá, que se puso peor, se quedó seis meses sin salir de casa... y él, mientras tanto, se la pasaba comiendo. ¡Había engordado treinta kilos!

No se animó a estudiar medicina, como quería papá, y empezó veterinaria, pero tampoco siguió... Hasta que llegó Gabriela, nada le había salido, excepto el régimen, con el cual, en seis meses, de golpe, bajó la gordura.

Todo había sido cada vez más difícil. Gabriela quería algo más... ¡y la psoriasis que no se apagaba!... Cuando ella se fue, la marihuana ya no alcanzó. El Talasa y los tranquilizantes tampoco lo ayudaron. La pesadilla de las noches, encerrado, para fumar con los amigos, en el

comedor donde dormía, cada vez más mugriento. No quería que lo vieran así... tan atacado por la enfermedad maldita que avanzó, por primera vez, hasta cubrir todo el cuerpo...

No toleraba verse así ahora... y tres años después tampoco lo tolera. Le pidió a Manuel que le buscara un departamento para vivir solo... lejos de la casa paterna... ¿acaso no ha pagado su deuda de drogadicción con trabajo a destajo?...

¡Pero vivir solo!... sin nadie que lo ayude...

Cuando tenía 7 años y nació su hermana Adela, él se ahogaba a veces con los ataques de asma, y se asustaba mucho; y después fue peor todavía, cuando ella, antes de cumplir el año, se enfermó de los pulmones y tuvieron que internarla seis meses, junto con mamá... Seis meses (!) en los cuales ya nadie se acordaba de él...

¿Le dará el cuero, ahora... para quedarse solo?...

Tenía muchas ganas, cuando era un niño, de que su mamá le pasara la mano por la cabeza, o por la espalda. Su padre tampoco se había dado cuenta del “hambre” de caricias que tenía Mario. El asma bronquial de su infancia, que se agrava cuando tenía 8 años, frente a los seis meses de abandono por la internación de su hermanita, testimonia una crisis profunda en un vínculo de intensa dependencia hacia su madre.

En su pubertad se cura el asma, y ocurre que mamá, cada vez más *perdida en su mundo*, de golpe, *desaparece* en su episodio de locura. Es una mamá que Mario prefiere sentir como *dócil y bonachona*, pero es una mamá que, frente al miedo y la vergüenza que produce, había que cuidar... porque papá, que *no se conformaba, y dejó de trabajar*, no es suficiente. El enojo, el rencor, y el sentimiento de injusticia ante lo que experimenta como un nuevo e insoportable abandono, desaparecen de la conciencia, y aparece el primer brote de psoriasis.

Esta psoriasis de intensidad mediana muestra su necesidad de crecer aceleradamente, para ocuparse de su familia como un hombre y, al mismo tiempo, crearse un “caparazón protector” que lo defienda de la herida representada por la constante amenaza de reiteración del abandono. Un intento de mostrarse fuerte aparentando tener “un cuero duro”, cuando siente, al mismo tiempo, que “no le da el cuero” para cuidar a su mamá.

El abandono de Gabriela lo deja “en carne viva”, su psoriasis se generaliza y se hace eritrodérmica. Quiere mostrarse otra vez insensible y duro, pero se siente lastimado como nunca. Un desesperado intento de confiar que le ha fallado, y que lo ha dejado aun más “escamado”, en la doble acepción de escarmentado y endurecido. Y junto a eso sucumbe en

su enfermedad a la tentación inconciente de impedir sus ilusiones amorosas, provocando desde el comienzo el rechazo que teme.

En los tres años que siguieron se puso a trabajar de lleno, y cuando empezaba a sentir que los elogios calmaban su hambre de caricias, cuando empezaba a ser “alguien”, empezaron las críticas del padre y de Manuel, que lo irritaban y lo ponían de nuevo “en carne viva”. Tal vez había llegado el momento de buscarse un lugar para irse a vivir solo, un lugar para “ser otro”, pero necesita asegurarse de que alguien va a cuidarlo, porque ignora que, precisamente porque está escamado, y no por lo contrario, “el cuero”, aunque él “no afloje”, no le alcanza.



---

**LOS SIGNIFICADOS DE  
LA RESPIRACIÓN**

---

(1991 [1990])

Luis Chiozza, Oscar Baldino, Mirta Funosas  
y Enrique Obstfeld

## Referencia bibliográfica

**CHIOZZA, Luis y colab. (1991f [1990]) “Los significados de la respiración”.**

## Ediciones en castellano

L. Chiozza y colab., *Los afectos ocultos en... psoriasis, asma, trastornos respiratorios, várices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas y accidentes cerebrovasculares*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1991/1992/1993, págs. 42-81.

*Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995.

*Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996.

L. Chiozza, *Los afectos ocultos en... psoriasis, asma, trastornos respiratorios, várices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas y accidentes cerebrovasculares*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1997, págs. 41-80.

## Traducción al portugués

“Os significados da respiração”, en L. Chiozza (org.), *Os afetos ocultos em... psoríase, asma, transtornos respiratórios, varizes, diabete, transtornos ósseos, cefaléias e acidentes cerebrovasculares*, Casa do Psicólogo Livraria e Editora, San Pablo, 1997, págs. 43-86.

## Traducción al inglés

“The meanings of respiration”, en L. Chiozza, *Hidden affects in somatic disorders: psychoanalytic perspectives on asthma, psoriasis, diabetes, cerebrovascular disease, and other disorders*, Psychosocial Press, Madison (Connecticut), 1998, págs. 25-55.

Este trabajo fue realizado en el Departamento de Investigación del Centro Weizsaecker de Consulta Médica y presentado para su discusión en la sede del Centro el día 28 de setiembre de 1990. La licenciada Lidia Carotenuto (1933-1989) colaboró durante una parte de la realización de este trabajo.

Si nos es lícito confiar en el testimonio del lenguaje, fue el aire en movimiento lo que proporcionó el modelo de la espiritualidad, pues el espíritu toma prestado su nombre del soplo del viento (*animus, spiritus*; en hebreo: *ruach*, soplo). Ello implicaba el descubrimiento del alma como el principio espiritual en el individuo. La observación reencontró el aire en movimiento en la respiración del hombre, que cesaba con la muerte; todavía hoy el moribundo “expira su alma”. Así pues, se inauguraba para el ser humano el reino de los espíritus...

SIGMUND FREUD (1939a [1934-1938]\*, págs. 110-111).

## I. Introducción

Nos apoyamos en una concepción epistemológica que nos permite sostener que las categorías que denominamos *soma* y *psiquis* son el resultado de que nuestro conocimiento conciente se estructura alrededor de *dos organizaciones conceptuales*: una, *física*, y otra, *histórica* (Chiozza, 1974a [1972], 1986b). La primera, que da origen a las ciencias naturales, incluye todo aquello que percibimos como forma, función, trastorno, evolución o desarrollo corporales. La segunda, que sustenta las ciencias que toman por objeto al espíritu o a la cultura, alude a un registro que es experimentado como una determinada fantasía, como un significado, inherente a aquel particular existente material.

Las dos organizaciones, irreductibles entre sí, es decir, que no se pueden incluir una en la otra, son derivadas de *un mismo existente inconciente* que, en sí mismo, no es psíquico ni somático. Esta fuente inconciente se expresa, a veces, a través de lo que la conciencia percibe como una transformación del órgano físico, y otras, a través de lo que la conciencia interpreta como el significado de un estado anímico. Dicha fuente es lo que denominamos, desde la conciencia, una *fantasía inconciente específica*, y nos la representamos como una escena, vinculada con actos (Freud y Breuer, 1895d\*) y funciones originalmente adecuadas y plenas de sentido. El funcionamiento orgánico, los usos del lenguaje y los mitos son derivados, aspectos parciales del significado original que representa esa escena o fantasía inconciente específica. Las representaciones respiratorias que hemos encontrado en la biología, la literatura, los mitos, el lenguaje popular y la etimología

nos permiten, entonces, acceder a una más amplia comprensión de los significados de “lo respiratorio”.

En el apartado II nos ocupamos de la importancia del oxígeno para la vida, y en el III, de la función respiratoria que satisface la necesidad de transportar el oxígeno.

En el apartado IV, “La respiración como símbolo”, desarrollamos ideas aportadas por la literatura, los mitos y el lenguaje popular.

En el apartado V, guiados por la teoría psicoanalítica de los afectos, planteamos y desarrollamos nuestra tesis acerca de cuáles son los afectos específicos vinculados con las funciones respiratorias metabólica y pulmonar.

En el apartado VI describimos las vicisitudes del afecto “desaliento”, específico de la respiración pulmonar, en sus aspectos normales y patológicos.

El apartado VII es una síntesis de los conceptos desarrollados.

En el apartado VIII se resumen algunas ideas sobre el asma planteadas por distintos psicoanalistas, y también las que, acerca de los significados del trastorno, desarrollamos en este trabajo.

En el apartado IX ejemplificamos la teoría con tres enfermos de asma bronquial: uno sin complicaciones, otro con enfermedad broncopulmonar obstructiva crónica y un tercero con repetidas neumonías.

## II. El oxígeno y la vida

La elevada proporción de oxígeno como elemento constitutivo del protoplasma y el hecho de que intervenga como comburente en todos los fenómenos vivientes muestran que es un elemento primordial de la vida.

Los seres llamados anaerobios son aquellos que no pueden vivir en presencia de oxígeno libre. Los anaerobios absolutos sólo pueden vivir aprovechando el oxígeno combinado procedente de la descomposición de las sustancias oxigenadas orgánicas o minerales. La facultad de poder vivir privado de oxígeno libre sólo se observa en las bacterias diminutas, o en seres que no han alcanzado una gran diferenciación celular. En los organismos superiores, la vida aerobia no excluye la propiedad de aprovechar también el oxígeno combinado que interviene siempre en sus actividades bioquímicas.

A esta observación general podemos agregar las conclusiones de la experimentación biológica que muestra que en el óvulo fecundado la vida es tanto más intensa cuanto más activos son los procesos de oxidación, y

que la muerte sobreviene cuando cesa la intervención del oxígeno en las reacciones bioquímicas (Morales Macedo, 1955).

Parte del oxígeno proporcionado por las plantas es convertido en ozono ( $O_3$ ) en las zonas superiores de la atmósfera por acción de la radiación ultravioleta de origen solar. Esta capa de ozono sirve de filtro a las bandas de la luz ultravioleta más dañinas para los ácidos nucleicos y proteínas, permitiendo el pasaje de la luz visible necesaria para la fotosíntesis. Si no fuera por esta semipermeabilidad, nunca hubiésemos existido (Hoyle y Wickramasinghe, 1978; Thomas, 1974).

La formación de oxígeno tuvo que aguardar hasta la aparición de las células fotosintéticas, pero el aumento de oxígeno actuó de membrana protectora por la generación de ozono. “Uno puede decir que la aparición del oxígeno en la atmósfera fue el resultado de la evolución, o por el contrario, que la evolución provino de la aparición del oxígeno. Es lo mismo. Una vez que aparecieron las células fotosintéticas... el futuro mecanismo respiratorio de la Tierra se acomodó... Cuando la vida anaeróbica se vio amenazada (por el aumento de oxígeno en la atmósfera), la solución inevitable fue la aparición de mutantes con sistemas oxidativos y ATP (adenosín trifosfato). Con esto comenzó una etapa de desarrollo explosivo en la que se hicieron factibles grandes variedades de vida aerobia, incluyendo las formas multicelulares” (Thomas, 1974, pág. 223).

Algo semejante encontramos en la “hipótesis de Gaia”, de J. E. Lovelock (1979), quien dice que “las condiciones físicas y químicas de la superficie de la Tierra, de la atmósfera y de los océanos, han sido y son adecuadas para la vida gracias a la presencia misma de la vida, lo que contrasta con la sabiduría convencional, según la cual la vida y las condiciones planetarias siguieron caminos separados, adaptándose la primera a las segundas” (Lovelock, 1979, pág. 178).

En la evolución de las especies animales (reptiles, aves y mamíferos), cuando el agua dejó de ser el único medio natural de la vida, en el último momento evolutivo, aparecieron los pulmones, órganos que permiten que el intercambio gaseoso con el aire del medio ambiente sea directo.

Los intercambios gaseosos se efectúan por difusión a través de la superficie de contacto entre la sangre y el medio ambiente. Dado que la difusión de oxígeno se produce a través de una membrana, se puede decir que la penetración gaseosa depende del gradiente de presión, del espesor de la membrana, de su naturaleza y, sobre todo, de la magnitud de la superficie de contacto.

La necesidad de oxígeno que tienen los animales varía entre límites amplios. Toda actividad ligada a una pérdida de energía eleva el consumo de oxígeno. Así ocurre, por ejemplo, cuando se intensifica el metabolismo

como consecuencia del ejercicio físico o de un proceso digestivo o febril. En tanto que los animales inferiores, cuya necesidad de oxígeno es escasa, aparentemente no presentan regulación, y los animales acuáticos tienen una regulación indirecta (búsqueda de aguas ricas en oxígeno), los vertebrados pueden, por lo general, adaptarse automáticamente a necesidades variables mediante la modificación de la frecuencia y la amplitud de los movimientos respiratorios (Vogel y Angerman, 1974).

Podemos conjeturar entonces que la acción (motora), que conduce a un aumento de oxigenación y que se configuró en la filogenia como un acto motor justificado<sup>54</sup>, estuvo relacionada con un incremento de la actividad, que creaba una necesidad de adaptación. Retomaremos esta idea más adelante.

La energía que requieren los organismos superiores para el mantenimiento de sus funciones vitales y para accionar en el mundo exterior se obtiene de las oxidaciones de los productos alimenticios. El resultado químico global de estos procesos de oxidación es un continuo consumo de oxígeno y la producción de anhídrido carbónico y agua, a los cuales deben sumarse otros productos residuales de menor importancia cuantitativa, como los sulfatos y diversos productos nitrogenados.

Casi todas las sustancias que se oxidan en los tejidos, cuando están fuera de ellos, a temperatura y pH fisiológicos, permanecen estables ante la acción del oxígeno. Su fácil oxidación en el organismo es el resultado de la acción catalítica de enzimas, que aceleran el proceso siguiendo etapas determinadas.

Muchos procesos de oxidación celular ocurren con una disminución de la energía libre del sistema. Esta disminución representa el máximo de trabajo útil que puede obtenerse de los mismos. En los organismos existen mecanismos que permiten almacenar y utilizar el oxígeno para llevar a cabo numerosas funciones, indispensables para el desenvolvimiento normal.

<sup>54</sup> Freud afirmó que un ataque histérico es una acción motora justificada por una escena traumática en la infancia. El término “justificado”, en este contexto significa “que tiene un significado dentro de una serie psíquica” (Freud, 1901b\*). Posteriormente, sostuvo que los afectos son equivalentes a ataques histéricos congénitos y universales (Freud, 1926d [1925]\*, pág. 89), de modo que los afectos pueden considerarse acciones motoras filogenéticamente justificadas. Luego afirma que “si uno quiere explicar el ataque histérico, basta con buscar la situación en la que los movimientos correspondientes formaron parte de una acción justificada” (Freud, 1926d [1925]\*, pág. 127). Y en sus *Conferencias de introducción al psicoanálisis* escribe: “Para que se me comprenda mejor: el estado afectivo tendría la misma construcción que un ataque histérico y sería, como éste, la decantación de una reminiscencia. Por tanto, el ataque histérico es comparable a un afecto individual neoforado, y el afecto normal a la expresión de una histeria general que se ha hecho hereditaria” (Freud, 1916-1917 [1915-1917]\*, pág. 360).

La utilización de la energía captada por las oxidaciones no es directa, sino que se realiza por mecanismos especiales. El más importante consiste en la síntesis de compuestos de fósforo, formando lo que se ha denominado “uniones fosfóricas” (adenosín trifosfato, por ejemplo), de alto contenido energético. La energía que puede almacenarse en esas uniones constituye las verdaderas reservas energéticas provenientes de las oxidaciones.

### III. La función respiratoria

En los organismos unicelulares el intercambio de gases ocurre directamente entre la célula y el medio ambiente, mientras que en los pluricelulares ese proceso es mediatizado por los aparatos respiratorio y circulatorio.

El desarrollo filogenético de nuevas formas de vida trajo aparejada una mayor necesidad de oxigenación. El pasaje de la vida acuática a la terrestre posibilitó que la vejiga natatoria de los peces se transformara en los pulmones de los batracios, reptiles, aves y mamíferos. El aumento de la capacidad respiratoria no se logró por un gran aumento de tamaño sino por una subdivisión de los pulmones en sacos cada vez más pequeños. La estructura de los pulmones se hizo así más compleja, a medida que se necesitó mayor oxigenación. La configuración de los sacos alveolares aumentó la superficie respiratoria; al mismo tiempo, la mecánica respiratoria facilitó el aumento de las variaciones en la amplitud y la frecuencia influyendo también de ese modo, activamente, en la magnitud del intercambio gaseoso.

En el hombre, durante la inhalación, la acción muscular baja el diafragma y levanta las costillas ensanchando el pecho. Entonces, la presión atmosférica empuja el aire dentro de la cavidad del pecho ensanchada. Durante la exhalación, los músculos descansan, el pecho se estrecha y el aire es expelido. Esta acción rítmica combinada se realiza alrededor de dieciséis veces por minuto cuando el sujeto descansa. La frecuencia es controlada principalmente por el centro respiratorio bulbar, que responde a los cambios en el nivel iónico de hidrógeno y anhídrido carbónico en la sangre, así como por otros factores: cambios de temperatura, actividades motoras, alteraciones neurovegetativas.

El oxígeno, que se difunde a través de las membranas capilares de la red que rodea los alvéolos, se combina con la hemoglobina en los glóbulos rojos. Esta sangre oxigenada, bombeada por el corazón, llega por la red arterial a las células de los tejidos.

El anhídrido carbónico realiza el camino inverso, circulando en la sangre como ion de bicarbonato, combinado con la hemoglobina y como gas disuelto. Sólo en esta última forma está disponible para su difusión en los pulmones y su exhalación.

Los pulmones fetales no intervienen en el intercambio gaseoso; antes del nacimiento tienen una función secretora y son una de las fuentes principales del líquido amniótico (Murray, 1983).

Las reservas de glucógeno de los pulmones, que aumentan durante la gestación y disminuyen al acercarse su término, sirven probablemente como reservorio de los hidratos de carbono que deben ser usados por las células pulmonares para satisfacer sus necesidades energéticas, y también para el resto del organismo en crecimiento.

Los pulmones son además sitio de producción de materiales tensioactivos<sup>55</sup> fundamentales para la función ventilatoria, que comienza con la primera respiración posnatal y continúa toda la vida.

El desarrollo fetal tiene lugar en un medio muy protegido. Es un medio acuoso, hipóxico y acidótico, es decir, todo lo contrario de aquel en el cual se desarrolla la futura vida extrauterina. Para asegurar la supervivencia en un medio tan diferente se deben producir, después del parto, adaptaciones rápidas.

En los pocos minutos que requiere la placenta para separarse del útero, el recién nacido debe activar el sistema nervioso central y el autónomo, reemplazar por aire el líquido que ocupa los pulmones, establecer una circulación apreciable y reorganizar la dirección del flujo sanguíneo a través de las cámaras cardíacas y de los principales vasos. Estos no son procesos separados, sino fenómenos interdependientes, esenciales para el desarrollo de un sistema cardio-respiratorio capaz de mantener un suministro adecuado de oxígeno.

La culminación del parto es la primera respiración; este hecho se considera el término de la existencia fetal y el comienzo de la vida posnatal. Pero, antes de eso, el centro respiratorio del sistema nervioso central debe integrar los impulsos aferentes que le llegan e iniciar señales eferentes dirigidas a los músculos de la respiración (Murray, 1983). La respiración prenatal que se efectúa a través de la placenta (cuyo aporte de oxígeno es constante) establece la dependencia materno-filial. Con el inicio de la vida posnatal y la respiración pulmonar rítmica, el sujeto recibe el aporte

<sup>55</sup> Los alvéolos están tapizados por una delgada capa líquida de lipoproteínas, fosfolípidos con poder tensioactivo cuya disminución favorece el colapso, como ocurre, por ejemplo, en la atelectasia alveolar.



directo de oxígeno que le permite su independencia. *Una de las diferencias significativas entre la respiración prenatal y la posnatal tiene que ver con la perentoriedad de la primera y la capacidad de espera de la segunda*, aspecto que retomaremos más adelante.

## IV. La respiración como símbolo

### 1. La respiración como símbolo de lo anímico-espiritual

Hay una relación clásicamente establecida entre la *respiración* y lo *anímico-espiritual*, que se desprende de los conocimientos que nos brindan la literatura, la mitología, la etimología y el lenguaje popular.

En la filosofía griega, el aire fue considerado el principio de la vida (Anaxímenes, en Ferrater Mora, 1965). El aire o *pneuma* ha significado desde el elemento constitutivo esencial de cada cosa hasta la representación del “soplo divino”, del Espíritu Santo, creador y ordenador del mundo (Ferrater Mora, 1965).

El relato bíblico dice que “Dios modeló al hombre de la arcilla y le inspiró en el rostro aliento de vida, y fue así el hombre ser animado” (Génesis 2: 7).

Un mito pelago relata la unión de la diosa Eurinome y el aire, corporizado por ella en la serpiente Orfión, y cómo de esa unión nació el universo (Civita, ed., 1973).

En una fábula griega se narran los amores de Psique con Eros. Según Pérez Rioja (1980), “Psiquis es la personificación del alma humana como el objeto amado por Eros”. Es además el símbolo de la espiritualidad. Se la suele representar como una joven bella con alas de mariposa. Recordemos que *psique* significa “alma” y también “aire”, “soplo”, “aliento”, “ser vivo”, “vida” y “espíritu”.

Un mito polinesio, referido al origen del mundo, presenta a un ser impersonal llamado Io, que creó la sustancia cósmica con un soplo. Io es considerado el alma del mundo y, por lo tanto, sujeto y objeto de la creación (Grimal, 1963).

También en la mitología brahmánica se vincula el aire con el espíritu y la creación. Para los hindúes, la propiedad vitalizadora de la respiración se extiende a la creación universal. En los rituales religiosos, la repetición de la voz sánscrita *Om* remeda el acto por el cual Brahma creó al mundo: es una larga espiración con la cual se hace participar al ser íntimo en el conjunto de las fuerzas del universo (Eliade, 1955, 1964).

En nuestro lenguaje hay gran cantidad de vocablos que, en su raíz etimológica, provienen del verbo latino *spirare*, que significa “soplar” y “respirar”. Entre ellos encontramos: “espíritu”, “inspirar”, “aspirar”, “espigar”, “expigar”, “respirar”, “suspirar” y “transpirar”. Hay otra serie de términos que derivan del latín *anhelare* (respirar con dificultad), tales como “aliento”, “alentar” y “anhelar”. Por su parte, “exhalar”, que deriva del latín *exhalare* y *halare*, cuya significación es “hacer salir de sí gases, vapores u olores”, está relacionado con hálito, aliento, vapor, respiración, y, como segunda acepción, es “suspirar o proferir quejas débiles” (Moliner, 1986).

Según Barcia (1961), “suspirar”, compuesto de *sub* (bajo) y de *spiritus*, supone la idea de una respiración que viene de lo hondo del ánimo, un aliento profundo, trabajoso, pero que no supone precisamente una situación dolorosa, porque muchas veces suspiramos por un suceso próspero, como si el suspiro fuese un saludo con el que despedimos las pasadas angustias. Después de una aflicción cualquiera, suspiramos, y este suspiro no es un signo de pena, sino de amplitud y desahogo. Suspirar es dilatar el pecho, respirar hondamente, y presupone una opresión anterior.

Entonces, el *suspiro*, precedido de una situación en la cual se ha “cortado el aliento”, es una inspiración fuerte y prolongada seguida de una espiración, también prolongada, que constituye su representante privilegiado y audible; es una *respiración* que viene de lo hondo del ánimo, como lo muestra la etimología de la palabra “suspiro”. Teniendo en cuenta que proviene de un instante de suspensión del aliento o respiro, constituye un “des-ahogo” que expresa la superación del desaliento.

En el lenguaje popular encontramos varias expresiones vinculadas con el aire, tales como: “darse aires” (darse importancia), “tener un aire” (tener un parecido), “desairar” (despreciar a una persona), “salir airoso” (superar una dificultad con éxito), “estar en el aire” (con poco contacto con la realidad).

También encontramos “bofe”, que significa pulmón, y “bofar” es soplar (Real Academia Española, 1985); “echar los bofes” equivale a “afanarse o trabajar excesivamente”. La exclamación “¡ufa!” o “¡uff!” usada para expresar fastidio, cansancio o sofocación, está asociada a *b..f*, que es un grupo labial imitativo-expresivo que contiene la idea de soplar o de hinchazón y la de burla o desprecio; *b..f* se relaciona también con “bufar”, cuyo significado es mostrar un enfado violento con sonidos semejantes al del resoplido de los animales (Moliner, 1986). Todas estas expresiones que podemos resumir con el término “bufido”, pueden ser interpretadas como equivalentes a un suspiro exagerado, ya que representan un intento de desahogo más intenso y perentorio.

La expresión “salir airoso” (literalmente: “lleno de aire”) significa salir con éxito de una situación que haya implicado lucha, bochorno, ofensa

o desaire. El que sale airoso se siente alentado, en el sentido de sentirse espiritualmente satisfecho por la superación de esa dificultad, lo cual queda simbolizado por el respirar con plenitud.

Cuando lo anímico se manifiesta como algo que nos mancomuna, solemos hablar de espíritu, como es el caso, por ejemplo, de las expresiones que se refieren al espíritu de un grupo, una sociedad, un pueblo o una época. Desde ese punto de vista, se puede considerar que el espíritu está “en” los individuos, o “entre” ellos, como la forma colectiva del psiquismo.

Wyss (1947) afirma que el aire que se respira, el *pneuma* o “hálito de vida”, fue utilizado como símbolo del espíritu, que es el principio de renovación constante de nuestra vida interior y con el cual estamos en relación recíproca. Agrega que la palabra, que constituye el representante fundamental de la vida espiritual, necesita de los órganos respiratorios para ser pronunciada; llega a la conclusión de que los órganos de la respiración no sólo son medios para renovar nuestras energías vitales, sino también para espiritualizar la vida.

En la opinión de Wyss (1947), la respiración es la primera experiencia (posnatal) de nuestra ligazón con el mundo exterior y del encuentro con una resistencia externa. Es la primera comunicación posnatal que establecemos con el medio, comunicación que se verifica involuntaria y rítmicamente, por imperio de una necesidad apremiante<sup>56</sup>.

Weizsaecker (1950) plantea que la respiración comprende un trato con una sustancia del medio ambiente que tiene forma de gas, es decir, el aire (oxígeno); y que ese trato consiste en un intercambio que se lleva a cabo a través de una función rítmica. Cuando esta actividad de ingreso y egreso, de inspiración y espiración, se altera, como en el caso de la disnea, da lugar a una ansiedad de muerte. Esta ansiedad, que emerge rápida e intensamente, sólo se mantiene alejada a través de aquella misma actividad rítmica respiratoria.

La función respiratoria es perentoria. Si bien se puede detener por un corto período, sólo es posible hacerlo hasta que sobreviene un daño y entonces se restablece en forma automática<sup>57</sup>.

<sup>56</sup> Las vías respiratorias constituyen también una puerta de entrada para los gérmenes patógenos, los cuales son, en sentido figurado, las fuerzas enemigas con que tenemos que enfrentarnos en nuestra relación con el mundo exterior (Wyss, 1947).

<sup>57</sup> Wyss (1947) afirma que la inervación voluntaria del sistema respiratorio sirve, principalmente, al lenguaje sonoro. Es posible pensar que a través del lenguaje sonoro intentamos restablecer la primitiva unión perdida. La fisiología sostiene que durante la fonación disminuye notablemente la sensibilidad al CO<sub>2</sub> y el sujeto tolera valores de P CO<sub>2</sub> arterial considerablemente superiores a los que tolera cuando está inactivo (Murray, 1983).

Esa perentoriedad, mayor que la de otras funciones, determina que sea especialmente adecuada para arrogarse la representación simbólica de los vínculos en los cuales se experimentan sentimientos de gran dependencia.

Desde una perspectiva simbólica, *el espíritu que nos mancomuna anímicamente quedaría representado por el aire, que es un elemento compartido por todos. La relación con el aire sería el símbolo privilegiado de la convivencia.* Un intercambio social adecuado, que implique la vivencia de una buena relación con los otros, puede estar simbolizado por la acción eficaz de una respiración armónica, rítmico interjuego entre el inspirar y el espirar (Obstfeld y colab., 1975, 1983a y 1983b).

Obstfeld y colaboradores (1975) señalan que la función pulmonar, que implica compartir algo común (el aire), se conecta con la capacidad de empatía y el deseo de comunión. Encuentran en algunos personajes que padecieron trastornos respiratorios pulmonares (Dostoievski, Bolívar, Schreber, el Che Guevara) una situación similar: la dificultad de cumplir con un ideal social.

En otras palabras: el *funcionamiento respiratorio normal*, que implica el intercambio de gases con el medio ambiente, se arroga la representación simbólica del *buen intercambio socio-espiritual con los objetos del entorno*. Por este motivo se utiliza una misma palabra, “atmósfera”, para referirse al ámbito común compartido, tanto aéreo como social.

## 2. Creación y respiración

Resulta significativo que la palabra “inspiración” designe una parte del proceso respiratorio, la inhalación del aire, y también el “efecto de sentir el escritor, el orador o el artista, aquel singular y eficaz estímulo que le hace producir espontáneamente, como si lo que produce fuera una cosa hallada de pronto y no una búsqueda con esfuerzo” (Real Academia Española, 1985). Etimológicamente, “inspirar”, derivado del latín *spirare*, significa “soplar adentro de algo”, “infundir ideas” (Corominas, 1983).

La inspiración pulmonar se arroga la representación de la inspiración que alienta la creación y deviene un símbolo de esa parte del acto creativo. Así lo testimonian el uso de la misma palabra para representar ambos procesos y el hecho de que, tanto en los mitos como en la literatura, se representa al acto de la creación por la participación del aire, del viento o de un “soplo alentador”, mediante el cual se anima la materia.

Que una misma palabra designe dos acontecimientos distintos (el fenómeno fisiológico y el estado de ánimo creativo) nos permite pensar que ambos

comparten un núcleo común de significación inconciente y que por lo tanto tales acontecimientos están vinculados entre sí por una relación específica.

La inspiración, como momento del proceso respiratorio, incorpora el aire imprescindible para el mantenimiento de la vida (*zoe*), y también, como momento del proceso creativo, mantiene vivo el desarrollo espiritual (*bios*)<sup>58</sup>.

En sentido figurado, “inspirar” alude al acto por el cual Dios ilumina el entendimiento o excita y mueve la voluntad, y en la teología mística, “aspiración” es el “afecto encendido del alma hacia Dios” (Real Academia Española, 1985).

Octavio Paz (1956), cuando se ocupa de la inspiración poética, sostiene que la voz del poeta es, y no es, la suya propia. Quien le hace decir cosas que no pretendía decir se llama “demonio”, “musa”, “espíritu”, “genio”, “trabajo”, “azar”, “inconciente” o “razón”<sup>59</sup>. Considera que la inspiración no es algo ni está en alguna parte. Es sólo una aspiración, un ir, un movimiento hacia adelante, hacia lo que somos nosotros mismos; un ejercicio de la libertad y de la trascendencia. Sólo después de que el mundo se ha vaciado de sentido, el poeta puede dar un salto para instaurar una nueva significación e inventar otro mundo: el poético. A través de la inspiración, el hombre se realiza, se hace “otro”. Cuando pega el salto mortal que lo saca de sí mismo, se entrega y “se pierde” en el otro (Paz, 1956).

Estas reflexiones, que se refieren al arte poético, pueden hacerse extensivas a toda actividad humana que implique un proceso creativo. La vida personal y social reclama esa “inspiración” gracias a la cual la salida del encierro y el ir hacia “el otro” permiten acceder a una nueva realidad, producto de una re-creación. En este sentido es difícil que surja la inspiración que nos

<sup>58</sup> Clásicamente se consideró a la inspiración como un poder que, proveniente del exterior, iluminaba al artista. Para Platón, el poeta es el poseído; su delirio y entusiasmo son los signos de la posesión demoníaca. Dante relata que en el sueño, el Amor le dicta e inspira sus poemas, como una revelación en la que intervienen poderes superiores (Paz, 1956). La mitología griega asocia alegóricamente a la inspiración con un altar en llamas, con el caballo Pegaso y con el color amarillo (Pérez Rioja, 1980). Pegaso es el corcel alado de las Musas, que simboliza “el poder ascensional de elevación, gracias a la innata capacidad de espiritualización”. Las nueve Musas eran las inspiradoras y protectoras de las artes y las ciencias.

<sup>59</sup> Para comprender la esencia de la inspiración, el autor plantea previamente su concepción del hombre. El hombre no es algo hecho, acabado, sino algo que siempre se está haciendo, pero esto no implica que el hombre saque algo de adentro ni que lo reciba de afuera. En su constante hacerse, el hombre, como una flecha disparada, rasga el aire y se precipita más allá de sí mismo, siendo a cada paso un “otro” y él mismo. En tanto la “otredad” está en el hombre mismo, cuando el poeta crea, sale de sí mismo pero para ser él mismo (Paz, 1956).

lance más allá de nosotros mismos cuando impera el deseo de mantenernos en un mundo de encierro y aislamiento, sin conexión ecosistémica.

Desde el psicoanálisis podemos pensar que la inspiración puede ser considerada como un momento de mayor permeabilidad con el ello, fuente de significaciones inconcientes universales.

También encontramos en el lenguaje la palabra “aspiración”, vinculada a la inspiración de la fisiología respiratoria. Ésta se arroga la representación del deseo, anhelo o impulso de lograr algo, como lo muestra el uso de la misma palabra para representar ambos procesos.

La inspiración pulmonar designa predominantemente la entrada del aire en los pulmones; la aspiración, como proceso físico, en cambio, designa predominantemente el acto por el cual se quita aire de un determinado lugar. La inspiración creativa acompaña el acto de creación de una obra; la aspiración, como vivencia, en cambio, acompaña a un deseo que no se ha realizado.

Mientras que el *fumador de cigarrillos* pone el acento en la inspiración del humo, el *fumador de pipa* lo pone en aspirarlo. Podríamos pensar que uno representa de este modo su dificultad para “inspirarse”; y el otro sustituye, mediante el acto sintomático, las aspiraciones que no logra asumir.

Las vinculaciones estrechas entre la inspiración y la respiración nos llevan a plantear que así como la represión del fracaso en la capacidad de materialización de los proyectos se puede expresar, específicamente, como trastorno hepático (Chiozza, 1963a, 1970a), podemos concebir que la represión de la vivencia de falta de inspiración para producir de modo creativo podría manifestarse, también en forma específica, como trastorno respiratorio.

### 3. Simbiosis y respiración

De acuerdo con las investigaciones realizadas acerca de las fantasías hepáticas (Chiozza, 1970a, 1974b), lo respiratorio y lo oral en la vida posnatal son el resultado de una disociación de lo hepático fetal. Durante el período de gestación, el alimento y el oxígeno llegan al feto a través de la placenta materna. Luego, como consecuencia del nacimiento, la madre y el niño se independizan; al mismo tiempo se diferencian las funciones respiratoria y digestiva.

A partir del nacimiento, el niño deja de servirse de la madre para respirar y asume esa función en forma autónoma.

La *respiración posnatal* puede adjudicarse, por este motivo, la representación simbólica de la ruptura de la simbiosis materno-filial y del acceso a un nuevo orden de dependencia.

Freud (1916-1917 [1915-1917]\*) sostiene que la angustia toma como modelo el acto del nacimiento en el que se produce ese agrupamiento de sensaciones displacenteras, mociones de descarga y sensaciones corporales que se ha convertido en el modelo de los afectos de un peligro mortal y desde entonces es repetido por nosotros como *estado de angustia*. El enorme incremento de los estímulos sobrevenido al interrumpirse la renovación de la sangre (respiración interna) fue en ese momento la causa de la vivencia de angustia; por lo tanto, la primera angustia fue una angustia tóxica. En el mismo texto, Freud aclara que la palabra “angustia” (*Angst*, que también quiere decir “angostamiento”) destaca el rasgo de la falta de aliento. Esa falta, que en el momento de nacer fue consecuencia de una situación real, luego se reproduce casi regularmente en el afecto. Freud afirma que ese primer estado de angustia se origina en la separación materno-fetal.

En el trabajo clínico es posible observar que la dificultad para atravesar situaciones de cambio que por sus características evocan el trauma de nacimiento, se expresa frecuentemente mediante trastornos respiratorios.

## V. La acción eficaz y los afectos implicados en la respiración

### 1. Los afectos en la teoría psicoanalítica

El *afecto* es un proceso que participa de las características del signo y del símbolo. Como indicador de una presencia (signo) es parte de un suceso *real*, somático, que expresa una descarga motora actual que afecta al yo (Freud, 1915e\*). Como representante de una ausencia (símbolo) constituye un fenómeno *ideal*, psíquico; es un “monumento conmemorativo” que alude a una reminiscencia inconciente (Freud y Breuer, 1895d\*; Chiozza y colab., 1983h [1982]; Chiozza, 1986b, cap. VIII). Tiene el valor de un ataque histérico universal y congénito que representa un suceso motor que fue, en la filogenia, justificado.

Comprendido desde la teoría psicoanalítica, el afecto es “psicosomático” por excelencia, ya que como concepto nos ofrece la ventaja de que, al participar de ambas categorías (reminiscencia y descarga actual), hace desaparecer la tradicional alternativa entre psiquis y soma (Chiozza, 1986b, cap. VIII).

El afecto se percibe, entonces, por un lado, como un suceso físico actual y, por el otro, como un acontecimiento psíquico, histórico, que puede ser interpretado en su significado.

En los términos de la metapsicología, el afecto es una descarga motora vegetativa, cuya magnitud constituye una serie complementaria con el monto de la descarga motora que ocurre en la acción ejercida sobre el objeto materialmente presente. Cada afecto es un movimiento vegetativo que se realiza con una modalidad típica (cuyas “últimas consecuencias” son percibidas por la conciencia en una serie que va desde las sensaciones “somáticas” al sentimiento). Tal modalidad de descarga está determinada filogenéticamente por una huella mnémica inconciente, por un “registro” habitual, que Freud (1900a [1899]\*) denominó *clave de inervación*<sup>60</sup> y que forma parte de las ideas que atribuimos a lo que llamaba *inconciente no reprimido* (Freud, 1915d\*).

Como resultado de reiteradas elaboraciones sobre este tema (Chiozza, 1975c, 1985c; 1986b, cap. VIII) llegamos a la idea de que el enfermar *somático*, desde un punto de vista metapsicológico, implica que el desplazamiento de la investidura no se realiza, como en la neurosis, sobre una representación sustitutiva, sino “dentro” de la misma clave de inervación de los afectos, de modo que algunos elementos de la clave reciben una carga más intensa, en detrimento de otros. En este sentido toda enfermedad somática puede ser concebida como la *descomposición* de un afecto en su clave de inervación.

## 2. Los afectos vinculados con la función respiratoria

Intentaremos caracterizar los afectos ligados a la función respiratoria, con el propósito de profundizar en el significado inconciente específico de esa función.

<sup>60</sup> Para Freud, los afectos no existen en el inconciente como “actualidades” presentes, sino como disposiciones al desarrollo de un afecto dado (Freud, 1915e\*). Esta disposición inconciente como actualidad es una idea inconciente, una representación inconciente. Freud estableció claramente en *La interpretación de los sueños* (1900a [1899]\*, pág. 573) que la idea es un código o *clave* que determina las inervaciones que constituyen las diversas descargas somáticas características de cada afecto. Los fenómenos somáticos, tales como la midriasis o la taquicardia, por ejemplo, son el resultado de inervaciones que son una parte de la clave del afecto temor. Esto es así en condiciones fisiológicas. Cuando el afecto es reprimido y toda la investidura se desplaza a uno de los elementos de la clave de inervación, encontramos un estado patofisiológico, por ejemplo la taquicardia paroxística, que es una deformación patosomática, un equivalente somático del afecto temor, es decir, una deformación patosomática de la clave de inervación. (Véase Chiozza, 1976h [1975].)

Freud establece que: “Los estados afectivos están incorporados en la vida anímica como unos sedimentos de antiquísimas vivencias traumáticas y, en situa-



Llamamos *ánimo* a un estado general que, a la manera de un trasfondo, talante o temple básico, tiñe toda la actividad vital y que, como *buen* o *mal ánimo*, alude al modo en que estamos dispuestos para la acción.

Esa disposición para la acción que denominamos *ánimo* y la *energía* que proviene de los procesos metabólicos (según el conocimiento médico) serían expresiones (que la conciencia categoriza como psíquica y somática respectivamente) de una misma fantasía inconciente específica, de un mismo existente, de una misma matriz estructural, que constituye su fuente.

La palabra “aliento” se refiere, fundamentalmente, al aire que se respira. Como vimos, la etimología muestra que “respirar” y “alentar” poseen una raíz lingüística común (del latín *anhelitare*) (Corominas, 1983).

El verbo “alentar”, en su primera acepción, significa respirar, o sea aspirar y espirar el aire con los pulmones, pero posee, tanto en el lenguaje literario como en un sentido figurado, otras acepciones; por ejemplo, “alentamos” esperanzas, amor u odio. Designa asimismo la acción de animar a otra persona, es decir, infundirle ánimos para emprender una determinada acción (Moliner, 1986). En este sentido, quien es alentado adquiere “vigor del ánimo, esfuerzo o valor” (Real Academia Española, 1985). También la palabra “aliento” se refiere al estar con vida, por ejemplo, cuando se usa la expresión “hasta el último aliento” para significar “mientras dure la vida”.

En el caso de la respiración pulmonar, a partir de una matriz inconciente común aparecen en la conciencia, por un lado, las sensaciones y percepciones correspondientes al aliento como producto de la respiración pulmonar y, por el otro, esa particular vivencia de recibir aliento, implícita en el significado del verbo “alentar”. Por este motivo, la respiración pulmonar puede arrogarse la representación del *aliento* y del estado afectivo correspondiente al ser *alentado*.

---

ciones parecidas, despiertan como unos símbolos mnémicos. Opino que no andaría desencaminado equiparándolos a los ataques histéricos, adquiridos tardía e individualmente y considerándolos sus arquetipos normales” (Freud, 1926d [1925]\*, pág. 89). Y luego afirma: “Opinamos que también los otros afectos son reproducciones de sucesos antiguos, de importancia vital, pre-individuales. Llegado el caso, y en calidad de ataques histéricos universales, típicos, congénitos, los comparamos con los ataques de la neurosis histérica, que se adquieren tardía e individualmente, ataques estos últimos cuya génesis y significado de símbolos mnémicos nos fueron revelados con nitidez por el análisis” (Freud, 1926d [1925]\*, pág. 126).

Mientras que el estar alentado y animado son inconcientes, el *desaliento* y el *desánimo* son afectos típicos y universales que alcanzan frecuentemente la conciencia y adquieren la categoría de sentimientos. Estos sentimientos son nominados con las palabras “desaliento” y “desánimo”, precisamente porque los trastornos que derivan en lo que la conciencia categoriza como una falta de aire o de energía se arrojan la representación del proceso afectivo completo, ya que la matriz estructural inconciente de la función respiratoria pulmonar y metabólica configura parte de la clave de inervación de ese proceso afectivo.

## VI. El desaliento y la respiración pulmonar

### 1. Acerca de la clave de inervación del desaliento y del desánimo

En trabajos anteriores (Chiozza, 1981f) nos ocupamos de distinguir, entre las diversas formas clínicas de la melancolía, algunas caracterizadas como digestivas, hepáticas o cardíacas, según predominen en ellas la acritud, la amargura o la nostalgia. Podemos, análogamente, referirnos a una forma “respiratoria” de la melancolía, caracterizada en lo esencial por el desaliento.

El estado anímico más característico de lo que en la clínica psiquiátrica se llama *depresión* parece ser el desánimo. Pero, tal como se desprende de lo que hemos dicho hasta aquí, el desaliento es una forma particular del desánimo y se arroja, muchas veces, su representación.

Noyes (1951) y Ey y otros (1969) señalan el descenso del metabolismo basal en la depresión. Dumas (1933a), basado en las experiencias de laboratorio de Badonnel, afirma que esta disminución del proceso metabólico es expresión global de la disminución de las oxidaciones que se producen en la mayor parte de los tejidos. Sostiene que la respiración se encuentra disminuida en su ritmo, es superficial y tiene tiempos de pausa muy prolongados.

Podemos pensar, tal como lo hemos señalado ya, que las variaciones del proceso energético metabólico son el equivalente somático de aquello que, en el plano vivencial, se experimenta como las variaciones del ánimo, y que ambos fenómenos derivan de una misma clave inconciente.

Los afectos desaliento y desánimo pueden ser equiparados a formas menores de la depresión melancólica, y, desde ese punto de vista, no es aventurado suponer que muchas de las alteraciones somáticas que

se describen en la depresión son *inervaciones* pertenecientes a la *clave* que corresponde a esos afectos. Lamentablemente, las descripciones de la psiquiatría nos ayudan poco porque consignan, sin orden ni concierto, demasiados síntomas y signos distintos<sup>61</sup>.

Debemos conformarnos, por ahora, con establecer la hipótesis de que la función respiratoria metabólica, en el caso del desánimo, y la

<sup>61</sup> Henri Ey (Ey y otros, 1969) comprueba trastornos digestivos (anorexia, náuseas, constipación o despeños diarreicos, trastornos hepatobiliares), trastornos cardiovasculares (perturbación del pulso y tensión arterial), amenorrea, hipotonía muscular e hipoestesia.

Noyes (1951), Darwin (1872a) y Dumas (1933a) coinciden en la descripción de gestos característicos de lo que Noyes denomina “depresión”; para Darwin son la expresión del “abatimiento”, la “ansiedad”, la “pena”, el “desaliento” o la “desesperación”, y para Dumas son manifestaciones de la “tristeza pasiva”. Observan que la circulación languidece, el rostro gana en palidez y se estira, los músculos se dilatan, los párpados bajan, la cabeza se dobla sobre el pecho oprimido; los labios, las mejillas y la mandíbula inferior se inclinan bajo su propio peso; las orejas bajan; los ojos inexpresivos tienen menos brillo, están muy abiertos y con la mirada fija, a veces con lágrimas. Las cejas se presentan en posición oblicua (se eleva el extremo interno), aparecen arrugas en la frente, los extremos de la boca descienden y los surcos nasolabiales quedan muy marcados. Dumas señala, además, que en la tristeza hay modificaciones en el color de la piel y de los cabellos. La piel aparece violácea y algunas veces blanca; algunos sujetos tienen el rostro pálido y las extremidades braquiales y crurales están azuladas. Esto se debe a la languidez de la circulación periférica. Los cabellos pierden su brillo debido a la disminución no sólo de las secreciones sebáceas, sino también de su propia nutrición. Los autores señalan otros signos tales como trastornos del sueño, deseo sexual alterado, inhibición en el pensamiento y en la actividad psicomotora, lentitud en la iniciación y en la ejecución, respiración lenta y con suspiros y “necesidad de recibir aliento para poder comer”, como si se tuviera la vivencia de ser indigno de recibir comida.

Según Dumas, el sentimiento más intenso que aparece en la tristeza pasiva es el de impotencia y desaliento; todo el cuerpo experimenta la tristeza: la cabeza se inclina, las piernas se doblan, los brazos cuelgan, el organismo entero se abandona. Los sujetos se sienten disminuidos en el ritmo de sus movimientos, difícilmente llegan a calentarse, tienen frío en las manos, tiritan (Dumas, 1933a, cap. IV, pág. 446). Aunque Dumas describe en la tristeza pasiva varios sentimientos depresivos, aclara que el contenido del estado afectivo “tristeza” no se agota mencionando la debilidad, el desaliento, la resignación, la impotencia y el aflojamiento orgánico y mental. Considera que todos esos estados afectivos pueden formar parte de la tristeza pero en sí mismos no la constituyen. El sentimiento de tristeza podría aparecer en la conciencia prescindiendo de la resignación, la impotencia o el desaliento, sin que aquella quede suprimida. Más aún, pueden ser concientes la impotencia física y mental y el desaliento, sin que se sienta tristeza.

función respiratoria pulmonar, en el caso del desaliento, son los elementos privilegiados de las respectivas claves de innervación de esos afectos.

## 2. La hibernación: una reacción fisiológica relacionada con el desánimo y el desaliento

La biología nos describe un modelo defensivo adaptativo que se conoce como *hibernación*. Cuando un animal hiberna reduce su metabolismo al mínimo, hay descenso de la temperatura corporal, la respiración es casi nula y se sume en una especie de letargo, lo que le permite subsistir en medios cuyas condiciones se han vuelto muy hostiles. La hibernación supone, por parte del animal, una forma de aislamiento respecto del medio y una espera de que mejoren las condiciones negativas para su modo de vida.

Podemos pensar, entonces, que las funciones corporales que *languidecen*<sup>62</sup> constituyen, en la hibernación, una modalidad orgánica adaptativa cuando se hace necesario sobrevivir en un entorno en el cual hay escasez de elementos nutritivos. La disminución del metabolismo, que implica un menor consumo de oxígeno, es, en estos casos, una respuesta eficaz.

En la hipotermia, por debajo de 35°C, disminuyen todas las actividades fisiológicas, decaen la frecuencia del pulso, la presión sanguínea y el metabolismo. En el paciente quirúrgico esto es útil porque reduce la necesidad de oxígeno en un 40% (Beeson y McDermott, eds., 1980).

Observamos que los cambios somáticos que se registran como acción eficaz en la hibernación, son similares a las manifestaciones somáticas concomitantes a la depresión o a sus formas menores, el desánimo<sup>63</sup> y el desaliento.

Nos ha resultado llamativa la descripción de un estado que la medicina designa con el poco conocido término de “astenobiosis”. Esta palabra designa un estado de reducida actividad biológica semejante a la hiber-

<sup>62</sup> “Languidez” es “flaqueza, debilidad, falta de ánimo o energía” (Real Academia Española, 1985).

<sup>63</sup> También el desgano queda emparentado con el desánimo. El desgano es “inapetencia, falta de ganas de comer” (Real Academia Española, 1985). Etimológicamente deriva de *gana*, que remite a “abrirse en dos partes de un objeto”, “estirar el cuello hacia algo” y también “quedarse boquiabierto” (Corominas, 1983). Obstfeld y colaboradores (1982) sugieren que el desgano se refiere a la falta de deseo de incorporar objetos externos y, por lo tanto, comprometería más la disposición a recibir; mientras que el desánimo, como una falta de espíritu como principio de la actividad humana, se relacionaría, además, con el dar.

nación, pero que no depende ni está relacionado con la temperatura o la humedad (Salvat, 1985).

Como sabemos, el afecto equivale a un ataque histérico universal y congénito (Freud, 1926d [1925]\*); es la repetición de una actividad motriz que otrora fue justificada pero en el presente ya no lo es.

Podemos pensar, por lo tanto, que aquellas manifestaciones somáticas concomitantes a la depresión constituirían una reacción injustificada (en el sentido que hemos mencionado al ocuparnos de la teoría de los afectos), *como producto de una confusión, inconciente, de la carencia espiritual con la carencia de elementos nutritivos.*

### 3. El desaliento como reacción actualmente injustificada

Tal como lo formulamos en el subapartado anterior, la frustración en la necesidad de intercambio espiritual, atribuida a la presencia de un *ambiente hostil*, de una *atmósfera* adversa, puede generar el afecto particular, como proceso de descarga “actualmente injustificado”, que llamamos desaliento.

El desalentado se siente impotente para satisfacer sus aspiraciones de cariño, atención, consideración o estima, déficit que experimenta como si le faltara el aire, situación que corresponde a lo que en el lenguaje habitual se denomina, y no por casualidad, un *desaire*. Recurre entonces, automática e inconcientemente, a una reacción, el desaliento, como forma del desánimo, que en la filogenia se justificaba frente a la carencia del objeto de la necesidad (el aire), pero que no resulta adecuada actualmente ya que la necesidad ha cambiado para ser, actualmente, por ejemplo, un halago.

Como ya dijimos, “estar alentado” es contar con la disposición y la *inspiración* para emprender una obra, lo cual requiere, entre otras cosas, tener una representación de las acciones que deben realizarse para concretarla. Esta imagen anticipatoria de las acciones a realizar constituye lo que podríamos llamar una *protoacción*, que no debe confundirse con tener un ideal, una ilusión, una *aspiración* o un anhelo.

Cuando una persona siente que posee los esquemas de acción adecuados, o cuando tiene la esperanza de que sus esquemas de acción sean eficaces, se siente alentada. En este sentido, consideramos que lo respiratorio pulmonar (el aliento) se arroga la representación del estado afectivo placentero que se experimenta cuando los esquemas de acción (protoacciones) funcionan adecuadamente.

Por otro lado, como señalamos antes, el *aliento* también se arroga la representación del ánimo para realizar la acción. Por esta razón, el

desaliento no sólo surge ante la falla de los esquemas de acción, o porque la acción es más difícil de lo que se suponía, sino también porque se “desanima” la búsqueda de nuevos esquemas.

Solemos considerar que el *desaliento* es un estado afectivo de connotaciones negativas, pero en ciertas oportunidades la acción de desalentar contiene un aspecto positivo. En determinadas condiciones, *desalentar* un deseo o una conducta que pueden ser perjudiciales adquiere el sentido de una actitud de protección.

#### 4. La desestructuración del afecto desaliento

Aquello que conocemos como *desaliento* y que experimentamos como falta de disposición para la acción, aparece muchas veces en la conciencia sin que sepamos cuáles son los motivos que lo sostienen desde lo inconciente.

Pensamos que en algunas circunstancias la represión desaloja de la conciencia no sólo los motivos del desaliento sino también al desaliento mismo. En ese caso (tal como la experiencia nos ha enseñado que ocurre con otros afectos) *un recurso para evitar la conciencia insoportable del desaliento consiste en deformar su clave de inervación, de modo que uno de los elementos de esa clave atraiga sobre sí la investidura completa y penetre, sólo él, en la conciencia, privado del significado afectivo original.*

Como antes afirmamos, los elementos privilegiados para recibir esa investidura son los que constituyen la función respiratoria. De ahí que lo que se presenta a la conciencia como un trastorno respiratorio pueda ser considerado una expresión del afecto desaliento, que al no poder hacerse conciente como tal, se ha desestructurado en su clave de inervación.

El trastorno de la función respiratoria pulmonar, la *disnea*, puede ser interpretado como un desarrollo equivalente al afecto desaliento, trastorno que resulta de la *deformación patosomática* de la clave de inervación correspondiente. El trastorno se definirá como *disnea* cuando la conciencia lo categorice como un proceso somático (privado de significado afectivo), o se definirá como una forma particular de *desaliento* cuando la conciencia lo interprete como un acontecimiento psíquico.

#### 5. Diferentes formas del desaliento

De acuerdo con nuestra tesis, la *función respiratoria* normal se acompaña de la vivencia de “estar alentado”. El “estar alentado”, como

hemos visto, se acompaña de un funcionamiento respiratorio normal, es inconciente y, por lo tanto, no se nomina.

Cuando el estar desalentado alcanza la conciencia, adquiere la categoría de un sentimiento que puede ser reconocido como tal en sus diferentes aspectos. Los distintos trastornos respiratorios representan, en cambio, a nuestro juicio, diferentes formas de un desaliento inconciente.

El *desaliento* puede expresarse simbólicamente, dentro de las formas de predominio inspiratorio, de dos modos distintos. El primero es el sentimiento de ser desatendido o excluido de un entorno social, que suele simbolizarse por medio de la falta de un “aire” que ha sido “quitado”, tal como lo testimonia la elección de la palabra “desaire” para referirse a este tipo de rechazo o desprecio. El segundo modo de predominio inspiratorio corresponde al sentimiento de no recibir el apoyo o el estímulo necesario para emprender una acción. Ese apoyo queda simbolizado por un “aire” que no ha sido otorgado. Así lo testimonia el uso de la expresión “no me han alentado para”.

Existe una forma de desaliento que pone el acento en la fase espiratoria. Configura el sentimiento de ahogo, sofocación o estrangulamiento, que se experimenta en un vínculo estrecho, de características simbióticas, que coarta el desempeño de las actividades vitales y de la creatividad, vínculo que solemos denominar “asfixiante”.

Otra forma de desaliento, que pone el acento en la aceleración del ritmo respiratorio, puede expresarse o simbolizarse mediante la respiración disneica anhelante. “Anhelar” significa “respirar con dificultad” (es decir: disnea) y, también, “tener ansia o deseo vehemente de conseguir alguna cosa” (Real Academia Española, 1985). Aquí también la coexistencia de ambos significados en una palabra nos remite a un mismo núcleo común inconciente. Si aceptamos que el anhelo lleva implícita una esperanza, y que la esperanza corresponde a la idealización defensiva de una espera (Chiozza, 1963*b*) que ha perdido la confianza en que se producirá el hecho deseado (desesperación), encontramos otro motivo para sostener que el anhelo encubre al desaliento (Chiozza, 1981*f*).

## VII. Resumen de la fantasía específica de la respiración

1. Tal como sucede con cualquier otra función, aquello que desde nuestra conciencia denominamos respiración metabólica y pulmonar obtiene su configuración de una matriz estructural inconciente específica.

2. En el caso de la respiración metabólica, a partir de esa matriz inconciente común, aparecen en la conciencia: por un lado, la energía que proviene de los procesos metabólicos (conocimiento médico) y, por el otro,

esa disposición para la acción que denominamos ánimo. Por ese motivo, *la respiración metabólica puede arrogarse la representación del ánimo y del estado afectivo correspondiente que denominamos “estar animado”*.

3. En el caso de la respiración pulmonar, a partir de una matriz inconciente común, aparecen en la conciencia: por un lado, las sensaciones y percepciones correspondientes al aliento como producto de la respiración pulmonar y, por el otro, esa particular vivencia de recibir aliento, implícita en el significado del verbo “alentar”. Por ese motivo, *la respiración pulmonar puede arrogarse la representación del aliento y del estado afectivo correspondiente al significado de la palabra “alentado”*.

4. Mientras el estar *alentado* y *animado* son inconcientes, el *desaliento* y el *desánimo* son afectos típicos y universales que alcanzan frecuentemente la conciencia y adquieren la categoría de sentimientos. Estos sentimientos son nominados con las palabras “desaliento” y “desánimo” precisamente porque los trastornos que derivan en lo que la conciencia categoriza como una falta de aire o de energía se arrogan la representación del proceso afectivo completo, ya que la matriz estructural inconciente de la función respiratoria pulmonar y metabólica configura parte de la clave de inervación de ese proceso afectivo.

5. *La inspiración pulmonar se arroga la representación de la inspiración que alienta la creación y deviene un símbolo de esa parte del acto creativo*. Así lo testimonian el uso de la misma palabra para representar ambos procesos y el hecho de que tanto en los mitos como en la literatura se representa al acto de la creación por la participación del aire, el viento o un sople “alentador”, mediante el cual se anima la materia.

También encontramos en el lenguaje la palabra “aspiración”, vinculada a la inspiración de la fisiología respiratoria. Ésta se arroga la representación del deseo, anhelo o impulso de lograr algo, como lo demuestra el uso de la misma palabra para representar ambos procesos.

La inspiración pulmonar designa predominantemente la entrada del aire en los pulmones; la aspiración, como proceso físico, en cambio, designa predominantemente el acto por el cual se quita aire de un determinado lugar. La inspiración creativa acompaña al acto de creación de una obra; la aspiración como vivencia, en cambio, acompaña a un deseo que no se ha realizado.

6. El aire respirado (aliento) o *pneuma* simboliza al alma y al espíritu, como lo testimonian numerosos ejemplos extraídos de la etimología y de la mitología. De modo que el funcionamiento respiratorio pulmonar normal, que implica el intercambio de gases con el medio ambiente, se arroga la representación simbólica del buen intercambio socio-espiritual con los objetos del entorno. Por ese mismo motivo se utiliza una misma palabra, “atmósfera”, para referirse al ámbito común, tanto aéreo como social, compartido.



La expresión “salir airoso” (literalmente: lleno de aire) posee el significado de salir con éxito de una situación que haya implicado lucha, bochorno, ofensa o desaire. Respirar con plenitud simboliza, en esa forma lingüística, sentirse espiritualmente satisfecho por la superación de una dificultad.

7. El afecto *desaliento* puede expresarse simbólicamente de dos maneras distintas.

Una de ellas, de predominio inspiratorio, admite a su vez dos posibilidades. La primera es el sentimiento de ser desatendido o excluido de un entorno social, simbolizado por la falta de un aire que ha sido quitado, como lo testimonia la elección de la palabra “desaire” para referirse a este tipo de rechazo o desprecio. La segunda corresponde al sentimiento de no recibir el apoyo o el estímulo necesario para emprender una acción, simbolizado por la falta de un aire que no ha sido otorgado, como lo testimonia el uso de la expresión “no me han alentado para”.

La otra, de predominio espiratorio, configura el sentimiento de ahogo, sofocación o estrangulamiento, que se experimenta en un vínculo estrecho, de características simbióticas, que coarta el desempeño de las actividades vitales y de la creatividad, vínculo que solemos denominar “asfixiante”.

8. El *suspiro*, precedido de una situación en la cual se ha “coartado el aliento”, es una inspiración fuerte y prolongada, seguida de una espiración, también prolongada, que constituye su representación privilegiada y audible. Es una “respiración” que viene de lo hondo del ánimo, como lo muestra la etimología de la palabra “suspiro” (*sub*: bajo, y *spiritus*: espíritu). Si tenemos en cuenta que proviene de un instante de suspensión del aliento o respiro, podemos pensar que representa un *des-ahogo* que expresa la superación del desaliento.

La expresión “¡ufa!”, asociada al bufido (de “bofe”, pulmón) y al resoplido de los animales, considerada como la exageración de un suspiro, podría representar una forma de desahogo violenta, un intento más intenso de terminar con el desaliento.

9. La biología interpreta la *hibernación*, que se caracteriza por la disminución del metabolismo y la temperatura, y un mínimo consumo de oxígeno, como una respuesta arcaica de adaptación a la carencia externa de los suministros del ambiente que son imprescindibles para el cumplimiento de las funciones vitales.

*Encontramos en la hibernación el modelo filogenético que configura la clave de inervación del afecto desaliento.*

Cuando la frustración en la demanda de intercambio socio-espiritual es, en lo inconciente, errónea y simbólicamente interpretada como la carencia de alimentos y de oxígeno, surge el afecto desaliento como un acto motor

filogenéticamente justificado (hibernación) pero ineficaz ante esa situación. Representa además, simbólicamente, *un intento de actualizar la etapa prenatal conservando la fantasía omnipotente de prescindir del intercambio*.

El desalentar una acción o un deseo puede funcionar, sin embargo, en algunas circunstancias, de una manera protectora.

10. *El trastorno de la función respiratoria pulmonar; la disnea, puede ser interpretado como un desarrollo equivalente al afecto desaliento*, que resulta de la deformación patosomática de su clave de inervación. El trastorno se definirá como disnea cuando la conciencia lo categorice como un proceso somático (privado de significado afectivo), o como una forma particular de desaliento cuando la conciencia lo interprete como un acontecimiento psíquico.

11. El verbo “anhelar” significa: tener ansia o deseo vehemente de conseguir alguna cosa y, también, respirar con dificultad. Por este motivo, podemos afirmar que la *respiración anhelante*, una forma particular de la disnea, se arroga la representación de un *deseo vehemente*, el cual, por otra parte, suele constituirse como una formación reactiva frente al desaliento.

## VIII. Los significados del asma

### 1. Síntesis bibliográfica

French y Alexander (1943) sostienen que dado que la respiración constituye la primera función posnatal, representa la independencia biológica del niño respecto de su madre. De ahí que en el acceso disneico se expresen simultáneamente un pedido de amparo y la protesta contra la relación de excesiva dependencia. Los determinantes del ataque se asocian a situaciones de temor y rabia, a situaciones que amenazan la relación de dependencia y la seguridad basada en ella y a conflictos sexuales. La separación temida de la madre, que amenaza la dependencia y la seguridad, no es una verdadera separación física sino el peligro de alejamiento de la madre debido a alguna tentación a la que el paciente está expuesto; el ataque parece significar un grito suprimido y una confesión sofocada dirigidos a la madre. Los autores remarcan que la situación precipitante la constituye la indecisión y el conflicto entre adherirse y separarse de la madre. Los motivos de la inhibición del grito son atribuidos a la exigencia materna de actitudes independientes y autosuficientes prematuras, así como a la tendencia que se opone a la dependencia excesiva materna. El ataque de asma expresaría también una protesta frente a la separación y contra la necesidad de procurarse independientemente el oxígeno, como así también la protesta contra

el deseo de restablecer llorando (o gritando) la dependencia con la madre. La madre del asmático es caracterizada como narcisista, ambiciosa, poco maternal. Los padres son descriptos como pasivos y alejados del hijo, y el niño asmático como uniformemente terco, exhibicionista y exigente.

Weizsaecker (1946-1947) encuentra, como rasgo caracterológico en los pacientes asmáticos, una terquedad vengativa. Considera que esta terquedad surge frente al miedo a la pérdida de seguridad. Dice: “el ataque asmático es una especie de escena de llanto que tiene lugar en los pulmones, como expresión de miedo, terquedad y de aquella amenaza de enfermedad y muerte” (Weizsaecker, 1946-1947, pág. 86). Refiriéndose a lo que diría un psicólogo acerca de una paciente describe que su *imagen-madre* recibió un duro golpe que la hirió en su ánimo. Agrega que en el asma se llora y se grita en lo más profundo de los pulmones y concluye diciendo que “las funciones fisiológicas en el asma reflejan algo de las fuerzas apasionadas que en el espíritu son más eficaces que las lógicas e intelectuales”.

Racker (1948) dice que el nacimiento marca el momento de la primera función, puesto que rompe la identidad entre sujeto y objeto; desde entonces el objeto y lo malo quedarán equiparados. En varios pacientes asmáticos encontró que se inhibían para amar porque lo vivían como un desprendimiento de libido del yo, equivalente a la muerte. Estos pacientes experimentan el peligro de ser absorbidos (amados, comidos, matados) por la madre Moloc<sup>64</sup>, y ante ese peligro se tienen que defender.

Surge entonces:

- 1) Un conflicto entre incorporar (amar, comer, tener dentro, estar unido, salvarse de la muerte) y no incorporar (evitar lo malo, la muerte y también morir por falta de seno) a la madre.
- 2) Una lucha entre la madre que quiere entrar por sus vías respiratorias y el paciente. La defensa consiste en cerrar los bronquios.
- 3) Otra defensa que consiste en incorporar al objeto, y que instala un conflicto entre retener a la madre o expulsarla.
- 4) Ante el temor de ser absorbido, búsqueda (en la angustia de muerte) tanto de llenarse de nuevo, como de eliminar al mismo tiempo al objeto peligroso. El asmático trata de conseguir ambas cosas, inspirando al objeto. Como es un objeto malo se lo tiene que agredir. El ataque asmático se constituye entonces

<sup>64</sup> Racker (1948) utiliza la idea de la madre Moloc para referirse a la imagen de una “madre absorbente” que da a la vez que quita. Moloc era un dios fenicio que, como Saturno, comía niños.

en un “proceso melancólico” en el aparato respiratorio, según lo describe Pichón-Rivière (1943).

5) El enfermo introyectó al objeto, y éste lo ataca, lo mata desde adentro. En este sentido, el asma sería una conversión somática de un delirio de ahogamiento. El hecho de que el objeto sea “inspirado” representa la tentativa de incorporarlo evitando la agresividad oral. El estornudo sería un rechazo del objeto por la nariz, y el “deseo de salud”, un apoyo externo.

En los asmáticos la madre es equiparada al aire. Tanto la inspiración como la espiración son mortales y el enfermo *se ahoga, muere* en este conflicto. Ahogarse equivale a la falta de aire y a haber perdido a la madre. La contradicción entre la independencia y la pasividad se comprende en un plano más profundo: el del nacimiento. Nacer es separarse de la madre y morir. Pero nacer es también vivir. No nacer es también la muerte, pero es estar unido a la madre y, por lo tanto, vivir. Es esto lo que elige finalmente el asmático.

Fenichel (1945) se refiere al asma bronquial como una organoneurosis del aparato respiratorio. En el asma bronquial es especialmente un anhelo (pasivo-receptivo) de la madre lo que expresan las alteraciones patológicas de la función respiratoria. El ataque asmático es, ante todo, un equivalente de angustia; ésta es percibida como un temor de asfixia, es un grito en pedido de ayuda dirigido a la madre, a quien el paciente trata de introyectar por la respiración para estar permanentemente protegido. La orientación anal de los pacientes, por regla general, ha evolucionado de un interés de oler a un interés de respirar.

Arminda Aberastury (1951) observó que los niños asmáticos construyen las casas con gran cantidad de ventanas, pequeñas y colocadas en lo alto, para simbolizar la dificultad respiratoria.

Adriana, una niña que comenzó con crisis asmáticas a los 8 años, cuando nació su hermano, que la desplazó del lugar de “la menor”, representó la sensación de ahogo dibujando una figura en la que los brazos salían de la garganta.

Otros niños que sufrían fuertes ataques rompían parte de una pared de la casa construida, dejando un boquete por donde entrase el aire.

Una línea de investigación iniciada por Abadi en 1968 (citado en Canteros, 1979, págs. 23-24) y continuada por Jorge Cagnoni (1971) vincula la respiración con el nacimiento.

Abadi habla de la imagen de una *madre esfinge* que retiene al hijo y no le permite el nacimiento, y que amenaza así con ahogarlo. Habla de la ausencia de un buen *padre partero* que ayude al hijo a nacer y lo rescate del encierro materno. Siguiendo estas ideas, entiende el drama del ataque asmático como la repetición de la situación traumática del nacimiento

impedido. Según este autor, el asmático se siente encerrado y ahogado por esa *madre esfinge* (Abadi, citado por Canteros, 1979).

Según Cagnoni, “respirar es tener alma porque es nacer y esto equivale a salir de la muerte, a la que condena una madre que lo dificulta” (Cagnoni, 1971).

Noemí Canteros (1979), siguiendo el método de investigación de las fantasías específicas, plantea que en el asma se hallan presentes fantasías exudativas, alérgicas y espasmódicas y que ese mosaico comprende también una fantasía pulmonar.

La autora sostiene que “el asmático, en su ataque de disnea espiratoria, se niega con terquedad a realizar un intercambio múltiple que lo asusta, y trata, a través del aire retenido y de sus secreciones y exudados, de cumplir con el deseo de conservación del vínculo simbiótico remedando la situación prenatal. Lo que intenta evitar a través de este cumplimiento de deseos es el sentimiento de susto, de soledad y de responsabilidad que acompaña al proceso de nacimiento-individuación” (Canteros, 1979).

Subraya la vinculación existente entre el ataque de disnea y la angustia catastrófica. Señala que este sentimiento no aparece en la conciencia del asmático, y que, en su lugar, aparece la disnea. Afirma que los pacientes asmáticos repiten en el ataque un modelo basado en el acto del nacimiento. El ataque tiene dos momentos: el primero es retentivo simbiótico, a la manera de un útero que no estimula el desprendimiento del feto, y el segundo, como el acto de nacimiento mismo, es de corte brusco y lleva a la vivencia de un desamparo extremo y al desarrollo de una angustia catastrófica. Considera que el estrechamiento bronquial y la retención del aire son la expresión de un cumplimiento de deseos: el de recrear el primer momento del acto de nacer, o sea el de la simbiosis prenatal, retentiva. Si el asmático, en su ataque, cumple también con el deseo de no haber nacido, evita sentir la angustia traumática que el nacimiento trae aparejada.

De acuerdo con nuestras investigaciones<sup>65</sup>, *todos los trastornos de la respiración pulmonar son la expresión del afecto desaliento que, al no poder hacerse conciente, se ha deformado en su clave de inervación.*

El afecto puede expresarse simbólicamente de dos maneras distintas. Una de ellas, de predominio inspiratorio, y la otra, de predominio espiratorio. Esta última configura el sentimiento de ahogo, sofocación o estrangulamiento, que se experimenta en un vínculo estrecho, de

---

<sup>65</sup> Los autores del presente trabajo junto con la licenciada Lidia Carotenuto presentamos una comunicación preliminar de nuestras investigaciones, con el título “Las fantasías específicas de los trastornos respiratorios. Comunicación preliminar”, en el Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicosomática en 1987.

características simbióticas, que coarta el desempeño de las actividades vitales y de la creatividad, vínculo que solemos llamar *asfixiante*.

El asma sería la principal enfermedad entre las que expresan el conjunto de fantasías correspondientes al desaliento de tipo espiratorio.

## 2. La disnea asmática

El cuadro configurado como asma bronquial se caracteriza fundamentalmente por un espasmo bronquial que conduce a una disnea espiratoria y por la presencia de exudado alveolar. El exudado alveolar puede ser comprendido como la expresión patosomática<sup>66</sup> de un llanto vicariante (Chiozza y colab., 1970p [1968]).

La existencia de una *disnea asmática* depende, en cambio, de que se establezcan las siguientes condiciones:

- 1) *Una frustración actual en el nivel de desarrollo tánato-libidinoso<sup>67</sup> alcanzado y la regresión a un punto de fijación respiratorio neonatal<sup>68</sup>.*

En ese nivel el funcionamiento respiratorio pulmonar normal, que implica un adecuado intercambio de gases (aire) con el medio ambiente, y el buen intercambio socio-espiritual con los objetos del entorno (atmósfera), pueden presentarse recíprocamente mediante el aliento, ya sea el físico o el anímico, usados como símbolo.

<sup>66</sup> Junto a la neurosis y a la psicosis como trastornos psíquicos, incluimos la *patosomatosis*, que se manifiesta como trastorno en el cuerpo. La represión patosomática de un afecto se produce mediante el desplazamiento de la investidura que se da dentro de la clave de inervación.

<sup>67</sup> Con respecto al desarrollo tánato-libidinal, afirmamos en *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos. Comunicación preliminar* (Chiozza, 1963a) que Freud, además de hablar del desarrollo de la libido (Freud, 1916-1917 [1915-1917]\*), señaló que hay una evolución en el modo de actuar de los instintos tanáticos. Esto nos permite hablar de desarrollo tánato-libidinal en la medida en que las distintas formas de primacía de las etapas de la libido determinan distintos modos de fusión de los instintos.

<sup>68</sup> En relación con el *punto de fijación respiratorio neonatal*, Freud (1916-1917 [1915-1917]\*) puntualizó la fijación de un instinto en un punto específico del desarrollo y también afirmó que todo proceso importante puede transformarse en zona erógena. También sostuvo que la primacía de una zona erógena se establece durante el desarrollo de la libido, por ejemplo, la primacía oral, lo que da lugar a un punto de fijación. En *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos. Comunicación preliminar* (Chiozza, 1963a) afirmamos, sobre la base de estos conceptos freudianos, que es posible encontrar otras primacías y otros puntos de fijación además de los que se han descripto clásicamente.

Cuando existe una regresión respiratoria, la frustración actual de una demanda afectiva se experimenta con una perentoriedad similar a la de la necesidad de oxígeno, y el vínculo con el objeto adquiere características semejantes a las que han sido descritas en la simbiosis.

La ausencia de un entorno social bueno es experimentada entonces como la ausencia de un objeto alentador y anhelado, equiparada siempre a la presencia de un entorno hostil que “desalienta”.

2) *Un vínculo simbiótico con un objeto que, en la vivencia del sujeto, lo amenaza continuamente con el abandono y al mismo tiempo debe satisfacer una necesidad perentoria.*

En un nivel respiratorio, el abandono se experimenta como el “desaire” de un objeto desalentador, y la fase espiratoria de la respiración normal puede confundirse en lo inconciente con una forma de arriesgarse al abandono.

3) *Un intento de retener a ese objeto del anhelo, intento que aumenta, en la vivencia del sujeto, su carácter frustrante, ya que la retención no disminuye “el desaliento”.*

Así como el aire retenido pierde su contenido de oxígeno e impide la obtención de un aire nuevo, oxigenado, al objeto retenido en un nivel de regresión respiratoria se lo experimenta como un objeto malo, que coarta el desempeño de las actividades vitales y la creatividad del sujeto.

Debido a la regresión respiratoria, un vínculo semejante es sentido como una forma particular, espiratoria, del afecto desaliento: la ausencia de un objeto alentador equiparada, en lo inconciente, con la presencia de un objeto que ahoga, asfixia o estrangula.

4) *La imposibilidad de que el afecto desaliento acceda a la conciencia.*

5) *La desestructuración de la clave de inervación del desaliento y su representación simbólica por uno particular entre los elementos de esa clave de inervación: la disnea, que atrae sobre sí la intensidad total de la investidura y penetra en la conciencia como un fenómeno somático privado de su significado afectivo. Adquiere, de este modo, el carácter de un desarrollo equivalente al afecto desaliento.*

## IX. Casos clínicos

### Mónica (22 años)

Mónica, estudiante de arquitectura, nos consulta a raíz de un ataque de mal asmático que requirió internación y máscara de oxígeno.

El cariño que siente por Gustavo, su novio, no es el amor que experimentó por Juan, con quien a los 15 años tuvo su primera relación sexual. Suelen pelearse, porque es muy soñador y no tiene los pies en la tierra. Gustavo le propuso irse a vivir juntos, para probar. Mónica no se siente protegida, porque lo ve inestable y débil como un niño.

La familia de Mónica está de acuerdo con el proyecto, y hasta le ofrecen un departamento, pero ella no sabe qué hacer. Siente que su familia no se da cuenta de sus inseguridades, de sus miedos y de sus dudas. Experimenta la actitud de ellos como un abandono, desearía que la comprendan y la ayuden a decidir, y se angustia cada vez más.

Desde niña sentía el deseo de alguien que estuviera siempre a su lado, sin condiciones. Sufrió su primer ataque de asma a los 3 años de edad, cuando sus padres se separaron. Mónica dormía entonces con su mamá, pero igual la sentía lejos. Su madre siempre estaba ocupada con las cosas de la profesión y no le gustaban las cosas de la casa. Se sentía continuamente amenazada por la sensación de que su madre la iba a abandonar. Su padre tampoco le ofrecía una presencia segura. Se volvió a casar, y la cama de Mónica se la dieron a Adriana, la hija de la mujer de papá.

Creció muy apegada a la madre, y aún conserva la ilusión de tenerla para siempre consigo, pero cuando le cuenta sus cosas y la mamá opina, Mónica comienza a sentir que se mete demasiado en su vida, que tiene que estar frenándola. Le da el departamento donde tiene que vivir, le indica lo que debe hacer, cede, sin consultarle, su cuarto y su cama a los parientes que vinieron a visitarlos.

El día del último ataque estaban festejando Navidad en familia. Había un clima raro, una atmósfera asfixiante. Vinieron de visita sus primas, altaneras y despreciativas; le usaban *sus* cosas y *su* casa. Uno de los primos más chicos, jugando, le rompió su guitarra. Se sentía cada vez más angustiada, nerviosa, impotente, invadida e incomprensida. Su madre y Pablo, el marido, se retiraron luego del almuerzo para dormir la siesta. Gustavo también se fue a dormir, dejándola sola. Recordó entonces a su madrina, internada por una crisis depresiva, y tuvo miedo de terminar como ella. De pronto siente que no puede respirar, que se ahoga. Es el comienzo del mal asmático que motivó la consulta.

El contraste que se establece el día del ataque, entre la escena de su madre y Pablo disfrutando la siesta en una misma cama y ella “abandonada” por Gustavo que se acuesta solo, dramatiza adecuadamente la desilusión de Mónica frente a un proyecto de “casamiento” inminente que no la entusiasma. Esta frustración actual, y la regresión respiratoria que desencadena en Mónica, cumplen la primera condición para la emergencia de su enfermedad somática.



La regresión respiratoria de Mónica no sólo se observa en el hecho de que vivencia su entorno familiar como una atmósfera asfixiante, sino, sobre todo, en la perentoriedad con que experimenta su necesidad de los objetos con los cuales establece un vínculo de características similares a la simbiosis. Los necesita “como el aire”, y experimenta, en este nivel, la frustración, como un “desaire” que la “desalienta”.

La segunda condición para que pueda establecerse una disnea espiratoria, es decir, que las personas tomadas como objetos de una necesidad perentoria sean al mismo tiempo experimentadas como objetos que amenazan continuamente con el abandono, se observa con claridad en la historia de Mónica. Siente que su madre, la única persona “cercana” desde la separación de los padres, está “lejos”. Este tipo de vínculo, caracterizado por un anhelo de salir *airosa*, que culmina en el desaire, queda simbolizado en el hecho de que le quiten repentinamente su cama y se repetirá en sus relaciones más íntimas y significativas, por ejemplo, en su dependencia hacia Gustavo, que la *desalienta* y no le *inspira* entusiasmo.

Mónica no sólo conserva la ilusión de tener a la madre para siempre consigo, sino que, además, realiza el intento de retenerla para que no la abandone. Por este motivo le cuenta sus cosas, aunque hace ya tiempo que *sabe* que no puede comprenderlas. Siente entonces que la madre *retenida* la invade *metiéndose* sin comprender, determinando su vida de un modo que la hace sentir asfixiada. Vemos aquí la tercera condición para la existencia de una disnea espiratoria. La enferma, que intenta defenderse del desaliento y del desaire, incapaz de “soltar” al objeto, en lugar de salir *airosa*, *se ahoga*.

El temor al enojo, a la pelea, al riesgo de ser abandonada, pero sobre todo la arraigada convicción de un desamparo extremo, incompatible con la vida (convicción que sólo se manifiesta algunas veces, oscuramente, en la angustia de Mónica frente a la idea de la soledad), deben haberse reunido para que no soportara la conciencia del *desaliento* afectivo que experimenta en sus vínculos más entrañables.

El desaliento afectivo de Mónica se manifiesta en su conciencia como una disnea que prefiere atribuir a un origen “somático”, porque, de este modo, además de evitar la conciencia traumática de las circunstancias en las cuales experimentó el desaliento, evita la vivencia, para ella insoportable, del desaliento mismo.

La intensidad de la regresión, que determina la intensidad de la vivencia afectiva, hace necesaria la deformación defensiva de la clave de inervación del afecto implicado y, al mismo tiempo, facilita esa deformación por obra de la misma intensidad de las investiduras. En otras palabras: *en ese nivel* de regresión, en el cual la madre es como el

*aire* que se respira, no se puede concientizar su falta, pero esto mismo conduce a representarla como si faltara el *aire*.

## Hugo (39 años)

El diagnóstico decía: “enfermedad broncopulmonar obstructiva crónica”. Tenía enfisema. Padecía asma bronquial desde que tenía 2 años, y la bronquitis que le había venido hacía ya cinco años no se le iba más...

Siempre trató de mostrarse optimista, activo, eufórico, pero últimamente se le habían juntado demasiados sinsabores...

Cuando, a fines del año pasado, vinieron sus hermanos a Buenos Aires, todo hubiera debido ser como antes: los cuatro juntos con mamá... pero empezaron los reproches y terminaron en una pelea que le dejó un sabor muy feo. La imagen de la gran familia unida se esfumó... la reunión de fin de año, que siempre se había hecho en su casa, tal vez ya no valía la pena...

Quería tener más hijos... en las vacaciones de verano le había propuesto a Rony que se sacara el diafragma para siempre... Ella, más realista tal vez, le había dicho que hasta que él no mejorara no convenía... que cuando nacieron los mellizos él empezó con la bronquitis... y que fue ella la que había tenido que cargar con los chicos y con él.

Su compinche y camarada, Pedro, compañero de facultad y socio desde que se graduaron de ingenieros, ahora se dedica a desarrollar proyectos propios...

Rony tampoco es la de siempre... está muy ocupada con los hijos que empezaron la escuela y el instituto que acaba de inaugurar. Por la noche llega agotada, sin ganas de iniciar ningún juego amoroso...

En la cama siente ese tremendo frío en todo el cuerpo, y cada vez que tose tiene que escupir... No debe olvidarse de llevarse el pañuelo y el broncodilatador... por las dudas...

Él también la besa menos... tampoco se ríe como antes... pero es por temor a agitarse... (¡y al mal aliento!) Cada vez tose más... cada vez tiene más fatiga... ¡cada vez está más débil... y más flaco!

Su infancia, a pesar del asma, había sido una época feliz. Mamá era la que estaba siempre... el espíritu de la casa... pendiente de su enfermedad de niño. Era la que lo comprendía, aunque casi siempre le imponía sus gustos sin que él pudiera reaccionar...

Cuando, recién graduado, se casó con Rony, se fueron a vivir a los EE.UU. Fueron tiempos buenos... la bronquitis empezó cuando volvieron... querían que los mellizos nacieran aquí.

Mamá no era la misma: la encontró más distante, metida en sus cosas... no se portaba como la abuela que esperaba ofrecerles a sus hijos... una abuela como la que él había tenido. Sus amigos también estaban muy cambiados... interesados en sus propias vidas... tampoco eran los mismos que había soñado reencontrar...

Fue entonces, en el momento en que, más solo que nunca, iba a ser padre, cuando sintió en la carne el agujero que dejó en su vida la muerte de papá. Por culpa de un cáncer de pulmón cuando Hugo tenía 26 años.

Papá nunca había sido fuerte; era mamá la que, siendo todavía un niño, le mostraba cosas referidas al sexo y al parto, ¡para que supiera!... sin medir las consecuencias, sin calcular las emociones que él pudiera sentir...

Todavía se acuerda de los ojos que lo miraban, desde todos lados, en la oscuridad del cuarto, cuando, lleno de angustia, se quedaba en la cama sin atreverse a llamar... y también recuerda que, en su adolescencia, decidió abandonar a su primera novia, porque no le gustaba a mamá.

Es inútil que repita una y otra vez que “a la realidad terrestre, le camina por encima”. Es inútil negar que, cuando llega a su casa y tiene que comer solo, se pone a mirar cualquier porquería por la televisión.

Se siente muy flaco y muy débil... casi postrado, pero está Rony, que es un tractor, tiene una capacidad de trabajo que es una maravilla... un vigor increíble... la iniciativa es toda de ella.

Rony, cada vez más entusiasmada con sus nuevas ocupaciones, ya no tiene ganas de iniciar ningún juego amoroso. Él también la besa menos, y se ríe menos, por evitar la fatiga y por temor al mal aliento. Así relata Hugo su frustración genital actual, que determinará su regresión a los puntos de fijación en los cuales, durante el desarrollo, ha quedado detenida la mayor parte de su libido.

Aparentemente, la sensación de debilidad que siempre lo acosó, desplazada hoy sobre su extrema delgadez, simbolizada con *el agujero* que le dejó la muerte de su padre, lo condujo a adoptar una posición de niño frente a su mujer. Pero, sin embargo, una intensa fijación a la primacía respiratoria, neonatal, permite comprender mejor las vicisitudes de los vínculos que Hugo ha establecido.

La necesidad del objeto es para él tan perentoria como la del aire que respira. La amenaza de abandono contenida en el desgano genital de Rony, que Hugo también reencuentra en el hecho de que no quiera tener más hijos, es experimentada, en ese nivel respiratorio, como un desaire que produce desaliento.

Algo similar le ocurre cuando, al regresar de los EE.UU., encuentra a su madre *más distante, metida en sus cosas*, y a sus amigos, *muy cambiados, cada uno en lo suyo*.

El intento de retener a ese objeto de un anhelo perentorio, a ese objeto que, al mismo tiempo, desaira, no disminuye el desaliento, sino que, por el contrario, es vivenciado como la presencia de un objeto malo que invade, ahoga y asfixia; un objeto que no es posible espirar.

Hugo sufre, “somáticamente”, por el aire viciado y retenido mediante la disnea espiratoria, el enfisema y la bronquitis obstructiva, cuyos exudados simbolizan, además, un llanto reprimido que se expresa de manera vicariante.

Prefiere interpretar su sufrimiento como un “síntoma somático”, porque necesita mantener inconciente el tipo particular de malestar que experimenta cuando, como le pasaba con su madre, Rony le impone su voluntad, sus deseos, su forma de vida, sus horarios.

Si la vivencia de sometimiento alcanzara su conciencia, se vería obligado a enfrentarse con el temor al abandono y con la extrema dependencia que le impide reaccionar, pero ese enfrentamiento es casi imposible para él, ya que en su inconciente el abandono se confunde con una vivencia terrorífica de asfixia, de la cual, lo que *retorna* en cada episodio de disnea asmática es solamente una pequeña *muestra*.

### **Mariana (30 años)**

Cuando, hace ya cinco años, conoció a Juan, se sentía atrapada. Con Roberto, el gerente de la empresa donde trabajaba, había tenido su primera relación sexual... lo necesitaba mucho... la idea de hacerlo con otro hombre le despertaba un sentimiento de violencia... pero con él no había futuro... Roberto no pensaba separarse de su familia... jamás sería totalmente suyo... no podía seguir ni cortar...

A Juan lo había visto muy solo y había sentido deseos de ayudarlo... ¡ella podía ser, ahora, su tabla de salvación! Cuando Juan le propuso hacer un viaje juntos, dejó de ver a Roberto, aunque nunca lo dejó de querer...

A pesar de que con Juan no todo era perfecto, que las relaciones sexuales no eran buenas, había encontrado a alguien que podía ser “suyo”, que veía en ella a una chica “de su casa”, seria, profesional. Sentía que tocaba el cielo con las manos... Tal vez una cierta concesión en la sexualidad era parte de lo que había que dar para poder ocupar el lugar de una novia...

Es cierto que a veces era un poco contradictorio; proponía y decidía, pero al final nunca se sabía lo que iba a hacer... a lo mejor, con el tiempo, llegaría a sentirse más segura de ser alguien importante para él... tenía (!) que conseguirlo porque la idea de la soledad le parecía sencillamente insoportable.

En esa época, para colmo, comenzó a enfermarse... antes del aborto, la bronquitis, y luego la primera de sus crisis asmáticas. ¡No fue posible seguir el embarazo!... casi no se conocían todavía.

Poco tiempo después del aborto se casaron sin saber que estaba embarazada otra vez. Cuando nació Fernando, Juan se quedó sin trabajo... y empezaron las peleas por asuntos que era difícil recordar... Dios sabe que luchó por mantener sus ilusiones, las mismas del comienzo, cuando, aunque él era autoritario y ella se sometía, todo era idílico.

A pesar de las peleas, estaban juntos entonces, pero la distancia era enorme... se sentía sola, torturada por la penosa humillación... y por un llanto sin lágrimas, como aquella vez en el andén, a los 14 años, cuando su novio, que regresaba del viaje de egresados, bajó del tren con la chica que la sustituyó.

¡Qué mal se había sentido!... oscilando entre la torpeza, unida al sentimiento de patito feo, y la injusticia, que la habían perseguido desde niña, a pesar de los deberes perfectos, como exigía, autoritariamente, su madre, que se mostraba sin defectos... o como en el colegio de monjas, donde pensar en ser mujer era pecado...

Y sin embargo, aunque se sentía insignificante frente a sus amigas más *sexies*, que no se vestían como nenas, Raúl, el muchacho que todas pretendían, la había buscado para que fuera su novia... antes de abandonarla en el andén en el mismo año en que, de golpe, sin que pudiera despedirse, se murió su padre por culpa de un cáncer de pulmón... cuando empezaba a transformarse en su compinche...

Se habían ido, por fin, con Juan, unos días a Mendoza, en un inútil intento de recrear un buen clima. Fue cuando volvieron que se enfermó de neumonía... Y fue luego de la neumonía que comenzó nuevamente a trabajar, pero le costaba relacionarse con la gente. Había perdido la alegría y la iniciativa que tenía cuando era adolescente, cuando lideraba a sus compañeros del colegio y de la facultad. Siempre había deseado hacer algo que le permitiera trascender...

Sola, en la casa grande que construyeron con tanta ilusión, con un hermoso jardín, y con un bebito recién nacido... pero en las afueras de la ciudad, sin coche y sin teléfono, ahora que ha dejado de trabajar y se siente recluida, se le hace difícil soportar que Juan se quede trabajando en el centro durante todo el día... y que, indiferente, vuelva ¡cada vez más tarde!

Además, le volvió la neumonía y el asma ha empeorado... una vez más lo intentó, como desde que era niña... y otra vez fue a parar a la misma situación, sin salida, donde queda atrapada...

Mariana, sometida en el vínculo con Roberto, que experimentaba como el continuo *desaire* de un objeto que no podía retener, que no era *suyo*, sólo

pudo prescindir de él porque logró salir airosa, sustituyéndolo por Juan, ya que la idea de la soledad le parecía *sencillamente insoportable*.

Juan, a quien *había visto muy solo*, no podría abandonarla jamás, porque él, como si corriera precisamente el peligro de morir ahogado, la necesitaba a ella; Juan, que sin embargo podía ser “retenido”, se hizo rápidamente malo: ella piensa que quizás, *con el tiempo, llegaría a sentirse más segura de ser alguien importante para él*, y agrega, también, que *tenía que conseguirlo*. Al mismo tiempo, *empezaron las peleas por asuntos que era difícil recordar*.

Vemos, en esta parte de su historia, la segunda y la tercera condición para la existencia de una disnea espiratoria: su vivencia de que el objeto de una necesidad perentoria la amenaza nuevamente con el abandono, y el intento, fallido, de disminuir el desaliento reteniendo a ese objeto que se transforma, así, en una presencia que ahoga.

Mientras tanto Roberto volvió a ocupar el lugar del objeto del anhelo, convirtiéndose, ahora, en el hombre *que nunca dejó de querer*, ya que con Juan *las relaciones sexuales no eran buenas*, pero había sido necesaria *una cierta concesión en la sexualidad para poder ocupar el lugar de una novia*.

Mariana expresa claramente de este modo que resigna una parte de su genitalidad para disminuir el peligro de ser abandonada, pero la frustración genital, que incrementa la regresión y constituye aquí la primera condición para el establecimiento del asma bronquial, incrementa el temor al abandono y el sufrimiento por un vínculo asfixiante.

Las crisis de asma que experimenta en esta época corresponden entonces al hecho de que la intensidad de los afectos comprometidos condiciona la represión del desaliento y lo transforma, mediante la deformación de su clave de inervación, en una disnea espiratoria.

Los dos episodios de neumonía que padece Mariana nos muestran, en cambio, la operación inconciente de fantasías distintas.

Buscaba un hermoso jardín, símbolo del aire, que representa, en un nivel de regresión respiratorio, un buen intercambio con las personas del entorno que son, para ella, objetos de una necesidad perentoria. Su intento de recrear *un buen clima*, de recuperar la atmósfera de *alegría adolescente* que había perdido, fue, en cambio, derrotado por la compulsión repetitiva. Se encontró, de pronto, torturada por un “llanto sin lágrimas” y enojada con Juan, que vuelve *cada vez más tarde*, con quien la distancia afectiva *es enorme*. Estaba sola, recluida, sin coche y sin teléfono, incomunicada, sintiendo que le costaba relacionarse con la gente, cada vez más lejos de *algo que le permitiera trascender*.

---

**LOS SIGNIFICADOS  
INCONCIENTES ESPECÍFICOS DE  
LA ENFERMEDAD VARICOSA**

---

(1991 [1990])

Luis Chiozza, Gladys Baldino, Liliana Grus  
e Hilda Schupack

## Referencia bibliográfica

**CHIOZZA, Luis y colab. (1991g [1990]) “Los significados inconcientes específicos de la enfermedad varicosa”.**

## Ediciones en castellano

L. Chiozza y colab., *Los afectos ocultos en... psoriasis, asma, trastornos respiratorios, várices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas y accidentes cerebrovasculares*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1991/1992/1993, págs. 82-105.

*Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995.

*Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996.

L. Chiozza, *Los afectos ocultos en... psoriasis, asma, trastornos respiratorios, várices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas y accidentes cerebrovasculares*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1997, págs. 81-103.

## Traducción al portugués

“Os significados inconcientes específicos da doença varicosa”, en L. Chiozza (org.), *Os afetos ocultos em... psoríase, asma, transtornos respiratórios, varizes, diabete, transtornos ósseos, cefaléias e acidentes cerebrovasculares*, Casa do Psicólogo Livraria e Editora, San Pablo, 1997, págs. 87-113.

## Traducción al inglés

“The specific unconscious meanings of varicose veins”, en L. Chiozza, *Hidden affects in somatic disorders: psychoanalytic perspectives on asthma, psoriasis, diabetes, cerebrovascular disease, and other disorders*, Psychosocial Press, Madison (Connecticut), 1998, págs. 57-75.

Este trabajo fue realizado en el Departamento de Investigación del Centro Weizsaecker de Consulta Médica y presentado para su discusión en la sede del Centro el día 21 de setiembre de 1990.



## I. Introducción

Las várices son venas periféricas anormalmente dilatadas y tortuosas (Foote, 1969; Del Campo Llerena, 1984), que pueden, a veces, exteriorizarse en la piel y ser apreciadas a simple vista. Del Campo Llerena (1984) sostiene que las várices responden a factores fisiopatológicos similares en distintos territorios de la anatomía, aunque configuran capítulos especiales de la patología, como las várices esofágicas, el varicocele, las hemorroides, etc. El *primum movens* de la insuficiencia venosa superficial o periférica es la hiperdistensibilidad de la pared venosa, que provoca la incontinencia valvular que, a su vez, contribuye a agravar la dilatación de la pared. Las consecuencias son: el reflujo, la estasis o rémora venosa y la formación de venas varicosas.

Del mismo modo que la medicina describe factores que son comunes a los distintos tipos de várices, desde el punto de vista del enfoque psicoanalítico de la enfermedad somática encontramos significados inconcientes específicos que caracterizan al trastorno varicoso y lo distinguen de otras patologías.

Intentaremos describir las fantasías específicas de las várices, desarrollar algunas ideas vinculadas con los significados específicos de esta enfermedad y realizar una primera aproximación a la comprensión de una de sus formas particulares: las várices de los miembros inferiores.

## **II. Las várices desde el punto de vista médico**

### **1. El sistema venoso**

La función más importante de las venas consiste en permitir el retorno sanguíneo desde los tejidos hacia el corazón. Los sistemas porta constituyen una excepción, en tanto conducen la sangre venosa primero hacia otros órganos (por ejemplo, el hígado).

Normalmente, el sentido de la circulación es desde la periferia hacia el corazón, y desde la red vascular superficial hacia la profunda. La acción de las válvulas venosas, que consiste en evitar el reflujo venoso, permite mantener el orden circulatorio (Del Campo Llerena, 1984).

Otras funciones son la termorregulación, ejercida por las venas dérmicas, subdérmicas y subcutáneas con inervación simpática, y la de reservorio de la volemia. El sistema venoso contiene entre el 70 y el 80% del volumen sanguíneo, que es movilizado en caso de emergencia. De este modo asegura el relleno suficiente y adecuado de las cámaras cardíacas en el intervalo de sus contracciones y actúa como el principal determinante del volumen de sangre en cada contracción ventricular. Por todo ello, el sistema venoso puede ser considerado como modulador dinámico del rendimiento cardíaco (Shephard y Vanhoutte, 1978).

### **2. Las várices de los miembros inferiores**

De acuerdo con Pietravallo (1985), actualmente se tiende a usar el concepto de flebopatías para designar a las enfermedades venosas de los miembros inferiores, entre las cuales se encuentran las várices (dilatación de uno o varios trayectos del sistema superficial). El término "flebopatías" designa a la enfermedad venosa en forma global, sin prejuzgar, antes de examinar cada caso en particular, si ésta responde a una patología pura del sistema superficial o del sistema profundo o a formas mixtas.

La circulación venosa de la pierna se realiza por dos sistemas: a) superficial, que incluye dos ramas principales, la safena externa e interna, y b) profundo, formado por las venas profundas: tibiales, poplíteas, femoral, etc., que siguen el trayecto de las arterias homónimas. Ambos sistemas presentan amplias anastomosis en el pie y son parcialmente independientes en la pierna y el muslo, donde se encuentran vinculados por las venas perforantes o comunicantes (Del Campo Llerena, 1984).

La circulación de retorno en los miembros inferiores es favorecida por: a) la *vis a tergo* (residuo de la presión arterial), b) la actividad de fuelle de los músculos del tórax, c) las válvulas venosas, d) la contracción de la bomba muscular de la pantorrilla (“corazón venoso periférico”), e) la expresión de la plantilla venosa de Lejars. Dificultan el retorno venoso: a) la fuerza de gravedad, b) el aumento de la presión abdominal y torácica, c) la viscosidad sanguínea.

Las várices o flebopatías superficiales de los miembros inferiores pueden ser congénitas o adquiridas y se clasifican en dos grandes grupos: a) primarias, idiopáticas o esenciales, que coexisten con un funcionamiento normal de las venas profundas, y b) secundarias, que se presentan como consecuencia del reflujo circulatorio en venas superficiales desde el sistema venoso profundo a través del sistema venoso perforante. Constituyen un síntoma secundario en la evolución de diferentes afecciones, cuyo común denominador es generar hipertensión venosa: várices posttrombóticas o posflebíticas, várices producidas por compresión tumoral abdominopelviana, várices secundarias a la existencia de fístulas arteriovenosas, etcétera.

En la génesis de las flebopatías intervienen factores: a) predisponentes (terreno varicoso hereditario o congénito), y b) desencadenantes o adquiridos. Entre los primeros, la herencia condiciona la diátesis varicosa reflejada en la debilidad mesenquimática de las paredes venosas o en la hipoplasia valvular. Esta tendencia no suele limitarse exclusivamente al terreno venoso, ya que coexisten los cuadros de hipotonía muscular, hipodistrofia, flaccidez, hernia, pies planos, etc. (Shephard y Vanhoutte, 1978; Lacour, 1981). Algunos autores proponen como causa primaria la presencia de hormonas del grupo de los estrógenos que, por intermedio del sistema simpático, producirían hipotonía en los músculos lisos de las venas (Lacour, 1981).

Los factores desencadenantes más frecuentes son todos los que actúan incrementando la presión abdominal en forma iterativa, la posición de pie prolongada, el sedentarismo, la obesidad, los traumatismos, el embarazo, etcétera.

La distrofia parietal y valvular produce reflujo a partir del sector valvular afectado. El reflujo actúa progresivamente sobre la vena distal al mismo, produciendo una serie de cambios en su calibre (dilatación y tortuosidad) y en su citología (pérdida de la elasticidad, resistencia, fragilidad) (Barrow, 1948; Farreras Valentí y Rozman, 1972; Pietravallo, 1985; Cigorraga, 1986). A su vez, el peso de la columna líquida, menos fragmentada debido a las válvulas incompetentes, produce más dilatación y estasis sobre trayectos aún no enfermos, generando un círculo vicioso (progresión varicosa) (Pietravallo, 1985). La estasis o rémora venosa (sangre estancada que va perdiendo O<sub>2</sub> y aumentando su contenido de CO<sub>2</sub>) puede explicar la fácil

fatigabilidad, el dolor y los calambres que suelen experimentar los pacientes varicosos (Foote, 1969).

Las várices de los miembros inferiores constituyen una afección muy difundida en la especie humana. Alrededor del 10% de las personas mayores de 35 años padecen de várices, con mayor frecuencia mujeres, en proporción de 4 a 1 en relación con los hombres. Los enfermos suelen consultar por dolor y/o edema de las piernas y por el problema estético. En otras ocasiones, el motivo es una complicación de la enfermedad varicosa: varicorragia, varicoflebitis o trastornos tróficos de la piel. Ni la sintomatología ni la aparición de complicaciones son proporcionales al desarrollo de las várices, dado que pueden observarse várices morfológicamente importantes que son bien toleradas y no presentan mayores complicaciones (Del Campo Llerena, 1984).

El tratamiento de las várices puede ser: a) medicamentoso, por medio de medicamentos antiinflamatorios y restauradores del tono venoso, a los que puede sumarse el uso de vendaje elástico, elevación de los pies durante el reposo, masajes, gimnasia, etc.; b) esclerosantes, que destruyen el endotelio venoso de las várices por medios químicos, y c) quirúrgicos, que consisten en desconectar las fuentes de la hipertensión venosa (ligadura y sección de todas las comunicantes insuficientes y resección de las venas varicosas (Del Campo Llerena, 1984; Pietravalle, 1985; Cigorraga, 1986).

### **III. Las fantasías específicas de las várices**

#### **1. El retorno venoso**

La función más importante del sistema venoso consiste en permitir el retorno de la sangre desde los tejidos hacia el corazón. El corazón es un vaso que se modifica y se diferencia hasta convertirse en el órgano central del aparato vascular (Houssay, 1974). Las grandes venas próximas al corazón, en su posición adyacente a este último, muestran contracciones rítmicas, sincrónicas con la actividad cardíaca<sup>69</sup>. Así como la medicina señala la unidad vasos-corazón, desde el punto de vista psicoanalítico encontramos significados de la función cardíaca que el sistema venoso comparte.

Considerado desde antiguo como “la sede de los sentimientos”, el corazón, con sus latidos y sus distintos ritmos (marcapaso), se presta especialmente

---

<sup>69</sup> En algunos animales hay venas que presentan contracciones periódicas que constituyen verdaderos latidos. Tal es el caso de las venas del ala del murciélago (Houssay, 1974).

para simbolizar los diferentes tonos afectivos que cualifican, en general, las emociones (Chiozza, 1979*d* [1978]; Chiozza y colab., 1983*h* [1982]).

El corazón se arroga también la representación de otro factor anímico: el proceso de recordar. La etimología señala la relación entre “lo cardíaco” y el recuerdo: la palabra “recordar” se compone de la partícula *re*, que denota repetición, vuelta, movimiento hacia atrás, y de *cor-cordis*, que alude al corazón (Chiozza, 1979*d* [1978]; Furer, coord., 1977).

El proceso de recordar (de acuerdo con su acepción amplia y habitual, que equivale a memoria, *reminiscencia*, *recuerdo*, etc.) es un fenómeno complejo que implica la presencia de ideas, sensaciones, imágenes visuales, afectos, etc. En este sentido, son varios los órganos del cuerpo que podrían simbolizar los distintos componentes de este proceso. Así, por ejemplo, la reminiscencia (derivada de *re*: repetir, volver, y de *mente*) (Corominas, 1983) entrañaría el volver una idea a la mente, mente que adquiere su representación corporal principal en el órgano cerebro. El recuerdo, en cambio, en su sentido etimológico de “volver al corazón”, entrañaría un *re-vivir* o *re-sentir* afectos que quedan referidos concientemente a un tiempo que pasó, e implicaría un componente cardíaco<sup>70</sup>.

<sup>70</sup> La huella mnémica constituye una información-estructura que, cuando es investida por un impulso inconciente, se conforma como deseo inconciente, es decir, como información en curso. Esta información en movimiento o deseo inconciente da lugar a tres vicisitudes: a) repetición, b) reminiscencia, y c) recuerdo.

a) La re-petición (de *pedir*: “dirigirse hacia”) es una re-acción, un volver a dirigirse (costumbres, hábitos) hacia el encuentro con el objeto, que implica una descarga sobre el mundo exterior (acción eficaz). La repetición es predominantemente hepática.

b) La re-miniscencia (que deriva de *mente*) es una re-presentación, un volver a “ver”, un retornar una idea a la mente (idea, de *eidon*: “yo vi”). La reminiscencia es fundamentalmente cerebral, dado que el cerebro es el órgano que se adjudica predominantemente la representación de la mente.

c) El re-cordar (de *re*: repetir, y *cor*, de *cordis*: corazón) significa retornar al corazón, re-sentir, volver a sentir un afecto que implica una descarga sobre el propio cuerpo. El recordar es esencialmente cardíaco.

El prefijo *re* (“re-petir”, “volver”), significa que tanto la repetición (re-acción), la reminiscencia (re-presentación) como el recuerdo (resentimiento), estuvieron “allí antes” como acción, presentación (presencia) y sentimiento, y fueron desalojados por obra de la represión (“esfuerzo de desalojo”) o del olvido (“obliteración”).

El prefijo *re* (onomatopéicamente *rrrr...*) tal vez se vincule con los sentimientos de rabia que acompañan a la frustración actual. Esta rabia-frustración no puede ser apagada hasta recuperar los actos psíquicos “originales”, como descarga en la acción, en la presentación y en el sentimiento.

El *sistema venas-corazón* (circulación de retorno) se vincula entonces específicamente con el aspecto emocional del recuerdo<sup>71</sup>. Tanto las venas como el corazón se arrojan la representación de un proceso complejo, del cual forman una parte importante. En este sentido podríamos decir, con una frase sintética, que recordamos cuando el corazón *re-siente* algo que la vena (que etimológicamente significa “venir, llevar, traer”) (Corominas, 1983) “re-trae”.

De acuerdo con estas ideas, el flujo venoso constituiría uno de los componentes de la clave de inervación del proceso normal de recordar<sup>72</sup>.

Cuando los recuerdos quedan entorpecidos, la clave se deforma, y una parte, en este caso la circulación venosa, recibe una investidura más intensa, desplazándose allí la importancia del proceso de “re-sentir” o recordar. La conciencia percibe entonces una alteración del retorno venoso, cuyo significado “afectivo” es: no deben “venir” directamente (por la vía más corta) determinados recuerdos<sup>73</sup>.

Las *várices* (del griego *uarix*: “dilatación”, “vena dilatada”) (Bercovich, 1976; Pietravalle, 1985), con sus signos característicos: dilatación anormal de las venas, rémora y reflujo sanguíneo<sup>74</sup>, aparecen como el desarrollo equivalente de la actitud de demorar, detener o retroceder el flujo normal de algunos recuerdos.

En condiciones normales, la demora de los recuerdos penosos se produce, frecuentemente, mediante la evitación de aquellos estímulos perceptivos que podrían desencadenarlos. Debemos suponer que en la clave de inervación de este proceso participa un cierto retardo de la circulación venosa, que se produciría dentro de los límites fisiológicos. El trastorno varicoso ocurriría, en cambio, cuando se desestructura el intento normal de

<sup>71</sup> El componente vasomotor, por su importancia en la expresión de las emociones, se prestaría especialmente para simbolizar lo afectivo.

<sup>72</sup> Obstfeld (1978) señala que la acción de recordar estaría particularmente vinculada con la función venosa, y su trastorno, con alteraciones de dicha función. Los trastornos de la circulación venosa se relacionarían con una problemática con el pasado.

<sup>73</sup> Si la sangre de retorno, cuando vuelve al corazón, simboliza el proceso de recordar, cabe preguntarse cuál sería el significado de la sangre arterial, que va hacia los tejidos. No hemos estudiado este tema, colateral en relación con la patología venosa. Es interesante consignar que el “des-corazonamiento” de la sangre arterial coincide idiomáticamente en italiano con una de las formas del olvido: *scordare*, sacarse las cosas del corazón, a diferencia de *dimenticare*, que significa “sacárselas” de la mente.

<sup>74</sup> La etimología señala que la palabra “dilatarse” significa “extender, ocupar más lugar en el tiempo y en el espacio”. También alude a una operación del ánimo que consiste en “diferir, demorar la llegada de algo” (Real Academia Española, 1985).

demorar los recuerdos y la investidura recae predominantemente sobre el elemento constituido por la función venosa.

Según relata Foote (1969), hay tratados antiguos que sostienen que las vrices son dilataciones de las venas originadas en una mezcla de “bilis negra” (*melanos-colía*) que, “llevadas a estas venas las llena”. La materia que contienen es usualmente “sangre melancólica”, dado que las vrices aparecen casi siempre en personas con ese temperamento. Esta descripción, que vincula la estasis venosa (rémora), con la estasis biliar (*melanos-colía*) y el temperamento melancólico, nos llevó a indagar la relación entre las vrices y la melancolía cardíaca, una variante de esta enfermedad que se caracteriza por la presencia de intensos sentimientos de nostalgia, a diferencia del sentimiento de amargura que tipifica a la melancolía hepática.

Desde el punto de vista metapsicológico, *nostalgia* y *anhelo*, recuerdo y deseo, constituyen un mismo proceso visto desde ángulos diferentes. Recordamos porque deseamos (o tememos) aquello a lo que el recuerdo alude y porque el objeto de nuestro deseo no está presente. Sufrimos entonces su ausencia y experimentamos un sentimiento de nostalgia. Toda nostalgia encubre un anhelo e, inversamente, todo anhelo encubre una nostalgia. La nostalgia (del griego *nóstos*: regreso, y *álgos*: dolor; “deseo doloroso de regresar”) (Corominas, 1983) se configura como un “mal de ausencia”, un dolor por lo que alguna vez fue y ya se ha ido, y parece vincularse específicamente con el proceso de recordar (Chiozza, 1981f).

A pesar del carácter oculto de las sensaciones y los signos físicos que constituyen la clave de la nostalgia<sup>75</sup>, lo investigado hasta aquí nos induce

---

“Rémora” es un “pez teleosteo marino, que se adhiere fuertemente a los objetos flotantes; los antiguos le atribuían la propiedad de detener las naves” (Real Academia Española, 1985). Su presencia en la carena de un barco disminuye la velocidad del navío. La raíz etimológica de “rémora” (*morari*) da origen a la designación de “un estado de cosas: rémora, detención, permanencia”, y además a un atributo: “remiso, remolón” (Corominas, 1983). La “estasis” o “rémora” suele referirse al “estancamiento del líquido sanguíneo” y al “embargo, detención o suspensión de contenidos” (Real Academia Española, 1985) tanto en el orden de los elementos materiales como en el terreno de las ideas, las emociones o los valores. Así, por ejemplo, se suele hablar de estasis en el flujo biliar, en la economía monetaria de un país o en la economía libidinosa de un sujeto. La palabra “reflujo”, en contraposición a “flujo”, que significa “avance”, “progresión”, quiere decir “volver hacia atrás” (Real Academia Española, 1985).

<sup>75</sup> En algunos afectos es posible registrar la presencia de sus componentes somáticos específicos. Por ejemplo, el sentimiento de vergüenza suele acompañarse de vasodilatación arterial, que el sujeto experimenta como sensación de acoloramiento y el observador registra visualmente como rubor.

a suponer que la función venosa, que simboliza el “volver los recuerdos al corazón”, formaría parte de la clave de inervación del sentimiento de nostalgia. En la variante cardíaca de la melancolía, el flujo de los recuerdos se mantiene y se acompaña de nostalgia<sup>76</sup>.

El trastorno varicoso, en cambio, surgiría de la desestructuración del proceso de recordar y de su afecto característico, la nostalgia. Las várices expresarían y simbolizarían un desarrollo equivalente a la actitud normal de evitar los recuerdos y el acceso a la conciencia de la nostalgia, conformando otro modo de descarga a partir de la misma clave inconciente.

En este sentido, el reflujo y la rémora en la circulación venosa representarían el intento de quedar fijado al pasado y entorpecer la iniciación de un proceso de *duelo*, en el triple sentido de dolor, renuncia y re-significación de aquello que alguna vez fue y ya pasó<sup>77</sup>. Los contenidos de esa “memoria detenida” (rémora) que “no pueden” o “no quieren” activarse, “hacerse” recuerdo, estarían de todos modos presentes en la conducta, tiñendo la vida mediante la repetición.

La vinculación de las várices con la evitación del recuerdo y la nostalgia, nos llevó a descubrir otra característica del *recuerdo* comprometida en esta enfermedad.

Encontramos que la dificultad para recordar no tendría solamente el sentido de eludir el dolor por la ausencia de aquello que se siente bueno y que, por ese motivo, se desea (nostalgia). También puede entrañar el intento de impedir la presencia continua de una escena traumática, que no se puede evitar y que se atribuye a la acción de un objeto malo, dañino. Es el “no me quiero ni acordar...” por miedo a que la penuria vuelva, a quedar atrapado en la revivencia dolorosa. Es el recuerdo que se experimenta como una condena, como algo que se repite y de lo cual no se puede salir. Es el “tormento de los recuerdos” que, como el águila del Prometeo encadenado, retornan cada día, una y otra vez.

La palabra “condena” proviene del latín *condemnare*, de *cum*: con, y *damnare*: dañar, y quiere decir “declarar el juez culpable al reo, imponiéndole la pena o sanción correspondiente”, y también “ingresar en la pena eterna” (Salvat, 1972). En este sentido de eternidad de la pena, y

<sup>76</sup> Pensamos que la nostalgia es un afecto inherente al proceso de recordar, independientemente de su grado de acceso a la conciencia.

<sup>77</sup> En este sentido, la actitud del varicoso sería, entonces, la de un sujeto “remiso”, “remolón”, que se resiste a enfrentar sus afectos y comenzar un trabajo de duelo inevitable. El atributo “remiso”, “remolón”, que deriva del latín *morari* (rémora), significa “dejado, detenido, en la resolución de una cosa” (Corominas, 1983; Real Academia Española, 1985).



no con el significado más habitual de “condena” como culpa y castigo, es que intentamos caracterizar el *sentimiento de condena* inherente a algunos recuerdos e implícito en la compulsión a la repetición. Se trataría de una vivencia de la cual es imposible librarse: el re-sentimiento penoso como repetición perpetua, “siempre me pasa lo mismo”.

La nostalgia y la condena son dos aspectos del recuerdo que se ocultan y se aluden mutuamente. El dolor por una determinada ausencia (nostalgia) encubre y representa la actualidad de un deseo insatisfecho, que se experimenta como una presencia dañina (condena). Recíprocamente, el temor a la perpetuación del daño actual (condena) oculta y representa el dolor por una particular ausencia (nostalgia).

El recuerdo está unido a la repetición por la condena y a la reminiscencia por la nostalgia. Tanto la nostalgia como la condena configuran la primera etapa de un proceso de duelo, que finaliza cuando la renuncia a lo que se ha perdido “apaga los recuerdos” y conduce hacia la re-significación del presente.

De acuerdo con estas ideas, las várices simbolizarían el intento de demorar, entorpecer o detener “la vuelta al corazón” de aquellos recuerdos que pueden desencadenar sentimientos de nostalgia o de condena insoportables.

Es posible pensar, en teoría, que el contenido particular de los recuerdos que quedan “entorpecidos”, “detenidos” (reflujo y rémora venosa), estaría vinculado con el significado específico correspondiente a la parte del cuerpo en que se localizan las várices.

## 2. La tortuosidad varicosa

Otro aspecto que caracteriza al trastorno varicoso es el tipo particular de conformación que adquieren las venas enfermas. Si bien en sus estadios iniciales pueden cursar con una dilatación troncular que conserva la estructura cilíndrica del vaso, para la mayoría de los autores las várices son una enfermedad franca cuando, en parte o en la totalidad de su trayecto, siguen un recorrido *tortuoso*, es decir, retorcido, sinuoso<sup>78</sup>.

La palabra “tortuoso”, que proviene del latín *tortus*: “torcer, retorcer”, suele utilizarse para designar un “camino que, en lugar de ser directo,

<sup>78</sup> La mayor parte de los autores consultados (Anderson, 1961; Harrison, 1962; Foote, 1969; Del Campo Llerena, 1984; Cigorraga, 1986) consideran que la dilatación venosa por sí sola no constituye una várice. Así, por ejemplo, las llamadas “venas del atleta” están engrosadas pero no son varicosas.

tiene desvíos, vueltas y rodeos” (Real Academia Española, 1985). La tortuosidad de las várices expresaría y simbolizaría de este modo el camino “desviado”, lleno de “vueltas y rodeos”, que entorpece el acceso directo de los recuerdos insoportables. Encontramos que la palabra “várice” contiene en su etimología el radical *uar-*, que significa “desviación”; de ahí *uarix* (várices): “desviación de una vena normal”, y *uarus*: “desviación de lo recto”, “derecho y justo”, es decir, “torcido y tortuoso” (Partridge, 1966).

Observamos en algunos enfermos que padecen de várices que sus afectos suelen llegarles, tanto a ellos mismos como a los demás, de un modo retorcido o poco directo. Según la Real Academia Española (1985), el término “tortuoso”, en su sentido figurativo, indica un “modo de ser y de actuar que se caracteriza por dar vueltas y usar medios indirectos para disimular una verdad o eludir las dificultades que una situación presenta”. La tortuosidad de las várices en el cuerpo puede tener un desarrollo equivalente en el carácter, en términos de una dificultad para el desarrollo franco y directo de algunos afectos, es decir, como una modalidad que se caracteriza por “dar vueltas y rodeos” (el lenguaje popular suele denominar “vuelteras” a las personas con esta actitud). De este modo, el sujeto intentaría disimular los afectos que siente penosos o censurables y eludir las dificultades que, a su entender, podrían sobrevenir de una comunicación más directa con los otros.

La tortuosidad de la várice que en su sentido primario representa el camino retorcido con que se intenta postergar el acceso directo de los recuerdos insoportables, entraña también otras fantasías de carácter secundario.

Encontramos que el enfermo varicoso parece interpretar cualquier desviación de sus metas y valores como algo negativo que debe ser evitado. En este sentido, el trayecto lleno de vueltas de la vena simbolizaría y representaría en el cuerpo aquellos “rodeos y desvíos” que el varicoso no puede realizar en la vida, es decir, manifestar en su conducta.

Sin embargo, el camino *tortuoso* no siempre tiene el sentido de equivocación o de inmoralidad, como parece creer el varicoso. También representa un desvío estocástico<sup>79</sup>, positivo, que permite apartarse

<sup>79</sup> “Estocástico”, del griego *stocazein*, “disparar una flecha a un blanco”; vale decir, dispersar los sucesos de una manera aleatoria, de modo que algunos logren un resultado buscado. Bateson dice que “una secuencia de sucesos es estocástica si combina un componente aleatorio con un proceso selectivo, de manera tal que sólo le sea dable perdurar a ciertos resultados del componente aleatorio” (Bateson, 1979). Siguiendo a Bateson, Chiozza (1984f) sostiene que “todo acontecimiento vital es el producto de un proceso ‘estocástico’, es decir, de la combinación entre un yo que procura imponer sus hábitos invariables y las circunstancias que condicionan una variación inesperada”.

temporariamente de un objetivo que resulta difícil alcanzar. El carácter lineal de los propósitos es el que suele dificultar muchas veces la realización de los rodeos necesarios que permiten llegar a la meta por el trayecto posible, “buscándole las vueltas” al camino<sup>80</sup>.

El término “tortuoso” está, además, íntimamente vinculado con la palabra “tortura”, en tanto ambos surgen de la misma raíz etimológica (*tortus*: torcer)<sup>81</sup>. En este sentido, la tortuosidad varicosa parece representar también, un estado de sufrimiento que se caracteriza por sentirse “torturado”, “atormentado”. Esta “tortura” aludiría a la dificultad para soportar la demora penosa del camino indirecto (tener que buscar vueltas y rodeos para alcanzar la meta). Como veremos más adelante, este significado confluye con el de la rémora venosa en el sentido del giro lingüístico “hacerse mala sangre” (Moliner, 1986).

### 3. La sangre venosa

Algunos autores señalan que la sangre simboliza diversos sentimientos como el amor, el odio, la excitación, la violencia (Wyss, 1947) y la crueldad (que deriva de *cruor*, que significa “sangre derramada”) (Ernout y Meillet, 1959). Sin embargo, más que uno o varios sentimientos en particular, la sangre parece simbolizar el carácter pasional de las emociones (temperamento sanguíneo). La “sangre derramada” (tanto arterial como venosa) suele asociarse con los contenidos de drama o de tragedia, y se presta adecuadamente para simbolizar a las pasiones. (La sangre arterial, con su color rojo vivo y su capacidad de “brotar”, impulsada por el latido cardíaco, podría representar más específicamente todavía a los afectos primarios más intensos.)

La fisiología señala que las funciones principales de la sangre venosa consisten en recoger las sustancias de desecho de la actividad tisular y reflejar todo lo que sucede en la intimidad del cuerpo, en tanto las perturbaciones en el estado de los órganos suelen acompañarse por una alteración en la cantidad o en la composición de la sangre circulante (Wyss, 1947).

<sup>80</sup> Un conocido experimento permite establecer que cuando se separa un perro de un trozo de carne apetecido mediante una verja que posee una abertura en uno de sus extremos, para que el perro encuentre el camino cuando está muy hambriento, la distancia entre la carne y la abertura debe ser más corta.

<sup>81</sup> La misma voz latina *tortus* (torcer, retorcer) da origen a las palabras “tortuoso” y “tortura”. “Tortura” significa: a) desviación de lo recto; b) dolor, angustia, pena o aflicción grande; c) acción de atormentar o torturar (Real Academia Española, 1985).

Los exámenes de laboratorio, que aportan conocimiento acerca del estado del organismo, se realizan sobre una pequeña muestra de sangre venosa.

De acuerdo con estas representaciones, Laborde y otros (1973) sostienen que la sangre venosa, que da noticia de las necesidades y trastornos que afectan al cuerpo, cumple simbólicamente la función de oficiar como “testigo” que muestra la carencia, lo que “hace falta”. La sangre venosa, con bajo tenor de oxígeno (en relación con la sangre arterial, rica en oxígeno y nutrientes), es sangre “carenciada”. En este sentido, la sangre venosa misma “padece” las situaciones que “atestigua”, del mismo modo que un mensajero hambriento de una ciudad sitiada, padece y muestra, con su sola presencia, la carencia que testimonia.

Según estas ideas, la rémora y el reflujo venoso simbolizarían el intento de evitar o entorpecer el *re-sentimiento* de aquellos recuerdos que, al mismo tiempo que encubren el presente a través de su referencia al pasado, dan “noticia” de carencias o necesidades actuales que se experimentan dolorosamente.

En el lenguaje cotidiano existe un giro lingüístico: “hacerse mala sangre”, con el significado de *disgustarse*, “hacerse daño a uno mismo” (Moliner, 1986). Una paciente que recordamos solía tocar las vérices de sus piernas (en un gesto inconciente) cada vez que se refería al haberse hecho “mala sangre”<sup>82</sup>.

Pensamos que el “hacerse mala sangre” configura un tipo de disgusto o sufrimiento particular<sup>83</sup>, que va más allá de la “tortura” representada por el trayecto tortuoso de la vena. Cuando este sufrimiento no puede acceder a la conciencia como afecto, aparecería como su desarrollo equivalente una rémora o estasis capilar por reflujo, responsable de la aparición de signos como el edema y la hipoxia tisular.

#### 4. Las válvulas venosas

La medicina sostiene que la insuficiencia o atrofia de las válvulas venosas constituye un factor importante (muchos autores le atribuyen valor

<sup>82</sup> Obstfeld (1978) sostiene que en los pacientes varicosos es frecuente encontrar la expresión “hacerse mala sangre”, y la vincula, por un lado, con la estasis sanguínea y, por otro, con el rencor y la dificultad para perdonar. Altman y Cattaneo (1978) observaron en entrevistas a pacientes varicosos, que son personas que han vivido situaciones de mucho sufrimiento y que suelen “hacerse mala sangre”.

<sup>83</sup> Correspondería al giro lingüístico “se me hace la sangre vino”, que alude al espesamiento-estancamiento de la sangre, similar a la expresión “se le hizo verde la bilis”, que se refiere al estancamiento de los jugos biliares.

etiopatogénico) en la determinación del reflujo y la rémora venosa que caracterizan a las várices.

Las válvulas no constituyen un componente específico del sistema venoso, en tanto integran otros órganos como, por ejemplo, el corazón. La fantasía general “valvular” forma parte del mosaico de fantasías que configura el trastorno varicoso.

La palabra “válvula” deriva del latín *valva*, que significa “hoja de puerta” (Corominas, 1983). Figurativamente, “cerrar la puerta” quiere decir “hacer imposible o dificultar mucho una cosa”. “Abrir la puerta”, por el contrario, alude a “dar motivo, ocasión o facilidad para una cosa” (Real Academia Española, 1985).

Del mismo modo que las válvulas, los esfínteres actúan a modo de “puertas” que se abren o se cierran, permitiendo o impidiendo el paso (Novaro de Barbero, 1984). Si bien los esfínteres y las válvulas difieren en su constitución anatómica (los primeros son anillos musculares, mientras que las segundas son repliegues de tejido endotelial), su etimología y su función de “puertas que abren y cierran el paso” remiten a un aspecto que ser a común a ambos.

En castellano la palabra “puerta” y su equivalente en inglés *door* significan tanto “vano que sirve para entrar y salir” (*gate*) como “orificio” o “agujero” (*hole*) (Real Academia Española, 1985; Skeat, 1994). En este sentido nos parece posible pensar en una función más general “orificial”, que quedar a referida a las “puertas” u orificios del cuerpo, de la cual tanto las válvulas como los esfínteres constituir an modalidades particulares.

La diferencia esencial entre la *válvula* y el *esfínter* residir a en que el esfínter “decide” en cada caso particular: regula la cantidad de flujo, abre o cierra el paso, favorece el flujo o el reflujo. La válvula, en cambio, “no decide”, está programada para que el contenido pase en una sola dirección y quede bloqueado en el sentido contrario, sin posibilidad de optar entre diferentes alternativas para cada situación.

La válvula actúa como una “puerta que se abre” cuando la sangre venosa fluye hacia el corazón y como una “puerta que se cierra” cuando la sangre venosa intenta volver hacia los tejidos. La función de la válvula consistir a, entonces, en mantener el orden circulatorio, la dirección de la corriente. La distrofia valvular “deja la puerta abierta” y produce un desorden circulatorio: hay avance y retroceso simultáneo, dirección centrípeta y centrífuga, corriente y contracorriente del flujo venoso (Lacour, 1981).

Asociamos la acción valvular en el aparato circulatorio con un tipo de ordenamiento que no es el “cerebral”, el de las ideas, sino el “cardíaco”, el

de la *cordura*<sup>84</sup> de los afectos, que son los que determinan la importancia de los significados. Un buen funcionamiento de las válvulas venosas se correspondería con un estado de orden, concierto o “acuerdo” entre las diferentes importancias de las emociones que se re-cuerdan. La insuficiencia valvular venosa, en cambio, se arrojaría la representación de un estado de des-orden, des-concierto o des-acuerdo afectivo.

El enfermo valvular parece encontrarse apesadado por sentimientos inconcientes de diversos sentidos que “chocan” entre sí, sin poder desarrollar sus afectos en una dirección que posea mayor “significancia” y subordinar o renunciar a las otras. Cuando este estado de desconcierto afectivo no puede acceder a la conciencia, el trastorno venoso parecería como un desarrollo corporal equivalente<sup>85</sup>.

#### **IV. Las várices de los miembros inferiores. Aproximación a algunos de sus significados específicos**

La insuficiencia venosa periférica o superficial de los miembros inferiores constituye una afección sumamente frecuente que, según diversos autores, padece entre el 10 y el 17% de la población, la mayor parte mujeres<sup>86</sup>. Las várices esenciales primarias o idiopáticas son las más frecuentes (90% en relación al 9% de las sintomáticas o secundarias) y hacen su aparición en el segundo o tercer decenio de la vida. Las que se desarrollan en la quinta y sexta década suelen relacionarse con alteraciones menopáusicas (Lacour, 1981). En sus comienzos, el cuadro es predominantemente funcional (estadio prevaricoso) y se traduce clínicamente en el síndrome de las “piernas pesadas”.

<sup>84</sup> La palabra “cordura” deriva de “cuerdo”, del latín *cordatus*, derivado de *cor-cordis*: corazón. De *cordatus* hubo de salir “cordado” en el lenguaje arcaico. Los cordados (derivado del latín *chorda*: cuerda) son animales caracterizados por una cuerda dorsal o notocordio (Corominas, 1983; Salvat, 1972). Tanto *corazón* como *cuerda* entrañarían la idea de llevar al centro (corazón) o al eje central (columna vertebral). Palabras como “recuerdo”, “acuerdo”, “cordura”, etc., derivan de “cuerda” y “corazón”.

<sup>85</sup> Tal vez la patología valvular cardíaca se relacione con el desconcierto de afectos aún no configurados para ese sujeto, es decir, protoafectos, y la patología valvular venosa, con el desconcierto de afectos ya configurados.

<sup>86</sup> Un estudio piloto, realizado en la ciudad de Rosario (Odisio, 1979), determinó que el 45% de las mujeres mayores de 18 años presentaba síntomas de insuficiencia venosa.

Pensamos que la mayor incidencia de las várices en las piernas en las mujeres, podría tener que ver con: a) que el “encaminarse” hacia el padre implica una vici-

La medicina señala que las funciones más importantes de los miembros inferiores son: permitir la marcha, ser soporte pasivo del peso del organismo y facilitar la postura erecta (L. Daniels, 1964).

Desde su punto de vista, el psicoanálisis ha explorado el significado de la locomoción y de algunas de sus alteraciones. En uno de sus historiales clínicos, Freud (Freud y Breuer, 1895*d*\*) investiga el sentido inconciente de la astasia-abasia de una paciente histérica. Interpreta que las dificultades para caminar de Isabel de R. simbolizan “sus dificultades para andar por la vida”, su “falta de autonomía”, su “impotencia para cambiar en algo sus circunstancias”, su vivencia de “no tener apoyo” y de “no avanzar un paso” (Freud y Breuer, 1895*d*\*, pág. 188).

M. Klein (1943), y luego A. Aberastury (1971), sostienen que la bipedestación y la marcha forman parte del proceso de desprendimiento de la madre, cuyo motor es la intensificación de las ansiedades depresivas. Junto con la necesidad del niño de alejarse de la madre para preservarla de sus fantasías destructivas (que se originan en el destete-despecho) surge el deseo de “encaminarse” hacia el padre, cuyo papel principal en ese momento es ayudarlo en este proceso de separación, y en el establecimiento de contactos con el mundo exterior (Aberastury y Salas, 1978).

La adquisición de la marcha asegura al infante una movilidad que representa en el plano motor el inicio de su independencia: no sólo puede acercarse a los objetos sino que también puede alejarse de ellos. En este sentido, el paso del gateo (posición cuadrúpeda) a la marcha (bipedestación) amplía la visión que el niño tiene de su entorno, y su campo de experiencia, su repertorio de acciones y sus acciones se vuelven más complejos (Osterrieth, 1973). De acuerdo con estas ideas, la *función de locomoción* de los miembros inferiores simbolizaría el movimiento o acción de “encaminarse” desde la madre hacia el padre, es decir, desde el entorno familiar hacia el mundo circundante, con todas las connotaciones de cambio y progreso que se desprenden de lo que hemos dicho.

La localización de las vérices en las piernas parece teñir con estos significados particulares aquellos recuerdos que “no deben volver directamente, por la vía más corta, al corazón”.

---

situd edípica más complicada para la mujer que para el varón, y b) que, de acuerdo con Freud (1933*a* [1932]*\**), la carga erótica narcisista abarca todo el cuerpo de la mujer, a diferencia del varón, que se concentra en el pene. Las piernas femeninas adquirirían así un valor estético y erótico mayor, que las haría más “aptas” para representar los conflictos en el acercamiento hacia el objeto amoroso.

El enfermo varicoso tiende a aferrarse a modelos familiares que le impiden la confrontación con una “realidad” más amplia o más compleja. Avanzar, explorar el mundo, cuestionar los valores que configuró en su infancia, parecen producirle dolor, temor y conflicto con sus seres queridos. Las várices de los miembros inferiores aparecen frecuentemente en los momentos de cambio (adolescencia, adultez, embarazo, menopausia, etc.), en los que se intensifica la lucha entre los deseos de permanecer igual, de volver hacia atrás y de avanzar en una dirección progresiva.

Ese conflicto suele estar vinculado con perturbaciones en la realización del duelo. El dolor porque “ya se ha ido lo que fue” equivale al dolor de “volver los recuerdos al corazón”. La elaboración de ese proceso de duelo lleva implícito el resignificar el afecto nostalgia (“deseo doloroso de regresar”) de un modo que adquiera la forma de sentimiento de anhelo (“deseo vehemente” de lo por venir) (Salvat, 1972).

Las várices en las piernas expresan y representan entonces una dificultad para “dar el paso”, para “encaminarse” hacia otro tipo de vínculo con los objetos y hacia otras etapas de la vida. Esta dificultad estaría específicamente vinculada con el intento de postergar el re-sentimiento de los recuerdos, re-sentimiento que constituye una parte necesaria del proceso de duelo implícito en toda situación de cambio.

Los miembros inferiores, que permiten la búsqueda o alejamiento del objeto erótico, funcionan además como las *vías* que conducen hacia los genitales. Por lo tanto, emiten *señales* que forman parte del atractivo sexual (Morris, 1977), y de allí el valor estético de las piernas. Las várices en las piernas, que atraen la atención y pueden al mismo tiempo despertar rechazo, simbolizarían también el deseo de evitar la re-vivencia de afectos vinculados a conflictos con el acercamiento hacia el objeto erótico.

Un signo frecuente, la pigmentación bruna<sup>87</sup> (un trastorno trófico de la piel que forma parte del cuadro varicoso), parecería representar la señal de un deseo vivido como una “mancha”, algo que “deslustra el linaje o la buena fama de una persona” (Salvat, 1972) que, debiendo quedar oculto, por retorno de lo reprimido se hace “visible” en la piel.

<sup>87</sup> La pigmentación (melanina) se vincula con el ciclo luz-oscuridad y con la sexualidad. En condiciones normales se observa hiperpigmentación en las zonas de la piel especialmente vinculadas al ejercicio de la sexualidad. La sexualidad excita el sistema melanocitoestimulante, y a su vez, por ejemplo, la contemplación de los lunares en la piel excita la sexualidad (Chiozza, 1986b, cap. X, apdo. “¿Por qué un melano-ma?”). {O véase también, en este tomo, Chiozza y colab., 1981c, apdo. III, n. 5.}



En relación a la función de los miembros inferiores de facilitar la postura erecta, Freud (1930a [1929]\*) vincula la adquisición de la bipedestación con la represión de los instintos y el desarrollo de normas y valores (cultura), que pasan a constituir los principios rectores de la actividad humana.

La mayoría de los autores consultados sostienen que la bipedestación prolongada suele tener incidencia en la afección varicosa. Se ha comprobado fleboográficamente el esfuerzo que significa desafiar de pie, durante cierto tiempo, la ley de gravedad, como sucede en algunas profesiones y en las prácticas militares. El “estar de plantón” (usado a veces como método de tortura) somete a la fisiología a un verdadero tormento. La frase del lenguaje cotidiano “estar o mantenerse de pie” describe una postura que figurativamente significa “permanencia o duración sin destruirse o acabarse, constante y firmemente” (Salvat, 1972). Asociamos esta postura con un carácter *estoico*, en el sentido de un sujeto que actúa con entereza y domina sus pasiones y su sensibilidad en aras de la virtud<sup>88</sup>. La actitud de “mantenerse de pie” parece concordar con la problemática del enfermo varicoso, quien, sometido a su estructura moral e ideal, se esfuerza por “mantenerse firme” en sus principios y “no doblegarse” ante afectos o deseos que siente censurables.

## V. Resumen de la fantasía específica varicosa

1. Las *várices* constituyen una patología de la circulación de retorno. El sistema venoso se vincula específicamente con el aspecto emocional del proceso de recordar: “volver los recuerdos al corazón”, es decir, re-vivir o re-sentir afectos que quedan referidos a un tiempo que pasó. En este sentido podemos decir que recordamos cuando el corazón “re-siente” algo que la vena “re-trae”.

2. En la actitud normal de evitar los recuerdos penosos participaría un cierto retardo de la circulación venosa, que se produciría dentro de los límites fisiológicos. El trastorno venoso ocurriría cuando se desestructura el intento normal de demorar los recuerdos, y la importancia de la investidura recae predominantemente sobre la función venosa.

<sup>88</sup> Este tipo de hombre es el que produce el estoicismo. El estoicismo es una corriente filosófica de gran influencia en el pensamiento occidental, que constituye una ética individualista de carácter predominantemente moral y religioso (Ferrater Mora, 1965; Salvat, 1972).

Las verices, con sus signos característicos (dilatación anormal de las venas, rémora y reflujo sanguíneo), apareceran como el desarrollo equivalente de la actitud de demorar, detener o retroceder el flujo normal de algunos recuerdos.

3. El proceso de recordar se acompaña específicamente por dos sentimientos dolorosos, con independencia de su grado de acceso a la conciencia: la vivencia de nostalgia y la vivencia de condena.

La *nostalgia* se configura como un dolor por la ausencia de aquello que alguna vez fue y ya se ha ido. La *condena* entraña la presencia continua de una escena traumática que no se puede evitar, que se repite y de la cual parece imposible librarse.

Las verices simbolizaran el intento de detener o entorpecer la “vuelta al corazón” de aquellos recuerdos que pueden desencadenar sentimientos de nostalgia o de condena insoportables.

4. El reflujo y la rémora en la circulación venosa representaran el intento de quedar fijado al pasado y de demorar la iniciación de un proceso de *duelo*, que finaliza cuando la renuncia a lo que se ha perdido “apaga los recuerdos” y conduce hacia la re-significación del presente.

5. La tortuosidad del trayecto venoso que caracteriza a las verices expresara y simbolizaría el camino lleno de “vueltas y rodeos” que entorpece el acceso directo de los recuerdos intolerables.

Un desarrollo equivalente en el carácter aparecera como una dificultad para la expresión franca y directa de algunos afectos, es decir, como una modalidad de “dar vueltas y rodeos” (carácter *vueltero*).

6. La *tortuosidad* venosa simbolizaría también:

- 1) Aquellos *rodeos* y *desvíos* que el varicoso, en aras de su *rectitud*, no puede realizar en la vida.
- 2) Un sentimiento de *tortura* o *tormento*, vinculado con la dificultad para soportar la demora penosa que el camino indirecto impone a los objetivos lineales.

7. El “hacerse mala sangre” configura un disgusto o sufrimiento particular que va más allá de la tortura implícita en el camino tortuoso. Cuando este sufrimiento no accede a la conciencia, la rémora venosa aparecera como su desarrollo equivalente.

8. La función de las válvulas consiste en mantener el orden y la dirección de la corriente. Un mal funcionamiento de las válvulas venosas, en cambio, se arrojara la representación de un estado de des-orden, des-concierto o des-acuerdo afectivo.

9. En relación a las várices de los miembros inferiores encontramos que:

- 1) La función de locomoción simbolizaría la acción o el movimiento de “encaminarse” desde la madre hacia el padre o desde el entorno familiar hacia el mundo circundante. Las várices en las piernas expresarían una dificultad para “dar el paso”, para “encaminarse” hacia otros vínculos y otras etapas de la vida. Esta dificultad estaría específicamente vinculada con el intento de postergar el resentimiento de los recuerdos, resentimiento que constituye una parte necesaria del proceso de duelo implícito en toda situación de cambio.
- 2) Los miembros inferiores funcionan como las “vías” que conducen hacia los genitales y participan en el atractivo sexual, de allí su valor estético. En este sentido pueden simbolizar conflictos con el “encaminarse” hacia el objeto erótico.
- 3) La bipedestación prolongada, frecuente en el varicoso, puede corresponder con su actitud de “mantenerse de pie”, es decir, firme en sus principios morales, sin doblegarse ante afectos o deseos que siente como censurables.

## VI. La historia de Juan

Juan vuelve tarde de la casa de Marta, su única hija. Sus piernas están cansadas y le duelen. Marta y Roberto le anunciaron hoy que van a casarse, después de vivir juntos varios años. Marta conoció a Roberto poco antes de separarse de un matrimonio anterior. Él es un hombre mayor con hijos grandes. Hay algunas cosas de Roberto que a Juan no le gustan. A veces sospecha que no procede con mucha honestidad en los negocios. ¡Qué vidas tan diferentes de la suya!... Sin embargo, no les va mal y se los ve contentos... ¿Y él? Siempre se consideró un hombre recto, fiel, respetuoso; jamás aceptó los regalos de fin de año que le hacían algunos proveedores cuando era gerente de compras en la ferretería... En realidad no tiene de qué quejarse; su esposa y él son felices, llevan una vida sencilla y se arreglan bien.

Juan, sentado en su cama, se quita la ropa y se mira las várices de las piernas. Nunca les había dado demasiada importancia, pero cada vez tiene más calambres y dolores por las noches. También le cuesta caminar.

Recuerda que las várices le aparecieron alrededor de los 30 años, después de que se casó; ahora, a los 69, piensa que quizás le vinieron porque siempre estuvo “de pie”. Primero de jovencito, cuando trabajaba en los bares detrás del mostrador. Después, cuando estuvo veinticinco años como empleado en una gran ferretería y, luego, cuando por fin instaló con mucho

sacrificio su propio negocio... Parecerá una exageración, pero siempre pudo evitar las tentaciones. Tal vez fue demasiado honesto para progresar... Ya de chico era así, respetuoso, obediente, trataba de no dar motivos de queja a su familia, una familia que vivía entre rezos y prohibiciones.

No recuerda mucho de su infancia... Ese jardín grande donde no lo dejaban jugar a lo que él quería... Papá, que no tenía carácter. La imagen que conserva de él es la de un hombre débil, que luchó mucho sin lograr nada, que pasó algunos momentos alegres, pero nació para trabajar y sufrir... Mamá tuvo que dirigir la vida de la familia. Con ella sentía una profunda comunión. Los hermanos le decían “*falluto*” porque siempre se ponía de parte de ella, le daba la razón y buscaba complacerla. Logró convertirse en el “hombre sencillo, delicado y respetuoso de la mujer” que su madre anhelaba.

Cuando papá perdió la mano derecha en el accidente, vino una época difícil... La estrechez económica, la salud quebrantada de mamá, ¡papá que robaba cajas en la fábrica donde trabajaba!... Él sólo tenía 9 años. A veces el robo se justifica... Fue a partir de allí que se convirtió en un chico duro... ¡ni cuando murió su padre pudo llorar!

Pensaba que el matrimonio era una cosa hermosa pero de mucho sacrificio y esfuerzo. Más de una vez rechazó a otras mujeres... ¿fue porque siempre creyó en la fidelidad o por temor a enamorarse?... ¿Por qué, a veces, le vienen recuerdos de Margot?... Era francesa, uno de los jefes de la ferretería la había traído de París. Se enamoró de Juan y lo buscaba. A él le gustaba mucho; todo fue muy intenso. Ella le enseñó el placer del baile, de la buena mesa, a andar a caballo... las cosas que vivió con ella no las volvió a sentir con nadie, ¡era diferente!...

A la vuelta de uno de sus viajes a Francia, Margot, sorpresivamente, fue a buscarlo a la ferretería. ¡Qué violento se había sentido... frente a todo el mundo! ¡Que lo vieran con ella, una mujer que había conocido otros hombres! Tuvo que dejarla... ¡hizo bien!... a pesar de que sexualmente se llevaban de maravillas...

Había empezado a salir con Elvira, una empleada de la ferretería, una chica fina, de buena familia, que aceptó la condición que puso su madre de vivir todos juntos; por lo menos, el primer año de casados.

Con ella parecía posible formar un hogar. Cuando se cumplió el plazo se mudaron para poder estar solos... porque Elvira no aguantaba más.

Al poco tiempo, mamá se murió... A veces se arrepiente de haberse casado y de no haberla acompañado más. Por suerte, Elvira es optimista, fuerte, enérgica. Cuando se casaron, a él le gustaba regalarle perfume francés... pero ya hace tiempo que se le cambió el olfato, y ese perfume le despierta una sensación desagradable.

Las cosas le habían ido bastante bien en la vida... pero ahora, desde que volvió de la cena, se siente decaído con esas vârices que le duelen cada vez más...

Juan construyó su vida en base a una actitud moral que lo llevó a bloquear afectos y necesidades profundas. Desde chico creyó que debía crecer llevando una vida *recta*: ser honesto, fiel y obediente, tanto en el trabajo como el amor. Mientras trabajaba como empleado y luego como jefe de compras en la ferretería, rechazaba todo ofrecimiento que pudiera desviarlo del camino *recto* que se había trazado. En el amor, aunque se entiende *de maravillas* con Margot, decide apartarse de ella y se casa con Elvira, *una chica de buena familia*, con la que *se podía formar un hogar*.

Es entonces, alrededor de la época de su casamiento, que le aparecen las vârices en las piernas, cuando debe olvidar su relación con Margot y separarse de su madre, con quien tenía *una profunda comunión*. Alejarse de la casa de su infancia para “encaminarse” a formar su propia familia le produce temor e intensos sentimientos de culpa.

Juan intenta postergar el duelo por la pérdida de un ayer del que ya se siente afuera. Sus vârices expresan y simbolizan el intento de demorar “la vuelta al corazón” de aquellos recuerdos que podrían desencadenar el dolor de la nostalgia por la pérdida de la unión estrecha con su madre y de la sexualidad apasionada con Margot. Nostalgia que implica una condena: la presencia de una insatisfacción constante en el trabajo y en su vida amorosa con Elvira. La rémora y el reflujo venoso parecen representar su deseo de “detener” los recuerdos, de “volverlos hacia atrás”, impidiendo el re-sentimiento de la carencia que constituye la perpetuación de su condena.

Juan parece haber tomado como natural e inobjetable la imagen del mundo que le presentaba su madre: un mundo visto y juzgado por mujeres, un mundo en el cual la debilidad de su padre acrecentaba la falta del punto de vista masculino.

En Elvira vuelve a encontrar el modelo de mujer que conoce y puede tratar. Mientras dice orgulloso que ella es *fuerte y enérgica*, evita revivir sus sentimientos de rabia, sometimiento y frustración sexual. El perfume francés, símbolo de su experiencia amorosa con Margot, se ha vuelto un estímulo desagradable que puede evocar recuerdos dolorosos que deben ser evitados. Así, sólo le llegan, de vez en cuando, reminiscencias de Margot, sin la plenitud de la carga afectiva.

También, aunque afirma que económicamente *las cosas no le han ido mal*, evita re-sentir su dolor y su enojo por un desarrollo que él siente que no se corresponde con el esfuerzo y la honestidad con que encaró su vida.

Aparentemente Juan no “se hace mala sangre”, se muestra conforme y sin grandes conflictos. Sin embargo, el sufrimiento que no accede a su conciencia como afecto, se le “hace mala sangre” (rémora) y le “deforma” las venas. Su desconcierto afectivo, nacido del conflicto entre la honestidad y el progreso, o la fidelidad y el amor, se mantiene inconciente, y se expresa en el desorden de su circulación venosa.

La “rectitud” de su carácter contrasta con el trayecto “re-torcido” de sus venas. La tortuosidad de sus várices representa en su cuerpo el desarrollo equivalente de aquello que no pudo realizar en su vida, precisamente porque fue sentido como un desvío o un rodeo del camino “recto”.

El bienestar de Marta y Roberto, que han llevado vidas tan diferentes de la suya, reactiva el dolor de su condena inconciente. Esa condena y esa nostalgia, que permanecen reprimidas, se expresan, entonces, en el dolor de sus várices.

---

**PSICOANÁLISIS DEL TRASTORNO  
DIABÉTICO**

---

(1991 [1990])

Luis Chiozza y Enrique Obstfeld

## Referencia bibliográfica

**CHIOZZA, Luis y OBSTFELD, Enrique (1991h [1990])**  
**“Psicoanálisis del trastorno diabético”.**

### Ediciones en castellano

L. Chiozza y colab., *Los afectos ocultos en... psoriasis, asma, trastornos respiratorios, várices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas y accidentes cerebrovasculares*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1991/1992/1993, págs. 106-131.

*Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995.

*Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996.

L. Chiozza, *Los afectos ocultos en... psoriasis, asma, trastornos respiratorios, várices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas y accidentes cerebrovasculares*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1997, págs. 105-129.

### Traducción al portugués

“Psicanálise do distúrbio diabético”, en L. Chiozza (org.), *Os afetos ocultos em... psoríase, asma, transtornos respiratórios, varizes, diabete, transtornos ósseos, cefaléias e acidentes cerebrovasculares*, Casa do Psicólogo Livraria e Editora, San Pablo, 1997, págs. 115-143.

### Traducción al inglés

“Psychoanalysis of the diabetic disorder”, en L. Chiozza, *Hidden affects in somatic disorders: psychoanalytic perspectives on asthma, psoriasis, diabetes, cerebrovascular disease, and other disorders*, Psychosocial Press, Madison (Connecticut), 1998, págs. 77-95.

Este trabajo fue realizado en el Departamento de Investigación del Centro Weizsaecker de Consulta Médica y presentado para su discusión en la sede del Centro el día 19 de octubre de 1990.



...y que la cosa no tenía remedio. Y por dentro me mordía, me desgarraba, me corroía, hasta que la amargura se convertía en una dulzura vergonzosa, maldita, y al final, en un gran placer indiscutible...

FEDOR DOSTOIEVSKI (1864, pág. 39)

## I. Introducción

Weizsaecker (1950) contempla a la enfermedad pensando que el proceso fisiológico se comporta en el hombre como si lo animara una intención psicológicamente comprensible. En numerosos trabajos, investigando las diferentes fantasías inconcientes específicas inherentes a representaciones corporales particulares, desarrollamos una vía de acceso a la “psicosomática” que trasciende la dicotomía mente-cuerpo (Chiozza, 1963*a*, 1970*q*, 1976*c* [1971], 1991*c* [1989]).

Esta forma de pensar la enfermedad somática, que tiene su origen en las ideas de Freud, de Groddeck y de Weizsaecker, nos conduce a investigar la cualidad psíquica específica del trastorno diabético.

En el historial de Isabel de R. (Freud y Breuer, 1895*d*\*), Freud señaló que los síntomas somáticos y el lenguaje extraen, tal vez, sus materiales de una misma fuente inconciente. En el desarrollo de sus conceptos en relación a las zonas erógenas, Freud puntualiza que cualquier órgano o proceso importante aporta algún componente a la excitación general del instinto sexual; su idea de que los fines de la pulsión permiten deducir su fuente nos condujeron a sostener que por tales componentes, propios de cada órgano, parece adecuado entender que estas investiduras configuran representaciones o fantasías con cualidades específicas que emanan de los órganos que les dieron origen (Chiozza, 1963*a*, 1964*a*, 1966*a* [1964]). Justificamos así, por ejemplo, el concepto de fantasías hepáticas (Chiozza, 1963*a*, 1970*a*, 1974*b*), similar en su estructura teórica al de fantasías orales, ampliamente utilizado por el psicoanálisis.

Los desarrollos realizados acerca de las *fantasías específicas* nos permiten concebir, desde un punto de vista teórico, la existencia de fantasías insulino-pancreáticas. Los componentes pulsionales de estas fantasías inconcientes deberán poseer una modalidad particular, emanada de la fuente inconciente constituida por “la zona” insulino-pancreática.

Los pacientes que llamamos diabéticos, precisamente porque poseen algo somático en común (independientemente de la singularidad propia de cada uno de ellos), también tienen algo en común, según nuestra experiencia, desde el punto de vista psicológico.

Pensamos que existe, en lo inconciente, una matriz común a partir de la cual se configura, por un lado, la forma material que conocemos como diabetes y, por el otro, una fantasía insulino-pancreática, cuyo significado corresponde específicamente al trastorno diabético.

## **II. *Diabetes mellitus***

### **1. Breve resumen de las ideas de distintos autores acerca de los psicodinamismos de la diabetes**

Menninger (1935) y G. Daniels (1936) mencionan la frecuencia de la depresión y la ansiedad en la mayoría de los diabéticos. No existe, para estos autores, un tipo esencial de personalidad ni de trastorno mental preponderante. Palmer confirma esta opinión (citado por Miller de Paiva, 1966).

Dunbar, Wolfe y Rioch (1936) describen la personalidad de los diabéticos afirmando que éstos se descompensan después de un período de largas tensiones y esfuerzos, y señalan que arrastran desde la infancia dificultades tales como la indecisión y la inseguridad, oscilando entre la dependencia y la independencia, con la peculiaridad de ser pasivos y masoquistas.

Mirsky sugiere que en estos pacientes la enfermedad es el resultado de una falla en la adaptación psicofisiológica a los traumas sociales y que el estrés emocional es un mecanismo desencadenante en un individuo predispuesto por factores constitucionales (citado por Miller de Paiva, 1966).

Meyer, Bollmeier y Alexander (1945), del Instituto Psicoanalítico de Chicago, destacan que estos pacientes son enfermos oral-agresivos, con la contradictoria tendencia a rechazar el alimento y el afecto que necesitan. El desenlace de esa situación es una dependencia de tipo agresivo hacia la madre. Son personas con exageradas necesidades de afecto jamás satisfechas, cuyos sentimientos de frustración se traducen en reacciones de hostilidad.

Cremerius (1956), a partir de la polifagia, uno de los síntomas de la diabetes, sostiene que esta enfermedad se manifiesta cuando el instinto de comer ya no compensa al conflicto neurótico subyacente (estados paranoicos, agresivos y depresivos).

Hinkle y Wolf encuentran que la diabetes es el producto de una deficiencia de adaptación debida a la inseguridad física y emocional, que ha ocurrido en la infancia, probablemente por un rechazo de los padres, por el nacimiento de un hermano o por la pérdida de la madre (citado por Miller de Paiva, 1966).

Newburgh y Camp concluyen sus investigaciones sosteniendo que hay glucosurias de tipo emocional (citado por Miller de Paiva, 1966). Meyer, Bollmeier y Alexander (1945) describen un caso, tratado psicoanalíticamente, en el cual una vez solucionados los conflictos no hubo más necesidad de régimen ni de insulina.

## **2. Conceptos básicos de la fisiopatología y la clínica de la diabetes**

Los desarrollos actuales acerca de la fisiopatología de la diabetes son cada vez más complejos, principalmente luego de los estudios sobre inmunidad y sobre la resistencia de la membrana celular. Sólo tomaremos para nuestros fines un aspecto en el cual todos los autores coinciden: la diabetes es una alteración del metabolismo de los hidratos de carbono provocada, o bien por un déficit de insulina (las más de las veces a consecuencia de una disfunción de los islotes de Langerhans del páncreas), o bien por un trastorno en su utilización.

Dado que la glucosa no puede incorporarse a la célula, permanece en la sangre en cantidad superior a la normal y resulta un elemento inútil para suministrar energía.

En condiciones normales, el nivel del azúcar sanguíneo se mantiene constante gracias a que, ante cualquier disminución de la glucemia, se estimula la desintegración del glucógeno, originado a su vez por la conversión de la glucosa. En la regulación, producción, almacenamiento y utilización del azúcar, intervienen principalmente los factores hormonales, el más importante de los cuales es la insulina.

La insulina facilita los procesos de acción hipoglucemiante y posee las siguientes funciones: a) favorece la fosforilización y la oxidación de la glucosa, b) contribuye a la formación de glucógeno hepático y muscular, c) disminuye la glucogenólisis (descomposición del glucógeno), d) disminuye

la neoglucogénesis (producción de glucógeno a partir de los ácidos grasos), e) facilita la transformación de glucosa en ácidos grasos.

Consideraremos, a los fines de nuestro trabajo, un mecanismo fisiopatológico que resumiremos esquemáticamente diciendo que el organismo diabético padece de una insuficiencia insulínica, ya sea porque la secreción de insulina es insuficiente, ya sea porque la membrana celular es resistente a ella.

Cuando una considerable disminución de la tolerancia a los glúcidos origina hiperglucemia en ayunas, aparecen los síntomas patognomónicos de la diabetes: poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida de peso.

A estos síntomas pueden agregarse como complicaciones del cuadro las consecuencias que derivan de cada uno de ellos. Por ejemplo: la dificultad para asimilar la glucosa lleva al organismo del diabético a quemar otras sustancias (neoglucogénesis), a fin de obtener la glucosa necesaria para sobrevivir, lo cual puede conducir a una cetosis que, en algunos casos, alcanza una extrema gravedad.

### **III. Las fantasías insulino-pancreáticas**

A pesar de que el significado psíquico de las funciones metabólicas se encuentra mucho más lejos de la conciencia que el de las actividades orales, podemos utilizar las representaciones que nos aporta la fisiopatología insulínica para individualizar determinadas fantasías inconcientes que consideramos propias del trastorno diabético, y que deben corresponder necesariamente a la alteración de fantasías insulino-pancreáticas normales, propias del metabolismo glúcido fisiológico.

Dijimos que la insulina facilita el almacenamiento de la glucosa en las células bajo la forma de glucógeno. Como producto del metabolismo de la glucosa se genera el ATP, reservorio energético del organismo. Houssay (1974) denominaba a la glucosa, “sustancia madre del esfuerzo”.

En ese proceso, la insulina actúa como intermediaria, facilitando la fosforilización de la glucosa, que se transforma así en glucosa “útil” (glucosa-6-fosfato). En un sentido figurado, la insulina “enciende a la glucosa” del mismo modo que un fósforo enciende al carbón.

Podemos suponer que la función insulino-pancreática adquiere por ese camino, desde lo inconciente, el valor de un representante de la disposición al gasto energético implícito en el hacer, emprender, generar o construir.

La falta de insulina, la insulino-resistencia (o algún otro desequilibrio que provoque un efecto semejante), que impide al diabético asimilar la glucosa en sus tejidos, representará entonces, inconcientemente, y en primera

instancia, una carencia de los medios que predisponen a la realización del gasto energético necesario para la realización de un trabajo.

#### **IV. La clave de inervación del afecto comprometido en la diabetes**

Freud (1926*d* [1925]\*) sostuvo que el *afecto* equivale a un ataque histérico universal y congénito, como repetición de una actividad motriz que otrora fue justificada. Cada afecto es un movimiento vegetativo que se realiza con una modalidad típica, un proceso de descarga cuyas “últimas manifestaciones” son percibidas por la conciencia en una serie que va desde las sensaciones somáticas hasta los sentimientos nominados. La cualidad de esa descarga está determinada filogenéticamente por una huella mnémica inconciente, por un registro perdurable que Freud (1900*a* [1899]\*) denominó *clave de inervación* y que forma parte de las ideas que atribuimos a lo que llamaba *inconciente no reprimido* (Freud, 1915*d*\*).

La enfermedad *somática* implica (Chiozza, 1976*h* [1975], 1985*c*, 1986*b*), desde un punto de vista metapsicológico, que el desplazamiento de la investidura no se realiza, como en la neurosis, sobre una representación sustitutiva, sino *dentro* de la misma clave de inervación de los afectos, de modo que algunos elementos de la clave reciben una carga más intensa, en detrimento de otros. En otras palabras: toda enfermedad somática puede ser concebida como la *descomposición de la clave de inervación de un afecto* durante su descarga.

El *funcionamiento metabólico* normal implica una adecuada utilización de la insulina y de los glúcidos, funcionamiento cuyo significado inconciente debe quedar necesariamente relacionado con el sentimiento de que lo que se logra se obtiene disponiendo de los propios medios.

La carencia reiterada de ese funcionamiento metabólico normal se acompañará, por lo tanto, de una particular versión negativa del sentimiento descripto, es decir: los logros alcanzados se han obtenido disponiendo de medios que no han sido propios. Se trata de un sentimiento que podemos denominar *sentimiento de impropiedad*.

“Propio”, por su etimología (Corominas, 1983), une al significado de “titular de un dominio”, el de “adecuado” a un particular sujeto, objeto o propósito. Por este motivo nos parece un término especialmente apto para nominar el sentimiento comprometido en la deficiencia diabética, ya que ese sentimiento, en sus formas más intensas, afecta a la manera en que se experimenta la propia integridad e identidad.

Sabemos que una *actitud de sumisión* tiende a provocar, en algunas especies animales, la inhibición del agresor aun durante la lucha, lucha que se ejerce, por lo general, en torno a una propiedad, sea alimento, territorio, objeto sexual o protección de la prole. De modo que, desde este punto de vista, la sumisión equivale a un reconocimiento de la impropiedad.

Podemos suponer que el *afecto* que denominamos sumisión (otrora un acto motor justificado para sobrevivir en ciertas circunstancias, exhibiendo una debilidad) corresponde al sentimiento de impropiedad de los bienes (sentimiento nacido de la carencia de los medios para obtener o mantener esos bienes mediante la lucha).

Pensamos que en ese afecto de sumisión, que equivale desde otro ángulo al sentimiento de impropiedad, participa en condiciones normales como una de las inervaciones de su clave, la inhibición de la asimilación de la glucosa, fuente principal de la energía que interviene en la acción muscular.

Frente a un sentimiento de impropiedad intolerable con respecto a los objetos o posiciones adquiridos, el diabético expresa y simboliza inconcientemente ese sentimiento mediante la sobreinvertidura de uno de los elementos “normales” de su clave de inervación: la inhibición del proceso de la asimilación de glucosa.

## V. Una forma particular de la melancolía

Las células del diabético están “empobrecidas y hambrientas” de glucosa, mientras que un exceso de glucosa circula inútilmente en su sangre, inasimilable, porque no puede ser fosforilada. Esta situación nos parece equivalente a la de “un pobre que aparenta riqueza”, o que aparenta más de lo que tiene.

Podemos también decir que, por las características de la sustancia de la cual se trata, esa riqueza ficticia, *no asimilada*, vinculada a un sentimiento de impropiedad negado, hace del diabético una persona insatisfecha. Alguien que no puede usufructuar de un dulce con el cual, paradójicamente, empalaga y se empalaga.

La palabra “empalagoso” deriva de “empalago”, y ésta, a su vez, de “empalagar” o “empalagarse”, que adquiere el significado de “sentir hastío de un manjar comido en demasía” (Real Academia Española, 1985). La riqueza que el diabético no puede asimilar parece quedar adecuadamente representada por el *empalagarse* con un manjar que se ha ingerido *en demasía*.

Si tenemos en cuenta que el proceso metabólico y el de identificación derivan de un mismo núcleo de significación inconciente vinculado al

proceso de asimilación (Chiozza, 1970a), comprendemos que la dificultad metabólica representa, al mismo tiempo, un déficit en la capacidad de identificación del yo.

Sabemos que los ideales que no se materializan pueden llegar a sentirse como “perdidos” y adquirir la cualidad de un “objeto” inconciente aleargado (Cesio, 1960a y 1960b; Chiozza, 1963b, 1970g [1966], apdo. 3). Esta situación puede manifestarse clínicamente como una forma especial de melancolía, de características letárgicas o hepáticas (amargura).

En el diabético se encuentra otra forma de la *melancolía*, que está “más allá de la amargura”, a la cual hemos denominado *empalagosa* (Obstfeld, 1969). Lo que nos interesa destacar ahora es que, en la melancolía empalagosa, el exceso de glucosa “inútil”, no fosforilada, al mismo tiempo que niega, representa inconcientemente una *pérdida* particular: el sentimiento de *falta* de la propiedad de los medios con los cuales se vive.

Según Corominas (1983), “empalagarse” es probablemente una evolución de la idea de comprometerse excesivamente en algo, y procedería de “empelagarse”, que deriva de “piélagos” (alta mar) y significa “internarse demasiado en el mar”.

Freud (1910e\*), recurriendo a numerosos ejemplos de las lenguas primitivas, sostiene que, dado que nuestros conceptos nacen por vía de la comparación, no es inverosímil que las palabras tuvieran, en su origen, un doble sentido antitético, ahora inconciente. Podemos suponer, entonces, que la palabra “empalago”, en el caso del diabético, alude también a una actitud de *no comprometerse, no internarse, no interesarse* profundamente en las cosas de las cuales se ocupa.

Esa actitud, a la cual Weizsaecker (1946-1947) se refería diciendo que los enfermos diabéticos *se dejan estar* tanto en su vida como en su metabolismo, se comprende si tenemos en cuenta lo que hemos señalado con respecto a los trastornos hepáticos (Chiozza, 1963a), pues el diabético, que está *más allá* de la amargura, está más allá de la envidia y, también, por la misma razón, más allá de la esperanza.

La palabra “diabetes” proviene del griego; deriva de *diabaino*, que equivale a “yo cruzo, atravieso, paso”. Su sentido coincide, pues, con las representaciones que nos brinda la fisiopatología, ya que la falta de integración metabólica de la glucosa conduce a que esa sustancia *se pierda* a través del riñón (glucosuria).

Podemos decir entonces que el diabético se comporta, en su trastorno metabólico, como alguien que, víctima de una forma particular de melancolía, malgasta y *derrocha* (negando y representando un acto de *sumisión* inconciente) lo que más necesita.

La inhibición de la asimilación de la glucosa, que se arroja la representación del sentimiento de impropiedad, intolerable para la conciencia, constituye el núcleo de la fantasía específica diabética, núcleo al cual se le yuxtapone, como las catáfilas de la cebolla, el *derroche* de la glucosa no fosforilada (glucosuria) que se presta especialmente para representar una riqueza ficticia acompañada por el íntimo sentimiento de que la satisfacción resulta imposible.

La carencia metabólica (células “hambrientas” de glucosa), no solucionable con la ingesta oral (que, por el contrario, puede agravar el trastorno), se presta pues adecuadamente para representar ese sentimiento de insatisfacción perenne.

En cambio, cuando el derroche aparece en la conducta del diabético, como formación reactiva frente a un íntimo sentimiento inconciente de miseria y de impropiedad respecto de los objetos o posiciones adquiridos, se comporta como un pobre que simula ser rico, y sus dádivas edulcoradas, que provienen de una riqueza pretendida, que no experimenta como tal, en lugar de “alimentar” empalagan.

Sintetizando lo que hemos expuesto, diremos que, a partir de una misma matriz inconciente, que corresponde a la clave de inervación del sentimiento de impropiedad, penetra en la conciencia, por un lado, la percepción de la forma material que conocemos como diabetes, y, por el otro, los giros y expresiones lingüísticas tales como “dar el dulce”, por ejemplo, que aluden a la fantasía inconciente específica de la diabetes, originada también en la mencionada matriz.

## VI. Algunos rasgos caracterológicos diabéticos

Arnaldo Rascovsky (1960) describió algunas características del psiquismo fetal y sostuvo la existencia de regresiones fetales, pero, dado que postuló la ausencia de frustraciones durante esa época del desarrollo, negó la existencia de fijaciones fetales.

Freud (1916-1917 [1915-1917]\*), sin embargo, sostiene que los conceptos de regresión y fijación son inseparables, ya que siempre se regresa, frente a frustraciones importantes en las etapas posteriores, a un punto de fijación, determinado por una situación traumática durante la primacía de una determinada zona erógena. Sostuvimos (Chiozza, 1963b, 1963a), por estas razones, la existencia de fijaciones fetales.

Podemos conjeturar que la función de la *zona* pancreática encargada de la producción de insulina posee suficiente importancia como para



arrogarse la representación de un conjunto funcional más amplio, en el cual interviene, y adquirir, durante una parte del desarrollo embrionario-fetal, una cierta primacía, lo cual equivale a la posibilidad de una cuota de fijación insulino-pancreática.

Siguiendo el esquema utilizado para describir el carácter hepático (Chiozza, 1963a, 1970f [1964-1966], apdo. 1), podemos pensar que según el grado de “permeabilidad” del yo con respecto al núcleo constituido por una determinada magnitud de fijación insulino-pancreática, se configurará un determinado *rasgo de carácter diabético*, que podrá estar incluido en otras formaciones caracterológicas (Obstfeld, 1970). Cuanto más débil sea el yo coherente, más identificado quedará con los contenidos de las fijaciones precoces.

Cuando se rompa el equilibrio entre el núcleo que contiene la fijación insulino-pancreática y el resto del yo, se alterará la estructura del carácter o podrán aparecer los síntomas corporales que, en nuestra percepción conciente, identificamos y agrupamos con el nombre de la enfermedad diabetes.

Los rasgos del carácter diabético pueden estar presentes sin el padecimiento “orgánico” correspondiente. La aparición de los síntomas ocurre, tal como lo sostuvimos antes, siguiendo los *planos de clivaje* de la desestructuración de los afectos cuando su concientización es intolerable y, desde ese punto de vista, puede decirse que la regresión activa un *núcleo patosomático* de la personalidad.

Meyer, Bollmeier y Alexander (1945), y también Cremerius (1956), entre los autores que hemos citado, refiriéndose a la estructura oral predominante en este tipo de pacientes, los describen como personas reservadas, inhibidas, desconfiadas, indecisas, con poca seguridad en sí mismas, inclinadas a la autoacusación y a adoptar actitudes infantiles.

Sin embargo, esa estructura oral caracterológica no explica la peculiaridad de los trastornos diabéticos, ya que se presenta en personas que no son diabéticas o que tienen otras patologías.

En nuestra opinión, tal como ya lo hemos expresado, el sustrato básico del carácter diabético consiste en una forma particular de melancolía que, a diferencia de la que conocemos clásicamente, se manifiesta con actitudes que caracterizamos con el término “derroche” y que se acompañan de una dificultad para gozar que se manifiesta como una insatisfacción permanente.

La denominación *melancolía empalagosa* proviene de un rasgo “almibarado” con el cual el sujeto, entregando aquello de lo cual “dispone” pero que en realidad no posee, evita, “más allá de la amargura” hepática (Obstfeld, 1969), la conciencia de sus sentimientos de envidia y hostilidad reprimidos.

Tanto las reacciones egoístas y mezquinas, como la fanfarronería y la sobreprotección a los seres del entorno, configuran rasgos del carácter que es frecuente observar en el diabético. Es posible pensar que se estructuran como formaciones reactivas frente a la identificación con el *núcleo diabético*.

Las reacciones egoístas y mezquinas pueden interpretarse como defensas frente al sentimiento de *miseria interior* que es propio de la identificación directa con el significado del trastorno diabético.

La fanfarronería puede ser comprendida como una necesidad compulsiva de obtener satisfacciones exhibicionistas, que esconden de ese modo la *pobreza interior*.

La sobreprotección a los seres del entorno puede surgir como consecuencia de proyectar, en el otro, al menesteroso, al pobre, al mísero, mientras que el sujeto se pseudoidentifica con el objeto rico y añorado. Esta sobreprotección adquiere habitualmente la forma de actos de sacrificio culpógenos, que en el fondo contienen una hostilidad reprimida.

## VII. El vínculo transferencial y la imago objetal del diabético

Durante el tratamiento psicoanalítico, los pacientes diabéticos o con una estructura diabética del carácter se muestran sumisos, como si fueran *blandos y fofos*, y suelen determinar contratransferencias en las cuales predominan el fastidio y la incomodidad, junto con intensos sentimientos de culpa, no siempre concientes.

Si el terapeuta no comprende las raíces inconcientes de sus sentimientos, puede quedar atrapado en una contratransferencia concordante que lo llevará a experimentarse como un “inservible”. O, en el caso contrario, escapando de la identificación concordante con la “pobreza” que corresponde al trastorno insulínico, ingresará en la actitud complementaria, más frecuente, durante la cual, identificado con el ideal, tenderá a ofrecer subrogados inútiles de la interpretación, como una madre sobreprotectora y culpógena, que produce sometimiento, empalago y carencia.

En la labor analítica con estos pacientes, el terapeuta suele experimentar la sensación de que, a pesar de que alaban frecuentemente sus interpretaciones, jamás quedan satisfechos con ellas. El odio que proviene de su insatisfacción, y que el paciente reprime, lo conduce, por temor a las represalias, al intento de apaciguar al psicoanalista “dándole el dulce” mediante halagos y alabanzas que lo empalagan y lo aletargan. Si también esta acción de *empalagamiento* fracasa, el paciente regresa hacia

un estado de resignación aletargada que concuerda con las descripciones de Weizsaecker (1946-1947).

Freud (1916-1917 [1915-1917]\*) sostiene que las antiguas formas del yo, que persisten en el ello, pueden adquirir nueva vida (especialmente en las primeras fases del desarrollo individual) y perdurar luego como disposiciones inconcientes al desarrollo de afectos o trastornos reactivados por la regresión.

Los diferentes estadios del desarrollo embrionario-fetal, que supuestamente representan en la ontogenia la evolución filogenética, permitieron utilizar representaciones provenientes de la escala zoológica para intentar conceptualizar algunos aspectos de la imago objetal del hepático y también del vínculo hepático del yo con dicha imago (Chiozza, 1963a).

El análisis de los mitos, de las obras literarias y de los usos del lenguaje dentro y fuera de la sesión psicoanalítica, confirma la utilización espontánea e inconciente de esos modos de representación que se expresan con imágenes de la zoología real o fantástica.

En la escala zoológica, el hígado empieza a diferenciarse del páncreas a partir de los moluscos gasterópodos. Tales moluscos, llamados “babosas”, son blandos, están cubiertos de un moco viscoso, y parecen particularmente adecuados para representar la imago objetal del diabético, el cual, identificado muchas veces con esa imago, suele mostrarse sumiso y dar la impresión de una fofa blandura.

## VIII. Un ejemplo del carácter diabético

El humorista Dan Greenburg (1969) describió en un pequeño libro, con la maestría del mejor psicoanalista, al personaje universal de la *idische mame*, que es, en nuestra opinión (Obstfeld, 1975a, 1975c), un excelente ejemplo de carácter diabético. Es claro que, como señala el autor, para ser una *idische mame* no es necesario ser madre, ni ser judía, ni ser mujer.

En uno de los pasajes del libro, la *idische mame* regala a su hijo dos camisas y, cuando él se dispone a usar una, ella, con una expresión dolorida que contiene un reproche, le pregunta si la otra no le ha gustado. Podemos apreciar otra vez, en este ejemplo, la diferencia entre la melancolía clásica y la que denominamos “empalagosa”.

Las dos camisas representan, simbólicamente, un regalo *doble*, es decir, abundante, destinado a producir una satisfacción grande, pero la pregunta (nacida aparentemente de la proyección de la insatisfacción materna en el hijo) tiende a producir sentimientos de culpa que provocan

sufrimiento y que pueden ser interpretados como la verdadera finalidad, reprimida, de la pregunta unida al regalo.

De modo que la *sobreprotección*, que parece característica de la *dulzura* del personaje *idische mame*, encubre el derroche y la fanfarronería de una pretendida riqueza, y una intensa hostilidad inconciente, asociada a la pérdida de un hijo que crece e independiza su criterio (su gusto).

La insatisfacción permanente, tan típica de la *idische mame*, también es descrita por el autor en relación con las comidas y con la importancia que les otorga, principalmente al pan, que simboliza la apetencia diabética, el hidrato de carbono que no logra asimilar.

La fanfarronería se expresa también, “hepáticamente”, en la permanente necesidad de lucirse mediante el triunfo sobre el otro, que debe entonces hacerse cargo de la envidia que el diabético niega. Importa señalar, sin embargo, que ese lucimiento se logra a través de una pseudoidentificación con un objeto ideal (un hijo, por ejemplo) y que, de esa manera, queda siempre perdido para el propio yo. Una *idische mame* se queda *añorando* a sus hijos, en los cuales deposita todos sus ideales.

El exceso de dulzura con que reprime su hostilidad inconciente contra sus propios ideales hepáticamente inasimilables, depositados en los vínculos más cercanos, y la culpa que experimenta frente al ataque “edulcorado” que la conduce a sentirlos como definitivamente perdidos, refuerzan los sentimientos diabéticos de insatisfacción permanente y se manifiestan en una desesperanza que es típica de la melancolía empalagosa.

## **IX. El mito de Tántalo a la luz de las fantasías insulino-pancreáticas**

En la mitología griega, Tántalo es hijo de Júpiter y de la oceánide Plata. Los mitos que se refieren a sus crímenes, y al castigo que recibió por ellos, tienen numerosas y confusas variantes. Se narra que para agradar a los dioses guisó el cuerpo de su hijo Pélope y lo obsequió como banquete. Advertidos a tiempo, nadie comió del horrible manjar. Sólo Ceres, su esposa, distraída por la desaparición de su hija Proserpina, comió parte de la espalda.

Tántalo fue condenado a los infiernos, donde sufre perpetuamente sed y hambre, sumergido en el agua hasta la garganta y debajo de un árbol colmado de frutos. Pero cuando quiere beber y acerca su boca al agua, ésta desciende y sus labios no la alcanzan jamás. Los frutos se alejan de sus manos cuando quiere tomarlos. En una variante del mito se lo presenta como ladrón del néctar y la ambrosía del Olimpo.

Si intentamos interpretar en este mito los contenidos que nos interesan desde el punto de vista de las fantasías insulino-pancreáticas, podemos ver que los frutos en la primera versión, y el néctar y la ambrosía en la segunda, que son alimentos *dulces*, despiertan nuestras asociaciones con la glucosa que el diabético necesita y no logra utilizar. Del mismo modo, el agua en la cual está sumergido hasta la garganta y que no alcanza a beber, puede ser interpretada como el símbolo inconciente de la pérdida de “sus aguas” (poliuria) y de su sed insaciable (polidipsia).

Tántalo es condenado por los dioses a sufrir hambre. Tiene lo que necesita al alcance de la mano, pero no puede hacerlo suyo. Esta dramática del mito, que constituye la verdadera esencia del suplicio, parece representar la intimidad del trastorno diabético.

Prometeo desafía a los dioses de una manera que nos permite comprender su disputa como un drama hepático, en el cual, como desenlace, se desata su pasión envenenada: la envidia (simbolizada por la flecha de Heracles que mata al águila enviada por el dios enemigo) (Chiozza, 1970g [1966], apdo. 3).

Tántalo, en cambio, incapaz de ejercer contra los dioses el ataque envidioso que libera a Prometeo, ofrece sumisamente, como un *dulce* manjar, a su propio hijo, que representa a sus ideales. El aspecto más cruel queda simbolizado en la figura de Ceres, quien se come un trozo de la espalda de Pélope, pero la hostilidad latente se expresa también en el engaño con el cual se intenta ofrecerles un dudoso manjar, engaño que es el verdadero motivo del castigo.

Al comparar los mitos de Prometeo y de Tántalo, apreciamos una evolución regresiva desde el trastorno hepático hasta el trastorno diabético: por un lado, la amargura, la envidia y el desafío a los dioses; por el otro, el derroche de una dulzura *empalagosa* y la sumisión del que carece de los medios para defender algo propio (simbolizado en el hijo).

En términos estructurales, el drama de Tántalo consiste en que a raíz de su extrema debilidad yoica su superyó se transforma en algo muy persecutorio y tanático. Tántalo no tiene, como Prometeo, la posibilidad de la amargura que contiene la esperanza de la envidia. Su crimen *dulce* simboliza el intento fallido de sobrevivir mediante una ofrenda que implica un acto de sumisión que fracasa porque conduce a la pérdida de todos sus objetos y de sus aspiraciones de integración yoica. Mientras que Prometeo les quita el fuego sagrado a los dioses para dárselo a los hombres, de lo cual resulta una actividad vital y creadora, Tántalo ofrece, en la figura de su hijo, una renuncia masoquista a sus propios ideales, mediante una acción tanática autodestructiva (Papaleo, 1975).

La actitud de Tántalo frente a los dioses, la ofrenda de su hijo, representa en el mito la debilidad (hepática y diabética) que lo conduce a quedar sometido y entregado a un ideal extremadamente persecutorio, frente al cual la identificación le es imposible. Tántalo se muestra “gustosamente” sumiso frente a un superyó que le exige su propia muerte (Garma, 1975). Esta situación suele observarse en el paciente diabético, que se caracteriza por el poco cuidado de sí mismo, por una actitud de “dejarse estar” en el trastorno de su metabolismo (Weizsaecker, 1946-1947).

En algunas variantes del mito, Tántalo es castigado por ser ladrón: por el robo del becerro de oro que custodiaba el templo de Júpiter, por el robo de Ganimedes antes de que Júpiter lo elevara al rango de copero divino, o como ladrón del néctar. Estas variantes permiten una interpretación más rica. El becerro de oro representa al ideal; el néctar, al *dulce* alimento. Tántalo, como ladrón del néctar, resulta un símbolo universal que la mitología nos ofrece, del drama que el diabético representa en su cuerpo: siente que no ha puesto su esfuerzo, su energía, para lograr lo que posee y, por lo tanto, experimenta todo lo que tiene como algo que no le pertenece.

## **X. La imago madre empalagosa en un cuento infantil: “Hänsel y Gretel”**

El psicoanálisis de los cuentos infantiles nos revela las fantasías inconcientes regresivas que en ellos se expresan. Sabemos que estos cuentos poseen la cualidad de un cumplimiento de deseos, razón que nos explica el profundo placer que obtienen los niños al escucharlos y su insistencia en que se los repita, una y otra vez, de manera inmodificada. Pero si interpretamos los cuentos de un modo análogo a como hacemos con los sueños, se manifiesta su génesis traumática (Garma, 1940), lo cual nos permite inferir que su repetición constituye un intento, fallido, de elaborar fantasías inconcientes.

En “Hänsel y Gretel” de los hermanos Grimm, se relata la historia de dos niños cuya familia atraviesa serias penurias económicas. La madrastra convence al padre de los niños para que los abandone en el bosque. El primer intento fracasa por la astucia de Hänsel, quien logra señalar con piedritas el camino de vuelta a su hogar. En una tentativa posterior, se ve forzado a diseminar miguitas de pan, que son comidas por los pájaros. Los niños, perdidos por este motivo, encuentran al cabo de un tiempo una casita revestida de dulces. Seducidos por ellos, son engañados por la bruja que allí habita, que les ofrece pasar y los atrapa con el deseo de engordarlos para comerlos luego.

Recordemos que “dar el dulce” alude, en el lenguaje popular, al hecho de ofrecer al incauto un señuelo atractivo, para perjudicarlo luego y obtener una ventaja, trampa que, en cierto modo, remeda lo que sucede en el organismo diabético.

Hänsel consigue embaucar a la bruja, que ve con dificultad, haciéndole creer que no están engordando. Cuando ella advierte el engaño, los niños ya tienen la fuerza suficiente para introducirla en el horno que les estaba destinado. Recuperan así la libertad y se llevan el oro de la bruja, con el cual, luego de reencontrarse con su padre, pueden salir de su estado paupérrimo.

La figura de la madrastra mala, representante de un abandono materno “felicida”, queda en el cuento equiparada a la pérdida del alimento (el estado paupérrimo, y las migas de pan, que son hidratos de carbono). Esta situación, maníacamente negada y transformada en la “casita dulce” que se come, retorna sin embargo en la bruja que intenta comer al hambriento. Tanto la madrastra como la bruja son representaciones de la imago de madre mala *empalagosa*. La bruja los engorda para comerlos como antes los empalagó para atraparlos. El final feliz (los niños engañan a la bruja y se quedan con su oro) es un cumplimiento de deseos que encubre la génesis traumática, la sumisión a una imago madre empalagosa y tanática.

## XI. Diabetes y sociedad de consumo

La enfermedad diabetes ocupa, según las estadísticas (Serrantes y Cardonet, 1969), el tercer lugar como causa de muerte en el mundo. En cada época de la historia han predominado determinados trastornos somáticos, hecho que nos lleva a pensar en algo conocido: el problema de la “moda” de las enfermedades.

La teoría psicoanalítica de la identificación nos permite colegir un núcleo de significación común entre lo que ocurre en la sociedad de consumo propia de nuestra época y las vicisitudes del trastorno diabético.

La introyección de un objeto, de una parte o de una cualidad, en el *self*, no implica necesariamente, desde la perspectiva de Wisdom (1962), una identificación. Para que tenga lugar una identificación, el objeto incluido en el mundo interno debe ser asimilado en el yo y ser experimentado como una parte de él. Wisdom señala que el sujeto “ve con los ojos del objeto” únicamente de este modo, porque así, en realidad, el objeto ya no es tal, sino una parte del *self*. Se encuentra aquí la esencia de la identificación, que es el único proceso estructurante de una identidad verdadera.

Cuando la identidad se basa, en cambio, en la apropiación de las cualidades del objeto por identificación proyectiva, resulta, de acuerdo con Wisdom, una adquisición ilusoria que lleva implícita la pérdida del objeto y, sobre todo, de la posibilidad de integrarse con él.

Pensamos que en el diabético, que se encuentra más allá de la amargura, el *self*, en lugar de incorporar al objeto, se coloca en su lugar en una identificación ilusoria, determinando una pseudoidentidad que refuerza su insatisfacción permanente y lo conduce a la desesperanza.

Si aceptamos que las intensas vivencias de desarraigo, las toxicomanías y algunos de los numerosos enfrentamientos sociales a los cuales está expuesto el hombre de hoy poseen un punto en común con dificultades para la adquisición del sentimiento de identidad, podemos pensar que poseen también un punto de contacto con un núcleo hepático y diabético inconcientes.

Un componente importante de la llamada sociedad de consumo es la insatisfacción que en ella sufre el hombre, y la dificultad para gozar de lo que adquiere, lo cual lo lleva a adquirir cada vez más objetos, en una búsqueda ilusoria del bienestar. Esta última actitud implica siempre un derroche, en la medida en que estos objetos no serán aprovechados y en que, por esta misma razón, se perderán fácilmente. Es decir que la adquisición de objetos constituye, en estos casos, una conducta maníaca que encubre una situación melancólica caracterizada por un sentimiento de pérdida e insatisfacción permanentes.

Podríamos decir que la sociedad de consumo, que fomenta las adquisiciones a crédito, en las cuales se difiere el esfuerzo según la conocida fórmula “disfrute ahora y pague después”, lleva implícita una dificultad para gozar de los objetos, que surge del sentimiento de impropiedad de los medios con los cuales se los ha adquirido.

Se establece así un círculo vicioso por obra del cual se tiende a sustituirlos rápida y continuamente, en una actitud de derroche que está al servicio de la búsqueda ilusoria de un goce inalcanzable.

## **XII. Resumen de la fantasía específica diabética**

La investigación psicoanalítica del trastorno diabético nos ha llevado a las conclusiones que a continuación resumimos:

1. El trastorno diabético y el conjunto de *fantasías* que consideramos *específicas* de ese trastorno se desarrollan a partir de una misma fuente inconciente.



2. El metabolismo glucídico normal implica una adecuada utilización y producción de la insulina. Este proceso posee una relación específica con el *sentimiento de propiedad*, que deriva del sentirse capaz de: a) disfrutar del gasto y del ahorro, b) obtener y mantener, con los propios medios, lo que se posee.

3. El metabolismo glucídico normal es uno de los elementos de la clave de inervación de tales sentimientos, que resumimos en la expresión *sentimiento de propiedad*. El sentimiento de no haber obtenido o mantenido por los propios medios lo que se posee o utiliza, constituye, en cambio, lo que denominamos *sentimiento de impropiedad*.

4. Sabemos que una *actitud de sumisión* tiende a provocar, en algunas especies animales, la inhibición del agresor aun durante la lucha; lucha que se ejerce, por lo general, en torno a una propiedad, sea alimento, territorio, objeto sexual o protección de la prole. De modo que, desde este punto de vista, *la sumisión equivale a un reconocimiento de la impropiedad*.

Podemos suponer que el *afecto que denominamos sumisión* (otrora un acto motor justificado para sobrevivir en ciertas circunstancias, *exhibiendo una debilidad*) corresponde al *sentimiento de impropiedad de los bienes* (sentimiento nacido de la carencia de los medios para obtener o mantener esos bienes mediante la lucha).

Una pequeña disminución de la actividad insulínica, en un metabolismo glucídico normal, forma parte de la clave de inervación de la sumisión que acompaña a un sentimiento de impropiedad normal y conciente.

5. El trastorno diabético se arroga la representación simbólica de la actitud de sumisión implícita en el sentimiento de impropiedad, cuando ambos desaparecen de la conciencia, por obra de una *defensa patosomática que descompone su clave de inervación* y desplaza el total de su investidura sobre uno de los elementos de esa clave: la disminución de la efectividad insulínica.

6. Un pequeño aumento de la actividad insulínica, en un metabolismo glucídico normal, forma parte de la clave de inervación de la actitud de afirmar con el propio esfuerzo el sentimiento de propiedad, actitud que surge como una formación reactiva o como una sobrecompensación, frente a un sentimiento de impropiedad negado.

El aumento anormal de la actividad insulínica, que se traduce en un trastorno hipoglucémico, puede ser comprendido como una deformación de la clave de inervación de esa actitud.

7. El concepto de puntos de fijación prenatales nos permite conjeturar un punto de fijación insulino-pancreático, que configura un núcleo insulino-pancreático de la personalidad, cuya mayor o menor importancia depende de la intensidad de la fijación.

8. Los rasgos más evidentes del carácter que denominamos diabético se adquieren, de acuerdo con la mayor o menor permeabilidad del resto del yo frente a ese núcleo, por identificación directa o por formación reactiva.

9. Todo enfermo de diabetes posee, en mayor o menor medida, un *carácter diabético*, pero no todo el que evidencia un carácter diabético sufre el trastorno insulínico que llamamos diabetes.

Para enfermar de diabetes es necesario que se mantenga inconciente una actitud de sumisión, asociada al sentimiento de impropiedad, cuya conciencia resulta insoportable, y que la desestructuración de la clave de inervación correspondiente sobreinvierte la disminución, otrora normal, de la función insulínica.

10. Los *rasgos más típicos del carácter diabético* pueden clasificarse esquemáticamente así:

1) Los que corresponden a la identificación directa con el núcleo de fijación insulino-pancreática, donde *existe* pobreza o miseria, malgasto e incapacidad para obtener el provecho normal. Esos rasgos son la *pusilanimidad*, el *derroche* y la *insatisfacción permanente*.

2) Los que corresponden a una formación reactiva frente a ese núcleo de fijación. Estos rasgos son la *fanfarronería* que aparenta riqueza, la *mezquindad* que intenta, fallidamente, oponerse al derroche, y una *dulzura empalagosa, sobreprotectora, culpógena y sacrificial*, que busca acumular falsos méritos y provocar compasión procurando disminuir el sentimiento de una deuda que no se piensa pagar.

### **XIII. Caso clínico**

#### **Berta (57 años)**

Berta padecía una diabetes que, aun medicada, llegaba a registrar, a veces, niveles de glucemia de 3,5 g. Tenía 53 años cuando comenzó su análisis. Era hija de una adinerada familia austríaca que emigró a la Argentina cuando ella tenía 12 años.

Aquí cursó sus estudios y se recibió de abogada. Su madre había instalado un taller de tapicería en el cual su padre ayudaba. Su familia gozaba de una holgada situación económica, aunque vivía sin grandes lujos. Se casó a los 34 años, siendo ya abogada, con un hombre separado con el cual tuvo dos hijos.

Cuando Berta tenía 44 años su padre falleció como consecuencia de un accidente cardiovascular, a raíz de un ataque de hipertensión. Entonces se enteró de que había heredado dinero y bienes que su padre poseía en Austria y que nunca le había mencionado; por el contrario, siempre se mostraba mezquino con ella en cuestiones de dinero. En la época en que Berta recibió la herencia, ya gozaba de una buena situación económica, generada por su marido.

Pocos meses después de la muerte de su padre aparecieron los primeros síntomas de la enfermedad. Él había padecido una diabetes leve en su juventud. Los factores hereditarios no nos permiten explicar, sin embargo, y la identificación frente a su muerte tampoco, por qué Berta no se enfermó de hipertensión, de úlcera gastroduodenal o de artritis reumatoidea, enfermedades todas ellas que padeció su padre.

Si afirmamos que “la elección” inconciente de una determinada enfermedad posee un sentido que es inherente a la dramática que conforma la biografía del enfermo, debemos sostener que la muerte del padre como factor desencadenante de la diabetes de Berta obra primordialmente por su significación y sólo secundariamente puede quedar reforzada como producto de una identificación. La identificación, por sí sola, carecería de la capacidad suficiente para generar la alteración corporal que configura el trastorno.

Teniendo en cuenta que tenía 12 años cuando vinieron de Austria y que su padre viajaba con frecuencia a su país natal, llama la atención que recién a los 44 años se enterara de la fortuna que habría de heredar. Esto hace presuponer que, independientemente de que el padre le ocultara la información, Berta, en una actitud infantil, no deseaba saber.

Por otro lado, el desarrollo económico de su esposo la llevó a vivir en un nivel muy superior al que hubiera podido acceder por su trabajo como abogada. A pesar de que trabaja muchas horas, su labor actual es mal remunerada y poco gratificante, ya que realiza su práctica profesional en una empresa pública, donde trabaja mecánicamente, sin mucho interés en lo que hace.

Podemos pensar, entonces, que la herencia que le legó su padre amenazaba con llevar a su conciencia el sentimiento, para ella intolerable, de que su bienestar material no provenía de su esfuerzo. El dinero que recibió de la herencia fue depositado y transformado en algo “intocable” que no debe ser usado. Esa herencia la maneja su marido, y Berta no manifiesta ningún interés por saber, por ejemplo, cómo o dónde está invertida. Adopta, en ese sentido, para con el dinero, una actitud semejante a la que tenía cuando niña.

Berta evidenciaba muchos de los rasgos del carácter diabético que hemos descripto, como la falta de ganas, la insatisfacción permanente, la dificultad para gozar, o las actitudes de sumisión y sacrificio, derroche y

sobreprotección, hacia sus hijos o parientes, reflejadas también en acciones filantrópicas, muchas veces ineficaces.

Por los datos de su historia supimos que esos rasgos de su carácter estaban presentes en Berta antes de que la herencia paterna, intensificando un sentimiento de impropiedad de sus bienes que no puede tolerar en la conciencia, desencadenara su diabetes.

Veamos ahora algunos fragmentos de una de sus sesiones.

Mientras entra al consultorio dice excitada:

¿Sabe?, tengo el coche nuevo abajo. ¡Tengo un miedo de no saber manejarlo, de que me lo roben! Lo dejé con todos los papeles y ni siquiera sé el número de chapa, mire si pasa algo.

Berta, con su temor al robo, representa en el futuro la vivencia presente de una pérdida y, al mismo tiempo, comunica una actitud de entrega y sumisión: dejó los papeles en el coche sin saber siquiera el número de chapa. De este modo, si se lo robaran, se vería en dificultades para hacer algún reclamo. La compra de ese coche, que era para ella, fue decidida y ejecutada por el marido; Berta sólo había elegido el modelo y el color. Se encontraba, así, otra vez más, con algo adquirido sin un esfuerzo propio.

La glucosa no fosforilada, que no le sirve para predisponerse a un empleo energético (y también la glucosa fosforilada mediante la insulina que le ha sido inyectada), representa inconcientemente los bienes que Berta no adquiere por sus propios medios.

Recíprocamente, el coche que no ha comprado ella y que teme perder, representa, en el escenario de su vida cotidiana, ese mismo trastorno de su metabolismo glucídico. Pero *ahora*, en la sesión psicoanalítica, las interpretaciones que recibe como producto de la labor que el analista realiza, y de la cual Berta no se siente responsable, reciben la transferencia de la perturbación insulínica, y cuando la paciente cuenta lo que le ocurre con el coche, se refiere, inconcientemente, al tipo de relación que establece con esas interpretaciones.

Cuando el sentimiento de impropiedad del auto le fue interpretado, la paciente asoció con que esa noche debía ir a cenar con su familia, porque su hijo había recibido el diploma de un curso de coordinador social. Dice:

...él lo vive como una cosa bárbara, pero no sé qué va a hacer con el diploma, porque no es ni sociólogo ni nada, no sé si puede trabajar con eso. Lo que pasa es que siempre les tuvo tanto miedo a los exámenes, que haber logrado eso le parece una cosa bárbara... –y agrega– es un cursito cualquiera. Yo lo vivo así, no es un diploma importante.

Su hijo, en ese relato, la representa a ella, que se siente un *bluff*, un engaño, por obra del sentimiento de impropiedad reprimido, pero también proyecta esas fantasías sobre el analista y, como si también él fuese un *bluff*, desprecia sus interpretaciones, no les da importancia, las “derrocha”, como si se tratara de glucosa no fosforilada.

Cuando la interpretación del analista liga el sentimiento de impropiedad del coche con el que el hijo podría experimentar ante el diploma, la paciente continúa diciendo:

Yo fui a buscar el coche, nunca tuve Ford. Yo tengo la sensación de que mi marido me dejó más la responsabilidad a mí, aunque no es cierto, porque al principio había ido él. Para colmo se me junta con que hay que echar a la mujer que cuida a mi tía. Al principio parecía muy buena, pero es una inútil, le hace daño, le interesa sólo el dinero. Hay que pagarle y que se vaya.

Berta comienza a reconocer, apenas, sus sentimientos de dependencia y debilidad asociados al sentimiento de impropiedad. Esto le permite manifestar, de manera incipiente, su hostilidad hacia la mujer que cuida a la tía, representante del psicoanalista, que es objeto de la transferencia diabética. Se trata de un objeto que desilusiona, empalagoso, *al principio muy bueno*, pero que luego la deja en carencia, como le había pasado con su padre, que le había ocultado su fortuna y a quien había sentido innecesariamente mezquino.

En otro momento de la misma sesión expresa:

A mí lo que me altera es cuando tengo todo junto. En este momento tengo tantas cosas juntas, que no puedo más. Si se hubieran presentado una por vez, no hubiera sido tan mala la cosa. (*Pausa.*) Si cuando bajo el auto no está, tengo que ir a la comisaría a denunciar, ¿no? (*Riéndose:*) ¿Dónde esta la comisaría por acá?

En la dificultad que tiene Berta para organizarse está expresada la pérdida asociada a la imposibilidad de disponer de sus propias energías. Su risa, y el humor de la pregunta acerca de la comisaría, nos revela el carácter maníaco de su actitud frente a esa pérdida: el derroche.

Cuando se le interpreta la aceptación (sumisión) implícita en su actitud de olvidarse los papeles del auto que siente, de algún modo, como impropio, dice:

Sí, yo la verdad que en el camino pensé resolver ese problema... pensé que cuando bajara para venir acá, me traería todos los documentos del coche. Cuando llegué acá, me olvidé, no lo hice...

Poco después agrega:

Lo que me gusta de este auto es que es rojo, es la primera vez que tengo un auto rojo.

El psicoanalista, como producto de su contratransferencia, se sintió, en un primer momento, halagado por las palabras de la paciente. Pensó que el gusto por el auto rojo, como referencia al color de su cabello, pelirrojo, representaba el aprecio por sus interpretaciones; pero inmediatamente le surgió la sospecha de que Berta podría estar engañándolo. Tal vez su fantasía de haberlo “derrochado” podía hacerle temer una actitud taliónica y, por este motivo, necesitaría halagarlo, “empalagándolo”, “dándole el dulce”, para aplacar esa presunta reacción.

También pensó que su contratransferencia podía, además, concordar con lo que Berta sentía: el coche le había comenzado a gustar, pero, como producto de su conflictiva diabética, no tanto como para poder disfrutarlo.

Berta, a pesar de quejarse de que no puede con “tantas cosas juntas”, está evolucionando. Cuando cuatro años atrás comenzó su tratamiento psicoanalítico, las cifras de su glucemia, aunque recibía insulina inyectable, la acercaban a veces peligrosamente a la posibilidad de un coma diabético. Actualmente, su medicación se redujo y los niveles de glucemia, sin embargo, se mantienen alrededor de 0,8 g por la mañana y 1,5 g al anochecer, con una fluctuación no mayor de 0,5 g. Su bajo nivel de glucemia matinal suele manifestarse en algunas ocasiones como trastornos hipoglucémicos.

Si basándonos únicamente en el relato y en las asociaciones de Berta con respecto a su infancia, hubiésemos interpretado la actitud de sumisión y el sentimiento de impropiedad que permanecían reprimidos en ella, ¿habríamos podido disminuir la gravedad de su insuficiencia insulínica?

Es posible que sí, dado que la deformación patosomática de esos sentimientos reprimidos es específica del trastorno diabético. Pero debemos preguntarnos si habríamos podido vencer las dificultades de la transferencia-contratransferencia, y comprender la “significancia” fundamental que poseían esos particulares sentimientos en la vida de Berta, sin el esclarecimiento que pudo proporcionarnos la inteligencia del significado propio e inherente de la fisiopatología diabética.

## BIBLIOGRAFÍA

- ABERASTURY, Arminda (1951) *El juego de construir casas*, Paidós, Buenos Aires, 1961.
- ABERASTURY, Arminda (1971) “La detención, la marcha y el lenguaje”, en *Aportaciones al psicoanálisis de niños*, Paidós, Buenos Aires, 1971, págs. 11-29.
- ABERASTURY, Arminda y SALAS, Eduardo (1978) *La paternidad*, Kargieman, Buenos Aires, 1978.
- ABULAFIA, Juan (1979) Comunicación personal.
- ALTMAN, Alicia y CATTANEO, Susana (1978) “Algunos rasgos del carácter varicoso”, presentado en la Jornada sobre el Enfermo Cardiovascular, CIMP, Buenos Aires, 8 y 9 de setiembre de 1978.
- ANDERSON, W. A. D. (1961) *Pathology*, The C. V. Mosby Company, Saint Louis, 1961.
- ANZIEU, Didier (1985) *El Yo piel*, Biblioteca Nueva, Madrid, 1987.
- BALDINO, Oscar (1978) “La autotomía y la regeneración”, en *Eidon*, N° 8, CIMP-Paidós, Buenos Aires, 1978, págs. 53-64.
- BARBERO, Luis y SCAPUSIO, Juan Carlos (1983) “Ideas sobre la significación de las enfermedades inmunoproliferativas. Un caso de linfoma de células B”, en *XIV Simposio del Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicosomática*, CIMP, Buenos Aires, 1983, págs. 158-165.
- BARBERO, Luis y SCAPUSIO, Juan Carlos (1984) “Consideraciones sobre la leucemia linfoblástica aguda”, en *XV Simposio del Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicosomática*, CIMP, Buenos Aires, 1984, págs. 140-150.
- BARCIA, Roque (1961) *Sinónimos castellanos*, Sopena, Buenos Aires, 1961.
- BARROW, David (1948) *The clinical management of varicose veins*, Hoeber, Nueva York, 1957.

- BATESON, Gregory (1972) *Pasos hacia una ecología de la mente*, Carlos Lohlé, Buenos Aires, 1976.
- BATESON, Gregory (1979) *Espíritu y naturaleza*, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1981.
- BATTLE, F. F. y BERTOLASSI, C. A. (1974) *Cardiopatía isquémica*, Intermédica, Buenos Aires, 1974.
- BEESON, Paul y McDERMOTT, Walsh (eds.) (1980) *Tratado de medicina interna de Cecil-Loeb*, Interamericana, México, 1980.
- BENÍTEZ DE BIANCONI, Silvia (2001) “Sobre el significado inconciente de los trastornos articulares”, presentado en la Fundación Luis Chiozza, Buenos Aires, 2001.
- BERCOVICH, G. (1976) “Las venas y sus alteraciones”, en *Revista Panamericana de Podología*, N° 142, 1976.
- BICK, Esther (1968) “La experiencia de la piel en las relaciones de objeto tempranas”, en *Revista de Psicoanálisis*, t. XXVII, N° 1, APA, Buenos Aires, 1970, págs. 111-117.
- BURNET, Macfarlane (1959) *The clonal selection of acquired immunity*, The Abraham Flexner Lectures-Vanderbilt University Press, Nueva York, 1959.
- CÁCERES, A. F. (1980) “Esclerosis en placas”, en *Actualizaciones neurológicas Roussel*, Buenos Aires, 1980.
- CAGNONI, Jorge (1971) “Interpretación psicoanalítica sobre la función respiratoria”, presentado en el Centro de Investigación en Medicina Psicosomática (CIMP), Buenos Aires, 1971.
- CAÍÑO, Héctor y SÁNCHEZ, Ricardo (1978) *Semiología y orientación diagnóstica de las enfermedades cardiovasculares*, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 1978.
- CALIFANO, Catalina (1985) “Un episodio de leucopenia en una paciente leucémica”, en *XVI Simposio del Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicosomática*, CIMP, Buenos Aires, 1985, págs. 45-49.
- CANTEROS, Noemí (1979) “Contribuciones al estudio del asma bronquial”, presentado en el Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicosomática (CIMP), Buenos Aires, 1979.
- CESIO, Fidias (1960a) “I. El letargo. Contribución al estudio de la reacción terapéutica negativa”, en *Revista de Psicoanálisis*, t. XVII, N° 1, APA, Buenos Aires, 1960, págs. 58-75.
- CESIO, Fidias (1960b) “II. Contribución al estudio de la reacción terapéutica negativa”, en *Revista de Psicoanálisis*, t. XVII, N° 3, APA, Buenos Aires, 1960, págs. 289-298.
- CHIOZZA, Luis (1963a) *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos. Comunicación preliminar*, Luro, Buenos Aires, 1963. {El contenido de esta comunicación fue incluido en *Psicoanálisis de los trastornos*



*hepáticos* (Chiozza, 1970a), OC, t. I. El capítulo I, titulado “Método, límites y contenido del presente trabajo”, se publicó en forma independiente (Chiozza, 1995d [1963]), OC, t. I.}

- CHIOZZA, Luis (1963b) *Cuando la envidia es esperanza. Regresión a lo prenatal ante la pérdida de objeto, manifestándose como letargo, somatización y simbiosis. Historia de los primeros tres años de un tratamiento psicoanalítico*, Impresiones Norpa, Buenos Aires, 1963. Con el título “Cuando la envidia es esperanza. Historia de los primeros tres años de un tratamiento psicoanalítico”, se incluyó en L. Chiozza, *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, Biblioteca del CCMW-CIMP, Buenos Aires, 1984, págs. 297-398, como capítulo VI; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Cuando la envidia es esperanza. Historia de un tratamiento psicoanalítico*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 13-98, como primera parte. {Primera parte de *Cuando la envidia es esperanza. Historia de un tratamiento psicoanalítico* (Chiozza, 1998a [1963-1984]), OC, t. II}
- CHIOZZA, Luis (1964a) “La envidia como una fantasía hepática y sus relaciones con la manía y la psicopatía” [I], en *Aportaciones al I Congreso Interno y IX Simposium. Manía y psicopatía*, t. II, APA, Buenos Aires, 1964, págs. 247-260. {OC, t. III}
- CHIOZZA, Luis (1966a [1964]) “La envidia como una fantasía hepática y sus relaciones con la manía y la psicopatía” [II], en Arnaldo Rascovsky y David Liberman, *Psicoanálisis de la manía y la psicopatía*, Paidós, Buenos Aires, 1966, págs. 96-105; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. {OC, t. III}
- CHIOZZA, Luis (1970a) *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, Kargieman, Buenos Aires, 1970. Reimpresión por Paidós, Buenos Aires, 1976. {OC, t. I}
- CHIOZZA, Luis (1970d [1963-1968]) “Ubicación de ‘lo hepático’ en un esquema teórico-estructural”, en L. Chiozza, *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, Kargieman, Buenos Aires, 1970, págs. 223-267, y reimpresión por Paidós, Buenos Aires, 1976; AA.VV., *Un estudio del hombre que padece*, CIMP-Kargieman, Buenos Aires, 1970, págs. 109-136, y reimpresión por Paidós, Buenos Aires, 1975; L. Chiozza, *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, Biblioteca del CCMW-CIMP, Buenos Aires, 1984, págs. 219-262; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In

- Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 165-195. En italiano se publicó con el título “Collocazione de ‘l’epatico’ in uno schema teorico strutturale”, en *Psicoanalisi dei disturbi epatici*, Eidon Edizioni, Perugia, 2003, págs. 197-232. {Capítulo IV de *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos* (Chiozza, 1970a), OC, t. I.}
- CHIOZZA, Luis (1970f [1964-1966]) “Psicoanálisis de los trastornos hepáticos”, en L. Chiozza, *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, Kargieman, Buenos Aires, 1970, págs. 39-82, y reimpresión por Paidós, Buenos Aires, 1976. Se publicó con el título “Introducción al estudio psicoanalítico de los trastornos hepáticos”, en L. Chiozza, *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, Biblioteca del CCMW-CIMP, Buenos Aires, 1984, págs. 45-86; L. Chiozza, *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 35-64. En italiano se publicó con el título “Introduzione allo studio psicoanalitico dei disturbi epatici”, en *Psicoanalisi dei disturbi epatici*, Eidon Edizioni, Perugia, 2003, págs. 43-76. {Capítulo I de *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos* (Chiozza, 1970a), OC, t. I.}
- CHIOZZA, Luis (1970g [1966]) “El significado del hígado en el mito de Prometeo” [I], en L. Chiozza, *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, Kargieman, Buenos Aires, 1970, págs. 83-147, y reimpresión por Paidós, Buenos Aires, 1976; L. Chiozza, *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, Biblioteca del CCMW-CIMP, Buenos Aires, 1984, págs. 87-150; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 65-111. En italiano se publicó con el título “Il significato del fegato nel mito di Prometeo”, en *Psicoanalisi dei disturbi epatici*, Eidon Edizioni, Perugia, 2003, págs. 77-133. {Capítulo II de *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos* (Chiozza, 1970a), OC, t. I.}
- CHIOZZA, Luis (1970n [1968]) “La interioridad de los trastornos hepáticos”, en L. Chiozza, *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, Kargieman, Buenos Aires, 1970, págs. 149-222, y reimpresión por Paidós, Buenos Aires, 1976; L. Chiozza, *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, Biblioteca del CCMW-CIMP, Buenos Aires, 1984, págs. 151-218; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 113-163. En italiano se publicó con el título “l’interiorità dei disturbi epatici”, en *Psicoanalisi dei disturbi*

- epatici*, Eidon Edizioni, Perugia, 2003, págs. 135-195. {Capítulo III de *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos* (Chiozza, 1970a), OC, t. I.}
- CHIOZZA, Luis (1970q) “Apuntes sobre fantasía, materia y lenguaje”, en *Simposio 1970* (II Simposio del Centro de Investigación en Medicina Psicosomática), t. I, CIMP, Buenos Aires, 1970, págs. 25-31; *Eidon*, N° 2, CIMP-Paidós, Buenos Aires, 1974, págs. 69-76 (incluye un resumen); L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976/1977, págs. 67-72; L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del ccmw-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 117-124; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 93-98. En italiano se publicó con el título “Appunti su fantasia, materia e linguaggio”, en L. Chiozza, *Corpo, affetto e linguaggio. Psicoanalisi e malattia somatica*, Loescher Editore, Turín, 1981, págs. 115-122. {OC, t. III}
- CHIOZZA, Luis (1974a [1972]) “Conocimiento y acto en medicina psicosomática” [I], en *Eidon*, N° 1, CIMP-Paidós, Buenos Aires, 1974, págs. 25-42; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976/1977, págs. 103-116; L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del ccmw-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 197-215; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 189-203. En italiano se publicó con el título “Conoscenza e atto in medicina psicosomatica”, en L. Chiozza, *Corpo, affetto e linguaggio. Psicoanalisi e malattia somatica*, Loescher Editore, Turín, 1981, págs. 161-179. {OC, t. VIII}
- CHIOZZA, Luis (1974b) “Estudio psicoanalítico de las fantasías hepáticas”, en *Revista de Psicoanálisis*, t. XXXI, N° 1 y 2, APA, Buenos Aires, 1974, págs. 107-140; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976/1977, págs. 47-66; L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del ccmw-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 87-116; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 69-91. En italiano se publicó con el título “Studio psicoanalitico delle fantasie epatiche”, en L. Chiozza, *Corpo, affetto e linguaggio. Psicoanalisi e malattia somatica*, Loescher Editore, Turín, 1981, págs. 86-114. {OC, t. III}

- CHIOZZA, Luis (1975a [1974]) “Corpo, afeto e linguagem”, en *Revista Brasileira de Psicanálise*, vol. 9, Nº 243, San Pablo, 1975, págs. 243-257. {Con el título “Cuerpo, afecto y lenguaje”, en OC, t. III.}
- CHIOZZA, Luis (1975c) “La enfermedad de los afectos”, en *VII Simposio del Centro de Investigación en Medicina Psicosomática*, CIMP, Buenos Aires, 1975, págs. 79-83; *Eidon*, Nº 5, CIMP-Paidós, Buenos Aires, 1976, págs. 69-75 (incluye un resumen); L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976/1977, págs. 139-145; L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del ccmw-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 245-253; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 227-234. En italiano se publicó con el título “La malattia degli affetti”, en L. Chiozza, *Corpo, affetto e linguaggio. Psicoanalisi e malattia somatica*, Loescher Editore, Turín, 1981, págs. 208-218. {OC, t. III}
- CHIOZZA, Luis (1976a) *Cuerpo, afecto y lenguaje. Psicoanálisis y enfermedad somática*, Paidós, Buenos Aires, 1976. Reimpresión en 1977.
- CHIOZZA, Luis (1976c [1971]) “Las fantasías específicas en la investigación psicosomática”, en L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976/1977, págs. 73-80. Se publicó con el título “Las fantasías específicas en la investigación psicoanalítica de la relación psique-soma”, en L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del ccmw-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 125-136; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 99-107. En italiano se publicó con el título “Le fantasie specifiche nella ricerca psicosomatica”, en L. Chiozza, *Corpo, affetto e linguaggio. Psicoanalisi e malattia somatica*, Loescher Editore, Turín, 1981, págs. 123-133. {Con el título “Las fantasías específicas en la investigación psicoanalítica de la relación psique-soma”, en OC, t. III.}
- CHIOZZA, Luis (1976h [1975]) “La transformación del afecto en lenguaje”, en L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976/1977, págs. 117-123; L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del ccmw-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 217-226; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 219-226.

En italiano se publicó con el título “La trasformazione dell’affetto in linguaggio”, en L. Chiozza, *Corpo, affetto e linguaggio. Psicoanalisi e malattia somatica*, Loescher Editore, Turín, 1981, págs. 180-189. {El contenido de este artículo corresponde al apartado segundo y parte del tercero de “Corpo, afecto e linguagem” (Chiozza, 1975a [1974]), publicado con el título “Cuerpo, afecto y lenguaje”, en OC, t. III.}

CHIOZZA, Luis (1978b [1970]) “El contenido latente del horror al incesto y su relación con el cáncer” [II], en L. Chiozza y colab., *Ideas para una concepción psicoanalítica del cáncer*, Biblioteca del CCMW-Paidós, Buenos Aires, 1978, págs. 25-73; L. Chiozza, *Una concepción psicoanalítica del cáncer*, Alianza Editorial Buenos Aires, 2001, págs. 81-123. En italiano se publicó con el título “Il contenuto latente dell’orrore dell’incesto e la sua relazione con il cancro”, en L. Chiozza y colab., *Psicoanalisi e cancro*, Edizioni Borla, Roma, 1981, págs. 33-77. {Articulado a material clínico, el contenido de este trabajo se incluyó en la segunda parte de *Cuando la envidia es esperanza. Historia de un tratamiento psicoanalítico* (Chiozza, 1998a [1963-1984]), OC, t. II.}

CHIOZZA, Luis (1978f) “Acerca de la localización y el momento de la enfermedad somática”, en *IX Simposio del Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicosomática*, CIMP, Buenos Aires, 1978, págs. 84-89; *Eidon*, Nº 8, CIMP-Paidós, Buenos Aires, 1978, págs. 75-82; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Presencia, transferencia e historia*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2000, págs. 19-24. {OC, t. IV}

CHIOZZA, Luis (1979d [1978]) “El corazón tiene razones que la razón ignora”, en *Eidon*, Nº 10, CIMP-Paidós, Buenos Aires, 1979, págs. 77-85; L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del CCMW-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 357-362; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Presencia, transferencia e historia*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2000, págs. 95-99. {OC, t. IV}

CHIOZZA, Luis (1980e) “Acerca de las relaciones entre consenso público y contrato”, en *Jornada de Psicoterapia Psicoanalítica 1980*, CIMP, Buenos Aires, 1980, págs. 38-40; *Eidon*, Nº 14, CIMP-Paidós, Buenos Aires, 1981, págs. 97-100; L. Chiozza, *Psicoanálisis: presente y futuro*, Biblioteca del CCMW-CIMP, Buenos Aires, 1983, págs. 153-155; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-

- rom), In Context, Buenos Aires, 1996. {Se incluyó como último apartado de “Falsedad y autenticidad en la interpretación de la transferencia-contratransferencia” [II] (Chiozza, 1998k [1980]), OC, t. IX.}
- CHIOZZA, Luis (1980f) “Corazón, hígado y cerebro. Introducción esquemática a la comprensión de un trilema”, en *XI Simposio del Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicosomática*, CIMP, Buenos Aires, 1980, págs. 128-136; *Eidon*, N° 12, CIMP-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 65-76; L. Chiozza, *Psicoanálisis: presente y futuro*, Biblioteca del CCMW-CIMP, Buenos Aires, 1983, págs. 103-113. Con un apéndice, se publicó en L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del CCMW-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 363-374; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Presencia, transferencia e historia*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2000, págs. 111-122 (en esta edición, el texto del apéndice se incluyó en una nota al pie). {OC, t. IV}
- CHIOZZA, Luis (1980g) “Falsedad y autenticidad en la interpretación de la transferencia-contratransferencia” [I], en L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del CCMW-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 497-514; L. Chiozza, *Psicoanálisis: presente y futuro*, Biblioteca del CCMW-CIMP, Buenos Aires, 1983, págs. 135-151; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. En italiano se publicó bajo el título “Falsità e autenticità nell’interpretazione del transfert-controtransfert”, en L. Chiozza, *Verso una teoria dell’arte psicoanalitica*, Borla, Roma, 1987, págs. 71-85. {Con “Acerca de las relaciones entre consenso público y con-trato” (Chiozza, 1980e) como último apartado, se incluyó en “Falsedad y autenticidad en la interpretación de la transferencia-contratransferencia” [II] (Chiozza, 1998k [1980]), OC, t. IX.}
- CHIOZZA, Luis (1980h) “Prefacio” de L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del CCMW-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 7-16. Se publicó como “Prefacio del libro *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*”, en *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. {Con el título “Prefacio de *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*”, en OC, t. IV.}
- CHIOZZA, Luis (1981f) “Entre la nostalgia y el anhelo. Un ensayo acerca de la vinculación entre la noción de tiempo y la melancolía”, en *Eidon*, N° 14,

- CIMP-Paidós, Buenos Aires, 1981, págs. 5-16; L. Chiozza, *Psicoanálisis: presente y futuro*, Biblioteca del CCMW-CIMP, Buenos Aires, 1983, págs. 115-126; Luis Chiozza CD. *Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; Luis Chiozza CD. *Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Presencia, transferencia e historia*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2000, págs. 101-110. {OC, t. IV}
- CHIOZZA, Luis (1981g) “La capacidad simbólica de la estructura y el funcionamiento del cuerpo”, en *Eidon*, N° 15, CIMP-Paidós, Buenos Aires, 1981, págs. 45-61 (incluye un resumen). Con el resumen final convertido en quinto apartado, se publicó en L. Chiozza, *Psicoanálisis: presente y futuro*, Biblioteca del CCMW-CIMP, Buenos Aires, 1983, págs. 209-224; Luis Chiozza CD. *Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; Luis Chiozza CD. *Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. Una versión levemente modificada se publicó con el mismo título en L. Chiozza, *Presencia, transferencia e historia*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2000, págs. 73-85. Sin el resumen se publicó en italiano con el título “La capacità simbolica della struttura e il funzionamento del corpo”, en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, N° 7, Borla, Perugia, 1982, págs. 73-84. {OC, t. IV}
- CHIOZZA, Luis (1981j) “Psicoanálisis y enfermedad somática en la práctica clínica”, en *III Encuentro Argentino-Brasileño. I Encuentro Latinoamericano. La interpretación psicoanalítica de la enfermedad somática en la teoría y la práctica clínica*, CIMP, Buenos Aires, págs. 139-151; *Eidon*, N° 16, CIMP-Paidós, Buenos Aires, 1982, págs. 51-75 (incluye un resumen). Con el resumen convertido en último apartado se publicó en L. Chiozza, *Psicoanálisis: presente y futuro*, Biblioteca del CCMW-CIMP, Buenos Aires, 1983, págs. 225-248; Luis Chiozza CD. *Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; Luis Chiozza CD. *Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 195-214. Sin el resumen, se publicó en italiano con el título “Psicoanalisi nella malattia somatica nella pratica clinica”, en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, N° 7, Borla, Perugia, 1982, págs. 141-160. {OC, t. IX}
- CHIOZZA, Luis (1984b [1967-1970]) “La consumación del incesto. Una semana de análisis tres años después”, en L. Chiozza, *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, Biblioteca del CCMW-CIMP, Buenos Aires, 1984, págs. 399-501; Luis Chiozza CD. *Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; Luis Chiozza CD. *Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. Se publicó con el título “Una semana de análisis tres años

- después”, en L. Chiozza, *Cuando la envidia es esperanza. Historia de un tratamiento psicoanalítico*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 99-188. {Segunda parte de *Cuando la envidia es esperanza. Historia de un tratamiento psicoanalítico* (Chiozza, 1998a [1963-1984]), OC, t. II}
- CHIOZZA, Luis (1984f) “En la búsqueda de los principios del vivir en forma”, en *XV Simposio del Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicosomática*, CIMP, Buenos Aires, 1984, págs. 9-16. Una versión corregida se publicó en *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. {Una versión ampliada y modificada de este artículo se publicó con el título “Sobre las buenas y malas maneras de vivir la vida”, como capítulo XIV de L. Chiozza, *Las cosas de la vida. Composiciones sobre lo que nos importa* (Chiozza, 2005a), OC, t. XV.}
- CHIOZZA, Luis (1985b) “Il processo di simbolizzazione nella malattia somatica”, en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, N° 12, Borla, Perugia, 1985, págs. 234-258. En castellano se publicó con el título “La capacidad simbólica de los trastornos somáticos. Reflexiones sobre el pensamiento de Wilfred R. Bion”, en *Revista de Psicoanálisis*, t. XLV, N° 5, APA, Buenos Aires, 1988, págs. 915-938; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. {OC, t. V} {Una versión reducida de este trabajo se publicó con el título “Los símbolos latentes en los signos físicos de la enfermedad” (Chiozza, 1985c.)}
- CHIOZZA, Luis (1985c) “The latent symbols in the physical signs of illness”, en *Analytic Psychotherapy and Psychopathology*, vol. 2, N° 2, Borla, Roma, 1985, págs. 25-33. En castellano se publicó con el título “Los símbolos latentes en los signos físicos de la enfermedad”, en *Anuario Uruguayo de Psicología*, t. I, vol. 1, EPPAL Ltda., Montevideo, 1989, págs. 33-48; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 295-307. En italiano se publicó con el título “I simboli nascosti dietro i segni fisici”, en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, N° 19, Borla, Perugia, 1989, págs. 143-158. {Es una versión reducida de “La capacidad simbólica de los trastornos somáticos. Reflexiones sobre el pensamiento de Wilfred R. Bion” (Chiozza, 1985b), OC, t. V.}
- CHIOZZA, Luis (1986b) *¿Por qué enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1986 y reimpressiones en



- 1989/1991/1993. Se incluyó en *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. {Edición ampliada de 2007 (Chiozza, 2007a [1986-1997-2007]), en OC, t. XIV.}
- CHIOZZA, Luis (1989c [1986]) “Commento allo studio patobiografico”, en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, N° 19, Borla, Roma, 1989, págs. 42-47. Comentario sobre “Storia di Anna: una discinesia biliare” de Rita Parlani, Velia Pieracci y Paola Ricci (*ibidem*, págs. 35-41). {Con el título “Comentario al estudio patobiográfico de Anna, una paciente con disquinecia biliar”, en OC, t. X.}
- CHIOZZA, Luis (1989d [1986]) “Commento allo studio patobiografico”, en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, N° 19, Borla, Roma, 1989, págs. 60-64. Comentario sobre “Storia di Silvia: una occlusione della carotide” de Rita Parlani y Carlo Brutti (*ibidem*, págs. 48-59). {Con el título “Comentario al estudio patobiográfico de Silvia, una paciente con oclusión de la carótida”, en OC, t. X.}
- CHIOZZA, Luis (1991b [1987]) “La construcción de una historia psicoanalítica”, en L. Chiozza y colab., *Los afectos ocultos en... psoriasis, asma, trastornos respiratorios, várices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas y accidentes cerebrovasculares*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1991/1992/1993, págs. 14-19; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Los afectos ocultos en... psoriasis, asma, trastornos respiratorios, várices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas y accidentes cerebrovasculares*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1997, págs. 13-18. En portugués se publicó con el título “A construção de uma história psicanalítica”, en L. Chiozza (org.), *Os afetos ocultos em... psoríase, asma, transtornos respiratórios, varizes, diabete, transtornos ósseos, cefaléias e acidentes cerebrovasculares*, Casa do Psicólogo Livraria e Editora, San Pablo, 1997, págs. 13-18. En inglés se publicó con el título “The construction of a psychoanalytic history”, en L. Chiozza, *Hidden affects in somatic disorders: psychoanalytic perspectives on asthma, psoriasis, diabetes, cerebrovascular disease, and other disorders*, Psychosocial Press, Madison (Connecticut), 1998, págs. 1-5. {Se incluyó como segundo apartado de “Sobre una metahistoria psicoanalítica” (2000c [1991-2000]), OC, t. VII.}
- CHIOZZA, Luis (1991c [1989]) “*Organsprache*. Una reconsideración actual del concepto freudiano”, en L. Chiozza y colab., *Los afectos ocultos en... psoriasis, asma, trastornos respiratorios, várices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas y accidentes cerebrovasculares*,

Alianza Editorial, Buenos Aires, 1991/1992/1993, págs. 202-223; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Los afectos ocultos en... psoriasis, asma, trastornos respiratorios, várices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas y accidentes cerebrovasculares*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1997, págs. 203-229; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 309-335. Se publicó con el título “Introducción al debate”, en L. Chiozza y André Green, *Diálogo psicoanalítico sobre psicopatología*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1992, págs. 19-46; *Diálogo psicoanalítico sobre psicopatología*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 15-41. En italiano se publicó sin título en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, N° 23, Borla, Roma, 1991, págs. 15-44. En portugués se publicó con el título “*Organsprache. Uma reconsideração atual do conceito freudiano*”, en L. Chiozza (org.), *Os afetos ocultos em... psoríase, asma, transtornos respiratórios, varizes, diabete, transtornos ósseos, cefaléias e acidentes cerebrovasculares*, Casa do Psicólogo Livraria e Editora, San Pablo, 1997, págs. 223-249. En inglés se publicó con el título “*Organsprache: a revision of the Freudian concept*”, en L. Chiozza, *Hidden affects in somatic disorders: psychoanalytic perspectives on asthma, psoriasis, diabetes, cerebrovascular disease, and other disorders*, Psychosocial Press, Madison (Connecticut), 1998, págs. 153-175. {Con el título “*Organsprache. Una reconsideración actual del concepto freudiano*”, en OC, t. V.}

CHIOZZA, Luis (1991j) “Introducción” de L. Chiozza y colab., *Los afectos ocultos en... psoriasis, asma, trastornos respiratorios, várices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas y accidentes cerebrovasculares*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1991/1992/1993, págs. 9-13. Se publicó como “Prólogo”, en L. Chiozza, *Los afectos ocultos en... psoriasis, asma, trastornos respiratorios, várices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas y accidentes cerebrovasculares*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1997, págs. 9-12. En portugués se publicó como “Introdução”, en L. Chiozza (org.), *Os afetos ocultos em... psoríase, asma, transtornos respiratórios, varizes, diabete, transtornos ósseos, cefaléias e acidentes cerebrovasculares*, Casa do Psicólogo Livraria e Editora, San Pablo, 1997, págs. 7-11. En inglés se publicó como “Introduction”, en L. Chiozza, *Hidden affects in somatic disorders: psychoanalytic perspectives on asthma, psoriasis, diabetes, cerebrovascular disease, and other disorders*, Psychosocial Press, Madison (Connecticut), 1998, págs. vii-ix.

- {Con el título “Prólogo de *Los afectos ocultos en... psoriasis, asma, trastornos respiratorios, várices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas y accidentes cerebrovasculares*”, en OC, t. X.}
- CHIOZZA, Luis (1993<sub>m</sub> [1991-1993]) “Prólogo” de L. Chiozza y colab., *Los sentimientos ocultos en... hipertensión esencial, trastornos renales, litiasis urinaria, hipertrofia de próstata, várices hemorroidales, esclerosis, enfermedades por autoinmunidad*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1993, págs. 9-13. En portugués se publicó con el título “Introdução” de L. Chiozza (org.), *Os sentimentos ocultos em... hipertensão essencial, transtornos renais, litíase urinária, hipertrofia da próstata, varizes hemorroidais, esclerose, doenças auto-ímmunes*, Casa do Psicólogo Livraria e Editora, San Pablo, 1999, págs. 7-11. {Con el título “Prólogo de *Los sentimientos ocultos en... hipertensión esencial, trastornos renales, litiasis urinaria, hipertrofia de próstata, várices hemorroidales, esclerosis, enfermedades por autoinmunidad*”, en OC, t. XI.}
- CHIOZZA, Luis (1995<sub>d</sub> [1963]) “Método, límites y contenido del presente trabajo”, capítulo I de L. Chiozza, *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos. Comunicación preliminar* (Chiozza, 1963<sub>a</sub>), se publicó independientemente por primera vez en *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. {OC, t. I}
- CHIOZZA, Luis (1998<sub>a</sub> [1963-1984]) *Cuando la envidia es esperanza. Historia de un tratamiento psicoanalítico*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998. Primera edición. {OC, t. II}
- CHIOZZA, Luis (1998<sub>k</sub> [1980]) “Falsedad y autenticidad en la interpretación de la transferencia-contratransferencia” [II], en L. Chiozza, *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 177-193. {OC, t. IX}
- CHIOZZA, Luis (2000<sub>c</sub> [1991-2000]) “Sobre una metahistoria psicoanalítica”, en L. Chiozza, *Presencia, transferencia e historia*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2000, págs. 237-245. {OC, t. VII}
- CHIOZZA, Luis (2005<sub>a</sub>) *Las cosas de la vida. Composiciones sobre los que nos importa*, Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2005. {OC, t. XV}
- CHIOZZA, Luis (2007<sub>a</sub> [1986-1997-2007]) *¿Por qué enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo*, Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2007. Quinta edición argentina ampliada. Primera edición por Libros del Zorzal. {OC, t. XIV}
- CHIOZZA, Luis; PARLANI, Rita; BRUTTI, Carlo; GRIGNANI, Marco y otros (1989<sub>f</sub> [1987]) “Storia di Lucia: una sclerosi multipla”, en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, N° 19, Borla, Roma, 1989, págs. 69-84. {Con el

- título “Debate en torno a ‘Historia de Lucía: una esclerosis múltiple’ de Rita Parlani, Carlo Brutti y Marco Grignani”, en OC, t. X.}
- CHIOZZA, Luis y colab. (1970p [1968]) (Colaboradores: Catalina Califano, Edgardo Korovsky, Ricardo Malfé, Diana Turjanski y Gerardo Wainer) “Una idea de la lágrima”, en AA.VV., *Un estudio del hombre que padece*, CIMP-Kargieman, Buenos Aires, 1970, págs. 525-549, y reimpresión por Paidós, Buenos Aires, 1975; L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del CCMW-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 137-165; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 109-133. {OC, t. III}
- CHIOZZA, Luis y colab. (1981c) (Colaboradores: Sergio Aizenberg, Catalina Califano, Alejandro Fonzi, Ricardo Grus, Enrique Obstfeld, Juan José Sainz y Juan Carlos Scapusio). “¿Azar o acción terapéutica? Evolución de un paciente con melanomas malignos”, en *III Encuentro Argentino-Brasileño. I Encuentro Latinoamericano. La interpretación psicoanalítica de la enfermedad somática en la teoría y la práctica clínica*, CIMP, Buenos Aires, 1981, págs. 111-116; L. Chiozza, *Psicoanálisis: presente y futuro*, Biblioteca del CCMW-CIMP, Buenos Aires, 1983, págs. 277-285; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. En italiano se publicó con el título “Casualità o azione terapeutica? Evoluzione di un paziente con melanomi maligni”, en L. Chiozza y colab., *Psicoanalisi e cancro*, Edizioni Borla, Roma, 1981, págs. 141-148. {OC, t. X}
- CHIOZZA, Luis y colab. (1983h [1982]) (Colaboradores: Sergio Aizenberg, Catalina Califano, Alejandro Fonzi, Ricardo Grus, Enrique Obstfeld, Juan José Sainz y Juan Carlos Scapusio) “Las cardiopatías isquémicas. Patobiografía de un enfermo de ignominia”, en L. Chiozza, *Psicoanálisis: presente y futuro*, Biblioteca del CCMW-CIMP, Buenos Aires, 1983, págs. 287-321; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Enfermedades y afectos*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2001, págs. 19-48. {OC, t. X}
- CHIOZZA, Luis y colab. (1985a) (Colaboradores: Sergio Aizenberg, Luis Barbero, Catalina Califano, Enrique Obstfeld y Juan Carlos Scapusio) “Esquema para una interpretación psicoanalítica de la leucemia linfoblástica”, en *Lecturas de Eidon*, N° 4, CIMP, Buenos Aires, 1985. {OC, t. X}

- CHIOZZA, Luis y colab. (1986e) (Colaboradores: Sergio Aizenberg, Catalina Califano, Alejandro Fonzi, Ricardo Grus, Enrique Obstfeld, Juan José Sainz y Juan Carlos Scapusio) “Ideas para una concepción psicoanalítica de la esclerosis en placas”, en *Lecturas de Eidon*, N° 5, CIMP, Buenos Aires, 1986. {OC, t. X}
- CHIOZZA, Luis y colab. (1991d [1990]) (Colaboradores: Sergio Aizenberg y Dorrit Busch) “Cefaleas vasculares y accidentes cerebrovasculares”, en L. Chiozza y colab., *Los afectos ocultos en... psoriasis, asma, trastornos respiratorios, várices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas y accidentes cerebrovasculares*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1991/1992/1993, págs. 158-201; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Los afectos ocultos en... psoriasis, asma, trastornos respiratorios, várices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas y accidentes cerebrovasculares*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1997, págs. 157-201. En portugués se publicó con el título “Cefaléias vasculares e accidentes cerebrovasculares”, en L. Chiozza (org.), *Os afetos ocultos em... psoríase, asma, transtornos respiratórios, varizes, diabete, transtornos ósseos, cefaléias e acidentes cerebrovasculares*, Casa do Psicólogo Livraria e Editora, San Pablo, 1997, págs. 175-222. En inglés se publicó con el título “Vascular headaches and cerebrovascular accidents”, en L. Chiozza, *Hidden affects in somatic disorders: psychoanalytic perspectives on asthma, psoriasis, diabetes, cerebrovascular disease, and other disorders*, Psychosocial Press, Madison (Connecticut), 1998, págs. 119-151. {OC, t. XI}
- CHIOZZA, Luis y colab. (1991e [1990]) (Colaboradores: Eduardo Dayen y Roberto Salzman) “Fantasía específica de la estructura y el funcionamiento óseos”, en L. Chiozza y colab., *Los afectos ocultos en... psoriasis, asma, trastornos respiratorios, várices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas y accidentes cerebrovasculares*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1991/1992/1993, págs. 132-157; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. Se publicó con el título “Fantasía específica de la estructura ósea y su funcionamiento”, en L. Chiozza, *Los afectos ocultos en... psoriasis, asma, trastornos respiratorios, várices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas y accidentes cerebrovasculares*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1997, págs. 131-156. En portugués se publicó con el título “Fantasia específica da estrutura e o funcionamento ósseos”, en L. Chiozza (org.), *Os afetos ocultos empsoríase, asma, transtornos respiratórios, varizes, dia-*

*bete, transtornos óseos, cefaléias e acidentes cerebrovasculares*, Casa do Psicólogo Livraria e Editora, San Pablo, 1997, págs. 145-173. En inglés se publicó con el título “The structure and functioning of bones as specific fantasies”, en L. Chiozza, *Hidden affects in somatic disorders: psychoanalytic perspectives on asthma, psoriasis, diabetes, cerebrovascular disease, and other disorders*, Psychosocial Press, Madison (Connecticut), 1998, págs. 97-117. {Con el título “Fantasía específica de la estructura y el funcionamiento óseos”, en OC, t. XI.}

CHIOZZA, Luis y colab. (1991f [1990]) (Colaboradores: Oscar Baldino, Mirta Funosas y Enrique Obstfeld) “Los significados de la respiración”, en L. Chiozza y colab., *Los afectos ocultos en... psoriasis, asma, trastornos respiratorios, várices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas y accidentes cerebrovasculares*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1991/1992/1993, págs. 42-81; Luis Chiozza CD. *Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; Luis Chiozza CD. *Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Los afectos ocultos en... psoriasis, asma, trastornos respiratorios, várices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas y accidentes cerebrovasculares*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1997, págs. 41-80. En portugués se publicó con el título “Os significados da respiração”, en L. Chiozza (org.), *Os afetos ocultos em... psoríase, asma, transtornos respiratórios, varizes, diabete, transtornos óseos, cefaléias e acidentes cerebrovasculares*, Casa do Psicólogo Livraria e Editora, San Pablo, 1997, págs. 43-86. En inglés se publicó con el título “The meanings of respiration”, en L. Chiozza, *Hidden affects in somatic disorders: psychoanalytic perspectives on asthma, psoriasis, diabetes, cerebrovascular disease, and other disorders*, Psychosocial Press, Madison (Connecticut), 1998, págs. 25-55. {OC, t. X}

CHIOZZA, Luis y colab. (1991g [1990]) (Colaboradores: Gladys Baldino, Liliana Grus e Hilda Schupack) “Los significados inconcientes específicos de la enfermedad varicosa”, en L. Chiozza y colab., *Los afectos ocultos en... psoriasis, asma, trastornos respiratorios, várices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas y accidentes cerebrovasculares*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1991/1992/1993, págs. 82-105; Luis Chiozza CD. *Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; Luis Chiozza CD. *Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Los afectos ocultos en... psoriasis, asma, trastornos respiratorios, várices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas y accidentes cerebrovasculares*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1997, págs. 81-103. En portugués se publicó con el título “Os significados inconcientes específicos da doença varicosa”, en L. Chiozza (org.), *Os*

*afetos ocultos em... psoríase, asma, transtornos respiratórios, varizes, diabete, transtornos ósseos, cefaléias e acidentes cerebrovasculares*, Casa do Psicólogo Livraria e Editora, San Pablo, 1997, págs. 87-113. En inglés se publicó bajo el título “The specific unconscious meanings of varicose veins”, en L. Chiozza, *Hidden affects in somatic disorders: psychoanalytic perspectives on asthma, psoriasis, diabetes, cerebrovascular disease, and other disorders*, Psychosocial Press, Madison (Connecticut), 1998, págs. 57-75. {OC, t. X}

CHIOZZA, Luis y colab. (1991i [1990]) (Colaboradores: Susana Grinspon y Elsa Lanfri) “Una aproximación a las fantasías inconcientes específicas de la psoriasis vulgar”, en L. Chiozza y colab., *Los afectos ocultos en... psoriasis, asma, trastornos respiratorios, várices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas y accidentes cerebrovasculares*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1991/1992/1993, págs. 20-41; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Los afectos ocultos en... psoriasis, asma, trastornos respiratorios, várices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas y accidentes cerebrovasculares*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1997, págs. 19-39. En portugués se publicó con el título “Uma aproximação das fantasias inconcientes específicas da psoríase vulgar”, en L. Chiozza (org.), *Os afetos ocultos em... psoríase, asma, transtornos respiratórios, varizes, diabete, transtornos ósseos, cefaléias e acidentes cerebrovasculares*, Casa do Psicólogo Livraria e Editora, San Pablo, 1997, págs. 19-42. En inglés se publicó con el título “An approach to the specific unconscious fantasies in common psoriasis”, en L. Chiozza, *Hidden affects in somatic disorders: psychoanalytic perspectives on asthma, psoriasis, diabetes, cerebrovascular disease, and other disorders*, Psychosocial Press, Madison (Connecticut), 1998, págs. 7-23. {OC, t. X}

CHIOZZA, Luis y colab. (1993d [1992]) (Colaboradores: Domingo Boari, Catalina Califano y María Pinto) “El significado inconciente de las enfermedades por autoinmunidad”, en L. Chiozza y colab., *Los sentimientos ocultos en... hipertensión esencial, trastornos renales, litiasis urinaria, hipertrofia de próstata, várices hemorroidales, esclerosis, enfermedades por autoinmunidad*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1993, págs. 185-223; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *La transformación del afecto en enfermedad. Hipertensión esencial, trastornos renales, litiasis urinaria, hipertrofia de próstata, várices hemorroidales, esclerosis y enfermedades por autoinmunidad*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 157-189. En portugués se publicó

- con el título “O significado inconsciente das doenças auto-ímmunes”, en L. Chiozza (org.), *Os sentimentos ocultos em... hipertensão essencial, transtornos renais, litíase urinária, hipertrofia da próstata, varizes hemorroidais, esclerose, doenças auto-ímmunes*, Casa do Psicólogo Livraria e Editora, San Pablo, 1999, págs. 155-187. {OC, t. XI}
- CHIOZZA, Luis y colab. (1993f[1992]) (Colaboradores: Oscar Baldino, Eduardo Dayen, Enrique Obstfeld y Juan Repetto) “El significado inconsciente de la hipertensión arterial esencial”, en L. Chiozza y colab., *Los sentimientos ocultos en... hipertensión esencial, trastornos renales, litiasis urinaria, hipertrofia de próstata, várices hemorroidales, esclerosis, enfermedades por autoinmunidad*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1993, págs. 37-75; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *La transformación del afecto en enfermedad. Hipertensión esencial, trastornos renales, litiasis urinaria, hipertrofia de próstata, várices hemorroidales, esclerosis y enfermedades por autoinmunidad*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 31-63. En portugués se publicó con el título “O significado inconsciente da hipertensão arterial essencial”, en L. Chiozza (org.), *Os sentimentos ocultos em... hipertensão essencial, transtornos renais, litíase urinária, hipertrofia da próstata, varizes hemorroidais, esclerose, doenças auto-ímmunes*, Casa do Psicólogo Livraria e Editora, San Pablo, 1999, págs. 31-63. {OC, t. XI}
- CHIOZZA, Luis y colab. (1995p [1985]) (Colaboradores: Eduardo Dayen y Ricardo Grus) “Esquema para una interpretación psicoanalítica de las ampollas”, en *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. {OC, t. X}
- CHIOZZA, Luis y colab. (1995q [1985-1986]) (Colaboradores: Sergio Aizenberg, Luis Barbero, Catalina Califano, Enrique Obstfeld y Juan Carlos Scapusio) “Evolución de una patobiografía en un tratamiento psicoanalítico”, en L. Chiozza, *Un lugar para el encuentro entre medicina y psicoanálisis*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1995, págs. 81-96; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Un lugar para el encuentro entre medicina y psicoanálisis*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1999, págs. 81-96. En italiano se publicó con el título “Evoluzione di una patobiografia in una terapia psicoanalitica”, en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, N° 31, Borla, Roma, 1995, págs. 85-101. {Este trabajo reúne dos apartados de “La sangre tira...”, capítulo



XII de *¿Por qué enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo*, en todas sus ediciones, OC, t. XIV, y los subapartados IV.2 y IV.3 de “Esquema para una interpretación psicoanalítica de una leucemia linfoblástica” (Chiozza y colab., 1985a), OC, t. X. }

CHIOZZA, Luis y colab. (2001f [1985]) (Colaboradores: Sergio Aizenberg, Luis Barbero, Catalina Califano, Enrique Obstfeld y Juan Carlos Scapusio) “El tratamiento psicoanalítico de Sonia”, en L. Chiozza, *Una concepción psicoanalítica del cáncer*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2001, págs. 55-67.

CHIOZZA, Luis y GRUS, Ricardo (1993h [1978-1992]) “Psicoanálisis de los trastornos urinarios”, en L. Chiozza y colab., *Los sentimientos ocultos en... hipertensión esencial, trastornos renales, litiasis urinaria, hipertrofia de próstata, várices hemorroidales, esclerosis, enfermedades por autoinmunidad*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1993, págs. 77-125; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *La transformación del afecto en enfermedad. Hipertensión esencial, trastornos renales, litiasis urinaria, hipertrofia de próstata, várices hemorroidales, esclerosis y enfermedades por autoinmunidad*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 65-108. En portugués se publicó con el título “Psicanálise dos transtornos urinários”, en L. Chiozza (org.), *Os sentimentos ocultos em... hipertensão essencial, transtornos renais, litíase urinária, hipertrofia da próstata, varizes hemorroidais, esclerose, doenças auto-ímenes*, Casa do Psicólogo Livraria e Editora, San Pablo, 1999, págs. 65-108. {OC, t. XI}

CHIOZZA, Luis y OBSTFELD, Enrique (1991h [1990]) “Psicoanálisis del trastorno diabético”, en L. Chiozza y colab., *Los afectos ocultos en... psoriasis, asma, trastornos respiratorios, várices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas y accidentes cerebrovasculares*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1991/1992/1993, págs. 106-131; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Los afectos ocultos en... psoriasis, asma, trastornos respiratorios, várices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas y accidentes cerebrovasculares*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1997, págs. 105-129. En portugués se publicó con el título “Psicanálise do distúrbio diabético”, en L. Chiozza (org.), *Os afetos ocultos em... psoríase, asma, transtornos respiratórios, varizes, diabete, transtornos ósseos, cefaléias e acidentes cerebrovasculares*, Casa do Psicólogo Livraria e Editora, San Pablo, 1997, págs. 115-143. En inglés se publicó con el título “Psychoanalysis

- of the diabetic disorder”, en L. Chiozza, *Hidden affects in somatic disorders: psychoanalytic perspectives on asthma, psoriasis, diabetes, cerebrovascular disease, and other disorders*, Psychosocial Press, Madison (Connecticut), 1998, págs. 77-95. {OC, t. X}
- CHIOZZA, Luis y otros (1989e [1986]) “Dibattito”, en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, Nº 19, Borla, Roma, 1989, págs. 65-68. Debate en torno a “Storia di Silvia: una occlusione della carotide” de Rita Parlani y Carlo Brutti (*ibidem*, págs. 48-59). {Con el título “Debate en torno a ‘Historia de Silvia, una oclusión de la carótida’ de Rita Parlani y Carlo Brutti”, en OC, t. X.}
- CHIOZZA, Luis y PARLANI, Rita (1989g [1988]) “Dibattito”, en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, Nº 19, Borla, Roma, 1989, págs. 114-122. Debate en torno a “Corea Minor: prospettive e todo della ricerca patobiografica” de Rita Parlani y Angiolo Pierini (*ibidem*, págs. 85-113). {Con el título “Debate en torno a ‘Corea menor: perspectivas y métodos de la investigación patobiográfica’ de Rita Parlani y Angiolo Pierini”, en OC, t. X.}
- CHIRIFE, A. (1981) “La angina de Prinzmetal”, en *La semana médica*, t. 158, Buenos Aires, 1981.
- CIGORRAGA, J. R. (1986) Comunicación personal.
- CIVITA, Víctor (ed.) (1973) *Atlas de biología*, Salvat, Barcelona, 1974.
- COHEN, A. y FELDSTEIN, C. (1981) “Prevención de la cardiopatía isquémica”, en *Terapéutica clínica cardiovascular*, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 1981.
- COROMINAS, Joan (1983) *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana*, Gredos, Madrid, 1983.
- COSSIO, P. y COSSIO, P. R. (1978) *Cardiopatía isquémica en medicina interna*, Editorial Medicina, Buenos Aires, 1978.
- CREMERIUS, Johannes (1956) “El significado de la oralidad en la diabetes senil y en la fase depresiva relacionada con la misma”, discurso aniversario de la Sociedad Alemana de Psicoterapia y Psicología Profunda, 1956; en *Psicosomatica clinica*, Borla, Roma, 1981, págs. 193-208.
- DANIELS, George E. (1936) “Analysis of a case of neurosis with diabetes mellitus”, en *Psychoanalytic Quarterly*, vol. 5, Nueva York, 1936, págs. 513-547.
- DANIELS, Lucille (1964) *Pruebas funcionales musculares*, Interamericana, Buenos Aires, 1964.
- DARWIN, Charles (1872a) *La expresión de las emociones en el hombre y en los animales*, Sociedad de Ediciones Mundiales, Buenos Aires, 1967.
- DAYEN, Eduardo y GRUS, Ricardo (1984) “Volviendo a pensar sobre las ampollas”, en *XV Simposio del Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicosomática*, CIMP, Buenos Aires, 1984, págs. 81-86.
- DEL CAMPO LLERENA, A. (1984) *Patología venosa*, Intermédica, Buenos Aires, 1984.

- DOSTOIEVSKI, Fedor (1864) *Memorias del subsuelo*, Jorge Álvarez, Buenos Aires, 1969.
- DUMAS, Georges (1933a) *Nuevo tratado de psicología*, t. III, Kapelusz, Buenos Aires, 1950.
- DUNBAR, Flanders; WOLFE, Theodore y RIOCH, Janet (1936) "Psychiatric aspects of medical problems. The psychic component of the disease process (including convalescence), in cardiac, diabetic, and fracture patients", en *American Journal of Psychiatry*, vol. 93, 1936, págs. 649-679.
- DÜRRENMATT, Friedrich (1956) *El desperfecto*, Fabril, Buenos Aires, 1960.
- ELIADE, Mircea (1955) *Imágenes y símbolos*, Taurus, Madrid, 1974.
- ELIADE, Mircea (1964) *Tratado de historia de las religiones*, Cristiandad, Madrid, 1974.
- ERNOUT, A. y MEILLET, A. (1959) *Dictionnaire étymologique de la langue latine*, Klincksieck, París, 1959.
- EY, Henri; BERNARD, Paul y BRISSET, Charles (1969) *Tratado de psiquiatría*, Toray-Masson, Barcelona, 1969.
- FARBER, E. y VAN SCOTT, E. (1980) "Psoriasis", en T. Fitzpatrick y otros, *Dermatología en medicina general*, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 1980.
- FARRERAS VALENTÍ, Pedro y ROZMAN, Ciril (1972) *Medicina interna*, Marín, Barcelona, 1972.
- FENICHEL, Otto (1945) *The psychoanalytic theory of neurosis*, Norton, Nueva York, 1945.
- FERRATER MORA, José (1965) *Diccionario de filosofía*, Sudamericana, Buenos Aires, 1965.
- FERREIRO, J. L. (1982) "Esclerosis en placas", en *Temas de terapéutica clínica II*, Akadia, Buenos Aires, 1982.
- FITZPATRICK, Thomas; EISEN, Arthur; WOLFF, Klaus; FREEDBERG, Irwin y AUSTEN, K. Frank (eds.) (1979) *Dermatología en medicina general*, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 1980.
- FOKS, Gilda y colab. (Colaboradores: J. Alperovich, R. Navedo, F. Rodríguez y R. Satke) (1969) "La piel. Observaciones sobre una fantasía específica", *Simposio 1969* (I Simposio del Centro de Investigación en Medicina Psicosomática), t. II, CIMP, Buenos Aires, págs. 164-169.
- FOOTE, Robert Rowden (1969) *Venas varicosas. Manual práctico*, López Libreros Editores, Buenos Aires.
- FRACASSI, Humberto (1945) *Vías de conducción de la energía nerviosa*, Imprenta de la Universidad, Córdoba, 1945.
- FRENCH, Thomas y ALEXANDER, Franz (1943) *Psicología y asma bronquial*, Paidós, Buenos Aires, 1960.
- FREUD, Sigmund *Obras completas*, Biblioteca Nueva (BN), Madrid, 1967-1968, 3 tomos.

- FREUD, Sigmund\* *Obras completas*, Amorrortu Editores (AE), Buenos Aires, 1976-1985, 24 tomos.
- FREUD, Sigmund (1900a [1899]\*) *La interpretación de los sueños*, AE, ts. IV y V.
- FREUD, Sigmund (1901b\*) *Psicopatología de la vida cotidiana*, AE, t. VI.
- FREUD, Sigmund (1905e [1901]\*) “Fragmento de análisis de un caso de histeria”, AE, t. VII, págs. 1-108.
- FREUD, Sigmund (1905d\*) *Tres ensayos de teoría sexual*, AE, t. VII, págs. 109-224.
- FREUD, Sigmund (1908b\*) “Carácter y erotismo anal”, AE, t. IX, págs. 149-158.
- FREUD, Sigmund (1909a [1908]\*) “Apreciaciones generales sobre el ataque histérico”, AE, t. IX, págs. 203-212.
- FREUD, Sigmund (1910e\*) “Sobre el sentido antitético de las palabras primitivas”, AE, t. XI, págs. 143-154.
- FREUD, Sigmund (1915d\*) “La represión”, AE, t. XIV, págs. 135-152.
- FREUD, Sigmund (1915e\*) “Lo inconciente”, AE, t. XIV, págs. 153-214.
- FREUD, Sigmund (1916-1917 [1915-1917]\*) *Conferencias de introducción al psicoanálisis*, AE, ts. XV y XVI.
- FREUD, Sigmund (1920g\*) *Más allá del principio de placer*, AE, t. XVIII, págs. 1-62.
- FREUD, Sigmund (1923b) *El yo y el ello*, BN, t. II, págs. 9-30.
- FREUD, Sigmund (1923b\*) *El yo y el ello*, AE, t. XIX, págs. 1-66.
- FREUD, Sigmund (1926d [1925]\*) *Inhibición, síntoma y angustia*, AE, t. XX, págs. 71-164.
- FREUD, Sigmund (1930a [1929]\*) *El malestar en la cultura*, AE, t. XXI, págs. 57-140.
- FREUD, Sigmund (1933a [1932]\*) *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis*, AE, t. XXII, págs. 1-168.
- FREUD, Sigmund (1939a [1934-1938]\*) *Moisés y la religión monoteísta*, AE, t. XXIII, págs. 1-132.
- FREUD, Sigmund (1950a [1895]\*) “Proyecto de psicología”, AE, t. I, págs. 323-436.
- FREUD, Sigmund y BREUER, Joseph (1895d\*) *Estudios sobre la histeria*, AE, t. II.
- FURER, Silvia (1971) “Aproximación a la comprensión de algunas fantasías cardíacas”, en *III Simposio* (del Centro de Investigación en Medicina Psicosomática), t. E-O, CIMP, Buenos Aires, págs. 114-120.
- FURER, Silvia (1978) “Comprensión psicoanalítica de los trastornos cardíacos”, Facultad de Psicología-Universidad de Belgrano, Buenos Aires, 1978.
- FURER, Silvia (coord.) (1977) “El proceso de recordar. Los recuerdos. Primera comunicación”, en *VIII Simposio del Centro de Investigación*

- en Psicoanálisis y Medicina Psicosomática*, CIMP, Buenos Aires, 1977, págs. 70-74.
- GARMA, Ángel (1940) *Psicoanálisis de los sueños*, El Ateneo, Buenos Aires, 1940.
- GARMA, Ángel (1961) *Psicoanálisis del arte ornamental*, Paidós, Buenos Aires, 1961.
- GARMA, Ángel (1975) Comentario al trabajo de E. Obstfeld (1975a), “El diabético: un hombre insatisfecho”, en el I Encuentro Argentino-Brasileño: “Contribuciones a la medicina psicosomática”, CIMP, Buenos Aires, 1975.
- GATLA (1984) Fascículo editado por el Grupo Argentino de Tratamiento para la Leucemia Aguda, Buenos Aires, 1984.
- GATTI, Juan y CARDAMA, José (1963) *Manual de dermatología*, El Ateneo, Buenos Aires, 1963.
- GENIS GÁLVEZ, José María (1970) *Biología del desarrollo*, ESPAXS, Barcelona, 1970.
- GEORGE Y JEFF (1958) “Los nevus”, en *Fichero Médico Terapéutico*, N° 70, págs. 23-27, Buenos Aires, 1958.
- GOETHE, Johann Wolfgang von (1808-1832) *Fausto*, en *Obras completas*, t. III, Aguilar, Madrid, 1963.
- GOOD, R. (1973) *Inmunología*, Espax, Madrid, 1973.
- GREENBURG, Dan (1969) *Cómo ser una idische mame*, Hormé, Buenos Aires, 1969.
- GRIMAL, Pierre (1963) *Mitologías de las estepas, de los bosques y de las islas*, Planeta, Barcelona, 1973.
- GRIMM, Hermanos (s/f) “Hänsel y Gretel”, en *Cuentos de hadas*, Acme, Buenos Aires, 1974.
- GRUS, Ricardo (1974) “El erotismo urinario. Revisión histórica del concepto. Algunos desarrollos”, presentado en el Centro de Investigación en Medicina Psicosomática (CIMP), Buenos Aires, 1974.
- GRUS, Ricardo (1977) “Consideraciones sobre la excreción, el erotismo urinario y la enuresis”, en *Eidon*, N° 7, CIMP-Paidós, Buenos Aires, 1977, págs. 65-73.
- GRUS, Ricardo (1978) “Apuntes sobre la litiasis”, en *Eidon*, N° 16, CIMP-Paidós, Buenos Aires, 1982, págs. 111-143.
- HARRISON, Tinsley Randolph (1962) *Principles of internal medicine*, McGraw Hill, Nueva York, 1962.
- HORNBY, A. S.; GATENBY, E. V. y WAKEFIELD, H. (1974) *The advanced learner's dictionary of current English*, Oxford University Press, Londres, 1974.
- HOUSSAY, Bernardo Alberto (1974) *Fisiología humana*, El Ateneo, Buenos Aires, 1974.
- HOYLE, Fred (1983) *El universo inteligente*, Grijalbo, Madrid, 1984.

- HOYLE, Fred y WICKRAMASINGHE, N. Chandra (1978) *La nube de la vida. El origen de la vida en el universo*, El Ateneo, Buenos Aires, 1981.
- IOVINE, E. (1981) “Diagnóstico de laboratorio y clasificación”, en *Simposio sobre hiperlipoproteinemias*, t. II, Boehringer Argentina, Buenos Aires, 1981.
- JACOTOT, B. (1980) *Manual de inmunopatología*, Toray-Masson, Barcelona, 1980.
- JERNE, Neils (1973) “El sistema inmunitario”, en *Inmunología*, Prensa Científica, Barcelona, 1984, págs. 75-84.
- JERNE, Niels (1975) “The immune system: a web of v-domains”, en *The Harvey Lectures*, Nº 70, Academic Press, Nueva York, 1976, págs. 93-110.
- KIMURA, Doreen (1973) “L’asimetria del cervello umano”, en *Le Scienze*, Nº 58, S.p.A. Editore, Milán, 1978, págs. 145-153.
- KLEIN, Melanie (1943) “Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del bebé”, en M. Klein, P. Heimann, S. Isaacs y J. Rivière, *Desarrollos en psicoanálisis*, en M. Klein, *Obras completas*, t. III, Paidós-Hormé, Buenos Aires, 1974, págs. 177-207.
- KNUTSON, C. O.; HORI, J. M. y SPRATT, H. S. (Jr.) (1971) “Melanomas”, en *Current problems in surgery*, Year Books Medical Publishers, Chicago, 1971.
- KOLIREN, Leonardo y colab. (1978) “Tratamiento de los melanomas malignos cutáneos”, en *Actualizaciones Labinca 2*, Buenos Aires, 1978.
- KOROVSKY, Edgardo (1978) “Aportes para la comprensión de la psoriasis”, en *IX Simposio del Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicosomática*, CIMP, Buenos Aires, 1978, págs. 135-139.
- LABORDE, Víctor (1974a) “Inmunidad y timo”, en *Eidon*, Nº 1, CIMP-Paidós, Buenos Aires, 1974, págs. 81-88.
- LABORDE, Víctor (1974b) “Timo y miastenia gravis. Su posible relación con el letargo”, en *Eidon*, Nº 2, CIMP-Paidós, Buenos Aires, 1974, págs. 87-94.
- LABORDE, Víctor; ADDUCI, Eduardo; CANTEROS, Noemí; DEVICENZI, Ana María; MARIONA, Alicia y WAINER, Gerardo (1973) “La sangre. Una aproximación al conocimiento sobre su fantasía específica”, presentado en el Centro de Investigación en Medicina Psicosomática (CIMP), Buenos Aires, 1973.
- LACOUR, Raúl (1981) *Insuficiencia venosa en los miembros inferiores*, El Ateneo, Buenos Aires, 1981.
- LERNER, A. B. (1971) “Trastornos de la pigmentación de la melanina”, en *Tratado de medicina interna de Cecil-Loeb*, t. II, Interamericana, México, 1971.
- LITVINOFF, Norberto (1979) “El corazón: un órgano sagrado”, en *Eidon*, Nº 11, CIMP-Paidós, Buenos Aires, 1979, págs. 67-76.
- LOVELOCK, James (1979) *Gaia. Una nueva visión sobre la tierra*, Herman Blume, Madrid, 1983.

- MAC LEAN, Paul (1949) *Evoluzione del cerebello e compartamento umano*, Einaudi, Turín, 1984.
- MAGNIN, Pedro (1977) *Dermatología en el pregrado*, López Libreros Editores, Buenos Aires, 1977.
- MARÍN, Eduardo (1978) “Algunas consideraciones acerca del tratamiento psicoanalítico de un paciente con gota”, en *IX Simposio del Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicosomática*, CIMP, Buenos Aires, 1978, págs. 174-178.
- MENNINGER, William C. (1935) “Inter-relationships of mental disorders and diabetes mellitus”, en *Journal of Mental Science*, vol. 81, 1935, págs. 332-357.
- MEYER, A.; BOLLMEIER, L. y ALEXANDER, F. (1945) “Correlations between emotions and carbohydrate metabolism in two cases of diabetes mellitus”, citado en L. Miller de Paiva, *Medicina psicosomática*, Librería Editora Arts Medical, San Pablo, 1966.
- MILLER DE PAIVA, Luiz (1966) *Medicina psicosomática*, Librería Editora Arts Medical, San Pablo, 1966.
- MOLINER, María (1986) *Diccionario de uso del español*, Gredos, Madrid, 1986.
- MORALES MACEDO, Carlos (1955) *Biología fundamental*, Salvat, Barcelona, 1955.
- MORRIS, Desmond (1977) *El hombre al desnudo*, Nauta, Barcelona, 1980.
- MURRAY, John (1983) “Crecimiento y desarrollo del aparato respiratorio”, en *Fisiopatología. Principios biológicos de la enfermedad*, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 1983.
- NOVARO DE BARBERO, Liliana (1984) “Aproximación al estudio de las fantasías esfinterianas”, presentado en el Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicosomática (CIMP), Buenos Aires, 1984.
- NOYES, Arthur (1951) *Psiquiatría clínica moderna*, Prensa Médica Mexicana, México, 1951.
- OBERMAYER, Maximilian (1955) *Medicina psicocutánea*, Bibliográfica Argentina, Buenos Aires, 1956.
- OBSTFELD, Enrique (1969) “Más allá de la amargura”, en *Simposio 1969 (I Simposio del Centro de Investigación en Medicina Psicosomática)*, t. III, CIMP, Buenos Aires, 1969, págs. 234-239.
- OBSTFELD, Enrique (1970) “Notas para un carácter diabético”, en *Simposio 1970 (II Simposio del Centro de Investigación en Medicina Psicosomática)*, t. I, CIMP, Buenos Aires, págs. 1-7.
- OBSTFELD, Enrique (1975a) “El diabético: un hombre insatisfecho”, en *Encuentro Argentino-Brasileño. “Contribuciones psicoanalíticas a la medicina psicosomática”*, CIMP-Kargieman, Buenos Aires, 1975, págs. 117-121.

- OBSTFELD, Enrique (1975c) "Psicoanálisis del trastorno diabético", en *Eidon*, N° 5, Buenos Aires, 1976, págs. 33-59.
- OBSTFELD, Enrique (1978) "Algunas ideas acerca del enfermo cardiovascular", presentado en la Jornada sobre el Enfermo Cardiovascular, CIMP, Buenos Aires, 8 y 9 de setiembre de 1978.
- OBSTFELD, Enrique y colab. (1975) (Colaboradores: C. Bahamonde, L. de Eliano, S. de Erbin, N. Litvinoff, E. de Litvinoff, N. Rotblat y J. C. Scapusio) "Comprensión psicoanalítica del trastorno pulmonar", en *Eidon*, N° 2, Paidós, Buenos Aires, 1975, págs. 83-92.
- OBSTFELD, Enrique y colab. (1982) (Colaboradores: O. Baldino y R. Salzman) "El desgano y la relación psicoanalítica", en *XIII Simposio del Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicosomática*, CIMP, Buenos Aires, 1982, págs. 76-81.
- OBSTFELD, Enrique y colab. (1983a) (Colaboradores: O. Baldino, E. Dayen, E. Marín, C. Rodríguez, R. Salzman y J. Santalla) "Lo respiratorio en la literatura", en *XIV Simposio del Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicosomática*, CIMP, Buenos Aires, 1983, págs. 119-123.
- OBSTFELD, Enrique y colab. (1983b) (Colaboradores: O. Baldino, E. Dayen, E. Marín, C. Rodríguez, R. Salzman y J. Santalla) "Lo respiratorio y la creación", en *XIV Simposio del Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicosomática*, CIMP, Buenos Aires, 1983, págs. 124-130.
- ODISIO, Ángel (1979) *Várices de los miembros inferiores*, Akadia, Buenos Aires, 1979.
- OSTERRIETH, Paul (1973) *Psicología infantil*, Morata, Madrid, 1973.
- PANCONESI, Emiliano; AMMON, G.; COSSIDENTE, A.; FINKE, G.; GIORGINI, S.; HEROLD, Y.; MARZI, C.; MELLI, C.; MESSERI, P.; MONTAGU, A.; PASINI, W.; PETRINI, N.; SARTI, M.; SHANON, J.; SCHIBALSKI-AMMON, K. y TASSINARI, G. (1984) *Stress and skin diseases: Psychosomatic dermatology*, Lippincott, Filadelfia, 1984.
- PAPALEO, Celso (1975) Comentario al trabajo de E. Obsteld (1975a), "El diabético: un hombre insatisfecho", en el I Encuentro Argentino-Brasileño: "Contribuciones a la medicina psicosomática", CIMP, Buenos Aires, 1975.
- PARLANI, Rita; PIERACCI, Velia y RICCI, Paola (1986) "Storia di Anna: una discinesia biliare", en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, N° 19, Borla, Roma, 1989, págs. 35-41.
- PARLANI, Rita y BRUTTI, Carlo (1986) "Storia di Silvia: una occlusione della carotide", en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, N° 19, Borla, Roma, 1989, págs. 48-59.



- PARLANI, Rita y PIERINI, Angiolo (1988) “Corea Minor: prospettive e metodo della ricerca patobiografica”, en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, N° 19, Borla, Roma, 1989, págs. 85-113.
- PARTRIDGE, Eric (1966) *A short etymological dictionary of modern English*, The Mac Millan Company, Nueva York, 1966.
- PATTEN, Bradley M. (1969) *Embriología humana*, El Ateneo, Buenos Aires, 1969.
- PAVLOVSKY, S. (1969) “Diagnóstico de las leucemias agudas”, en *Reseñas de diagnóstico*, vol. 2, N° 16, Buenos Aires, 1969.
- PAZ, Octavio (1956) *El arco y la lira*, Fondo de Cultura Económica, México, 1983.
- PEREYRA KAEFER, J. y POCH, G. (1969) *Neurología*, López Libreros Editores, Buenos Aires, 1969.
- PÉREZ RIOJA, José Antonio (1980) *Diccionario de símbolos y mitos*, Tecnos, Madrid, 1980.
- PICHÓN-RIVIÈRE, Enrique (1943) “Los dinamismos de la epilepsia”, en *Del psicoanálisis a la psicología social*, Ederma, Buenos Aires, 1970, págs. 115-166.
- PIETRAVALLO, Antonio (1985) *Flebopatías superficiales y profundas*, Ciba-Geigy, Buenos Aires, 1985.
- PORTMANN, Adolf (1961) *Nuevos caminos de la biología*, Ediciones Iberoamericanas, Madrid, 1968.
- RACKER, Enrique (1948) “Sobre un caso de impotencia, asma y conducta masoquística”, en *Revista de Psicoanálisis*, t. V, N° 3, APA, Buenos Aires, 1948, págs. 578-627.
- RASCOVSKY, Arnaldo (1960) *El psiquismo fetal*, Paidós, Buenos Aires, 1960.
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA (1985) *Diccionario de la lengua española*, Espasa-Calpe, Madrid, 1985.
- ROF CARBALLO, Juan (1949) *Patología psicósomática*, Paz Montalvo, Madrid, 1950.
- ROSE, N. R. (1981) “Enfermedades por autoinmunidad”, en *Inmunología*, Prensa Científica, Barcelona, 1984.
- ROSENFELD, David (1975) “Trastornos en la piel y el esquema corporal”, en *Revista de Psicoanálisis*, t. XXXII, N° 2, APA, Buenos Aires, 1975, págs. 309-348.
- RUDA VEGA, M. y GADDA, C. E. (1978) “Cardiopatía isquémica”, en *Temas de terapéutica clínica*, t. I, Akadia, Buenos Aires, 1978.
- RUYER, Raymond (1974) *La gnose de Princeton*, Fayard, París, 1974.
- SAINZ DE ROBLES, Federico (1979) *Diccionario español de sinónimos y antónimos*, Aguilar, España, 1979.
- SALVAT (1972) *Enciclopedia Salvat*, Salvat, Barcelona, 1972.

- SALVAT (1985) *Diccionario terminológico de ciencias médicas*, Salvat, Barcelona, 1985.
- SCAPUSIO, Juan Carlos (1981) “Aportes a la comprensión psicoanalítica de la cardiopatía isquémica”, en *Eidon*, N° 16, CIMP-Paidós, Buenos Aires, 1982, págs. 187-197.
- SCHILDER, Paul (1935) *Imagen y apariencia del cuerpo humano*, Paidós, Buenos Aires, 1958.
- SCHRÖDINGER, Erwin (1958) *Mind and matter*, Cambridge University Press, Cambridge, 1977. Edición en castellano: *Mente y materia*, Tusquets Editores, Barcelona, 1984.
- SCHWARZ, Oswald (1925) *Psicogénesis y psicoterapia de los síntomas corporales*, Labor, Barcelona, 1932.
- SELYE, Hans (1974) *Tensión sin angustia*, Guadarrama, Madrid-Barcelona, 1975.
- SERRANTES, Néstor y CARDONET, L. (1969) *Diabetes*, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 1969.
- SHEPHARD, J. y VANHOUTTE, P. (1978) “Papel del sistema venoso en el control circulatorio”, en *Revista de Angiología*, vol. 37, N° 1, Buenos Aires, 1978, págs. 247-250.
- SIEBECK, Richard (1957) *Medicina en movimiento*, Editorial Científico-Médica, Barcelona, 1957.
- SKEAT, Walter (1972) *A concise etymological dictionary of the English language*, Oxford University Press, Oxford, 1972.
- SKEAT, Walter (1994) *The concise dictionary of English etymology*, Wordsworth Editions, Hertfordshire, 1994.
- SOPENA (1965) *Novísima enciclopedia ilustrada*, Sopena, Buenos Aires, 1965.
- STRANDBERG, James (1932) “Psique y enfermedades de la piel”, en O. Schwarz, *Psicogénesis y psicoterapia de los síntomas corporales*, Labor, Barcelona, 1932, págs. 272-286.
- TAYLOR, Gordon Rattray (1979a) *El cerebro y la mente*, Planeta, Barcelona, 1980.
- THOMAS, Lewis (1974) *Las vidas de la célula*, Emecé, Buenos Aires, 1976.
- VIGLIOGLIA, Pablo A. y RUBIN, Jaime (1974) *Cosmiatría. Fundamentos científicos y técnicos*, E. C., Buenos Aires, 1979.
- VILLÉE, Claude (1957) *Biología*, Eudeba, Buenos Aires, 1963.
- VOGEL, Gunter y ANGERMAN, Hartmut (1974) *Atlas de biología*, Omega, Barcelona, 1974.
- WATZLAWICK, Paul (1977) *El lenguaje del cambio*, Herder, Barcelona, 1980.
- WEISS, E. y ENGLISH, O. (1949) *Medicina psicosomática*, López y Etchegoyen, Buenos Aires, 1949.

- WEISZ, Paul (1966) *La ciencia de la zoología*, Omega, Barcelona, 1971.
- WEIZSAECKER, Viktor von (1941) *Problemas clínicos de medicina psicosomática*, Pubul, Barcelona, 1946.
- WEIZSAECKER, Viktor von (1946-1947) *Casos y problemas clínicos. Lecciones de antropología médica en la clínica de medicina interna*, Pubul, Barcelona, 1950.
- WEIZSAECKER, Viktor von (1950) *Pathosophie*, Vandenhoeck y Ruprecht, Göttingen, 1967. Edición en castellano: WEIZSÄCKER, Viktor von, *Patosofía*, Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2005.
- WISDOM, John O. (1962) “Comparación y desarrollo de las teorías psicoanalíticas sobre la melancolía”, en *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, t. V, N° 1, Montevideo, Asociación Psicoanalítica del Uruguay, 1963, págs. 107-152.
- WYSS, Walter (1947) *Cuerpo y espíritu*, Manuel Marin, Barcelona, 1974.