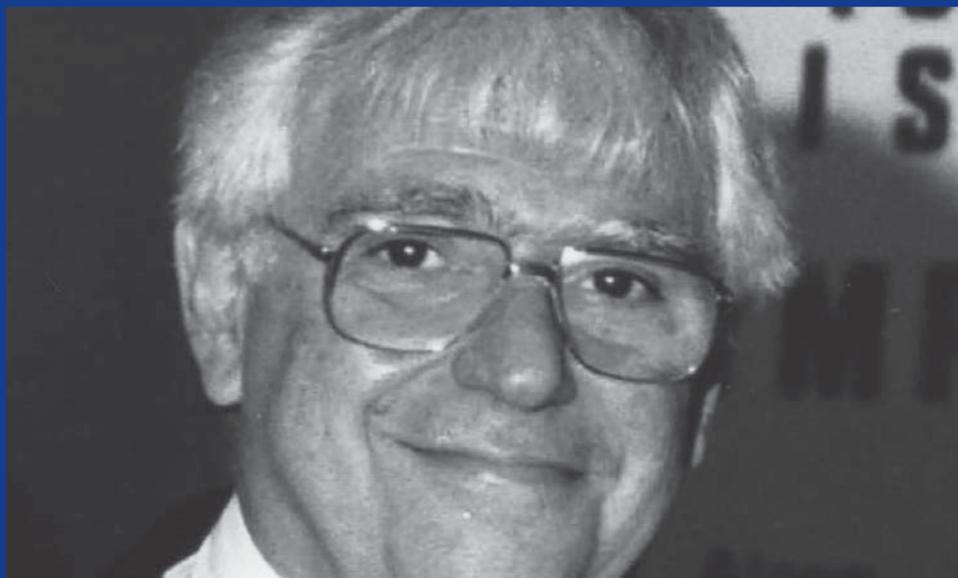


LUIS CHIOZZA

OBRAS COMPLETAS



TOMO XI (1990-1993)

AFECTOS Y AFECCIONES 2

Los afectos ocultos en la enfermedad del cuerpo



libros del
Zorzal

Obras Completas

LUIS CHIOZZA

OBRAS COMPLETAS
TOMO XI

Afectos y afecciones 2
Los afectos ocultos en la enfermedad del cuerpo
(1990-1993)



libros del
Zorzal

Chiozza, Luis Antonio

Afectos y afecciones 2: los afectos ocultos en la enfermedad del cuerpo - 1a ed. - Buenos Aires: Libros del Zorzal, 2008.

v. 11, 320 p.; 21x15 cm.

ISBN 978-987-599-087-6

1. Psicoanálisis. I. Título

CDD 150.195

CURADORA DE LA OBRA COMPLETA: JUNG HA KANG

DISEÑO DE INTERIORES: FLUXUS

IMAGEN DE TAPA: SILVANA CHIOZZA

© Libros del Zorzal, 2008

Buenos Aires, Argentina

ISBN 978-987-599-087-6

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

FANTASÍA ESPECÍFICA DE LA ESTRUCTURA Y EL FUNCIONAMIENTO ÓSEOS (1991 [1990]), Luis Chiozza, Eduardo Dayen y Roberto Salzman.....	11
I. Algunos conceptos esenciales acerca de los huesos	15
II. Desarrollo del concepto de fantasías específicas	17
III. La desestructuración de los afectos	19
IV. Existe una zona erógena ósea representada por los elementos celulares del hueso.....	20
V. La capacidad de sostén y protección	21
VI. El tejido y el carácter	23
VII. La ortopedia	25
VIII. La barrera de protección antiestímulo, la función del calcio y el carácter.....	27
IX. La deformación patosomática de los afectos específicos de la función ósea	29
X. La relación de los sentimientos de desmoronamiento, infracción y consolidación con la solidez y la solidaridad	31
XI. Resumen de la fantasía específica ósea	32
XII. Caso clínico	34
CEFALEAS VASCULARES Y ACCIDENTES CEREBROVASCULARES (1991 [1990]), Luis Chiozza, Sergio Aizenberg y Dorrit Busch.....	39
I. Introducción.....	41

II. El funcionamiento cerebral	42
III. Las cefaleas y los accidentes encefalovasculares desde el punto de vista de la clínica médica.....	44
IV. Accidentes cerebrovasculares desde el punto de vista clínico.....	49
V. Las cefaleas vasculares y los accidentes encefalovasculares desde el punto de vista del psicoanálisis	55
VI. Las fantasías específicas de las cefaleas vasculares y los accidentes cerebrovasculares	63
VII. Caso clínico	70
VIII. Un ataque inconcebible	73
IX. El mito del nacimiento de Palas Atenea de la cabeza de Zeus	75
X. El mito de Orestes	78
XI. Resumen de las fantasías inconcientes específicas de las cefaleas vasculares y los accidentes cerebrovasculares	78
PRÓLOGO DE <i>LOS SENTIMIENTOS OCULTOS EN... HIPERTENSIÓN ESENCIAL, TRASTORNOS RENALES, LITIASIS URINARIA, HIPERTROFIA DE PRÓSTATA, VÁRICES HEMORROIDALES, ESCLEROSIS, ENFERMEDADES POR AUTOINMUNIDAD</i> (1993 [1991-1993])	83
PRÓLOGO DE <i>LA TRANSFORMACIÓN DEL AFECTO EN ENFERMEDAD. HIPERTENSIÓN ESENCIAL, TRASTORNOS RENALES, LITIASIS URINARIA, HIPERTROFIA DE PRÓSTATA, VÁRICES HEMORROIDALES, ESCLEROSIS Y ENFERMEDADES POR AUTOINMUNIDAD</i> (1998 [1993-1998]).....	91
EL SIGNIFICADO INCONCIENTE DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL (1993 [1992]), Luis Chiozza, Oscar Baldino, Eduardo Dayen, Enrique Obstfeld y Juan Repetto	97
I. Hipertensión esencial en clínica médica	99
II. Los significados inconcientes específicos de la hipertensión arterial esencial	109
III. Resumen	124
IV. Una historia que transcurre entre la indignidad y la indignación	126
PSICOANÁLISIS DE LOS TRASTORNOS URINARIOS (1993 [1978-1992]), Luis Chiozza y Ricardo Grus	131

I.	La función excretora	133
II.	El erotismo urinario según Freud y otros autores	136
III.	Las fantasías específicas de la excreción urinaria	141
IV.	Estudio psicoanalítico de la litiasis urinaria	148
V.	Estudio psicoanalítico de la hipertrofia de próstata	163
VI.	Un aspecto renal de la melancolía	168
VII.	Historia de una ambición que perdura.....	171

FANTASÍAS INCONCIENTES ESPECÍFICAS DE LAS VÁRICES HEMORROIDALES (1993 [1992]), Luis Chiozza, Gladys Lacher,

Elsa Lanfri e Hilda Schupack	175	
I.	La enfermedad hemorroidal.....	177
II.	Fantasías específicas del trastorno hemorroidal	179
III.	Síntesis.....	190
IV.	Dos historias que coinciden en un mismo argumento	192

LOS SIGNIFICADOS INCONCIENTES ESPECÍFICOS DE LA ESCLEROSIS (1993), Luis Chiozza, Eduardo Dayen

y Mirta Funosas.....	199	
I.	La esclerosis	201
II.	Las fantasías inconcipientes específicas de la esclerosis	204
III.	Historia de una flexibilidad desatendida	218

EL SIGNIFICADO INCONCIENTE DE LAS ENFERMEDADES POR AUTOINMUNIDAD (1993 [1992]), Luis Chiozza,

Domingo Boari, Catalina Califano y María Pinto	223	
I.	El sistema inmunitario.....	225
II.	Fantasías inconcipientes específicas de la autoinmunidad	237
III.	Historia de una antigua intolerancia	252

¿POR QUÉ ENFERMAMOS? EL SIGNIFICADO INCONCIENTE DE LOS TRASTORNOS DIABÉTICOS (1993)

257		
I.	Introducción.....	259
II.	La causa y el significado de la enfermedad.....	260
III.	Una diferente concepción del psiquismo.....	262
IV.	La relación entre el cuerpo y el alma	264
V.	Los afectos ocultos	266

VI. El significado inconciente del trastorno diabético.....	268
VII. Fabiana	270
PRÓLOGO DEL LIBRO <i>¿POR QUÉ ENFERMAMOS DE...?</i> <i>ANGINA DE PECHO, INFARTO CARDÍACO E</i> <i>HIPERTENSIÓN ARTERIAL</i> (1995 [1993]).....	273
PRÓLOGO DEL LIBRO <i>¿POR QUÉ ENFERMAMOS DE...?</i> <i>CEFALEAS, ACCIDENTES CEREBROVASCULARES</i> (1995 [1993])	279
Bibliografía	285

**FANTASÍA ESPECÍFICA DE
LA ESTRUCTURA Y EL
FUNCIONAMIENTO ÓSEOS**

(1991 [1990])

Luis Chiozza, Eduardo Dayen y Roberto Salzman

Referencia bibliográfica

CHIOZZA, Luis y colab. (1991e [1990]) “Fantasía específica de la estructura y el funcionamiento óseos”.

Ediciones en castellano

Se publicó con el título “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.

Traducción al portugués

“Fantasia específica da estrutura e o funcionamento ósseos”, 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. 145-173.

Traducción al inglés

“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.

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 29 de octubre de 1990.

I. Algunos conceptos esenciales acerca de los huesos

1. Anatomía e histología

El tejido óseo es una variedad del conectivo que, por ser el tejido duro de la economía, puede cumplir con las funciones de *sostén* (permitiendo la inserción muscular) y de *protección* de los llamados órganos nobles.

La unidad estructural del hueso es la laminilla ósea que está compuesta por células y matriz intercelular. Las células típicas son los osteoblastos, los osteocitos y los osteoclastos. El *osteoblasto* es responsable de la síntesis de la matriz intercelular, de las fibras colágenas, y de la secreción de la fosfatasa alcalina que promueve la precipitación de sales cálcicas. El *osteocito* contribuye a mantener los caracteres de la matriz ósea por medio de la osteólisis e interviene en la regulación del calcio circulante. El *osteoclasto* tiene la función de resorción del hueso mediante la digestión de la matriz orgánica y la disolución de las sales de calcio. La matriz intercelular ósea está compuesta por la sustancia amorfa y las fibras colágenas sobre las que se deposita la sal de calcio.

Hay dos variedades de tejido óseo: el *esponjoso* y el *compacto*. En el primero, las laminillas óseas adosadas configuran trabéculas. En el segundo, las laminillas óseas dispuestas concéntricamente alrededor de un conducto central que aloja vasos sanguíneos y filetes nerviosos, configuran el sistema de Havers. Estas dos variedades participan de distinto modo en la constitución de los huesos planos, cortos y largos. La variedad esponjosa, más primitiva, se transforma en la variedad compacta por imperio de las necesidades funcionales. El hueso compacto se caracteriza por una mayor concentración de laminillas óseas, la disposición helicoidal de las fibras

colágenas de dichas laminillas y un mayor contenido de calcio. Estas tres condiciones le otorgan mayor resistencia y *dureza*. Así es que el hueso en su proceso de maduración se *endurece*.

2. Embriología

Existen dos modalidades de formación del tejido óseo: membranosa y endocondrial. En la primera, característica de los huesos planos, el tejido óseo se forma directamente en el mesénquima. En la segunda, presente en los huesos largos, existe una matriz cartilaginosa previa que actúa como molde configuracional para el futuro hueso. Como resultado del proceso de osificación, se forma hueso esponjoso que luego es resorbido y reemplazado gradualmente por hueso maduro, de tipo compacto.

Alrededor del tercer mes de vida intrauterina van apareciendo los centros primarios de osificación en las zonas medias de las diáfisis que en el momento de nacer ya están completamente osificadas. Después del nacimiento, en las epífisis se van evidenciando, de modo variable en el tiempo para cada hueso, los centros secundarios de osificación. Durante esta fase se mantiene un disco cartilaginoso (disco epifisario) que permite el crecimiento longitudinal del hueso. Cuando éste alcanza su longitud completa desaparecen los discos epifisarios y las epífisis consolidan con la diáfisis del hueso. Este proceso culmina alrededor de los 25 años de edad, cuando se sellan los cartílagos de crecimiento superiores de la tibia y el peroné.

3. Fisiología ósea

Ham y Leeson señalan que el hueso “fue creado para resolver el problema de mantener con vida las células incluidas en una sustancia intercelular calcificada” (Ham y Leeson, 1963, pág. 269).

En la estructura ósea se asocian elementos orgánicos e inorgánicos. La fibra colágena del hueso presenta una gran resistencia al estiramiento, y la sal de calcio, por su dureza similar a la del mármol, una gran resistencia a la presión. Además, la unión íntima entre la fibra y el calcio impide el deslizamiento de uno con respecto al otro, proporcionando firmeza al hueso.

Mediante incesantes procesos de destrucción y reconstrucción, el hueso se renueva. Como el hueso “antiguo” se vuelve relativamente frágil y quebradizo, continuamente debe renovar su matriz orgánica. Por otra parte, el hueso cambia permanentemente de forma, reorganizando sus

trabéculas según la dirección de las líneas de fuerza. De modo que el hueso se remodela de acuerdo al peso, al esfuerzo y a las presiones direccionales que soporta, conservando de este modo la resistencia adecuada.

4. Evolución filogenética del tejido óseo

Todo ser vivo posee algún tipo de estructura que sirve para su sostén y protección. Los vegetales tienen tejidos, como la lignina de la madera, que cumplen funciones de sostén permitiendo a las plantas elevarse, contrarrestando la acción de la gravedad.

En los animales inferiores (esponjas, celenterados, moluscos, crustáceos, insectos y arácnidos) se encuentran exoesqueletos, estructuras de sostén duras que recubren al animal.

Los equinodermos constituyen un hito evolutivo entre las formas que poseen exoesqueleto y las que tienen un esqueleto interno. Estos animales presentan un esqueleto interno formado por pequeñas placas calcáreas unidas entre sí por músculo y tejido conectivo. Esta estructura, aunque deja al animal más indefenso, permite que pueda alcanzar mayor tamaño y sirve para la inserción de potentes músculos que amplían sus posibilidades de movimiento.

La necesidad de locomoción influyó sobre la organización estructural del ser vivo. Un animal grande y pesado, para moverse y mantener su forma, necesita tener soportes duros internos.

En los vertebrados más primitivos, la columna dorsal segmentada es cartilaginosa. La sustitución de cartílago por hueso aparece en los llamados peces óseos y coincide con su desplazamiento del océano hacia el agua dulce. Según Weisz (1966), junto a este desplazamiento, y para hacer frente a la fuerza de las corrientes, surgiría la necesidad de potentes músculos y naturalmente la de soportes duros que posibiliten su inserción.

II. Desarrollo del concepto de fantasías específicas

Volvamos a recorrer un trayecto en la obra de Freud que ya hemos señalado en otro lugar (Chiozza, 1970*m* [1968], 1976*c* [1971]; Chiozza y colab., 1966*e*):

- 1) Freud (Freud y Breuer, 1895*d**), al referirse a las condiciones que determinan la *elección del órgano*, describe el mecanismo de la conversión simbolizante. Cuando opera este

mecanismo, *la elección del órgano queda determinada por la capacidad de dicho órgano para representar simbólicamente la fantasía que permanece inconciente*. Afirma asimismo que *la conversión simbolizante puede afectar no sólo a los órganos de la vida de relación sino también a los órganos de la vida vegetativa*, tales como el corazón o el aparato digestivo.

2) Sostiene además que *pueden funcionar como zonas erógenas todos y cada uno de los órganos* (Freud, 1905d*), y que *todo proceso de cierta importancia aporta algún componente a la excitación general del instinto sexual* (Freud, 1924c*).

3) También señala (Freud, 1915c*) que *del examen de los fines del instinto pueden ser deducidas las diversas fuentes orgánicas que les han dado origen*, y que *todo órgano o parte del cuerpo se arroga la representación global o general de todos aquellos procesos en los cuales interviene de una manera preponderante*.

4) Podemos deducir de lo que Freud (1920g*) dice en *Más allá del principio de placer* que *lo psíquico inconciente es algo que puede ser atribuido a las formas biológicas más simples*¹.

5) Finalmente, Freud (Freud y Breuer, 1895d*) afirma que *tanto la histeria como el lenguaje extraen, quizás, sus materiales de una misma fuente*.

Integrando esas postulaciones freudianas dedujimos que “toda estructura o proceso corporal constituye una fuente somática de un impulso cualitativamente diferenciado. Este impulso es al mismo tiempo una fantasía inconciente propia y particular, *específica*, con respecto a

¹ “...se plantea aquí el problema: ¿Acaso hay que suponer en los protistas sólo lo que muestran? ¿No puede conjeturarse que nacieron por primera vez en ellos fuerzas y procesos que sólo se volvieron visibles en los seres vivos superiores? La citada concepción de la sexualidad sirve de muy poco a nuestros propósitos. Se podría objetarle que presupone la existencia de pulsiones de vida que actúan ya en el ser vivo más simple; de lo contrario, en efecto, la copulación, que contrarresta el curso vital y dificulta la tarea de *de-vivir* (*ableben*), no habría sido mantenida y desarrollada, sino evitada. Entonces, si no queremos abandonar la hipótesis de las pulsiones de muerte, hay que asociarlas desde el comienzo mismo con unas pulsiones de vida” (Freud, 1920g*, pág. 55). Etcheverry sostiene que “parece probable que la tradición de Haeckel y de la filosofía de la naturaleza es el obligado con-texto del texto freudiano” y que “para Haeckel, la célula primordial (protista) así como las células unidas entre sí de un ser vivo pluricelular, poseen alma” (Etcheverry, 1978, págs. 56 y 37). También

esa estructura o proceso... la estructura o proceso corporal y la fantasía inconciente *específica de aquél* son una y la misma cosa vista desde dos puntos de vista diferentes” (Chiozza, 1976c [1971]).

Teniendo en cuenta, además, que “lo psicológico se aproxima a lo que en la biología de nuestra época ha sido llamado ‘interioridad’” (Portmann, 1954), pensamos que, “considerado como una ‘función’ de la interioridad, el conjunto de todo aquello que llamamos cuerpo (involucrando forma, función, desarrollo y trastorno) es una fantasía, en su mayor parte inconciente, compuesta, o mejor aún estructurada, por numerosas apariencias ‘parciales’ o fantasías *específicas* ‘elementales’ que sólo pueden ser separadas artificialmente del todo. Así como la fantasía constituye una realidad material y corporal específica, la realidad material (sea ‘biológica’ o ‘física’) constituye una fantasía específica” (Chiozza, 1970m [1968]).

III. La desestructuración de los afectos

Ya hemos afirmado en otra oportunidad (Chiozza, 1986b, cap. VIII, apdos. “Los afectos” y “La deformación de los afectos”) que el afecto tiene características que permiten ubicarlo como una especie de “bisagra” que articula los territorios que denominamos *psíquico* y *somático*. Por un lado, es una reminiscencia psíquica filogenética y, por el otro, una descarga “real” somática actual.

Todo afecto es: a) un proceso de descarga que incluye determinadas inervaciones o descargas motrices, y b) ciertas sensaciones (percepciones de las descargas ocurridas y sensaciones directas de placer y displacer) (Freud, 1916-1917 [1915-1917]*).

Freud (1900a [1899]*) sostiene que la conformación de la descarga afectiva se realiza de acuerdo con una clave de inervación situada en las representaciones inconcientes. La clave de inervación del afecto es, entonces, *una idea inconciente que determina la particular cualidad de cada una de las distintas descargas motoras vegetativas que caracterizan a los distintos afectos*. Cuando un afecto conserva íntegra la coherencia de su clave, es posible reconocerlo como una determinada emoción.

sostiene que “la asimilación establecida por Freud entre ‘psique’ y ‘alma’ es taxativa” (Etcheverry, 1978, pág. 36).

Por otra parte, en *Esquema del psicoanálisis*, Freud establece que esos “procesos concomitantes presuntamente somáticos son lo psíquico genuino, y para hacerlo prescindir al comienzo de la cualidad de la conciencia” (Freud, 1940a [1938]*, pág. 156).

A diferencia de las neurosis y psicosis, en las que la coherencia del afecto se conserva, en la enfermedad somática se produce una descomposición patosomática del afecto (Chiozza, 1975c, 1985c; 1986b, cap. VIII). El desplazamiento de la importancia (investidura) se realiza *dentro* de la misma clave de inervación, de modo que algunos de los elementos de esta clave reciben una carga más intensa en detrimento de los otros. Cuando el proceso de descarga se produce según esta clave *deformada*, la conciencia ya no interpreta una significación afectiva, sino que percibe un fenómeno que denomina *afección somática*, precisamente porque la cualidad psíquica de ese fenómeno permanece, de ese modo, inconciente.

IV. Existe una zona erógena ósea representada por los elementos celulares del hueso

Los conceptos de Freud acerca de las zonas erógenas (1905d*, 1915c*, 1924c*) y lo que postulamos en trabajos anteriores acerca de las fantasías específicas para cada una de las zonas erógenas (Chiozza, 1963a, 1976c [1971]) nos permiten deducir la existencia de una zona erógena ósea cuyos representantes pulsionales configurarían sus fantasías inconcientes específicas. La actividad de las células óseas correspondería entonces a la erogeneidad de esa zona.

Dentro del proceso de formación del hueso podemos distinguir dos fases complementarias. Una por la cual el hueso *se genera* estableciendo su forma adulta en un proceso evolutivo ontogenético y otra en la cual *se regenera* tejido óseo resorbido.

Se han descrito dos tipos de hueso diferentes según predomine en cada uno de ellos la función de sostén o la de protección. Estas funciones, que se manifiestan en la existencia de los huesos “largos” y los huesos “planos”, determinan variaciones en el proceso de osificación.

En la formación de los huesos largos podemos distinguir tres períodos: uno, intrauterino, en el cual se osifican las diáfisis; otro, infantil, en el cual se osifican las epífisis, y otro, que corresponde al final del crecimiento corporal, en el cual se *sellan* las uniones diáfiso-epifisarias. Pensamos que estos tres momentos significativos en el desarrollo óseo deben corresponder, en términos de la evolución libidinal, a tres estadios de una primacía relativa de la zona erógena ósea. Por otra parte, los conceptos generales de la teoría psicoanalítica nos conducen a la conclusión de que *un trastorno en cualquiera de esos tres estadios de la evolución libidinal establecerá un punto de fijación “óseo”*.

V. La capacidad de sostén y protección

El sostén y la protección que brinda el hueso al organismo dependen de una cualidad que lo caracteriza: la dureza. Nos preguntamos, entonces, de qué dependerá la capacidad de sostén y protección del yo.

Veamos el significado y la etimología de las palabras “hueso” y “dureza”, por un lado, y, por el otro, de los términos “sostener” y “proteger”.

La palabra “hueso” proviene del latín *os*, y se utiliza para referirse, en sentido figurado, a “lo central o medular de la persona o de un discurso o escrito” (Blánquez Fraile, 1975). Además, el griego *osteon* (hueso) deriva de *ossomai*, que significa “la voz de los dioses en el hombre” (Vox, 1974)².

La palabra “duro” proviene del latín *durus* y quizás del griego *douron*, “leño”. Así se dice del cuerpo que se resiste a ser deformado, y también significa (en sentido figurado) que soporta bien la fatiga, que es fuerte, robusto, firme, constante para sufrir penalidades.

Por otro lado, el verbo “durar”, que también proviene de *durus*, significa “continuar siendo, obrando, sirviendo”, y también “subsistir, permanecer” (Real Academia Española, 1985; Blánquez Fraile, 1975).

Los significados castellanos del término “sostener” son: “mantener firme, sujetar”; figuradamente alude a defender una proposición; mantenerse firme en una postura sin caer; sustentar, costear las necesidades de una persona, familia o institución, dar apoyo moral; también significa “hacer frente, resistir” (Salvat, 1986a).

El término “proteger”, que significa “amparar” (Montaner y Simón, 1912), deriva del latín *protegere*. El radical *tegere* significa “cubrir” (Corominas, 1983), y de él proviene *tectum*, “techo”.

Los distintos significados de las palabras estudiadas parecen esclarecer, por lo pronto, la relación entre sostén, protección y dureza. Podemos decir que la capacidad de sostén y protección depende de la dureza, es decir, de la capacidad de resistir y mantenerse firme, de permanecer.

Si pensamos que *los padres o la sociedad* (que actúan desde el exterior del sujeto), *el superyó* (que actúa dentro del sujeto, pero fuera del yo, como representante del ello y de la autoridad de los padres) y *el carácter* (que opera, en el individuo, desde el yo) sostienen y protegen, podemos aventurar una hipótesis: diremos que, en el terreno de los significados

² En castellano “hueso”, además de su sentido literal, figuradamente significa “lo que causa trabajo o incomodidad” y también “lo inútil, de poco precio y de mala calidad”. Además, “la parte ingrata y de menor lucimiento de un trabajo que se reparte entre dos o más personas” (Montaner y Simón, 1912).

psicológicos, el sostén y la protección dependen de la resistencia a los cambios que opone un *sistema normativo* adecuado.

Un sistema que posee la característica de resistirse a los cambios podría arrogarse la representación de lo que tiende a mantenerse estable, a permanecer, es decir, *a durar*.

Sin embargo, resistirse a los cambios no es suficiente para permanecer. Un sistema que se opone al cambio puede hacerse rígido, frágil y no *perdurar*. La resistencia al cambio, por sí sola, es una *cronicidad* que arruina pero no endurece.

Un sistema normativo adecuado es el que, además de oponerse a los cambios, se presta a la reforma, a la remodelación necesaria, es decir al establecimiento. “Estabilidad” significa “permanencia, duración, firmeza, seguridad” (Real Academia Española, 1985). El buen funcionamiento de la “*capacidad de establecer*” depende tanto de la posibilidad de *erigir* como de la de *resistir*.

Desde otro punto de vista, es posible sostener que un sistema normativo adecuado es el que permite al yo lograr la reconciliación entre sus múltiples “vasallajes”³. Esa reconciliación depende tanto de la oposición como de la disposición a la reforma. Podemos decir que existe una “capacidad de establecer”, que se manifiesta como estabilidad y que se acompaña del sentimiento de *seguridad*.

La palabra “seguridad” proviene del latín *securus* (que deriva a su vez de *se* y *cura*, que significan, en conjunto, “se cuida”). *Securus* quiere decir “libre de cuidados, lleno de confianza, sin temor” (Blánquez Fraile, 1975). El término “seguridad” alude, entonces, a la capacidad de cuidar de sí mismo, que puede resumir en su significado lo que llamamos *sostenerse* y *protegerse*.

Toda acción tiende a un cambio y, a su vez, necesita *apoyarse* en la resistencia que un sistema normativo opone a los cambios. Es en ese sistema normativo incorporado que el individuo encuentra el sostén y la protección que constituyen su sentimiento de *seguridad*. El *cuidado*, que en un principio era ejercido desde el exterior por los padres, una vez incorporado, se manifiesta como *seguridad*.

El término “seguridad”, por su significado original (*se-cura*), alude a la presencia *interna* de un sistema normativo, de una ética que sostiene y protege. *El sentimiento de seguridad se experimenta, entonces, cuando se dispone de un grupo de normas adecuado, que constituye “el límite” que presta “apoyo”, brindando sostén para la acción incierta y protección contra un accionar dañino.*

³ En *El yo y el ello*, Freud (1923b*) afirma que el yo debe servir a tres amos: el ello, el superyó y la realidad.

La existencia *física* de un aparato óseo que sostiene y protege, y la existencia *histórica* de normas sociales, superyoicas o caracterológicas, que sostienen y protegen, nos autorizan a pensar en “una misma” fantasía inconciente de sostén y protección, vinculada a la dureza, que puede manifestarse a la conciencia, desde un punto de vista *histórico*, como un sistema normativo adecuado y, desde un punto de vista *físico*, como un aparato óseo normal.

VI. El tejido y el carácter

Freud (1930a [1929]*) señala que la formación del superyó está vinculada a dos hechos de trascendental importancia: el desvalimiento y la prolongada dependencia del ser humano durante la infancia, y el complejo de Edipo.

Al referirse a la génesis de la conciencia moral (superyó), destaca que el niño pequeño es amoral, no posee inhibiciones internas contra sus mociones pulsionales y depende de un poder externo, la autoridad parental. Esta autoridad externa, encargada de discriminar qué debe considerarse como bueno y qué como malo, rige al niño otorgándole pruebas de amor y castigos que implican la pérdida de ese amor. En la vida adulta, la angustia frente a la pérdida de amor puede vivenciarse como “angustia social”.

La interiorización de la autoridad externa, que instaura el superyó (conciencia moral), constituye un cambio fundamental en el desarrollo del ser humano. El superyó se establece mediante la identificación con la instancia parental, identificación enlazada al sepultamiento del complejo de Edipo. Al respecto, Freud (1923b*) señala que el superyó del niño se construye según el modelo de superyó de los padres. Cumplida esa identificación, es el superyó el que pasa a observar, guiar y amenazar al yo. En esta fase, la angustia frente a la pérdida de amor se convierte en angustia de la conciencia moral que, según Freud, es indispensable en las relaciones sociales.

En cuanto al carácter, Freud (1933a [1932]*) afirma que es atribuible por entero al yo y que se constituye como un conjunto de pre-juicios (Freud, 1895b [1894]*). Lo crea, “sobre todo, la incorporación de la anterior instancia parental en calidad de superyó, sin duda el fragmento más importante y decisivo; luego, las identificaciones con ambos progenitores de la época posterior y con otras personas influyentes, al igual que similares identificaciones como precipitados de vínculos de objeto duelados” (Freud, 1933a [1932]*, pág. 84). Agrega además, “como un complemento que nunca falta a la formación del carácter, las formaciones reactivas que el yo adquiere primero en sus represiones y, más tarde, con medios más nor-

males, a raíz de los rechazos de mociones pulsionales indeseadas” (Freud, 1933a [1932]*, pág. 84). Diez años antes, Freud (1923b*) había subrayado que el carácter de una persona adopta los influjos provenientes de la historia de las elecciones eróticas de objeto, o se defiende de ellas, en una medida que depende de su capacidad para resistir.

Para Wilhelm Reich (1933), el carácter está determinado por las experiencias infantiles repetidas y resulta, entonces, una expresión de la totalidad del pasado. Durante el tratamiento psicoanalítico, “los rasgos neuróticos de carácter se hacen sentir como un mecanismo de defensa compacto que se opone a nuestros embates terapéuticos”. Postula la existencia de un carácter genital, distinto del neurótico, y sostiene que en cada sujeto se encuentra una mezcla de ambos modos caracterológicos.

El carácter sería, para este autor, “la coraza yoica contra los peligros que amenazan desde el mundo exterior y desde los impulsos interiores reprimidos”. Vale la pena aclarar que, planteada de este modo, la idea de coraza yoica induce a imaginar al carácter como una estructura que envuelve al yo, siendo, en cambio, que el yo es carácter.

Reich sostiene que el carácter es una alteración crónica del yo, una estructura dura que se desarrolla como resultado del conflicto entre las demandas instintivas y el mundo exterior frustrante. Es una coraza que debe concebirse como algo móvil. “El grado de movilidad caracterológica, la capacidad de abrirse a una situación o de cerrarse ante ella, constituye la diferencia entre la estructura de carácter sana y la neurótica” (Reich, 1933, pág. 159).

Finalmente Reich (1933) describe los tres procesos por los que se produce lo que denomina el endurecimiento del yo: a) “Identificación con la realidad frustrante, en especial con la persona principal que representa a esta realidad. Este proceso da a la coraza sus contenidos significativos”. b) “La agresión movilizada contra la persona frustrante, que produjo angustia, se vuelve contra el propio ser. Este proceso inmoviliza la mayor parte de las energías agresivas, las bloquea y las aleja de la expresión motriz, creando así el aspecto inhibitorio del carácter”. c) “El yo erige formaciones reactivas contra los impulsos sexuales, y utiliza las energías de esas formaciones para hacer a un lado estos impulsos”.

Mientras que las *normas de la autoridad externa*, impuestas por los padres o la sociedad, y las *normas superyoicas* (conciencia moral), “interiorizadas”, son vividas como ajenas al yo, las *normas propias*, incorporadas, que constituyen el carácter, son inconcientes en su mayor parte y egosintónicas.

Con la palabra “carácter” designamos, por un lado, al “conjunto orgánico y dinámico de las características básicas de un individuo que

configuran la estructura de su personalidad y determinan su comportamiento y actitudes” y, por otro, a la “señal que se imprime, pinta o esculpe en alguna cosa” (Salvat, 1986a).

El carácter es, entonces, una particular manera de ser que implica un modo de pensar, de sentir y de actuar constante y estable (manera que puede quedar representada en una señal, signo o distintivo, que pasa a ser su emblema). Esa particular modalidad corresponde a los hábitos y costumbres (sistema normativo) educados y aprendidos con los que el individuo se desenvuelve.

La suma de lo que Freud (1923b*), cuando se ocupa de la formación del carácter, llama adoptar los influjos y defenderse de ellos, es lo que denominamos *capacidad de establecer*, compuesta por una *capacidad de erigir* y otra de *resistir*.

De esa *capacidad de establecer* depende que la estructura caracterológica sea más o menos saludable. En otras palabras: de ella depende el grado de movilidad caracterológica. Por este motivo creemos que sería más adecuado decir que el carácter es una alteración del yo que deviene *estable*, reservando el término *crónico*, que utiliza Reich (1933), para las estructuras caracterológicas enfermas, viciosas o arruinadas.

Nos parece necesario aclarar que pensamos que la identificación con una persona, que, de acuerdo con Reich, configura el carácter, se realiza con el *estatuto*, con el *corpus* normativo representado por ella. En ese sentido, entendemos que la *institución* (constitución) es el proceso por el cual se *instituye* el *estatuto*, y que el proceso de institución depende de la *capacidad de establecer*.

Si tenemos en cuenta que: 1) el tejido óseo se caracteriza por la dureza, y la dureza parece representar un orden constante, un sistema normativo estable, y 2) el tejido óseo remodela de manera permanente su forma acorde a las presiones y tensiones que debe soportar, es decir que las fuerzas que actúan sobre el hueso esculpen en él las vicisitudes de una “historia”, entonces podemos pensar que *el tejido óseo se presta de manera adecuada para representar, simbólicamente, al carácter*.

VII. La ortopedia

La ortopedia ha sido comparada muchas veces con la educación. Nicolás Andry, a quien se atribuye la invención del término “ortopedia”, fue también autor de un tratado para la educación de los niños rectos. El tratado se llamaba *La ortopedia o el arte de prevenir y de corregir en los*

niños las deformidades del cuerpo por todos los medios al alcance de los padres, de las madres y de aquellas personas que tienen que educarlos (Andry, citado por Del Sel, 1963, pág. 11).

El autor trató en esta obra, escrita en 1741, los problemas del desarrollo del niño, incluyendo los aspectos psicológicos. Andry simbolizó en un grabado el objeto de la nueva especialidad. En el dibujo aparece un árbol cuyo tronco se ve torcido y se encuentra afirmado por una sogá a un tutor. Es decir que el término “ortopedia” contiene la captación intuitiva de Andry de la fantasía específica ósea. La palabra “ortopedia” (del griego *orthos*, recto, y *paidos*, niños) se inspiró en dos especialidades que se enseñaban entonces: la callipedia (del griego *calios*, bello), *Tratado para tener niños hermosos*, y la trofopedia (del griego *trofos*, nutrir), *El arte de nutrir a los niños* (Del Sel, 1963).

Desde el punto de vista psicoanalítico, muchos autores señalaron el vínculo existente entre la educación y la constitución del superyó y del carácter.

Cuanto llevamos dicho hasta aquí nos permite comprender el motivo por el cual la educación se vincula, por un lado (ortopedia), con el aparato óseo y, por otro (psicoanálisis), con el carácter.

La palabra “educación” proviene del latín *educó*, término que posee dos acepciones: a) “criar, alimentar, cuidar”, y b) “hacer salir, sacar fuera” (Blánquez Fraile, 1975). Como señala Ortega y Gasset, se dice: la papa educa sus brotes.

La palabra “enseñar”, derivada del latín *signa* (plural de *signum*), proviene de *insignare*, que significa “marcar, designar” (Corominas, 1983). “Enseñar”, según el diccionario de la Real Academia Española (1985), es “instruir, doctrinar, dar ejemplo o escarmiento que sirve de experiencia y guía para obrar en lo sucesivo”.

“Aprender”, lo mismo que “aprehender”, deriva de “prender”. “Prender”, del latín *prehendere*, significa “coger, atrapar, sorprender”. Según el diccionario de la Real Academia Española (1985), “aprender” tiene tres acepciones: a) adquirir el conocimiento de alguna cosa por medio del estudio o de la experiencia; b) concebir alguna cosa por meras apariencias o con poco fundamento; c) tomar algo en la memoria.

“Comprender”, que también deriva de *prehendere*, quiere decir: a) abrazar, rodear por todas partes una cosa; b) contener, incluir en sí; c) entender, alcanzar, penetrar. *Comprensiva* es la persona, tendencia o actitud tolerante.

El término “disciplinar” en el diccionario de la Real Academia Española (1985) tiene tres acepciones: a) instruir, enseñar a uno su profesión, dándole lecciones; b) imponer, hacer guardar la disciplina, observancia de las leyes; c)

azotar, dar disciplinazos por mortificaciones o por castigos (el disciplinazo es un golpe dado con un instrumento, hecho de cáñamo, que sirve para azotar).

Corominas (1983) señala que la palabra “doctor”, del latín *doctor-oris* (“maestro, el que enseña”), proviene de *docere* (“enseñar”). Del mismo vocablo derivan, a su vez, *docto*, “sabio”, *doctus*, “enseñado”, *docilis*, “que aprende fácilmente”, y *documentum*, “enseñanza, ejemplo, muestra”. *Dócil* es, entonces, el que aprende fácilmente, y *docilidad*, la aptitud para aprender.

Por la etimología y la semántica podemos pensar que la educación integra al yo los aspectos no desarrollados, que desde el psicoanálisis denominamos “aspectos no nacidos”. En nuestro trabajo nos remitiremos al sentido original de la palabra “educación”, es decir al de “conducir hacia fuera”, y no al habitual, que es mucho más abarcativo.

Para la integración de los “aspectos no nacidos”, la educación utiliza la enseñanza y la disciplina. La enseñanza “da (muestra, señala) el ejemplo” y la disciplina (los disciplinazos) “rompe la cáscara” caracterológica que impide el nacimiento de dichos aspectos.

Desde este punto de vista, la educación, el proceso por el que se instituye el estatuto que es carácter, principia por la enseñanza y, a través del aprendizaje en un marco de disciplina, alcanza la comprensión que “hace hueso” la nueva norma. La docilidad permite, así, aprender del ejemplo del docto y constituirse en lo que se denomina un ejemplar.

Pero este proceso de institución (instrucción)⁴ puede verse perturbado, tal como ocurre a veces con el proceso de identificación. Tanto la indocilidad como la docilidad crónica dificultan el aprendizaje. En esos casos sólo se puede, a lo sumo, “seguir el ejemplo”, pero queda impedido el constituirse en un “ejemplar realizado”.

VIII. La barrera de protección antiestímulo, la función del calcio y el carácter

Freud, en *Más allá del principio de placer* (1920g*), representándose al organismo vivo, en su máxima simplificación posible, como una vesícula indiferenciada de sustancia estimulable, reflexiona de un modo que le permite entrelazar la génesis de la conciencia, la ubicación del sistema

⁴ El término “instruir” deriva del latín *in-struo*. *Struo* quiere decir “hacinar, acumular, amontonar”. La palabra “instituir” deriva del latín *in-statio*. *Statio* significa “erigir”. Como se desprende del origen de los términos, *instruir* e *instituir* aluden al proceso por el cual algo se “constituye”.

Cc y las particularidades atribuibles al proceso excitatorio de ese sistema. Considera que esa partícula de sustancia viva sería aniquilada por el influjo nivelador, y por tanto destructivo, de la energía del mundo “exterior”, si no estuviera provista de una *protección antiestímulo*. Su superficie deja de tener la estructura propia de la materia viva, se vuelve “inorgánica”. Gracias a esa protección, sólo una fracción de la intensidad de los estímulos se propaga a los estratos contiguos que, así, reciben los estímulos “filtrados”.

Más adelante, y respecto de las excitaciones internas que produzcan una multiplicación de displacer demasiado grande, Freud (1920g*) afirma que el aparato tenderá a tratarlas como si no obrasen desde adentro, sino desde afuera, a fin de poder aplicarles el mismo medio defensivo. Sugiere además que llamemos traumáticas a las excitaciones externas que poseen fuerza suficiente para perforar la protección antiestímulo.

Con un modelo de características muy similares al desarrollado por Freud, la fisiología explica la función que cumple el calcio en el desencadenamiento del potencial de acción de la membrana, proceso por medio del cual se inhibe la transmisión del estímulo nervioso.

Recordemos que el aparato óseo, además de cumplir la misión de sostén y protección, es el depósito del calcio que se vuelca al torrente circulatorio cuando es necesario para operar en la membrana con una función que, según entendemos, sería la de una barrera de *protección antiestímulo*⁵.

Para describir la conformación del carácter, Reich utiliza un modelo de notable similitud con el de esta barrera. Dice que “en el yo, la parte de la personalidad expuesta al mundo exterior es donde tiene lugar la formación del carácter; se trata de un amortiguador en la lucha entre el ello y el mundo exterior... Entre estas necesidades primitivas por una parte y el mundo exterior por la otra, el yo se desarrolla gradualmente por diferenciación

⁵ Guyton dice que “el exceso de iones de calcio en el líquido extracelular disminuye la permeabilidad de la membrana del nervio al sodio. Los iones de calcio también tienen un elevado poder de fijación de proteína. Por lo tanto, se cree que, en condiciones normales, las paredes de los ‘ductos’ de sodio –sean cuales sean: poros, moléculas proteínicas distribuidas en una membrana– están revestidos por iones de calcio. Debido a las cargas positivas, los iones de calcio repelen los de sodio y otros iones positivos, y dificultan su paso a través de los ductos” (Guyton, 1971, pág. 60). “Cuando la concentración de iones de calcio del líquido extracelular cae por debajo de lo normal, el sistema nervioso se vuelve más excitable, tal vez por el aumento de la permeabilidad de las membranas... cuando el nivel de calcio en el cuerpo se incrementa por encima de lo normal, se inhibe el sistema nervioso, y disminuye la actividad refleja del sistema nervioso central. Asimismo, los músculos se vuelven perezosos y débiles, tal vez como consecuencia del efecto del calcio sobre las membranas de las células musculares” (Guyton, 1971, pág. 982).

de parte del organismo psíquico. La diferenciación de parte del organismo psíquico recuerda a ciertos protozoarios. Existen entre ellos muchos que se protegen del mundo exterior mediante una coraza o concha de material inorgánico... En la misma forma, el carácter del yo puede concebirse como la armadura que protege al ello de la acción del mundo exterior... Si bien el principal motivo para la formación del carácter fue la protección contra el mundo exterior, esto no constituye con posterioridad su función principal... Los mecanismos de protección del carácter entran en acción, y eso es lo típico de ellos, cuando existe la amenaza de un peligro proveniente del interior, de un impulso instintivo. Entonces, es tarea del carácter dominar la angustia estática causada por las energías de los impulsos a los que se imposibilita la expresión” (Reich, 1933, págs. 172-173).

IX. La deformación patosomática de los afectos específicos de la función ósea

Las ideas de Freud, las descripciones de la fisiología y los conceptos de Reich nos permiten identificar los afectos específicamente representados por las funciones y los trastornos óseos.

Retomemos las últimas palabras de Freud (1920g*), cuando sugiere que llamemos “traumáticas” a las excitaciones externas que poseen fuerza suficiente para perforar la protección antiestímulo.

En otro lugar dijimos que “si el yo no puede defenderse de un estímulo o impresión desproporcionada (quedó ‘impresionado’), nos encontramos ante la situación traumática que describe Garma (1956a y 1956b), quien sostiene que los sueños, ‘más allá del principio del placer’, son precisamente alucinaciones provocadas por este tipo de situación traumática” (Chiozza, 1963a, 1970d [1963-1968]). Esta situación equivale, en la teoría desarrollada, “a la disociación del yo y a la formación de un núcleo visual-ideal, a expensas de lo que era el polo o zona visual-ideal del yo. La situación traumática es un daño ya realizado en el aparato psíquico, que comporta una cierta desorganización... si el estímulo desorganiza una parte del yo y el resto se defiende disociando, esta parte *disociada* que contiene al estímulo que necesita ser ligado anabólicamente, constituye un *protoperseguidor interno*” (Chiozza, 1963a, 1970d [1963-1968]).

Utilizando un modelo similar al desarrollado, podemos pensar que cuando el yo no puede defenderse de un estímulo que supera su capacidad de remodelación, de reforma de su sistema normativo, es decir su *capacidad de establecer*, se produce una situación traumática. Sostenemos

que la posibilidad de remodelación del sistema normativo determina que una estructura de carácter sea más o menos saludable.

La situación traumática es una disociación del yo. Frente a la necesidad de remodelar un sistema normativo, que por anacrónico es débil, pueden experimentarse tres tipos de vivencia: la vivencia de *desmoronamiento*, la de *infracción* o la de *consolidación*. Cuando la conciencia de cualquiera de estos afectos es insoportable y ocurre su deformación patosomática, puede aparecer, en su lugar, un trastorno óseo, como producto de la sobreinvestidura de uno de los elementos de su clave.

La destrucción de la arquitectura y la disminución de la masa ósea, como sucede en la *osteoporosis* o en la *osteomielitis*, en las que el sujeto parece “venirse abajo”, pueden corresponder a una variante melancólica del enfermar *óseo*. En ella se cumpliría, simbólicamente, el sentimiento de *desmoronamiento*, a través del trastorno óseo que lo representa.

La *fractura*, que corresponde a una variante maníaca, puede ser comprendida como el ataque al hueso que sostiene y protege, cuando es “confundido” con el sistema normativo rígido, imposible de remodelar. En estas condiciones, el ataque adquiere el carácter de una *infracción* cuya conciencia resulta intolerable. El término “infracción”, según Corominas (1983), proviene del latín *infringo*, “quebrantar, abatir, romper la armonía”, que a su vez deriva de *frangere*, “romper”. Otro derivado de *frangere* es el término “fractura”.

La fractura representa, entonces, el intento maníaco de quebrantar una ley y la negación del sentimiento de infracción.

El incremento de la actividad osteoblástica que conduce a una *hiperostosis* (aumento de la densidad ósea), como ocurre en la enfermedad de Paget, puede corresponder a una variante paranoica, en la cual el perseguidor queda representado por un influjo remodelador que se debe resistir. (Las “formas menores” de hiperostosis, tales como exóstosis en distintos huesos, o “picos de loro” en las vértebras, son muy frecuentes.)

La consolidación de un sistema normativo implica siempre el afianzamiento de una alianza, la docilidad para adoptar un influjo. Una de las acepciones del término “consolidar”, según el diccionario de la Real Academia Española (1985), es “reunirse en un sujeto atributos de un dominio antes disgregado”.

Puede ocurrir que la docilidad implícita en la consolidación permanezca inconciente, y sólo se conozca el deseo de resistir la adopción del influjo proveniente de la historia de una elección erótica de objeto. En ese caso, cuando la conciencia de la *consolidación* del sistema normativo resulta intolerable, la ratificación del sistema, representado por el hueso, se expresa, entonces, en la hiperostosis.

X. La relación de los sentimientos de desmoronamiento, infracción y consolidación con la solidez y la solidaridad

Sólido es el cuerpo cuyas moléculas tienen entre sí mayor cohesión que las de los líquidos. Esa mayor cohesión le permite, frente a un impacto que tiende a desorganizarlo, resistirse a la deformación mediante la solidaridad de cada una de sus partes constitutivas con la parte que sufre el impacto.

Como sabemos, *hueso* es cada una de las partes sólidas y más duras del cuerpo del animal. Para el diccionario etimológico (Corominas, 1983), la palabra “sólido” deriva del término latino *solidus*, que significa “macizo, consistente”. *Solidamentum*, que en latín significa “armazón del cuerpo humano, esqueleto”, proviene del latín *solidare*, que quiere decir “soldar, afirmar, endurecer”. También *solidare* significa “unir los huesos rotos” y “ratificar”.

La palabra *solidarietas* aparece en el latín tardío, aparentemente introducida por la Iglesia, y se refiere a la *solidaridad* (Blánquez Fraile, 1975).

El Derecho ha tomado la expresión *in solidum*, que significa “por el total”, para referirse a un tipo de obligación en común. Esta obligación se caracteriza por el hecho de que los acreedores pueden demandar a cualquiera de los deudores *solidarios* por la totalidad del objeto en cuestión.

El cristianismo entiende por solidaridad el hecho de que cada uno de los miembros responda por todo el grupo. Por ejemplo, Cristo crucificado da su vida por los demás. La solidaridad está vinculada a una situación de recíproca necesidad entre sus miembros (Concilio Vaticano II).

Desde el punto de vista filosófico, la solidaridad es “la expresión afectiva o emocional de nuestra condición sociable... Es una especie de sinovia individual y social... El individuo es solidario consigo mismo, pues es interiormente una sociedad. Cuando falta el aglutinante de la solidaridad, el individuo se desequilibra y la sociedad se desorganiza... La educación, las tradiciones, el medio social en que nos movemos como atmósfera de la cual nos nutrimos... los ejemplos que hemos recibido, en suma, todo el lastre y sedimento de las costumbres públicas y de la opinión determinan hábitos... que representan una fuerza extraordinaria que gravita sobre el agente personal y ejerce en ocasiones una especie de coacción moral” (Montaner y Simón, 1912).

La solidaridad es la característica de todo cuerpo sólido, sea un cuerpo desde el punto de vista de la física, o bien un cuerpo social sólidamente unido. En un vínculo, la solidaridad presupone que cada una de las partes asociadas obtiene algún provecho de la vida en conjunto y que son igualmente responsables por el mantenimiento del vínculo y por las consecuencias que la existencia de esa relación ocasiona.

Los modos de relación solidarios se establecen con los rasgos más saludables del carácter. Los rasgos más rígidos, menos dispuestos a la reforma, producen vínculos de adhesión pero no de solidaridad. Se trataría, entonces, de vínculos simbióticos sostenidos a partir de hábitos y costumbres anacrónicos que son vividos como imposibles de reformar. La vivencia proviene del hecho de que son hábitos que defienden al yo de la integración de aspectos no nacidos. Estos aspectos, proyectados en un *partenaire*, se manifiestan en la adhesión en un vínculo simbiótico que no logra convertirse en la solidaridad de un vínculo genital.

Cuando por la evolución del vínculo se hace necesaria una reforma del rasgo caracterológico que se expresa en adhesión, esta necesidad de reforma se experimenta como una conmoción que despierta el sentimiento de desmoronamiento, de infracción o de consolidación. Estos afectos nos hablarían, de este modo, de la conmoción de un hábito, de un modo de ser que impide el nacimiento de un aspecto no nacido del yo y que lleva a establecer vínculos de adhesión no solidarios.

XI. Resumen de la fantasía específica ósea

1. Existe una fantasía inconciente de sostén y protección, vinculada a la dureza, que puede manifestarse a la conciencia, desde un punto de vista *psíquico*, como *sentimiento de seguridad* y, desde un punto de vista *físico*, como un *aparato óseo normal*.

2. El sentimiento de seguridad (“seguridad” deriva de *se-cura*, que significa “se-cuida”) surge cuando el *cuidado*, que en un principio es ejercido por los padres, se constituye como una función del yo mediante un proceso que lo delega, como estación intermedia, en el superyó.

3. El cuidado, que se ejerce como sostén y protección, se establece como una ética, un *sistema normativo*, que se instituye o constituye en el carácter como un estatuto estable, en un proceso de *educación y aprendizaje*.

4. La educación, de acuerdo con su significado de origen, conduce hacia afuera, desarrolla, los “aspectos no nacidos del yo”, sirviéndose del aprendizaje, que toma desde afuera los elementos necesarios. Ambos se facilitan mediante la *enseñanza*, que muestra, da el ejemplo, indica o señala, y la *disciplina* que corrige, destruye o modifica como tutoría u ortopedia.

5. Un sistema normativo sano o adecuado es aquel que, además de prestarse a la *reforma*, a la remodelación necesaria para *erigir* un estatuto como producto de los cambios implícitos en la educación o el aprendizaje,

es capaz, además, de oponerse a esos cambios mediante un cierto monto de “inercia” o resistencia.

6. La capacidad de instituir o *establecer* un estatuto normativo saludable se compone, entonces, de una adecuada proporción entre las capacidades de *erigir* y de *resistir*. En términos de Freud: para adoptar los influjos provenientes de la historia de las elecciones eróticas de objeto y defenderse de ellos (Freud, 1923b*).

7. Su *dureza* y su *capacidad de remodelarse* de acuerdo con las distintas tracciones y presiones que le imponen los cambios de función, son las propiedades más características del hueso. La “idea” que conforma su estructura corresponde al “ingenio” de una sustancia que se mantiene viva, inmersa en un entorno calcificado que posee, como propiedad esencial, una cualidad de la materia inerte: la dureza.

8. Duro es el cuerpo, sólido, que se resiste a la deformación mediante la *solidaridad* (grado de cohesión molecular) de cada una de sus partes constitutivas con la parte que sufre un impacto. (En sentido figurado es quien soporta bien la fatiga, fuerte, robusto y firme frente a las penalidades de la adversidad.) Durar es también subsistir, permanecer.

9. *El hueso*, en virtud de su dureza, *otorga sostén* (apoyo, sustento, resistencia y firmeza) y *protección* (techo, cobertura y amparo). Los huesos largos son los representantes privilegiados de la primera función y los planos lo son de la segunda.

10. El tejido óseo, por su capacidad de remodelación y por su característica dureza, puede arrogarse entonces la representación del establecimiento de un sistema normativo “interno”, o del sistema normativo mismo en cualquiera de sus formas: los padres, los maestros y la sociedad, el superyó, o el carácter.

11. Tres momentos significativos en el desarrollo óseo (intrauterino, infantil y final del crecimiento corporal) que corresponden a tres épocas en las cuales deberían ocurrir los mayores cambios en el sistema normativo, corresponden también, en términos de la evolución libidinal, a tres estadios de una primacía relativa de la zona erógena ósea. Un trastorno en cualquiera de esos tres estadios de la evolución libidinal establecerá un *punto de fijación “óseo”*.

12. Dado que el sentimiento de seguridad deriva del funcionamiento adecuado de un sistema normativo que otorga sostén y protección, y que la estructura y el funcionamiento óseos se arrojan la representación de ese sistema, llegamos a la conclusión de que *el funcionamiento normal del tejido óseo debe formar parte, necesariamente, de la clave de inervación del sentimiento de seguridad*.

13. Frente a la necesidad de remodelar un sistema normativo que funciona mal, pueden experimentarse tres afectos diferentes: el sentimiento de *desmoronamiento*, el de *infracción* o el de *consolidación*. Cuando la conciencia no soporta tales sentimientos, y ocurre su deformación patosomática, puede aparecer en su lugar un trastorno óseo como producto de una descarga que se ha realizado a partir de la sobreinversión de uno de los elementos de su clave.

14. La *destrucción de la arquitectura y la disminución de la masa ósea*, como sucede en la *osteoporosis* o en la *osteomielitis*, corresponden a una *variante melancólica* del enfermar “óseo”. En ella se cumple, simbólicamente, el *sentimiento de desmoronamiento* a través del trastorno óseo que lo representa.

15. La *fractura*, que corresponde a una *variante maníaca*, puede ser comprendida como el ataque al hueso que sostiene y protege, cuando es “confundido” con un sistema normativo rígido e imposible de remodelar. En estas condiciones, el ataque adquiere el carácter de una infracción cuya conciencia resulta intolerable. La fractura representa, entonces, *el intento maníaco de quebrantar una ley y la negación del sentimiento de infracción*.

16. El *incremento de la actividad osteoblástica* que conduce a una *hiperostosis* corresponde a una *variante paranoica*, en la cual el perseguidor queda representado por un influjo remodelador que se debe resistir.

La consolidación de un sistema normativo implica siempre el afianzamiento de una alianza, la docilidad para adoptar un influjo. Puede ocurrir que la docilidad implícita en la consolidación permanezca inconciente, y sólo se conozca el deseo de resistir la adopción del influjo proveniente de la historia de una elección erótica de objeto. En ese caso, cuando la *conciencia de la consolidación del sistema normativo resulta intolerable*, la ratificación del sistema, representado por el hueso, se expresa, entonces, en la hiperostosis.

XII. Caso clínico

Francisco (70 años)

De repente, la luz. Ruido de baldes, muebles metálicos que se arrastran y golpean. Las mucamas hablando a los gritos, sin el más mínimo cuidado, como si estuvieran solas. Y él que casi no pudo dormir. Toda la noche pensando...

Las mañanas son siempre iguales. A las cinco empieza el bochinche. Todas las mañanas... Y ya hace un año y medio. Le da mucha bronca, pero tiene que mantener la calma.

Cuando se internó pensó que iba a ser por unos días... como había sido siempre. Le sacaban los secuestros, le hacían la *toilette*, unos días de internación y volvía a casa con Elisa.

Esta vez fue distinto... Lo operaban, lo curaban, parecían empecinados... él no se movía de la cama pero la infección seguía y avanzaba...

Fue el mes pasado, cuando el doctor Morán le dijo... sin dudar se lo dijo: “Vea Francisco, vamos a tener que amputar...”.

Se había lastimado, apenas, un poco, el día antes de la operación, cortándose las uñas del pie... y ¡todavía hoy le dolía... como si tuviera el dedo!...

Ya pasó... ya pasó todo. Ahora, eso espera... se habrán acabado los problemas. Le cortaron la izquierda... ¡pero salvó la vida!

Todo empezó con la hinchazón de la rodilla (¿o con la arteriografía?). Un día orinó sangre y el clínico le había dicho a Elisa que le llamara a un urólogo... pero en la arteriografía parece que hubo problemas. La doctora Insúa dijo que en la ingle, seguramente, tenía las arterias onduladas. Se descompuso y parece que lo pasó fulero... pero Elisa no quiso que lo internaran...

La hinchazón de la rodilla apareció enseguida, pero le sacaron el pus y lo dieron de alta...

Los primeros pinchazos los sintió en Escobar... Fueron a la fiesta de la flor... ¡a Elisa le gustan las plantas! Todavía le costaba caminar, pero era un día lindo. En un banco, una pareja se estaba besando...

¡El 85!... qué año de m... Florencio se había muerto de un derrame, ¡de los nueve sólo le quedaban dos!... ¡antes de cumplir 66!...

¡Cuarenta años!... siempre de secretario, en el Poder Judicial... al final ¿para qué?... ¿de qué le sirvió ser responsable?... todo era parsimonia... como a la mañana, en el hospital... pero ¿qué iba a hacer con la bronca?... Tenía que mantener la calma...

Cuando lo jubilaron descansó cinco meses y otra vez secretario... llevando los libros de la Sociedad Civil. Siempre igual... Elisa siempre le decía que la responsabilidad era de ellos, de la Comisión Directiva... para qué preocuparse... él era solamente el secretario... ¡pero sufría igual!...

¡Cuarenta años de casados!... rogando siempre a Dios por el bien de su familia... ¡de esa mujer que tenía!... Sin hijos, pero siempre compañeros...

Elisa es buena... un poco fuerte. Soporta mejor...

Siempre se jugó por él, siempre lo defendió... ¡y ahora esto!; cuando estaba a punto de dejar de trabajar, cuando pensaba que podían disfrutar un poco...

Todavía trabajaba cuando orinó con sangre... casi enseguida se murió Carmen, y le quedó sólo Pedro, el hermano menor... ¡En el 85!... también murió su suegro... que lo quería tanto... y que lo dejó tan solo...

Cuando se casaron, les había regalado la casa en la que todavía viven... Bah... es una manera de decir... hace un año y medio que no ve su casa. A veces por la mañana en el hospital, está muy triste...

¿Por qué se le van borrando los recuerdos?... Los rincones de la casa... a veces no se acuerda bien de cómo eran... Y trata de pensar de nuevo... y... y otra vez... la tristeza... ¡Es que hace tanto tiempo!...

¡Cuánto hace que no ve a los amigos con los que jugaba a las bochas!... y el club, donde jugaba a las cartas, que (¡en el 85!) se cerró...

¡Qué año de m...!, ya no se acostó más con Elisa... lo de la rodilla... Y además estaba tan cansado. Hacía ya tiempo que lo hacían muy poco... Elisa casi nunca tenía orgasmo... pero eso había sido siempre así, desde el principio... aunque él siempre se esforzó...

¿Por qué nunca lo había hablado con nadie?... si siempre fue su principal preocupación... ¿Por qué en el hospital pensaba tanto...? ¿Por qué miraba todo para atrás...?

Elisa se hizo algunos tratamientos, pero nunca se llegó a saber por qué no quedaba embarazada. No como mamá... que había tenido nueve hijos... ¡Era armenia!... como papá... Vinieron juntos... ¡en el 95!... y se casaron acá.

Tenía un negocio de ramos generales en Florencio Varela. Siempre fue pobre, nunca levantó cabeza... murió a los 64, de un cáncer... Ella era más fuerte... organizaba todo en la familia... vivió hasta los 77, cuando le falló el corazón... Siempre se ocupó de la casa...

La historia de Francisco muestra, claramente, el desmoronamiento de una vida. Sucedió “todo junto”, *cuando estaba a punto de dejar de trabajar... cuando pensaba que podían disfrutar un poco...* En el 85: la hematuria, la arteriografía, la hinchazón de la rodilla y la osteomielitis. En ese mismo año murieron Florencio, Carmen y después su suegro, y el club donde jugaba a las cartas, también en ese año, se cerró. De allí para adelante vive “entre los escombros”, desde hace un año y medio. El deterioro es constante, la infección avanza, las operaciones se suceden, por fin la amputación, y luego la bronca, la tristeza, y la inesperada condena de mirar *todo para atrás*.

No se siente seguro; su suegro, que lo protegía, ha muerto. Elisa es quien lo cuida, pero ella tal vez se equivocó cuando *no quiso*, la primera vez, *que lo internaran*, cuando *le sacaron el pus de la rodilla y lo dieron de alta*.

Sus hábitos y sus costumbres, casi inmodificables, encubrían un sentimiento de inseguridad insoportable. Una cierta rigidez del carácter lo defendía de la inestabilidad. Siempre fue secretario, siempre vivió en

el mismo lugar. La palabra “*siempre*” describía su manera de fabricarse, artificialmente, una estabilidad.

Francisco no tenía que ser como su padre, que *siempre fue pobre*, que *nunca levantó cabeza*, que fue más débil que mamá. Se resistió a ser como él; tal vez por eso, sin saberlo, nunca pudo aprender de aquellos que, de alguna manera, representaban a papá. Sólo podía, dócilmente, crónicamente, seguir el ejemplo, obedecer.

Por más que se sintiera responsable, no podía ser jefe, *él era solamente secretario*. Y ahora que la muerte de su suegro, el que le compró una casa y le estableció un hogar, dejaba vacante el lugar de jefe de familia, Francisco no se podía establecer.

El sentimiento de desmoronamiento no existe, sin embargo, en su conciencia. *Cuando se internó, pensó que iba a ser por unos días...*, además, si dice que el 85 es *un año de m...*, es porque piensa que vendrán otros mejores, y que luego de la amputación *se habrán acabado los problemas*. ¡Hasta se cortó, el día anterior, las uñas del pie que habrían de amputarle!

Dejando de lado la infección (osteítis y mielitis), que no nos interesa interpretar ahora, podemos pensar que la osteomielitis de Francisco, que implica un foco de necrosis ósea rodeado de una zona de resorción y descalcificación del hueso, corresponde a la sobreinvertidura del proceso, osteoclástico, de resorción ósea, proceso que, cuando se mantiene en los límites de la normalidad, forma parte de la clave de inervación del sentimiento de desmoronamiento. Pensamos también que esa sobreinvertidura ocurre porque el sentimiento, desalojado de la conciencia, ha sufrido una deformación patosomática.

En lugar de interpretar los distintos significados que las estructuras y las funciones “orgánicas” de Francisco nos comunican a través de las diferentes enfermedades que configuran su desmoronamiento, nos interesa ahora comprender qué es lo que en su vida se ha desmoronado.

Los primeros pinchazos los sintió en Escobar, con Elisa; *era un día lindo... En un banco, una pareja se estaba besando... Elisa casi nunca tenía orgasmo... había sido siempre así... aunque él siempre se esforzó...* Francisco nos transmite de este modo su frustración genital, la frustración de unos deseos que, a punto de jubilarse, cuando ha llegado, ahora o nunca, el momento en que *podían disfrutar un poco*, amenazan quebrar los diques “morales” con los cuales siempre los ha contenido, y romper los vínculos que podían otorgarle, desde *afuera*, el sentimiento de seguridad que le faltaba.

Esos diques, que formaron parte de su sistema normativo, de los cuales nos habla cuando se refiere a su responsabilidad en el Poder Judicial y en sus tareas contables en la Sociedad Civil, ahora, ya se han resquebrajado.

¡Cuarenta años!... siempre de secretario... ¡Cuarenta años de casados!... siempre rogando a Dios por el bienestar de su familia... sin hijos... sin una sexualidad satisfactoria. Al final para qué... si todo era parsimonia... ¡como a la mañana, en el hospital!...

Tenía que mantener la calma, no podía admitir ahora, casi al final de su vida, que la ética que siempre lo había sostenido, y que la mujer, *un poco fuerte... que soporta mejor...*, la hija de su suegro, por el cual se había sentido protegido, podían ser, una y otra, sus rígidas equivocaciones.

Y así, manteniendo la calma, sin esperanzas de volver a ver su casa, que ya no logra recordar, se desmorona en sus huesos, y se encamina, con “la moral por el suelo”, sin poder admitirlo, resignadamente hacia la muerte.

**CEFALEAS VASCULARES Y ACCIDENTES
CEREBROVASCULARES**

(1991 [1990])

Luis Chiozza, Sergio Aizenberg y Dorrit Busch

Referencia bibliográfica

CHIOZZA, Luis y colab. (1991d [1990]) “Cefaleas vasculares y accidentes cerebrovasculares”.

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. 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.

Traducción al portugués

“Cefaléias vasculares e acidentes 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.

Traducción al inglés

“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.

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 5 de octubre de 1990.

I. Introducción

De las diversas afecciones del cerebro, las circulatorias son las más frecuentes (75%). Producen alrededor del 10% de la mortalidad global de la población mundial, y ocupan el tercer lugar entre las causas de muerte, después de las enfermedades del corazón y los tumores malignos. Además, entre los pacientes afectados de trastornos neuromusculares discapacitantes, los que padecen de hemiplejía isquémica ocupan uno de los más altos porcentajes (Farreras Valentí y Rozman, 1972; Stein, 1987).

En clínica médica se considera que, dentro del cuadro general de las cefaleas, las denominadas cefaleas vasculares afectan al mayor número de pacientes. La jaqueca, migraña o hemicránea es, a su vez, la más típica de ese grupo.

Una de las formas clínicas de la jaqueca, la migraña complicada, puede llegar a presentar síntomas y signos que corresponden a alteraciones cerebrales permanentes e irreversibles (migraña hemipléjica) semejantes a las de la hemiplejía isquémica. También se suele observar, entre los fenómenos prodrómicos de la migraña clásica, auras consistentes en parestesias o paresias hemilaterales y trastornos afásicos. Por otra parte, en el accidente isquémico transitorio se observan síntomas neurológicos reversibles que poseen muchas similitudes con los de la migraña.

Si aceptamos que existen estados intermedios entre las lesiones de la migraña y las de la hemiplejía isquémica, podemos establecer una relación conceptual, desde el punto de vista clínico y fisiopatológico, entre las cefaleas vasculares y los infartos cerebrales, transición que podría considerarse análoga a la “serie continua” que se plantea para las

cardiopatías isquémicas, tanto desde la clínica (Caño y Sánchez, 1978) como desde el psicoanálisis (Chiozza y colab., 1983*h* [1982]).

Teniendo en cuenta lo que acabamos de expresar y recordando, además, que las modificaciones en el aporte sanguíneo influyen en las lesiones focales del sistema nervioso (Arana Iñíguez y Rebollo, 1972), pensamos que es posible establecer la existencia de una “familia” de trastornos vasculocerebrales que incluiría tanto a las cefaleas vasculares en general, como a la hipertensión arterial, la arterioesclerosis y el infarto cerebral.

II. El funcionamiento cerebral

El sistema nervioso aparece por primera vez en la escala zoológica en los celenterados y representa un progreso importante sobre la previa correlación humoral, a la cual, sin embargo, no ha sustituido (Weisz, 1966).

Herederero de la excitabilidad general del protoplasma, el sistema nervioso enlaza la función sensorial con las funciones motora y vegetativa de los organismos (Freud, 1950*a* [1895]*). Percepción y movimiento integran una unidad funcional inseparable (Weizsaecker, 1950). Investigaciones realizadas en los últimos años destacan que el medio interno específico (diferente y separado del medio interno del resto del organismo) y la secreción de neurohormonas y neurotransmisores⁶ representan los aspectos humorales específicos del sistema nervioso central (Vincent, 1986).

Freud (1950*a* [1895]*) consideraba que el “sistema de neuronas” estaba constituido por varios subsistemas. En la actualidad, se piensa que el cerebro no es un órgano único, sino la combinación de muchos, cada uno con su particular estructura y su modalidad propia de reacción (Cobb, 1954; Taylor, 1979*a*).

⁶ La excitabilidad y la motricidad sólo se separan, en la progresión filogenética, por diferenciación celular funcional. De este modo, el sistema nervioso puede comenzar a almacenar información y a diferir la descarga motora (Freud, 1950*a* [1895]*; Lorenz, 1976). La compleja organización funcional, que se estructura a partir de sus elementos más simples, los actos reflejos, permite distinguir en el sistema nervioso, como en cualquier “aparato de control”, cinco componentes esenciales: receptor, vía sensitiva, modulador, vía motora y efector (Weisz, 1966). Los estímulos generados por las necesidades (instintos) implican un “sistema sensorial interno”, con sus receptores propios (Freud, 1950*a* [1895]*). La actividad de los moduladores está basada en la modificación de los impulsos, la selección del canal adecuado de salida, y la interrupción, desvío o conmutación de una determinada cadena de transmisión (Weisz, 1966).

Este conjunto actuaría a la manera de una “computadora biológica”, con tres formas peculiares de funcionamiento correspondientes a los “tres cerebros” descritos por Mac Lean (1949): el cerebro “reptil”, vinculado a la autoconservación; el cerebro “roedor”, que se relaciona con los procesos emocionales, y el cerebro “mamífero”, que tiene que ver con los procesos del pensamiento. Se considera que estas tres formas de funcionamiento deben estar adecuadamente interrelacionadas entre sí. Según Mac Lean, en el ser humano, debido al crecimiento exponencial del neocórtex (*cerebro frío*), la conexión del neocórtex con el arquicéfalos y el paleocéfalos (*cerebro caliente*) se ha vuelto insuficiente o inadecuada, particularidad que denomina *esquizofisiología* (Mac Lean, 1949)⁷.

Es conveniente destacar la importancia que poseen el volumen y la estabilidad del flujo sanguíneo para el funcionamiento cerebral. A pesar de que su peso representa apenas el 2% de la totalidad del peso corporal, el cerebro recibe y consume cerca del 20% del volumen minuto cardíaco y del oxígeno inhalado. El cerebro adulto, con su peso normal de 1.400 gramos, recibe aproximadamente un litro de los cuatro que bombea cada minuto el corazón. Esta cantidad representa más de la mitad del aporte que recibe el hígado, de tamaño y peso mucho mayor, y cuyo metabolismo también es decisivo.

El sistema nervioso autónomo, mediante centros localizados y puntos de distribución difusa, regula el calibre de las arterias cerebrales (Cobb, 1954, pág. 137; Arana Iñíguez y Rebollo, 1972; Zervas y otros, 1975; Solomon y otros, 1988). Sin embargo, a diferencia de los músculos, corazón y otros órganos, las características del cerebro le impiden

⁷ Las investigaciones iniciadas en la década de 1960 condujeron a descubrir que los dos hemisferios cerebrales poseen funciones diferentes, y se encontró que en los sujetos diestros, el hemisferio izquierdo es el “dominante”. Aunque los sujetos diestros predominan, existen diversos grados o combinaciones de las funciones de uno y otro hemisferio cerebral. Sin embargo, se considera que los hombres zurdos no presentan un predominio tan neto del hemisferio derecho; algo similar se ha observado en las mujeres (Sperry, 1962; Kimura, 1973; Blakeslee, 1980). El hemisferio “dominante” está vinculado con la operación del pensamiento lógico o racional, la capacidad analítica, las funciones críticas y el lenguaje verbal. Se lo suele comparar con una computadora digital. El hemisferio “no dominante” –considerado “mudo” porque sus funciones, que no están ligadas al lenguaje verbal, se alejan de la conciencia– se especializa en el establecimiento de clases e importancias, en la comprensión contextual y configuracional, en la institución, en el desarrollo de capacidades artísticas y en el lenguaje no verbal. Se lo suele comparar con una computadora analógica (Kimura, 1973; Watzlawick, 1977; Taylor, 1979a).

aumentar significativamente la cuantía del riego sanguíneo ante el aumento de necesidades metabólicas. Según los neurofisiólogos, cuando se produce un gran incremento de la actividad celular, si la demanda de oxígeno es proporcionalmente mayor a la oferta, se dan fenómenos de hipoxia, aunque exista vasodilatación de las arterias cerebrales (Cobb, 1954; Arana Iñíguez y Rebollo, 1972). La circulación cerebral es menos fluctuante y requiere de más estabilidad que otros órganos⁸. Por lo tanto, es más sensible que el resto de los órganos a las condiciones generales de circulación.

III. Las cefaleas y los accidentes encefalovasculares desde el punto de vista de la clínica médica

1. Clasificación etiopatogénica de las cefaleas

Las cefaleas constituyen un grupo de trastornos extraordinariamente frecuente, de diversa etiología y patogenia, que afecta a más del 40% de la población (Waters y O'Connor, 1975; Ryan y Ryan, 1978; Bartleson, 1983). La clasificación etiopatogénica más generalmente aceptada es la siguiente (Barraquer Bordas, 1969):

- 1) Estimulación mecánica anormal:
 - a) Irritación de las fibras nerviosas.
 - b) Distensión de las paredes vasculares, pasiva o activa.
- 2) Estimulación química anormal:
 - a) Sustancias anormales.
 - b) Hipoxia.

Como dijimos en el apartado de introducción de este trabajo, el porcentaje más significativo dentro del síndrome cefaleico pertenece al grupo de las cefaleas vasculares, causadas por trastornos vasomotores. Tanto la cefalea común como la jaqueca pertenecen a este grupo. Sin embargo, se suele diferenciar a la jaqueca, migraña o hemicránea de las otras cefaleas vasculares, sobre todo porque se caracteriza por ser hemilateral. La jaqueca,

⁸ A los 10 segundos de falta de irrigación sanguínea al cerebro, aparecen manifestaciones neurológicas y el EEG se entorpece. Bastan de 3 a 5 minutos de que no llegue sangre oxigenada al encéfalo para que se produzcan lesiones de necrosis isquémica (Farreras Valentí y Rozman, 1972).

además, es el exponente más típico de dicho grupo, y quizás sea este el motivo por el cual la mayoría de las investigaciones se concentra en ella, como veremos al ocuparnos de su fisiopatología. No hemos encontrado, en la bibliografía clínica o neurológica, ninguna alusión ni explicación con respecto a la hemilateralidad de esta afección.

El tratamiento farmacológico de las cefaleas continúa siendo experimental (Ryan y Ryan, 1978). Habitualmente se instituye una medicación sintomática; la medicación preventiva sigue los avatares de los cambios en las teorías fisiopatológicas.

2. Formas clínicas de la jaqueca

La jaqueca es un trastorno periódico y recurrente, unilateral, de topografía típicamente fronto-temporal o témporo-orbitaria, que suele comenzar en la pubertad y disminuye notablemente después de los 50 años. Es algo más frecuente en la mujer, y en el 50% de los pacientes existen antecedentes familiares, especialmente por línea materna (Farreras Valentí y Rozman, 1972).

Según la naturaleza y seriedad de los síntomas asociados, se distinguen las siguientes formas clínicas:

a. Migraña clásica, jaqueca o hemicránea

Dado que, como dijimos, se la considera prototípica del grupo de las “cefaleas vasculares”, describiremos su cuadro clínico con más detalle. Se describen en ella cuatro fases:

- 1) *Fase premonitoria*. Consiste en fenómenos poco definidos, en especial dispepsia, inapetencia y nerviosismo.
- 2) *Fase prodrómica o aura jaquecosa*. Llamada también “fase neurológica”, es casi constante, pudiendo adoptar diversas formas:
 - a) *Visual*. Es la más frecuente. Se caracteriza por el denominado “espectro de fortificación”, que persiste unos 20 minutos. Comienza como un escotoma centelleante, central o paracentral, de bordes aserrados; a medida que se agranda en sentido circular, gana en intensidad deslumbrante.
 - b) *Sensitiva*. Se manifiesta como parestesias u hormigueos de distribución hemilateral.

- c) *Sensorial* (no visual). Comprende especialmente trastornos cocleares, vestibulares u olfatorios.
 - d) Trastornos afásicos.
 - e) Paresias hemilaterales.
- 3) *Fase dolorosa*. Llamada también migraña propiamente dicha, es una cefalea pulsátil. Intensa, dura varias horas, acompañándose de cierta obnubilación psíquica. El paciente experimenta molestia ante la luz y los ruidos, y suele recogerse a oscuras en el lecho. Frecuentemente se acompaña de náuseas y puede presentar vómitos. La arteria temporal superficial aparece a menudo ingurgitada y pulsátil.
- 4) *Fase final*. El dolor va cediendo, se hace gradualmente más sordo, aumenta la micción y puede persistir cierto grado de contractura muscular.

En algunos pacientes a veces se registran alteraciones electroencefalográficas, con curvas de tipo comicial más o menos definidas. Las arritmias se encuentran especialmente en los pacientes con escotomas centelleantes, siendo común la persistencia de reacciones corticales similares a las epilépticas, provocadas por la estimulación luminosa (Barraquer Bordas, 1969; Ryan y Ryan, 1978).

b. Migraña o cefalea común

Es la cefalea más frecuente, la que sufren, en ocasiones, la mayoría de las personas. No presenta aura, el dolor sólo a veces es pulsante, con diferentes localizaciones, y generalmente no presenta síntomas gastrointestinales.

c. Migraña complicada

Se distingue por presentar fenómenos neurológicos serios, que van desde el edema cerebral hasta lesiones isquémicas irreversibles (infarto), y que pueden dejar como secuela un déficit neurológico persistente. Algunos investigadores (Rascol y otros, 1979; Bartleson, 1983) coinciden en denominar “migraña hemipléjica” a esta forma clínica y señalan que suele presentarse en pacientes más jóvenes que aquellos en los que ocurren accidentes cerebrovasculares, y que por lo tanto es improbable que padezcan de ateromas de las arterias cerebrales. El infarto es atribuido, en cambio, al déficit isquémico o bien a la producción de un trombo por incremento de la agregación plaquetaria.

3. Fisiopatología de la jaqueca

Salvo algunas excepciones (Raskin y otros, 1987), los neurofisiólogos aceptan, por lo general, que la masa encefálica no posee receptores para estímulos dolorosos y plantean que las únicas estructuras intracraneanas que los poseen son los trayectos vasculares y algunos sectores de las meninges (Guyton, 1971; Farreras Valentí y Rozman, 1972). Se suele decir, por lo tanto, que el cerebro es “insensible al dolor”.

En la actualidad, los neurofisiólogos aceptan que el vasoespasmo es un evento multifactorial, causado por factores neurogénicos, bioquímicos o mecánicos, que intervienen solos o combinados. Han establecido también que las personas que padecen de jaqueca presentan labilidad e hiperreactividad del sistema vascular cerebral, con un tono simpático elevado, que determina un grado persistente de vasoconstricción, aun durante los intervalos libres (Arana Iñíguez y Rebollo, 1972; Cobb, 1954; Gelmers, 1985; Solomon y otros, 1988).

Se acepta además la existencia de estenosis de corta duración provocadas por los mecanismos neurogénicos o bioquímicos mencionados y comprobables angiográficamente, y también de estenosis de larga duración, causadas por arteriopatías que desarrolladas a partir de los fenómenos espasmódicos involucran un daño estructural del endotelio y pueden llegar a desencadenar una trombosis (Solomon y otros, 1988).

Las diferentes teorías desarrolladas en torno al ataque de migraña intentan explicar, además, los mecanismos del dolor. Algunos autores piensan que si bien el vasoespasmo puede ser comprobado en muchos pacientes, no siempre va asociado al dolor, ya que el dolor puede presentarse sin estrechez arterial concomitante (Solomon y otros, 1988). Describiremos las hipótesis que gozan de más amplia difusión.

a. Modelo humoral

Wolff (1972), quien sugirió que el control humoral de los vasos era defectuoso durante el ataque, identificó una serie de sustancias que se acumulan alrededor de las arterias dilatadas y que las sensibilizan al dolor: aminas (serotonina, catecolaminas, histamina), polipéptidos (bradiquinina, angiotensina), prostaglandinas y adenosín monofosfato.

Algunos autores (Raskin, 1988a, 1989) consideran que el vasoespasmo es un epifenómeno de alteraciones que ocurren en sistemas in-

tracerebrales moduladores del dolor que operan mediante la neurotransmisión serotoninérgica; dichas alteraciones se deberían a una inestabilidad heredada de tales sistemas. Otros neurofisiólogos (Lechin y Van der Dijs, 1980) consideran que existe un desequilibrio del sistema nervioso autónomo: en los cefaleicos de tipo depresivo predominaría el sistema serotoninérgico, mientras que en los hipomaníacos prevalecería el sistema catecolaminérgico.

b. Modelo de la hipoxia

Si bien la secuencia clínica planteada por Wolff (1972) es generalmente aceptada, investigaciones recientes han conducido al desarrollo de una teoría que nos convence más: el estudio más detallado de las características del flujo circulatorio cerebral indica que, a diferencia de lo que se pensaba hasta ahora, sería la oligemia, más que la hiperemia, la responsable de la fase dolorosa de la hemicránea. Esta oligemia comienza generalmente en la región occipitoparietal, extendiéndose gradualmente a todo el hemisferio. Se ha comprobado también que el desarrollo de la oligemia no sigue la distribución anatómica del territorio de una arteria o de una de sus ramas, como se creía anteriormente, sino que se difunde por toda la corteza de ese hemisferio, lo cual sugiere una alteración cortical, funcional, generalizada (Olesen y otros, 1981).

Es importante mencionar que el ataque de jaqueca es precedido frecuentemente por un estado de excitación neuronal que, según se cree, ocasionaría un aumento focal del metabolismo, incrementándose, de tal modo, los requerimientos tisulares locales de oxígeno (Gelmers, 1985).

La difusión del aura visual de la migraña (el denominado espectro de fortificación) durante la fase neurológica, revela una gran semejanza con el fenómeno de la depresión cortical difusa descrito por Leão (1944): ambos consisten en la progresión de una onda inhibitoria que es precedida por una fase de activación neuronal de corta duración. Esta coincidencia hace pensar que se trataría del mismo fenómeno. Estos hallazgos sugieren que los cambios vasculares serían secundarios a un trastorno funcional primario del parénquima cerebral (Gelmers, 1985).

De acuerdo con este modelo, la depresión cortical sería el resultado de la hipoxia cerebral previa. Se considera que la elevación preexistente del tono simpático impediría la vasodilatación necesaria para responder al requerimiento metabólico incrementado por la excitación neuronal. Se produ-

ciría entonces un desajuste entre demanda y suministro, agravándose, por lo tanto, la hipoxia previa (Gelmers, 1985). La alteración metabólica liberaría sustancias capaces de producir el dolor (Guyton, 1971). Los investigadores actuales coinciden en interpretar la vasodilatación arterial de la “fase pulsátil” como una reacción compensatoria posterior (Ryan y Ryan, 1978).

En síntesis, la existencia de una interacción íntima y recíproca entre la actividad neuronal y el flujo sanguíneo cerebral lleva a los diferentes autores a pensar que lo primario en la jaqueca sería una alteración funcional (metabólica) del parénquima cerebral (Arana Iñíguez y Rebollo, 1972; Cobb, 1954; Gelmers, 1985; Raskin, 1988*b*, 1989). O sea que, a través de la liberación de sustancias algógenas y de la irritación vegetativa, que incrementaría la hiperactividad vascular, esta alteración neuronal funcional se manifestaría, secundariamente, a través de los fenómenos doloroso y de vasodilatación pulsátil.

IV. Accidentes cerebrovasculares desde el punto de vista clínico

Entre las afecciones circulatorias encefálicas (cerebro, cerebelo, protuberancia, bulbo), los accidentes cerebrovasculares son los más frecuentes (Farreras Valentí y Rozman, 1972; Stein, 1987). Son afecciones ocasionadas por alteraciones circulatorias cerebrales, que predominan en las edades media y avanzada de la vida.

Suelen comenzar en forma brusca o aguda y evolucionar en algunos segundos, minutos u horas hacia síndromes neurológicos más o menos graves, que en algunos casos pueden ser reversibles. En algunos países se reserva el término *ictus* para los ataques causados por infarto cerebral que no producen estado de coma, mientras que se utiliza el de *apoplejía* para los ataques que se caracterizan por el coma (Farreras Valentí y Rozman, 1972; Stein, 1987).

1. Etiopatogenia de los accidentes cerebrovasculares

La clasificación etiopatogénica más aceptada estipula dos grandes grupos, el hemorrágico y el isquémico (Stein, 1987).

Los accidentes hemorrágicos, según las estadísticas, representan el 10 al 15% de la totalidad de los accidentes cerebrovasculares. Se categorizan como:

- 1) Hemorragia intracerebral espontánea:
 - a) Por hipertensión.
 - b) Por angiopatía amiloidea.

Las hemorragias intracerebrales espontáneas se producen con mayor frecuencia en la cápsula interna y, en la mayoría de los casos, como consecuencia de la hipertensión.

- 2) Rotura de un aneurisma:
 - a) Congénito.
 - b) Adquirido, generalmente micótico.

En la rotura de un aneurisma, la hemorragia es generalmente ventricular o subaracnoidea.

- 3) Rotura de una malformación arteriovenosa.
- 4) Traumatismo: produce un hematoma extradural o subdural.
- 5) Sangrado de tumores cerebrales.
- 6) Trastornos hemorrágicos sistémicos.
- 7) Infarto cerebral hemorrágico.

Los accidentes isquémicos, según las estadísticas, representan el 85 al 90% de la totalidad de los ACV, la gran mayoría de los cuales producen infartos cerebrales. Se considera que la isquemia cerebral siempre es cardiogénica (embólica) o bien aterogénica (trombótica o embólica), estimándose que, dentro de este grupo, las isquemias causadas por embolias cardiogénicas sólo abarcan el 10% del total. El mayor porcentaje (70-80%) es ocupado entonces por las isquemias aterogénicas.

Para la clínica médica, las causas más frecuentes de enfermedad cerebral oclusiva son las siguientes (Stein, 1987):

- 1) Arteriales:
 - a) Aterosclerosis.
 - b) Vasculitis.
 - Enfermedades vasculares del colágeno.
 - Meningitis: tuberculosis, hongos, sífilis, bacterias, herpes.
 - c) Vasoespasmo.
 - Hemorragia subaracnoidea.
 - Migraña (sus mecanismos).
 - Hipertensión maligna.
 - d) Hemopatías.
 - Policitemia.
 - Púrpura trombocitopénica.

- Coagulación intravascular diseminada.
 - Disproteinemias. Anemias.
 - e) Disección arterial.
- 2) Venosas:
- a) Infección paracranial.
 - b) Deshidratación.
 - c) Carcinoma sistémico.
 - d) Hemopatías.
 - e) Estados posparto y postoperatorios.

Los ACV ocasionados por hemorragias representan, como ya dijimos, un 10 a 15% del total. Por ser menos frecuentes y típicos, no los incluiremos en nuestra investigación, que se orienta sobre todo a establecer el nexo entre las cefaleas vasculares y los ACV isquémicos. Deberemos, en cambio, hacer algunas consideraciones acerca de los otros cuadros isquémicos, transitorios o reversibles, porque creemos que éstos nos brindan la conexión que buscamos.

Resulta significativo observar, en ese sentido, que en la clasificación etiológica que acabamos de transcribir se incluya el vasoespasmio y, dentro de él, la migraña.

Es conveniente destacar que muchos autores conceden gran importancia a la existencia previa de hipertensión arterial (maligna o no) en la ocurrencia de los ACV, y consideran que, generalmente, existe asociada a ella la aterosclerosis de las arterias cerebrales. De acuerdo a las estadísticas (Farreras Valentí y Rozman, 1972), los pacientes hipertensos sufren accidentes cerebrovasculares con una frecuencia cinco veces mayor que los normotensos. Para tales autores, la hipertensión arterial constituye el factor de riesgo más importante en la producción de los ictus en general.

Se considera, por otra parte, que los episodios de hipotensión arterial importante y prolongada también pueden producir infartos cerebrales.

2. Fisiopatología de la isquemia y del infarto cerebral

Como dijimos anteriormente, el funcionamiento cerebral manifiesta una gran dependencia de la estabilidad y el volumen del flujo sanguíneo. Cuanto más tiempo persista la falta de perfusión, tanto más irreversible será la alteración celular y funcional. Si la circulación se restablece inmediatamente, la función cerebral se recupera por completo. Cuando la isquemia se prolonga por unos minutos, se produce lesión neuronal y, aunque se reanude la circulación, la

función cerebral tarda horas en restablecerse y aun puede no hacerlo. Esto último es debido a la no recanalización de los capilares comprometidos, lo cual impide la reanudación del flujo. Cuando la isquemia es prolongada, se produce una necrosis franca del tejido cerebral afectado (infarto), que es seguida de edema cerebral a las 24 o 48 horas (Stein, 1987).

La aterosclerosis de las arterias cerebrales, cuando existe, suele ser máxima en las bifurcaciones de la carótida interna y de sus ramas intracraneanas. En general, cuanto más intensa es la aterosclerosis, mayores probabilidades hay de sufrir un ataque de isquemia. Sin embargo, no existe una correlación directa o lineal, ya que intervienen otros factores, tales como la integridad de la circulación colateral, el estado cardiovascular sistémico y, posiblemente, algunos factores hematológicos. Algunos pacientes con grandes infartos presentan aterosclerosis mínima, mientras que otros, teniendo ocluidas una o más arterias principales, no muestran sintomatología isquémica alguna (Stein, 1987).

Las placas ateroscleróticas ocasionan una estenosis arterial y, por lo tanto, una obstrucción hemodinámica al flujo sanguíneo cerebral, de manera tal que si, por algún motivo, éste cae por debajo de un nivel crítico, se producirá un accidente isquémico transitorio o permanente. La ulceración de las placas de ateroma puede dar origen, ya sea a una embolia por desprendimiento de material necrótico, o bien a la formación de un trombo por aglutinación plaquetaria y coagulación de la fibrina. Cualquiera de los dos procesos puede provocar la obstrucción del vaso (Stein, 1987).

Es discutida la participación del espasmo vascular en la isquemia y el infarto. Stein (1987) y Solomon y otros (1988), como ya dijimos al ocuparnos de la fisiopatología de la migraña, incluyen la posibilidad de que el vasoespasmo desempeñe siempre un papel en la génesis de la isquemia o el infarto, ya sea como factor desencadenante o bien como factor asociado a otros mecanismos.

Teniendo en cuenta que años atrás tuvo lugar una discusión similar acerca de la participación del espasmo vascular en la génesis del infarto de miocardio (Chiozza y colab., 1983h [1982]), es de esperar que nuevas investigaciones esclarezcan este punto.

La fisiopatología del edema asociado a la isquemia cerebral es suficientemente característica como para que muchos autores lo denominen "edema isquémico" (Stein, 1987). Dicho edema es debido a un factor citológico, producido por una falla de la bomba de sodio a nivel de las membranas celulares, lo cual produce acumulación de agua intracelular. Esta toxina se desarrolla en los minutos siguientes al accidente, y produce tumefacción de la neuroglía, las neuronas y las células endoteliales de los

capilares. En un segundo tiempo, interviene el denominado factor vasogénico, que predomina en la sustancia blanca, y se produce por un aumento de la permeabilidad capilar, que destruye la barrera hematoencefálica, permitiendo el pasaje de proteínas de la sangre al espacio extravascular. Cuando la circulación se restablece rápidamente, el edema citotóxico no deja secuelas. De no ser así, este edema es el responsable de los fenómenos de no recanalización, lo cual favorece el mantenimiento de la isquemia y la posterior necrosis. Por otra parte, cuando el edema pasa a la fase vasogénica y se mantiene, tiende a incrementarse progresivamente la magnitud del infarto (Stein, 1987).

3. Formas clínicas de los ACV isquémicos

La sintomatología de los accidentes cerebrovasculares depende de la extensión, la localización y la evolución cronológica de la isquemia (Stein, 1987).

Según la extensión que abarcan, se clasifica a los infartos en:

- 1) Focales.
- 2) Masivos.

Según la localización de la lesión, pueden corresponder a:

- 1) Territorio carotídeo o sus ramas, siendo la cápsula interna la ubicación más frecuente.
- 2) Territorio vértebro-basilar o sus ramas.

Según la evolución cronológica, se distinguen:

- 1) *Ataque isquémico transitorio (transient ischemic attack: TIA)*. Posee una duración de 5 a 30 minutos y se recupera en forma completa dentro de las 24 horas, sin dejar secuelas. Los síntomas habituales son:
 - a) Motores: hemiparesia o monoparesia contralateral. Son los más frecuentes.
 - b) Sensitivos: parestesias contralaterales.
 - c) Oculares: hemianopsia ipsilateral, frecuentemente con desviación de la cabeza y paresias del nervio facial interno.
 - d) Disartria o disfasia: cuando la isquemia ocurre en el hemisferio dominante.

- 2) *Déficit neurológico isquémico reversible*. Presenta síntomas y signos de déficit neurológico con las características clínicas de un TIA, pero que se extienden más allá de las 24 horas, siendo la recuperación clínica también completa y sin secuelas.
- 3) *Ataque progresivo o en evolución*. Los síntomas empeoran hasta que se establece el cuadro completo.
- 4) *Ataque completo*. Con el infarto establecido. De acuerdo a lo que ya expresamos, la sintomatología neurológica depende del territorio arterial afectado, del grado de oclusión y de la importancia del vaso ocluido.

Es necesario tener en cuenta que en este trabajo nos dedicamos a estudiar exclusivamente los ictus más frecuentes y típicos, es decir, aquellos cuya manifestación clínica completa es la hemiplejía. Dado que estos ACV corresponden a insuficiencias en el territorio carotídeo, es decir que dependen de alteraciones que ocurren especialmente en la cápsula interna, zona irrigada por la arteria cerebral media, rama de la carótida interna, no nos ocuparemos de describir los accidentes focales, como tampoco aquellos que correspondan a insuficiencias en el territorio vértebro-basilar.

La arteria cerebral media irriga grandes sectores de los lóbulos frontal, temporal y parietal. Debido a que el lugar “de elección” más frecuente y típico de la lesión es la parte proximal de la arteria, la zona más afectada es la cápsula interna, zona de sustancia blanca por la que transcurren la mayor parte de las fibras motoras (piramidales) y sensitivas (espino-talámicas) que parten o llegan de los mencionados lóbulos (Jiménez Díaz, 1936; Fracassi, 1945). Esto tiene como consecuencia la producción de los siguientes síntomas:

- 1) Motores: hemiplejía contralateral generalmente grave.
- 2) Sensitivos: hemianestesia contralateral.
- 3) Oculares: hemianopsia homónima o ipsilateral, acompañada con frecuencia por desviación conjugada de la cabeza y por paresia del nervio facial interior.
- 4) Edema cerebral: se puede producir un edema cerebral considerable que se manifiesta clínicamente por la alteración del nivel de conciencia e incluso puede llegar al coma profundo.
- 5) Afasia: se produce afasia cuando está afectado el hemisferio dominante y apraxia o anosognosia cuando está afectado el hemisferio no dominante.

A las 24-48 horas de comenzar el ictus, determinados grupos musculares suelen quedar afectados de parálisis flácida, con alteración de los reflejos⁹.

Algunos días más tarde, la parálisis se torna espástica, configurándose el cuadro hemipléjico típico: la extremidad superior suele quedar más afectada que la inferior. El brazo se halla en aducción; el antebrazo rígido, en flexión y pronación, y los dedos contracturados, en flexión. Los movimientos finos de la mano y los dedos son de difícil recuperación, y la mano queda en pronación forzada y espástica, debiendo el enfermo aprender a efectuar todo con la otra mano. La pierna, por lo regular, vuelve a ser útil para la marcha pero como “pierna de palo”. Debido a ello, la marcha del hemipléjico se denomina “de segador” (Farreras Valentí y Rozman, 1972).

V. Las cefaleas vasculares y los accidentes encefalovasculares desde el punto de vista del psicoanálisis

1. Antecedentes psicoanalíticos

Freud sufría de migrañas (Jones, 1953-1957; Schur, 1972), y se refirió varias veces al trastorno. En algunas cartas (Freud, 1950a [1892-1899]*, carta 59, del 6 de abril de 1897, y manuscrito I, sin fecha) y trabajos (Freud, 1895b [1894]*) destaca su relación con la descarga sexual perturbada; también la interpreta como desplazamiento simbólico de una fantasía de violación (Freud, 1950a [1892-1899]*, carta 102, del 16 de enero de 1899). Al referirse al olvido de nombres (Freud, 1901b*), expresa que este fenómeno precedía en ocasiones a sus propias migrañas, relacionándolo con circunstancias personales que le despertaban afectos intensos y penosos. Posteriormente, varios autores continuaron esta investigación. Fenichel (1945) expresa que en las jaquecas se simbolizan a menudo fantasías de

⁹ La parálisis hemipléjica sigue la llamada “Ley de predilección de Wernicke Mann”: en el miembro superior se paraliza precozmente la oposición del pulgar y la supinación de la mano; lo mismo sucede con los músculos extensores y los músculos responsables de la supinación del antebrazo. En la extremidad inferior, los músculos flexores se hallan mucho más afectados que los extensores. Esta distribución electiva de la parálisis no depende sólo del grado de afectación de cada músculo, sino también de la modificación de los reflejos de distensión-acortamiento propios de cada uno de los músculos (Jiménez Díaz, 1936).

embarazo. Encuentra asimismo que cuando una tendencia hostil inconciente es dirigida a destruir la inteligencia de un objeto, los sentimientos de culpa orientan esta tendencia contra la propia cabeza. Garma (1970) también considera que los trastornos de la genitalidad y la hostilidad reprimida constituyen factores fundamentales en el desencadenamiento de los accesos. Brenner y otros (1949) expresan ideas similares. Garma (1958, 1962) señala, además, como lo hacen otros autores (Cárcamo, 1944), la incidencia de jaquecas especialmente en pacientes afectados de neurosis obsesiva, que se caracterizan por el “bloqueo” de las emociones mediante procesos de racionalización. Por otra parte, Garma (1972) vincula el dolor ocular de la migraña con el deslumbramiento ante la luz, que forma parte del trauma de nacimiento. Pichón-Rivière (1943) relaciona la jaqueca con la epilepsia y con los sentimientos ambivalentes.

Con respecto a las *hemiplejías*, no encontramos más referencias en la literatura psicoanalítica que la realizada por Freud en el libro sobre el Presidente Wilson (Freud y Bullit, 1966b [1938]). Wilson, que sufría de jaquecas intensas, padeció algunos colapsos en momentos significativos de su vida, colapsos que, según palabras de Freud, fueron el antecedente de la hemiplejía del lado izquierdo que sufrió en 1919¹⁰.

A pesar del valor que poseen como antecedente, las investigaciones mencionadas no nos permiten alcanzar una completa comprensión del trastorno, ya sea en cuanto a los elementos determinantes de la elección del órgano afectado, como a su significación conciente.

2. Los significados específicos inconcientes

La continuación natural de una línea de pensamiento iniciada por Freud nos condujo a postular que la enfermedad somática constituye, frente a las neurosis y a las psicosis, una forma defensiva diferente de

¹⁰ Freud (Freud y Bullit, 1966b [1938]) describe dos “colapsos” en la vida de Wilson, uno en 1906 y el otro en 1908. Ambos se caracterizaban por gran nerviosidad, descomposturas estomacales y dolores de cabeza biliosos. En el de 1906 padeció la ruptura de una arteria retiniana del ojo izquierdo, que le provocó una ceguera parcial, pero además tuvo dolores en el hombro y la pierna izquierdos, que fueron atribuidos a una neuritis. Ambos episodios, así como el que le provocó la hemiplejía de 1919, ocurrieron en medio de intensas campañas oratorias que desplegó Wilson, y que Freud interpreta como expresión de sus intensos conflictos inconcientes de feminidad y masculinidad en relación a la figura paterna, que retornan por compulsión a la repetición.

inconcientizar los términos de un conflicto, que se expresan así disfrazados en los síntomas corporales (Chiozza, 1970*q*, 1971*b*).

La enfermedad somática puede ser interpretada, en tanto es capaz de vehiculizar un significado, como una de las formas del lenguaje.

Freud (1940*a* [1938]*) expresó que la segunda premisa fundamental del psicoanálisis surge de la indagación promovida por el carácter lagunoso de la conciencia; señaló que, para la psicología de la conciencia, las series psíquicas mostraban una discontinuidad que sólo podía ser cubierta adoptando “el supuesto de unos procesos físicos o somáticos concomitantes de lo psíquico” (Freud, 1940*a* [1938]*, pág. 155). El psicoanálisis, dice Freud, excluye la hipótesis del paralelismo y, por lo tanto, postula entonces que “esos procesos concomitantes presuntamente somáticos son lo psíquico genuino” (Freud, 1940*a* [1938]*, pág. 156), es decir que lo psíquico inconciente prescinde, al comienzo, de la cualidad de la conciencia, ya que la conciencia es una cualidad que es propia sólo de algunos de esos procesos.

Podemos afirmar, a partir de estas ideas de Freud, que en el conocimiento conciente que tenemos de nosotros y de nuestros semejantes, calificamos como “somático” a lo que llega a la conciencia con las características de la percepción sensorial y exento de un significado psicológico conciente (Chiozza, 1981*g*). Por ejemplo, cuando el significado del llanto permanece inconciente, la secreción lagrimal es clasificada por la persona como epífora, ya que sólo la percibe como un fenómeno físico (Chiozza y colab., 1970*p* [1968]).

Aunque el postulado de Freud acerca de la segunda hipótesis fundamental podría interpretarse como si estuviera sosteniendo que la introducción del psiquismo inconciente vuelve innecesario postular un concomitante somático de los procesos psíquicos, lo cual permitiría seguir afirmando la existencia ontológica de la realidad somática más allá de la conciencia percipiente, no estamos de acuerdo con esa interpretación del texto de Freud, que algunos sugieren, por los siguientes motivos:

El primero es que cuando desde la hipótesis del paralelismo psicofísico se postula la existencia de un concomitante somático, no sólo se piensa en encontrar los eslabones faltantes de las series concientes incompletas sino también en procesos fisiológicos que forman las series completas orientadas hacia un fin y cuya existencia va más allá de la necesidad de cubrir las lagunas de las series concientes. Algunos de estos procesos fisiológicos tienen procesos paralelos concientes y otros no. Freud dice que “el psicoanálisis se sustrajo a las dificultades del paralelismo al negar enérgicamente la ecuación entre lo psíquico y lo conciente” (Freud, 1940*b* [1938]*, pág. 285). Con esto, lo único que queremos afirmar es que el psicoanálisis se opone categóricamente al paralelismo. Ahora bien, ¿cómo

podría Freud sustraerse a esa dificultad (cuerpo-mente) si la segunda hipótesis admitiera la existencia de lo somático por un lado y de lo psíquico inconciente por el otro como dos realidades ontológicas diferentes?

La segunda razón es que sabemos, porque él mismo lo dijo explícitamente (Freud, 1915e*, pág. 167), que Freud se basó en Kant cuando propuso diferenciar entre la cosa en sí misma y aquello que es percibido por la conciencia, de modo tal que no es necesario asumir la existencia de dos realidades ontológicas distintas para hablar de lo somático y lo psíquico inconciente. Creemos que el pensar que lo psíquico y lo somático son dos entidades ontológicas diferentes que existen como tales en el mundo, más allá de la conciencia, es inseparable del paralelismo al cual Freud se opone y es, al mismo tiempo, una creencia inconciente que, como tal, pasa desapercibida al intérprete. Creemos también que leer la segunda hipótesis fundamental del psicoanálisis desde esa creencia que la misma hipótesis contradice explícitamente, genera la mayoría de los equívocos que surgen en torno a este tema.

Cuando Freud se refiere a “reconocer en ellos –los procesos somáticos– lo psíquico genuino”, continúa diciendo: “la mayoría de los filósofos... se revuelven contra esto”, y luego: “Sin embargo, tal es la argumentación que el psicoanálisis se ve obligado a adoptar, y este es su segundo supuesto fundamental. Declara que esos procesos concomitantes, presuntamente somáticos, son lo psíquico genuino, y para hacerlo prescinde al comienzo de la cualidad de la conciencia” (Freud, 1940a [1938]*, pág. 155-156). Estas palabras podrían ser leídas, dentro de uno de los equívocos que mencionamos, sosteniendo que Freud no afirma que *todos* los procesos somáticos son lo psíquico genuino, dando pie a que se interprete que sólo algunos de ellos serían lo psíquico inconciente. Pero, si así fuera, la segunda hipótesis no se sustraería, como él afirma, a las dificultades del paralelismo psicofísico.

Mark Solms (1994 y 1996a) ha interpretado recientemente la segunda hipótesis freudiana en términos muy similares. Creemos que podríamos resumir nuestra interpretación con las siguientes palabras: podemos inferir de la segunda hipótesis que lo psíquico genuino puede presentarse en la conciencia como dos *derivados* distintos (lo cual equivale a decir que lo psíquico genuino no es lo conciente). Uno de esos derivados es lo que conocemos como lo psicológico conciente; el otro adquiere la forma de procesos (los concomitantes *presuntamente* somáticos), los cuales son somáticos sólo como derivados concientes, ya que inconcientemente constituyen lo que Freud llamó lo psíquico genuino. Es decir que consideramos somático lo que es inconciente y

genuinamente psíquico, cuando el significado que lo incluye en una secuencia ininterrumpida permanece inconciente. Nada nos autoriza a suponer, en estas precisas y particulares palabras de Freud, que hay procesos somáticos que escapan a esta condición.

Los elementos centrales de la teoría que sustentamos son los siguientes:

- 1) Es posible encontrar un significado inconciente inherente a toda forma, función o proceso somático, ya sea normal o patológico. La existencia de ese significado pone de manifiesto que el cuerpo posee la capacidad de ejercer una función simbólica (Chiozza, 1963a, 1981g).
- 2) Todo proceso corporal corresponde, por lo tanto, a una fantasía inconciente que es específica de ese proceso o inherente a él (Chiozza, 1963a, 1976c [1971]). Podemos comprender que las enfermedades somáticas son, desde este punto de vista, particulares combinaciones o “mosaicos” de diferentes fantasías específicas (Chiozza, 1970q, 1972a, 1980c [1977-1978-1979]).
- 3) Los procesos somáticos que la conciencia interpreta como fenómenos desprovistos de significado afectivo, corresponden a procesos de descarga que se producen a partir de una clave de inervación afectiva, deformada por la represión, clave que constituye (configura) al significado inconciente del proceso somático (Chiozza, 1975c, 1980c [1977-1978-1979], 1995u [1988]).

Nos apoyamos en estos elementos teóricos que acabamos de resumir para descifrar los principales componentes de las cefaleas y de las hemiplejías.

3. El cerebro y la cabeza

En un trabajo anterior (Chiozza, 1980f), basándonos en el modelo cibernético, concebíamos las fantasías específicas “cerebrales” como configuraciones formales de integración, equivalentes a circuitos de retroalimentación negativa. Dijimos también que este modelo, mediante el cual podemos representar “lo cerebral” en su conjunto, nos permite comprender que dichas configuraciones formales intervienen tanto en la construcción de un reflejo como en el establecimiento de un juicio.

Sin embargo, teniendo en cuenta que la inteligencia, el conocimiento y la memoria son productos del conjunto completo de lo que denominan “organismo”, no pueden ser adscriptos al cerebro únicamente. Los actos de conocer y memorizar se llevan a cabo con la totalidad del organismo, es decir, con la totalidad de la persona.

Debemos agregar que la investigación de las fantasías específicas (Chiozza, 1970a, 1970q, 1976c [1971]) nos condujo a postular que todo órgano que interviene de manera preponderante en determinados procesos se arroga la representación de esos procesos. Así, decimos que “lo hepático” (a través del hígado) se arroga la representación del proceso de materialización (Chiozza, 1963a), como “lo cardíaco” (a través del corazón) se arroga la representación de las emociones, y “lo cerebral” (a través del cerebro) se arroga la representación de los procesos de pensamiento. Expresado en otros términos, podemos decir que a partir de una misma estructura disposicional inconciente, ingresan a la conciencia, por un lado, los procesos de pensamiento y, por otro, las representaciones del cerebro y la cabeza.

Tanto los usos del lenguaje como algunas concepciones científicas (Cobb, 1954; Azcoaga, 1983) confirman esta conclusión, ya que coinciden en considerar al cerebro y a la cabeza como *la “sede” de la función de pensar, de la inteligencia y también de la atemperación de los afectos*¹¹.

Veamos algunos ejemplos. Cuando alguien se concentra para pensar, es frecuente que sostenga la frente con la mano; para significar el surgimiento de una idea, es habitual que se coloque el dedo índice sobre el ángulo frontotemporal. La sien, por otra parte, es vinculada con la locura, en el gesto con el que se expresa: “le falta (o tiene flojo) un tornillo”. Es también frecuente que para referirse a una escasa participación emocional en el ejercicio racional, se hable de una “cabeza fría”.

¹¹ Dependiendo de la antigüedad filogenética, se diferencian tres “cerebros” (Mac Lean, 1949). El arquicéfal o cerebro “reptil” regula el funcionamiento visceral y los mecanismos reflejos y posee un sistema de alarma frente a la información sensorial. El paleocéfal o cerebro “roedor”, denominado también “cerebro caliente”, integra las emociones; su vinculación con el cerebelo, órgano que incorpora las habilidades aprendidas y las transforma en hábitos “automáticos” (Taylor, 1979a), permite admitir la existencia de automatismos afectivos, heredados y adquiridos. El neocéfal (neocórtex), o “cerebro frío”, está ligado a los procesos de pensamiento racional y a la ejecución de acciones voluntarias, y se lo suele comparar con las computadoras digitales. Se considera que posee, asimismo, la importantísima función de inhibir o atemperar la conducta afectiva (Cobb, 1954). Esto último se deduce al observar las reacciones emocionales intensas (ataques de ira) que se producen cuando, por medio de lesiones experimentales, se libera al arquicéfal y al paleocéfal del control (inhibición) ejercido por el neocéfal (Cobb, 1954).

4. El pensamiento y la acción

Según Freud (1900a [1899]*, 1911b*, 1950a [1895]*), el pensar es una “acción interiorizada” que opera mediante la investidura tentativa, “a pequeña cantidad”, de las huellas mnémicas de las acciones realizadas. Esto es lo que el psicoanálisis denomina “investidura tentativa”. El aparato psíquico progresa desde la “identidad de percepción” (Freud, 1900a [1899]*) hasta la “identidad de pensamiento”¹² mediante el establecimiento de complejas conexiones asociativas, lo cual implica la capacidad de tolerar la postergación de la descarga pulsional, que coarta el desarrollo a plena cantidad que corresponde al proceso primario, que está en juego en la identidad de percepción. El juicio es el proceso que pone fin a la dilación que significa el pensamiento mismo, conduciendo del pensar al actuar.

Denominamos *acciones eficaces o adecuadas* (Freud, 1895b [1894]*, 1950a [1892-1899]*) a las que logran hacer cesar las necesidades que emanan de las fuentes pulsionales. Queda implícito que, por lo tanto, deben ser específicas y, por este motivo, Freud (1895b [1894]*, 1950a [1892-1899]*) también las denomina *acciones específicas*. Debemos agregar que las acciones se “justifican”, en cambio, cuando, independientemente de cuál sea en definitiva su eficacia, resulta comprensible su sentido, su dirección hacia una meta, su finalidad.

Todo *pensamiento*, por más pequeña que sea la investidura de las representaciones que utiliza, lleva siempre, implícita, una descarga motora (Freud, 1905d*, 1950a [1895]*). Podemos sostener, además, que toda descarga de una pulsión se realiza a través de la suma de un componente motor vegetativo y un componente motor que pertenece a la vida de relación. El primero integra aquello que denominamos afecto y el segundo lo que denominamos acción. El ejercicio de toda acción se acompaña siempre de una cuota de descarga afectiva y el proceso de descarga que denominamos afecto ocurre siempre con un componente de acción (Freud, 1911b*; Chiozza, 1976h [1975]).

Teniendo en cuenta lo que acabamos de expresar, debemos admitir que los procesos vegetativos cerebrales, especialmente los procesos vasculares, forman parte de la “clave de inervación” normal de los procesos de pensamiento.

¹² El psicoanálisis denomina “identidad de percepción” a la identidad que se establece cuando un deseo no cumplido atribuye a la memoria, bajo la forma de una alucinación, los rasgos de la percepción y permite la descarga que corresponde a la acción con una investidura total. En cambio, la identidad de pensamiento se da cuando el proceso de pensamiento encuentra suficiente coincidencia entre la representación del deseo y la que surge de la percepción.

Los procesos cogitativos contribuyen a configurar las pautas de las acciones. Una vez que se ha comprobado la eficacia de una acción adecuada, pasa a ser conservada en la memoria inconciente. Tanto el proceso de constitución de una pauta, como su registro inconciente, pasan por una serie de estadios que van desde las ideas y juicios implícitos en los movimientos imprecisos, vacilantes, impulsivos o tentativos, hasta los que corresponden a las coordinaciones motoras más elaboradas y precisas.

El *pensamiento* y la *acción* transcurren, entonces, indisolublemente unidos en lo inconciente. Esto ocurre no sólo porque la omnipotencia de las ideas (que corresponde al pensamiento mágico que opera en lo psíquico inconciente como proceso primario) los equipara (Freud, 1909a [1908]*, 1912-1913*), sino porque la “clave de inervación” de los procesos de pensamiento se halla siempre íntimamente integrada con la “clave de inervación” de los actos motores que corresponden a la vida de relación (Freud, 1905d*, 1950a [1887-1902]*). Esta integración entre acciones y pensamientos es tan íntima como la que es dable constatar entre el *pensamiento* y la *experiencia*.

5. Los afectos

Los afectos fueron definidos por Freud (1900a [1899]*, 1915e*) como procesos de descarga que se producen mediante “inervaciones” vegetativas, a partir de la investidura “plena” de las ideas inconcientes que constituyen sus “claves de inervación” (Freud, 1900a [1899]*). Corresponden, a la manera de ataques histéricos heredados y congénitos, a la perduración actual de *acciones justificadas* en la filogenia (Freud, 1926d [1925]*).

La descarga afectiva es una de las manifestaciones de la excitación que proviene de la organización pulsional. Cuando la descarga se realiza a plena cantidad, estamos en presencia de un *afecto primario* (Chiozza, 1972a), que corresponde a lo que se denomina “pasión”.

La descarga de un afecto primario puede realizarse en el propio organismo, o bien trasladar su elevado montante hacia la acción (Freud, 1950a [1895]*). Cuando esta descarga resulta displacentera (contradictoria) para el resto del yo coherente, surge la necesidad de *atemperar* los afectos. Puede suceder también que el conflicto generado entre afectos contradictorios implique la constitución de una formación de compromiso, que subyace a la constitución de los síntomas (Freud, 1899a*, 1900a [1899]*, 1905d*).

Se comprende que el trabajo de pensamiento –considerado sinónimo del concepto de elaboración psíquica (Freud, 1900a [1899]*, 1940a

[1938]*, 1950a [1887-1902]*; Laplanche y Pontalis, 1967; Aizenberg, 1975)– cumple la importante función de atemperar los afectos, gracias a las relaciones existentes entre pensamiento y acción, por una parte, y afecto y acción, por la otra. La ligadura puede obtenerse integrando los componentes ideativos del afecto conflictivo, con los componentes ideativos de otros afectos o de procesos cogitativos y judicativos previos (pre-juicios), que forman parte del yo coherente. Puede ocurrir también que se sobreinvista la clave de inervación de otro afecto, que pasa así a sustituir por completo al primero, actuando como contrainvestidura. Surge así, de uno u otro modo, un *afecto secundario* (Chiozza, 1972a) que corresponde a lo que se denomina “sentimiento”.

La nominación de los afectos primarios o secundarios, su enlace con representaciones-palabras adecuadas, forma parte del proceso de atemperación de los afectos. Puede alcanzarse de este modo una nominación verbal impasible, despojada totalmente de emoción, tal como ocurre en la formación del pensamiento lógico.

6. Los lemas

Usamos en este trabajo la palabra “lema”, a partir de su significado originario de “proposición”, “tema” o “premisa” (Corominas, 1983), para referirnos a un principio de acción que se posee como producto de un juicio formado previamente (pre-juicio) y que orienta, de manera conciente o inconciente, una conducta.

Los diversos lemas pueden considerarse como otros tantos equivalentes cogitativos de los diferentes afectos, ya que los afectos se descargan siguiendo pautas de acciones filogenéticamente justificadas.

El lema, en la medida en que representa cogitativamente a los afectos, puede ser utilizado para atemperarlos.

VI. Las fantasías específicas de las cefaleas vasculares y los accidentes cerebrovasculares

1. El dolor

El dolor es incluido por Freud (1926d [1925]*) dentro de la teoría de los afectos. Surge, desde un punto de vista cuantitativo, cuando un estímulo continuo, o muy intenso, no puede ser evitado mediante acciones eficaces.

Al estudiar el dolor estenocárdico (Chiozza y colab., 1983*h* [1982]), dijimos que funciona como una señal cuyo propósito es proteger al sujeto de un esfuerzo que simboliza otro esfuerzo que se vive como excesivo, que permanece inconciente.

Cabe pensar que el dolor cefálico expresa tanto el esfuerzo como el displacer que derivan de la pretensión, inalcanzada, de transformar, o dominar, una incongruencia afectiva mediante la racionalización.

Los usos del lenguaje suelen aludir a los hechos que estamos describiendo. Es habitual decir, cuando alguien está preocupado por un conflicto serio, que tiene “un dolor de cabeza” tratando de resolverlo. Freud relata que en la paciente Cecilia M. el dolor de cabeza se resolvía como un dolor de pensamiento (decía: “Se me ha metido en la cabeza”) y también que “el dolor aflojaba (*lösen*) cuando se resolvía (*lösen*) el problema respectivo” (Freud y Breuer, 1895*d**, pág. 192). En las cefaleas que se manifiestan como un dolor pulsátil (así como en la “fase pulsante” del acceso jaquecoso) se hace presente la representación más típica de su significado inconciente, ya que en esos casos la cabeza “late” como si fuera un corazón. La expresión de uso habitual, “se le sube la sangre a la cabeza”, debe seguramente su origen a la percepción, que alguna vez puede ser conciente, de las fantasías implícitas en la cefalea.

2. La cefalea común

De acuerdo a lo expresado más arriba, la necesidad de atemperar los afectos surge frente al conflicto generado por emociones contradictorias.

Expresamos también que el lema, representante cogitativo de un afecto, puede ser utilizado en la atemperación de los afectos y que, cuando esto se logra, las emociones se descargan mediante palabras y acciones moderadas o adecuadas.

Si, por el contrario, el conflicto afectivo perdura, el sujeto se encuentra ante un “dilema”. El dilema, en tanto implica la coexistencia de lemas contrapuestos (Real Academia Española, 1985; Corominas, 1983), representa y expresa, así, la persistencia del conflicto. Es frecuente observar el gesto de “rascarse la cabeza” cuando una persona se encuentra ante una alternativa de esa índole; el rascado implicaría el intento simbólico de eliminar la excitación que no se puede tramitar.

En estas circunstancias, el sujeto puede recurrir a su capacidad de pensar, intentando resolver el dilema mediante la transformación del conflicto afectivo en un problema racional auténtico. Recordemos que un

problema es una “tarea propuesta” al intelecto (Corominas, 1983). Mediante el trabajo de pensamiento, el sujeto examina y evalúa cada uno de los lemas en relación al contrapuesto y, además, considera las circunstancias actuales que rodean al conflicto, circunstancias que determinan variaciones en la aplicabilidad de cada uno de los lemas. Mediante su capacidad de atemperar los afectos operando con investiduras a “pequeña cantidad”, el pensar lograría una representación cogitativa adecuada, moderada, permitiendo, de tal modo, la resolución del conflicto.

Si en lugar de eso el sujeto utiliza los lemas implicados en la problematización de un dilema como racionalizaciones, no logra entonces atemperar los afectos subyacentes a los cuales estos lemas representan. Se configura entonces un dilema-problema insoluble.

Conviene tener presente que muchos autores (Freud, 1909d*; Garma, 1958; Bleger, 1967) señalan que la racionalización y la cavilación son características de los pacientes con estructura obsesiva. Además, como ya mencionamos, muchos de estos pacientes suelen padecer de jaquecas (Cárcamo, 1944; Garma, 1958, 1970; Ryan y Ryan, 1978).

Creemos que en esas circunstancias el paciente se ve animado por la pretensión (Chiozza, 1986b, cap. IX, apdo. “Estudio psicoanalítico de las ampollas”; Chiozza y colab., 1995p [1985]) de que “triunfe la razón”, es decir, intenta tratar un conflicto afectivo, que permanece inconciente, como si fuera un problema que pertenece exclusivamente a la esfera del pensamiento racional, que lo deja “impasible”, sin vestigios de emoción. Nos encontraríamos entonces frente al dicho de Pascal: “El corazón tiene razones que la razón desconoce”.

La investigación de diversas enfermedades somáticas nos condujo a la conclusión de que en ellas ocurre una descomposición de la clave de inervación de los afectos implicados en el conflicto actual. Un ejemplo de ello es el constituido por la “isquemia-ignominia” que caracteriza a las cardiopatías isquémicas (Chiozza y colab., 1983h [1982]).

Dado que admitimos que los procesos cerebrovasculares forman parte de la “clave de inervación” normal de los procesos cogitativos, no resulta aventurado suponer que la cefalea vascular, es decir, el trastorno cerebral isquémico que ésta implica, sea una manifestación equivalente, tanto expresiva como simbólica, de un *dilema-problema que se ha vuelto insoluble y cuya importancia permanece inconciente*.

En el caso de las *cefaleas vasculares*, planteamos que lo que *se pierde es la coherencia, sea de las “claves de inervación”, de los pensamientos constitutivos del dilema, o del problema*, que representa cogitativamente a los afectos en conflicto. De este modo, no penetra en la conciencia el

dilema o el problema como tal, o no penetra su importancia y aparece en su lugar el dolor de la cefalea.

3. La jaqueca

Es posible suponer que cuando un conflicto afectivo no puede llegar a ser representado en un dilema, o en un problema, el sujeto se encuentra ante un des-concierto cogitativo, al cual nos referimos con la expresión “inconcebible”. El término “concebir”, que en su origen es contener, absorber (Corominas, 1983), posee tanto la acepción de “preñez” como la de “formar una idea” y también la de “comenzar a sentir una pasión o afecto” (Real Academia Española, 1985). El conocimiento de estos significados nos faculta para considerar que *inconcebible* es el vocablo que mejor se presta para nominar el proceso implícito en la jaqueca¹³.

Los usos del lenguaje aluden a esta situación en expresiones tales como: “no sé qué pensar” o “no me cabe en la cabeza”. Garma (1958) expresa al respecto que muchos jaquecosos experimentan sus conflictos afectivos como “cuerpos extraños”, que les “hinchon la cabeza”. También en algunos mitos es posible comprobar estos significados inconcientes (véanse en este trabajo los apartados IX, “Sobre el mito del nacimiento de Palas Atenea de la cabeza de Zeus”, y X, “El mito de Orestes”).

Los significados inconcientes específicos del trastorno cerebral isquémico, cuya manifestación clínica es la jaqueca, dependen del “mosaico” de fantasías que configuran el conjunto de sus síntomas más frecuentes: el escotoma centelleante, el dolor ocular, la fotofobia, las náuseas y los vómitos, la hemicránea.

- 1) La intensidad del dolor de la jaqueca, que habitualmente es mayor que el de la cefalea común, podría constituirse como deformación de la “clave de inervación” de procesos cogitativos que no han podido salir del des-concierto para llegar a constituir un dilema. (Utilizamos, en este punto, una conceptualización

¹³ Es conveniente hacer una aclaración acerca del uso de los términos “ignominia” e “inconcebible” que empleamos en la descripción de los procesos que estamos investigando. Existen palabras que, por su significado etimológico original, no remiten en forma directa al significado principal sancionado por el uso. Un ejemplo de ello es “envidia”, que etimológicamente remite a los procesos visuales (*invideo*) (Corominas, 1983): sabemos que alude al componente visual del afecto envidia, pero, sin embargo, su utilización principal es la de un afecto hepático. Preferimos mantener el uso del término “ignominia”, cuyo significado literal es

análoga a la del des-concierto afectivo de las cardiopatías isquémicas.) Además, teniendo en cuenta lo que dijimos acerca de la racionalización, creemos que es factible admitir que en los pacientes jaquecosos, que, por lo general, son de carácter obsesivo, es más elevada la “pretensión” de resolver, mediante “la razón”, los “asuntos del corazón”. Lo cual manifiesta su dificultad de utilizar de un modo adecuado la actividad cogitativa y poder así concebir soluciones creativas para sus conflictos.

2) El escotoma centelleante y la fotofobia, que forman parte del “aura” de la migraña, parecerían representar adecuadamente mediante el simbolismo “visual” (junto al dolor ocular), el impacto traumático de algunas formas ideales, representadas por el término “deslumbrante” (Chiozza, 1963a; 1970f [1964-1966]), apdo. 1)¹⁴.

3) Las náuseas y los vómitos estarían expresando simbólicamente una insuficiencia o fracaso “hepático” en la tarea de materializar, o asimilar, esas exigencias ideales (Chiozza, 1963b; 1970f [1964-1966]), apdo. 3). Esta interpretación nos permite comprender el significado inconciente de la difundida creencia popular de que las cefaleas o las jaquecas son provocadas por desarreglos alimenticios o por trastornos vesiculares o hepáticos, como se expresa también en la denominación inglesa de la jaqueca: *bilious attack* (Garma, 1958).

4) La hemicránea, que caracteriza a la jaqueca hasta el punto de darle uno de sus nombres, vincula al cuadro de las cefaleas vasculares (junto a otros trastornos hemilaterales que a veces forman parte de su cortejo sintomático, como parestesias, paresias o afasias) con el cuadro de los accidentes cerebrovasculares que cursan bajo la forma clínica de la hemiplejía.

“algo que no tiene nombre” (Corominas, 1983), para describir el afecto o proceso vinculado a las cardiopatías isquémicas.

Reservamos el uso del término “inconcebible” para el trastorno jaquecoso. El significado de dicho vocablo, como decimos en el texto, es el que mejor se presta para nominar al proceso implícito en la jaqueca (Real Academia Española, 1985; Corominas, 1983).

¹⁴ Tanto al referirnos a las formas clínicas de la jaqueca, como al reseñar las investigaciones psicoanalíticas antecedentes, mencionamos su posible vinculación con la epilepsia. Los estímulos luminosos de características “deslumbrantes” desencadenan mecanismos de defensa “oculares”, tendientes a evitar la posibilidad destructiva. Esta defensa “ocular” puede producirse también ante la emergencia de recuerdos traumáticos de características visuales, es decir, de escenas visuales de carácter ideal o “deslumbrante” (M. A. Scapusio, 1981).

La hemilateralidad de estos cuadros no posee explicación en clínica médica. A partir del descubrimiento de que los dos hemisferios cerebrales poseen funciones diferentes y de que el hemisferio “dominante” está generalmente relacionado con el pensamiento lógico y el lenguaje verbal (Sperry, 1962; Kimura, 1973; Blakeslee, 1980), algunos investigadores intentaron establecer correlaciones entre estas características y algunas afecciones psicosomáticas, entre ellas la jaqueca, pero las conclusiones son contradictorias (Gur y Gur, 1975; Blakeslee, 1980)¹⁵.

El concepto de disociación de la personalidad que utiliza el psicoanálisis (Freud, 1910a [1909]*; Freud y Breuer, 1895d*; Klein, 1946) junto con el conocimiento de la significación simbólica que poseen lo izquierdo (los aspectos siniestros de pecado, crimen o pasión) y lo derecho (justicia y rectitud) (Stekel citado por Freud, 1900a [1899]*), nos permite interpretar la hemilateralidad como otra de las formas en que se expresa la dificultad de conciliar los lemas contrapuestos que constituyen un dilema o, mejor dicho, los afectos que dichos lemas representan. Ziegler (1986), aunque sin aludir explícitamente a la lateralidad, coincide con esta idea, ya que señala que la migraña expresaría un conflicto entre “la parte civilizada” y “la parte salvaje” del sujeto.

5) La vasodilatación de la fase final del acceso muchas veces conlleva un trasudado y un edema que dan cuenta de los fenómenos residuales, sensoriales o motores, del acceso. Si la interpretamos como una especie de estasis circulatoria, parece simbolizar el descorazonamiento (insuficiencia cardíaca) ante la inutilidad de los esfuerzos realizados para resolver el conflicto. Vemos representada en el edema una “fantasía exudativa” que, como equivalente “lagrimal” (Chiozza y colab., 1970p [1968]), estaría simbolizando la mala elaboración de un duelo, implícito también en el significado del dolor¹⁶.

¹⁵ Gur y Gur (1975) y Blakeslee (1980) señalan un neto predominio de la migraña y los trastornos inmunitarios en los pacientes zurdos, es decir, que poseen dominancia del hemisferio derecho. Bakan (citado por Ferguson, 1973) expresa lo contrario.

¹⁶ Entre los principales derivados de la palabra “dolor”, que alude tanto al malestar físico como a la pena o congoja, al pesar y al arrepentimiento (Real Academia Española, 1985), se encuentra el término “duelo”, que alude al estado o proceso que sucede a una pérdida importante, y posee además el sentido de “pelea” o “combate” entre dos (Corominas, 1983).

4. La hemiplejía

Cuando la intensidad de los afectos que motivan la actividad cogitativa es grande, *el pensamiento se actúa*, es decir, se acompaña de un *elevado* componente de acción. El pensamiento se entorpece, entonces, debido a la magnitud de las investiduras *plenas* (primarias) que arrastra consigo.

Aceptamos que el cerebro, o el encéfalo, intervienen de manera preponderante en el pensar, y que los procesos vasculares cerebrales forman parte de la “clave de inervación” de los procesos cogitativos. Dado que concebimos al cerebro como un “centro” que dirige la actividad sensorio-motora que configura las acciones, debemos suponer que los mencionados procesos vasculares forman parte, también, de la “clave de inervación” de las acciones.

Podemos admitir, por lo tanto, que los trastornos isquémicos que se traducen en un infarto o en un edema cerebrales, y que invalidan de manera transitoria o definitiva las funciones sensorio-motoras, constituyen el equivalente, expresivo y simbólico, de un dilema o de un desconcierto cogitativo que compromete a un elevado componente de acción. Tal dilema, o tal desconcierto, permanecen entonces inconcientes, transfiriendo “la totalidad” de su plena investidura al proceso vásculo-parenquimatoso cerebral que, en condiciones normales, forma parte de la “clave de inervación” de las acciones comprometidas, y los transforma, de este modo, en un trastorno somático que afecta la vía piramidal y las vías sensitivas y sensoriales que se vinculan con la motilidad intencional o voluntaria (correspondiente a la denominada *esfera de la vida de relación*).

Si el “desconcierto” implícito en la hemiplejía se manifiesta como impotencia o parálisis de los movimientos que configuran una determinada acción, se nos hace comprensible que los diversos signos y síntomas motores y sensoriales pertenecientes a las diferentes formas clínicas que presenta este síndrome correspondan a las diversas acciones y afectos implicados en el conflicto. Así, por ejemplo, consideramos que la hemianopsia de la hemiplejía puede ser una transformación expresiva del proceso que, en el aura de la jaqueca, se manifiesta como escotoma centelleante.

En el intento de representarnos a la persona que ha padecido un infarto cerebral, nos surge la imagen de un hombre de cierta edad, de aspecto patético y “arruinado”, que camina muy dificultosamente, arrastrando la pierna y apoyado en un bastón. Generalmente está acompañado por su esposa, cuya cara suele tener una expresión de lástima y de intenso fastidio.

El hemipléjico no puede mover el brazo, no puede caminar, queda como “idiotizado”, perdiendo, a veces, hasta la posibilidad de comunicarse.

Creemos que esta sintomatología encubre profundos sentimientos de impotencia e indignación, intensos deseos de venganza, y expresaría la inhibición de una acción de características violentas y crueles, que podría tomar la forma de un homicidio, de un crimen pasional.

Uno de los crímenes pasionales que se nos representa es aquel realizado desde un sentimiento de haber sido engañado y traicionado¹⁷.

Para ilustrar estas ideas, transcribimos un párrafo de una obra de teatro de Eugenio Griffero (1982), titulada *Príncipe azul*. Gustavo dice:

Juan... Marta, mi mujer, me engañó, hace años, en verano, en la casa de unos amigos. Escuché desde el jardín la voz de Marta que decía, jadeaba... ¡No!, ¡no! Por favor, ¡no!... El dueño de casa la abrazó... La oí... Ella se resistió un instante, sólo un instante y después... después no me pude mover... mi alma se detuvo... Me engañó. Bastó que alguien insistiera un instante para que ella... Aún resuena en mis oídos... ¡No!, ¡no! ¡Por favor!, ¡no!... Así fue... Con Marta todo siguió igual. Somos una excelente pareja... Eso creo, a pesar de su avaricia y esto (señala a su medio cuerpo quieto). Hace dos años, Juan, esta parte de mi cuerpo se cansó de trabajar y dijo adiós. Y comencé a arrastrar este medio cadáver mío. Desde entonces somos dos y nos conocemos bien, me quejo de él, lo reto, lo visto... esta parte mía no me lleva el apunte. Descansa. Quiere descansar... y yo me agito como siempre... Tengo miedo de que me veas, Juan... ¡estoy tan viejo!

VII. Caso clínico

César (40 años)

Sufre de jaquecas casi todos los meses, desde los 12 años de edad, y la hemicránea es, predominantemente, izquierda.

Su madre, también jaquecosa, alcohólica, de carácter violento, era frívola y llevaba una vida irregular. De acuerdo al humor de sus borracheras, los días podían ser una fiesta o un funeral.

¹⁷ El desencadenamiento de una hemiplejía posee habitualmente el carácter de un ataque súbito, inesperado, de allí la denominación de “accidente”. La investigación de las fantasías inconcientes que se expresan en los accidentes (Granel, 1975) revela, por un lado, una necesidad de inconcientización y un alegato de “inocencia”, a través de recurrir a la “fatalidad” o a lo “casual”; por otra parte, señala que estaría dramatizando mediante el accidente una escena violenta y mortificante. Los términos médicos con que se designan estos episodios revelan también la captación de un sentido inconciente: “ictus”, que se refiere al carácter brusco o

Su padre, muy melancólico, siempre enfermo, desde niño lo cargó con responsabilidades. Parecía uno más entre los clientes de la pensión que regenteaba su esposa. César fue víctima de palizas fenomenales, estupendas, cuando defendía a su padre en las discusiones que tenía con la madre.

Cuando tenía 18 años y siguiendo el consejo del padre, rompe su noviazgo con Mariana, a pesar de que ella le gustaba mucho y que estaban de novios desde los 15 años, para casarse con Luisa.

Con Luisa quiere cumplir su ambición de tener una familia bien constituida, tranquila y equilibrada. Recién siete años después del casamiento pueden tener un hijo: Mario.

Luisa es una mujer buena y colaboradora y juntos luchan y progresan. Mientras tanto, César termina sus estudios de Economía, y al año de haberse recibido, sorpresivamente, Luisa lo abandona.

Se separan y César trabaja intensa y sacrificadamente. Durante ese tiempo, entre los 31 y 34 años de edad, desaparecen las jaquecas que lo torturaban, sin interrupción, desde los 12 años.

En esa época lo designan en un alto cargo dentro de una empresa del Estado. Han pasado más de tres años de su separación y conoce a Claudia, arquitecta de 31 años, divorciada y madre de dos hijos.

La formación de una nueva familia se completa cuando los hijos de Claudia se mudan a vivir con ellos. César no deja de sentir que la sexualidad apasionada que ella le transmite perpetúa una relación de amantes que no se ha consolidado en un matrimonio legalmente constituido. Las jaquecas reaparecen en esta época con su periodicidad habitual.

Claudia lo hace sentir, alternativamente, en el cielo y en el infierno. Es una compañera dulce, dedicada a la vida de familia, pero la principal barrera es su violencia irracional, que no sigue las reglas de la lógica. “Justo me sucede a mí, que soy pura razón”, dice César.

Actualmente, experimenta crisis de angustia y se siente vacío. Sus intensos accesos de hemicránea son cada vez más frecuentes. No se alivian con los analgésicos habituales ni con los derivados de la ergotamina y lo obligan a guardar cama. Cuando el episodio comienza a ceder, siente una inquietud indescriptible, la sensación de tener una bomba en la cabeza y

paroxístico (Dorland, 1983), posee, en su origen, el significado de golpe, herida, amenaza, daño (De Miguel y Marqués de Morante, 1943). Tanto el alemán *Schlag* (Dudenverlag, 1963) como el inglés *stroke* (Collins, 1993), con los que se denomina el ACV, significan golpe y lucha. La lucha también se encuentra en el significado originario de “jaqueca” (Corominas, 1983). “Apoplejía”, término que define aquellos ictus que producen un coma, alude a quedar estupefacto, golpeado o derribado (Corominas, 1983).

temor a enloquecer. Le asalta la fantasía de llevarse por delante con el automóvil las barreras del ferrocarril. A pesar de que en su profesión siempre lo han respetado, tiene miedo de que descubran que es un fraude.

En la primera entrevista de la patobiografía cuenta su primer episodio de jaqueca. Tenía 12 años, se tiró en la cama de los padres (dormía con ellos en la misma cama hasta los 9 años, cuando nació su hermana). Tenía puesto el pullover azul de su prima (con la cual jugaba a todo, hasta a que se casaban). Luego vomitó y se le pasó.

En la segunda entrevista (dos días después) viene preocupado por el EEG y habla de su temor a la locura. Luego de la primera entrevista tuvo una crisis de jaqueca tan fuerte como las que desde hacía mucho tiempo no sufría. El dolor no era en el ojo sino en la sien (señala la sien izquierda). Toma analgésicos e intenta dormirse. Entonces, en un “duermevela” “sueña” que entre las sábanas había una carpeta azul (como las que usa para balances y declaraciones impositivas). Estaban los médicos de la patobiografía. La carpeta tenía el contenido de su vida, o de sus crisis. Los médicos lo echaban de la clínica. Dijo también que relataba un episodio que le resultaba muy difícil de contar.

Se trata de un episodio en el cual quebrantó las reglas que sigue desde chico, cuando iba a la parroquia. Hace dos años, en una oficina, se encontró un día con Mariana, su primera novia. No sabe si fue un noviazgo que todavía lo sentía o se volvió a enamorar. La relación que establecieron fue muy intensa y apasionada. Nunca en la vida había tenido relaciones sexuales tan sentidas. Sentía que estaba en el Paraíso. Además, ella era sana, inteligente y estaba en buena posición. Se sentía querido y valorado. Llegó a pensar en separarse de Claudia. Cuando ya estaba “disuadido” (lapsus por “persuadido” o “decidido”), Mariana muere, sorpresivamente, en un accidente.

Su relación con Mariana sólo duró tres meses, pero César razona que es mejor así. Tal vez el destino quiso proteger a su familia de la separación.

Toda la historia de César parece signada por dos *lemas* contrapuestos que quedan representados por las imagos paterna y materna.

La madre representaba la pasión intempestiva, la violencia, la excitación, el incesto, el caos, la destrucción, la oscilación extrema entre el cielo y el infierno, la fiesta y el funeral, pero también la vitalidad y el placer.

El padre propugnaba la responsabilidad y el sacrificio, la tranquilidad, el equilibrio y el orden, el progreso y la seguridad, pero también representaba la tristeza y el vacío, la depresión, la insatisfacción, la queja, la enfermedad y la penuria.

En este conflicto dilemático se inscriben las vicisitudes biográficas de César. Por un lado, su relación con Mariana, la ilegalidad de su convivencia con Claudia, las “estupendas” palizas que recibía de la madre, el colecho

con los padres hasta los 9 años, los juegos infantiles con su prima, su deseo de atravesar “la barrera” y su temor a la locura. Por el otro, su trabajo sacrificado, su cuidado de la familia y la responsabilidad económica, el casamiento con Luisa, el estudio y la parroquia.

Estos dos “estilos” de vida, que constituyen un conflicto permanente en la vida de César, no pudieron ser elaborados paulatinamente mediante pensamientos adecuados, debido a la intensidad de sus investiduras, que comprometían fidelidades contrapuestas.

A pesar de que en distintos períodos de su vida César se inclina transitoriamente hacia la posición de la madre, como cuando se encuentra con Mariana, reviviendo la época del colecho o sus fantasías con la prima, predomina en su historia la identificación conciente con el estilo paterno, sin que resigne jamás la otra tendencia que, desde lo inconciente, sostiene el conflicto.

Su desarrollo sexual, contemporáneo con la aparición de las jaquecas, tal vez explique esa inclinación de la conducta hacia el lema paterno, por la necesidad de reprimir las fuertes tendencias incestuosas ante el incremento puberal de la excitación.

La actividad racional de César, que puede utilizar con auténtico provecho en tareas difíciles, no llega a constituirse, a pesar de las apariencias, en una genuina capacidad de pensar adecuadamente, mediante una distribución atemperada de las investiduras, en los dilemas que lo atormentan. En ese terreno, su pensamiento permanece atado a la racionalización de sus problemas. Así *razona* que tal vez haya sido mejor que la muerte de Mariana los haya separado.

Mientras que en las cefaleas comunes la existencia de un dilema insoluble (o de un problema inconcebible) permanece inconciente y se expresa a través del trastorno isquémico doloroso, en el caso de César el predominio o la asunción conciente de un lema, acompañado de la persistencia inconciente del otro, permite comprender que la hemicránea se adjudique la representación del lema concientemente omitido y del conflicto entre ambos. El hecho de que su hemicránea sea izquierda concuerda con el tipo de lema omitido, ya que se trata de un lema asociado al instinto que contraría a la norma.

VIII. Un ataque inconcebible

Moisés (64 años)

Se había tomado unos días de vacaciones en Bariloche con Rebeca... La segunda noche, cuando intentaba hacer el amor, según le dijo su mujer,

tuvo el ataque... Los médicos diagnosticaron una hemiplejía derecha, acompañada de afasia en recuperación (encefalopatía de grado III), como secuelas de un accidente cerebrovascular, probablemente una trombosis. Encontraron también, según lo que pudo leer en los papeles, una cardiopatía hipertensiva de grado I, con retinopatía y nefropatía.

Hacía ya diez años que sufría de presión... y a veces le sangraba la nariz... Todo eso empezó cuando ya había cumplido 54 años... Fue una mala época... su madre, de la cual era el preferido, acababa de morir... Israel estaba en guerra... algunas veces le dolía el pecho y su potencia sexual había comenzado a disminuir...

Pero los problemas ya venían de antes... su vida había sido siempre dura... Era el mayor de siete hermanos. Su padre, un talabartero religioso y estricto, lo castigaba por cualquier motivo con el cinturón... especialmente porque se rebelaba cuando lo querían mandar a la escuela judía... Ellos, allá en Polonia, se llevaban muy mal... si fuera hoy en día –piensa Moisés–, se pide el divorcio y ya está... pero entonces, cuando él acababa de nacer, su madre se escapó de la casa y tardó varios años en volver.

Tenía 24 años cuando conoció a Rebeca, compañera en la fábrica de tejidos de su hermana Sara. Se había iniciado a los 18 con una prostituta...

Siempre fue muy empeñoso... las veces en que se hundió comercialmente pudo recuperarse... a pesar de los cólicos renales... y a pesar de que sus hermanos no quisieron ayudarlo... pero el rencor, junto al orgullo de arreglarse solo, se le quedó en el alma... y en el cuerpo le quedó una eventración... consecuencia de la peritonitis que sufrió en aquella época, por una apendicitis mal cuidada.

Tuvo que separarse de Efraín, su propio hermano, porque retiraba más dinero del que le pertenecía... y hace dos años, justo cuando sus hijos comenzaban, poco a poco, a hacerse cargo del negocio, la operación de la vesícula... y el accidente en el cual había atravesado el parabrisas... y tuvieron que sacarlo desmayado, con la mano derecha lastimada... Pero siempre fue muy empeñoso... y muy sufrido...

El año pasado, cuando lo atropelló un automóvil al bajar de la vereda, se salvó, por milagro, de fracturarse el cráneo... y, ¡otra vez!, se golpeó en el mismo brazo.

Se casó enamorado de Rebeca... le ha sido siempre fiel... y cuando ese verano la encontró, con el masajista, en una situación comprometida, no lo pudo creer... Ahora, con el último hijo ya casado, ella había insistido en abandonar la casa grande para mudarse, los dos solos, a un departamento menor. Pero antes... el viaje a Bariloche... Siempre había sido empeñoso... y muy sufrido...

Moisés, cuando intentaba hacer el amor, tuvo el ataque. Vemos aquí, claramente, cómo el accidente cerebrovascular, del cual los dos accidentes automovilísticos fueron el preludeo, ocupa el lugar de una acción incumplida. Es también evidente que la acción sustituida es una acción que se ha vuelto conflictiva como producto de la contradicción que ha adoptado la forma de un dilema. El estricto control de su padre, o la impulsividad, incontrolada, de la madre.

Moisés, lleno de un antiguo rencor que renace ahora con el descubrimiento de la infidelidad de su mujer, no quiere, sin embargo, dar salida a esos afectos violentos que lo obligarían a distanciarse de ella. Por el contrario, teme, al mismo tiempo, que su mujer lo abandone de un modo más definitivo que su madre, ya que “hoy en día se pide el divorcio y ya está”. Por este motivo, paradójicamente, cuando ella le propone que se vayan a vivir los dos solos a un departamento pequeño, situación de la cual el viaje a Bariloche es un anticipo, siente que debe rendir, *empeñosamente*, una buena performance sexual.

Y, sin embargo, esa misma actuación, que necesita lograr, la experimenta como un sometimiento humillante, que deja incumplidos sus rencorosos y violentos deseos de venganza.

Son esos mismos deseos incumplidos los que, por su carácter pasional, constituyen la parte del dilema reprimido que queda representada por el accidente cerebrovascular del lado izquierdo.

IX. El mito del nacimiento de Palas Atenea de la cabeza de Zeus

Como dijimos en el apartado sobre la jaqueca, que describimos como un desconcierto cognitivo inconcebible, la palabra “concebir” posee tanto el sentido de gestar la cría como el de formar ideas o comenzar a sentir afectos (Real Academia Española, 1985; Corominas, 1983).

Tal como sucede con otras expresiones, no podemos atribuir a la casualidad la frecuencia con que aparece en diferentes contextos esta asociación entre el embarazo y el parto de la hembra y el “gestar” y el “dar nacimiento” a las ideas.

Pensamos que esta asociación entre las dos formas o acepciones del concebir puede ser mejor comprendida si tenemos en cuenta que en un trabajo anterior (Chiozza, 1970g [1966], apdo. 3), al considerar los desenlaces o manifestaciones de la organización pregenital, *narcisista* o *metabólica*, establecimos las correlaciones existentes entre la procreación

y señalamos que la sublimación corresponde a la creación de formas externas al sujeto.

El mito del nacimiento de Palas Atenea (Minerva) de la cabeza de Zeus es, quizás, uno de los que representa de manera más adecuada tal asociación.

Palas Atenea es la diosa de lo creativo, la sabiduría, la razón inteligente y la paz. Por ser la creación más lograda de Zeus, constituye en la mitología casi su equivalente femenino, así como uno de sus más poderosos aliados y consejeros (Swarthy, 1939; Pérez Rioja, 1980).

La versión principal del mito (Swarthy, 1939; Pérez Rioja, 1980; Grimal, 1981) relata que Zeus, habiendo embarazado a Metis (Prudencia, Meditación), recibió una profecía que le anunciaba que los hijos que tuviera con ella lo iban a superar o destronar. Por temor a que se cumpliera la profecía, Zeus se comió a Metis embarazada. Poco tiempo después comenzó a sufrir terribles dolores *en el cerebro*. Hefaios (Vulcano), dios del fuego y herrero del Olimpo, acudió en su ayuda y, para curarlo, le partió el cráneo con un hacha. Así nació Atenea de la cabeza de Zeus.

Otras versiones del mito (Esquilo) expresan que Atenea no fue gestada por una mujer, sino que se originó directamente en la cabeza de Zeus. Teniendo en cuenta el significado simbólico que poseen las cualidades de Atenea, estas versiones apoyan intensamente la impresión de que la gestación de la diosa expresa, y representa, la concepción y el desarrollo de las ideas.

A partir de las conclusiones de este trabajo, creemos que la interpretación más profunda o importante del mito implica que el “embarazo cefálico” de Zeus posee el significado de que la capacidad ideativa, la inspiración, el ideal, impregna, “preña” o compromete a la meditación, el pensar creativo, sublimatorio, representado en unas versiones por la propia cabeza del dios, mientras que en las otras es simbolizado por la figura de Metis.

Sin embargo, pensamos que la versión del mito que incluye a Metis puede ser objeto de una primera interpretación, en términos de representar una de las maneras en que se expresa el conflicto de celos pasionales y de envidia en las relaciones objetales: el hombre, frente al embarazo de su esposa, en la medida en que experimenta un sentimiento de exclusión frente a la pareja integrada por la madre y el bebe en gestación, se siente embargado por afectos destructivos. Entendemos que dichos afectos son resignificaciones secundarias de los que se experimentaron como vicisitudes de la problemática edípica temprana, cuando se ve

afectada por la “fuerza” de las fijaciones narcisistas. Podríamos llamar “procreativa” a esta versión del mito diferenciándola así de la otra, a la que podemos denominar “ideativa”.

Creemos que la profecía anunciada a Zeus de que iba a ser superado o destronado por los hijos que tuviera con Metis, representa, en la versión *procreativa* del mito, la convicción paranoica del dios de que se cumplirían sus fantasías taliónicas y proyectivas, correspondientes a sus celos pasionales, de destronar a su propio padre.

Pensamos que en la versión *ideativa* del mito la profecía representa las fantasías y los afectos que, despertados ante la importancia de las ideas, impiden o dificultan su concepción.

La cefalea de Zeus simboliza, a nuestro juicio, el dilema-problema inconcebible, constituido por la lucha entre los lemas contrapuestos que representan a sus afectos en conflicto. Uno de los lemas expresa su amor y su deseo de tener descendencia, bajo la forma de ideas o de hijos; el otro lema representa sus afanes posesivos y destructivos. En otros términos, el conflicto de Zeus expresaría la lucha entre el narcisismo amenazado y la tendencia pro-creativa.

Los síntomas visuales de la jaqueca (escotoma centelleante y dolor ocular) estarían simbolizando, además del impacto “visual” de las formas ideales, el componente “visual-ideal” de la envidia (Chiozza, 1963*b*). Los dichos populares aluden a este afecto mediante la expresión “le dio en el ojo”; asimismo, suele aludirse al resentimiento y los deseos de venganza con la frase “estar con la sangre en el ojo”.

Cuando los afectos son muy intensos, arrastran un componente de acción que trastorna o impide el desarrollo de la capacidad creativa (sublimatoria) del sujeto. Al generar la *actuación* impulsiva, primaria, dichos afectos impiden el desarrollo normal y adecuado del proceso de pensar, que permite lograr representaciones cogitativas adecuadas y acciones externas moderadas. Esta acción impulsiva es representada en el mito por el hecho de devorar a Metis embarazada: Zeus, presa de emociones violentísimas, se ve obligado a anular o “abortar” las ideas, o la descendencia, para impedir su desarrollo.

Hefaiostos, dios del fuego y su personificación, es, al mismo tiempo, el herrero divino, y se caracteriza por ser el más trabajador e industrial de los moradores del Olimpo (Pérez Rioja, 1980). Con su hacha permite el nacimiento de Atenea, al partirle la cabeza a Zeus. Simbolizaría así el predominio del impulso procreativo: la capacidad *hepática*, la fuerza, la experiencia y la voluntad del yo que posibilita “deshacer el nudo” y permitir el desarrollo de las ideas, o los hijos concebidos.

X. El mito de Orestes

La lucha entre la pasión y la razón aparece representada en la *Orestíada* de Esquilo. Orestes debía resolver un grave conflicto: cumplir con el mandato impuesto por el dios Apolo, de vengar la muerte de su padre, Agamenón, asesinado por Clitemnestra, su madre.

La alternativa, el “dilema-problema inconcebible”, se le planteaba a Orestes entre matar a su madre para vengar la muerte de su padre, o bien protegerla, dejando así impune la muerte de su padre. Orestes se resuelve a actuar siguiendo uno de sus lemas: obedece el mandato de Apolo, que le dice que es más importante el padre que la madre, y que si no ejecuta la venganza, grandes males acaecerán a su pueblo y a él mismo.

La tragedia relata que, luego de matar a Clitemnestra, Orestes es perseguido por las Furias (las innombrables, la destrucción vengativa y el rencor), diosas que castigan mediante la tortura y la locura los crímenes cometidos contra las madres. Como consecuencia del castigo, Orestes queda muy dolorido, con la cabeza y los ojos vendados, a solas durante varios días (Pérez Rioja, 1980; Graves, 1958a).

Teniendo en cuenta que las leyes que rigen la representabilidad de los sueños (Freud, 1900a [1899]*, pág. 345) pueden ser aplicadas también a la interpretación de los mitos, podemos pensar que el castigo infligido por las Furias, la tortura y la locura, condensa simbólicamente, mediante una inversión temporal, o mediante una descomposición del conflicto en dos tiempos: el crimen y el arrepentimiento, las contradictorias pasiones de Orestes, antes de decidirse por uno de sus lemas. Podemos admitir esta interpretación si recordamos que la descripción del padecimiento del héroe es muy parecida a la del ataque de migraña.

XI. Resumen de las fantasías inconcientes específicas de las cefaleas vasculares y los accidentes cerebrovasculares

1. La existencia de una forma clínica de la jaqueca, denominada *migraña complicada*, en la cual se encuentran alteraciones orgánicas persistentes que van desde el edema cerebral hasta secuelas definitivas de la isquemia, nos induce a pensar, por analogía con lo que ocurre entre la angina de pecho y el infarto cardíaco, en una serie de transiciones graduales entre las cefaleas vasculares y los infartos cerebrales.

2. A partir de una misma estructura disposicional inconciente ingresan a la conciencia, por un lado, los procesos de pensamiento y, por otro, las representaciones del cerebro y de la cabeza.

Suponemos que el cerebro, o el encéfalo, intervienen de manera preponderante en el pensar y que, por este motivo, el cerebro, o la cabeza, suelen arrogarse la representación de los procesos de pensamiento.

3. Los procesos de pensamiento contribuyen a configurar, mediante pequeñas investiduras tentativas, los distintos modelos de la acción. Denominamos acciones eficaces a las que logran hacer cesar la necesidad que emana de la fuente pulsional. Las acciones se “justifican”, en cambio, cuando, independientemente de cuál sea su eficacia, su sentido resulta comprensible, encaminado hacia un fin.

Dado que los afectos, que son procesos de descarga de investiduras *plenas*, corresponden a la perduración actual de acciones justificadas en la filogenia, el pensamiento puede ser utilizado para atemperar los afectos.

4. La necesidad de atemperar los afectos surge frente al conflicto generado por emociones contradictorias. En esas circunstancias, la descarga de las investiduras que se realiza de acuerdo con la pauta o clave de inervación que cualifica un afecto, sobreinvierte la clave de inervación de otro, o le impide la descarga, actuando como una contrainvestidura.

Considerando el grado de atemperación de los afectos, podemos distinguir las *pasiones* (afectos primarios) de los *sentimientos* (afectos secundarios) y de las *nominaciones verbales impasibles*, despojadas de emoción.

5. Denominamos *lema* a un principio de acción que se posee como producto de un juicio preformado (pre-juicio) y que orienta, de manera conciente o inconciente, una conducta. Teniendo en cuenta que los afectos son procesos que se descargan de acuerdo con pautas de acciones filogenéticamente justificadas, los lemas pueden ser considerados como equivalentes cogitativos de los afectos.

El lema, en tanto representante cogitativo de un afecto, puede ser utilizado en la atemperación de los afectos. Cuando esto se logra, las emociones se descargan a través de palabras y acciones moderadas y adecuadas. Cuando el conflicto afectivo perdura, mediante su representación en la coexistencia de lemas contrapuestos, el sujeto se encuentra ante un dilema.

6. Puede suceder que el dilema llegue a transformarse en un problema racional, en el cual cada uno de los lemas es examinado y revalorizado en relación con el contrapuesto y, además, se puede pensar en las circunstancias actuales que rodean al conflicto y determinan variaciones en la aplicabilidad de cada uno. Cuando los lemas implicados en la problematización de un dilema funcionan como racionalizaciones que no

logran atemperar a los afectos subyacentes que representan, se configura un dilema-problema insoluble.

Nos encontramos entonces frente al dicho de Pascal: “El corazón tiene razones que la razón desconoce”. Puede decirse que, en estas circunstancias, el paciente pretende tratar un conflicto afectivo que permanece inconciente como si fuera un problema racional que lo deja impassible. Ocurre de este modo cuando el sujeto ha fallado previamente en su intento de transformar el conflicto afectivo en un problema racional auténtico mediante una representación cogitativa adecuada. Tal representación, mediante su capacidad de atemperar los afectos, hubiera permitido que el pensamiento operara con investiduras pequeñas en la resolución del conflicto.

7. Dado que podemos suponer que los procesos vasculares cerebrales forman parte de la “clave de inervación” normal de los procesos de pensamiento, no es aventurado admitir que la cefalea vascular (y el trastorno cerebral isquémico que lleva implícito) sea una manifestación equivalente, a un mismo tiempo expresiva y simbólica, de un dilema-problema que se ha vuelto insoluble.

En lugar de producirse una descomposición patosomática de la clave de inervación de los afectos implicados en el conflicto actual, como ocurre en otras circunstancias, pierden su coherencia las “claves de inervación” de los pensamientos constitutivos del dilema, o del problema, que representa cogitativamente a esos afectos. De este modo, el dilema o el problema en cuestión no penetra en la conciencia, o penetra solamente en parte, y aparece en su lugar la cefalea.

Las cefaleas que se manifiestan como un dolor pulsátil constituyen la representación más típica de su significado inconciente, ya que en esos casos la cabeza “late” como si fuera un corazón. La expresión, de uso habitual, “se me sube la sangre a la cabeza” debe seguramente su origen a la percepción, otrora conciente, de las fantasías en la cefalea.

8. La representación cogitativa de un conflicto afectivo que no llega a quedar representado en un dilema, o en un problema, constituye el desconcierto cogitativo al cual nos referimos con la expresión “inconcebible”. Cuando esta situación llega a la conciencia suele decirse: “no sé qué pensar” o “no me cabe en la cabeza”.

Los significados inconcientes específicos del trastorno cerebral isquémico cuya manifestación clínica es la jaqueca dependen del mosaico de fantasías que configura el conjunto de sus síntomas más frecuentes: la hemicránea, los escotomas centelleantes, el dolor ocular, la fotofobia, las náuseas y los vómitos. La intensidad del dolor, habitualmente mayor que el de la cefalea común, podría muy bien constituirse como deformación de

la clave de inervación de procesos cogitativos que no han podido salir del desconcierto para llegar a configurar un dilema.

Los escotomas centelleantes, la fotofobia y el dolor ocular de la jaqueca parecen representar adecuadamente el impacto traumático *visual* de algunas formas ideales, significado al cual alude la palabra “deslumbrante”. Las náuseas y los vómitos revelan la existencia de un fracaso *hepático* en la tarea de materializar o asimilar esas exigencias ideales. En cuanto a la hemicránea, de difícil interpretación clínica, vincula el cuadro de las cefaleas vasculares con el de los accidentes cerebrovasculares que cursan con una hemiplejía. Probablemente en ella encuentra expresión simbólica uno de los lemas en conflicto.

9. Todo pensamiento, por más pequeña que sea la investidura de las representaciones que opera, lleva siempre implícita una descarga motora. Toda descarga motora se constituye con la suma de un componente vegetativo, la emoción, que se descarga en el propio organismo, y un componente de acción, que se descarga en la relación con los objetos del mundo.

El proceso cogitativo configura las pautas de acción que se conservarán en la memoria inconciente como pautas de acciones eficaces, luego de haber sido comprobadas a través de la experiencia que las puso en acto. Ese proceso se realiza, pues, en los distintos estadios de una serie que va desde las ideas y juicios implícitos en los movimientos imprecisos, vacilantes, impulsivos o tentativos, hasta los que corresponden a las coordinaciones motoras más elaboradas y precisas.

El pensamiento y la acción marchan, entonces, en lo inconciente, indisolublemente unidos. No sólo porque la omnipotencia de las ideas que rige en el psiquismo inconciente los equipara, sino porque la “clave de inervación” de los procesos de pensamiento se integra estrechamente con la “clave de inervación” de los actos motores que corresponden a la vida de relación. Tan estrechamente como se integran las funciones del pensamiento y de la experiencia.

10. Cuando la intensidad de los afectos que motivan la actividad cogitativa se transfiere a la relación con los objetos del mundo real, decimos que el pensamiento *se actúa*, o que se acompaña de un *elevado* componente de acción, queriendo significar con esto que la acción *interrumpe* prematuramente al pensamiento o, en términos más exactos, que el pensamiento se entorpece debido a la magnitud de las investiduras *plenas* que arrastra consigo.

En esas circunstancias, tanto el dilema como el desconcierto que surgen de un intenso conflicto afectivo conducen a la experiencia de un conflicto de acciones o de un desconcierto sensorio-motor. Conflicto y desconcierto que adquirirán, respectivamente, la forma de la indecisión

y de la impotencia motora. Debido a la equiparación inconciente entre el pensamiento y la acción, lo inconcebible y lo imposible se refuerzan en este caso mutuamente.

11. Aceptamos que el cerebro, o el encéfalo, intervienen de manera preponderante en el pensar, y que los procesos vasculares cerebrales forman parte de la “clave de inervación” de los procesos de pensamiento. Dado que el cerebro funciona como un centro que dirige la actividad sensorio-motora que configura las acciones, debemos suponer que los mencionados procesos vasculares formarán parte, también, de la “clave de inervación” de las acciones.

Podemos admitir, entonces, que los trastornos isquémicos que se traducen en un edema o en un infarto cerebral, y que invalidan transitoria o duraderamente las funciones sensorio-motoras, constituyen el equivalente expresivo y simbólico de un dilema o de un desconcierto cogitativo que compromete a un elevado componente de acción. Tal dilema, o tal desconcierto, ha permanecido inconciente transfiriendo “el total” de su plena investidura al proceso vásculo-parenquimatoso cerebral que, en condiciones normales, forma parte de la “clave de inervación” de las acciones comprometidas, transformándolos, de este modo, en un trastorno “somático”.

La presencia de un componente de acción en las alteraciones del pensamiento que se ocultan en los accidentes cerebrovasculares, no sólo nos permite comprender el compromiso sensorio-motor, cuyas diversas formas clínicas corresponderán a las distintas acciones implicadas, sino, además, el carácter de ictus, o ataque súbito, que poseen habitualmente y que nos conduce a la denominación de *accidentes*.

**PRÓLOGO DE *LOS SENTIMIENTOS
OCULTOS EN... HIPERTENSIÓN
ESENCIAL, TRASTORNOS RENALES,
LITIASIS URINARIA, HIPERTROFIA DE
PRÓSTATA, VÁRICES HEMORROIDALES,
ESCLEROSIS, ENFERMEDADES
POR AUTOINMUNIDAD***

(1993 [1991-1993])

Referencia bibliográfica

CHIOZZA, Luis (1993m [1991-1993]) “Prólogo de *Los sentimientos ocultos en... hipertensión esencial, trastornos renales, litiasis urinaria, hipertrofia de próstata, várices hemorroidales, esclerosis, enfermedades por autoinmunidad*”.

Primera edición en castellano

Con el título “Prólogo” 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. 9-13.

Traducción al portugués

“Introdução” de L. Chiozza (org.), *Os sentimentos ocultos em... hipertensão essencial, transtornos renais, litíase urinária, hipertrofia da próstata, varizes hemorroidais, esclerose, doenças auto-imunes*, Casa do Psicólogo Livraria e Editora, San Pablo, 1999, págs. 7-11.

Este prólogo incluye parcialmente el contenido del “Prólogo de *Los afectos ocultos en... psoriasis, asma, trastornos respiratorios, várices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas y accidentes cerebrovasculares*” (Chiozza, 1991j).

La primera parte del título de este libro, *Los sentimientos ocultos en...*, alude a uno anterior, denominado *Los afectos ocultos en... psoriasis, asma, trastornos respiratorios, várices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas y accidentes cerebrovasculares* (Chiozza y colab., 1991a). En este tomo nos ocupamos de enfermedades distintas y, como en el anterior, publicamos en él los resultados de la tarea realizada en el Departamento de Investigación del Centro de Consulta Médica Weizsaecker¹⁸. Gran parte de las consideraciones y los conceptos que expusimos en la introducción escrita para el otro volumen son útiles ahora, y por este motivo las reproduciremos aquí.

En 1972, 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, fundamos el Centro Weizsaecker.

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)¹⁹, fundado cinco años antes. Por él pasaron varias generaciones de psicoterapeutas que compartieron, a veces sólo transitoriamente, el esquema teórico que constituye nuestra manera de concebir el psicoanálisis y la medicina.

¹⁸ {El Centro cambió el nombre al de Centro Weizsaecker de Consulta Médica en 1997.}

¹⁹ {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.}

En 1984 iniciamos la Fundación para el Estudio Psicosomático del Paciente Orgánico (FEPSEO), y en 1988 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. 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, al pensamiento de Freud.

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. La idea de que existen 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 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”.

En esa “primera” epistemología, el universo posee la estructura “geométrica” de la lógica. La razón, que se estructura como proceso secundario en nuestro preconciente, 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, 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 ella, 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 (Chiozza, 1975c).

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 sustituye y evita un particular desarrollo afectivo.

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”.

El libro para el cual fueron escritas, a principios de 1991, las palabras citadas, ha ingresado, hace ya más de un año, en su segunda edición²⁰. Si tenemos en cuenta que la interpretación de las fantasías específicas de los distintos trastornos del cuerpo constituye un campo que, aun entre los especialistas en la psicoterapia, despierta las mayores resistencias, el hecho de que se haya agotado tan rápidamente la primera edición infunde en nosotros la esperanza de que el número de personas que presta atención a la necesidad de contemplar, de un modo nuevo, al hombre enfermo, sea cada vez mayor.

En el primer capítulo de este volumen, dedicado a introducir el tema de la interpretación psicoanalítica de la enfermedad somática (Chiozza, 1993b [1985-1992]), procuramos exponer, en la primera parte (Chiozza, 1985c), y en un lenguaje que no presupone, en el lector, mayores conocimientos previos en la especialidad, el problema planteado por el hecho de que los signos físicos de la enfermedad, o sus síntomas, son, además, símbolos

²⁰ {Se refiere a la primera reimpresión en 1992 de la primera edición de *Los afectos ocultos en... psoriasis, asma, trastornos respiratorios, várices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas y accidentes cerebrovasculares* (Chiozza y colab., 1991a).}

inconcientes. La segunda parte del capítulo (Chiozza, 1995E [1993]) explora, metódicamente, la cuestión de qué es lo que debe entenderse, en una sesión de psicoterapia, por “material somático”, y cuáles son los fundamentos teóricos que sirven de apoyo para su interpretación.

Luego de exponer, en los capítulos centrales, las conclusiones de nuestra investigación acerca de la hipertensión esencial, los trastornos urinarios, las várices hemorroidales, la esclerosis y las enfermedades por autoinmunidad, dedicamos los dos últimos a la publicación de dos trabajos que también surgieron de la tarea del Departamento de Investigación. El primero (Chiozza y colab., 1993i [1992]), trata de un tema central en todo cuanto se refiere al significado de las enfermedades que alteran la estructura física del cuerpo: las claves de inervación de los afectos. Su conclusión más importante consiste en afirmar que el psiquismo, lejos de constituir el “producto” de la actividad del cerebro, surge del conjunto entero de las distintas finalidades, cualitativamente diferenciadas, de las pulsiones que emanan de un cuerpo “animado”. El segundo (Chiozza y colab., 1993e [1992]) indaga en el significado inconciente que constituye el origen de los giros lingüísticos que se refieren al cuerpo, dado que constituyen una vía privilegiada de acceso para la investigación del significado de las distintas funciones fisiológicas y de sus trastornos. Su exploración, en diversos idiomas, permite constatar que las distintas lenguas se reparten aspectos diferentes de un mismo núcleo de significación inconciente.

Sólo resta agradecer a los amigos y colaboradores que hoy, como ayer, soportaron el esfuerzo de compartir el camino, y desear que este libro pueda acompañar al destino del otro, anterior. No se nos escapa que su suerte no sólo depende de lo que en él hay escrito. Siempre nos ha conmovido lo que Wittgenstein (1918) sostiene en el prólogo de su *Tractatus logico-philosophicus*, cuando escribe, insólitamente, que sólo podrán comprender lo que dice en su libro quienes hayan ya pensado lo que afirma en él.

Abril de 1993.

Agradecemos a la Fundación para el Estudio Psicosomático del Enfermo Orgánico (FEPSEO) y a la Fundación Banco del Sud el apoyo brindado a nuestra labor.

**PRÓLOGO DE LA TRANSFORMACIÓN
DEL AFECTO EN ENFERMEDAD.
HIPERTENSIÓN ESENCIAL,
TRASTORNOS RENALES, LITIASIS
URINARIA, HIPERTROFIA DE PRÓSTATA,
VÁRICES HEMORROIDALES,
ESCLEROSIS Y ENFERMEDADES
POR AUTOINMUNIDAD**

(1998 [1993-1998])

Referencia bibliográfica

CHIOZZA, Luis (1998q [1993-1998]) “Prólogo de *La transformación del afecto en enfermedad. Hipertensión esencial, trastornos renales, litiasis urinaria, hipertrofia de próstata, várices hemorroidales, esclerosis y enfermedades por autoinmunidad*”.

Primera edición en castellano

Con el título “Prólogo” en:

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. 9-11.

La transformación del afecto en enfermedad (Chiozza, 1998f [1993]) es una segunda edición, revisada y corregida, de *Los sentimientos ocultos en... hipertensión esencial, trastornos renales, litiasis urinaria, hipertrofia de próstata, várices hemorroidales, esclerosis, enfermedades por autoinmunidad* (Chiozza y colab., 1993a). Junto a *Los afectos ocultos en... psoriasis, asma, trastornos respiratorios, várices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas y accidentes cerebrovasculares* (Chiozza y colab., 1991a) y *Del afecto a la afección. Obesidad, SIDA, hiper e hipotiroidismo, enfermedades periodontales, caries dental* (Chiozza, 1997d), integra la serie que publica los resultados del Departamento de Investigación que perteneció originalmente al Centro Weizsaecker de Consulta Médica y que actualmente depende de la Fundación Luis Chiozza.

El Centro Weizsaecker nació en 1972, porque un grupo de psicoanalistas interesados en el significado inconciente de las enfermedades “físicas” deseábamos crear un tipo de consulta médica que permitiera establecer un juicio clínico que incluyera en todos los casos los puntos de vista que puede aportar el psicoanálisis. Por ese entonces trabajábamos en la investigación, la docencia y el intercambio científico en el Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicosomática, conocido como “el CIMP”, que habíamos fundado, junto con otros colegas cinco años antes, y por el cual pasaron varias generaciones de psicoterapeutas que se acercaron a nuestra manera de concebir el psicoanálisis y la medicina.

En 1984 iniciamos la Fundación para el Estudio Psicosomático del Paciente Orgánico (FEPSEO) que hoy se llama Fundación Luis Chiozza, dentro de la cual se realiza toda nuestra actividad de investigación,

intercambio y docencia, mientras que el Centro Weizsaecker se dedica solamente a la parte asistencial.

En abril de 1993, en el prólogo para la primera edición de este libro decíamos:

Si tenemos en cuenta que la interpretación de las fantasías específicas de los distintos trastornos del cuerpo constituye un campo que, aun entre los especialistas en la psicoterapia, despierta las mayores resistencias, el hecho de que se haya agotado tan rápidamente la primera edición infunde en nosotros la esperanza de que el número de personas que presta atención a la necesidad de contemplar, de un modo nuevo, al hombre enfermo, sea cada vez mayor.

En el primer capítulo de este volumen, dedicado a introducir el tema de la interpretación psicoanalítica de la enfermedad somática (Chiozza, 1993*b* [1985-1992]), procuramos exponer, en la primera parte (Chiozza, 1985*c*), y en un lenguaje que no presupone, en el lector, mayores conocimientos previos en la especialidad, el problema planteado por el hecho de que los signos físicos de la enfermedad, o sus síntomas, son, además, símbolos inconcientes. La segunda parte del capítulo (Chiozza, 1995*E* [1993]) explora, metódicamente, la cuestión de qué es lo que debe entenderse, en una sesión de psicoterapia, por “material somático”, y cuáles son los fundamentos teóricos que sirven de apoyo para su interpretación.

Luego de exponer, en los capítulos centrales, las conclusiones de nuestra investigación acerca de la hipertensión esencial, los trastornos urinarios, las várices hemorroidales, la esclerosis y las enfermedades por autoinmunidad, dedicamos los dos últimos a la publicación de dos trabajos que también surgieron de la tarea del Departamento de Investigación. El primero (Chiozza y colab., 1993*i* [1992]), trata de un tema central en todo cuanto se refiere al significado de las enfermedades que alteran la estructura física del cuerpo: las claves de inervación de los afectos. Su conclusión más importante consiste en afirmar que el psiquismo, lejos de constituir el “producto” de la actividad del cerebro, surge del conjunto entero de las distintas finalidades, cualitativamente diferenciadas, de las pulsiones que emanan de un cuerpo “animado”. El segundo (Chiozza y colab., 1993*e* [1992]) indaga en el significado inconciente que constituye el origen de los giros lingüísticos que se refieren al cuerpo, dado que constituyen una vía privilegiada de acceso para la investigación del significado de las distintas funciones fisiológicas y de sus trastornos. Su exploración, en diversos idiomas, permite constatar que las distintas lenguas se reparten aspectos diferentes de un mismo núcleo de significación inconciente.

Sólo resta agradecer a los amigos y colaboradores que hoy, como ayer, soportaron el esfuerzo de compartir el camino, y desear que

este libro pueda acompañar al destino del otro, anterior. No se nos escapa que su suerte no sólo depende de lo que en él hay escrito. Siempre nos ha conmovido lo que Wittgenstein (1918) sostiene en el prólogo de su *Tractatus logico-philosophicus* cuando escribe, insólitamente, que sólo podrán comprender lo que dice en su libro quienes hayan ya pensado lo que afirma en él.

Nuestra tarea ha proseguido sin interrupciones desde aquel abril hasta éste, en el cual esta segunda edición de *Los sentimientos ocultos en...* reemplaza a la primera, agotada. En los años transcurridos hemos continuado investigando, con los distintos grupos de colegas que integran el Departamento, distintas enfermedades, y hemos publicado los resultados obtenidos con algunas de ellas en un tercer volumen de esta serie, *Del afecto a la afectación* (Chiozza, 1997d). También hemos realizado, a partir de un encuentro internacional que tuvo lugar en Buenos Aires en agosto de 1997, talleres mensuales, parcialmente abiertos a los miembros de otras instituciones, para profundizar en la discusión de las investigaciones publicadas.

Abril de 1998.

**EL SIGNIFICADO INCONCIENTE DE LA
HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL**

(1993 [1992])

Luis Chiozza, Oscar Baldino, Eduardo Dayen,
Enrique Obstfeld y Juan Repetto

Referencia bibliográfica

CHIOZZA, Luis y colab. (1993f[1992]) “El significado inconciente de la hipertensión arterial esencial”.

Ediciones en castellano

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.

Traducción al portugués

“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.

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 30 de octubre de 1992.

I. Hipertensión esencial en clínica médica²¹

1. El sistema circulatorio

La vida requiere constituirse como un sistema abierto, o continuo, capaz de reducir su entropía a expensas de las sustancias o de la energía libre que toma de su entorno. Es decir que es un fenómeno que se caracteriza por su tendencia a la autoconfiguración, como resultado del *consumo* de sustancias, o de energía, y a la *excreción* hacia el entorno de productos degradados. La vida se sirve siempre de los medios fluidos (la atmósfera o los océanos) utilizándolos como cintas transportadoras de materias primas o de productos de desecho (Lovelock, 1979).

Los organismos unicelulares suelen vivir en un medio acuoso con el cual intercambian los materiales necesarios para su funcionamiento, gracias a los efectos combinados de la *convección*²² (los movimientos de los líquidos que están en contacto con ellos) y de la *difusión*, es decir, el transporte de moléculas a través de la superficie celular, por los gradientes de concentración entre el interior y el exterior de la célula.

Los intercambios necesarios para las células de los organismos más complejos ocurren gracias a la existencia de un *sistema de convección* que

²¹ Los conceptos del presente apartado fueron extraídos de los siguientes autores: Beeson y McDermott (1980), Bertolassi (1987), Guyton (1987), Lovelock (1979), Marshall y Barritt (1984), Meyer (1985) y Rosenfeld (1975).

²² Se denomina *convección* a la propagación del calor por masas móviles de materia, tales como las corrientes de gases y líquidos, producidas por las diferencias de densidad (Real Academia Española, 1985).

permite la renovación incesante del ambiente que rodea a las células. Este sistema de convección es el aparato cardiovascular, aparato constituido por un corazón, que cumple funciones similares a las de una bomba impelente, y por un sistema de distribución, los vasos sanguíneos, que conducen a la sangre hasta la intimidad de los tejidos. A través de las paredes de los capilares se realiza el intercambio de materiales con las células.

El 56% del cuerpo está formado por líquido. Parte se halla dentro de las células, y recibe el nombre de *líquido intracelular*, y parte se halla fuera de las células, y se denomina *líquido extracelular*. Entre los compuestos disueltos del líquido extracelular se encuentran los iones y los elementos nutritivos necesarios para la vida de las células. Como prácticamente todas las células viven en un mismo medio, el líquido extracelular también suele denominarse medio interno del cuerpo. Las condiciones del medio interno deben ser constantes y los fisiólogos emplean el término *homeostasia* para referirse a la *capacidad de asegurar esa constancia*.

El líquido extracelular es renovado permanentemente gracias al movimiento de la sangre en el sistema circulatorio y al desplazamiento de líquidos entre los capilares sanguíneos y las células.

La característica más importante de la circulación es que constituye un circuito continuo. Si un volumen determinado de sangre es impulsado por el corazón, el mismo volumen debe circular por todo el sistema de vasos.

La circulación se divide en *gran circulación* y *circulación pulmonar*. Nosotros nos ocuparemos de la primera y, dentro de ella, de la función cumplida por el *sistema arterial*.

La función de las *arterias* es la de transportar la sangre a elevada presión hasta los tejidos. Las *arteriolas* son las últimas ramas del sistema arterial y actúan como válvulas de control a través de las cuales transcurre la sangre hacia los capilares²³. La función de los capilares estriba en intercambiar líquido y elementos nutritivos entre la sangre y los espacios intersticiales.

La función más importante de la circulación es, entonces, *el intercambio de sustancias entre la sangre y el líquido intersticial*.

²³ El constituyente principal de la pared aórtica no es el músculo liso, sino la elastina. La elasticidad de ese componente le permite a la aorta cumplir con la función de almacenar la energía que genera el ventrículo izquierdo durante la sístole y liberarla para mantener la presión durante la diástole. Las arterias de mediano calibre, aunque son elásticas, contienen más músculo liso. A medida que disminuye el diámetro del vaso, aumenta la proporción de músculo liso con respecto al tejido elástico. De manera que las paredes de las pequeñas arteriolas, que regulan la resistencia periférica en respuesta a diversos estímulos, prácticamente carecen de lámina elástica, tienen poco colágeno y están constituidas, principalmente, por músculo liso.

En los grandes vasos, la sangre fluye casi sin resistencia²⁴, pero *en las arteriolas y capilares, la resistencia es muy intensa*. Para que la sangre pueda correr por los pequeños vasos, el corazón debe propulsarla hacia las arterias a presión elevada (hasta 120 mm Hg en la sístole para la gran circulación, y 22 mm Hg en la sístole para la circulación pulmonar)²⁵.

El corazón impulsa sangre continuamente hacia la aorta. Como la impulsión es intermitente, la presión arterial fluctúa aproximadamente entre un *valor sistólico* de 120 mm Hg y un *valor diastólico* de 80 mm Hg. La caída de la presión arterial, en la salida de cada tramo del sistema circulatorio, es directamente proporcional a la resistencia al flujo sanguíneo. La resistencia de la aorta es casi nula, la de las grandes arterias es muy ligera y llega a alcanzar niveles muy importantes la de las arterias más pequeñas, determinando que la presión arterial disminuya hasta 85 mm de Hg al llegar al principio del tramo arteriolar. *La resistencia que ofrecen las arteriolas es la mayor de todo el sistema*²⁶, y en este sector la presión cae a 55 mm Hg. Cuando la sangre deja las arteriolas para entrar en los capilares, la presión sanguínea sólo es de 30 mm Hg, cuando deja los capilares es de 20 mm Hg, al comienzo del circuito venoso es de 10 mm Hg y normalmente disminuye a 0 mm Hg en la aurícula derecha.

En los capilares es donde se cumple la función más específica de la circulación, o sea, el intercambio de elementos nutritivos y excretas

²⁴ *Resistencia* es la dificultad para el curso de la sangre en un vaso; *flujo de sangre* es el volumen de sangre que pasa en un punto determinado de la circulación durante un tiempo fijo, y *presión* es la fuerza ejercida por la sangre contra cualquier área de la pared vascular.

²⁵ La presión en las arterias es generada por la propulsión del ventrículo izquierdo y por la resistencia al flujo sanguíneo. La resistencia al flujo es provocada por la fricción de la sangre al deslizarse sobre las paredes vasculares. La mayor parte de la resistencia se produce en los vasos sanguíneos más pequeños, especialmente las arteriolas y los capilares, porque *la resistencia al flujo es inversamente proporcional a la cuarta potencia del diámetro del vaso*. Por lo tanto, la resistencia de un vaso sanguíneo de 1 mm de diámetro es 16 veces mayor que la de un vaso de 2 mm. Para el estudio de las interrelaciones entre presión, flujo y resistencia, se aplica la Ley de Poiseuille:

$$\text{Flujo sanguíneo} = \frac{\text{Presión} \times (\text{diámetro})^4}{\text{Longitud} \times \text{viscosidad}}$$

²⁶ Las arteriolas tienen una pared muscular muy potente que permite que sus diámetros puedan aumentar o disminuir el tamaño promedio hasta cinco veces. De este modo, con sólo contraer o relajar su pared muscular, la resistencia al flujo sanguíneo ofrecido por las arteriolas puede aumentar o disminuir hasta mil veces.

celulares entre tejidos y sangre circulante. Ninguna célula funcional de la economía está a más de 20 o 30 micras de un capilar.

La sangre no fluye con intensidad continua a través de la pared capilar. La intermitencia depende de la llamada *vasomotricidad*, la contracción intermitente de los esfínteres precapilares. Éstos se contraen y relajan con un ciclo alternante de 6 a 12 veces por minuto. El factor más importante de los que afectan ese ciclo es la concentración de oxígeno en los tejidos. Cuando la concentración de oxígeno es muy baja, los pequeños chorros de sangre se producen más frecuentemente y la duración de cada período de flujo dura más tiempo.

Una de las cuestiones más interesantes de la dinámica capilar la constituyen los medios por los cuales el plasma se mantiene en la circulación y no puede trasudar continuamente a través de la membrana capilar hacia el líquido intersticial. Los cuatro factores primarios que rigen ese movimiento son: la *presión capilar*, la *presión del líquido intersticial*, la *presión coloidsmótica del plasma* y la *presión coloidsmótica del líquido intersticial*.

Starling (1896) señaló, hace casi un siglo, que, en condiciones normales, existe un estado de equilibrio a nivel de la membrana capilar en virtud del cual el volumen del líquido que sale de la circulación a través de los capilares corresponde exactamente al volumen de líquido que es devuelto a la misma por resorción en los extremos venosos de los capilares y por el flujo de los linfáticos.

Se han empleado algunos métodos para estimar la presión capilar, que han proporcionado un valor medio de 17 mm Hg. Cuando la presión sube por encima de ese valor, la fuerza neta de filtración del líquido hacia los espacios tisulares se eleva. Así, pues, un aumento de 20 mm de presión capilar origina un aumento de presión de filtración neta de 0,5 mm a 20,5 mm, que provoca que el volumen de líquidos que trasuda hacia los espacios intersticiales aumente 41 veces. Esto, a su vez, significa un aumento de 41 veces del flujo normal de líquido en el sistema linfático, volumen que dicho sistema no puede reabsorber adecuadamente. Por esa razón comienza a acumularse líquido en los espacios intersticiales, y se produce edema²⁷.

Está demostrada la capacidad de cada tejido para regular su propio riego sanguíneo de acuerdo a sus necesidades. Muchas experiencias señalan que la *concentración de oxígeno* en los tejidos sería el regulador del flujo sanguíneo local en la mayor parte de los órganos. Un aumento de la concentración de oxígeno en la sangre produce vasoconstricción, mientras

²⁷ “Edema” significa exceso de líquido intersticial en los tejidos.

que una disminución causa vasodilatación. Cuanto menor es el calibre de la arteria, mayor es la intensidad de tal efecto. Las arteriolas pequeñas, las metaarteriolas y los esfínteres precapilares son muy sensibles a las más ligeras alteraciones en la concentración local de oxígeno.

Otra teoría para explicar la autorregulación metabólica del flujo sanguíneo local es la teoría de la vasodilatación. Según ella, cuanto más intenso es el metabolismo o cuanto menor es la disponibilidad de nutrientes para el tejido, mayor es la intensidad de producción de una sustancia vasodilatadora. Se supone que esa sustancia se difunde hacia los esfínteres precapilares, metaarteriolas y arteriolas, y provoca la dilatación. Algunas de las sustancias supuestas son: bióxido de carbono, ácido láctico, adenosina, compuestos de fosfato de adenosina, histamina, iones de potasio e hidrógeno.

Se piensa que, además de la regulación aguda, también existe un tipo de regulación local del riego sanguíneo a largo plazo. La regulación a largo plazo depende del hecho de que cambien las demandas metabólicas de un tejido. Así, si un tejido presenta un aumento sostenido de su actividad y, por lo tanto, requiere constantemente de cantidades elevadas de elementos nutritivos, el riego sanguíneo aumenta gradualmente hasta cubrir adecuadamente sus necesidades.

El mecanismo de regulación a largo plazo coincide con un cambio en el grado de vascularización de los tejidos. Si la presión arterial cae a 60 mm Hg y sigue en ese nivel durante varias semanas, aumenta el número y el calibre de los vasos en el tejido. Si la presión luego se eleva, disminuye el número y el calibre de los vasos. Análogamente, si el metabolismo en un determinado tejido se eleva durante un tiempo prolongado, aumenta la vascularización; si el metabolismo disminuye, la vascularización se reduce. Por lo tanto, para cubrir las demandas tisulares, existe una remodelación continua, día a día, del sistema circulatorio. Esta reconstrucción se realiza ágilmente en los animales jóvenes. También es muy dinámica en los tejidos nuevos como el cicatricial o el tejido glandular de neoformación, pero ocurre muy lentamente en tejidos viejos y consolidados. Por lo tanto, el tiempo necesario para la remodelación a largo plazo puede ser de sólo unos días en el recién nacido y de meses o años en las personas de edad avanzada. En los tejidos viejos, la vascularización se mantiene, muchas veces, muy por debajo de lo necesario para satisfacer las necesidades de dichos tejidos.

Para que la presión arterial permanezca estable, cualquier variación del gasto cardíaco debe ir acompañada de una modificación proporcional de la resistencia periférica, y a la inversa. Sobre estos dos factores actúan

tres tipos fundamentales de regulación: a) *la autorregulación local*²⁸, b) *la servorregulación*²⁹, y c) *la transferencia de líquidos*³⁰.

Para determinar la presión global de la circulación se consideran *las características físicas de la sangre* y luego *los principios físicos del curso* de la misma, que incluyen las relaciones entre *presión, flujo y resistencia*. El estudio de esas relaciones, y de otros principios básicos de la circulación sanguínea, se denomina *hemodinamia*.

La sangre es un líquido viscoso formado por *células* (glóbulos) y *plasma*. Más del 90% de las células son glóbulos rojos. Esto significa que en la práctica los glóbulos blancos casi no cumplen ningún papel para las características físicas de la sangre. El plasma es el líquido extracelular del cuerpo. Es casi idéntico al líquido intersticial que queda entre las células tisulares, excepto por una diferencia: el plasma contiene el 7% de proteínas, mientras que el líquido intersticial sólo contiene el 2%. Las proteínas plasmáticas se filtran muy poco a través de los poros capilares hacia los espacios intersticiales y, de este modo, producen una presión osmótica que impide el escape del líquido del plasma hacia los espacios intersticiales.

2. La hipertensión esencial

La hipertensión no es una entidad definible, sino, simplemente, el extremo elevado de un continuo. Existen cuatro aproximaciones posibles a la definición de hipertensión arterial:

- 1) *Estadística*. Dos desviaciones estándar por encima del valor medio para una edad y sexo determinado.

²⁸ El elemento regulado es el flujo sanguíneo de un órgano o de un tejido dado. Se trata de la propiedad, que muchos tejidos poseen, de mantener una perfusión sanguínea constante. Para explicar este fenómeno se ha propuesto, entre otras, la teoría que propone que intervienen en la regulación varias sustancias químicas transportadas por la sangre o producidas por los tejidos.

²⁹ La servorregulación es cumplida por *la regulación nerviosa* (*presorreceptores, mecanorreceptores torácicos, quimiorreceptores, vías aferentes sensoriales, receptores neurohumorales*) y por *la regulación hormonal* (*sistema renina-angiotensina, aldosterona, hormona antidiurética, prostaglandinas y sistema calicreína-cinina renal*).

³⁰ Estos medios tienden a limitar las consecuencias hemodinámicas de las modificaciones de la volemia (riñones, intercambios capilares, fenómeno de tensión-relajación).

- 2) *Clínica*. Se ha considerado significativo el nivel de presión arterial a partir del cual los síntomas se hacen crecientemente habituales, pero tal indicio no parece identificar el punto inicial de lo que debe ser considerado una patología, sino, simplemente, el nivel a partir del cual los pacientes comienzan a buscar ayuda.
- 3) *Pronóstica*. El gradiente de riesgo se hace progresivamente más elevado a niveles de presión más alto.
- 4) *Operativa*. El nivel en el cual los beneficios, riesgos y costos de la acción médica superan los de la actitud expectante³¹.

Desde hace muchos años, la hipertensión se clasifica en secundaria y esencial, según se conozca o se desconozca la causa determinante. Con los progresos del conocimiento médico y el advenimiento de nuevas técnicas diagnósticas, se han ido determinando nuevas causas de hipertensión. En la actualidad se estima que en el 5-10% de los hipertensos, la enfermedad es rotulada como secundaria, y en el resto, como hipertensión esencial.

Pocos temas de la medicina actual son tan debatidos como los eventos iniciales en la génesis de la hipertensión esencial. En la patología se destaca el *incremento progresivo de la presión arterial, determinado por las resistencias vasculares periféricas crecientes, con o sin una etapa de elevación del volumen minuto*.

Distintos factores, tales como las descargas simpáticas, las catecolaminas plasmáticas o el sistema renina-angiotensina, entre otros, pueden producir hipertensión cuando actúan en forma sostenida. Esto sugiere que los estímulos crónicos de los sistemas presores y/o la protección ineficaz de los vasodpresores pueden causar hipertensión arterial.

En condiciones normales, el incremento de la resistencia periférica se acompaña de una disminución del volumen minuto, que corrige el desequilibrio inicial de la presión. *El hipertenso no puede reducir el volumen minuto lo suficiente como para compensar la marcada elevación de la resistencia periférica y, entonces, muestra una hiperdinamia relativa*.

³¹ Al respecto, Bertolassi (1987) sostiene que como no existe una división neta entre tensión "normal" e "hipertensión", pero puede comprobarse que cuanto más alta es la presión, peor es el pronóstico, es preciso adoptar un límite a partir del cual corresponda realizar estudios diagnósticos y tratamiento. Para la Organización Mundial de la Salud, los normotensos tienen una presión sistólica menor que 140 mm Hg y una presión diastólica menor que 90 mm Hg. Se consideran hipertensos a los que presentan niveles sistólicos mayores que 160 y/o diastólicos mayores que 95 mm Hg. Las personas con tensión sistólica entre 141 y 159 y/o diastólica entre 91 y 94 mm Hg, son hipertensos limítrofes.

Varias teorías tratan de establecer la causa del ascenso progresivo de la resistencia vascular periférica:

- 1) *Las sustancias vasoactivas.* La hipertensión podría ser la consecuencia de *defectos en la interacción de diversos sistemas humorales que controlan la reactividad vascular*, como por ejemplo la calicreína-cinina, las prostaglandinas, el eje renina-angiotensina-aldosterona o las catecolaminas.
- 2) *El volumen plasmático.* El mecanismo que en definitiva conduciría a la hipertensión esencial sería la *alteración del equilibrio en la relación entre la sal y la presión de perfusión renal*. Si el umbral renal para la diuresis asciende, se requieren presiones más altas para adecuar el volumen a la presión arterial y conservar el equilibrio hidroeléctrico, generándose entonces la hipertensión.
- 3) *La influencia del sistema nervioso autónomo.* El SNA constituye un mecanismo activo en la regulación de la presión normal y, a pesar de que es muy difícil cuantificar las diferencias entre los hipertensos y los normotensos, hay quienes sostienen que la *alteración del ritmo de descarga del sistema nervioso simpático* podría, por sí sola, provocar la hipertensión.
- 4) *Los barorreceptores.* Existiría una *menor sensibilidad de los barorreceptores* y este evento perturbaría la actividad del SNA a nivel central. La consecuencia sería una mayor influencia simpática que, al no ser reconocida por los barorreceptores, crearía un circuito de retroalimentación positiva que tendería a incrementar cada vez más la presión arterial.

Ya no es posible describir la hipertensión esencial simplemente como el trastorno que presenta un aumento de las resistencias vasculares periféricas y un gasto cardíaco normal. La interrelación dinámica entre estas dos variables va cambiando de forma insidiosa a medida que progresa la enfermedad. Los pacientes hipertensos se desplazan selectivamente hacia el eje de las resistencias, es decir, para cada nivel cardíaco las resistencias periféricas son mayores en el hipertenso que en el sujeto normal. No obstante, en pacientes más jóvenes, la hipertensión es con frecuencia lábil³²; el patrón hemodinámico se caracteriza por una frecuencia y gastos

³² La hipertensión arterial esencial puede ser: sistólica, diastólica o sistodiastólica. Puede ser lábil, limítrofe o fija y, por otra parte, leve, moderada o severa.

cardíacos elevados con una resistencia periférica “inapropiadamente normal”. La resistencia periférica está dentro del ámbito normal, pero es mayor de lo que cabría esperar para dicho gasto cardíaco.

En el individuo de edad avanzada, la presión arterial pierde su labilidad, y el patrón hemodinámico es, por lo general, el característico de la hipertensión esencial, es decir, un gasto cardíaco normal tanto en reposo como en ejercicio, con la presión arterial elevada atribuible sólo a una intensa resistencia vascular periférica.

Marshall y Barritt (1984) señalan que Wiggers fue el primero en destacar la importancia de la distensibilidad de las grandes arterias en la hipertensión. A partir de sus observaciones, extrajo la conclusión de que una reducción en la distensibilidad de la aorta y grandes arterias era tan intrínseca a la anormalidad circulatoria en la hipertensión como un aumento en la resistencia arterial. También señalan que Burton, basándose en series refinadas de experimentos en aortas animales disecadas, afirmó que pequeños aumentos en el volumen arterial se contienen por las fibras elásticas, pero, *una vez que esta pared elástica se ha tensado, los aumentos de volumen ulteriores ya no se pueden acomodar sin un aumento desproporcionado de la presión arterial*. Esto es consecuencia de una distensibilidad relativamente escasa del colágeno de la pared arterial. La anormalidad vascular en la hipertensión puede abarcar, entonces, al conjunto del sistema arterial. Es decir, el aumento de la resistencia de las pequeñas arterias periféricas también va acompañado de una pérdida de distensibilidad de las paredes de las arterias mayores.

En la hipertensión esencial, la historia hemodinámica tiene una evolución gradual. En los estadios iniciales, el incremento de la resistencia vascular periférica va acompañado de un aumento del gasto cardíaco. Luego, éste vuelve a ser normal y la resistencia vascular periférica es la única causante del aumento de la presión arterial. En los estadios terminales, cuando el corazón falla debido a la excesiva carga, el gasto bombeado desciende a niveles que están por debajo de lo requerido. En ese caso, la hipertensión se mantiene sólo por la vasoconstricción activa.

La hipertrofia cardíaca que acompaña la elevación gradual de la presión arterial diastólica permite que se mantenga una actividad de bombeo normal durante una buena parte de la evolución de la enfermedad. La hipertrofia se autolimita; sus desventajas hemodinámicas son el aumento de rigidez de la pared ventricular y de la distancia de difusión entre los capilares y las fibras miocárdicas hipertrofiadas.

El daño vascular de la hipertensión en el riñón puede modificar su función hasta un punto en que el daño renal, por sí mismo, provoque

hipertensión. El daño vascular de la hipertensión que sufre cualquier tejido, con excepción del riñón, no desempeña ningún papel primordial en la perpetuación de la hipertensión.

Las alteraciones cardiovasculares que se observan en la hipertensión se pueden dividir en dos categorías: hipertrofia o lesión. Muy a menudo se presentan ambos tipos de respuesta hística y el equilibrio entre ellos depende del grado y de la velocidad de evolución de la hipertensión. Más aún, la hipertrofia puede producir una lesión hística, y ésta, a su vez, estimular una respuesta hipertrófica.

El término “hipertrofia” comporta un aumento del tamaño y se aplica a órganos íntegros o a células individuales. “Hiperplasia” indica, en cambio, un aumento del número de células en un tejido u órgano. Puede producirse una combinación de ambos procesos. Algunos órganos, por ejemplo, son capaces de aumentar su masa para realizar mayor trabajo como respuesta a una sobrecarga. Su tamaño, luego, puede disminuir si se elimina la sobrecarga. Este proceso se denomina *hipertrofia funcional* y constituye una característica destacada de la anatomía patológica cardiovascular de la hipertensión.

Se ha progresado mucho en la comprensión de los eventos que se ponen en marcha cuando se somete un tejido como el músculo cardíaco a una sobrecarga. Las células del sistema cardiovascular que se afectan principalmente son las del músculo cardíaco y las del músculo liso vascular. Puede haber un aumento del número y actividad de las células del tejido conectivo con incremento de la síntesis de sustancias extracelulares como los mucopolisacáridos, el colágeno y la elastina. Los cambios que se producen en los vasos “de resistencia” pueden, eventualmente, contribuir al mantenimiento de la hipertensión.

En la hipertensión se produce una lesión estructural cuando el corazón y los vasos son incapaces de responder adecuadamente a un aumento de presión, porque no se ha producido la hipertrofia compensadora o porque ésta es insuficiente para hacer frente a la sobrecarga. El resultado puede ser una insuficiencia funcional del miocardio y lesiones vasculares generalizadas.

Si bien las causas de la hipertensión arterial esencial son difíciles de establecer, las consecuencias, entendidas como el efecto del aumento de la sobretensión mecánica en el sistema cardiovascular, son fáciles de comprender. La hipertrofia e hiperplasia cardiovascular, junto con la degeneración y lesión que se producen por el aumento del trabajo, son las causas fundamentales de la morbilidad y mortalidad asociadas con la hipertensión. En la mayoría de los pacientes predomina el cuadro de daño miocárdico y aterosclerosis de los vasos de calibre grande y mediano. En la fase acelerada o maligna, provoca

una necrosis fibrinoide y un fallo en la regulación del flujo sanguíneo hístico en los lechos vasculares vitales del cerebro y del riñón.

II. Los significados inconcientes específicos de la hipertensión arterial esencial

1. Introducción

El aparato circulatorio sirve a la finalidad de *abastecer de sustancias nutritivas, vitaminas, hormonas y calor a cada célula del organismo* y, también, a la de *eliminar los productos de desecho metabólico de las células* (Houssay, 1974).

La presión arterial es función de dos parámetros: el volumen minuto, que es la cantidad total de sangre expulsada por el corazón en un minuto, y la resistencia periférica, que depende del grado de vasoconstricción arteriolar. La resistencia periférica evita que la presión arterial caiga “a cero” durante el intervalo entre dos contracciones cardíacas.

La presión arterial se eleva por el aumento del volumen minuto o por el incremento de la resistencia periférica. La disminución de esos parámetros trae una caída de la presión arterial. Naturalmente, si la variación de uno de esos parámetros se compensa con una variación inversa y proporcional del otro, la presión arterial permanecerá constante.

En condiciones normales y durante un ejercicio moderado, por ejemplo, el volumen minuto se eleva sin que se modifique la presión arterial, debido a una reducción proporcional de la resistencia periférica. No obstante, esta compensación tiene un límite. Cuando en un ejercicio intenso se incrementa mucho el volumen minuto y la resistencia periférica no cae lo suficiente, consecuentemente la presión arterial se eleva.

La función de las arterias del circuito mayor es la de transportar la sangre a los tejidos. Las arteriolas actúan como válvulas de control que regulan la presión y el flujo sanguíneo en la circulación capilar, dado que la disminución del calibre de las arteriolas aumenta la resistencia periférica y disminuye la presión del territorio capilar.

La presión durante la sístole o contracción cardíaca indica la fuerza de esa contracción que impulsa a la sangre dentro del sistema cerrado que constituye el aparato cardiovascular. La presión durante la diástole o dilatación cardíaca, en cambio, denota la fuerza de la resistencia que ofrece al paso de la sangre el continente de las paredes arteriales, en especial las arteriolas.

Los ajustes circulatorios son efectuados por mecanismos locales y generales que, en conjunto, influyen en el calibre de las arteriolas y controlan la presión hidrostática en los capilares. Los mecanismos generales actúan aumentando o disminuyendo los depósitos de sangre en los reservorios venosos y variando la frecuencia cardíaca y el volumen de sangre que expulsa cada latido del corazón. Los mecanismos autorreguladores locales actúan dilatando las arteriolas y los esfínteres precapilares de las arteriolas en los tejidos activos. Está demostrada la capacidad de cada tejido para regular su riego sanguíneo en proporción a sus necesidades. Normalmente, ambos mecanismos actúan sinérgicamente ajustando las reacciones vasculares en todo el organismo.

En resumen, *los factores que inciden en la resistencia periférica regulando el calibre de los vasos periféricos arteriolo-capilares son: el sistema neurovegetativo, mediante la liberación de epinefrina; factores humorales, tales como las catecolaminas; factores enzimáticos, como el sistema renina-angiotensina, o factores locales, como la tensión de oxígeno, o la concentración de potasio, adenosina, serotonina, ácido láctico y de otros productos del metabolismo celular.*

Se estima que, tanto en países en desarrollo como en países desarrollados, del 10 al 20% de la población *padece de hipertensión arterial*. El 90% de los casos pertenece a la variedad clínica denominada *hipertensión esencial*, el 10% a la hipertensión secundaria a otras patologías.

La hipertensión esencial consiste en la elevación, inicialmente intermitente y luego sostenida, de la presión arterial. Lo que la caracteriza es el *incremento de la presión arterial diastólica*, ya que en muchos casos la presión sistólica permanece normal. La clínica médica considera que la hipertensión esencial es un trastorno funcional del sistema arterial.

El proceso hipertensivo puede o bien manifestarse a través de síntomas, tales como cefaleas, epistaxis, cambios en la visión por alteraciones en las arterias de la retina, vértigos por isquemia cerebral transitoria, alteraciones en la temperatura corporal, etc., o permanecer asintomático. Puede cursar de una manera relativamente inofensiva o conducir a la muerte en pocos meses.

2. Algunas consideraciones preliminares

Weizsaecker (1950) piensa que el proceso fisiológico se comporta, en el hombre, como si lo animara una intención psicológicamente comprensible.

Ortega y Gasset (1946b) afirma que el porqué de que queramos algo se llama el motivo de nuestro querer, lo que nos mueve a querer. El para qué nos movemos es la finalidad o fin. Sostiene que en el porqué y el para qué del ser humano se esconde la clave del problema de la inteligibilidad misma, es decir, cómo se esclarece el hecho absoluto y misterioso de que en el universo exista eso que llamamos sentido, lo inteligible como tal, lo que da ocasión a que entendamos o no entendamos y, por tanto, a que pensemos.

Dijimos en otra ocasión (Chiozza, 1976c [1971]) que la existencia misma del fenómeno somático posee un sentido psicológico y, por eso, toda estructura o proceso corporal y su fantasía inconciente específica son una y la misma cosa vista desde dos ángulos diferentes. Señalamos, también, que la comprensión (hermenéutica) en términos de finalidad, el enfoque teleológico, permite ampliar el campo del pensamiento causal. Podemos incluso agregar que aquello que la fisiología, o la fisiopatología, denominan la “causa final” (teleología) es lo que, desde nuestro ángulo psicoanalítico, denominamos el sentido, el significado de una función, forma, desarrollo o trastorno. Es decir, el pensamiento teleológico equivale a lo que, desde el punto de vista psicoanalítico, denominamos la investigación del sentido, la búsqueda del significado.

Desde un punto de vista teleológico podemos decir que:

- 1) La finalidad del sistema circulatorio arterial es abastecer³³ a los tejidos de nutrientes, oxígeno e información.
- 2) La finalidad de la presión es asegurar el mantenimiento de una perfusión (de los tejidos) suficiente para el adecuado abastecimiento.
- 3) La finalidad del aumento de la resistencia periférica es elevar la presión media ($P = VM \times RP$) hasta su nivel normal en los momentos en que cae por debajo de los valores mínimos necesarios para mantener la perfusión óptima de los tejidos (hipotensión). Dado que la vasoconstricción periférica disminuye el caudal de la sangre que llega a los tejidos afectados por la vasoconstricción, *este mecanismo, como intento de elevar la presión media para asegurar una adecuada perfusión, sólo funciona adecuadamente cuando la vasoconstricción no alcanza al territorio cuya perfusión se desea mejorar.*

³³ Para el diccionario de la Real Academia Española (1985) “abastecer” significa “proveer de bastimentos o de otras cosas necesarias”. Una de las acepciones de la palabra “bastimento” es barco y otra es “provisión para sustento de una ciudad, ejército, etc.”. Para la etimología de la palabra “abastecer”, Corominas (1983) nos remite al término “basto”, que significa grosero, propiamente bien provisto.

Destaquemos que la hipotensión puede llegar a un grado en que el organismo ingresa en un estado de shock³⁴.

En el momento del nacimiento, la resistencia periférica aumenta bruscamente y se produce el cambio funcional más importante de la presión arterial fisiológica durante la vida de un individuo. *Este aumento de la presión arterial es casi simultáneo con la interrupción del abastecimiento que llega por el cordón umbilical.*

Si el aumento de la resistencia periférica es uno de los mecanismos adaptativos de los que dispone el organismo para enfrentar la hipotensión, el aumento patológico de la resistencia periférica que se observa en la hipertensión esencial, innecesario desde el punto de vista fisiológico, debe constituir, por consiguiente, una respuesta “equivocada”, especialmente cuando la vasoconstricción alcanza al territorio cuya perfusión se desearía mejorar.

Cuando este aumento “equivocado” es sostenido, resulta perjudicial para todo el organismo, porque termina produciendo alteraciones histológicas que muchas veces evolucionan hacia la rigidez arterial, la disminución de la luz vascular con una merma en el caudal de sangre, y un déficit en el abastecimiento tisular.

3. Algunas hipótesis psicoanalíticas antecedentes

Entre los aportes de los autores psicoanalíticos que se han ocupado del tema, se destaca el de Franz Alexander (1939), quien postuló la existencia de un conflicto psíquico inconciente específico de la hipertensión esencial. Se trataría de un conflicto establecido entre *las tendencias receptoras*, pasivas, dependientes y femeninas, y *los impulsos agresivos*, hostiles y competitivos. Como consecuencia de este conflicto, frecuentemente el enfermo asumiría una actitud pasivo-dependiente por temor al desborde de sus impulsos hostiles.

³⁴ La fisiopatología define al *shock* como deficiencia aguda y persistente del flujo en el lecho vascular periférico. Debe añadirse que el flujo periférico insuficiente origina perfusión inadecuada de las células, con desequilibrio entre las necesidades metabólicas y el aporte vascular.

Como etiología y patogenia del shock se describen tres mecanismos: a) disminución del volumen de sangre circulante; b) acción propulsora cardíaca insuficiente; c) dilatación difusa de capilares y venas.

a) *Shock hipovolémico*. Causa: hemorragia, pérdida de plasma o pérdida de sal y agua. La hipovolemia desencadena mecanismos humorales y nerviosos secundarios, que producen constricción arteriolar y aumentan la RP (resistencia periférica).

Lo característico de estos pacientes es la incapacidad de expresar la hostilidad y la imposibilidad de aceptar su dependencia. Las dos mociones opuestas se bloquean mutuamente y mantienen una tensión crónica que ejerce un efecto sobre las funciones vasomotoras. El autor sostiene, además, que la inhibición crónica de la rabia puede llevar a que la hipertensión se cronifique.

Alexander dice que los hipertensos suelen ser personas sumisas que, con terca perseverancia, acometen todos los obstáculos, incluso los insuperables. La historia de sus vidas es, a menudo, aquella de “la bestia de carga”. Cuando ejercen labores ejecutivas, tienen dificultades para hacer cumplir sus órdenes, y se inclinan a hacer el trabajo de los demás en vez de imponer la disciplina.

G. C. Stephens (1933) sostuvo, a partir del estudio psicoanalítico de una paciente que sufría de hipertensión esencial, que su síntoma era un símbolo fálico de potencia. Lewis B. Hill (1935) afirma que el incremento de la presión arterial se debe a la represión, o al control, de la rabia. Esta reacción vasomotora, en su opinión, es consecuencia de una susceptibilidad heredada del sistema circulatorio.

Miller de Paiva (1966) consigna que las observaciones de Alexander coinciden con las de K. Menninger, D. Ayman y M. Miller en lo que respecta a la inhibición de los impulsos hostiles, y destaca que otros psicoanalistas, tales como L. Saul, L. A. Schwartz, C. Binger, M. F. Reiser, H. H. W. Milles y L. Moses, sostuvieron que *los hipertensos no presentaban una personalidad especial* (tal como lo planteara Dunbar), sino que, en cambio, en ellos podía observarse el estado conflictivo, crónico y específico, descrito por Alexander.

Mittelman (1967) sostiene que la agresión reprimida puede provenir, en los pacientes hipertensos, de diversas fuentes, tales como los deseos

b) *Shock cardiogénico*. Causa: infarto miocárdico, embolia pulmonar masiva, taponamiento cardíaco, toda causa de lesión miocárdica grave. La hipotensión desencadena mecanismos humorales y nerviosos secundarios que producen constricción arteriolar y aumentan la RP.

c) *Shock por dilatación difusa de capilares y venas*. Causa: sepsis bacteriana. Es el shock con RP baja o “shock caliente”.

d) *Shock neurógeno*. Observado en pacientes con dolor intenso y con lesión traumática sin pérdida del volumen sanguíneo, es otro caso en el cual la dilatación expande el lecho vascular y produce insuficiencia relativa del volumen sanguíneo. Sin embargo, la dilatación afecta el lecho esplácnico y se acompaña de constricción compensadora en los vasos periféricos de resistencia del circuito mayor, la cual origina piel pálida y fría. No se conocen bien los mecanismos causales (Robbins y Angell, 1971).

frustrados de dependencia, los daños sufridos en la autoestima, la amenaza a determinada posición dominante, la rebelión contra la autoridad o ciertos inconvenientes sexuales.

Reiser y otros (1954) subscriben la afirmación de Binger acerca de que *el hipertenso es un sujeto hostil que teme a las personas de las cuales depende*. Son sujetos que, de acuerdo con Binger y Saslow, dice Reiser, a partir de una infancia signada por la inseguridad en la relación con sus padres, sufren *un intenso temor dirigido hacia el padre*, temor de ser abandonados o de ser víctimas de su hostilidad. El hipertenso, de acuerdo con las observaciones de Reiser, aunque es muy sensible a la hostilidad, *tiende, sin embargo, a incitar en su contra conductas hostiles*.

Aunque la observación corrobora las características señaladas en los enfermos de hipertensión por los autores citados, no son específicas de la hipertensión arterial esencial, ya que también podemos reconocerlas en quienes padecen otras dolencias. Los autores mencionados comparten, como fundamento teórico de sus investigaciones, las ideas de Fenichel (1945) acerca de las organoneurosis. Desde ese punto de vista, el factor que decide el surgimiento de una hipertensión esencial, en lugar de cualquier otro trastorno, consiste en una particular debilidad del sistema arteriolar, el cual, en virtud de esa debilidad, “solicita”, “facilita”, se “complace” o “atrae” el conflicto psíquico, determinando que el trastorno se manifieste de esa particular manera. En otras palabras: la elección del órgano depende, desde esta posición teórica, de una disfunción crónica previa del órgano elegido, en lugar de constituir la manifestación, simbólica, de una particular fantasía inconciente.

Viktor von Weizsaecker (1951a), para quien *la enfermedad somática es, como el sufrimiento moral, un símbolo de la vida*, dice que los pacientes con hipertensión sufren un incremento del enojo contenido. Suelen ser personas humilladas que no llegaron muy lejos en la vida y que, mediante su hipertensión, intentarían, simbólicamente, compensar la disminución moral. En una paciente con hipertensión esencial (Baldino y otros, 1978), *el respeto*, como actitud caracterológica, *impedía la expresión conciente de su ira, su enojo y su rabia*. En vez de una conducta de rebelión frente a situaciones vividas como humillaciones, aparecía la enfermedad hipertensiva.

Juan Carlos Scapusio (1978, 1981) sostuvo que el aparato vascular del hipertenso representa a un sujeto que no puede claudicar y que mantiene una vasoconstricción exagerada que le permita continuar erguido. El enojo o la ira inconcientes no podrían mantenerse si el sujeto no se sintiera afectado en su autoestima. Se ha establecido un “estado conflictivo” entre lo que creía ser y lo que las circunstancias le demuestran, estado que encontraría su “mejor” representación en una modalidad particular de la ira que es

la *indignación*. El hipertenso *ha sido indignado*, ha sido objeto de una agresión que lo ha convertido en *indigno de sí mismo*. La predisposición del hipertenso consiste en no haber resignado el cumplimiento del ideal. Es un “*indigno previo*”, que una circunstancia actual pone de manifiesto.

Otros trabajos (Repetto, 1988, 1989) a partir de la idea de una deformación patosomática del afecto (Chiozza, 1975c), sostuvieron que el síntoma hipertensivo expresa, en forma fragmentada, las alteraciones fisiológicas correspondientes a un afecto básico de enojo, que ha sido sofocado por su intenso apego al sentimiento, evolutivamente más desarrollado, de dignidad (ideal). El trastorno hipertensivo, que disminuye la irrigación sanguínea periférica de los músculos esqueléticos, órganos efectores de la acción, es el correlato fisiológico de un proceso represivo que procura evitar la concreción de un acto, experimentado como inviable, sobre un objeto afectivamente fundamental.

4. Acerca del sentimiento de dignidad

a. Autoestima y abastecimiento

Freud (1905d*, 1914c*, 1926d [1925]*, 1950a [1895]*) sostuvo que *el nacimiento del ser humano se acompaña de una vivencia de desvalimiento o inermidad (Hilflosigkeit)* porque el recién nacido es incapaz de llevar a cabo la acción específica que satisfaga sus necesidades. En esos momentos, esa acción se lleva a cabo mediante la asistencia ajena. Esa asistencia no es, en principio, reconocida como proveniente de otro. Según Freud (1915c*), para el niño, el mundo exterior se descompone, al comienzo, en dos partes, una placentera, que incorpora, y todo el resto, que interpreta como ajeno. Esa interpretación (yo de placer puro) le permite recuperar la ilusión de ser autosuficiente, es decir, omnipotente.

Los conceptos psicoanalíticos acerca del yo de placer pueden referirse a un núcleo prenatal del yo cuya reactivación permite que el sujeto se experimente como autosuficiente y omnipotente y, de ese modo, absolutamente valioso.

Freud sostiene (1914c*) que la autoestima, o el sentimiento de sí (*Selbstgefühl*), se presenta como expresión del “*grandor del yo*” y depende, de manera particularmente estrecha, de la libido narcisista.

El desarrollo del yo, continúa afirmando, consiste en un distanciamiento respecto del narcisismo primario. Esto se hace posible por medio del desplazamiento de la libido a un “ideal del yo”, impuesto desde afuera. El

distanciamiento del narcisismo genera una intensa aspiración a recobrarlo, y la satisfacción se obtiene mediante el cumplimiento del ideal. Lo que el sujeto proyecta frente a sí como su ideal es el sustituto del narcisismo perdido de su infancia, en la que él fue su propio ideal, *sostenido por la hiperestimación de sus padres desde el propio narcisismo de ellos* –“*His majesty the Baby*”– (Freud, 1914c*).

El yo se empobrece en favor de las investiduras destinadas al objeto y al ideal del yo, y vuelve a enriquecerse por las satisfacciones que obtiene con el objeto y por el cumplimiento del ideal. De este modo, la autoestima sigue las vicisitudes de la libido narcisista. Así, no-ser-amado deprime el sentimiento de sí, mientras que el-ser-amado lo realza (Freud, 1914c*).

Freud (1914c*) reconoce tres fuentes para la autoestima: el residuo del narcisismo infantil, el resto de la omnipotencia primitiva confirmada por la experiencia (el cumplimiento del ideal del yo) y la satisfacción de la libido de objeto.

Sin embargo, estas tres fuentes pueden ser reconducidas, en última instancia, a una sola (Chiozza, 1992). En el caso del narcisismo primario (el amor del ello por el yo), en tanto el ello funciona como ideal para el yo, se “cumple” con el ideal. En el caso de la omnipotencia confirmada por la experiencia, tal confirmación “ocurre” porque la acción coincide con el ideal, ya que, cuando la acción “falla”, es experimentada como un “no poder”, y este no poder del yo es sentido como “una falta”, es decir, como un sentimiento de culpa frente al ideal. En el tercer caso, el de la satisfacción de la libido de objeto, tal satisfacción se obtiene en función del ideal. Por lo tanto, la autoestima siempre surge, y se mantiene, vinculada al cumplimiento del ideal (Chiozza, 1992)³⁵.

Fenichel (1945) sostiene que cuando el niño es obligado por su experiencia a renunciar a la creencia en su omnipotencia, considera omnipotentes a los adultos. Pero como se le convierten en objetos

³⁵ De estas ideas se derivan las siguientes conclusiones: 1) La autoestima es el estricto inverso del sentimiento de culpa. 2) Cuando el yo “se siente” a sí mismo y se refiere a “eso”, no se refiere, en realidad, a sí mismo, sino a un determinado *mapa de sí mismo*. 3) La autoestima –como dignidad o amor propio– o su contrario, la culpa –como indignidad, odio a sí mismo y autorreproche–, son el producto de una disociación en la cual el que estima o reprocha es el verdadero “uno mismo”, que permanece oculto. 4) El sufrimiento que llamamos “soledad” no proviene del estar físicamente solo, sino psíquicamente acompañado por la imagen de alguien que no nos ama ni nos necesita. 5º) Toleramos muchas veces diferencias con los otros en lo que somos, pero casi nunca toleramos diferencias en lo que queremos llegar a ser (los ideales). 6º) En el camino de la culpa, nuestros ideales son “demonios”; y en

independientes, trata de recuperar la omnipotencia mediante la introyección de esos objetos.

Según Fenichel (1945), los métodos primitivos de regulación de la autoestima surgen del hecho de que el primer anhelo de objetos apunta a la eliminación del displacer perturbador y que, al mismo tiempo, la satisfacción, proporcionada por la intervención del objeto, suprime al objeto mismo y resucita el estado narcisista. La primera satisfacción proporcionada por el mundo externo, *el suministro del alimento*, constituye, al mismo tiempo, *el primer regulador de la autoestima*³⁶. Abadi (1992) sostiene que esa superación de la insoportable vivencia de desamparo, que restablece la omnipotencia, conforma la huella de una “experiencia de salvación”.

Más adelante retomaremos esta idea acerca de la vinculación entre la autoestima y el suministro “externo” del alimento, en relación con el suministro o abastecimiento de nutrientes a los tejidos, que constituye la finalidad del sistema circulatorio arterial.

Para Alice Miller (1985), una autoconciencia sana y una autoestima estable sólo se desarrollan en una persona cuando, en la infancia, se ha satisfecho su “necesidad narcisista legítima”. Esta necesidad es la propia de todo niño pequeño de tener un “objeto disponible” que lo vea y lo considere como lo que es, en cada caso y momento, en lo que se refiere a sus sentimientos y sensaciones, y como centro de su propia actividad.

Para cumplir adecuadamente con el sostén de la autoestima, no parece suficiente que los objetos parentales abastezcan las necesidades materiales. Pensamos que es imprescindible que, al mismo tiempo, el sujeto los perciba como figuras que gozan con esa tarea, y también con su presencia, con su compañía, *con lo que el sujeto es y hace*. Las vicisitudes que permiten constituir un grado de autoestima suficiente darán, entonces, la base necesaria para que el sujeto pueda, en el futuro, experimentarse como merecedor de lo que recibe.

El término “merecer” (Real Academia Española, 1985) deriva del latín *merere* que significa “hacerse uno *digno* de premio o de castigo”. También

el camino de la autoestima, nuestros ideales son “ángeles”. Los demonios nos rechazan porque no logramos alcanzarlos, y los ángeles nos aceptan porque estamos cerca. Pero estar lejos, o cerca, depende de nuestra capacidad de materialización. Sólo alejándonos de nuestros demonios y resignándonos a perder su amor, podremos encontrar ángeles en ideales que para otros son demonios.

³⁶ En los estadios primitivos, el anhelo del retorno a la omnipotencia y el anhelo de eliminación de la tensión instintiva no se hallan diferenciados aún uno de otro. Entonces, cuando uno logra librarse de un estímulo displaciente, se produce una restauración de la autoestima (Fenichel, 1945).

quiere decir “hacer méritos, hacer buenas obras, ser *digno* de premio”. A su vez, “digno” significa “que merece algo, en sentido favorable o adverso”. Cuando se usa de una manera absoluta, se toma siempre en contraposición de *indigno*. También quiere decir “proporcionado al mérito y condición de una persona o cosa”. *Dignidad* es la calidad de digno y se refiere al decoro de las personas en la manera de comportarse.

En el proceso evolutivo, el ambiente (que por su función Winnicott denominaba *contenedor*) le permite al niño tolerar la desilusión paulatina acerca de su omnipotencia, y la consecuente aceptación del condicionamiento del suministro ajeno. Esto le implica al sujeto tomar conciencia de que para ser merecedor o *digno* de recibir, le es necesario dar. En el devenir de la vida, mediante el ejercicio de su capacidad de dar, el sujeto “prueba” su propia potencia, intentando acercarse al cumplimiento de su ideal. En la medida en que puede lograrlo, sustenta y refuerza su autoestima, que experimenta como sentimiento de su propia *dignidad*.

A medida que se realizan los procesos de desarrollo del yo, la autoestima pasa, en condiciones normales, a depender de un conjunto de objetos más o menos sustituibles, que le otorgan o le reconocen esa dignidad.

Cuando el abastecimiento material recibido no es suficiente para satisfacer las necesidades básicas del sujeto, se actualizan, en él, las vivencias de la carencia primaria. Esta circunstancia comporta consecuencias muy dolorosas; una de ellas es la *intolerable perduración de la vivencia de desvalimiento*. Pero la falta de suministro espiritual también puede experimentarse como una disminución de la autoestima y como la perduración de un “desvalimiento” intolerable.

Cuando, como producto de una insuficiencia de abastecimiento, el sujeto sufre la vivencia de “desvalimiento”, suele atribuirla a una falla propia, a una “inferioridad”³⁷ yoica. En esa atribución vemos un modo de mantener su omnipotencia y, además, de defenderse de la angustia que le despierta atribuir la culpa de su sufrimiento a los objetos de los que depende. Esta interpretación defensiva lo conduce a sentirse no merecedor, o sea, *indigno*³⁸ del suministro deseado.

³⁷ La situación descrita genera lo que en la teoría psicoanalítica se denomina un “sentimiento inconciente de inferioridad”. Aunque, metapsicológicamente, tal tensión entre el yo y el ideal del yo se confunde con lo que conocemos como “sentimiento inconciente de culpabilidad”.

³⁸ Según Moliner (1986) el término “indigno”, aplicado a personas, significa “no merecedor de cierto beneficio”.

b. La prodigalidad y la presión

Como hemos visto, *el suministro que satisface las necesidades y el amor que sostiene la autoestima pueden representarse mutuamente* en las primeras épocas de la vida.

La carencia que el sujeto ha interpretado como el testimonio de su indignidad, le crea el deseo impostergable de lograr una asistencia que, ahora, no sólo debe satisfacer sus necesidades básicas, sino que, además, debería restaurar su autoestima deficitaria. Nace, de este modo, como consecuencia de la carencia, la necesidad de ser valorado y reconocido por los objetos significativos del entorno, representantes del ideal que puede aprobar o condenar.

El sujeto que, “entregado” a una vivencia de indignidad sin esperanzas, se siente impotente e irresponsable, “bueno para nada”, puede intentar obtener un suministro mediante la conmiseración del objeto, que le devuelva “la última” de las formas de la dignidad, aquella que consiste en ser “*digno de lástima*”. Cuando, en cambio, conserva una cierta esperanza de recuperar la dignidad, adopta una *actitud pródiga* hacia los objetos de los cuales espera obtener la valoración que incrementa su autoestima.

El vocablo “prodigarse” se define como “dar generosamente de lo que uno tiene o esforzarse en agradar o ser útil a los demás”, y a veces tiene un sentido peyorativo, implicando que el móvil es el afán de hacer exhibición excesiva de sí mismo. Queda, en este último caso, vinculado con “presumir”, que proviene del latín *praesumero*, que significa “tomar por anticipado”, y de donde se derivó “suponer por anticipado”, que tomó luego el sentido de “creerse superior” (Moliner, 1986).

El término “pródigo”, tomado del latín *prodigus*, deriva de *prodigere*, que significa “gastar profusamente”, propiamente “empujar por delante”, que a su vez deriva de *agere*, que quiere decir “llevar por delante, empujar” (Corominas, 1983; Moliner, 1986).

La *prodigalidad*, como formación reactiva de la actitud demandante, puede constituir además una forma particular e inconciente de influenciar a los objetos, de presionarlos para obtener la valoración deseada. Esta modalidad pródiga sirve, al mismo tiempo, para mantener oculta la finalidad de la presión que se ejerce sobre los objetos.

La palabra “presión” deriva del latín *pressio-onis*, derivado de *premere*. Tiene el significado de “acción o efecto de apretar, oprimir o empujar”. En sentido figurado, *ejercer* (o hacer) *presión* significa “influencia ejercida sobre alguien para que obre de cierta manera”, y también: “acción de insistir fuertemente con una persona o forzarla en cualquier forma para que haga cierta cosa” (Moliner, 1986).

La etimología de “pródigo”, que remite al término *agere*, con el significado de “empujar”, avala la idea de una relación inconciente entre la prodigalidad y la presión.

Cuando se intenta superar mediante la actitud pródiga un intenso sentimiento de indignidad, el intento suele estar condenado al fracaso. Y cuando esa situación se reitera, se experimenta como si se cargara con una culpa sin redención posible³⁹.

c. La indignación y la indignidad

Podemos suponer también que el sujeto que fracasa en su intento de superar su sentimiento de indignidad mediante la prodigalidad, experimente la vivencia de “*desangrarse*”, en una dádiva sin retorno. Es posible que el sujeto pródigo se sienta, a su vez, “*presionado*” por *los objetos de su prodigalidad*, y experimente, frente a ellos, la vivencia de una excesiva demanda. Se configura así una situación traumática actual en el trato con los objetos significativos, objetos de los cuales el sujeto espera ahora obtener el suministro, o el reconocimiento, que necesita para restaurar su sentimiento de dignidad, perdido, y se siente, por lo tanto, víctima de un trato injusto.

Pensamos que, a partir de este punto, la indignidad latente, unida a la prodigalidad manifiesta (que se acompaña de una *pseudodignidad conciente*), genera, porque fracasa en sus propósitos inconcientes, *el sentimiento de indignación*. El sentimiento de indignación es un enfado violento provocado en alguien por una acción injusta o reprobable (Moliner, 1986). El hecho de que la *indignación* y la *indignidad* se originen en un mismo término latino, *dignus* (Corominas, 1983), confirma, a través de su parentesco semántico, que *pertenecen a un mismo núcleo de significación inconciente*.

De modo que mientras el sujeto se manifiesta indignado ante un trato injusto, se siente, sin tener conciencia de ello, merecedor de ese trato, porque se siente indigno de la consideración pretendida⁴⁰. En otras palabras: quien “se indigna” ahora, porque “ha sido privado”, en

³⁹ Podría desembocarse así en una forma de “hiperresponsabilidad”, señalada en el hipertenso por numerosos autores, que conduce a la actitud que Alexander (1939) denomina “la bestia de carga”. Es posible suponer que el conocimiento inconciente de los motivos de la prodigalidad refuerza, en lugar de mitigar, el sentimiento de indignidad del hipertenso.

⁴⁰ Configurando lo que J. C. Scapusio (1978) denominó un “indigno previo”.

el presente, de su dignidad, oculta e ignora un sentimiento que albergaba mucho antes de que ocurriera aquello que, aparentemente, es lo que lo indigna.

d. La clave de inervación del sentimiento de dignidad

Como vimos, la finalidad del sistema circulatorio arterial es el abastecimiento de nutrientes, oxígeno e información a todos los tejidos. Para que se lleve a cabo adecuadamente es necesario el mantenimiento de una perfusión suficiente, que es asegurada por la presión arterial.

También dijimos que la complacencia y el beneplácito con los cuales el objeto abastece las necesidades del sujeto, constituye el representante privilegiado del sostén de la autoestima y configura el sentimiento de dignidad que se establece como vivencia de merecer el suministro. Así, el sujeto se siente *digno*.

Es posible pensar, por lo tanto, que la *presión arterial*, factor esencial para el abastecimiento de los tejidos, se arrogue la representación inconciente de la autoestima y el sentimiento de dignidad. Es decir, en otras palabras, que la *presión arterial forma parte de la clave de inervación del sentimiento de dignidad*.

Aquello que, desde el punto de vista “histórico”, denominamos un sentimiento de dignidad normal, desde el punto de vista “físico” se registrará, entonces, como una presión arterial fisiológica, que corresponde a la clave de inervación normal de ese sentimiento inconciente.

e. La presión arterial y el sentimiento de indignación

Existe una serie de afectos, de intensidad creciente, que van desde la molestia, el enfado, la irritación, la indignación, el enojo, la ira, la cólera, hasta la furia (López de la Huerta, 1979). Darwin (1872a), al describir la cólera y la indignación, afirma que son estados de la mente que sólo se distinguen por el grado de enfurecimiento, y no existe una diferencia marcada en sus síntomas característicos. En el furor –dice–, el corazón y la circulación siempre se ven afectados; la cara enrojece o se pone púrpura, con las venas del cuello y de la frente dilatadas.

Sostiene que *el afecto indignación*, como los otros de la serie vinculados al furor, se experimenta cuando la acción eficaz, cuya finalidad es atacar o herir al objeto ofensor, se encuentra inhibida. En dicha acción participa –según señala– un *incremento de la actividad cardiovascular*, un aumento de la frecuencia respiratoria y un aumento

de la tensión muscular estática y dinámica⁴¹. Dumas (1932-1933), que confirma las observaciones de Darwin, agrega que ha comprobado, además, la elevación de la presión arterial.

A partir de las descripciones de Darwin y de Dumas, y del hecho, ya señalado, de que una presión arterial normal debe constituir uno de los componentes de la clave de inervación del sentimiento de dignidad, *podemos pensar que un sentimiento de indignación conciente debe acompañarse de un cierto grado de elevación de la presión arterial, que pasa desapercibido para la conciencia. El sentimiento de indignidad, cuando es conciente, debe transcurrir, por razones análogas, con un cierto grado de disminución de la presión arterial, que la conciencia tampoco registra.*

Dumas (1932-1933) sostiene, además, que la cólera (emparentada con la indignación) “se produce después de un acontecimiento penoso y sentido como tal... pero el sujeto, en lugar de resignarse o lamentarse, se subleva, y como no puede sublevarse contra el destino, ni contra el poder humano cuando es soberano, la cólera sólo se produce en los casos en que el sujeto tiene el sentimiento oscuro o claro de que hubiera podido dominar la fuerza exterior de la cual ha sido víctima”.

“El error de Darwin –continúa diciendo Dumas– cuando interpretó los rasgos que describió... fue el creer que la mayor parte de las expresiones de la cólera eran expresiones de ataque, y de esa manera contribuyó mucho a preparar esa concepción inaceptable de que la cólera sólo es manifestación del instinto de agresión; del instinto de conservación en su forma ofensiva, como decía Ribot. Hemos definido la cólera... no mediante la agresión, sino mediante una excitación de rebeldía, e insistimos bien en este punto, que si la rebeldía puede a veces llevarnos a la agresión, puede limitarse –y de hecho muy a menudo se limita– a reacciones de protesta y de agitación, motoras o verbales, que no son agresivas” (Dumas, 1933*d*, págs. 221-222).

Si aceptamos que el acontecimiento penoso que genera la indignación es una injuria que compromete la dignidad, el poder dominar la fuerza exterior de que se es víctima podría satisfacer al deseo de obtener un “reconocimiento” del ofensor, para recomponer, de este modo, la dignidad perdida.

⁴¹ Además de la elevación de las aletas de la nariz, un aumento de la base de sustentación, rechinar de los dientes, mirada brillante, contracción de labios y puños, y facies pálidas o rojas. Es interesante consignar que, así como existe una cólera blanca y una cólera roja (Dumas, 1932-1933; Morris, 1967), Volhard (en Farreras Valentí y Rozman, 1972) ha distinguido desde antiguo la hipertensión pálida de la hipertensión roja, más benigna, que podemos suponer relacionada con sentimientos de vergüenza inconcientes vinculados al afecto indignidad.

f. La deformación patosomática de los sentimientos de indignidad y de indignación

Los fisiólogos señalan que durante el proceso de nacimiento la resistencia periférica aumenta bruscamente y se produce el más importante entre los cambios funcionales de la presión arterial que ocurren en la vida de un individuo. Recordemos que *ese aumento de la presión arterial es casi simultáneo con la interrupción del suministro de la sangre placentaria que llega por el cordón umbilical*. En términos de fantasía inconciente podemos pensar que el neonato se encuentra frente a la imago de un objeto que, activamente, *lo desangra*. De modo que la vivencia primordial de desvalimiento puede ser experimentada *como si se tratara de una intensa hemorragia*.

El aumento de la presión arterial, como modelo reaccional filogenético, frente a la interrupción de un suministro imprescindible para la supervivencia, se actualiza, ontogenéticamente, en el momento del nacimiento, como un acto motor justificado habitualmente eficaz.

Es posible pensar que, de acuerdo con cuanto llevamos dicho hasta aquí, ese modelo se reactualice también frente a la vivencia de una interrupción brusca del suministro afectivo imprescindible para el sostén de la autoestima. Podemos decir entonces que la vasoconstricción periférica, uno de los recursos defensivos fisiológicos de los que se dispone para enfrentar la hipotensión, puede ser también el producto de una confusión entre la “herida” en la autoestima y una herida material por la cual efectivamente se desangra.

Hemos visto también que la interrupción del suministro se experimenta, en determinadas condiciones, como una frustración penosa, injusta, que genera una reacción de rebeldía⁴². Como planteamos anteriormente, la hipertensión esencial es consecuencia de un aumento “equivocado” de la resistencia periférica, que ocurre cuando el sujeto espera restaurar su autoestima recibiendo un suministro que cree merecer en virtud de sus conductas pródigas pretéritas, y no lo recibe.

Se trata, como ya señalamos, de *una injuria que reaviva un sentimiento de indignidad inconciente del cual el sujeto se defiende, habitualmente, con una reacción de indignación*.

⁴² Constituyendo, de acuerdo con lo que afirma Dumas (1932-1933), la cólera. Aunque, como hemos visto, los autores que se han ocupado del tema diferencian cuantitativamente, por su intensidad y por su duración, los distintos afectos de esa serie, pensamos que todos ellos constituyen variedades o matices de la finalidad expresiva que comparten.

A veces, el sentimiento de indignación no puede desarrollarse porque queda referido a un objeto que en ese momento representa, inconcientemente, a otro objeto pleno de “significancia”, del cual depende, en alto grado, la autoestima que el que se siente indigno necesita restaurar.

Cuando la indignación no puede utilizarse, y el sentimiento de indignidad es insoportable porque reactivaría, regresivamente, una vivencia de desvalimiento demasiado intensa, *puede evitarse el desarrollo del afecto indignidad de dos maneras:*

- 1) Transfiriendo el total de la investidura de su clave sobre el elemento *hipotensión*⁴³, el individuo “se entrega” parcialmente, de un modo inconciente, a una “debilidad” que, humillándolo, lo protege. Se siente, entonces, “hipotenso”, en lugar de pusilánime, digno de lástima o indigno.
- 2) Descargando la reacción de indignación a través de una clave, deformada, que la torna irreconocible y la vuelve, nuevamente, viable, conserva en la conciencia su sensación de “fuerza”. El sujeto se siente magnánimo, a expensas de un íntimo trastorno, la *hipertensión*, que, manteniendo artificialmente su autoestima, exigirá futuros desenlaces.

Cuando se deforma patosomáticamente *el sentimiento de indignación*, y el total de la investidura de ese afecto se descarga a través del componente *vasoconstricción periférica*⁴⁴, que conforma, como hemos visto, una de las vías de inervación de ese afecto, *se presentan en la conciencia los síntomas de la enfermedad hipertensiva* (o los signos de la misma provenientes del diagnóstico médico) *privados, en ambos casos, de su original significado emotivo.*

III. Resumen

1. Cuando, como producto de una insuficiencia de abastecimiento, el sujeto experimenta la vivencia de sentirse “desvalido”, suele interpretarla como el producto de una falla propia. Esta interpretación, que le atribuye la

⁴³ Es necesario tener en cuenta, además, la vinculación de la indignidad con la vergüenza mediante un elemento común, la vasodilatación de un territorio.

⁴⁴ Cuando la vasoconstricción periférica llega a restringir el abastecimiento a los tejidos, puede ocupar el lugar de la protesta y el reclamo por un trato injusto, simbolizando la negativa del sujeto a seguir con la prodigalidad de un suministro “sin retorno”.

responsabilidad de la carencia, lo defiende del sentimiento de impotencia, pero lo conduce a sentirse *indigno* del suministro deseado.

2. La carencia que el sujeto ha interpretado como el testimonio de su *indignidad* incrementa el deseo de lograr una asistencia que no sólo debe satisfacer sus necesidades básicas, sino que, además, deberá restaurar el déficit de su autoestima. Así nace la necesidad impostergable de ser valorado y reconocido por los objetos significativos del entorno, representantes del ideal que puede aprobar o condenar.

3. *El suministro que satisface las necesidades y el amor que sostiene la autoestima pueden representarse mutuamente*, de modo que cuando un sujeto experimenta una vivencia de *indignidad sin esperanzas*, puede intentar obtener un suministro que certifique la *conmiseración que lo transforma en “digno de lástima”*. Cuando conserva, en cambio, la esperanza, puede adoptar una actitud pródiga.

4. *La prodigalidad* es una formación reactiva de la actitud demandante. Con ella se intenta, además, presionar a los objetos para que, en reciprocidad, otorguen la valoración deseada. Tal prodigalidad, producto de un designio inconciente “interesado”, refuerza el sentimiento de indignidad y sirve, al mismo tiempo, para mantener oculta la “actitud” demandante hacia el objeto.

5. Es posible que el sujeto pródigo se sienta, a su vez, “presionado” por los objetos de su prodigalidad, y experimente, frente a ellos, la vivencia de una excesiva demanda. *El sujeto que fracasa en su intento de superar su sentimiento de indignidad mediante la prodigalidad*, experimenta la vivencia de “*desangrarse*”, en una dádiva sin retorno.

6. La prodigalidad manifiesta, como formación reactiva de la indignidad latente, procura mantener un sentimiento de dignidad conciente, y cuando ese propósito se ve amenazado, surge, como formación reactiva más extrema, el *sentimiento de indignación*.

7. Aquello que desde el punto de vista “psíquico” denominamos sentimiento de dignidad, desde el punto de vista “físico” se registra como el conjunto de inervaciones que configura la “clave” de ese sentimiento. Uno de los signos esenciales de la excitación de esa clave es, en condiciones normales, *la presión arterial* fisiológica, dado que la presión arterial, factor esencial para el abastecimiento de los tejidos, se arroga la representación inconciente de la autoestima y el sentimiento de dignidad. Es decir que *la presión arterial forma parte de la clave de inervación del sentimiento de dignidad*.

8. El sentimiento de indignidad, cuando es conciente, debe transcurrir, por lo tanto, con un cierto grado de disminución de la presión arterial, que no es registrado por la conciencia. El sentimiento de indignación conciente

debe acompañarse, por razones análogas, de un cierto grado de elevación, reactiva, de la presión arterial, que pasa desapercibido para la conciencia.

9. *Cuando el sentimiento de indignación no puede desarrollarse* (porque queda referido a una persona que en ese momento representa, inconcientemente, a un objeto pleno de “significancia”, un objeto del cual depende, en alto grado, la autoestima que el que se siente indigno necesita restaurar) *y el sentimiento de indignidad es insoportable* (porque reactiva, regresivamente, una vivencia de desvalimiento demasiado intensa) *puede “sofocarse” el afecto indignidad de dos maneras:*

1) *Transfiriendo la totalidad de la investidura de su clave sobre el elemento hipotensión.* El individuo “se entrega” parcialmente, de un modo inconciente, a una “debilidad” que, si bien lo humilla, también lo protege. Se siente, entonces, “hipotenso”, en lugar de pusilánime, digno de lástima, o indigno.

2) *Descargando la reacción de indignación a través de una clave, deformada,* que la torna irreconocible y la vuelve, nuevamente, viable. Conserva en la conciencia su sensación de “fuerza”. El sujeto se siente “magnánimo”, a expensas de un íntimo trastorno, *la hipertensión*, que, manteniendo artificialmente su autoestima, exigirá futuros desenlaces.

10. Cuando se deforma patosomáticamente *el sentimiento de indignación*, y el total de la investidura de ese afecto se descarga a través del componente *vasoconstricción periférica*, que conforma, como hemos visto, una de las vías de inervación de ese afecto, *se presentan en la conciencia los síntomas de la enfermedad hipertensiva* (o los signos de la misma provenientes del diagnóstico médico) *privados, en ambos casos, de su original significado emotivo.*

IV. Una historia que transcurre entre la indignidad y la indignación

Santiago es enviado por su psicoterapeuta a realizar un estudio patobiográfico, debido a que últimamente, a pesar de estar correctamente medicado desde que le fue hecho el diagnóstico hace seis años, sufría algunos picos de hipertensión que preocupaban a su médico. Hace cinco años se estableció electrocardiográficamente la existencia de una sobrecarga del ventrículo

izquierdo. Actualmente, padece de una hipertensión esencial moderada con cifras que oscilan entre 14 y 18 de máxima y 9 a 10 de mínima.

Tenía 58 años... por momentos se sentía viejo... la presión podía ser peligrosa... por las complicaciones...

Con Dora se animó a convivir y en algún momento hasta pensó en casarse... pero... al final... se quedó con Perla... y con la familia... Y empezó a andar mal de salud... primero, la hipertensión, luego, los pólipos intestinales, y ahora, hasta tenía “un poco de próstata”... aunque de eso, por el momento, dijo el médico, no había que operar...

La última vez fue en el camino a Mendoza... la iba a visitar a Maggy... las mismas molestias del verano después de la panzada de mariscos... en Mar del Plata, con Perla... seguro que era la presión...

Maggy le había dado un nieto... el chiquilín le gustaba... le llevaba un regalo... ¡Parece mentira!... Maggy, la preferida, que le armó el lío con Perla cuando él le confió lo de su relación con Dora, ahora vivía (¡y había tenido un hijo!) con un hombre que todavía no se había divorciado legalmente...

Pensar que él hubiera podido tener un hijo así con Dora... y que en cambio Dora, después de que él la dejó, lo tuvo con otro... A veces los veía... porque se quedaron allí, en el mismo barrio...

Muchas veces había tenido ganas de separarse de Perla... pero ¡los chicos!... sus obligaciones de padre... Aun ahora, que son grandes y profesionales, usan la tarjeta de crédito que paga él... Siempre fue así... la plata de él es de todos... a veces quiso rebelarse, pero siempre se sintió responsable...

A los 18 años, luego de una niñez paupérrima en la cual había añorado intensamente las caricias y la dulzura ausentes, había ingresado en Ciencias Económicas... y a los 20 decidió dejar de estudiar... y se fue a Mendoza para fabricar ropa... y se encariñó con Celina... Pero papá le mandó decir que si no volvía y retomaba sus estudios, no lo volvería a ver más... Y ¡obedeció!... rompió el noviazgo y, respetuosamente, volvió. Por fin... ya contador, la conoció a Perla y se casó... fundó la empresa... ¡un buen hijo!... “para mostrar”, como quería su padre.

Si postergó sus aspiraciones artísticas, los deportes y todo lo que no tuviera que ver con lo que papá esperaba de él... si se casó con la mujer que él le había señalado, con ceremonia religiosa... fue porque, a pesar de la mala relación que siempre tuvieron, nunca hubiera podido traicionar a papá, que predicaba con la vehemencia de un pastor protestante... Hasta lo mantuvo a su padre económicamente desde los 30 años... Y aun ahora, que murió, y aunque sus hermanos pueden... la mantiene a mamá.

Siempre fue generoso... y le hubiera gustado que se lo reconocieran mejor.

Dejar a Dora fue todo un sacrificio... pero no hubo una recompensa igual... Perla no lo trataba con la consideración que él esperaba...

No... dificultades no había... ella ahora se arreglaba un poco más... estaba menos descuidada... pero... algo faltaba... Quizás en Mar del Plata se había hartado con mariscos porque se aburría con ella... Cuando tenían relaciones, ella cumplía... en realidad no podía quejarse, pero se quedaba con la sensación de ser un fracasado sexual...

Con Dora era diferente... Cuando la dejó, y terminó la tortura de abandonar a la familia, al principio, se sintió aliviado... pero apenas pudo disfrutar de ese alivio... por los recuerdos... y porque casi enseguida se empezó a enfermar...

Para colmo, aunque la empresa había mejorado, las cosas se le estaban escapando de control... su primo, que él había incorporado, se fue con otros socios para formar su propia empresa... había perdido el liderazgo luego de la convocatoria de acreedores... a veces sentía que ya no podía continuar...

Tal vez, si el físico aflojaba... era porque algo de su ánimo influía... ¿Acaso no se pasó toda la noche de fin de año triste... pensando en Dora... ¡como tantas otras veces!, aunque lo acompañaba la familia que había decidido no perder?

En los últimos seis años nunca había dejado de tomar, juiciosamente, los medicamentos que le habían recetado, y sin embargo, en aquel día de Año Nuevo en que el dolor le partía la cabeza, el primer Año Nuevo desde que se separó de Dora, tuvo otra subida de presión...

Santiago había sufrido las carencias de una infancia paupérrima de bienestar económico y de bienestar afectivo. Si prefirió creer que sus carencias eran el producto de una falla que, en tanto propia, era subsanable, tuvo que pagar el duro precio de sentir que merecía poco frente a un padre, protestante, de moralidad severa, un padre para quien el ser indigno era un asunto demasiado grave. Y así, para luchar con lo que había transformado una pobreza digna en la indignidad de la miseria, Santiago adquirió, ya desde niño, la actitud de ser pródigo.

Construyó una familia y se hizo cargo de todo, y conservó en el alma, como un inconfesado secreto, el anhelo incumplido de recibir cariño, de cosechar el aprecio y la estima de sus seres queridos. Anhela, y a veces le parece que lo logra, ser digno del respeto y de la consideración de todos.

¿Qué fue lo que no anduvo? Cuando a los 20 años, para ser digno de papá, sacrificó su cariño por Celina, alimentó, sin saberlo y sin quererlo, su sentimiento de indignidad inconciente. Pero era joven... trabajador...

obediente y juicioso, y pudo, gracias a esas cualidades, apuntalar, frente a sí mismo, el sentimiento, claudicante, de que su vida era digna.

Algún día, cuando la fuerza de la juventud mermara, cuando ya fuera difícil mantener la creencia de que el futuro cumpliría las esperanzas, Celina tendría que volver para exigir lo suyo, aquellas promesas incumplidas... las mismas que Santiago se había prometido a sí mismo... Y ese día llegó... y cuando Celina volvió, se llamó Dora...

Pero volvió, ¡otra vez!, a suceder lo mismo... ahora papá se llamó Perla, y también Maggy... ¡La familia!... esa familia sin cuyo respeto y compañía era casi imposible pensar en vivir... Una familia que no daba, una familia que sólo recibía y prometía... como el primo de la empresa... que había prometido sin que llegara nunca el momento de cumplir...

Y así se separó de Dora... con la cual la sexualidad era diferente. Y ahora la recuerda... Quizás también pensaba que todo era lo mismo... y que tampoco Dora, a la postre, le daría lo que ansiaba recibir...

Y ahora, a fin de año, en familia, la recuerda... evitando a duras penas sentirse humillado, cobarde e indigno... en su interior se desata, como una primera marea de este último año, como una “oleada” de sangre que también deberá reprimir, una indignación que “sube” y que hubiera llegado hasta la superficie de la palabra, la emoción y el gesto, si no fuera porque está dirigida hacia quienes ama... los mismos de quienes espera el aprecio que necesita para poder vivir... Sólo quedará un indicio del volcán subterráneo, un indicio que el médico ayudará a combatir...

Dos meses más tarde, en Mar del Plata, haciendo, con Perla, “los deberes” de un “fracasado sexual”, volverán a repetirse el recuerdo, la pena, la culpa, la indignación que los cubre, y el síntoma, el único signo de la tormenta interior...

Atrapado en la noria de un sempiterno círculo, Santiago retornará, periódicamente, con el ritmo que marque la acumulación de sus pulsiones, mal acomodadas en las circunstancias del entorno que él mismo contribuyó a crear, a los mismos síntomas y signos que sustituyen, en él, otra vez, los mismos sentimientos... y todo debería ser igual...

Pero la vida siempre progresa o retrocede en alguna dirección... y la indignación que Santiago deriva hacia la hipertensión arterial se incrementa con un nuevo dolor...

Maggy, la preferida, que tanto había pesado en su decisión de renunciar a Dora, tuvo un hijo... y lo tuvo con un hombre casado... un hijo como el que Santiago hubiera deseado tener y que, finalmente, Dora tuvo con otro... Y ese nieto que Santiago, conmovido, casi a su pesar, comienza a querer, añade un nuevo motivo, y un nuevo dolor, a su necesidad de ser digno...

**PSICOANÁLISIS DE LOS
TRASTORNOS URINARIOS**

(1993 [1978-1992])

Luis Chiozza y Ricardo Grus

Referencia bibliográfica

CHIOZZA, Luis y GRUS, Ricardo (1993h [1978-1992])
“Psicoanálisis de los trastornos urinarios”.

Ediciones en castellano

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.

Traducción al portugués

“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-ímmunes*, Casa do Psicólogo Livraria e Editora, San Pablo, 1999, págs. 65-108.

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 agosto de 1992.

El apartado V corresponde a un trabajo anterior, “Consideraciones sobre la hiperplasia de próstata” (Chiozza y Grus, 1978h), presentado en el IX Simposio del Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicosomática, en enero de 1978.

I. La función excretora

Los sistemas excretores llevan a cabo su función de eliminar los desechos, a través de tres tipos de proceso: *filtración*, *reabsorción* y *secreción*. Las sales y el agua sobrantes, el amoníaco, otros compuestos nitrogenados accesorios del metabolismo y productos derivados del CO₂ son los desechos fundamentales. La *filtración* es un proceso por el cual algunos de los líquidos del cuerpo atraviesan una parte de la estructura excretora. La presión de los fluidos (por ejemplo, la presión sanguínea en los vertebrados) suministra la fuerza necesaria para la filtración. Las células y las proteínas no pasan a través del filtro excretor, pero sí pueden hacerlo la mayoría de los demás componentes. El filtrado recogido en las estructuras excretoras, llamado orina inicial, es, por lo tanto, esencialmente linfa. La separación de los productos de desecho ocurre cuando la orina inicial fluye a través de otra región del sistema excretor en su camino hacia el exterior. Allí tiene lugar la *reabsorción*: las células excretoras en contacto con la orina inicial extraen las sustancias valiosas y las devuelven a los líquidos corporales. La orina restante diluida por la reabsorción de las sales y otros materiales es hipotónica con respecto a los líquidos corporales, y se hace hipertónica (más concentrada que los fluidos del cuerpo) cuando se reabsorbe el agua. El tercer proceso, la *secreción*, puede tener lugar en la misma región general del sistema excretor, o bien en otra parte del cuerpo (las branquias, por ejemplo). La secreción transfiere los materiales desde los líquidos corporales a la orina o directamente al ambiente exterior. Por lo tanto, la secreción y la reabsorción funcionan en direcciones opuestas, pero las sustancias reabsorbidas a menudo difieren marcadamente de las que son secretadas. El líquido remanente, la orina final,

es eliminado hacia el exterior de forma continua o, después de acumularse en una vejiga, intermitentemente. En muchos casos, el sistema excretor se abre al exterior directamente, y en otros, desemboca en la región posterior del tubo digestivo (cloaca) o en los conductos del sistema reproductor que van al exterior (Weisz, 1966*).

Los órganos que, en los mamíferos, contribuyen a la excreción, son el *epitelio nasal*, las *glándulas salivales*, los *pulmones*, el *hígado*, los *riñones*, el *intestino grueso* y la *piel*. Todos los demás órganos con acceso al exterior del cuerpo (sea directo o a través del sistema digestivo) desempeñan, evidentemente, un papel en la excreción. Los riñones ejercen, sin embargo, la principal acción reguladora de la excreción; son imprescindibles para la conservación de la vida (Weisz, 1966*).

Cada *riñón* consiste de una *corteza renal*, externa, y una *médula renal*, interna. Las unidades funcionales del riñón, denominadas *nefronas*, están formadas por un *glomérulo* (pequeño ovillo de capilares sanguíneos), una *cápsula nefrítica* (en forma de copa y de paredes dobles) que rodea el glomérulo y un *tubo nefrítico* que sale de la cápsula. Este tubo contiene dos regiones muy enrolladas, intercomunicadas por un tubo extendido en forma de U (asa de Henle). En su extremo posterior, el tubo nefrítico se abre en un conducto colector que recibe los productos de muchos de estos tubos. Los numerosos *conductos colectores* de un riñón se unen finalmente para formar un amplio vaso, el *uréter*. Este conducto transporta la orina a la *vejiga urinaria*. A medida que la orina se va acumulando, la vejiga se va distendiendo y al llegar a cierto estado de tensión se contrae, reflejamente, y descarga su contenido al exterior a través de la *uretra* (Weisz, 1966*).

Una gran arteria penetra en el riñón en la región por donde sale el uréter y se ramifica progresivamente. Una de las ramas capilares forma el glomérulo del interior de una nefrona y la sangre pasa desde allí a un denso lecho de capilares que envuelve completamente el tubo nefrítico. La sangre sigue después a través de venas progresivamente mayores y finalmente sale del riñón a través de un solo vaso grande. La sangre es filtrada en cada nefrona desde el glomérulo al espacio interior de la cápsula nefrítica. La orina inicial fluye luego a través del tubo nefrítico, en donde tienen lugar la reabsorción y la secreción. La gran longitud de los tubos nefríticos, específica del riñón metanéfrico, es la que capacita a los vertebrados terrestres para la conservación del agua (Weisz, 1966*). Los dos riñones del hombre filtran alrededor de 142 litros de plasma sanguíneo cada día, pero sólo se eliminan aproximadamente 1,42 litros de líquido en forma de orina final; un 99% del agua es reabsorbida por los tubos nefríticos y, especialmente, por las asas de Henle (Croisille, 1981).

Hacia el final de la segunda semana, el embrión humano está constituido por un disco de células ordenadas en dos hojas superpuestas: el endoblasto y el ectoblasto. Al comienzo de la tercera semana, las células primitivamente situadas en el ectoblasto se invaginan en profundidad y se infiltran entre el endoblasto y el ectoblasto para constituir la tercera hoja o mesoblasto. Al final de la tercera semana, el mesoblasto se divide en tres zonas: a lo largo del eje embrionario, el mesodermo paraxial, la lámina lateral y, entre los dos, el mesodermo intermediario o territorio nefrogénico, a partir del cual se diferencian sucesivamente tres riñones: pronefros, mesonefros y metanefros o riñón definitivo (Croisille, 1981).

El riñón está compuesto aproximadamente de *un millón de nefronas*. Además de su función excretora, el riñón tiene importantes funciones metabólicas que han sido olvidadas con frecuencia. Representa el órgano efector de un sistema complejo en el que intervienen la circulación, las glándulas endócrinas, el sistema nervioso, etc. Se puede considerar al riñón como el resultado de la asociación de un filtro (que es relativamente poco selectivo) y de un sistema de reabsorción que tiene, por una parte, una ligera capacidad de reabsorción masiva y, por otra parte, una capacidad sutilmente regulada para el control exacto de la composición de la orina. El glomérulo es una estructura sumamente especializada, formada por capilares sanguíneos cuyo endotelio es más permeable que el endotelio vascular de los otros capilares del organismo. El caudal de filtración glomerular de un glomérulo tomado individualmente está controlado por dos fuerzas: la presión oncótica sanguínea y la presión hidrostática en los capilares glomerulares y en el tubo contorneado proximal. Desde hace algunos años, se han acumulado pruebas que sugieren que *el glomérulo no es únicamente un filtro pasivo, sino que tiene funciones contráctiles y metabólicas importantes* (Morgan, 1981).

En ausencia de hormona antidiurética, tanto el canal colector como el tubo colector son relativamente impermeables al agua: el fluido tubular hipotónico atraviesa el sistema colector sin sufrir grandes modificaciones, emitiendo una orina diluida. En cambio, en presencia de hormona antidiurética, se sustrae agua y el fluido alcanza un equilibrio osmótico en el córtex y se equilibra en la papila con la osmolaridad intersticial elevada; es así como se emite orina concentrada. Hay también movimientos asociados de urea gracias al gradiente osmótico elevado que se ha creado; estos movimientos podrían ser esenciales para aumentar la capacidad del sistema de contracorriente. Sin embargo, los tubos y los canales colectores son más que sistemas de equilibrio osmótico: absorben activamente sodio, secretan K^+ e H^+ y regulan la composición final de la

orina. El *aclaramiento* de una sustancia se mide por el volumen de sangre o de plasma completamente depurado, de esa sustancia, por unidad de tiempo. La circulación renal está implicada en la regulación de la función renal. La autorregulación impide alteraciones importantes de la función renal que serían ocasionadas por variaciones de la presión arterial (por ejemplo, en el curso del ejercicio, emociones, etc.). Las variaciones de caudal asociadas a una reducción del débito cardíaco modifican la función renal, por intermedio del sistema simpático y de la secreción de la enzima renal que se denomina *renina* (Morgan, 1981).

Al nacer, el riñón humano es inmaduro, tanto en su estructura morfológica como en su función fisiológica. La función renal aumenta paralelamente al crecimiento del individuo; este aumento es debido a un crecimiento de la función de las nefronas individuales, puesto que el número total y definitivo de nefronas existe ya en el recién nacido. En el adulto, el riñón conserva un tamaño y una función relativamente constantes; sin embargo, si se lesiona o se extirpa un riñón, el otro se hipertrofia hasta tal punto que el caudal plasmático renal y el canal de filtración glomerular sólo son discretamente inferiores a la normalidad. El factor o los factores que gobiernan este fenómeno no se conocen. A partir de los 40 años, sobreviene una disminución progresiva de la función renal de tal forma que a los 90 años la función renal media es aproximadamente el 50% de la media a los 20 años. El caudal de filtración glomerular, el caudal plasmático renal, la masa tubular y la capacidad de concentración disminuyen. No se sabe si es un envejecimiento propio del riñón o es consecuencia de la extensión de las lesiones vasculares intrarrenales (Morgan, 1981).

II. El erotismo urinario según Freud y otros autores

1. El erotismo urinario según Freud

Freud vincula el erotismo urinario con:

a) *La vergüenza*. Escribiéndole a Fliess respecto a un paciente sostiene que debe estar relacionada con la micción involuntaria (Freud, 1950a [1892-1899]*, carta 97, del 27 de setiembre de 1898). Años más tarde, en el caso del “Hombre de los Lobos”, dice: “Es muy asombroso que la reacción de la vergüenza se conecte de manera tan estrecha con la micción involuntaria (tanto diurna como nocturna), y no, como uno habría esperado, también con la incontinencia intestinal” (Freud, 1918b [1914]*, pág. 85 n. 2).

b) *El orgullo y la megalomanía*. Recordando el sueño del conde Thun, se refiere a su relación con sus padres. Luego, interpretando otro sueño propio, escribe: “El chorro de orina que todo lo limpia es una inequívoca alusión a la grandeza” (Freud, 1900a [1899]*, pág. 467).

c) *La competencia*. A este respecto nos explica Freud: “la extinción del fuego mediante la orina... era por tanto como un acto sexual con un varón, un goce de la potencia viril en la competencia homosexual” (Freud, 1930a [1929]*, pág. 89 n. 1).

d) *El placer evacuatorio, la masturbación y las poluciones*. En el historial “Fragmento de análisis de un caso de histeria” (Freud, 1905e [1901]*), a través del análisis del primer sueño, en el que Dora ve a su padre al lado de su cama y a su madre tratando de salvar el alhajero con joyas para que no arda, Freud llega a la conclusión de que Dora debe haber sido enurética en su infancia. Agrega que este tipo de enuresis, que desaparece y vuelve a aparecer, no reconoce otra causa que la masturbación. En “Las exteriorizaciones sexuales masturbatorias” sostiene: “...del aparato sexual todavía no desarrollado da testimonio casi siempre el aparato urinario, que se presenta, por así decir, como su portavoz. La mayoría de las llamadas afecciones vesicales de esta época son perturbaciones sexuales; la *enuresis nocturna*, cuando no responde a un ataque epiléptico, corresponde a una polución” (Freud, 1905d*, pág. 172). En “El sepultamiento del complejo de Edipo” (Freud, 1924d*) señala nuevamente que la enuresis persistente puede equipararse a la polución de los adultos. Los niños son amenazados con la castración por la incontinencia nocturna, como si ésta fuera una prueba de sus juegos masturbatorios.

e) *El fuego y el agua*. Interpretando el primer sueño de Dora, observa que la madre de su paciente quería salvar su alhajero para que no “arda”, mientras que en las ideas latentes del sueño el problema era que aquél no se “moje”. Explica luego que el fuego sirve también como una representación directa del amor y que éste “hace que las cosas se mojen” (Freud, 1905e [1901]*). En el caso del “Hombre de los Lobos”, Freud (1918b [1914]*) observa, como lo hizo en el historial de Dora, la relación regular que existe entre la incontinencia vesical y el fuego. En *El malestar en la cultura* (Freud, 1930a [1929]*) y en “Sobre la conquista del fuego” (Freud, 1932a [1931]*), sugiere otra modalidad de relación entre ambos elementos. En ambos trabajos señala que no caben dudas acerca de la concepción fálica mítico-primitiva de las lengüetas de fuego. Sostiene que cuando nosotros mismos hablamos del “fuego de la pasión” y de las llamas que “lengüetean” o “lamen” un material combustible, es decir, cuando comparamos la llama con la lengua, no nos alejamos mucho del pensamiento de nuestros antepasados primitivos. “Es

posible que en estas reacciones y nexos estén presentes unos precipitados de la historia cultural de la humanidad, de raíces más profundas que todo cuanto se ha conservado para nosotros por sus huellas en el mito y en el folklore” (Freud, 1918*b* [1914]*, pág. 85 *n.* 2). A este respecto nos explica que la extinción del fuego por la micción fue entonces una clase de acto sexual con un hombre, un goce de la potencia sexual en una competencia homosexual, “sin duda, la premisa de que para el hombre primordial el intento de apagar el fuego mediante su propia ‘agua’ significaba una lucha placentera con otro falo” (Freud, 1932*a* [1931]*, pág. 176).

La antítesis entre el fuego y el agua lo lleva a postular que el aprovechamiento del fuego tuvo por condición previa una renuncia instintiva, el abandono del deseo de apagarlo con el chorro de orina.

f) *Las fantasías de nacimiento y de regresión al vientre materno.* Freud (1900*a* [1899]*) explica que Rank ha demostrado que todos los sueños de nacimiento hacen uso del mismo simbolismo que los sueños con un estímulo urinario. También Freud (1900*a* [1899]*, 1916-1917 [1915-1917]*) se ocupa de los contenidos de sueños tales como estar en el agua. El nacimiento es expresado en el sueño, por lo general, mediante una relación con el agua (Freud, 1916-1917 [1915-1917]*, 1939*a* [1934-1938]*), igual que la vida intrauterina y el líquido amniótico que, además, quedan asociados con la orina, la enuresis y la vejiga llena (Freud, 1900*a* [1899]*).

g) *Las fantasías o sueños diurnos.* En diferentes lugares de su obra, Freud hace referencia a la ambición. Las fantasías o sueños diurnos son un ejemplo más. En ese sentido afirma que “conocen dos metas principales: la erótica y la de ambición” (Freud, 1908*e* [1907]*, pág. 130). De la misma manera, recordemos, sugiere que la enuresis aparece en lugar de una polución.

h) *La ambición.* En “Carácter y erotismo anal” encontramos su primera mención explícita acerca de la conexión entre el erotismo urinario y la ambición cuando, después de vincular el orden, la ahorratividad y la pertinacia con el carácter anal, sostiene: “Sería preciso considerar, en general, si otros complejos de carácter no permitirán discernir su pertenencia a las excitaciones de determinadas zonas erógenas. En ese sentido hasta ahora sólo he tenido noticia sobre la desmedida, ‘ardiente’, ambición de los otrora enuréticos” (Freud, 1908*b**, pág. 158). En el mismo sentido, en las *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis* dice: “Un vínculo semejante, quizás todavía más firme, hallamos entre la ambición y el erotismo uretral (que el que existe entre el orden, la ahorratividad y la pertinacia con el carácter anal)” (Freud, 1933*a* [1932]*, pág. 94). Siguiendo a Freud, pensamos que de los puntos señalados, la ambición, específica del erotismo uretral, permite comprender a todos ellos.

2. El erotismo urinario según otros autores

Valoración narcisista de los procesos excretorios. Abraham (1920) estudia la valoración narcisista de los procesos excretorios y sostiene que la idea primitiva de la omnipotencia de los pensamientos corresponde a la idea de omnipotencia de las funciones excretorias. Relata haber visto a niños orinando en grandes charcos e imaginando luego que todo el charco había sido obra suya. También recuerda haber observado a un niño que orinaba en un lago y se alegraba pensando que podía causar una inundación. Esto lo conduce a pensar, coincidiendo con Freud y Jones, que el modo masculino de orinar despierta fácilmente fantasías ambiciosas.

Abraham (1920) destaca además otro aspecto importante referido al erotismo urinario: la incapacidad para decidirse, *placer de “retención”*, o la tendencia a ir aplazando el comienzo de un trabajo, *placer de “evacuación”*.

Sensaciones de vergüenza, ambición y orgullo; competencia infantil en la micción. Jones (en Dosuzkov, 1924) encuentra el origen de este complejo en el orgullo que el niño experimenta cuando es capaz de controlar sus esfínteres. La diferencia anatómica entre la uretra masculina y la femenina con respecto al recto, da lugar a la competencia infantil en la micción y hace sentir al hombre orgulloso de poder dirigir su corriente de orina.

Rasgos de carácter. Coriat (1924) se ocupa de describir algunos rasgos de carácter. Afirma que son tanto aquellos impulsos que persisten sin cambio desde su estado uretral, mojar la cama junto con el placer experimentado en este hecho, como su sublimación, la que se expresaría en el amor por actividades todas vinculadas con el agua, la natación, el remo, la náutica, o bien formaciones reactivas tales como la vergüenza, la ambición y el miedo al agua (Coriat, 1924).

Impulsos sádico-uretrales. El niño considera a la orina como algo peligroso, que quema, hiere, corta y envenena. Melanie Klein (1931) continuó la línea de investigación de Abraham, quien sostenía que las funciones y productos del intestino y la vejiga se utilizan como vehículo de impulsos hostiles.

Arminda Aberastury (1951), coincidiendo con Abraham y Klein, encuentra frecuentemente, en los análisis de niños enuréticos, fantasías de inundar y destruir con orina, así como fantasías de restituir los líquidos quitados por asalto al cuerpo de la madre.

La relación entre las funciones genital y urinaria. Weizsaecker (1947a), a través de un paciente psicoanalizado por él, plantea que un conflicto edípico puede expresarse mediante un trastorno urinario. La inhibición genital se

hallaba vinculada a la relación con ambos padres, que habían establecido normas rígidas de educación religiosa que, entre otras, implicaban la prohibición de tocarse el pene, excepto en las situaciones imprescindibles. La contracción del meato urinario y la retención de la orina le permitían, al paciente, un placer orgástico que sustituía al placer genital prohibido.

La orina como líquido amniótico y la enuresis como expresión de la fantasía de regresión al vientre materno. Aberastury (1951) plantea que la enuresis también expresaría fantasías de retorno al vientre materno. En ese sentido, la orina representaría el líquido amniótico dentro del cual el niño queda protegido frente a la exigencia del mundo de definirse como varón o como mujer. Señala, además, que todos los niños tratados tuvieron un aprendizaje precoz y generalmente severo del control de sus esfínteres.

Enuresis, impulsividad, carácter impulsivo y psicopatía. Michaels (1956) enfatiza la necesidad de estudiar la significación de la zona uretral en la formación del carácter. En este sentido expresa el punto de vista de que la impulsividad relacionada con la zona uretral podría formar la contrapartida de la compulsividad asociada a la zona anal. Al elaborar el concepto de enuresis persistente (el tipo persistente es el que transcurre sin interrupción desde el nacimiento y se lo considera como el más maligno) como una perturbación del carácter, de naturaleza bio-psico-social, de elevada incidencia entre delincuentes juveniles mayores de 12 años, Michaels sugiere ampliar “los tipos libidinosos” estudiados por Freud (1931a*) e incluir un “carácter impulsivo”. La inclusión de tal tipo prestaría atención a la zona uretral y permitiría que la personalidad psicopática de la psiquiatría clínica sea psicoanalíticamente caracterizada como el tipo de carácter impulsivo, que hunde sus raíces en lo uretral.

La micción excesiva como una expresión simbólica y vicariante de las lágrimas. Yazmajian (1966) señala que la exigencia cultural de que los niños sean “pequeños hombres” lleva a la represión del impulso de llorar y puede contribuir a la mayor incidencia de la enuresis en los niños respecto de las niñas.

Lijalad (1970) estudia el caso de una niña de 6 años que concurrió a su consulta debido a una enuresis, que alternaba con una tos de tipo espasmódica. El material de las sesiones la llevó a pensar que la enuresis de su paciente podría constituir la expresión de un llanto contenido. Estas lágrimas, que no podían llorarse por los ojos, aparecían en forma patológica a través de la orina. Lijalad se apoya en los desarrollos realizados por uno de nosotros (Chiozza y colab., 1970p [1968]) sobre la fantasía general exudativa. El llanto que no es vertido por los ojos puede aparecer en forma vicariante a través de diversos exudados.

Procesos de depuración y excreción dentro del aparato psíquico. Devicenzi, Korovsky y Turjanski (1971) consideran “lo renal” como la representación de una modalidad de funcionamiento del aparato psíquico. Los autores suponen la existencia de procesos de depuración y excreción dentro del aparato psíquico, que describen como “lo renal”. Suponen también la existencia de una fijación renal en el desarrollo tánato-libidinoso y denominan “renalidad” al predominio que en un momento de la vida del individuo adquiere “lo renal”. Basándose en las ideas de Freud acerca de las vicisitudes de la libido objetal y la libido narcisista desexualizada, vinculan “lo renal” al proceso de desexualización y lo adscriben al polo visual-ideal del yo. Este proceso sería imprescindible para la primera etapa de la sublimación (formación de símbolos) y de la identificación. La desexualización, que se llevaría a cabo mediante un proceso de duelo, dependería de la capacidad renal del yo. La segunda etapa de la sublimación (como una de las formas de materialización) se realizaría a través de la capacidad hepática del yo. La sazón sería la vivencia adscripta al proceso de depuración renal. Los términos “ganas” y “desgano” son los habituales para hacer alusión a la sazón y desazón.

III. Las fantasías específicas de la excreción urinaria

Cuando nos referimos a las fantasías específicas de la excreción urinaria empleamos el término “urinario”, como lo hizo Freud, para designar al erotismo emanado de la zona erógena que corresponde a esa función.

El término “urinario” es más amplio que el término “uretral”, que forma parte de la expresión “fálico-uretral”, de uso corriente en psicoanálisis. Pensamos que la relación que mantienen entre sí es semejante a la que existe entre la expresión “oral-digestivo” (introducida por Garma) y el vocablo “oral”, de empleo más frecuente.

En ambos casos, los términos más usados señalan los contenidos más cercanos a la conciencia y se refieren a zonas corporales en donde se encuentra la piel con la mucosa. Los términos “oral-digestivo” y “urinario”, en cambio, comprenden una zona corporal más amplia, y podemos suponer que las fantasías inherentes al funcionamiento de la zona que comprenden acceden a la conciencia con mayor dificultad.

Debemos también tener en cuenta que, a semejanza de lo que ocurre con las fantasías hepáticas (Chiozza, 1970a, 1974b), existen, entre las fantasías excretorias urinarias, fantasías primarias, renal-parenquimatosas, y fantasías secundarias, que corresponden a las vías urinarias.

1. La fantasía general excretoria

El psicoanálisis denomina *duelo* a un proceso normal de elaboración psíquica frente a una pérdida de objeto. Dicho proceso se caracteriza por una dolorosa sobrecarga de los recuerdos, y su desenlace, posterior a una fase de retracción de la libido, conduce a la investidura de un objeto sustituto.

Señalamos, investigando en los trastornos hepáticos (Chiozza, 1963a), que el proceso de identificación concluye con un duelo, que denominamos *primario*, a través del cual se renuncia a la parte del objeto y del yo que debe ser abandonada. Ese duelo conduce a que se depositen en el yo las investiduras retiradas de otras posibilidades de crecimiento yoico. En otras palabras: su desenlace normal es narcisista y ocurre manifestándose en un particular crecimiento del yo. Pensamos entonces (Chiozza, 1963a; Grus, 1970) que la actitud de desechar, renunciar o abandonar, que forma parte del duelo primario implícito en toda identificación, constituye una fantasía específica de los sistemas excretores.

Weizsaecker se pregunta respecto de una paciente con nefritis: “¿Por qué se ha elegido precisamente un riñón, una inflamación renal?”, y a continuación responde: “El riñón es un órgano excretor; también la psique se comporta de un modo tal que adopta lo que cree conforme con ella, y elimina lo disconforme” (Weizsaecker, 1951a, pág. 30).

Una persona con un duelo primario perturbado por alteraciones en el modo de funcionar “excretorio” de la psique, es una persona con dificultad para abandonar aquellos ideales o proyectos que no puede materializar, provengan sus estímulos de una exigencia “externa” o de un deseo “interno”. Podemos pensar que tal insuficiencia “excretoria” es la consecuencia de una incapacidad previa para discernir, entre los ideales, aquellos que configuran lo posible. Hay veces en que la imposibilidad deriva del intento de materializar a un mismo tiempo ideales aisladamente posibles que son contradictorios.

Un paciente recordaba un episodio de su infancia en el cual retornaba de la juguetería sin haberse podido comprar un juguete, ya que elegir alguno lo enfrentaba con la necesidad de abandonar la posibilidad de comprarse algún otro. Ese temor de que en el proyecto desechado se encuentre precisamente aquello que se anhela es la situación que desencadena el trastorno en la posibilidad de realizar el duelo primario.

Desembocamos así en un doble interrogante:

- 1) ¿Qué cualidad debe poseer un objeto, o un proyecto, para que renunciar a él sea imposible?

2) ¿Por qué motivo ocurre semejante incertidumbre con respecto al lugar donde se encuentra aquello que no es posible abandonar?

Si atendemos a las condiciones que determinan la formación del ideal a partir de la imposibilidad del yo precoz para mantenerse unido frente al impacto de las primeras identificaciones, comprendemos que el intento de reunión con esa primera adquisición perdida constituye el anhelo más fuerte que es dable imaginar y equivale a una “falta” que configura la más importante carencia. Encontramos aquí la respuesta a nuestra primera pregunta.

La segunda cuestión se vuelve entonces mucho más intrigante. Sólo podemos aventurar una hipótesis: el trauma de la identificación que no pudo sostenerse debe haber sido lo suficientemente intenso como para que la represión haya rechazado también las huellas del “camino” que conduce a su recuperación⁴⁵.

De acuerdo con los significados etimológicos y semánticos de la palabra “excretar” (Chiozza, 1963a), propusimos (Grus, 1977) llamar “capacidad de discernir” a la capacidad “excretora” de la psique⁴⁶.

⁴⁵ Estos significados parecen formar parte del mito de Poseidón, el dios de todas las aguas, cuyo nombre parece remitir al significado de “esposo de Da” (Rose, 1973), antiguamente la Tierra, a la cual los mares “abrazan”. En lo que respecta a la vinculación de Poseidón con las fantasías urinarias, vinculación que estudiamos en un trabajo anterior (Grus, 1977), nos basta con citar a Freud (1900a [1899]*) cuando afirma que “las personas que sienten una gran alegría en abrirse camino a través de las olas han sido, por regla general, enuréticos”, ya que, de acuerdo con lo que narra el mito, Poseidón recorría todos los días su vasto dominio, mientras las olas se abrían a su paso. Poseidón fue entregado por su madre Rea, la Tierra, a su padre, Cronos, para ser devorado, pero luego ésta lo instó para que mate a su padre, some a sus hermanos y se case con ella en un vínculo que es representante del acto, y es representado por el acto, mediante el cual el agua fertiliza la tierra. Surge de lo que decíamos entonces (Grus, 1977) que Poseidón fracasa en sus aspiraciones, que considerábamos prototípicamente ambiciosas, porque la cuádruple y contradictoria “instigación” de su madre lo inducía al intento, desesperado, de satisfacer un deseo cuya finalidad y cuyo objeto concientemente “ignoraba”.

⁴⁶ Corominas (1983) señala que “excretar” es un derivado de *excernere*, “separar cribando”, que a su vez lo es de *cernere*, “cerner”. Para Walter W. Skeat (1972) podría traducirse también como “investigar” o “separar investigando”, significado que implica una tarea más activa que la de cribar. Según el diccionario de la Real Academia Española (1985), entre las acepciones de “cerner” se encuentran las siguientes: “observar, examinar, depurar, afinar los pensamientos y las acciones”. El mismo texto explica que “discernir” significa: “distinguir una cosa de otra, señalando la diferencia que hay entre ellas. Comúnmente se refiere a operaciones del ánimo”.

Dado que la zoología (Weisz, 1966*) sostiene que todo órgano conectado con el exterior forma parte del sistema excretor, parecería adecuado suponer la existencia de una fantasía general excretoria que asocia a la excreción urinaria con la hepática y con todas las demás excreciones del organismo.

Nos parece posible postular que la fantasía general excretoria es inherente a una capacidad de discernir de la cual depende, indisolublemente, la posibilidad de realizar duelos primarios.

Siguiendo un razonamiento análogo al que utilizamos en un trabajo anterior (Chiozza y colab., 1970p [1968]) refiriéndonos a la fantasía general exudativa, podemos decir que cuando la libido que corresponde a la pulsión parcial urinaria toma el camino regresivo hacia la fantasía general excretoria, puede alcanzar la posibilidad de quedar representada mediante alguna de las otras excreciones.

2. Fantasías específicas de las vías urinarias

En 1908, Freud publica “Carácter y erotismo anal”. Allí sostiene: “Sería preciso considerar, en general, si otros complejos de carácter no permitirán discernir su pertenencia a las excitaciones de determinadas zonas erógenas. En ese sentido hasta ahora sólo he tenido noticia sobre la desmedida, ‘ardiente’, ambición⁴⁷ de los otrora enuréticos” (Freud, 1908b*, pág. 158). Freud no nos ofrece explicación alguna acerca del vínculo establecido entre la ambición y la excreción urinaria.

En *El malestar en la cultura* (Freud, 1930a [1929]*) y en “Sobre la conquista del fuego” (Freud, 1932a [1931]*), señala que en el lenguaje habitual no sólo decimos que las llamas “laman” a los objetos combustibles, sino que hablamos a menudo del “fuego” de una pasión. Afirma que en nexos como estos deben estar presentes “precipitados” de la historia cultural de la humanidad más profundos aun que aquellos que han dejado sus huellas en los mitos y en el folklore.

Señala también que el fuego representa la cotidiana operación de las pulsiones y que mantenerlo encendido, la conquista cultural simbolizada en el robo prometeico, equivale a una renuncia a la satisfacción de esas pulsiones, renuncia que adquiere las características de un tormento igualmente cotidiano.

⁴⁷ Ambición: (Del latín *ambitio-onis*, de *ambire*, pretender) Pasión por conseguir poder, riquezas, dignidad o fama. Ambicionar: Desear ardientemente alguna cosa. (Ambas definiciones en Real Academia Española, 1985.)

La antítesis entre el fuego y el agua lo lleva a postular que el aprovechamiento del fuego tuvo por condición previa una renuncia instintiva, el hombre tuvo que abandonar el deseo de apagar el fuego con su propia “agua”, el chorro de orina.

El significado de esa renuncia queda más claro si tenemos en cuenta que, como dice Freud (1932a [1931]*), la mitología otorga a los dioses el privilegio de satisfacer todos sus deseos, de modo que, al apagar el fuego con su orina, el hombre se siente orgulloso, omnipotente; piensa que, como los dioses, puede satisfacer también todos sus deseos y contar con los mismos privilegios.

La conquista cultural, en cambio, representada por la conservación del fuego, constituye una insatisfacción instintiva, y el fuego simboliza, en esas circunstancias, el mantener los deseos “encendidos”. En un trabajo anterior (Chiozza y colab., 1995p [1985]) decíamos que la renuncia a la satisfacción instintiva podía conducir a una situación de “sobree excitación” interpretable como una erotización, secundaria, de las ganas. Nos encontraríamos, entonces, con el “fuego” de la ambición “ardiente” a la cual se refería Freud (1908b*), situación que, en otros términos, equivale a una vivencia de castración genital⁴⁸.

La ambición, que el diccionario define como una pre-tensión, como un deseo ardiente es, en nuestra opinión, la fantasía específica de la tensión correspondiente a la retención urinaria, y el orinar equivale a la renuncia a la ambición⁴⁹. En otros términos podemos decir que la excreción urinaria

⁴⁸ Sosteníamos también, en el trabajo citado, que en la patología ampollar debe expresarse una “lucha” entre una excitación (correspondiente 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 descontento (la palabra “descontento” condensa de este modo las dos significaciones: la pérdida de la continencia y la falta de satisfacción esperada). El impulso, desautorizado egosintómicamente, engendra malestar, tensión, sensación de frustración ante la carencia reiterada de la oportunidad propicia, carencia que, como veremos luego, corresponde al afecto desazón.

⁴⁹ Véase *La tragedia de Macbeth*. El carácter marcadamente ambicioso de Macbeth ha sido subrayado por numerosos autores, entre los cuales se cuenta el propio Freud. En otro trabajo (Grus, 1979), señalábamos la genial intuición de Shakespeare cuando, presintiendo la vinculación entre los trastornos urinarios y la ambición que enferma, pone en boca de su personaje las siguientes palabras: “Si pudieras, doctor, analizar la orina de mi pueblo, encontrar su enfermedad, y purgarlo hasta restituirle su vigorosa y prístina salud” (Shakespeare, *La tragedia de Macbeth*, pág. 539).

apaga la ambición precisamente porque entonces se realiza el duelo primario por lo que, de este modo, pudo ser excretado.

Creemos que, secundariamente, aparece la fantasía “ambiciosa” del orinar lejos, o de algún otro modo que produzca orgullo, interpretada habitualmente como rivalidad edípica y fálica. Consideraciones análogas son válidas para la situación contraria, que mantiene la ambición encendida y frustrada, y a la cual se refiere la expresión popular: “Se le cortó el chorro”.

Si tenemos en cuenta que la ambición es un afecto, podemos también sostener que un grado “normal” de contención urinaria forma parte de su clave de inervación, y que la patología de las vías urinarias debe corresponder a la deformación patosomática de la clave de inervación de la ambición. De modo que, como lo sostuvimos en un trabajo anterior (Chiozza y colab., 1995p [1985]), la patología de las vías urinarias equivale a un trastorno particular dentro de las alteraciones correspondientes a la patología ampollar⁵⁰.

⁵⁰ Reproducimos aquí, por lo tanto, los cinco puntos que resumen la fantasía específica de las ampollas: 1) Todas las vejigas, vesículas, ampollas y quistes del cuerpo humano, sean normales o patológicas, extraen su forma o configuración de una matriz estructural común cuyo significado constituye una fantasía inconciente específica de las “ampollas” en general. 2) En las ampollas se materializa una fantasía de almacenamiento o “depósito de las ganas” que equivale a la capacidad *de espera*. Este funcionamiento normal de las ampollas, vesículas o vejigas, se encuentra relacionado con una buena continencia y corresponde al sentimiento de estar contenido o contento. 3) De acuerdo con el modelo general de la formación de síntomas, en la patología ampollar se expresa patosomáticamente la descomposición del afecto correspondiente a “estar contento”. Se trata de la lucha, y la consiguiente transacción, entre un 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. La excitación acumulada ingresa así en las ganas que se experimentan como *ardientes*, o también en la vivencia de estar “hinchado”, a presión; pero al mismo tiempo la descarga se vivencia como un desperdicio que dejaría al sujeto *des-contento*, en el doble sentido de incontinente e insatisfecho. 4) La carencia reiterada de la oportunidad propicia para la descarga deriva, entonces, de que se ha establecido un círculo vicioso. La intención se ha vuelto pretenciosa, en el sentido de que el que pretende pre-tiende, es decir que “tiende” antes de reunir las condiciones necesarias para satisfacer la tendencia hacia ese particular objeto. El sujeto, por no renunciar a lo ideal, renuncia a discernir entre lo ideal y lo posible. Su intención adquiere así un carácter fanfarrón y *ampuloso*. 5) El depósito de las ganas, que comienza por ser forzoso en mérito a las fantasías que lleva involucradas, termina por ser secundariamente erotizado. El placer, perverso, consiste entonces en pre-tender, y el fracaso reside en ob-tener, porque lo que se obtiene parece siempre demasiado poco. La excitación ardiente se establece

En el lenguaje popular, el deseo ambicioso de poseerlo todo suele denominarse *angurria* (Vaccaro, 1979). Esta acepción no es la misma que la del diccionario de la Real Academia Española (1985): “angurria”: “micción dolorosa”; derivado de “estranguria”, “estrangulamiento de orina”. El saber popular supo unir la incapacidad de discernir, que origina una ambición imposible, con la dificultad para orinar, vinculando, de manera inconciente, las dos acepciones del término “angurria”. Corominas (1983) sostiene que la acepción americana de “angurria”, “ansia, deseo”, se debe a una confusión de “angurria” (“micción dolorosa”) con el dialectal “engurriarse”, “arrugarse”, de donde “encogerse”, “entristecerse”. La confusión que señala Corominas no invalida sino que refuerza la afirmación de que existe una comunidad de sentido inconciente.

El lenguaje popular, en la frase “estar meado por los perros”, sintetiza angurria y engurria. *Ser meado por los perros* representaría la vivencia de estar sometido al maltrato de que alguien inferior cumpla sus ambiciones con uno, cuando uno mismo se siente imposibilitado de llevar a cabo las propias.

3. Fantasías específicas renales

Interpretamos el sentido de un buen funcionamiento renal como una adecuada capacidad de “concentración y dilución” (Grus, 1977, 1986). Así como un buen funcionamiento renal implica una equilibrada relación, homeostática, entre *la capacidad de dilución y la capacidad de concentración*, en las fantasías renales podemos utilizar casi los mismos términos para referirnos a una buena o mala concentración o dilución en la realización de los propósitos.

Cabe distinguir un funcionamiento equilibrado, que tiene en cuenta los límites que la capacidad de materialización y las circunstancias imponen, de un funcionamiento “erróneo”, que puede ser descripto como un encierro pretencioso centrado en el propósito ambicionado.

entonces como un fin en sí misma, independiente de su satisfacción. Cuando el impulso retenido, pulsando rítmicamente, termina por obtener la descarga en el momento más inoportuno, esta claudicación de la espera erotizada y *retentiva* se constituye como un “desperdicio” de las ganas, que es pura incontinencia. (Chiozza, 1986b, cap. IX, apdo. “Estudio psicoanalítico de las ampollas”; Chiozza y colab., 1995p [1985])

IV. Estudio psicoanalítico de la litiasis urinaria

1. La anatomía patológica y la fisiopatología de la litiasis

Se llama litiasis a un proceso morboso caracterizado por la formación de conglomerados, de solidez variable, que se depositan generalmente en trayectos canaliculares (Barrera, Amallo y Schaffroth, 1978). Se los encuentra en los conductos excretores de la orina, bilis y saliva, conductos que tienen una estructura histológica semejante y que son fisiológicamente análogos.

Desde la notable edición del *Traité de la anatomie pathologique générale* de Cruveilhier en 1852, poco se ha agregado sobre el tema. Pensamos que, por el contrario, se ha perdido mucho. Se ha perdido, por ejemplo, la detallada descripción de los cálculos y de las complicaciones clínicas de la litiasis.

Las complicaciones de la calculosis han reducido o transformado, en nuestra época, su modo de expresión, debido, quizás, al conocimiento de que gran parte de las infecciones urinarias eran “introducidas” por maniobras instrumentales médicas y, además, al uso de la antibioticoterapia.

Cruveilhier realiza algunas consideraciones generales a partir de la química orgánica, para aclarar el oscuro tema de la patogenia de los cálculos propiamente dichos, y de todos los depósitos insolubles que se producen en la economía.

El cálculo está formado por una, dos o varias sales que se encuentran normalmente o patológicamente en solución en un líquido excretado. Casi siempre están provistos de un núcleo que interviene en la producción de los cálculos a la manera de un cristal que, sumergido en una aguamadre, atrae hacia sí las moléculas salinas disueltas y se transforma en el centro de su reunión sucesiva.

Los líquidos que permanecen o que circulan en el cuerpo, aquellos que bañan nuestros tejidos y nuestros órganos, pueden ser considerados como soluciones más o menos saturadas de las sustancias más variadas de naturaleza orgánica o mineral. Con gran frecuencia, estos materiales disueltos son solubles en agua; así, la urea, el cloruro de sodio, el carbonato de sodio, el fosfato de sodio, se disuelven con gran facilidad sin la intervención de ningún otro agente. No sucede lo mismo con un gran número de otras sustancias, naturalmente insolubles o poco solubles en agua, las cuales se disuelven en los líquidos de la economía sólo gracias a ciertos principios que, combinándose entre ellos, modifican su solubilidad. En base a esto podemos decir que muchos de los líquidos del organismo constituyen soluciones sobresaturadas de ciertas sustancias naturalmente insolubles

en agua, y se depositan con gran facilidad en cuanto la constitución del líquido complejo que las contiene en solución sufre la menor alteración.

Otras causas pueden producir el mismo resultado. En ciertas condiciones, los materiales insolubles pueden producirse en mayor cantidad que normalmente, depositándose de este modo en el líquido que debería disolverlos. Es así que vemos frecuentemente que el ácido úrico se forma en exceso en la economía y produce arenillas o da lugar incluso a la formación de un cálculo urinario.

La tercera posibilidad de precipitación de materiales insolubles en los líquidos del cuerpo, corresponde a la secreción anormal de una sustancia insoluble, por ejemplo, el ácido oxálico.

La producción de cálculos biliares y urinarios constituye una patología muy común en la especie humana. Esta frecuencia no resulta sorprendente si consideramos que los líquidos, a expensas de los cuales se forman, son ciertamente los productos de excreción más complicados de la economía. Escribe Cruveilhier que, aunque su proposición parezca un poco arriesgada, los cálculos urinarios se revelan durante la vida por un acontecimiento más o menos grave.

Los cálculos propiamente dichos pueden ocupar todos los puntos del aparato excretor urinario, pero se forman preferentemente en las cavidades destinadas a servir de reservorios a la orina. La orina permanece allí casi en reposo, sin ser agitada como cuando circula por las vías del aparato urinario.

Los cálculos, entonces, se forman más particularmente en la vejiga, los cálices y la pelvis renal. Allí, sumergidos en el mismo medio que contiene en solución los materiales que los componen, pueden agrandarse libre y uniformemente, tomar un volumen considerable, una forma a menudo regular y adquirir una dureza que es a veces muy notable.

Se puede decir de una manera general que la formación de los cálculos tiene lugar en virtud de una verdadera cristalización de los materiales que se separan de un líquido. Este enfoque agrega condiciones especiales que aportan algunas modificaciones al fenómeno puramente físico.

Los materiales insolubles se depositan generalmente en forma pulverulenta o en forma de cristales microscópicos. ¿Cómo se hace este polvo, estos cristales que se aglomeran con tanta facilidad y dan lugar, a veces, a masas que ofrecen una solidez tal, que resulta difícil romperlas? Hay una condición especial que interviene en los fenómenos de esta cristalización lenta y que produce el efecto que buscamos explicar.

Los líquidos orgánicos tienen, en general, una constitución muy compleja, y todas las veces que uno de sus principios constituyentes se separa, es raro que no arrastre con él alguna otra sustancia, igualmente

contenida en el líquido. En otras palabras, los materiales de un cálculo no son jamás sustancias puras, principios separados de toda mezcla. Se suelen encontrar en los cálculos pequeñas cantidades de una sustancia insoluble. Así, por ejemplo, en los cálculos fosfáticos, el fosfato de calcio, que constituye por sí mismo una sustancia amorfa, poco coherente, está mezclado con una pequeña cantidad de mucus que precipita con él y que suelda entre ellas a las partículas de la sal calcárea. Puede atribuirse, en cierta forma, la coherencia y la dureza de ciertos cálculos a la presencia de este mucus que funciona como un cemento orgánico.

Los ataques causados por los cálculos tienen casi siempre como origen la dificultad del pasaje a través de los conductos excretorios.

Las arenillas de las vías urinarias se presentan de dos formas. La forma en magma y la forma cristalina. La primera está constituida por arenas calcáreas aglutinadas con la ayuda de mucus. La arenilla cristalina puede estar formada por muchas sustancias que son las que otorgan diferentes coloraciones a los cálculos: rojos, grises, amarillos, negros o blancos. El ácido úrico, el urato de amonio y los fosfatos calcáreos son su base.

La forma de arenillas pulverulentas es propia de las vías urinarias. A veces están constituidas por sales calcáreas y en este caso coinciden con una inflamación local. Baille, citado por Cruveilhier, dice que la vejiga puede llenarse de un conglomerado que se adhiere a las paredes del órgano sin que pueda despegarse en su totalidad. Drelincourt (en Cruveilhier, 1852) lo llama una “verdadera incrustación” y no encuentra unión más íntima en los gusanos de un viejo tonel de vino con ese tonel, que la que tienen los mucílago petrificados con la vejiga. Toda esa vejiga representa para Drelincourt una gruta o, más propiamente, una mina, de la cual se desprenden piedras y minerales, y que habría sido realmente fecunda si no hubiera cesado de producir nuevas piedras, ni de agrandar aquellas que se acaban de tallar en esa roca que el autor hallaba aterradora.

Nos parece importante señalar aquí que debido a los tratamientos con antibióticos, estos estadios de la evolución de una inflamación crónica de la vejiga no son alcanzados en la actualidad.

En cuanto a las dimensiones de los cálculos se puede decir que no existe un límite riguroso que los diferencie de las arenillas. Lo que es arenilla para un individuo cuyos conductos excretorios son largos y dilatados, será cálculo para otro cuyos conductos son normalmente o accidentalmente más estrechos.

Una observación importante sobre el tema del volumen de los cálculos urinarios es que este volumen está en relación más o menos constante con la composición química. Así, cuando se trata de un cálculo formado por ácido

úrico u oxalato de cal (y en general los cálculos formados por una sola sustancia), rara vez adquieren un gran volumen. Los cálculos más voluminosos están constituidos por fosfato calcáreo solo o cubriendo cálculos de ácido úrico.

El peso de los cálculos es extremadamente variable. Desde varios centigramos hasta varios cientos de gramos. Los cálculos de ácido úrico y de oxalato de calcio son más pesados, a igualdad de volumen, que los de fosfato de calcio o amoníaco-magnesio.

Puede haber uno o varios cálculos, y en este último caso, pueden reunirse en una misma región del aparato excretor o llegar a ocupar toda la extensión del aparato.

En cuanto a fijeza o movilidad suelen presentar muchas diferencias. Generalmente se encuentran libres en los reservorios y con un grado de fijeza más o menos grande en los conductos excretores. Apenas sobrepasan un cierto volumen, el canal excretor dilatado les forma una especie de quiste filtrando la orina entre las paredes dilatadas del canal y los cálculos, cuando no sucede una obstrucción completa. Esa especie de enquistamiento incompleto se encuentra frecuentemente en los casos de cálculos renales que llenan y distienden la pelvis renal, si bien el riñón (que puede encontrarse atrofiado) concurre a la formación del quiste. Esta disposición también puede hallarse en los cálculos introducidos en la porción del uréter que atraviesa oblicuamente el bajo fondo de la vejiga. También pueden estar fijos en los reservorios, como los cálculos incrustados o engarzados de la vejiga.

Fatorruso y Ritter (1966), con quienes coinciden la mayoría de los autores, sostienen que son necesarias ciertas condiciones para que se produzca una litiasis renal. Dado que la cristalización del ácido úrico y de los uratos se produce en una orina ácida, afirman que un tercio de los gotosos forman cálculos de ácido úrico.

Barrera, Amallo y Schaffroth (1978) agregan que puede admitirse, para la mayor parte de los casos, que las concreciones sólidas se hacen a expensas de un núcleo uricral. Recordemos que el ácido úrico es el último eslabón del metabolismo de las nucleoproteínas.

También se admite que hay una predisposición a la formación de cálculos en todos aquellos casos en los cuales se produce un aumento en la eliminación de ácido úrico, como por ejemplo en la policitemia vera y en la leucemia mieloide.

Franklin Epstein (1962) señala, sin embargo, que en más de la mitad de los pacientes con cálculos de uratos no se observa hiperuricemia ni que posean una excreción urinaria aumentada de ácido úrico. En este grupo de enfermos encontró una tendencia inexplicable a excretar orina ácida (de pH inferior a 5,5) que puede predisponer a la formación de piedras de ácido úrico.

Aunque no se ha podido determinar de qué factores depende la formación de cálculos de ácido oxálico, se sabe que no depende de la alimentación. La hiperclorhidria aumenta la eliminación de oxalatos. La presencia de ion calcio y la ausencia de ion magnesio en la orina favorecen la producción de cálculos oxálicos a partir de una orina alcalina. También se sostiene que puede haber un incremento en la formación endógena de ácido oxálico que contribuya a la formación de cálculos.

Para los cálculos de fosfato también se requiere la presencia de un medio alcalino en la orina. Los fosfatos aumentan en los estados de hambre, en las distrofias musculares, en los regímenes ricos en proteínas y cuando sucede un aumento en la secreción de hormona paratiroidea.

También se señala una serie de condiciones físico-químicas locales que favorecen la cristalización: oliguria, estasis urinaria, malformaciones congénitas de las vías urinarias y las mencionadas variaciones de pH.

Márquez (1972) señala que, a pesar de las investigaciones realizadas, los factores que intervienen en la litogénesis son todavía desconocidos. Agrega, a las condiciones que hemos reseñado, un aumento de las mucoproteínas, componentes de la matriz del cálculo, como ya lo indicara Cruveilhier en 1852, y, además, una disminución de las sustancias estabilizadoras de la orina, cuya presencia es un obstáculo para la precipitación de los cristaloides.

Señalemos, además, que a la forma de agujas en haces, propia de los cristales de ácido úrico, se la denomina “en mitra de obispo”, y que a los cristales piramidales de las producciones oxálicas se los llama “en sobre de carta”. Los cálculos de fosfato de calcio, que son grandes, irregulares, ramificados y van moldeándose en la vía excretoria, fueron denominados “coraliformes” por su semejanza al coral.

Se suele postular en urología (Otamendi y otros, 1972) que únicamente los pequeños cálculos mudos caliculares, los que se expulsan espontáneamente y los coraliformes no complicados escapan al concepto general de que la litiasis renal es una infección que se resuelve con el tratamiento quirúrgico, que varía desde las más conservadoras nefrostomías y pielotomías, hasta nefrectomías parciales y totales.

Vicchi y otros (1972) indican que debe hacerse, y sólo si es necesaria, la cirugía más conservadora posible, ya que en un terreno predispuesto a la litiasis es frecuente la aparición de la enfermedad en ambos riñones.

Nordin y otros (1981) sostienen que los cálculos renales y ureterales representan el 90% de todos los cálculos urinarios en los países occidentales. Aproximadamente la mitad de los cálculos se elimina espontáneamente; la mayoría de los restantes han tenido que ser extraídos quirúrgicamente.

La proporción hombres-mujeres oscila entre 2 a 1 y 4 a 1. La incidencia mayor se encuentra entre los 30 y los 50 años. Las recidivas son frecuentes, disminuyendo después de los 50 años de edad.

Se refieren, además, a la mayor incidencia de la litiasis en personas de vida sedentaria, en comparación con las personas que desarrollan una actividad física importante.

En relación con la composición química de los cálculos, afirman que es imprescindible conocer su composición para su tratamiento. Los cálculos pueden ser de oxalato de calcio, oxalato y fosfato de calcio, fosfato de calcio, fosfato amónico-magnésico, ácido úrico y cistina.

Según su ubicación podemos describir una nefrolitiasis, cálculos de las vías urinarias superiores y cálculos de las vías urinarias bajas.

En relación con la litogénesis, Nordin y otros (1981) plantean que una teoría completa debe poder dar cuenta de la formación, la retención y el crecimiento de un “germen” o núcleo litógeno dentro de las vías urinarias.

Se han propuesto dos teorías principales:

- 1) La que describe la aparición de un núcleo litógeno en el parénquima renal, o en las células de las papilas, o en el sistema linfático. El núcleo aparecería en la pelvis, donde constituye el germen para la formación del cálculo.
- 2) La litogénesis, en esta teoría, sería un proceso esencialmente extracelular, se desarrollaría por completo en la luz del aparato urinario.

Este grupo de teorías comprende cuatro hipótesis principales:

- a) Teoría de la matriz, actualmente descartada.
- b) Teoría del inhibidor de la cristalización. Se trataría de un defecto de excreción de los compuestos protectores que deben inhibir la cristalización de ciertas sales litógenas (coloides protectores, mucopolisacáridos, fosfopéptidos, pirofosfato y magnesio).
- c) Teoría de la cristalización de la hiperecreción. Atribuye la litogénesis al paso de orinas sobresaturadas en una o varias sales litógenas. De ese modo puede producirse la precipitación espontánea.
- d) Una combinación de los precedentes que permite crear un índice de saturación-inhibición. La combinación de estos índices para el oxalato y el fosfato de calcio permiten formar un “factor de crecimiento” de los cristales.

Cabe señalar que nada se sabe todavía acerca del “terreno predisponente” al que hacen referencia diversos autores (por ejemplo, Andrade y otros, 1972) cuando hablan de “litiasis de organismo”.

2. El significado inconciente de la litiasis

Geörg Groddeck (1921) sostiene que la disposición a la litogénesis se disipa espontáneamente. Tal desaparición implica que el organismo posee sus propios medios para librarse de esa enfermedad, y señala que uno de estos medios es la modificación de la vida anímica conciente e inconciente. Presenta una paciente a la que trató durante muchos años, los primeros doce con el tratamiento que realizaba habitualmente en su clínica. De ahí en adelante, comenzó a psicoanalizarla. Groddeck escribe que no puede demostrar que la tendencia a la formación de cálculos desapareció por el tratamiento psíquico, pero, sin embargo, los cálculos se disolvieron durante el tratamiento, con una notable transformación de la paciente en su constitución anímica y corporal. El material reprimido de la enferma, que aparece vinculado con la desaparición de la tendencia a formar cálculos renales, se refiere a la muerte de sus padres.

Escribe Groddeck que este caso es uno de los muchos semejantes que ha tratado, y que sólo menciona aquello que le parece vinculado con la formación de cálculos. Luego efectúa una serie de consideraciones generales que no relaciona con el caso presentado, pero que sin embargo, desde nuestro punto de vista, contribuyen a su esclarecimiento.

Señala que el inconciente infantil toma a la orina, en determinados momentos, como un medio de procreación. Dice Groddeck que estas relaciones deben ser tenidas en cuenta en los enfermos del riñón.

Al recordar lo especialmente desagradable que le resultaba a la paciente la incontinencia de su padre escribe: “...debo, presionado por mis experiencias, enunciar la proposición de que los enfermos del riñón y la vejiga llevan consigo una estrecha relación con la incontinencia en su inconciente... En esto se basa, por ejemplo, la regresión que efectúan las personas de edad avanzada a la incontinencia infantil. Pero esta forma inconciente del goce se entrelaza sobre todo con otras cosas, permitiendo así, según mi opinión, la aparición de las enfermedades renales. Considero comprobado el hecho de que en la formación de cálculos renales actúan siempre ideas inconcientes de embarazo” (Groddeck, 1921, pág. 256).

Pero esa respuesta nos conduce a otra cuestión. ¿Qué clase de embarazo es aquel cuyos hijos son las piedras del riñón?

Escribimos, haciendo referencia a la litiasis biliar, que así como un operado de vesícula “puede” haberse castrado simbólicamente, y un esfínter de Oddi puede simbolizar al ano, “nada se opone a que una vesícula biliar con un cálculo, por ejemplo, *simbolice* a un útero con un hijo muerto...” (Chiozza, 1963a, cap. I; 1995d [1963]). Recordemos también que al momento expulsivo de la piedra se lo denomina “parto del cálculo”⁵¹. Señalamos ya que los aparatos a través de los cuales se realizan la excreción urinaria y la excreción biliar poseen conductos con una estructura histológica similar⁵², un receptáculo que se denomina de modo semejante⁵³, y comparten una misma patología, la litiasis.

Acude a nuestra memoria una reflexión que Freud escribe en sus *Estudios sobre la histeria*: “La histeria acierta cuando restablece para sus inervaciones más intensas el sentido originario de la palabra. Y hasta puede ser incorrecto decir que se crea esas sensaciones mediante simbolización; quizás no haya tomado al uso lingüístico como arquetipo, sino que se alimenta junto con él de una fuente común” (Freud y Breuer, 1895d*, pág. 193). Siguiendo esta idea de Freud, nos parece posible extender este concepto y pensar que la litiasis y las referencias verbales que aluden a ella deben extraer sus materiales de una misma fuente. Trataremos de profundizar ahora en este complejo simbólico (embarazo, hijos, parto) con el que diferentes autores, desde diferentes ámbitos de la medicina, han hecho referencia a la litiasis.

Dadas las coincidencias señaladas, planteamos que la producción de piedras en el cuerpo humano debe corresponder, en principio, a una fantasía general litiásica. Así, según el territorio comprometido, encontraremos piedras por depósito de sales biliares, o piedras por depósito de solutos urinarios.

Es posible sospechar, *a priori*, que si en la formación del cálculo biliar está comprometida la envidia (Chiozza, 1963a), en el cálculo renal lo

⁵¹ Una de las terapéuticas calmantes para los cólicos renales es el baño de inmersión en agua caliente, que recrea, por su semejanza, una nueva situación fetal.

⁵² Esta característica es compartida con la de las glándulas salivales, que son los otros órganos de la economía en los que se producen cálculos, pero, en este estudio, no haremos referencia a ellos más que circunstancialmente.

⁵³ Para el diccionario de la Real Academia Española (1985), la vejiga es “un órgano muscular y membranoso, a manera de bolsa, que tienen muchos vertebrados y en el cual va depositándose la orina segregada por los riñones”. Luego agrega que hay una vejiga de la bilis o hiel, una de la orina y una natatoria. Corominas señala que “vejiga” (del latín *vesica*) posee los siguientes cultismos: “vesical”, “vesicante”, “vesícula” y “vesicular”. Refiere la etimología del término “vesícula” a “vejiga” (Corominas, 1983).

mismo sucederá con la ambición, afecto al que consideramos estrechamente vinculado a las enfermedades urinarias.

3. Acerca del simbolismo de las piedras

“Nada más inmediato ni más autónomo en la plenitud de su fuerza –dice Mircea Eliade–, nada más noble y aterrador que una roca majestuosa, que un bloque de granito audazmente erguido. Ante todo la piedra es. Es siempre la misma, subsiste, y lo que es más importante, aglutina una cosa con otra” (Pérez Rioja, 1980). La piedra impresionó vivamente la imaginación del hombre primitivo, quien le atribuyó fuerzas y virtudes mágicas, y su culto persiste hasta el día de hoy.

Para Carl Jung (1977) la importancia de la materia se manifiesta ante todo en la elección de la imagen de Dios (la piedra) que aparece en la alquimia griega más antigua. Podemos afirmar sin lugar a error, escribe Jung, que el símbolo de la piedra es más antiguo que su aplicación alquimista. También la piedra puede ser lugar ocasional de nacimiento de los dioses. Mitra, que nace de una piedra, dio lugar a una religión, el mitraísmo, cuyos sacerdotes usaban una toca que los distinguía. Este sombrero ornamental, a través de distintas derivaciones “llegó” hasta la religión católica, y es utilizado por sus sacerdotes más jerarquizados (Salvat, 1972). Señalemos, de paso, que ese sombrero da su nombre a la forma que adoptan las agujas de los cristales de ácido úrico, “en mitra de obispo”, constituyentes de los cálculos del riñón.

En la India los jóvenes se suben a una piedra para adquirir firmeza de carácter (Eliade, 1964). Pensamos que quizás la frase “ser de piedra” o “hacerse de piedra” con la que solemos aludir a una persona que intenta evitar que sus sentimientos influyan en sus decisiones se refiere a una identificación con este carácter inmutable de la piedra, que los jóvenes hindúes intentaban adquirir como una virtud.

Mircea Eliade, en un capítulo sobre las piedras simbólicas, escribe que ciertas piedras se convierten en sagradas porque en ellas se encarna el alma de los muertos o porque representan una fuerza sagrada, una divinidad, un acontecimiento solemne o un pacto religioso (Eliade, 1955).

Para Marie Louise von Franz (1964) el *self* es frecuentemente simbolizado por una piedra. Los hombres han recogido piedras desde el principio de los tiempos y parecen haber supuesto que algunas de ellas contenían la fuerza vital. La costumbre de colocar piedras en las tumbas puede simbolizar la idea de que algo eterno de la persona del muerto permanece, algo eterno que el hombre puede alcanzar en los momentos en que se

siente inmortal e inalterable. Los monumentos de piedra, recordatorios de hombres o sucesos importantes, probablemente tengan su origen en ese significado simbólico de la piedra.

Así, desde la piedra en la que Jacob tuvo su sueño, hasta la *Kaaba*, la piedra a la que todos los musulmanes piadosos esperan peregrinar, muestran cómo el hombre se siente incitado a expresar con una piedra una experiencia y, al mismo tiempo, otorgarle permanencia.

Los alquimistas medievales, que buscaban el secreto de la materia esperando encontrar en ella a Dios o, al menos, el funcionamiento de la actividad divina, creían que ese secreto estaba incorporado en el *lapis*, la “piedra filosofal”. Pero algunos de ellos percibieron que el *lapis* era el símbolo de algo que podrá encontrarse sólo dentro del inconciente del hombre. Así Morenus, un alquimista árabe, dice: “Esta cosa (la piedra filosofal) se extrae de ti; o, para decirlo con más claridad, ellos (los alquimistas) la toman de ti. Si reconoces esto, el amor y la aprobación de la piedra crecerán dentro de ti” (citado por Franz, 1964, pág. 210). La piedra de la alquimia simboliza algo que nunca puede perderse o disolverse, algo eterno que los alquimistas comparaban a la experiencia mística de Dios dentro de nuestra alma, y a la que Franz categoriza como símbolo del sí mismo. Para esta autora, el hecho de que este superior y más frecuente símbolo del “sí mismo” sea un objeto de materia inorgánica señala aun otro campo de investigación y especulación, es decir, la relación entre lo que llamamos psique inconciente y lo que llamamos materia.

Para Carl Jung (1977), el *lapis* representa al hombre interior, es la naturaleza escondida. Los atributos divinos del *lapis* son en tal medida notables, incorruptibles, permanentes, divinos y únicos, que se hace imposible no interpretarlo como el dios escondido en la materia, es decir, como el dios del macrocosmos. La piedra salutífera (el *lapis*) surge del hombre, y cada hombre es el portador potencial y aun el creador del *lapis*.

La relación del *lapis* con la inmortalidad se establece desde época muy temprana. El *lapis* tiene una historia que se retrotrae hasta la prehistoria. Es “la piedra que tiene espíritu” (Jung, 1977, pág. 45). Es la panacea, la medicina *catholica* (la medicina universal), el *alexipharmakon* como antiveneno, la tintura que transmuta el metal en oro y el guijarro sin valor en piedra preciosa. Es lo que trae riqueza, poder y salud; como remedio del alma vence a la melancolía, y en un estadio superior, como un *vivus lapis philosophicus*, es un símbolo de la inmortalidad (Jung, 1977).

Una síntesis parcial de los significados atribuidos a la piedra podría ser la siguiente: su cualidad de subsistencia, desde la percepción humana, su-
mada al hecho de su utilización en monumentos, testigos de un pasado que

es presente en nuestra “herencia” y que nos permite su comprensión, le ha dado el carácter de sagrada. Frente a ella se experimenta y se le atribuye el sentimiento de inmortalidad e inalterabilidad.

4. Las fantasías inconcientes específicas de la litiasis

La existencia de cálculos en distintos aparatos nos obliga a esbozar la tesis de una fantasía general litiásica que corresponde a la formación de cálculos, sean biliares, urinarios o salivales.

Pensamos que debe existir, además, una estrecha vinculación entre la fantasía general litiásica y la fantasía general excretoria. Recordemos que los lugares predilectos para la producción e instalación de los cálculos son los conductos excretores.

Cuando sintetizamos el pensamiento de los autores que se refieren al simbolismo de las piedras, decíamos que adquieren el carácter de lo sagrado y que se representan, a través de ellas, la inmortalidad, la eternidad y la permanencia inalterable.

Como recordatorios de hombres o sucesos importantes solemos utilizar monumentos de piedra. Jesús le dice a Simón: “Feliz eres Simón, hijo de Jonás, porque carne y sangre no te (lo) reveló, sino mi Padre que está en los cielos. También yo te digo a ti: Tú eres Pedro, y sobre esta masa de roca edificaré mi congregación...” (Mateo 16: 17, 18). Pedro proviene de *petrus*, que en griego significa roca.

Pensamos que, de acuerdo con lo que la piedra, como monolito conmemorativo, simboliza, en la litiasis deben operar fantasías inconcientes de inmortalidad, eternidad e inalterabilidad.

El individuo lleva realmente una existencia doble, en cuanto es fin para sí mismo y eslabón dentro de una cadena de la cual es tributario contra su voluntad o, al menos, sin que medie ésta.

Freud, en su escrito “Introducción del narcisismo”, señala: “El individuo lleva una existencia doble: una para servir a sus propios propósitos, y la otra, como eslabón de una cadena a la cual sirve contra su voluntad o, al menos, involuntariamente. El individuo mismo considera a la sexualidad como uno de sus propios fines, mientras que, desde otro punto de vista, es un apéndice de su plasma germinal, a cuya disposición pone sus energías en recompensa por una cuota de placer. Él es un vehículo mortal de una sustancia (posiblemente) inmortal” (Freud, 1914c*, pág. 76). En *Más allá del principio de placer* agrega: “Las células germinales son... potencialmente inmortales, en tanto son capaces de desarrollarse en un nuevo individuo, o

en otras palabras, rodearse de un nuevo soma” (Freud, 1920g*, págs. 44-45). Existe un “momento” en el cual, durante la vida fetal, se “separan” las células germinales del resto del cuerpo. Podemos decir que, alguna vez, se materializan, y luego, en otra época, se depositan en los hijos como plan genético, conservando la cadena de la especie a la cual se refería Freud.

Señalamos ya que el proceso de identificación concluye con un duelo, al que denominamos primario, mediante el cual se “excretan” aquellas partes del objeto y del yo que deben ser abandonadas. Un duelo que conduce a que se depositen en el yo las investiduras retiradas del objeto perdido. Vinculamos esa “excreción”, que corresponde al duelo primario en el proceso de identificación, con los sistemas excretores.

Una persona con alteraciones en el modo de funcionar “excretorio” de la psique, es decir, con un duelo primario perturbado, tendría dificultad para “excretar” aquellos ideales o proyectos que no puede materializar. Postulamos, además, que existe una fantasía general excretoria que asocia a la excreción urinaria con todas las demás excreciones del organismo y que depende de la capacidad de discernir.

Planteamos también que un buen funcionamiento renal equivale a una adecuada capacidad de concentración y dilución y que podemos utilizar los mismos términos, que corresponden a fantasías renales, para referirnos a la concentración y la dilución en la realización de los propósitos.

Cuando no se discernen los ideales imposibles de materializar y no se retiran de ellos las investiduras mediante un proceso de duelo primario, no puede procederse a su excreción. Podemos pensar entonces que, en tales condiciones, constituyen un “depósito” de ambiciones imposibles.

No es aventurado suponer que esos ideales imposibles comprometen, “regresivamente”, una vivencia de inmortalidad y que se expresan simbólicamente en el “depósito” constituido por las concreciones materiales que llamamos cálculos.

Debemos preguntarnos ahora qué es lo que configura la incapacidad de discernir entre lo posible y lo imposible. Freud (1900a [1899]*) establece la diferencia que existe entre la “cosa” presente en la realidad “material” y el objeto “presente” en el existente “psíquico”, como recuerdo de anteriores experiencias. Las experiencias son irrepetibles y es imprescindible tolerar la diferencia para que la satisfacción de la necesidad sea posible. Weizsaecker (1946-1947) formula lo que llama “su pequeña filosofía de la historia” diciendo: “posible es lo no realizado, lo que ya se ha realizado es imposible”.

La forma magna de lo imposible será, pues, lo que ya fue. La incapacidad de renunciar al anhelo de volver a lo que fue encuentra un

primer motivo en la necesidad de retroceder frente a un presente que no se puede soportar.

Desde otra perspectiva, que se refiere a la misma temática y contribuye a aclararla, pensamos que la fantasía de reembarazo y renacimiento se encuentra estrechamente relacionada con la vivencia de inmortalidad (simbolizada en la piedra), ya que establecería un ciclo fantaseado de muerte y resurrección. Nos parece posible interpretarlo como el deseo de volver a nacer con todos los ideales y las posibilidades intactas, “con toda la vida por delante”, evitando de este modo la necesidad de duelar. Puede decirse quizás, desde otro ángulo, que la intención *fallida* de reconstituirse como un feto pluripotente y de nacer siendo otro, da lugar, en una forma de expresión simbólica, al “nacimiento” de un “feto muerto”, el cálculo, en un “parto” doloroso que puede mitigarse en un baño de inmersión.

De este modo el cálculo constituiría un “monumento”, un “testigo” de algo que ya fue y que no puede volver, el depósito de un “tesoro”, de una ambición que no se puede materializar ni abandonar, y que compromete, en última instancia, al ideal, nunca duelado, de permanencia inmortal.

Recordemos la definición de litiasis: se llama así a un proceso morboso caracterizado por la formación de conglomerados de solidez variable, que se depositan generalmente en trayectos canaliculares.

Cuando hablamos de depositar nos referimos, de acuerdo con la Real Academia Española (1985), a la acción de poner bienes o cosas de valor bajo custodia. Drelincourt se refería a una vejiga incrustada con arenillas diciendo que parecía una mina de donde se desprendían piedras o minerales. Depositarse es también “sedimentar, separarse de un líquido una materia que estaba en suspensión cayendo al fondo”. Un depósito sería “además de la cosa depositada, el lugar donde se guardan los cadáveres que no pueden ser enterrados”. El latín *depositare*, que entre otras acepciones significa “entregar”, “guardar”, “reservar”, está relacionado con *deponere* y *deponere*, “uno que testifica”, “un testigo”, e igualmente “testificar”. *Deponere* puede fraccionarse y se relaciona así con “poner”, “colocar”, “enterrar”. *Ponere* es también *po-sinere*, donde *po* es una antigua preposición y *sinere* es “confesar”, “admitir”. El sentido original de *sinere* parece haber sido “emplazar”, “instalar”, y también “recordar pormenores acerca de” (Skeat, 1972).

El diccionario de la Real Academia Española (1985) define al cálculo como “cómputo, cuenta o investigación que se hace de alguna cosa por medio de operaciones matemáticas”. También significa “conjetura”. Además, “concreción anormal que se forma en la vejiga de la orina y también en la de la bilis, en la de los riñones y en las glándulas salivales”. De “cálculo” derivan “calcular” y “calculador” (Corominas, 1983). De acuerdo con Corominas, la

palabra “cálculo” significa, en primer lugar, piedra o guijarro, y adquiere la significación de cuenta debido a las piedrecillas usadas para contar.

Skeat (1972) explica que el término “concreción” proviene de “concreto”, “no abstracto”, que es un derivado de *concretus*, participio de *concrecere*, “crecer por aglomeración”, “espesarse”, “endurecerse”. “Concretar” implica “reducir a lo más esencial y seguro la materia sobre la que se habla o se escribe; reducirse a hablar o tratar de una cosa sola, con exclusión de otros asuntos” (Real Academia Española, 1985).

El término “conjeturar”, que, como ya hemos visto, denota una de las acepciones de “calcular”, se define como “formar juicios de una cosa por indicios u observaciones” (Real Academia Española, 1985). En su origen significó “barruntar”, “adivinar”, “acertar”, “suposición”. La voz latina *con-iacere* puede traducirse a su vez como “acumular”, “juntar”, “recurrir” (Skeat, 1972).

Por obra de una conjetura se pueden hacer juicios de una cosa a través de indicios y observaciones, con el deseo de adivinar, suponer o acertar. Creemos que el destino de calcular como el de conjeturar, es proveer de los indicios que permitan adivinar cómo se pueden hacer concretos determinados objetivos, excluyendo cuanto pueda ser extraño o accesorio para tal fin.

Pensamos que tanto la “concreción” como el “cómputo”, así como la “piedra” y la “cuenta”, deben estar presentes, condensados, en el sentido del cálculo. Existe una modalidad caracterológica en la cual el calcular se convierte en una manera de vivir. Suele hablarse entonces de personas que son “calculadoras”. Podemos hablar, desde este punto de vista, de un carácter “calculador”, que conjetura y procura adivinar. También suele decirse que tales personas “especulan”. Se trata de propósitos, generalmente ocultos, que desde nuestro punto de vista constituyen “especulaciones ambiciosas”, y pensamos que, en lo que a ellas respecta, son válidas las consideraciones que hemos hecho acerca de las ambiciones retenidas como ideales imposibles que no se logran materializar ni resignar.

Creemos también que es justamente esa característica, surgida de una dificultad en el discernimiento, la que conduce a esa hipertrofia especuladora que, de ser conciente, remedaría al pensamiento obsesivo, y que constituye una manera de mantener oculta la imposibilidad “renal” de discernir y concretar mediante la renuncia implícita en un duelo primario.

Mientras tanto se especula con el deseo inconciente de “burlar los límites”, se esconde, se “deposita” en el cálculo, a la espera de una ilusoria oportunidad propicia, como un “muerto” que no se puede duelar, el “tesoro” de ideales imposibles, de los cuales la concreción litiásica es, al mismo tiempo, monolito conmemorativo y “testigo”. El sujeto entero, en

el carácter calculador, se “hace de piedra” en el mantenimiento, “lineal” e invariado, de los ideales imposibles que oculta.

Pensamos que la existencia de los cálculos urinarios testimonia una dificultad para discernir y resignar las ambiciones imposibles, mientras que en los cálculos biliares se “depositan” otros ideales.

Creemos que los ideales de características “sagradas”, que comprometen la vivencia de inmortalidad y las posibilidades ilimitadas de la omnipotencia divina, presentes en las fantasías de renacimiento “cíclico”, se resisten al ataque “envidioso” y “digestivo” imprescindible para su asimilación y materialización, configurando un “tormento hepático” infructuoso que, en alguna de sus vicisitudes, puede manifestarse como litiasis biliar.

5. La mujer de Lot

Al amanecer del día en que deberían destruir la ciudad de Sodoma, por sus crueldades y sus costumbres perversas, los ángeles enviados por Jehová, agradecidos por la hospitalidad de Lot, le dijeron: “Sálvate. No mires atrás y no te detengas en parte alguna del valle; huye al monte si no quieres perecer” (Génesis 18: 17). La mujer de Lot desobedeció y se transformó en una piedra de sal (Génesis 19: 15-26).

Jesús predijo que en los días del hijo del hombre, o durante su segunda presencia, las circunstancias serían semejantes a las de los días de Lot, cuando las personas eran “indiferentes”, comiendo, bebiendo, vendiendo, plantando o construyendo, hasta que el fuego y el azufre llovieron desde el cielo para destruirlos a todos. Cristo señaló que en los tiempos futuros “las personas no debían retornar a las cosas dejadas atrás” y dio un ejemplo rotundo para mostrar las grandes consecuencias de hacerlo, diciendo: “Recuerden a la mujer de Lot” (Lucas 17: 26, 32).

¿Cuál es el motivo por el cual mirar hacia atrás puede convertirse en un castigo simbolizado por una piedra o estatua de sal? Se condensan aquí, a nuestro entender, el significado de la piedra como permanencia inmutable, y como monolito, o estatua, conmemorativo de una experiencia ideal y traumática. Mirar hacia atrás alude pues, indudablemente, a una vivencia de ambición o materialización, que “fueron” imposibles, y que acuden “congelando”, en el presente, un fantasma “pretérito”.

Decíamos en el apartado en el cual estudiamos la litiasis: Mientras tanto se especula con el deseo inconciente de “burlar los límites”, se esconde, se “deposita” en el cálculo, a la espera de una ilusoria oportunidad propicia, como un “muerto” que no se puede duelar, el “tesoro” de ideales imposibles, de los

cuales la concreción litiásica es, al mismo tiempo, monolito conmemorativo y “testigo”. El sujeto entero, en el carácter calculador, se “hace de piedra” en el mantenimiento, “lineal” e invariado, de los ideales imposibles que oculta.

V. Estudio psicoanalítico de la hipertrofia de próstata⁵⁴

La mal llamada *hipertrofia* prostática –se trata en realidad de una hiperplasia (Argüelles, 1949)– es una enfermedad muy común. Llama la atención la ausencia casi absoluta en la literatura psicoanalítica de toda

⁵⁴ El contenido de este apartado corresponde a un trabajo anterior titulado “Consideraciones sobre la hiperplasia de próstata” (Chiozza y Grus, 1978*h*). La publicación de este artículo en la revista *Eidon* se acompañó de un resumen que reproducimos a continuación (en *Eidon*, N° 9, CIMP-Paidós, Buenos Aires, 1978, p. 78):

El interés por el tema de lo urinario, íntimamente vinculado, y la observación de un caso que despertó la idea de una excitación genital que no alcanza a producir la erección del pene, y que acompañada de un anhelo ideal se mantiene “permanentemente viva” y frustrada, nos llevó a coincidir en la realización de este trabajo conjunto.

Tal como lo afirman Masters y Johnson, el papel de la próstata durante la eyacuación es relevante, “arrogándose la representación” de la iniciación del proceso. La actividad prostática marca el comienzo de la pérdida absoluta del control voluntario sobre el proceso de la eyacuación.

La hiperplasia de próstata ocluye parcialmente la vía urinaria, como si quien la padeciera estuviera señalando con ello que se encuentra en un permanente deseo sexual, en “estado de erección”, dispuesto al coito. La elevada coincidencia de hiperplasia e impotencia aporta más elementos a la consideración de que tal excitación no alcance, siquiera como vía de concientización, la erección; se trataría, en cambio, de una “erección prostática”. Dicho con más claridad: la contracción espasmódica de la próstata o la congestión prostática, descriptas como patologías iniciales de este órgano, deben constituir un desarrollo equivalente de la erección peneana (y su cortejo funcional que culmina en el orgasmo) a partir de una misma idea inconciente constituida como deseo genital inconciente.

Nos preguntamos acerca del tipo de excitación que se sustancia a través de la hiperplasia de próstata y de las características que la constituyen, recordando que se produce en un hombre mayor de 50 años en la mayoría de los casos.

Pensamos que tal vez no sería exagerado considerar al prostático como alguien que no puede ocupar el lugar que le corresponde, de acuerdo con su edad, e intenta, a través de una “nueva pubertad”, ubicarse en otro, colocarse al frente, adelante, poniéndose firme, adquiriendo una mayor virilidad, que le permita acceder a ese objeto sexual ideal, por lo tanto inalcanzable, que siempre desea poseer. Tal excitación sexual desarrolla la erección que le corresponde en otro lugar. Desde nuestro punto de vista, como hemos mencionado, sería una “erección prostática”.

referencia a este trastorno de un órgano tan vinculado al ejercicio de la sexualidad. El interés por el tema de lo urinario (Grus, 1970, 1972, 1974, 1977), íntimamente vinculado, y la observación de un caso que despertó la idea de que la enfermedad prostática es producto de una *excitación genital que no alcanza la erección del pene*, y que acompañada de un anhelo ideal se mantiene “permanentemente viva” y frustrada (Chiozza, 1978c [1977]), se aunaron para motivar este intento de comprender algunos aspectos fundamentales acerca de la “hipertrofia” de próstata.

La próstata es un órgano de naturaleza glandular, de significación genital, que se desarrolla alrededor de la porción inicial de la uretra. Tiene una forma semejante a un cono, con la base dirigida hacia arriba. Algunos autores (Argüelles, 1949) llegan incluso a afirmar que la próstata “no es sino la porción glandular del cuello vesical”.

Rudimentaria en el recién nacido y en el niño, crece súbitamente en la época de la pubertad. Alcanza su mayor desarrollo normal alrededor de los 20 a 25 años y luego su tamaño se mantiene igual hasta los 50 años. En hombres mayores de esta edad cambia su estructura y se hiperplasia con elevada frecuencia. Suele crecer hasta un volumen doble o triple del que tenía en el estado adulto.

En un comienzo se creía que la sintomatología producida por la hiperplasia prostática (aumento de la necesidad de orinar y dificultades en la micción) se debía al alargamiento de la uretra prostática, consecuencia del crecimiento de los lóbulos laterales y medio de la glándula. Pero luego se encontró que el lóbulo medio no existe normalmente. Se hace “visible”, “presente”, sólo cuando aumenta de tamaño. Por otro lado son muchos los investigadores (Boyd, 1959; Anderson, 1961) que señalan que tal sintomatología sólo puede observarse en un mínimo porcentaje de todos aquellos que evidencian un marcado aumento de volumen de la glándula. Nos llamó la atención la incidencia directa, por razones de vecindad anatómica, de la hiperplasia del lóbulo medio sobre el *veru montanum*.

Tal como lo afirman Masters y Johnson (1966), el papel de la próstata durante la eyaculación es relevante. La eyaculación se realiza en dos fases que pueden ser bien distinguidas tanto fisiológica como psicológicamente. La primera fase se inicia con la contracción de los órganos accesorios, especialmente la próstata, que contribuyen desde puntos distintos a constituir el líquido espermático contenido en el bulbo uretral. La próstata, que aporta un primer y abundante componente a este líquido espermático y cuyas contracciones pueden palparse por tacto rectal durante esta fase del orgasmo, *inicia la eyaculación* o, en todo caso, se “arroga la representación” de esta fase inicial del proceso en el cual pueden participar de manera mucho

menos diferenciada los otros órganos accesorios. Desde el punto de vista psicológico, lo que caracteriza a esta fase es que la eyaculación se experimenta a partir de las contracciones rítmicas prostáticas (que ocurren cada 0,8 de segundo y duran de 2 a 4 segundos) como algo que “viene” y que ya no puede ser evitado. La actividad prostática, es necesario subrayarlo, marca el comienzo de la pérdida absoluta del control voluntario sobre el proceso de la eyaculación, cuya segunda fase, inevitable, se acompaña de las contracciones del pene y de la uretra.

Entre los trastornos de esta función, que generalmente se observan con mayor frecuencia con el aumento de la edad, cabe destacar la ausencia de la primera fase de contracción prostática, que queda insensiblemente confundida con la segunda, o el aumento de su duración, acompañado de la sensación subjetiva penosa de eyaculación, a un mismo tiempo inevitable e imposible, que corresponde a la contracción espástica de la próstata, comprobada inequívocamente por tacto rectal. Durante la realización de la eyaculación, el esfínter vesical inferior permanece cerrado y el *veru montanum* erecto, evitando el reflujo del semen hacia la vejiga.

La hiperplasia de próstata que hace “crecer” el *veru montanum* ocluye parcialmente la vía urinaria, como si quien la padeciera estuviera señalando con ello que se encuentra en un permanente deseo sexual, en “estado de erección”, dispuesto al coito. Esta situación es coincidente con el tercer síntoma que describen Farreras Valentí y Rozman (1972) en esta patología: fenómenos de excitación sexual. La elevada coincidencia de hiperplasia e impotencia aporta más elementos a la consideración de que tal excitación no alcance siquiera, como vía de concientización, la erección; se trataría, en cambio, de una *erección prostática*.

Dicho con más claridad: la congestión prostática o la contracción espasmódica de la próstata (Masters y Johnson, 1966), por ejemplo, descritas como patologías iniciales de este órgano, deben constituir un *desarrollo equivalente* (Chiozza, 1975b) de la erección peneana (y de su cortejo funcional que culmina en el orgasmo) a partir de una misma idea inconciente constituida como deseo genital inconciente. Wilson afirma que el origen de la hiperplasia prostática se encuentra en la repetición de situaciones de excitación sexual, que producen congestiones de próstata no seguidas de eyaculación (citado por Rafael Argüelles, 1949). Entre los síntomas premonitorios atribuidos a la presencia de la hiperplasia prostática todavía inaparente, se señala un aumento en la frecuencia de las erecciones nocturnas, que se interpreta como una consecuencia precoz de la misma hiperplasia, pero que parece más lógico atribuir a la situación inconciente que conduce hacia dicha hiperplasia.

La circunstancia de que la hiperplasia de próstata, de acuerdo con los estudios histopatológicos realizados (Argüelles, 1949), esté constituida por un trastorno que se origina en las fibras musculares del órgano, y luego progresa hacia los acinos glandulares determinando junto a las formaciones adenomatosas desarrollos hiperplásicos musculares y fibrosos, permite encontrar cierta comunidad básica entre este trastorno y los desarrollos fibromiomatosos del aparato genital femenino.

El conjunto de las consideraciones anteriormente realizadas nos permite contemplar la construcción de un mosaico de fantasías inconcientes constitutivas en el “complejo” que denominamos, desde una parte de nuestra conciencia, “hiperplasia de próstata”. Creemos posible agrupar las fantasías mencionadas, de acuerdo con lo ya expuesto, en dos tipos íntimamente relacionados entre sí. Por un lado, las que están vinculadas con la función genital. Por otro lado, aquellas relacionadas con las complicaciones urinarias que según William Boyd (1959) ocurren en un 8% de los casos e independientemente del tamaño alcanzado por la glándula.

Cabe preguntarse qué tipo de excitación sexual es esta que se sustancia a través de la hiperplasia prostática y cuáles son las características que la constituyen. Recordemos que acontece con mayor frecuencia en un hombre de más de 50 años, y que, al lado de las consideraciones trilladas acerca del climaterio hormonal, es esta una edad en la cual se hace presente la necesidad de re-significar la vida y que son muchos los testimonios de las frecuentes fallas en esa re-significación. No sólo se trata de que aun en las familias bien constituidas los hijos se alejen en pos de su propia vida y la pareja matrimonial deba enfrentarse con la búsqueda de una nueva estructura. Mucho más concretamente se trata de que el hombre en esta edad de la vida se encuentra nuevamente con los ideales de su adolescencia que ya no es posible postergar más: o se los vivirá, o será menester enfrentarse con la renuncia implícita en el duelo, o se los conservará de manera mágica e inconciente en el síntoma. En el caso de la hiperplasia prostática, el síntoma expresará, por lo tanto, junto a las transformaciones del deseo inconciente, un intento también inconciente de controlar dicho deseo, utilizando un eslabón del proceso que, como es el caso de la función prostática (aquella parte del mecanismo fisiológico a partir de la cual la eyaculación escapa al control voluntario, para hacerse inevitable), se presta para simbolizarla.

Weizsaecker (1946-1947, pág. xxix), cuando se pregunta ¿qué es lo activo?, responde que es lo *no* vivido y lo *no* sucedido, por lo tanto lo que faltaba, lo que no fue logrado, sino sólo esperado, anhelado, barruntado o deseado. Activo es por consiguiente lo no real. ¿Pero qué es lo realizado?

Es lo imposible. Dicho autor llama a estas dos tesis su “pequeña filosofía de la historia”. Tiempo antes de la pubertad comienzan a ser segregados los andrógenos que desarrollan y mantienen los caracteres sexuales secundarios masculinos, genitales y extragenitales. Según Houssay (1974), la inyección de testosterona provoca hiperplasia de próstata⁵⁵. Pensamos que el paciente en quien aumenta en forma endógena la secreción de andrógenos en un momento en que ya no corresponde tal incremento, estaría intentando experimentar una nueva pubertad. Pero lo ya realizado es imposible, no se puede volver a vivir lo ya vivido. La condición de ese intento regresivo está fundada en la imposibilidad de resignificar los ideales, imposibilidad que adquiere, en el hombre que padece hiperplasia de próstata, características específicas. El deseo que conserva siempre activo es el de estar siempre firme, “al frente”, sentido que cree poder encontrar para su vida a través de otra pubertad que le otorgue una mayor virilidad.

Recordemos aquí la etimología de la palabra “próstata”. Deriva del griego *prostates*, que según Skeat (1972) significa “el que se para adelante”. Proviene de *histemi*, “yo coloco”, emparentando con el latín *stare*, “estar firme”. Corominas (1983) escribe que se pueden encontrar una serie de verbos griegos derivados de *histemi*. Por ejemplo, “apóstata”, que es quien sale de su lugar y se coloca en otro. También “éxtasis”, que significa desviación, arrobamiento. Para este autor, “próstata” tiene el sentido del “que está adelante”, de *proistemi*, “yo coloco al frente”. Nos parece posible afirmar que todos estos significados etimológicos, vinculados en su origen, permanecen “vivos” en el uso de la palabra “próstata”.

Tal vez no sería exagerado contemplar al prostático como a un apóstata, que por su edad no puede ocupar el lugar que le corresponde, e intenta, a través de una nueva pubertad, ubicarse en otro, colocarse al frente, adelan-

⁵⁵ Cotran, Kumar y Robbins sostienen que aunque “no se conoce la causa de la hiperplasia nodular prostática, los datos disponibles sugieren que los andrógenos contribuyen a su aparición. Tanto en el hombre como en el perro, sólo se produce hiperplasia prostática si los testículos están intactos. Parece que la sustancia que en último término interviene en el crecimiento prostático es la dihidrotestosterona (DHT), sustancia derivada de la testosterona por acción 5 α -reductasa. Las personas con deficiencia autosómica recesiva de esta enzima sufren una importante alteración del desarrollo prostático. Por razones aún no aclaradas, durante el envejecimiento se produce una acumulación de DHT en la próstata, donde se une a receptores nucleares provocando su hiperplasia. Los resultados de la administración de un inhibidor de la 5 α -reductasa a un grupo de pacientes con este trastorno respaldan la importancia de la DHT en el desarrollo de la hiperplasia nodular” (Cotran, Kumar y Robbins, 1996, pág. 1130).

te, poniéndose firme, con una mayor virilidad, que le permita acceder a ese objeto sexual ideal, por lo tanto inalcanzable, que desea poseer. Tal excitación sexual no alcanza siquiera, como hemos mencionado anteriormente, como vía de concientización, la erección; la desarrolla en otro lugar. Sería a nuestro entender una “erección prostática”.

Nuevamente acude a nuestro recuerdo una hipótesis de Weizsaecker sobre el sentido de la determinación de la vecindad anatómica, para comprender el significado de la presencia de trastornos urinarios que acompañan a la hiperplasia de la próstata. Sabemos, a partir de Freud (1908b*), que existe una íntima relación entre lo uretral y la ambición. La relación anatómica de la uretra, el *veru montanum* y el lóbulo medio nos ha hecho pensar que cuando aparecen trastornos en la micción, el deseo genital que describimos en la hiperplasia de próstata complica en su estructura a la ambición.

VI. Un aspecto renal de la melancolía

Garma (1954), estudiando a los enfermos de úlcera gastroduodenal, postuló la existencia de una fijación oral-digestiva. En un trabajo anterior (Chiozza, 1981f) señalamos que la acritud, el sarcasmo y el remordimiento, que configuran un “carácter ácido”, que se manifiesta o permanece latente en la personalidad del ulceroso, hacen pensar en una melancolía “digestiva”. El estudio de los fenómenos autoinmunitarios (Chiozza y colab., 1993d [1992]; Laborde, 1974a) permitió comprender las variantes más regresivas de estos ataques autodigestivos. La investigación de las enfermedades hepáticas (Chiozza, 1963a, 1970a) permitió esclarecer una variante hepática de la melancolía (etimológicamente “bilis negra”) en la cual predominan la amargura y el hastío, íntimamente relacionados con el letargo, la envidia y los celos coartados en su fin. El estudio de las enfermedades cardíacas (Chiozza y colab., 1983h [1982]) ha enriquecido a su vez la comprensión de una forma cardíaca de la melancolía, en la cual predominan la nostalgia, el romanticismo y la añoranza.

Cabe preguntarse entonces, de manera análoga, si es posible identificar un aspecto o “variante” renal de la melancolía.

Al ocuparse de las fantasías renales, Devicenzi, Korovsky y Turjanski (1971) expresan que la vivencia de *sazón* corresponde al funcionamiento normal del proceso de depuración renal, y el sentimiento de *desazón*, a su patología. Los términos “ganas” y “desgano”, de uso habitual, aluden, en opinión de esos autores, a la sazón y a la desazón.

A partir de esas ideas sostuvimos, hace ya algunos años (Grus, 1986), que la melancolía renal se caracteriza por la desazón. En *Psicología de las masas y análisis del yo*, Freud escribe: “Es sabido que hay seres humanos en quienes el talante, como sentimiento general, oscila de manera periódica desde un desmedido abatimiento, pasando por un cierto estado intermedio, hasta un exaltado bienestar; y estas oscilaciones, además, emergen con diversos grados de amplitud, desde las apenas registrables hasta las extremas, que, como melancolía y manía, se interponen de manera sumamente martirizadora o perturbadora en la vida de las personas afectadas. En los casos típicos de esta desazón cíclica, los ocasionamientos externos no parecen desempeñar un papel decisivo; y en cuanto a motivos internos, no hallamos en estos enfermos algo más o algo distinto que en las restantes personas... Más adelante nos referiremos a otros casos de desazón cíclica, enteramente similares, pero que se reconducen con facilidad a traumas psíquicos” (Freud, 1921c*, págs. 124-125).

El término “sazón”, que según la etimología significó en su origen “estación propicia para la siembra” (Corominas, 1983), posee tres acepciones: a) oportunidad, tiempo o coyuntura propicios; b) estado de perfección; c) buen gusto o sabor de algún manjar (Real Academia Española, 1985).

De acuerdo con lo que hemos estudiado acerca de las fantasías urinarias, los ideales que, a pesar de exceder la capacidad de materialización del sujeto, no son resignados mediante el duelo primario correspondiente, permanecen, como ambiciones incumplidas, en la eterna espera de una oportunidad propicia.

Tal como señalamos en *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos. Comunicación preliminar* (Chiozza, 1963a), tanto Klein como Liberman vinculan las fantasías inconcientes acerca del veneno con el erotismo uretral. Apoyándonos en que el esbozo de los riñones en el embrión, o los nefridios en la escala zoológica, son onto y filogenéticamente más antiguos, sostuvimos entonces que las fantasías que relacionan al veneno con la hiel esconden un componente más precoz, de naturaleza renal.

El clima tóxico que Fideas Cesio (1960a y 1960b) describe en el letargo, y que encontramos como un frecuente acompañante de las fantasías hepáticas (Chiozza, 1970a, 1974b), constituye un estado de incapacidad hepática que se asocia al envenenamiento producido por un déficit en la depuración y excreción de los ideales imposibles.

Cuando las ganas incumplidas son posibles y se conservan porque han sido bien *discernidas*, configuran un sentimiento de ambición que

debemos considerar normal y que se apoya en la capacidad para *concretar* los propósitos “*diluyendo*” todo lo que no resulte esencial. En la clave de inervación de ese sentimiento deben participar una función renal y una micción fisiológicas, las cuales, como equivalentes corporales de la excreción de los proyectos imposibles, acotan la ambición a los límites que impone la realidad.

Señalamos ya que Freud (1908b*) menciona la ambición “ardiente” de los que *antes* fueron enuréticos. Hemos visto que la incapacidad para duelar y abandonar las ganas imposibles equivale a una “*abstinencia excretora*” que mantiene encendido el fuego de una ambición “ardiente”. En otras palabras: una “abstinencia” urinaria normalmente inconciente forma parte de la clave de inervación de la ambición “ardiente”, de modo que la deformación patosomática de esos afectos puede manifestarse como una afección urinaria.

Freud escribe que los sueños diurnos son sueños de ambición (Freud, 1916-1917 [1915-1917]*), afecto que, como los sueños de grandeza, vincula con el erotismo urinario (Freud, 1908b*). La enuresis, equiparada con una “polución urinaria”, como producto de una excitación regresiva y edípica de carácter masturbatorio, implica también un ensueño que finalizará en una frustración.

Como se ve con claridad en el caso del complejo de Edipo, tales ensueños vehiculizan un deseo que ocurre fuera de la sazón, fuera de la “estación propicia”. El pretendido privilegio del padre es sólo un privilegio en la equivocada fantasía del hijo, ya que el padre no comete el incesto (Chiozza, 1977b). El tiempo fálico uretral es el tiempo de la rivalidad y de la dificultad para dominar los impulsos. Detrás de esa rivalidad se oculta una ambición “urinaria” que, en tanto inoportuna, es tan imposible como lo es, para el niño, depositar una simiente de la cual todavía carece.

Sin embargo, en la medida en que las ganas, aquello que “da gusto”, quedan fijadas, por la incapacidad de discernir, en la ambición que cae fuera de la ocasión propicia, se pierde “la sal de la vida”, las posibilidades que la realidad ofrece permanecen desabridas e insípidas, sin sazón, como si fueran ellas los frutos que están “fuera de estación”.

Pensamos, entonces, que, en un trasfondo de descontento y envenenamiento, el sentimiento de desazón es el afecto específico de una estructuración melancólica en la cual predominan los componentes renales. Del mismo modo que la amargura de una melancolía o de un carácter hepáticos puede desaparecer de la conciencia sustituida por un trastorno biliar, la desazón renal puede manifestarse algunas veces mediante la única evidencia de una afección urinaria.

VII. Historia de una ambición que perdura

Estaba acostumbrado a tener que alejarse de los lugares donde había vivido. De los lugares y de las personas... ¿acaso no tenía 6 años cuando allá, en su provincia, murió su madre de un carcinoma de mama y desapareció la familia?

Papá se fue a vivir con sus padres... Celina, su hermana, se fue a Córdoba, a trabajar de maestra, y Néstor tuvo que ir a vivir con los padres de mamá... y con las hermanas de ella... ¡Junto con la muerte de mamá había desaparecido su mundo!...

Quizás –piensa ahora– nació allí su ferviente deseo de que nadie... nunca más nadie querido... ¡se muera! Que nadie se muera y que nadie se aleje... ¡Había que encontrar la manera de construir y mantener una familia en la que todos permanezcan unidos!

Mamá lo había encomendado a la tía Virginia... que vivía con la tía Rosa y los abuelos... Eran muy estrictos... especialmente la tía Virginia... pero el peor era el tío Juan... Juancito... el menor... que le pegaba con un rebenque y lo encerraba en el altillo... y ahora Néstor ¡no logra siquiera recordar por qué!

Ellos eran su única familia... le había quedado –¿no es cierto?– ¡una familia! Una familia que se ocupaba de él... ¿Acaso Juancito no lo llevaba al almacén a hacer cuentas...? ¿No fue gracias a él que les tomó gusto a los números?

Decían que los hacía renegar... que era “alborotador”... tenía 11 años (!)... lo pusieron pupilo en un colegio... un colegio de curas... con disciplina... ¡y tuvo que ir!... y se quedó, otra vez, sin familia... lo operaron de la garganta... le dolían los dientes... a menudo la nariz le sangraba, y se enfermó de neumonía...

Apenas se acuerda, ahora, de que se puso “duro”... ¡nunca más! se había dicho a sí mismo...

María tenía una familia que se reunía alrededor de la mesa... la conoció mientras hacía el servicio militar... y se puso de novio... No sabía si la quería... pero había calculado que era lo mejor. Ella nunca lo iba a dejar... tampoco le iba a impedir estudiar y trabajar. Con ella, y con la familia de ella, tendría una casa adonde ir...

María fue como una madre para él... Llegaron los hijos... se recibió de contador cuando nació Florencia... María se ocupaba de ellos... un día apareció por su oficina hablando incoherencias y sintiéndose perseguida. ¡Cómo no se había dado cuenta, antes, de lo enferma que estaba!... ¡Y se puso cada vez peor!

Estaba internada, y embarazada de Juan, cuando él se acostó con la otra... pero no quiso quererla... por la familia (!)... por eso, tal vez, dejó que se casara con otro.

¡Mejor!... mejor no aflojar... mantenerse duro (!). Florencia robó en el colegio en el mismo año en que murió la tía Virginia, ¡una muerte que casi no había sentido! Como tampoco había sentido la muerte de papá... Le recomendaron que la mandara a un psicoanalista... él podía pagarlo, pero no quería ocuparse de Florencia... no podía...

No podía encariñarse con nadie... le interesaba progresar... ganar conocimientos, posición... dinero, prestigio... la licenciatura en economía era su próxima meta. En esa época le apareció sangre en la orina y ese intenso dolor del lado izquierdo... su primer cálculo...

Se había preguntado, ¡tantas veces!, ¿dónde está mi familia?... Sus tíos, sus parientes, muertos... María internada... Florencia... ¡había comenzado a robar!

El cálculo le había dolido... pero siguió adelante... cuando falleció la tía Rosa sólo le quedaba Celina, con la que nunca se veía... en esa época le empezaron a molestar los riñones, le dolían... el goteo... la incontinencia de orina... y se repitió la hematuria...

Con María, que cada tres meses se internaba para volver a salir, ya no se podía vivir... Susana, ¡por suerte!, se había ocupado de él, y de sus hijos, de otra manera... pero Florencia, Polo y Juancho ya no le daban satisfacciones... Al principio no había querido tener un hijo con Susana, pero luego, cuando lo buscaron... ¡no vino!

Ahora es asesor financiero del grupo, y va a tener que viajar a otros países para supervisar varias empresas. Todo se ha concretado: “La verdad –piensa Néstor–... no puedo aspirar a más”.

El hermoso viaje a Europa, que combina el trabajo y el placer, se concretará muy pronto, en cuanto le saquen los cálculos del riñón derecho, que últimamente le ha estado molestando... los cólicos ya no se pueden soportar...

1. Historia clínica

Paciente de 44 años, consulta porque sufre, desde hace mucho tiempo, un dolorimiento lumbar derecho. Actualmente los puntos renoureterales son indoloros y la puñopercusión es negativa. Hace cinco años expulsó un pequeño cálculo urinario, con hematuria y dolor pronunciado del lado izquierdo. En ese momento se le hicieron estudios que no evidenciaron alteraciones. Hace tres años tuvo una hematuria que motivó la indicación de una radiografía simple de abdomen, que también fue normal. Un urograma excretor actual pone en

evidencia una litiasis piélica derecha, con ectasia caliciar muy importante. Indicación terapéutica del urólogo: quirúrgica. Su médico clínico lo envía al Centro Weizsaecker de Consulta Médica para un estudio patobiográfico.

El paciente se opera 45 días después de finalizado el estudio. El cirujano encuentra un cálculo en la pelvis renal derecha, otro en uno de los cálices del mismo lado, y el polo inferior del riñón correspondiente afectado por una calculosis difusa integrada por cálculos pequeños. Se practica una heminefrectomía polar derecha. En el postoperatorio inmediato la sonda permite constatar anuria completa del riñón operado, en las primeras 24 horas. La mujer del enfermo insiste para que se realice una reactualización del estudio patobiográfico, el paciente acepta. En los dos días posteriores, mientras se realiza el estudio, la diuresis del lado derecho alcanza los 100 cm³ diarios, el cirujano manifiesta que si la situación persiste hasta el día siguiente procederá a extraer el resto del riñón. Afortunadamente la diuresis se restablece y no es necesario volver a intervenir quirúrgicamente.

2. El significado de los cálculos de Néstor

Su primer cálculo apareció cuando la licenciatura era su meta. Sólo le interesaba progresar, ganar conocimientos, posición, dinero, prestigio. Así, mientras se lanzaba decididamente hacia la meta ambicionada, dejaba tras de sí, casi sin darse cuenta, otras ambiciones secretas. El niño al cual le habían dolido intensamente la separación y la muerte de los seres queridos, el mismo que se había propuesto construir una sólida familia, se encontraba ahora, promediando su vida, con el fracaso de su más íntimo anhelo. Sus tíos, sus parientes, muertos. María, internada. Florencia, en lugar de resigñar el deseo de obtener lo que no podía materializar, se “apropiaba” de lo ajeno, había comenzado a robar.

Néstor había aprendido a mantenerse duro, soportando el sufrimiento que le deparaba el fracaso de su ambición recóndita. El vaso se ha colmado por la acumulación de esas frustraciones, y su negativa a ocuparse del tratamiento de Florencia marca la caída de la última gota.

Pero Néstor siempre “calculó”. Estaba convencido de que lo mejor no era aflojar... Había dicho, cuando todavía era un niño, “¡nunca más!”, y se había “endurecido”. Si admitiera la magnitud de su impotencia, correría el riesgo, intolerable, de tener que desistir de lo imposible. Estaba en su carácter, junto con su amor por los números, el pensar las mil maneras de eludir la necesidad de renunciar. Para mantener sus ocultas ilusiones necesita ignorar lo que le ocurre.

La enfermedad es el precio... Una primera piedra, chica pero dura... casi una arenilla... que pasa, con sangre y con dolor... La ambición que se hace “ardiente” porque no se atreve, que no se pone a prueba, coartada, simbólicamente, en un espasmo urinario que “le corta el chorro” (un espasmo con el cual Néstor se lastima), se “congela” y perdura, representada en ese monolito, pequeño todavía, que testimonia y conmemora un ideal imposible, que se concreta en la piedra, inmortal, porque “se diluye” en la vida. Una mínima “estatua de sal”, que llamamos “estatua” porque simbólicamente “congela” una forma pretérita que no se abandona. Podemos sospechar que Néstor, inmerso en la desazón de su melancolía “urinaria”, no se da cuenta de que “mira hacia atrás”, como la mujer de Lot, huyendo de un presente insípido, desabrido, en el cual siente que se le ha perdido “la sal de la vida”.

Le había dolido, pero siguió adelante, negando esa desazón que lo llena de “angurria” y lo encamina, decididamente, hacia un futuro en el cual llega a pensar, sin estar satisfecho (!): “la verdad es que no puedo aspirar a más”. Siguió adelante... y cuando se repitió la hematuria, el dolor cambió de lado, y apareció una incontinencia de orina, seguramente leve, que el urólogo no consigna en su historia.

Las ambiciones “de su primer cálculo” son “izquierdas”, las que corresponden a la repetición del trauma son “derechas”. Si lo izquierdo suele arrogarse la representación de las pasiones indomadas, y lo derecho el camino recto de la justicia y el deber, no es aventurado suponer que sus primeros trastornos urinarios testimonian que Néstor vivenciaba aquellas ambiciones como impulsos placenteros y egoístas. Las segundas, en cambio, aparecen vinculadas al deseo, imposible, de no abandonar a María, representante, enfermo, de su familia desecha, y de cumplir, al mismo tiempo, con el deber de otorgarle, a Susana, el hijo que no vino.

Podemos comprender su leve incontinencia como una manifestación de su íntimo “descontento”, como una claudicación pasajera del intento que, negando su desazón, procura retener incólumes sus ambiciones, pretendidas, ahora, fuera del tiempo y la “estación propicia”.

Su enfermedad, desde entonces, permanecerá acantonada allí, en el lado derecho. Desde allí seguirá testimoniando lo que acontece en su vida. Sus cálculos perpetúan un semillero de pequeños y de grandes ideales que son imposibles de concretar. Son ideales que, mal discernidos, se alejan, cada vez más, de la conciencia, en vericuetos y extravíos que dificultan el camino de retorno hacia la saludable resignación de un duelo, y fuerzan a otro duelo (a veces imprescindible, pero siempre diferente), que surge como consecuencia de una mutilación quirúrgica.

**FANTASÍAS INCONCIENTES
ESPECÍFICAS DE LAS VÁRICES
HEMORROIDALES**

(1993 [1992])

Luis Chiozza, Gladys Lacher, Elsa Lanfri
e Hilda Schupack

Referencia bibliográfica

CHIOZZA, Luis y colab. (1993g [1992]) “Fantasías inconcientes específicas de las várices hemorroidales”.

Ediciones en castellano

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. 127-154.

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. 109-131.

Traducción al portugués

“Fantasías inconcientes específicas das varizes hemorroidais”, 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. 109-130.

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 23 de octubre de 1992.

I. La enfermedad hemorroidal

Resumiremos, a partir de los autores consultados (Paz, 1955; Navarro Colás, 1988), los conceptos médicos esenciales acerca de la enfermedad hemorroidal.

El recto es la porción terminal del intestino grueso que se extiende desde el final del colon sigmoideo, a nivel de la tercera vértebra sacra, hasta el ano. Contiene dos segmentos bien diferenciados, la ampolla rectal, o recto pélvico, y el canal anal, o recto perineal. La ampolla rectal tiene una longitud de 11 a 15 cm y, aunque puede distenderse considerablemente, cuando está vacía, el diámetro es de 3 a 4 cm. El canal anal es la parte terminal del recto, de unos 3 cm de longitud; su espacio interior, en estado de reposo, es virtual y posee, también, una gran capacidad de distensión. El canal termina en el orificio anal.

A escasa distancia del ano existen, en número de cinco a doce, unas depresiones de la mucosa denominadas *criptas de Morgagni*, que terminan en forma de masa (papilas anales). Las criptas de Morgagni están separadas entre sí por unos pliegues carnosos llamados *columnas de Morgagni*. El ano es la abertura distal y perineal del recto y se halla situado entre la línea anorrectal, que corresponde al límite inferior de las papilas anales, y la línea anoperineal, que se continúa con la piel del periné.

El recto está irrigado por las arterias hemorroidales superiores y medias, ramas terminales de la mesentérica inferior y por las arterias hemorroidales inferiores, que derivan de las arterias hipogástricas y de las ilíacas internas. El retorno venoso tiene lugar a través de las venas hemorroidales que drenan al sistema venoso portal y a la cava inferior. Los

linfáticos del recto drenan a los ganglios hipogástricos y lumbares, y los del ano, a los ganglios inguinales.

Desde antiguo se denomina *hemorroides* a las tumoraciones formadas por dilataciones varicosas de las últimas raíces de las venas hemorroidales, que pueden provocar, y de allí deriva su nombre, un flujo sanguíneo anal (Salvat, 1985). Son dilataciones del plexo venoso hemorroidal formado por las anastomosis entre los sistemas venosos de la cava y de la porta. Se dividen, por su distribución anatómica, en externas e internas. Las primeras parten del plexo hemorroidal inferior; se sitúan por debajo de la línea anorrectal y están recubiertas por la piel. Las segundas provienen del plexo hemorroidal superior; se sitúan por encima de la línea anorrectal y se hallan revestidas por mucosa.

Según su gravedad se clasifican en:

- 1) *Hemorroides de primer grado*, pequeñas, prácticamente asintomáticas, pueden manifestarse con prurito y congestión ocasional a raíz de viajes, transgresiones dietéticas y abuso del alcohol.
- 2) *Hemorroides de segundo grado*, de tamaño mediano, suelen presentar dos o tres brotes de congestión anuales acompañados de proctorragia, observándose por anoscopía una clara separación entre el plexo interno y externo.
- 3) *Hemorroides de tercer grado*, se prolapsan de modo reversible en el acto de la defecación y son mixtas, internas y externas.
- 4) *Hemorroides de cuarto grado*, de gran tamaño, se prolapsan con facilidad y no se reducen espontáneamente, sino que debe hacerlo el propio paciente de forma manual, suelen presentar ulceraciones e incluso cambios displásicos de la mucosa.

El síntoma más frecuente de este cuadro clínico es la proctorragia, que suele presentarse al final de la deposición en mayor o menor cantidad y es autolimitada, pues cede al cerrarse el ano al final de la deposición. El *prolapso hemorroidal* es otro síntoma frecuente en las hemorroides de tercer y cuarto grado, reducible espontáneamente en las primeras y permanente en las segundas. El prurito anal es un síntoma que puede asociarse a las hemorroides, pero no es específico de ellas. La complicación más frecuente es la trombosis hemorroidal aguda, que cursa con instauración brusca de dolor anal y aparición de una tumoración anal dura y dolorosa, del tamaño de un garbanzo, de color azulado, traduciendo la presencia del coágulo. En ocasiones la hemorroide trombosada se perfora y el coágulo se expulsa espontáneamente, con lo que remiten los síntomas. La *congestión*

hemorroidal aguda es similar a la complicación anterior, pero no se palpa el coágulo, observándose sólo la masa hemorroidal enrojecida y edematosa.

Los procesos inflamatorios hemorroidales suelen curar dejando como secuela unos repliegues cutáneos hipertrofiados que reciben el nombre de mariscos o fibromas cutáneos. La *estrangulación hemorroidal* es propia de las grandes hemorroides prolapsadas que no pueden reducirse debido a la hipertonía esfinteriana que dificulta la circulación venosa de retorno sin impedir el flujo arterial, produciendo *edema, congestión, trombosis y necrosis hemorroidales*. En el caso de las hemorroides prolapsadas pueden aparecer *ulceraciones hemorroidales* de la mucosa que la recubre, que pueden ser la causa de infección local. Al comienzo el paciente comprueba, después de la defecación, que el prolapso de la masa hemorroidal se reduce espontáneamente. Más adelante necesita efectuar la reducción manual, y finalmente, con el correr del tiempo, el prolapso se hace permanente y toda la maniobra de reducción es imposible. Las várices pierden así el “derecho al domicilio” y se consigue reducirlas con mucho trabajo y no menos molestias, vuelven a exteriorizarse al menor esfuerzo o movimiento; es el prolapso permanente por incontinencia o pérdida completa del tono muscular esfinteriano.

La mayoría de los autores señala como factores etiológicos fundamentales un esfuerzo intenso (defecatorio, tos crónica, parto, ejercicios violentos, etc.), o congestiones por comidas abundantes, o purgantes, o crisis de colitis que, al aumentar bruscamente la tensión venosa al nivel del saco hemorroidario, producen la fisuración de la pared venosa con formación ulterior del coágulo. En su etiopatogenia intervienen factores que causan aumento permanente o discontinuo de la presión venosa de los plexos hemorroidales: la bipedestación prolongada, el estreñimiento y esfuerzos físicos que aumentan la presión intrabdominal, los tumores abdominales que dificultan el retorno venoso, el útero grávido, la insuficiencia cardíaca derecha.

Se afirma que padecen hemorroides un 50% de las personas, y que son más frecuentes entre los 25 y los 50 años, y excepcionales antes de los 10 años de edad y después de los 60.

II. Fantasías específicas del trastorno hemorroidal

Dado que las hemorroides son várices de las venas que conducen de retorno la sangre proveniente de la parte inferior del recto y del ano, las fantasías específicas de la enfermedad hemorroidal se deberán constituir mediante una particular combinación de las fantasías anales con las fantasías específicas del trastorno varicoso.

1. Algunos conceptos psicoanalíticos sobre la analidad

Freud (1905*d**) afirma que la zona anal, a semejanza de los labios, es apta, por su posición, para proporcionar un apuntalamiento de la sexualidad. Desde el comienzo de la vida, el valor erógeno de este sector del cuerpo es originariamente muy grande, y conserva, durante el resto de la existencia de todo ser humano, una considerable participación en la excitabilidad genital. La región del ano se comporta, aun en los individuos que no son perversos, como un genital, tanto en hombres como en mujeres. También señala que los trastornos intestinales, tan frecuentes en la infancia, se ocupan de que no falten, en esa zona, excitaciones intensas. Si más tarde se contrae una neurosis, esas excitaciones tendrán influencia sobre la expresión sintomática que adquirirá. Ya desde mucho tiempo antes, señala Freud, “y con referencia al valor erógeno del tracto anal... no puede tomarse a risa la influencia de las hemorroides, a las que la vieja medicina concedía tanto peso para la explicación de los estados neuróticos” (Freud, 1905*d**, pág. 169).

A partir del psicoanálisis de la neurosis obsesiva (Freud, 1913*i**), pudo inferir la existencia de una *organización pregenital*, “anal-sádica”, en la que, de modo destacado, se pone de manifiesto la dualidad de la vida sexual. *En esta fase no se trata aún, sin embargo, de características masculinas o femeninas, sino que las pulsiones deberán ser llamadas “de meta activa” y “de meta pasiva”. La corriente activa surge de la musculatura corporal bajo el influjo de la pulsión del apoderamiento, que llamamos sadismo cuando está al servicio de la función sexual (el sadismo intenso es la base, como sabemos, de la neurosis obsesiva). La corriente pasiva surge del erotismo anal, cuya zona erógena corresponde a la antigua cloaca indiferenciada*⁵⁶. Abraham (1921) acentúa la importancia de la membrana mucosa del canal intestinal en esa etapa.

En la fase anal la preocupación del bebé se ha desplazado de la boca al ano, que ha pasado a ser ahora la zona directriz. Durante ese período

⁵⁶ Una de las teorías que los niños construyen acerca de la concepción y el nacimiento, contiene la idea de dar a luz por el intestino. Esta teoría infantil rememora modalidades del reino animal, en especial la cloaca de los tipos zoológicos inferiores a los mamíferos (Freud, 1905*d**). El adulto conserva en su inconciente esta representación de la cloaca, en la que “lo sexual y lo excrementicio se separan mal o no se separan” (Freud, 1905*c**, pág. 92). Freud asocia las perturbaciones de la actividad intestinal con la antigua teoría infantil de la cloaca. Cuando las fantasías de coito y parto anal son reprimidas o desestimadas en virtud de la angustia de castración, se reafirma inconcientemente la teoría de la cloaca y del papel erótico del intestino y de la zona anal (Freud, 1918*b* [1914]*).

de la vida las heces son tratadas como un objeto que ha sido incorporado parcialmente y, al mismo tiempo, como un producto, de esa zona del cuerpo, que es vivido como muy poderoso y destructivo. *El trato con los objetos del mundo externo está teñido de intensas fantasías de gratificar a esos objetos con heces idealizadas, o atacarlos con heces omnipotentemente dañinas.* Esto configura un mundo de fantasías y de relaciones objetales inestables, en el cual *la ambivalencia juega un papel protagónico. En el niño surge, entonces, el temor a ser atacado en el ano por los objetos malos* (Meltzer, 1967).

Erik Erikson (1963) sostiene que el esfínter anal y las nalgas son focos agresivos y libidinales que quedan fuera del alcance de los ojos del niño y, en cambio, pueden estar dominados por la voluntad de los otros. “El atrás” puede estar invadido por quienes se muestran dispuestos a atacar la autonomía del niño y a descalificar los productos que él sintió como buenos al expulsarlos. Estas vivencias le generan un sentimiento básico de duda, que a veces se expresa en el adulto como temores paranoides de perseguidores ocultos que amenazan desde atrás, o como distintas expresiones de dudas compulsivas.

Más allá de la vinculación existente entre el temor y la diarrea, que se comprueba en la expresión popular que denomina al miedo “cagazo”, encontramos también el temor vinculado a la defecación vivenciada como un acto agresivo o prohibido, que engendra fantasías taliónicas, y que conduce a una contractura espasmódica del esfínter anal, como producto del miedo vinculado a la excitación anal. El lenguaje popular conserva ese significado en expresiones tales como “se le frunció el culo” o “no le cabía un alfiler”.

El niño obtiene gran placer del contacto con la orina, cálida, y con la tibia masa de excrementos, y también con la visión, la percepción olfativa y la manipulación de sus heces. Para el adulto, en cambio, el contacto de su piel con la orina y con sus excrementos es desagradable. Las represiones lo han alejado de la libido infantil que le permitía complacerse con los productos de la defecación, y obtener placer en el mismo acto de la evacuación, tanto por la sensación física, como por la gratificación psíquica basada en la realización del acto (Abraham, 1921).

La educación, que impone una renuncia a esos placeres, expone el narcisismo del niño a una severa frustración. Cuando las condiciones son óptimas, el niño se identifica con la demanda de los educadores y se siente orgulloso de su adquisición. La gratificación original es reemplazada, entonces, “por la gratificación del logro de ‘ser bueno’ ante la estimación de sus padres”. No todos los niños obtienen ese éxito y tratan, entonces, de alcanzar compensaciones detrás de las cuales se ocultan la obstinación y el deseo de aferrarse al primitivo derecho a la autodeterminación. Muchos

niños y adultos que sobresalen por su bondad y obediencia esconden fuertes impulsos rebeldes subyacentes, fundados en el hecho de haber sido obligados, desde la infancia, a someterse al control de los adultos. Si la limpieza se le exige precozmente, el niño adquirirá el hábito a través del terror, pero su resistencia interior permanecerá, y puede resultar de ello una perturbación en la capacidad de amar (Abraham, 1921, pág. 56).

El recto, los contenidos abdominales propios y ajenos, y la relación que el niño y sus objetos establecen con ellos, acaparan su atención durante la época en que el ano es la zona erógena directriz. En esa época los objetos son sentidos como abastecedores de sustancias, y al niño le interesa, sobre todo, poseer y retener al objeto.

Los impulsos y sus formaciones reactivas, las fantasías y conflictos de ese período, forman el núcleo del carácter anal. Núcleo especialmente significativo en el caso de aquellas personas para quienes los bienes materiales y el control sobre la gente adquieren una importancia capital en sus vidas. *Son personas que viven en una disyuntiva permanente entre la obstinación y la docilidad* (Meltzer, 1967). Sus rasgos de carácter (son *ahorrativos, ordenados y tercios*) señalan un refuerzo de los componentes eróticos anales.

Freud (1917c*) afirma que en las producciones del inconciente (ocurrencias, fantasías, síntomas) *los conceptos de “caca” (dinero, regalo), “hijo” y “pene” se permutan entre sí con facilidad. La materia fecal es el primer regalo que ofrece un niño pequeño.* Es una partepreciada de su cuerpo, de la cual solamente se desprende para complacer el pedido de su madre. El bastón fecal, el pene y el hijo son cuerpos sólidos que, al penetrar o al salir, excitan un canal mucoso. Se sostiene que el niño (durante su investigación sexual infantil) no alcanza a distinguir claramente la función del pene, y que por este motivo sólo puede imaginar que el hijo recorre el mismo camino que las heces. Esta relación respecto de lo orgánico se traduce psíquicamente, después de muchos rodeos, como una identidad inconciente entre las heces, el pene y el hijo.

La defecación, en este período, representa para el niño, tal como ya lo hemos señalado, una renuncia a su actitud narcisista, renuncia que hace por amor al objeto. Debe decidir entre entregar “obedientemente” sus heces, “sacrificándolas” al amor, o retenerlas como satisfacción autoerótica. Más tarde afirmará también, de este modo, su propia voluntad. Así se constituye el desafío (terquedad) que nace de una porfía narcisista de carácter anal.

Abraham (1921) sostiene que Jones destaca la relación entre los actos excretorios del niño y la elevación de su autoestima. La creencia infantil en la omnipotencia de los pensamientos y de los deseos puede proceder del período en el que se atribuye gran importancia a las excreciones. Por eso la enseñanza

temprana del control de la defecación, y los castigos para conseguirla, constituyen una prematura destrucción de la megalomanía infantil.

Los adultos olvidan que la excreción es interpretada por el niño como un signo de enorme poder; sin embargo, expresiones tales como las de llamar “trono” al W.C. lo recuerdan. La expresión “regir el vientre” alude, con claridad, al orgullo que se experimenta con la defecación (Abraham, 1921, pág. 59).

Si reconocemos que la evacuación de los intestinos es una fuente del orgullo infantil y del sentimiento de poder, se comprende que los pacientes que padecen constipación experimenten, tan a menudo, una vivencia de desvalimiento. Dado que su libido se ha desplazado de la zona genital a la anal, deploran la inhibición de la función intestinal como si se tratara de una impotencia genital (Abraham, 1921).

Freud (1908b*) afirma que en la primera infancia de las personas que padecen de constipación intestinal hubo lentitud en el logro del control de la defecación y placer en retener las heces. En lo que se refiere a su constitución sexual congénita, es posible suponer una acentuada erogeneidad de la zona anal que evolucionó, posteriormente, hacia una dificultad en renunciar al placer de la defecación.

El aseo, el orden, la formalidad, son formaciones reactivas contra el interés de lo sucio, lo perturbador, lo que no debe pertenecer al cuerpo. Freud cala profundamente en la interpretación de la suciedad, señalando que es “materia ubicada en un lugar equivocado” (Freud, 1908b*, pág. 156).

En *El malestar en la cultura* (Freud, 1930a [1929]*) dice que el erotismo anal fue el primero en sucumbir a la represión, bajo la influencia del factor social (quien no oculta sus excrementos ofende a otros y esto es lo que muestran algunos de los insultos más fuertes). Agrega que la perduración de tales impulsos puede comprobarse en el hecho de que sólo repugnan los excrementos ajenos, no los propios.

Abraham (1921) describe a las personas con carácter anal como poseedoras de una gran sensibilidad a cualquier intrusión externa en el campo de su poder, real o supuesto. Se niegan a adaptarse a cualquier arreglo impuesto desde afuera, pero cuando han concebido uno esperan que los demás lo acepten. Deben hacerlo todo, porque nadie podría hacerlo bien. Añade Abraham que si la libido del varón no alcanza la etapa de la organización genital, o si regresa a la fase anal, manifiesta una inhibición de la actividad masculina en todos los sentidos de la palabra. Muestra, además de impotencia sexual, una carencia de iniciativa y productividad. (A la potencia masculina va unida una actitud sentimental positiva hacia el objeto amoroso, que se extiende a otros objetos y se expresa en la capacidad de adaptación social y la devoción a ciertos intereses e ideas.)

En individuos cuya genitalidad está dañada encontramos una tendencia inconciente a considerar la función anal como la productividad más importante. La conducta social de estas personas está, por lo tanto, fuertemente ligada al dinero y a los ideales de orden y limpieza. La preponderancia del erotismo anal conduce hacia el reemplazo de la actividad intelectual por la cavilación neurótica. El interés por las posesiones se acentúa en la medida en que la genitalidad y la productividad están menoscabadas. Son personas que trasladan casi todas sus relaciones a la categoría del tener (aferrar) o del dar, es decir, a la categoría de la propiedad.

De las consideraciones apuntadas en este apartado, extraemos dos conclusiones importantes:

- 1) *La sexualidad anal, cuyas características han sido descritas a partir de los casos en donde cobra una particular intensidad, forma parte de la vida psíquica inconciente de las personas normales.*
- 2) *Los componentes sexuales anales, que son, habitualmente, los más intensamente reprimidos, suelen ser precisamente los más inhibidos, o los que se actúan de un modo más inconciente, durante el ejercicio normal de la sexualidad adulta.*

2. Fantasías específicas de la enfermedad varicosa

Con el fin de identificar las fantasías inconcientes específicas de las várices hemorroidales, nos ocuparemos aquí del significado inconciente del trastorno varicoso, a partir de las conclusiones que expusimos en un trabajo anterior (Chiozza y colab., 1991g [1990]).

1. Dado que la actividad vasomotora es un componente esencial de la emoción, se presta especialmente para adjudicarse la representación simbólica de la emoción completa. El corazón es, por su origen, un vaso modificado y, en tanto tal, es particularmente apto, en la complejidad de su función (cuya característica sobresaliente es el ritmo), para expresar y simbolizar el tono afectivo del instante que se vive y el proceso por el cual se prefiguran o pre-sienten los afectos (Chiozza, 1979d [1978], 1981f).

2. Tal como lo expresa la etimología de la palabra *re-cordar* (“volver al corazón”), el sistema venoso es la estructura orgánica más adecuada para representar, específicamente, el aspecto emocional del recuerdo, es decir, el proceso de re-vivir o re-sentir afectos que quedan referidos a un tiempo que

pasó. En este sentido podemos decir, para referirnos al proceso de recordar con afecto, que la “vena” “re” trae lo que el “corazón” “re” siente.

3. El proceso de recordar, independientemente de su grado de acceso a la conciencia, transcurre con dos sentimientos dolorosos específicos que pueden, también, permanecer inconcientes: el sentimiento de nostalgia y el sentimiento de condena. La nostalgia se configura como un dolor por la ausencia de lo que fue y ya “se ha ido”. La condena es la actualidad de una pena inevitable y continua. *Se recuerda porque, de un modo conciente o inconciente, se añora⁵⁷ con nostalgia huyendo de un presente que posee la cualidad traumática de una condena.* Nostalgia y condena, como las dos caras de una misma moneda, constituyen el dolor del proceso que denominamos duelo. En otras palabras: todo recuerdo, de manera conciente o inconciente, lleva implícito un duelo.

4. El duelo finaliza cuando la capacidad para soportar la condena se manifiesta como una resignación que, bien entendida, es una re-significación del presente que conduce a conformarse con la realidad de una manera creativa y gratificante. La renuncia a lo que se ha perdido se manifiesta, entonces, como un “desgaste” que hace cesar los recuerdos. Si un duelo no finaliza, es decir, no se “elabora”, y al mismo tiempo sucede que no se puede soportar en la conciencia el dolor que configura a ese duelo, es necesario olvidar (etimológicamente obliterar) el recuerdo.

5. El proceso que el psicoanálisis denomina *represión* puede quitar al recuerdo su traducción en palabras. Aunque los afectos, por sí mismos, pueden llegar a la conciencia sin intermediación de las palabras, la represión disminuye la intensidad o el número de los afectos penosos que el recuerdo entraña. La negación, en cambio, como “sucedáneo intelectual de la represión”, aunque permite la conciencia del afecto traumático, impide el pleno desarrollo de su investidura, ya que, desde el pensamiento, se asume la inexistencia actual del afecto nominado. Pero también es posible “olvidar por un tiempo”, cuando la conciencia, para obstaculizar u obliterar la emergencia del recuerdo, “se aferra” a otros estímulos, desplazando sobre ellos sus investiduras de atención. Pensamos que este proceso que “desatiende” a los recuerdos que ya son concientes sin negar su existencia, configura una actitud que puede aprenderse y llegar, incluso, a constituir un hábito o un rasgo del carácter⁵⁸.

⁵⁷ Freud (1926d [1925]*) destaca la importancia de una intensa investidura de añoranza como condición determinante del dolor psíquico y del duelo.

⁵⁸ Tal como surge de las consideraciones que realiza Etcheverry (1978), Freud utilizó diversos términos para referirse a sucesos que, a nuestro juicio, constituyen una

6. Si la vena se presta para simbolizar el camino por el cual el componente emocional del recuerdo “vuelve a ser sentido”, podemos pensar que *un leve retardo, “fisiológico”, de la circulación venosa, forma parte de la “clave de inervación” completa que corresponde a una actitud que procura postergar el momento en que la emoción del recuerdo llega, con plenitud, a la conciencia.*

7. El trastorno venoso ocurriría, en cambio, cuando ese intento de “demorar” o “detener” a los recuerdos se desestructura, y ocurre que la importancia de la investidura recae predominantemente sobre la función venosa. *Las várices, con sus signos característicos: dilatación anormal de las venas, rémora y reflujo sanguíneo, deben constituir, por lo tanto, un desarrollo “equivalente” de lo que hubiera podido manifestarse como intento de postergar o demorar un recuerdo “afectivo”.*

8. Podemos interpretar que la tortuosidad del trayecto venoso que caracteriza a las várices es la expresión y el símbolo de las “vueltas” y “rodeos” que los estímulos interpuestos imponen al camino de “retorno” por el cual los recuerdos penosos se hacen concientes. Cuando esta modalidad se manifiesta en el carácter como una dificultad para la expresión franca y directa de algunos afectos, corresponde a lo que el lenguaje popular tipifica como una persona “vueltera”. La tortuosidad de la vena se presta, además, para representar:

- 1) El sentimiento de tortura que surge cuando la continua postergación de algunos afectos impide la elaboración del duelo y se complace en retornar, una y otra vez, sobre la misma penuria. La expresión “hacerse mala sangre” parece aludir a esa tortura mediante representaciones surgidas de la sangre transformada por la rémora circulatoria. *De modo que la rémora circulatoria de*

serie “continua” de operaciones que recorren la gama que va desde la represión hasta la desmentida, pasando por la negación y la desestimación. Podemos ubicar, dentro de esa gama, al proceso que denominamos *desatender, demorar o postergar* la emoción de un recuerdo, en un lugar próximo a la desestimación, si entendemos ese concepto en un sentido general que trasciende el uso particular que de él se ha hecho, y que lo liga excesivamente con los procesos psicóticos. Aquello que, a nuestro juicio, resulta esencial, es que lo que se desmiente es una “realidad” percibida, y que la desestimación consiste en una privación de importancia que puede ejercerse tanto sobre una percepción como sobre el significado de un recuerdo o la intensidad de una sensación somática. Freud señala que “aun los dolores corporales más intensos no se producen (no es lícito decir aquí: permanecen inconcientes) si un interés de otra índole provoca distracción” (Freud, 1926d [1925]*, pág. 160).

una enfermedad varicosa constituye un desarrollo equivalente a una cualidad particular del sentimiento, la “mala sangre”, que, como afecto, no accede a la conciencia.

2) Una actitud “torcida” que contraría al camino “recto” de la sinceridad y de la franqueza (que comprometen a la idea de moral y de justicia), actitud que, cuando existe como una tendencia que no se asume conscientemente en la vida, puede representarse en la tortuosidad de la vena.

9. Si tenemos en cuenta que la función de las válvulas consiste en mantener el orden y la dirección de la corriente, podemos pensar que una insuficiencia valvular venosa puede arrogarse la representación de un estado de des-orden, o des-concierto, entre las diferentes importancias de las emociones que se re-cuerdan.

3. Fantasías específicas de las hemorroides

Tal como se deriva de cuanto hemos dicho:

1. Frente a un recuerdo conciente que produce un sentimiento de nostalgia y de condena insoportables, es posible “demorar” la pena, “postergar” el duelo y evitar la intensidad afectiva que debería acompañar a la emergencia de lo rememorado, mediante la actitud de “desatender” a ese recuerdo, aferrándose a la oportunidad de otros estímulos. La actitud que describimos constituye, a nuestro entender, el rasgo esencial de un carácter varicoso.

2. Cuando el proceso que denominamos “demorar” los recuerdos se reprime de un modo que altera la “clave de inervación” que lo constituye, sobreinvistiendo los trayectos venosos que forman parte de esa clave, aparece el trastorno varicoso.

3. Cuando en los recuerdos implicados predominan las fantasías anales, aparece, como trastorno varicoso específico, la enfermedad hemorroidal.

¿Cuáles son las características particulares, podemos preguntarnos ahora, de una nostalgia y una condena en las que predominan las fantasías anales?

En lo que respecta a la nostalgia es lícito suponer que se añoran los placeres anales, es decir: la excitación de la zona que deriva del ejercicio de las funciones de evacuación y retención, a la cual podríamos añadir

no solamente la masturbación o la perversión anales, sino también la transformación de los placeres pregenitales primarios en formaciones secundarias que implican relaciones de objeto, formaciones reactivas, coartación de los fines y sublimación.

La condena será, en cambio, como contrafigura de la nostalgia del placer ausente, la penosa presencia de una prohibición anal, que se manifiesta, en primer lugar, como retención o como evacuación no deseadas, constituyendo una constipación o una diarrea, pero también en otras formas de una *penuria anal* en las cuales se involucra *un conflicto entre el placer y la prohibición, incluyendo en ellas la erotización de la penuria. Especialmente en dos formas que consideramos fundamentales* por su relación con el trastorno hemorroidal: *el dolor de un esfuerzo desmesurado y el esfuerzo inútil*. El lenguaje popular ha creado dos expresiones específicas para estas fantasías: “romperse el culo” y “un esfuerzo al pedo”.

La medicina señala que el esfuerzo intenso es un factor etiológico fundamental para las hemorroides. Se refiere al esfuerzo en la defecación, en la tos, en el estornudo, en el movimiento exacerbado y, en algunas mujeres, en el acto de parir. La palabra “esfuerzo”, lo mismo que los términos “forzar”, “forzoso” y “forcejeo”, proviene del latín *fortis*, que significa *fuerza* (Corominas, 1983). María Moliner (1986) define el vocablo “esforzar” como forzar algo, forzar a alguien, o forzar a algún órgano; “esforzarse” es obligarse a hacer algo que requiere mucha fuerza física, o inteligencia, o voluntad, o cualquier otra facultad.

En el acto de la defecación, durante el aprendizaje del control de esfínteres, el niño realiza el *esfuerzo afectivo* de desprenderse de un producto que considera valioso y que desea retener. Perder ese objeto, en la defecación, le provoca ansiedad, y, por otro lado, no quiere quedarse sin el objeto que le proporciona placer ni renunciar a la satisfacción narcisista de actuar sin control. También siente que puede manejar esa situación con gran omnipotencia, ya que no pueden obligarlo a entregar sus heces si no es con la colaboración de su voluntad.

Si el niño logra como premio por la concesión, voluntaria, de la evacuación, que implica aceptar los límites impuestos por la sociedad, el amor y el reconocimiento de los padres, sentirá en el futuro que se trata de *un esfuerzo que vale la pena*. Podrá confiar entonces en que es posible recuperar por otro lado, a través del reconocimiento que aumenta su autoestima, el narcisismo perdido. Si lo que logra, en cambio, es indiferencia, se instalará un sentimiento de desconfianza, y de minusvalía, que corresponden a la vivencia de *un esfuerzo inútil*. A partir de esa vivencia se generará, en el futuro, *la desconfianza hacia el valor de*

*cualquier tipo de esfuerzo, que actúa como una condena, o su formación reactiva, la creencia en la necesidad de un esfuerzo desmesurado, que funciona como una nostalgia*⁵⁹.

La circunstancia de un esfuerzo desmesurado, o inútil, debe quedar también asociada con la vivencia de que es imposible “parir” analmente un producto tan valioso como el que, de acuerdo con la antigua idea inconciente de una cloaca indiferenciada, inconcientemente se espera. De modo que *se trata de un esfuerzo que*, lejos de surgir como un intento de enfrentar las exigencias de la realidad, *es una consecuencia de exigencias ideales*.

Podemos pensar, además, que en la variante hemorroidal del carácter varicoso, nos encontramos con un adulto que inconcientemente “forcejea”, obstinada y conflictivamente, por no perder su autonomía en el ejercicio de sus actividades placenteras y, al mismo tiempo, conservar el aprecio de los objetos que sostienen su autoestima⁶⁰.

La congestión, la trombosis, el prurito, el dolor, la proctorragia y el prolapso son los síntomas o signos más frecuentes, cuando el trastorno hemorroidal “se complica”. No cabe duda de que *tanto la congestión como el prurito pueden ser considerados como equivalentes de una excitación que no alcanza a la conciencia*. El dolor “físico” será, en cambio, *el representante de la penuria inconciente, que, como hemos visto, es inseparable del duelo evitado*. Tal como señala la experiencia clínica, el dolor es “franco” cuando la vena hemorroidal varicosa se trombosa.

Si interpretábamos el sentido inconciente de la expresión lingüística “mala sangre” como alusión a la sangre venosa alterada por una rémora circulatoria que simboliza la “demora” de un duelo “imposible”, podemos pensar, en ese mismo sentido, que *los trombos sanguíneos representan el*

⁵⁹ Cuando, a pesar del esfuerzo, no se obtiene aquello que le dio motivo, se experimenta un sentimiento de fracaso y de pérdida, que requiere la realización de un duelo. Si el duelo se paraliza, el sufrimiento puede aliviarse un poco encontrando algún culpable. El sentimiento de injusticia, por ejemplo, construido con la fantasía de que el esfuerzo, aun siendo más que bastante, excesivo, no fue premiado, no sólo disimula cualquier falta de méritos, sino que justifica, bajo la idea de un esfuerzo inútil, cualquier tipo de pereza.

⁶⁰ Una de las medicaciones que se recomienda para aliviar la inflamación y el dolor son los baños de asiento con hojas de malva. El término “malva” se usa también para referirse a una persona que está “dócil y sumisa”, particularmente a consecuencia de haber sido reprendida, castigada o escarmentada, por ejemplo en la expresión: “está como una malva desde que le paré los pies” (Moliner, 1986). Parecería que la medicación intentara, inconcientemente, contrarrestar la actitud de obstinación y forcejeo “contenida” en el trastorno hemorroidario.

*intento de impedir definitivamente, consolidando la “mala” sangre en un coágulo, que la nostalgia y la condena vuelvan a ser re-sentidas*⁶¹.

En cuanto a la proctorragia y el prolapso, que forman parte, algunas veces, de la enfermedad hemorroidal, comprometen, en un mosaico complejo, la intervención de otras fantasías. Tanto la palabra “hemorragia” como el término “hemorroide” provienen, de acuerdo con lo que establece la etimología (Corominas, 1983), de vocablos griegos que poseen los significados de “sangre que fluye”. Tal como lo hemos sostenido en anteriores trabajos (Chiozza y colab., 1983*h* [1982], 1991*g* [1990]), la “sangre derramada”, *cruor*, representa siempre la intervención de fantasías en las cuales se halla presente el elemento crueldad.

Suponemos que *la proctorragia* no sólo se presta, como toda hemorragia, para simbolizar una pérdida que, en este caso, lo sería de un objeto analmente investido, sino que *debe representar, ante todo, el intento de desembarazarse, definitivamente, de recuerdos que no deben ser re-sentidos*. La fantasía de desembarazarse de los recuerdos puede expresarse, también, mediante los diferentes grados y las distintas formas del *prolapso hemorroidario*⁶², con los cuales se aludiría además, al *esfuerzo desesperado, y fallido, de “parir”, con éxito, “justificando el esfuerzo”*.

III. Síntesis

1. Las hemorroides son várices de las venas que conducen de retorno la sangre proveniente de la parte inferior del recto y del ano. Se calcula que

⁶¹ Al mismo tiempo, tal como sucede algunas veces, especialmente con las várices de los miembros inferiores, los trombos, desprendiéndose y constituyendo émbolos, representan el grave y riesgoso fracaso de una defensa claudicante, insuficiente en su intento de evitar el re-sentimiento de una insoportable penuria.

⁶² Abraham señala que muchas personas neuróticas reaccionan de un modo anal ante toda pérdida, se trate de la muerte de una persona o de la pérdida de un objeto material. Ante tal situación reaccionan con constipación o diarrea, según como sea considerada inconcientemente esa pérdida, de acuerdo con la ambivalencia de su vida emotiva. “El inconciente niega o afirma la pérdida por medio del ‘lenguaje orgánico’ que ya conocemos” (Abraham, 1924*, pág. 126). Las noticias de la muerte de un pariente cercano pueden provocar, en ocasiones, una violenta presión en las entrañas, como si fuera a expulsarse todo el intestino, o como si algo se estuviera rompiendo y fuera a salir a través del ano. Agrega Abraham, que esta reacción debe considerarse como una forma arcaica de pesar, que ha sido conservada inconcientemente. Reacción que remeda ciertas costumbres primitivas como la que realizaban algunos parientes del difunto defecando sobre la tumba recién hecha (Abraham, 1924*).

un 50% de las personas padecen hemorroides. La medicina señala que un esfuerzo intenso o la congestión local por efecto de purgantes o de comidas excitantes son los principales factores etiológicos. Se trata de esfuerzos en la defecación, la tos, el estornudo, en el movimiento exacerbado o, en la mujer, durante el parto.

2. El rasgo esencial del carácter varicoso consiste en “demorar” la pena y “postergar” el duelo, aferrándose a la oportunidad de otros estímulos y “desatendiendo” a los recuerdos que podrían producir un sentimiento de nostalgia y de condena insoportables. La enfermedad denominada *várices* se configura cuando el proceso de “demorar” los componentes emocionales del recuerdo se altera, defensivamente, y deforma su clave de inervación, sobreinviendo los trayectos venosos que forman parte de ella.

3. En la variante hemorroidal del carácter varicoso, constituida en torno del proceso que suele denominarse “educación de esfínteres”, encontramos una actitud de “forzar” obstinadamente una conciliación, imposible, entre el deseo de conservar la autonomía en la obtención del placer y el deseo de conservar el aprecio de los objetos que exigen la renuncia a esa autonomía. A partir de esa conciliación imposible, se constituyen las fantasías del esfuerzo desmesurado y del esfuerzo inútil, para las cuales existen, en castellano, dos expresiones populares: “romperse el culo” y “un esfuerzo al pedo”.

4. Las varices hemorroidales se constituyen cuando se “posterga” la descarga emocional de una nostalgia y una condena anales, que equivalen a la añoranza y la carencia de actividades, normales o perversas, deseadas o temidas, obligadas o prohibidas, vinculadas con la excitación anal. Incluyendo en ellas las formaciones reactivas, la coartación de los fines o la sublimación de los procesos de evacuación o retención que configuran distintas modalidades en las relaciones de objeto.

5. La existencia de las várices hemorroidales dependerá, entonces, de que se cumplan las siguientes condiciones:

- 1) Un grado suficiente de la fijación anal que corresponde a una situación histórica, infantil, en la cual se mantuvo, obstinada o persistentemente, un deseo de “independencia” evacuatoria cuya satisfacción, al mismo tiempo, se evitaba, por temor a la pérdida de amor.
- 2) Un modelo de carácter “varicoso hemorroidal”, preformado, derivado de aquella fijación anal, que rige en todas las circunstancias en las cuales se trata de cualquier tipo de placer. En ese modelo pueden subrayarse cuatro aspectos:

- a) La simultaneidad de la nostalgia, como añoranza persistente de una gratificación jamás resignada, y la condena, como perpetuidad de una prohibición que era insoportable transgredir.
- b) La perduración de un conflicto “esfinteriano” tenso, entre la obtención del placer y la conservación del amor que sostiene la autoestima, conflicto que no se resuelve en una renuncia, porque la renuncia implicaría, precisamente, la realización del duelo “insufrible” que se ha postergado.
- c) La vivencia de que todo lo que no está prohibido es obligatorio, vivencia dentro de la cual el placer, ya sea inhibido o secreto, ha desaparecido de la conciencia.
- d) La hipervaloración “anal” del esfuerzo, o aun del sacrificio, que lo transforma en un mérito en sí mismo, en una “moneda de cambio”, independiente de sus resultados; hipervaloración que suele conducir a una variante “exitosa”, el esfuerzo innecesariamente exagerado, y otra “fallida”, la creencia en la inutilidad de todo esfuerzo.
- 3) La proyección del rasgo caracterológico “varicoso hemorroidal” sobre una situación actual caracterizada por la necesidad de realizar un gran esfuerzo para lograr la gratificación de un deseo, *no necesariamente imposible o prohibido*, al cual no se quiere renunciar.
- 4) La imposibilidad de tolerar la conciencia de la postergación “varicoso hemorroidal” de un duelo “insufrible”, y la deformación patosomática de la clave de inervación de esa “demora”, con la consiguiente sobreinvertidura de los trayectos venosos hemorroidales.

IV. Dos historias que coinciden en un mismo argumento

1. Germán

Alicia no llega... Germán, que hace rato que la espera, nunca sabe si en definitiva vendrá. Mientras espera, “de mala gana”, recuerda... los recuerdos “le vienen”, y le duelen, se quedan con él... ¡Tengo que pensar en otra cosa!

¿Alicia lo ama o lo tolera? Le duele tener que admitir que ni siquiera sabe si ella será capaz, algún día, de separarse del marido para convertirse en su mujer. ¿Por qué no llega?...

De pronto... ¡a los 40 años!... se encontró pensando, otra vez, ¡en mamá!... Ella sí que se ocupaba de él... para ella él era importante... Cómo le gustaba verlo limpio, arreglado, prolijo, ordenado y responsable en el estudio...

Cuando, a los 16 años, lo mandó a trabajar al Banco, lo había salvado de las malas compañías... tuvo, sin embargo, que abandonar el secundario...

¿Por qué mamá lograba que papá se enojara a veces con él y le pegara?... Si papá, de verdad, ni cuando se enojaba, se enojaba...

Siempre andaba detrás mío... papá... ¡Qué bien lo pasábamos juntos cuando íbamos a pescar o jugábamos a las cartas!... todavía lo veo... contento... mientras yo tocaba la guitarra en aquella comida con la familia... Si me viera ahora... si viera cómo progresé en el Banco... él, que tantos dolores de cabeza tenía en el trabajo... nunca pudo encontrar un empleo fijo... ¡siempre estábamos mudándonos!...

Había logrado, ¡al fin!, lo que quería... sobre todo cuando les ganó el examen, en el Banco, a esos “hijos de mamá”. Sus empleados lo respetan... nunca dejó que hubiera coimas... saben... que si no... ¡los echa!...

María Inés, en cambio, ¡lo acusó por los vasos de whisky!... los vasos del matrimonio... al fin y al cabo, ¿eran de ella? ¿Ella no se había quedado, acaso, en la separación, con más cosas?... El departamento se lo habían regalado los padres de ella, sí... pero... ¿y los arreglos que él había hecho?

Hicieron bien en separarse... no se podía vivir siempre peleando... cuando llegaron los chicos, peor... ¡Una tragedia!

Había un clima de... cierta agresividad... ella siempre tan indiferente, tan abúlica... En la cama no se podía saber si le gustaba... ¡Hasta llegó a pensar que era lesbiana!... Claro, en verdad, él también tenía problemas... también ahora, con Alicia, tenía que hacer muchos esfuerzos para tener una erección... siempre le había tenido miedo a las mujeres... pero Alicia no se queja...

Ya son las seis... tal vez no se pudo escapar de su familia... tal vez, aunque no pueda venir, está pensando en mí... ¡Cómo le gustaría tener un amigo con quien poder hablar!

Esta mañana... ¡otra vez!... reapareció la diarrea, con la sangre, y el dolor de intestinos... ¿Tendrá que cuidarse más en las comidas?... Quizás tendría que evitar tantos supositorios... tendría que operarse de las hemorroides... ¡terminarla de una buena vez!... Aquel día... en el hipódromo... todavía, cuando se acuerda, le da vergüenza... ¡qué calor!... ¡y qué susto!... de pronto, se sintió mojado... ¡y la sangre que le ensuciaba el pantalón!... justo cuando lo ascendieron, y ¡justo en el hipódromo!, un lugar en donde no debía estar...

Y después las radiografías... los estudios dolorosos y humillantes... el médico le había dicho que eran hemorroides internas... era una vergüenza

andar con ese algodón entre las nalgas... no había sabido, hasta entonces, lo que eran las hemorroides...

¿Por qué tardará tanto?... ¡Seguro que ya no viene!... hubiera querido contarle lo del Banco... lo de la división de la gerencia... Tendré menos trabajo, pero ya no será nunca como antes... ¿Y si me jubilara?...

2. Esther

En la sala de espera, mientras la secretaria atiende el teléfono, Esther mira impaciente su reloj... las 3 de la tarde... un señor, y otra mujer, también esperan... ¿vendrá ella por lo mismo que yo? No sabe por qué le vienen recuerdos de otras épocas... de otras visitas... ¡tantas!... a otros médicos...

Ojalá que este médico la ayude... también había esperado eso del otro, el del año pasado, el que el tío le dijo que era bueno... le iba a solucionar el problema de las várices... y había quedado peor... con el mismo dolor... y con esas cicatrices en las piernas... enormes... horribles... para qué había gastado tanta plata... un sacrificio inútil...

La verdad... ¡no se puede confiar en los médicos!... pero... bueno... ¿quién se preocupa por uno?... ¿Acaso papá, cuando tuvimos que venirnos para la Capital y perdimos todo, hasta los amigos, no había dicho que era para que nos casáramos mejor aquí?... pero allá le iba muy mal, y tampoco le fue bien acá... si no estaba tirado en la cama, durante días, sin comer, se la pasaba peleando con todos... con los tíos... ¡por tantas pavadas!... se mataban por la manija de la fábrica...

Mamá se la aguantaba... cuando papá se enojaba se volvía loco... Aquel día... era Año Nuevo... cuando volví a la madrugada con Marcelo, los ojos se le salían de la cara... ¡creí que me mataba!... me metió adentro de una oreja, y nos encerró a todos con llave. Seguro que se había dado cuenta, porque nunca, antes, me había dicho nada... ¡Pobre!... después estuvo mal... deprimido... se pasó casi tres días sin comer... Yo tenía 17 años... Hace ya dos años que no veo a papá...

¡Ah!, ya sale el paciente... ¿le tocará a la señora o a el señor?... ah... no... pasan juntos... ¡qué cariñoso!... ¡cómo la agarra de la cintura!... cuando salgan entro yo... Se me está haciendo tarde para ir a buscar a los chicos...

La señora parece tranquila... ¡claro!... el marido la acompaña... José nunca... dice que tengo que arreglarme sola... que tengo que ser más decidida... Papá tampoco... cuando íbamos al médico, si no estaba de viaje, decía que tenía que trabajar... Mamá, en cambio, estaba siempre... a veces se preocupaba demasiado... pero si papá no estaba, y yo tenía miedo, podía dormir con ella...

En realidad, casi siempre, prefería que papá no estuviera... era tan violento... a cada rato la amenazaba a mamá... Yo tenía miedo de volver y encontrarme con un desastre en la casa... ¡Pobre mamá!... ella me preguntaba para qué la llamaba tantas veces por teléfono, desde el trabajo, o desde la facultad... pero... ¡qué se yo!... quería ver cómo estaban...

¡Cómo tardan en salir!... ¿él será siempre tan compañero?... ¿también en la cama será cariñoso?... ¿le importará lo que ella siente?... ¿le pedirá hacerlo por atrás, como José?... a lo mejor a ella le gusta... ¡a mí no!... ¿será normal?... ¿por qué insiste José... si sabe que me duele?... ¡y con las hemorroides peor!... Anoche se enojó... nada de lo que hago le parece bien... yo me esfuerzo por complacerlo... pero él siempre se queja... ¡siempre quiere algo más!...

Si no tuviera las hemorroides... pero en tantos años nunca se habían curado... desde los 17, cuando recién llegaban a Buenos Aires y había empezado a tomar ese purgante... porque siempre le había costado evacuar... Era la época en que se enamoró de Marcelo...

¡Marcelo!... era cariñoso... pero un poco inseguro... teníamos ganas pero... ¡casi tuve que obligarlo yo!... él no insistía... se achicaba... al final me quedé mal... yo esperaba otra cosa...

¿Cómo estará ahora Marcelo?... Ya salen... ahora me toca a mí...

3. El fracaso, doloroso y negado, de una obstinación que no cede

“Nunca sabe si en definitiva vendrá.” ¿Alicia lo ama o lo tolera? Mientras Germán intenta distraerse pensando “en otra cosa”, “de mala gana”, recuerda... Mamá se ocupaba de él porque le gustaba verlo limpio, prolijo y ordenado... con ella se inició en el éxito, en el trabajo del Banco... pero había tenido que dejar, obedientemente, el colegio secundario y las malas compañías. Con papá era diferente, se podía pescar, jugar a las cartas, tocar la guitarra, ¡pero era un fracasado que no encontraba trabajo!

Frente a sus compañeros del Banco, los “hijos de mamá”, que son nenes mimados, se hace respetar, “nunca dejó que hubiera coimas”. Es decir que los controla, como se sintió controlado por esa mamá que fue la suya... distinta... porque le exigía, pero no lo mimaba. Por algo Germán siempre les había tenido miedo a las mujeres...

Quien lo mimaba era papá... que siempre andaba detrás de él y que ni cuando se enojaba, se enojaba... a no ser por obra de mamá... Pero a sus empleados no sólo los controla... también en el examen, ¡a ellos!, que tenían título, gracias a que “se rompió el culo” estudiando... ¡los cagó!

Había logrado al fin lo que quería... pero María Inés lo acusaba ¡de haberse quedado con lo suyo!... y, para peor, las peleas... delante de los chicos... Además el amor, a María Inés, no le gustaba... y frente a ella se sentía impotente... Alicia, en cambio, no se queja, pero tal vez ya no lo quiere... Germán quisiera tener un amigo con quien poder hablar...

Había logrado al fin lo que quería, pero, a pesar de que nunca se ha entregado, y de que su obstinación no cede, Alicia, que “no viene”, adquiere toda la fuerza de una premonición... en ella, que no quiere convertirse en su mujer, se condensan, ominosamente, todas las amenazas y los fracasos negados...

Si Germán piensa en jubilarse, porque “ya no será nunca como antes”... es porque el duelo, postergado, ya no se puede demorar mucho más... Habrá que operar las hemorroides, dejar el placer de las comidas, y evitar los supositorios y las pomadas, representantes de los cuidados con los cuales lo premiaba mamá... Pero esas mismas hemorroides fueron “el fusible” que le permitió, durante tantos años, justo desde que lo ascendieron, quedarse, con un esfuerzo desmesurado, en un lugar en donde, sin título, “no debía estar”...

Porque a él, un juicioso banquero, como quería mamá, le gustaba el hipódromo, como a papá y los amigos... Y así, con el bochorno del algodón entre las nalgas... y de los estudios proctológicos dolorosos y humillantes... sintiéndose mejor entre hombres, y peor entre mujeres... no quiso, durante mucho tiempo, acordarse... Dando vueltas y rodeos, pensando que María Inés, tal vez, era lesbiana, y que Alicia estará, tal vez, pensando en él, no quería acordarse de que se sentía cada vez más impotente, en la cama y en el Banco, y que tenía que hacer muchos esfuerzos, inútiles, para tener una erección...

Esther espera, impaciente, y la asaltan los recuerdos de sacrificios dolorosos que fueron inútiles... “no se puede confiar en los médicos”. Su desconfianza es una desmoralización... ya no puede creer en el esfuerzo, porque “nadie se preocupa por uno”, y porque, por más que se esfuerce, José siempre se queja, “siempre quiere algo más”.

Esther mira la hora como si pudiera, de ese modo, apresurar la situación, pero por más que la controle, y aunque se le haga tarde, las personas que están con el médico tardan en salir...

Hace ya dos años que no ve a su padre... Se acuerda, ahora, de aquella vez en que se puso furioso porque se dio cuenta de lo que había sucedido entre ella, que tenía entonces 17 años, y Marcelo. Papá, que “se mataba por conservar la manija de la fábrica”, autoritario y agresivo, intentaba

controlar lo que pasaba entre Esther y su novio... Pero ella, aunque “se le fruncía el culo” frente a la violencia del padre, ni pensaba en ceder. ¿No había sido Esther, acaso, la que había “obligado” a Marcelo, que no insistía, y que se achicaba, a que se acostara con ella?

Muchas veces “prefería que papá no estuviera”... “tenía miedo de volver y encontrarse con un desastre en la casa”, porque cuando él se enojaba “se volvía loco” y la amenazaba a mamá... Si Esther llamaba, tantas veces, por teléfono, para saber cómo estaban, es porque se imaginaba una escena violenta que no sólo la llenaba de miedo, sino también de excitación y de celos.

El señor que agarra de la cintura a su mujer cuando entra al consultorio del médico, y es cariñoso con ella, la lleva a pensar en José, que no la acompaña, y en que tampoco papá la acompañaba a mamá. Mamá, en cambio, era la que “estaba siempre”, y cuando Esther tenía miedo, “podía dormir con ella”...

Marcelo también era cariñoso, pero era inseguro, y después de haberse acostado con él, Esther se quedó mal... Se pregunta, ahora, cómo será ese señor cariñoso en la cama... y si querrá hacerlo, con su mujer, “por atrás”, como pretende José.

Esther, aunque José insista, no acepta, porque le duele, y aunque se esfuerza, inútilmente, en verdad, por complacerlo en cuanto puede, José se enoja. “Si no fuera por las hemorroides”, tal vez sería distinto, pero las hemorroides, desde los 17 años, nunca se le habían curado... siempre le había costado evacuar...

Entre un padre violento y un novio inseguro ha experimentado temor y frustración... Miedo, rabia, y al mismo tiempo excitación... la dejan con “un culo fruncido” en el cual “no cabe un alfiler”, y el dolor que experimenta si intenta “hacerlo por atrás”, no sólo se produce por la contractura del esfínter, sino también como un castigo erotizado por la nostalgia y la condena de un placer prohibido e intensamente añorado. Para Esther obstinarse es un hábito, y ceder, un “fracaso” deseado y temido. Mientras, frente a José, que la excita, oscila, inútilmente, entre entregarse y resistirse, consigue, gracias a la congestión hemorroidal, no acordarse de las emociones que la violencia de papá le despertaba... Y cuando, por fin, entra al consultorio, espera que, por fin, ¡“le toque” a ella!...

**LOS SIGNIFICADOS INCONCIENTES
ESPECÍFICOS DE LA ESCLEROSIS**

(1993)

Luis Chiozza, Eduardo Dayen y Mirta Funosas

Referencia bibliográfica

CHIOZZA, Luis y colab. (1993k) “Los significados inconcientes específicos de la esclerosis”.

Ediciones en castellano

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. 155-183.

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. 133-155.

Traducción al portugués

“Os significados inconcientes específicos da esclerose”, 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. 131-154.

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 2 de abril de 1993.

Que Dios nos conceda
la serenidad para aceptar las cosas que no
podemos cambiar,
valor para cambiar las cosas que sí podemos
cambiar,
y sabiduría para conocer la diferencia.

Anónimo, citado por GREGORY BATESON (1972)

I. La esclerosis

1. Introducción

En medicina se denomina *esclerosis* a la induración morbosa de los tejidos. El proceso esclerosante puede afectar, circunscripta o generalizadamente, a casi todas las estructuras (tegumentos, músculos, serosas, glándulas, centros nerviosos) formando parte de distintas enfermedades (arterioesclerosis, esclerodermia, mesenteritis esclerosante, mioesclerosis, nefroesclerosis, hepatitis esclerosa, cataratas seniles, etc.).

Llambías (1909, pág. 1) sostiene que el proceso crónico que conduce a la esclerosis es, en el fondo, siempre el mismo, cualquiera sea el órgano que afecte. Se produce la induración de la trama de sostén de los órganos, acompañada de la atrofia de los elementos celulares diferenciados.

En la esclerosis, el tejido conjuntivo se hace denso, seco y parecido al cicatrizal. Con el transcurso del tiempo, los tejidos esclerosados suelen quedar sujetos a la transformación hialina o a la calcárea (Beeson y McDermott, 1980).

En la concepción fisiopatológica predominante (Beeson y McDermott, 1980; Rever, 1954; Ham, 1975; Llambías, 1909), la esclerosis es el resultado inevitable del transcurso del tiempo. La homologación habitual de vejez y esclerosis coincide, por lo tanto, con la concepción médica predominante.

La medicina afirma que el envejecimiento obedece a ciertos principios generales: anatómica e histológicamente existe cierto grado de atrofia, endurecimiento, fibrosis y esclerosis de tejidos, con pérdida de la elasticidad; pigmentación, adelgazamiento y rarefacción de algunas estructuras; calci-

ficación y osificación de otras; reducción de volumen y peso visceral. Pero este proceso de involución no afecta coordinada ni armónicamente a todos los órganos y, además, el proceso de envejecimiento no es el mismo en todos los seres humanos. La pérdida de la capacidad de adaptarse a las nuevas exigencias, típica de la vejez, se comprende, entonces, desde el punto de vista fisiológico. Hay disminución de la reserva funcional, menor consumo de oxígeno, reducción de los cambios energéticos, deshidratación de los tejidos y disminución de la masa sanguínea circulante.

Mosso (1982) sostiene que conviene precisar la diferencia entre la senescencia (vejez fisiológica) y la senilidad (vejez adelantada cronológicamente y acompañada de procesos patológicos).

2. El tejido conjuntivo

El tejido conjuntivo constituye la estroma, es decir la trama o armazón que sostiene entre sus mallas al parénquima de un órgano, glándula o estructura. El tejido conjuntivo es uno de los cuatro tejidos básicos. Los otros tres son el epitelial, el nervioso y el muscular.

Si bien, en sentido limitado, se llama tejido conjuntivo al que conforma estructuras como la dermis, los tendones, las aponeurosis, el hueso, el cartílago y las cápsulas articulares, todas las células hacen contacto con estructuras vecinas por intermedio de la sustancia fundamental que pertenece al tejido conjuntivo.

Este tejido está constituido preponderantemente por material no viviente denominado “matriz extracelular”. La mayor parte de este material, aún sin calcificarse, es muy resistente y tiene propiedades químicas, físicas y mecánicas, que se ajustan a los distintos tipos de tejidos y órganos de los que forma parte.

Los tejidos conjuntivos dan forma al cuerpo. Si el cuerpo sólo estuviera compuesto por células, tendría la consistencia gelatinosa de las células (Ham, 1975).

Entre las distintas variedades de tejido conjuntivo, algunas se caracterizan por el material no viviente producido por ciertos tipos de células, mientras que otras están compuestas por células del tejido conjuntivo que no se relacionan con la producción de sustancia intercelular, sino con otras funciones (por ejemplo, la defensa inmunitaria) (Ham, 1975).

El fibroblasto es el tipo celular más común del tejido conjuntivo. Cuando está en reposo, se lo denomina fibrocito para diferenciarlo del fibroblasto del tejido en crecimiento, que se encuentra en actividad.

Uno de los papeles importantes de los fibroblastos es la síntesis y el depósito de colágeno. Producen las características fibrillas de colágeno, secretan los polisacáridos que componen la sustancia fundamental y, además, están involucrados en la síntesis de fibras elásticas.

La matriz extracelular está constituida por fibras colágenas, fibras reticulares, fibras elásticas y una sustancia fundamental amorfa.

Las fibras colágenas son las más abundantes y características del tejido conjuntivo. Soportan el estiramiento con una resistencia comparable a la del acero. Como las fibras colágenas tienen gran resistencia a la tensión, podría pensarse que el tejido conjuntivo no es todo lo flexible que es en realidad. El motivo de su flexibilidad es que las fibras colágenas suelen estar dispuestas en direcciones diversas y tienen forma ondulada. Por lo tanto, el tejido conjuntivo puede someterse a tracción ligera sin distender ninguna de sus fibras colágenas longitudinalmente.

Las fibras reticulares son muy delgadas y forman redes o mallas íntimamente asociadas con las células.

Las fibras elásticas son delgados cordones que se dividen y anastomosan formando una red tensa. Ayudan a recuperar el estado normal cuando desaparece la fuerza de tracción impuesta al tejido, pues a diferencia de las fibras colágenas, las fibras elásticas pueden alargarse longitudinalmente, después de lo cual vuelven a su posición como si fueran de caucho.

La sustancia fundamental rellena los espacios intercelulares. Es un material ópticamente homogéneo que contiene mucha agua, sales, escasa concentración de proteínas y otros materiales de bajo peso molecular.

En el tejido conjuntivo pueden encontrarse, además, las células que habrán de diferenciarse en los distintos tipos celulares de dicho tejido: las células mesenquimatosas o del tejido conjuntivo joven. Son células morfológicamente similares que poseen grandes potencialidades. Pueden ser inducidas por ambientes celulares distintos para diferenciarse siguiendo vías diversas y transformarse en células que tienen aspectos muy diferentes y ejercen funciones especializadas muy distintas. Esto ocurre, especialmente, en la vida embrionaria. Las células mesenquimatosas, en esa etapa, ocupan los lugares donde se desarrolla el tejido conjuntivo.

Las principales funciones del tejido conjuntivo son las de sostén, protección y reparación, todas funciones que están al servicio de mantener la forma del organismo.

La función de sostener y unir las múltiples estructuras corporales corresponde principalmente a los componentes fibrosos del tejido conjuntivo. Las fibras elásticas dotan a los tejidos de la elasticidad que les permite volver a su estado primitivo después de haber experimentado una

deformación mecánica. Con la edad, el tejido elástico pierde gradualmente sus atributos característicos y las fibras elásticas desgastadas o dañadas son reemplazadas en medida escasa.

Todos los componentes del tejido conjuntivo participan en la protección. Aunque la sustancia fundamental es permeable para las sustancias en disolución, su consistencia gelatinosa parece constituir una barrera mecánica que impide la diseminación de los microorganismos patógenos, ofreciendo protección contra las infecciones. Cuando, en ciertas infecciones crónicas, los leucocitos, anticuerpos circulantes y macrófagos tisulares no erradican a las bacterias invasoras, la producción de tejido fibroso alrededor de la lesión forma una suerte de muralla de contención que aísla los tejidos infectados.

Los fibroblastos se multiplican y sintetizan componentes extracelulares para reparar los tejidos que no se pueden restablecer. Las fibras de colágeno llenan el defecto con tejido cicatricial fibroso denso, reconstituyendo de este modo la forma (Rever, 1954).

II. Las fantasías inconcientes específicas de la esclerosis

1. El significado inconciente del tejido conjuntivo

A partir de lo que Weizsaecker (1946-1947) afirma cuando señala que el proceso fisiológico se comporta como si lo animara una intención psicológicamente comprensible, sostuvimos (Chiozza, 1976c [1971]) que, dado que la propia existencia del fenómeno somático posee un sentido psicológico, la estructura o proceso corporal y su fantasía inconciente específica son una y la misma cosa vista desde dos ángulos diferentes. Podemos incluso afirmar, decíamos, que aquello que la fisiología, o la fisiopatología, denominan la “causa final” (teleológica), es lo que, desde nuestro ángulo psicoanalítico, denominamos el sentido, el significado de una función, forma, desarrollo o trastorno.

Los conceptos de Freud (1905*d**, 1915*c**, 1924*c**) acerca de las zonas erógenas y lo que acerca de las fantasías específicas para cada una de las zonas erógenas planteamos (Chiozza, 1963*a*, 1976c [1971]) nos permiten admitir la existencia de una zona erógena conjuntiva cuyos representantes pulsionales configurarían sus fantasías inconcientes específicas. Dado que el tejido conjuntivo está constituido por células y por material no viviente denominado “matriz extracelular”, la actividad de las células del tejido conjuntivo correspondería, entonces, a la erogeneidad de la zona conjuntiva.

En cuanto a la finalidad del tejido conjuntivo, la fisiología señala que constituye la trama o armazón que *sostiene* entre sus mallas al parénquima de un órgano, glándula o estructura. El tejido conjuntivo *da forma*, de este modo, al órgano y, por lo tanto, al cuerpo del organismo entero.

Si el significado inconciente inherente, o específico, del tejido conjuntivo, es el de constituir una trama o armazón que sostiene y da forma, ¿cuál será, entonces, el importante proceso en el cual esa finalidad (constituir una trama) interviene de un modo lo suficientemente preponderante como para poder adjudicarse la representación, inconciente, del proceso completo?

Dado que lo que llamamos *psíquis* es, en última e irreductible instancia, significado, y que el significado se constituye con las finalidades que emanan del cuerpo vivo y animado, podemos sostener que lo que denominamos “cuerpo” también es alma desde otro vértice de observación.

Llamamos *identidad*, en cuerpo y alma, al resultado de un proceso por el cual nos constituimos en diferentes entre nuestros similares, y estamos acostumbrados a pensar que las distintas formas “constitucionales” del cuerpo se corresponden con otras tantas “formas de ser” anímicas.

Si la trama conjuntiva que “da forma al cuerpo” es artífice de una parte importante de la identidad, no debe extrañarnos que se preste especialmente para representar a ese proceso en su totalidad “psicosomática”.

Ortega y Gasset dice que “*creencias* son todas aquellas cosas con que absolutamente contamos aunque no pensemos en ellas. De puro estar seguros de que existen y de que son según creemos, no nos hacemos cuestión de ellas, sino que automáticamente nos comportamos teniéndolas en cuenta. Cuando caminamos por la calle no intentamos pasar a través de los edificios: evitamos automáticamente chocar con ellos sin necesidad de que en nuestra mente surja la idea expresa: ‘los muros son impenetrables’. En todo momento, nuestra vida está montada sobre un repertorio enorme de creencias... Las creencias son viejas ideas, algunas tan antiguas como la especie humana. Pero son ideas que han perdido el carácter de meras ideas y se han consolidado en creencias... El hombre está siempre en la creencia de esto o de lo otro, y desde esas creencias –que son para él la realidad misma– existe, se comporta y piensa... En nuestras creencias nos movemos, vivimos y somos” (Ortega y Gasset, 1940-1944, págs. 24-26).

Puede sostenerse, entonces, que toda identidad “encarna” y lleva, implícito, un sistema o *con-junto coherente* de creencias, y que el tejido conjuntivo⁶³, que, como una trama, junta las distintas partes del cuerpo

⁶³ Las palabras “conjunto” y “conjuntivo” derivan, ambas, del término “juntar” (Corominas, 1983).

otorgándoles una forma coherente, parece especialmente adecuado para arrojarse la representación de ese *conjunto coherente* de creencias.

La existencia física de una trama conjuntiva que da forma al cuerpo, y la existencia histórica de un conjunto de creencias que da una manera al alma, nos permiten pensar en una misma fantasía inconciente, una fantasía de “conformación” (o configuración⁶⁴) que implica, a su vez, una “capacidad de conformación” en la cual confluyen forma y significado, como figura, modalidad o estilo.

En otras palabras, una misma “capacidad de conformación” inconciente puede manifestarse a la conciencia, desde un punto de vista histórico, como *conjunto coherente* de creencias y, desde un punto de vista físico, como tejido conjuntivo sano.

2. Acerca del interés y de la conformidad

Freud (1930a [1929]*) define al interés como la energía de las pulsiones de autoconservación, en contraposición a la libido o energía de las pulsiones sexuales. También se refiere al interés diciendo que cuando, en un proceso psíquico de la vida normal, una representación adquiere una particular vivacidad para la conciencia, vemos en ese resultado la prueba de que a la representación privilegiada “le corresponde una valencia psíquica particularmente elevada” (Freud, 1900a [1899]*), un cierto grado de interés. Aclara que el interés que recae sobre una representación debe distinguirse de la intensidad sensorial con la cual se percibe.

La palabra “interés” significa “inclinación más o menos vehemente del ánimo hacia un objeto, persona o narración que atrae y conmueve” (Real Academia Española, 1985). Corominas (1983) señala que es la sustantivación del latín *interesse*, “estar interesado”, y que deriva de *esse* (ser) y de *inter* (entre). Es decir que “interés” significa, por su etimología, “ser entre”. Debe corresponder entonces a un estado afectivo que podría ser descripto como la vivencia de “estar siendo fuera del yo”, apartado del yo e inclinado hacia las cosas, siendo entre el yo y el objeto que cautiva.

En sus *Ensayos de convivencia*, Julián Marías dice que “mientras el verbo vivir es –según dicen– intransitivo y permanece sosegadamente en sí mismo sin pasar a otra cosa, desvivirse es siempre *desvivirse por algo*” (Marías, 1953, págs. 84-85). Cuando algo nos llama y tira de nosotros, nos arranca de

⁶⁴ La palabra “figura”, que deriva de *ingere* (amasar con los dedos, dar forma, modelar), se presta especialmente para aludir a la confluencia de forma y significado.

nuestro sosegado centro y nos arrebatada, cuando sentimos afán vivísimo y no nos bastamos a nosotros mismos, nos desvivimos. El desvivirse es la forma suprema del interés. Pero, ¿qué es el interés más que *interesse*, estar entre las cosas? Cuando nos interesamos es que estamos ahí, con las cosas, entre ellas, desviviéndonos. Y si vivir es estar entre las cosas que nos rodean y solicitan, en nuestra circunstancia, ¿hay otro modo de vivir que interesarse, es decir, desvivirse? ¿No ocurrirá que el que no se desvive no vive tampoco?

Ortega y Gasset (1932-1933) señala que “el mundo es, pues, sólo un término de mi vida, pero yo no soy mundo, ni mi vida es cosa de este mundo. Precisamente porque no lo es mi vida no está ahí –como está la piedra, el árbol y el astro–, sino que tengo que hacérmela y me es pura tarea y puro problema” (pág. 190). “La realidad es la coexistencia mía con la cosa. La verdad es la pura coexistencia de un yo con las cosas, de unas cosas ante el yo” (págs. 209-220). “Yo no soy mi vida. Ésta, que es la realidad, se compone de mí y de las cosas. Las cosas no son yo ni yo soy las cosas: nos somos mutuamente trascendentes, pero ambos somos inmanentes a esa coexistencia absoluta que es la vida” (págs. 225-226).

Pensamos que el “ser uno mismo” o “ser lo que se debe” es el producto de una conformidad adecuada. *Conformidad* no sólo quiere decir “unión, concordia y buena correspondencia entre dos o más personas”, sino también “simetría y debida proporción entre las partes que componen un todo” (Real Academia Española, 1985). La conformidad adecuada es el producto de una buena conformación, y esta última surge como consecuencia de un equilibrio entre ceder y resistir a la presión de cambio para llegar hasta un punto en el que nos conformamos y conformamos la circunstancia en una influencia recíproca que lleva implícito aquello que, desde otro punto de vista, llamamos resignificar o resignar la vida. Se alcanza, de este modo, “la debida proporción entre las partes que componen el todo del cual formamos parte”. Podemos decir, entonces, que estamos “en forma” o, también, que “estamos conformes”.

Es conveniente en este punto establecer la diferencia entre el ejercicio de una adecuada capacidad de conformación y el conformismo.

Cuando Freud (1924e*, pág. 195) describe las características que tiene el vínculo con la realidad en las neurosis y en las psicosis, dice que la neurosis no desmiente la realidad, se limita a no querer saber nada de ella; la psicosis la desmiente y procura sustituirla. Dice que la conducta normal es la que aúna los rasgos de ambas reacciones: como la neurosis, no desmiente la realidad, pero, como la psicosis, se empeña en modificarla. La conducta adecuada efectúa un trabajo que opera sobre el mundo exterior y no se conforma con producir alteraciones internas; no es sólo autoplástica sino, también, aloplástica. En la psicosis, el remodelamiento de la realidad

tiene lugar en los sedimentos psíquicos de los vínculos que hasta entonces se mantuvieron con ella, o sea en las huellas mnémicas, las representaciones y los juicios que se habían obtenido de ella hasta ese momento y por los cuales era subrogada en el interior de la vida anímica.

Quiere decir entonces que conformarse adecuadamente implica no sólo mutar sino también resistirse a la mutación, implica vivir sin resignar totalmente los proyectos y sin mantenerlos, a todo trance, absurda y fracasadamente invariantes⁶⁵. Nos conformamos cuando pulsamos⁶⁶ en un elástico vaivén entre ceder y mantenernos firmes frente a la presión de cambio, entre desistir de nuestra intención e insistir de un nuevo modo reiterando el intento de modificar la circunstancia. “Ser uno mismo” o “ser lo que se debe” es el producto de ese elástico vaivén en el que *nos* formamos con la circunstancia y, al mismo tiempo, *la* formamos con nosotros.

La capacidad de conformación reside en desistir hasta el punto en que uno puede re-formarse e insistir hasta el punto en que se puede re-formar la circunstancia, en una adecuada combinación de transigencia e intransigencia, o de docilidad e indocilidad, que conduce, mediante un proceso que lleva implícito un duelo, hacia la “conformación”. Conformarnos es resignificar o re-signar la vida. Cuando no es posible conformarse, cuando no se puede renunciar a los objetos ideales, queda comprometido el vínculo con los objetos reales que podrían calmar “realmente” el dolor de la insatisfacción (Chiozza, 1970g [1966]).

El “conformista”, en cambio, no guarda la debida proporción entre los componentes del todo del que es parte, sino que se adapta “fácilmente” a cualquier circunstancia (Real Academia Española, 1985). El conformista no re-signa, no resignifica su experiencia, sino que renuncia, se abstiene de enfrentar su mundo circunstante.

Un buen establecimiento de la identidad requiere de una buena asimilación, y toda buena asimilación necesita de la realización de un duelo por aquellas partes del objeto y del yo que deben ser abandonadas. El conformista funciona como si se conformara, pero no se conforma. La identidad auténtica es el ser algo, mientras que el estar funcionando como si se fuera algo es la pseudoidentidad (Chiozza, 1970n [1968]).

⁶⁵ Ideas desarrolladas por Luis Chiozza en su participación realizada en el Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicosomática el 14 de setiembre de 1984, durante la reunión sobre “Ruina y plenitud de la forma”.

⁶⁶ La palabra “pulsar” significa “latir la arteria, el corazón u otra cosa que tiene movimiento sensible” y también “tantear un asunto para descubrir el medio de tratarlo” (Real Academia Española, 1985).

Campbell (1982, pág. 201) describe el vínculo entre la adaptación y el interés diciendo que el secreto de una conducta flexible es tener experiencias interesantes en condiciones estables. Una de las más importantes de estas experiencias es el juego, actividad normal de los niños que se sienten seguros, actividad que es síntoma de una adaptabilidad que tiende a conducir a mayor adaptabilidad.

Reich (1933), ocupándose del “desinterés”, señala que cuando un impulso encuentra una inhibición, se puede escindir. Una parte se vuelve contra la propia persona y otra conserva la dirección original hacia el mundo exterior. En el punto en el cual las dos tendencias, debido a que son fuerzas contradictorias, se anulan, se produce una “parálisis” o rigidez. La manifestación clínica más común de esta condición dinámico-estructural es un sentimiento de soledad interior, de muerte interior, de falta de interés. Toda vez que los impulsos naturales hacia los objetos se ven frustrados, el resultado es la pérdida de contacto y la angustia como expresión de la retirada dentro de uno mismo.

El desinterés es conflicto de tendencias, ruptura de los vínculos, y, por lo tanto, hace imposible la conformación. Es decir que sólo podemos conformarnos cuando estamos interesados por las cosas.

Un funcionamiento normal del tejido conjuntivo, que *es y representa* a un sistema o conjunto coherente de creencias que es adecuado, es decir *coherente con la realidad circundante*, nos “hablaría”, entonces, de una capacidad de conformación que equivale a “ser entre” las cosas, es decir a interesarse con ellas.

3. El sentimiento de disconformidad

Dado que podemos “estar conformes”, es también posible decir que la conformidad es un estado, pero difícilmente podríamos sostener que se trata de un sentimiento, ya que la verdadera conformidad es inconciente, y no existen, estrictamente hablando, o sea, como actualidades, sentimientos inconcientes. Podemos, muy por el contrario, atrevernos a afirmar que cuando manifestamos, concientemente, sentirnos conformes, es porque ocultamos una disconformidad latente frente a la cual asumimos, sin admitirlo, una actitud “conformista”.

La disconformidad, en cambio, es un sentimiento, ya que se manifiesta como un proceso de descarga actual que alcanza la conciencia y que acompaña al hecho, o a la actitud, de no conformarse con las circunstancias. Aunque es lo más común que se le atribuyan connotaciones negativas, y que se lo considere un defecto del carácter, tanto el sentimiento de disconformidad,

como el hecho, o la actitud, de no conformarse, pueden conducir a desenlaces positivos. Si bien puede decirse que la disconformidad suele limitar nuestro contacto con la realidad y nuestra posibilidad de conocerla, también debemos aceptar que puede proteger nuestra coherencia y convertirse, además, en un motivo que nos ayuda a emprender los cambios necesarios.

Existe una necesidad de conformarse “en forma”, y cuando esa necesidad permanece insatisfecha, se mantiene viva la inquietud, o el deseo, que adquiere la figura del afecto que denominamos “disconformidad”. En otras palabras: toda conformación lograda es el producto de una capacidad de conformación que opera sobre una disconformidad anterior.

Si, de acuerdo con lo que hemos dicho hasta aquí, podemos sostener que el funcionamiento de los distintos elementos celulares del tejido conjuntivo debe integrar, en condiciones normales, parte del proceso de conformación que se traduce en un estado de conformidad normal, podemos también pensar que entre las “inervaciones” que configuran la clave de inervación del sentimiento de disconformidad, encontraremos un cambio funcional en los elementos celulares del tejido conjuntivo, que se mantiene dentro de los límites de lo que se puede considerar normal.

Aunque los motivos de la disconformidad pueden permanecer inconcientes, el sentimiento, como tal, es un proceso de descarga que alcanza la conciencia. En la medida en que el sentimiento de disconformidad se deforma patosomáticamente en su clave de inervación, por obra del proceso defensivo, la sobreinversión de los elementos de la clave constituidos por las funciones del tejido conjuntivo determina una alteración que denominamos “enfermedad del tejido conjuntivo”. En otras palabras: aquella parte del sentimiento de disconformidad que se deforma “patosomáticamente” no se mantiene en la conciencia como sentimiento de disconformidad, pero penetra, de todos modos, en ella, como una enfermedad “somática” cuyo significado afectivo permanece inconciente. La enfermedad del tejido conjuntivo se constituye, así, como una transformación particular, “patosomática”, total o parcial, del sentimiento de disconformidad que hubiera debido devenir conciente, una transformación que suele denominarse también, desde ese punto de vista, “desarrollo equivalente” o “equivalente afectivo”.

4. Los significados inconcientes específicos de la esclerosis

El proceso que conduce a la esclerosis se caracteriza, como ya hemos señalado, por la induración del tejido conjuntivo, acompañada de la atrofia

de los elementos celulares diferenciados. El tejido conjuntivo se hace denso, seco y parecido al cicatrizal.

El término “esclerosis” proviene del adjetivo griego *scleros*, que significa “duro, seco, áspero”, y también “rudo, arisco, tozudo” (Vox, 1974). El término “rígido”, que se origina en el latín *rigidus*, y que significa “duro, helado, yerto, tieso” (De Miguel y Marqués de Morante, 1943), posee, según Corominas (1983), un parentesco etimológico con el vocablo “rigor”, que proviene del latín *rigor*, utilizado para denotar la inflexibilidad.

Para el diccionario de la Real Academia Española (1985), “rigor” significa: a) nimia y escrupulosa severidad; b) aspereza, dureza o acrimonia en el genio o en el trato; c) tiesura o rigidez preternatural de los músculos, tendones y demás tejidos fibrosos, que los hace inflexibles e impide los movimientos del cuerpo. “Rígido”, en cambio, es “inflexible, riguroso, severo”.

Vemos que tanto *esclerosis* como *rigor* significan “duro”. Los sinónimos de esclerosis son, a su vez, sinónimos de rigor. La palabra “rigor”, además, en una de sus acepciones, describe el resultado del proceso esclerosante. La inflexibilidad es, por otro lado, una característica típica de la esclerosis. Estas coincidencias parecen avalar la idea de que los términos “rigidez”, “rigor” y “esclerosis” comparten un mismo núcleo de significación.

Weizsaecker (1950), intentando comprender la enfermedad desde una diferente clasificación nosológica, sostiene que *neurosis*, *biosis* y *esclerosis* son tres enfermedades distintas y, al mismo tiempo, tres etapas en la evolución de un proceso.

El término “neurosis” designa a un trastorno funcional que, como tal, puede ocurrir y desaparecer en forma instantánea y en cualquier momento. El término “biosis”, en cambio, denomina a un proceso que no se puede alejar en cualquier momento, dado que existe una ley que establece su transcurso. Cuando se trata de una biosis, junto con la función se modifica también la estructura. Mientras que el trastorno funcional es imposible de localizar, el cambio estructural de la biosis, aunque reversible, es localizable. La transformación estructural irreversible que aparece primariamente, o en el transcurso de una biosis, se denomina esclerosis.

“La medicina clásica –dice Weizsaecker– ha considerado posible, desde hace mucho tiempo, un pasaje... de la biosis a la esclerosis. El concepto de cicatriz... llegó a ser precisamente el prototipo de ese pasaje” (Weizsaecker, 1950, pág. 154).

Cuando Freud (1933a [1932]*) analiza la eficacia terapéutica del psicoanálisis, describe dos dificultades con las que se tropieza en la práctica: el grado de rigidez psíquica y la forma de la enfermedad. El grado de rigidez psíquica, sostiene, “se pasa a menudo por alto erradamente. Aunque de

hecho es grande la plasticidad de la vida anímica y la posibilidad de refrescar estados antiguos, no todo admite ser reanimado. Muchas alteraciones parecen definitivas, corresponden a cicatrizaciones de procesos transcurridos. Otras veces se tiene la impresión de una rigidez general de la vida anímica; procesos psíquicos que muy bien podrían ser encaminados por otras vías parecen incapaces de abandonar las antiguas” (Freud, 1933a [1932]*, pág. 143).

Aunque cuando Freud emplea el término “cicatrización” no intenta apuntar a una significación específica de las cicatrices “corporales”, sino que alude metafóricamente a un proceso corporal para referirse a un proceso psicológico, que haya elegido ese término para describir el proceso por el cual se establece la rigidez anímica no debe ser casual, ya que tanto la rigidez como la cicatrización se refieren en última instancia, a nuestro entender, a la esclerosis.

Señalamos ya que las enfermedades del tejido conjuntivo se constituyen como un trastorno de la capacidad de conformación, una dificultad para “interesarse”, para “ser entre” las cosas, que se caracteriza por la descomposición patosomática, total o parcial, del sentimiento de disconformidad.

De modo que si la esclerosis posee un significado inconciente específico, es decir, distinto del de otras enfermedades del tejido conjuntivo, las distintas enfermedades esclerosantes que afectan diferentes órganos y funciones corporales comprometerán también, en una particular combinatoria o “mosaico” de fantasías específicas, significados diversos (Dayen y Funosas, 1991).

Dijimos en un trabajo anterior (Chiozza, 1980e) que la identidad específica se obtiene como producto de una variación estable desde la cual se ejerce una cierta flexibilidad, y que el “estar en forma” corresponde a la estabilidad que conserva un máximo de flexibilidad y equivale a “ser uno mismo” o “ser lo que se debe”, mientras que el “estar en ruinas” corresponde a la pérdida máxima de flexibilidad y al intento fallido de estabilizar un estado constitutivo.

La esclerosis es una pérdida de la flexibilidad, una rigidización de los tejidos conjuntivos. Tal flexibilidad depende de las fibras elásticas del tejido conjuntivo.

Llamamos a veces rigor y a veces rigidez a la pérdida de una flexibilidad que es anímica. Lo que hemos dicho acerca de la clave de inervación del afecto disconformidad nos permite suponer que el funcionamiento de las fibras elásticas puede arrogarse la representación de la flexibilidad del ánimo.

Recordemos que con la edad, el tejido elástico pierde gradualmente sus atributos característicos y las fibras desgastadas o dañadas son reemplazadas

en medida escasa. Esto conduce a deducir que el mero transcurrir del tiempo produce un grado de rigidez que es natural. Tal como sostuvimos en otra ocasión (Chiozza, 1984f), vivir es tomar posición, y envejecer es adquirir sabiduría e identidad, y perder posibilidad. Pensamos que la flexibilidad “conjuntiva” es un representante adecuado de esa posibilidad que en la vejez normalmente se pierde.

La induración prematura de la trama de sostén de los tejidos y órganos, acompañada de la atrofia de los elementos celulares diferenciados, correspondería, en cambio, a un grado de rigor del ánimo igualmente prematuro que puede ser observado tanto en conductas aisladas como en aquellas otras habituales que configuran un modo de ser.

En la medida en que la esclerosis es un modo particular del enfermar del tejido conjuntivo, el sentimiento de disconformidad que en ella se desestructura debe poseer también una característica especial que lo diferencia del sentimiento de disconformidad desestructurado en las otras enfermedades del conjuntivo. Desde este punto de vista podemos hablar entonces de una disconformidad esclerosa.

Dado que la rigidez prematura que caracteriza a la esclerosis parece representar simbólicamente la fantasía de perdurar de modo invariante un determinado conjunto coherente de creencias, podemos sostener que la manera específica de la disconformidad esclerosa consiste, precisamente, en un particular malentendido: la ilusión de que existe la posibilidad de una estabilidad permanente.

Podemos pensar además que la fantasía de mantener invariante un conjunto de creencias propio, que ha entrado en crisis, se apoya, a su vez, en una particular construcción que podría describirse del siguiente modo: cuando la circunstancia, que jamás es inmutable, cambia, el sujeto prefiere creer, frente a lo que siente como un perjuicio, que la causa de su desventura está en el mundo. Sintiendo muchas veces víctima de una injusticia, suele pretender que tiene que cambiar el mundo para reinstalar una circunstancia en la que las dificultades no existían. De este modo, aferrado pertinazmente a creencias que le resultan inservibles, atrapado en una especie de egocentrismo⁶⁷, no puede ingresar en un cambio que implica dejar de ser quien se es para llegar a ser “otro” que mantiene auténticamente su forma.

Mientras el enfermo esclerótico espera que la circunstancia cambie, reacciona frente a su desventura sustituyendo la elasticidad que alterna

⁶⁷ En la descripción de los rasgos de carácter de los viejos afectados de esclerosis suele señalarse el egocentrismo (Mosso, 1982).

entre el desistir y el insistir, por la actitud de resistir a la presión de cambio que la circunstancia impone. Así va ingresando en su rigidez (un particular modo de pensar, actuar y sentir) un pertinaz aferrarse a los hábitos y costumbres, a un conjunto de creencias que, perimido, aunque mantiene aun cierta coherencia interna, ha perdido su coherencia con el mundo. Este tipo particular de disconformidad, la “disconformidad esclerosa”, es, pensamos, el sentimiento que, desestructurado, se presenta a la conciencia, privado de su significación afectiva, como esclerosis⁶⁸.

La disconformidad del escleroso, que lo conduce al desenlace de insistir pertinazmente, con la intención de modificar un mundo que no se ajusta a sus deseos, contiene una paradoja. Se trata de una pretendida fortaleza, la de cambiar al mundo, o prescindir de él, asumida de una manera muy particular. Cuando, implícitamente, sostiene la propia inocencia frente a su desventura, afirmando que es el mundo el que “está mal”, se reconoce débil o impotente, pero paradójicamente, cuando quiere imponer al mundo sus creencias, se comporta omnipotentemente, ocultando y contradiciendo, en la superficie de su conciencia, su inermidad. Podríamos decir, esquemáticamente, que en el enfermo esclerótico encontramos una admisión “hipócrita” de una inermidad que, en última instancia, existe realmente en él.

La paradoja señalada contiene una trampa del mismo tenor y de la misma gravedad e importancia que la que encontramos en la extorsión melancólica. Es una forma particular de irresponsabilidad que podemos denominar paranoica. Incurre en una implícita deshonestidad o hipocresía que conduce, inevitablemente, a un hecho que en primera instancia genera sorpresa. Quien utiliza el refugio de la irresponsabilidad paranoica, a pesar de que vive desconfiando del mundo, jamás se da cuenta (precisamente por obra de sus propios pretextos) de quién lo perjudica realmente. En el fondo de la situación que conduce al envejecimiento y la rigidez prematuros encontraremos, pues, la utilización inconciente de una irresponsabilidad “paranoica”. En el prototípico enfermo esclerótico, terco, endurecido y pertinaz, apresado en la ruindad de la ruina, encontramos, junto a la “opacidad” del que ignora lo que oculta, y detrás de su rigidez, la íntima “hipocresía” del que pretende, al mismo tiempo, las ventajas del saber y las del ignorar. Así, mientras

⁶⁸ Particularmente interesantes parecen ser las formas de la disconformidad esclerosa que, de acuerdo con la denominación de Weizsaecker, podríamos llamar *neuróticas* y *bióticas*. Nos referimos aquí a las primeras fases del “endurecimiento” que dan lugar a contracturas y “fibrositis” de los músculos. Suelen ser más comunes en el cuello y en la espalda, simbolizando también, por su localización, una resistencia a la actitud de sumisión, representada en las expresiones “agachar la cabeza” o “inclinarse” (espalda inclusive), o “doblegarse ante la realidad”.

reclama por el perjuicio que le ocasiona la equivocación del mundo, no percibe precisamente aquello que lo daña contribuyendo a “congelar” su disconformidad en una “conformación” que permanece anacrónica.

5. Resumen

1. Existe una zona erógena conjuntiva cuyos representantes pulsionales configurarían sus fantasías inconcientes específicas. El tejido conjuntivo está constituido por células y por material no viviente denominado “matriz extracelular”. La actividad de las células del tejido conjuntivo correspondería, entonces, a la erogeneidad de la zona conjuntiva.

2. La existencia física de una trama conjuntiva que da forma al cuerpo, y la existencia histórica de un conjunto coherente de creencias que da una manera al alma, nos permiten pensar en una misma fantasía inconciente, una fantasía de “conformación”, o configuración, que implica, a su vez, una “capacidad de conformación” en la cual confluyen forma y significado, como figura, modalidad y estilo.

En otras palabras: una misma “capacidad de conformación” inconciente puede manifestarse a la conciencia, desde un punto de vista histórico, como *conjunto coherente* de creencias y, desde un punto de vista físico, como tejido conjuntivo sano.

3. Conformarse adecuadamente implica no sólo mutar sino también resistirse a la mutación, implica vivir sin resignar totalmente los proyectos y sin mantenerlos, a todo trance, absurda y fracasadamente invariantes. Nos conformamos cuando pulsamos en un elástico vaivén entre ceder y mantenernos firmes frente a la presión de cambio, entre desistir de nuestra intención e insistir de un nuevo modo reiterando el intento de modificar la circunstancia. Desistir hasta el punto en que uno puede re-formarse e insistir hasta el punto en que se puede re-formar la circunstancia, en una adecuada combinación de transigencia e intransigencia, o de docilidad e indocilidad, que conduce, mediante un proceso que lleva implícito un duelo, hacia la “conformación”.

4. “Ser uno mismo” o “ser lo que se debe” es el producto de ese elástico vaivén en el que, motivados por un genuino interesarse con las cosas, nos formamos con la circunstancia y al mismo tiempo la formamos con nosotros en una influencia recíproca que implica lo que, desde otro punto de vista, llamamos resignificar o resignar la vida. Se alcanza, de este modo, “la debida proporción entre las partes que componen el todo del cual formamos parte”. Podemos decir, entonces, que estamos “en forma” o, también,

que “estamos conformes”. Es importante señalar que se trata de un “estar conforme” inconciente, que debe distinguirse del sentimiento, conciente, de conformidad, ya que este último sentimiento encubre siempre una actitud de sometimiento “conformista” que mantiene oculta la disconformidad.

5. El funcionamiento de los distintos elementos celulares del tejido conjuntivo forma parte de la clave de inervación del estado afectivo inconciente que denominamos “estar conforme”. Cuando no es posible conformarse, cuando no se puede renunciar a los objetos ideales, queda comprometido el vínculo con los objetos reales que podrían calmar “realmente” el dolor de la insatisfacción. La carencia de la satisfacción de la necesidad de conformarse mantiene vivo un deseo que toma la forma del afecto conciente que llamamos “disconformidad”.

6. La disconformidad es un afecto al que, habitualmente, le atribuimos connotaciones negativas. En algunas ocasiones, sin embargo, el no conformarse tiene aspectos positivos. Si bien puede decirse que limita nuestra capacidad de conocer, también debemos aceptar que protege nuestra coherencia y nos ayuda, además, para emprender un cambio. En la clave de inervación del afecto disconformidad debería participar entonces un cambio funcional, que se mantiene dentro de los parámetros fisiológicos, en los elementos celulares del tejido conjuntivo.

7. Suele haber una disconformidad conciente cuyos motivos permanecen inconcientes, pero muchas veces la represión desaloja de la conciencia a la disconformidad misma mediante la deformación de su clave de inervación. Lo que llamamos enfermedad del tejido conjuntivo correspondería, entonces, a la noticia conciente de las inervaciones que provienen de la deformación de esa clave, privada del significado afectivo que corresponde a la clave normal. En otras palabras: las enfermedades del tejido conjuntivo pueden ser interpretadas, desde este punto de vista, como un “desarrollo equivalente” del *afecto disconformidad*.

8. La esclerosis es una de las formas de enfermar del tejido conjuntivo y, como tal, debe expresar un trastorno en la “capacidad de conformación”, junto con la imposibilidad de hacer conciente un tipo particular de sentimiento de “disconformidad”. Desde este punto de vista podemos hablar entonces de una disconformidad esclerosa. El significado general de la esclerosis se expresaría en las distintas localizaciones de las enfermedades esclerosantes. Se trataría de una significación general integrada a la de los órganos y funciones comprometidos en esas enfermedades, en un mosaico de fantasías específico de cada una de ellas.

9. El funcionamiento de las fibras elásticas puede arrogarse la representación de la flexibilidad del ánimo. El hecho de que tales fibras se desgasten de

manera inexorable, con escasa posibilidad de reemplazo, conduce a deducir que el mero transcurrir del tiempo produce un grado de rigidez que es natural. La induración prematura de la trama de sostén de los tejidos y órganos, acompañada de la atrofia de los elementos celulares diferenciados, correspondería, en cambio, a un grado de rigor del ánimo igualmente prematuro.

La rigidez a la cual nos referimos puede ser observada tanto en conductas aisladas como en aquellas otras habituales que configuran un modo de ser. En la medida en que se manifiesta como rigidez, se repite, en lugar de recordar, una actitud antigua cuya reactivación conduce al fracaso. En otras palabras: se trata de una repetición pertinaz, inconciente, que reedita una conducta actualmente ineficaz, la cual reitera, una y otra vez, el mismo fracaso.

10. Dado que la rigidez prematura que caracteriza a la esclerosis parece representar simbólicamente la fantasía de perdurar de modo invariante un determinado conjunto coherente de creencias, podemos sostener que la manera específica de la disconformidad esclerosa consiste, precisamente, en un particular malentendido: la ilusión de que existe la posibilidad de una estabilidad permanente.

11. Podemos pensar además que la fantasía de mantener invariante un conjunto de creencias propio, que ha entrado en crisis, se apoya, a su vez, en una particular construcción que podría describirse del siguiente modo: cuando la circunstancia, que jamás es inmutable, cambia, el sujeto prefiere creer, frente a lo que siente como un perjuicio, que la causa de su desventura está en el mundo.

12. El enfermo sustituye la elasticidad que alterna entre el desistir y el insistir, por la actitud de resistir a la presión de cambio que la circunstancia impone. Así va ingresando en su rigidez (un particular modo de pensar, actuar y sentir) un pertinaz aferrarse a los hábitos y costumbres, a un conjunto de creencias que, perimido, aunque mantiene aun cierta coherencia interna, ha perdido su coherencia con el mundo. Este tipo particular de disconformidad, la “disconformidad esclerosa”, es el sentimiento que, desestructurado, se presenta a la conciencia, privado de su significación afectiva, como esclerosis.

13. Cuando el enfermo escleroso sostiene inconcientemente su propia inocencia frente a la desventura, comportándose de acuerdo con la creencia de que es el mundo el que “está mal”, se reconoce, implícitamente, débil o impotente, pero ingresa así en la paradoja de ocultar y contradecir, en la superficie de su conciencia, su inermidad, pretendiendo imponer al mundo su sistema.

14. En el fondo de la situación que conduce al envejecimiento y la rigidez prematuros encontraremos, pues, la utilización inconciente de una

irresponsabilidad “paranoica”. En el prototípico enfermo esclerótico, terco, endurecido y pertinaz, apresado en la ruindad de la ruina, encontramos, junto a la “opacidad” del que ignora lo que oculta, y detrás de su rigidez, la íntima “hipocresía” del que pretende, al mismo tiempo, las ventajas del saber y las del ignorar. Así, mientras reclama por el perjuicio que le ocasiona la equivocación del mundo, no percibe precisamente aquello que lo daña contribuyendo a “congelar” su disconformidad en una “conformación” que permanece anacrónica.

III. Historia de una flexibilidad desatendida

Se fue con la silla y se sentó en el jardincito. Hacía un poco de frío, pero estaba embotado de ver televisión. No le gustaba ver las plantas cuando el otoño les seca las hojas, pero... ¿adónde iba a ir?... El silencio lo deprimía... pero los ruidos sordos que venían de la cocina lo irritaban. Amalia... seguramente preparaba el mate...

Con un movimiento automático miró la hora. En un rato llegarían Darío y Alicia. Darío... hacía un mes que, prácticamente, se había hecho cargo del taller... y Alicia había comenzado a concurrir al hospital.

Alicia, la mayor... hace tres meses le había dicho que eso de los brazos no era normal... Al principio le decían que debía ser porque, en el taller, siempre andaba metido en la grasa, el kerosén o el detergente... o que a lo mejor era por algún esfuerzo... A la noche se untaba con la crema y esperaba que los poros chupen... le parecía que eso lo hacía sentirse mejor... pero seguía lo mismo... No sólo eran los brazos, también parte del cuerpo y las piernas estaban duros y resecos.

Esfuerzo... lo que se dice esfuerzo... no había hecho ninguno distinto de los que hizo siempre... Tampoco tuvo dolor... únicamente los dolores de cabeza... pero no eran nuevos... los tuvo desde joven... y ya no podía recordar cuándo habían comenzado.

Se sentía como en un pozo, nada le interesaba... parecía que las piernas no lo sostenían... Nunca en sus 54 años se había sentido así. Siempre había sido un hombre activo, dinámico. Siempre había cumplido con las obligaciones... Uno de sus errores... quizás... fue darle demasiada importancia al trabajo. Tendría que haber sabido repartir mejor las cosas...

Siempre, desde que nació, vivió en el mismo barrio... Cuando recién se había casado intentó vivir en Mendoza... Su suegro lo había “escorchado”... hasta le prometió un trabajo... Había cargado todo en el camión... pero el suegro no cumplió... Había deambulado sin poder ubicarse, se probó en una

fábrica de turbinas... la gente le chocaba... y Alicia se enfermó, lloraba... no se adaptaba... tuvieron que volver...

Las cosas nunca le fueron fáciles. Cuando la mujer heredó la casa de los abuelos, la vendieron y agregaron un crédito del banco... Había podido construir, así, la casa propia, pero el taller de tornería que siempre había ambicionado... nunca lo logró.

Las veces que discuten con Amalia es siempre por el tema del dinero... aunque tiene su carácter, es buena... y, en general, se llevan bien... pero cuando discute se pone como sorda... ¡todos queremos ganar más... pero hay que conformarse con lo que entra!... Es diabética, y ahora tiene osteoporosis... Y a veces se siente mal... Los primeros años era frígida... pero después se compuso.

Nunca había sido mujeriego... alguna vez... una aventura... pero siempre terminaba arrepentido y desengañado... La familia antes que nada... ¡tenía el ejemplo del padre!... que había sido recto hasta que se fue de la casa... y que había aflojado porque andaba con otra... ¡no quería dar ese ejemplo! Su aventura más larga... la última... con la dueña del quiosco... duró seis meses... pero Alicia... ¡lo vio!

Su madre... menudita... siempre trabajando... sufriendo dolores reumáticos... no le entraba en la cabeza que su padre la hubiera dejado... cuando se fue de casa Pedro tenía 13 años... ¡y se hizo cargo! Cuando, mucho tiempo más tarde, vino a traerle su parte de la casa vendida –se acuerda como si fuera ahora–, ¡le tiró la plata en la cara!... ¡para mí estás muerto!

Y ahora... Alicia lo vio... y su vida fue un infierno... ¡se sentía una porquería! El único que trató de acomodar las cosas fue Darío... porque aunque Amalia, después de echarlo de la casa, lo perdonó... Alicia, desde entonces... desde hace tres meses... no le dirige la palabra más que por necesidad...

Cuando Pedro comenzó el estudio patobiográfico⁶⁹ dijo que lo que más le preocupaba era la depresión. Hacía unos días le habían diagnosticado una fascitis eosinofílica.

La fascitis eosinofílica es un trastorno que se caracteriza por fibrosis, rigidez y engrosamiento de la piel y de los tejidos subcutáneos. La aponeurosis subdérmica se encuentra engrosada, con hipertrofia colágena. Los estudios de laboratorio suelen mostrar aumento de los eosinófilos, de la eritrosedi-

⁶⁹ Véase Dayen y Funosas (1992). El caso fue tomado de un estudio patobiográfico realizado por los alumnos del curso teórico-clínico intensivo de Medicina Psicosomática y Psicoanálisis de los Trastornos Orgánicos, coordinado por el doctor Obstfeld y dictado en el Centro Weizsaecker de Consulta Médica.

mentación y de la inmunoglobulina gama. Aunque se desconoce su origen, se ha pensado que probablemente represente una variante de enfermedad autoinmunitaria del tejido conectivo. El inicio suele ser gradual y en el plazo de meses o años se va desarrollando endurecimiento, atrofia y, en algunos casos, inmovilidad. Las alteraciones son simétricas, comienzan en las manos o en los pies y progresan en sentido central. La piel se torna lisa y brillante y la cara llega a adquirir el aspecto de una máscara. En algunos pacientes se han descrito cambios muy similares a los de la esclerodermia que afectan al tronco o, aun, a los órganos internos (Merck Sharp y Dohme, 1974).

Pedro, casi sin darse cuenta y poco menos que siempre, ha vivido disconforme. Propósitos incumplidos y no resignados latían en él, como una resaca de deseos “pendientes”... Piensa entonces que no se dejó tiempo para otras cosas, y mientras dice que desde chico fue muy golpeado, lo van ganando el desinterés y la convicción de que, de haberle tocado una vida distinta, hubiera podido.

No pudo conformarse cuando su padre se fue con otra mujer. Cumplía estrictamente con el trabajo que sintió siempre como una obligación, sin conformarse con él. Tampoco pudo conformarse con la vida de Mendoza, ni con su mujer, ni con sus hijos... ni con Pedro.

La causa de la disconformidad de Pedro siempre estuvo, según él lo sentía, en el mundo. Cuando no se conforma con la ausencia del padre, piensa que la causa reside en el abandono del padre. Cuando no se conforma con la vida en Mendoza, la causa está en el incumplimiento del suegro, en la gente que le choca, en la falta de trabajo, en la desadaptación de su pequeña hija. Cuando no se conforma con su mujer, es por culpa de la frigidez, de las enfermedades o de la terca sordera que la caracteriza. Pedro se va configurando, de este modo, como un hombre pertinaz que, fijado tercamente a sus propósitos inmutables, pierde la elasticidad necesaria para insistir, de un modo nuevo, luego de haber desistido y reconfigurado, mediante la resignación que los resignifica, sus viejos deseos incumplidos.

Fue perdiendo, de ese modo, su genuino interés. Atrapado en sus proyectos sin cambio, mientras no podía pensar en nada menos que un taller que fuera “un chiche”, no lograba interesarse en las cosas que hacía, en las piezas que tenía que fabricar, y se distanciaba así, sin saberlo, cada vez más, de la posibilidad de obtener, en la realidad, el taller de sus sueños. También su deseo de ser un padre ejemplar le dificultaba el poder asumir las cuestiones que la paternidad real le planteaba.

Debilitado por su imposibilidad de cambiar, repetía a su mujer, en cada una de sus discusiones, de manera inmutable, siempre los mismos

argumentos, e interpretaba el resultado como una consecuencia de la “sordera” de ella. Y cuando, por fin, le daba la razón para “dejarla conforme”, lo hacía sintiendo que, en última instancia, la razón era de él, y la culpa por la disputa era de ella. Utilizaba de este modo el “conformismo” como un recurso para mantener oculta la persistencia de la disconformidad.

Cuando Pedro decía “sentirse una porquería”, recurría a la coartada de arrepentirse de las cosas sucedidas que ya no se podían cambiar, mientras disimulaba de este modo su continua y pertinaz reincidencia en las conductas que, invariantes, lo conducían a la reiteración de sus fracasos. Mientras pretende dar el ejemplo de una conducta intachable, diferente de la que reprocha en el padre, defendiendo a ultranza la integridad de la familia y del vínculo con su mujer, niega que la persistencia de su frustración genital se le torna insostenible a pesar del recurso, pobre, de sus aventuras furtivas.

Cuando Alicia lo descubrió con la dueña del quiosco, el último reducto de una pequeña “flexibilidad” cedió. Ya no quedaba lugar para otra cosa que mantener los rígidos principios o abandonarlos, drásticamente, confundiéndose con la imagen del padre que había rechazado. Su disconformidad, latente, había perdido el recurso de una conformación, creativa, con las circunstancias que le planteaba la vida, y la disconformidad, insostenible, debía mantenerse inconciente al precio de una esclerosis de la trama conjuntiva⁷⁰.

Aferrado, rígidamente, como tantas otras veces, a sus creencias, a sus hábitos y a sus costumbres, resiste pertinazmente, sosteniendo una vida que, tal como la siente, “ya no es vida” para él... Perdiendo aceleradamente el último resto de la flexibilidad que necesita para insistir adecuadamente en la satisfacción de sus necesidades, y desistir de los principios que lo defienden del cambio, pero no lo defienden de los acechos de la realidad, trata de permanecer en una estabilidad ilusoria que lo conduce, sin prisa y sin pausa, hacia la ruina.

Ha sido descubierto en su aventura erótica y se siente “una porquería”. Ya no puede aducir, como pretexto, la maldad del mundo. Su última y patética coartada es atribuir la enfermedad a la depresión, o también, otras veces, sin reparar en la contradicción, su depresión a la enfermedad.

⁷⁰ El hecho de que la enfermedad de Pedro comprometa, muy posiblemente, un mecanismo autoinmunitario, podría ser comprendido como la expresión de una íntima e inconciente lucha interna entre dos aspectos de sí mismo, uno de los cuales se adjudica la representación “familiar” del que resiste, mientras que el otro, elástico o flexible, que se pronuncia como proclive al cambio, es tratado como un extraño “a la familia”, como una “porquería” que debe ser atacada, “como si hubiera muerto” el parentesco del vínculo.

Se mira la piel, la toca, la siente reseca y dura... Si alguna vez intuye...
prefiere, de todos modos, ignorar que su piel, como las hojas del otoño, refleja
la rígida sequedad en que está incurriendo la disconformidad de su vida.

**EL SIGNIFICADO INCONCIENTE DE
LAS ENFERMEDADES POR
AUTOINMUNIDAD**

(1993 [1992])

Luis Chiozza, Domingo Boari, Catalina Califano
y María Pinto

Referencia bibliográfica

CHIOZZA, Luis y colab. (1993d [1992]) “El significado inconciente de las enfermedades por autoinmunidad”.

Ediciones en castellano

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.

Traducción al portugués

“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.

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 agosto de 1992.

De acuerdo con el testimonio del psicoanálisis, casi toda relación afectiva íntima y prolongada entre dos personas –matrimonio, amistad, relaciones entre padres e hijos– contiene un sedimento de sentimientos de desautorización y de hostilidad que sólo en virtud de la represión no es percibido... Toda vez que dos familias se alían en matrimonio, cada una se juzga mejor o la más aristocrática, a expensas de la otra... Pueblos emparentados se repelen, los alemanes del Sur no soportan a los del Norte, los ingleses abominan de los escoceses, los españoles desdeñan a los portugueses. Cuando las diferencias son mayores, no nos asombra que el resultado sea una aversión difícil de superar... Cuando la hostilidad apunta a personas a quienes empero se ama, llamamos a esto “sentimiento de ambivalencia”, y nos lo explicamos, de una manera que es sin duda demasiado racionalista, por las múltiples ocasiones que unos vínculos tan íntimos proporcionan justamente a los conflictos de intereses... No sabemos por qué habría de tenerse tan gran sensibilidad frente a estas particularidades de la diferenciación; pero es innegable que en estas conductas de los seres humanos se da a conocer una predisposición al odio, una agresividad cuyo origen es desconocido y que se querría atribuir a un carácter elemental.

FREUD (1921c*, págs. 96-97)

I. El sistema inmunitario

Cada especie posee una identidad específica que la caracteriza y diferencia como tal dentro del conjunto de las especies. A su vez, dentro de una misma especie, cada individuo (aunque comparte muchísimas semejanzas con sus congéneres) posee diferencias que determinan su identidad individual, de modo que cada individuo es un ser diferente entre sus semejantes. No se trata sólo de las groseras disparidades observables macroscópicamente, sino también de sutiles diferencias bioquímicas a nivel celular.

El sistema inmunitario, una vez constituido, se encarga de mantener esas diferencias, tanto entre las especies como entre los individuos. Mediante un proceso de reconocimiento discrimina entre lo propio y lo

ajeno y, a partir de allí, tolera y defiende lo propio, y ataca lo ajeno. Sin embargo, puede volverse a veces en contra de algún componente esencial del organismo propio y destruirlo.

La inmunología es una especialidad de la medicina y de la biología en pleno desarrollo cuyas investigaciones revelan, día a día, la importancia de la defensa inmunitaria en el equilibrio biológico.

Realizaremos, como introducción, una síntesis de los conocimientos básicos de inmunología (y de algunas hipótesis que son de nuestro interés) basándonos en distintos autores (Benacerraf y Unanue, 1984; Burnet, 1976; Haas, Verruno y Raimondi, 1986; Jerne, 1973; Stites, Fudenberg, Stobo y Wells, 1984).

1. Componentes del sistema inmunitario

El sistema inmunitario está constituido por unidades totalmente móviles y por estructuras fijas. Las unidades móviles son los linfocitos, las moléculas de anticuerpo y el sistema monocito-macrofágico. Las estructuras fijas son el timo, el bazo y los ganglios linfáticos.

El linfocito es una pequeña célula redondeada de la sangre, bazo y ganglios linfáticos, capaz de reconocer sustancias extrañas mediante receptores específicos de su superficie. Procede, como otras células sanguíneas, de precursores pluripotentes de la médula ósea. Esas células pluripotentes, al diferenciarse, dan origen a precursores de linfocitos B y T.

Los linfocitos B se desarrollan directamente a partir del precursor, y su función principal es segregar anticuerpos. Los anticuerpos son proteínas del plasma sanguíneo que poseen la capacidad de combinarse con sustancias extrañas volviéndolas inactivas.

Los linfocitos B, en reposo, segregan pequeñas cantidades de anticuerpos. Cuando son estimulados por la presencia de un agente extraño, se multiplican generando un grupo de células hijas iguales entre sí, denominado clon, que producen anticuerpos, todos ellos iguales y específicos, para el agente que produjo la estimulación.

Si bien los linfocitos B pueden activarse directamente por la presencia del invasor, en la mayoría de los casos necesitan de los linfocitos T para que se lleve a cabo la respuesta inmunitaria completa.

Los linfocitos T, a diferencia de los linfocitos B, pasan por el timo para completar su proceso de maduración. En ese proceso, los linfocitos T se diferencian en subpoblaciones (reguladores y efectores) y “aprenden” a reconocer a las células del organismo propio tanto como a las células ajenas.

Las células T reguladoras actúan sobre otras células del sistema inmunitario estimulándolas o inhibiéndolas en sus funciones (se denominan en un caso ayudantes y en el otro supresoras).

Las T efectoras (también llamadas citotóxicas, *killer* o K) actúan directamente sobre las células infectadas. Intervienen en la destrucción de células invadidas por virus, parásitos o algunas bacterias, en el rechazo de órganos transplantados y quizás también en la lisis de ciertos tumores en desarrollo. Las T efectoras necesitan el antígeno, y una sensibilización previa, para actuar. Esto quiere decir que deben “ver” a dicho antígeno junto con una pequeña porción, muy específica, de la célula propia que ha sido infectada, como se detallará más adelante⁷¹.

Existe otro tipo de linfocitos, linfocitos AN (asesinos naturales, *natural killer* o NK). Representan una pequeña subpoblación de linfocitos T inmaduros, de la sangre y el bazo, que llevan a cabo acciones semejantes a los linfocitos T citotóxicos. La diferencia entre ambos reside en que los linfocitos AN destruyen células indiferenciadas y no necesitan sensibilización previa.

Otras células que intervienen en la respuesta inmunitaria son los macrófagos. Cumplen esencialmente dos funciones:

- 1) Fagocitan distintos tipos de sustancia y la digieren.
- 2) Engloban a los agentes patógenos y los presentan a los linfocitos T para que se desarrolle la respuesta inmunitaria.

2. Los antígenos y su unión con los anticuerpos

El agente que estimula al linfocito y es capaz de desencadenar la respuesta inmunitaria se denomina antígeno. Un antígeno puede ser un virus, bacteria o célula tisular ajena y también parte de una célula del propio cuerpo tal como una proteína o un polisacárido.

La unión entre un antígeno y un anticuerpo se lleva a cabo en pequeñas regiones muy específicas de sus respectivas estructuras. Esta unión, llamada *reconocimiento*, se hace posible porque ambos, antígeno

⁷¹ Como veremos luego, las células T citotóxicas necesitan de la presencia de un antígeno propio llamado HLA (antígenos de leucocitos humanos) para desarrollar su acción. En el caso del rechazo de un órgano transplantado, estas células actúan aun sin la presencia del HLA propio, circunstancia que se considera una excepción (Benacerraf y Unanue, 1984).

y anticuerpo, comparten los mismos elementos químicos que, vistos tridimensionalmente, configuran una forma. La configuración geométrica de ambos es aproximadamente complementaria, de manera que es posible decir que, hasta cierto punto, calzan, uno con el otro, como una cerradura con su llave. Esa configuración en el antígeno se llama determinante antigénico o epitopo, y en el anticuerpo, receptor, lugar de fijación o idiotopo. El idiotopo es llamado también contrafigura del antígeno o imagen en espejo, y su conjunto recibe el nombre de idiotipo.

El mismo lugar del anticuerpo en el cual se fija el antígeno es reconocido, como luego veremos, en ausencia del antígeno, por otros anticuerpos, que se llaman, por ese motivo, anticuerpos antiidiotipo.

3. Lo propio y lo no propio

A principios de siglo, el concepto de inmunidad significaba el “reconocimiento” y el rechazo de lo ajeno. Esto llevaba implícito el “desconocimiento” de lo propio. Por el contrario, actualmente se considera que el sistema inmunitario sólo puede aprender a reconocer, y reaccionar, ante lo ajeno, y atacarlo, mediante el reconocimiento simultáneo de antígenos propios. Esto equivale a afirmar que *las células de un organismo poseen, potencialmente, capacidad antigénica para el sistema inmunitario de ese organismo.*

Se han descrito dos tipos de antígenos propios:

- 1) Los antígenos de histocompatibilidad.
- 2) Los idiotipos presentes en las moléculas de anticuerpos.

La función del sistema inmunitario es entonces el reconocimiento de lo ajeno en el *contexto de lo propio*, y la preservación de la estructura individual que define a cada organismo, bioquímicamente, como único y diferente.

Todas las células del organismo humano poseen en su superficie una configuración bioquímica específica que el sistema inmunitario reconoce como una “patente de yoicidad” (Haas, Verruno y Raimondi, 1986) o “distintivo de lo propio”. Este “distintivo” está constituido por algo más de una docena de antígenos (Haas, 1992) que en la especie humana se llaman HLA (antígenos de leucocitos humanos). Los conocidos hasta hoy constituyen un conjunto “poblacional” compuesto por más de 500 especificidades (Haas, 1992). De dicha “población”, cada individuo tiene solamente, como dijimos, algo más de una docena.

4. La herencia de los HLA

Como todas las proteínas del organismo, los HLA son sintetizados de acuerdo a instrucciones contenidas en el código genético. El conjunto de genes para la herencia de los antígenos HLA (llamado complejo mayor de histocompatibilidad) se encuentra en el sexto par cromosómico. La mitad de los genes que codifican la docena de antígenos HLA se heredan del padre y la otra mitad de la madre, y la transmisión de estos genes de padres a hijos tiene tres características llamativas:

- 1) *Codominancia*. Por su sola presencia en el ADN, los genes para HLA provenientes del padre y los provenientes de la madre se expresan en su totalidad y obligatoriamente en la superficie del conjunto entero de las células del hijo.
- 2) *Herencia en bloque*. Los genes que provienen del padre están estrechamente asociados entre sí constituyendo un “bloque”. Lo mismo ocurre con los provenientes de la madre. Dado que ambos bloques se heredan como tales y que raramente se produce un entrecruzamiento entre ellos, la asociación de los genes provenientes de cada progenitor se mantiene estable durante generaciones. De modo que un individuo transmite a cada uno de sus descendientes el “bloque” que recibió de su padre o el que recibió de su madre.
- 3) *Posibilidad de entrecruzamiento previo*. Sin embargo, esta asociación de genes en un bloque no es “eterna”. Con estos genes puede ocurrir lo mismo que ocurre con otros: el entrecruzamiento de información genética que pasa, en uno de los padres, de un bloque al otro *antes* de ser transmitida. Es lo que en biología se conoce con el nombre de *cross-over*. De modo que en cada progenitor es posible una *recombinación “intrabloque”* antes de que el bloque sea transmitido al hijo. El entrecruzamiento de genes que codifican el HLA ocurre en algo menos del 2% de los casos (Haas, 1992).

En otras palabras:

- 1) Una mitad de los doce antígenos HLA de un individuo proviene del padre y otra mitad de la madre. No hay, en este caso, información recesiva.
- 2) El “distintivo bioquímico de lo propio” está integrado ineludiblemente, en cada persona, por mitades de ambos padres, o bloques, que no se recombinan entre sí.

- 3) La recombinación es posible, en un bajo porcentaje de casos, durante la división haploide⁷² de las células sexuales, de modo que si esa recombinación ocurriera sería transmitida a la siguiente generación.

5. Las células T y la función de los antígenos HLA

Los antígenos HLA regulan la respuesta inmunitaria participando en las diferentes interacciones celulares que se llevan a cabo durante la reacción de inmunidad. Su función se vincula especialmente con las células T.

Los antígenos HLA se clasifican en clase I y clase II. Los antígenos de clase I se encuentran en todas las células nucleadas del organismo; los de clase II tienen una distribución restringida, solamente se encuentran en algunas células del organismo: linfocitos B, algunos linfocitos T y sistema monocito-macrofágico. Las interacciones entre las células que intervienen en la respuesta inmunitaria requieren identidad de HLA. Así, las células que poseen la misma clase de HLA se reconocerán entre sí como sinérgicas.

Ya dijimos que las células T necesitan pasar por el timo para su maduración y diferenciación. Jerne (1973) sostiene que el conjunto de células T inmaduras que llega al timo posee receptores específicos para los antígenos HLA propios de la especie. Mediante el contacto entre los receptores de la célula T y los antígenos HLA expresados en las células del timo, las células T se diferencian y maduran.

Según el modelo de Jerne, las células T primitivas que reaccionan con los antígenos HLA clase I se diferencian en T citotóxicas, de modo que una vez fuera del timo son las que reconocerán a las células infectadas que posean antígeno HLA clase I. Las que reaccionan con los antígenos HLA clase II se diferencian en T ayudantes (cooperadoras); fuera del timo, estas últimas reconocerán al resto de las células del sistema inmunitario, ya que todas ellas poseen antígeno HLA clase II.

Las células T, además de diferenciarse, maduran. Las que poseen receptores de alta afinidad (capacidad destructiva) para los antígenos HLA propios de ese individuo son eliminadas en el timo por un proceso que se desconoce. Las que poseen baja reactividad “aprenden” en el timo a no atacarlos. (Sin embargo, estas células poseen variantes alélicas de alta

⁷² La división haploide de las gametas consiste en la reducción del número de cromosomas a la mitad de los que poseen las otras células del cuerpo.

reactividad, que permiten explicar por qué pueden existir células T que reaccionan contra el HLA propio.)

Las células T de baja reactividad, además, modifican la configuración química de sus receptores haciéndose capaces de reconocer *simultáneamente* a los antígenos propios (HLA) y a los antígenos ajenos. Ahora las células T están en condiciones de abandonar el timo como células T funcionales. Una vez fuera del timo repetirán esa conducta: será necesario el reconocimiento simultáneo de los antígenos HLA con los antígenos extraños para que se produzca la respuesta inmunitaria. *Esto es lo que se llama el reconocimiento de lo extraño o ajeno en el contexto de lo propio.*

El doble reconocimiento puede ser un medio para controlar y limitar la respuesta inmunitaria mediante una delicada discriminación de lo extraño por parte del individuo (Benacerraf y Unanue, 1984, pág. 102). Ocurre que lo propio y lo ajeno están formados por las mismas bases estructurales, de manera que puede tratarse de moléculas idénticas o muy parecidas (Cohen, 1988).

Mediante estos complejos mecanismos, el sistema inmunitario adquiere la capacidad de detectar “las patentes estructurales del propio organismo y la de los elementos que ingresan a él, así como su prolijo reconocimiento estructural, analítico y comparativo. Su función es la marcación y la señalización que conduce a la eliminación de los elementos cuyas patentes estructurales sean distintas de las del organismo” (Haas, Verruno y Raimondi, 1986, pág. 15).

6. Reacción inmunitaria

La reacción inmunitaria constituye un circuito de retroalimentación negativa mediante el cual, tanto los anticuerpos, como los distintos linfocitos que intervienen en ella, se van generando y autorregulando simultáneamente. Se describen dos tipos de respuesta inmunitaria: inmunidad humoral e inmunidad celular.

Se llama *inmunidad humoral* a la reacción de defensa, mediada por anticuerpos, que se produce contra antígenos que circulan por los humores del cuerpo.

Cuando llega un antígeno es reconocido y fijado por el idiotipo complementario de un anticuerpo y mediante este proceso el sistema obtiene “idea de la cualidad” del antígeno. Los macrófagos engloban y degradan al antígeno y presentan el producto en su superficie junto a un antígeno propio HLA clase II.

Los linfocitos T ayudantes, siendo los únicos capacitados para reconocer simultáneamente al antígeno extraño y a un antígeno HLA clase II, reaccionan enviando señales (linfoquinas) tanto al resto de los linfocitos T para que se multipliquen, como a los linfocitos B para que segreguen anticuerpos; así, el sistema obtiene “idea de cantidad” para regular su respuesta.

Por otra parte, las células T supresoras interactúan con los T ayudantes y con los linfocitos B, inhibiéndolos. Al mismo tiempo se producen células T antisupresoras que actúan contra las supresoras, permitiendo así que las células T ayudantes queden nuevamente en libertad para ser estimuladas cuando la ocasión lo requiera.

Los anticuerpos liberados por los linfocitos B fijan a los antígenos que son destruidos luego por los fagocitos.

Una vez finalizada la reacción inmunitaria, los anticuerpos que fijaron al antígeno se comportan ellos mismos como antígenos dentro del sistema inmunitario, pues, al quedar libre su receptor idiotípico, estimulan la formación de anticuerpos complementarios, denominados anticuerpos antiidiotípicos. Estos anticuerpos presentan la misma forma del antígeno extraño, reconocen al idiotipo correspondiente y encajan en él, ocupando ahora el lugar que antes ocupó el antígeno. Este segundo grupo de anticuerpos será reconocido igualmente por otros anticuerpos y así, sucesivamente, se va construyendo una cascada de anticuerpos, dirigidos los unos hacia los otros. Esta interacción, que Jerne (1973) denominó red idiotipo-antiidiotipo, caracteriza el comportamiento propio del sistema inmunitario. Por medio del reconocimiento de los anticuerpos entre sí, la red, que se vio alterada por la presencia del antígeno, se va autorregulando hasta alcanzar un nuevo estado de equilibrio.

De modo que un sistema inmunitario, mientras no entra en contacto con un nuevo antígeno, se encuentra en un cierto estado de equilibrio denominado estado estacionario-dinámico del sistema. La entrada de un antígeno implica, entonces, la perturbación de la homeostasis.

Dado que los linfocitos guardan memoria del suceso, la sola presencia del antígeno los estimula directamente en la producción de anticuerpos. Esta memoria de los linfocitos constituye lo que se denomina memoria inmunológica. Implica que el linfocito que estuvo en contacto con un antígeno en un hipotético punto inicial, conserva el “recuerdo” de ese contacto. En un segundo encuentro, el linfocito “evoca el recuerdo” y produce una respuesta rápida e inmediata, ampliando de este modo la reacción.

Se denomina *inmunidad celular* a la reacción inmunitaria que no es mediada por anticuerpos, sino por células. Este tipo de reacción ocurre

cuando los antígenos (algunos parásitos, bacterias y especialmente los virus) penetran en el interior de las células del organismo. En este caso, la infección es controlada por los linfocitos T citotóxicos y por los asesinos naturales. El reconocimiento de las células infectadas del organismo es llevado a cabo fundamentalmente por los linfocitos T citotóxicos, quienes solamente reaccionan frente al antígeno extraño si está junto a un antígeno HLA clase I (presente en todas las células). Los asesinos naturales, en cambio, matan directamente prescindiendo del antígeno HLA para reconocer al antígeno extraño. (Por esta razón se piensa que serían los más efectivos en la reacción contra células tumorales recientemente formadas.)

7. El autorreconocimiento normal

Según Theofilopoulos (1984), el reconocimiento, mediado por los receptores de las superficies celulares, es un proceso biológico fundamental dentro de la evolución filo y ontogenética. Así, la cohesividad celular que permite la constitución de colonias (por ejemplo, en los metazoarios simples y tunicados coloniales) se mantiene según este mecanismo. Los receptores celulares en las células embrionarias de los vertebrados permiten, del mismo modo, a las células apropiadas, agregarse en tejidos y órganos. La capacidad de reconocimiento de lo propio probablemente se haya desarrollado a partir de un sistema de autorreconocimiento que existió antes de la aparición de las respuestas inmunitarias adaptativas.

Esa capacidad de reconocimiento, preservada y expresada a lo largo de la vida por algunos elementos del sistema inmunitario de los vertebrados, sería entonces el antecedente de los complejos mecanismos del sistema inmunitario en el “reconocimiento de lo propio” (Theofilopoulos, 1984, pág. 160).

Las formas de reconocimiento de lo propio descriptas son, como hemos visto, las que se realizan a través del HLA y de la red idiotipo-antiidiotipo.

El fenómeno de reconocimiento de lo propio, por otra parte, no es innato. Es algo que el sistema comienza a aprender durante la época embrionaria, en la cual ya se produce un gran número de células B. Posteriormente, en la etapa fetal, los linfocitos T ya pueden reconocer a los HLA a través del proceso que ocurre en el timo. El aprendizaje continúa a lo largo de la ontogenia y, finalmente, la gran cantidad de anticuerpos que se observa en el adulto sólo se adquiere varios años después del nacimiento.

8. Enfermedades por autoinmunidad

Si bien existen respuestas autoinmunitarias adecuadas (reconocimiento de antígenos HLA y red idiotipo-antiidiotipo), existen otras llamadas anormales. Éstas, en algunas ocasiones, pueden ser consideradas causa primaria, y en otras, factor secundario, de muchos padecimientos humanos y animales que la medicina tradicionalmente denomina enfermedades autoinmunitarias.

Se incluye dentro de esta denominación a un grupo de enfermedades en las cuales el sistema inmunitario, que normalmente defiende al organismo de invasiones extrañas, se vuelve contra el cuerpo propio destruyendo órganos o tejidos sanos. El sistema inmunitario que, hasta entonces, era tolerante con lo propio, ahora se vuelve intolerante. La enfermedad autoinmunitaria, que puede resultar incapacitante o fatal, puede afectar a cualquier órgano o tejido sano. Sus víctimas se encuentran generalmente entre los jóvenes y, por razones que se desconocen, es más común en mujeres que en hombres.

Al contrario de lo que ocurre en el SIDA, caracterizado por la inactivación de células del sistema inmunitario, en estas enfermedades la respuesta inmunitaria es fuerte y está bien organizada, pero se dirige contra algún componente esencial del propio organismo. La característica fundamental de la mayoría de las enfermedades autoinmunitarias es la síntesis de anticuerpos, realizada por las células B, contra diferentes tipos de antígenos propios.

Clínicamente, el amplio espectro de enfermedades autoinmunitarias se ha dividido en enfermedades generales u “órgano-inespecíficas” y enfermedades “órgano-específicas”. Las primeras se caracterizan por respuestas autoinmunitarias dirigidas contra determinantes antigénicos distribuidos ampliamente, es decir, expresados en diferentes órganos, por ejemplo, las membranas basales. En las enfermedades del segundo grupo, o sea el de las órgano-específicas, las respuestas inmunitarias anormales están dirigidas hacia un antígeno confinado en un órgano particular, por ejemplo una hormona o una enzima, de modo que cada una de las enfermedades de este grupo posee su autoanticuerpo específico.

Al grupo de las órgano-inespecíficas pertenecen:

- El síndrome de Goodpasture, caracterizado por glomerulonefritis y hemorragia pulmonar.
- La artritis reumatoidea, que afecta a las articulaciones periféricas.

- El lupus eritematoso sistémico (LES), padecimiento autoinmunitario prototípico que se caracteriza por la presencia de inflamaciones en distintos órganos.

Dentro del grupo de las órgano-específicas encontramos las siguientes:

- Miastenia gravis.
- Tiroiditis de Hashimoto.
- Enfermedad de Graves.
- Diabetes insulino dependiente.
- Enfermedad de Adisson.
- Hipoparatiroidismo idiopático.
- Anemia perniciosa.
- Anemia hemolítica autoinmunitaria.
- Esterilidad espontánea.
- Insuficiencia ovárica prematura.
- Pénfigo.
- Pénfigo buloso.
- Púrpura trombocitopénica idiopática.
- Neutropenia idiopática.
- Cirrosis biliar primaria.
- Hepatitis crónica activa.
- Vitiligo.
- Osteoesclerosis.
- Esclerosis múltiple.

Los principales mecanismos inmunitarios humorales y celulares descritos para explicar las enfermedades autoinmunitarias son los siguientes:

- 1) Un autoanticuerpo puede actuar contra receptores funcionales estimulando o inhibiendo funciones celulares especializadas sin que haya daño tisular. Ejemplos: en la miastenia gravis, un autoanticuerpo ocupa los receptores de acetilcolina produciendo la inhibición de la función muscular; en la enfermedad de Graves, por el contrario, los autoanticuerpos simulan la acción de la hormona estimulante de la glándula tiroides (TSH) estimulando anormalmente su función.
- 2) Un complejo antígeno-anticuerpo que no es destruido por el sistema monocito-mononuclear continúa circulando y puede depositarse en las paredes de diferentes vasos sanguíneos de peque-

ño calibre provocando daño tisular. Por ejemplo, la precipitación de complejos inmunitarios en el lecho capilar glomerular produce la nefritis típica del lupus eritematoso sistémico.

3) El proceso patológico puede ser causado por linfocitos T sensibilizados por el contacto con un antígeno viral. Estos linfocitos liberan linfoquinas que producen, directa o indirectamente, daños tisulares.

Se han propuesto diversas teorías para explicar la generación de enfermedades autoinmunitarias. Todas coinciden en sostener que intervienen múltiples factores: inmunitarios, genéticos, virales y hormonales, que pueden actuar cada uno de un modo independiente o sincronizados entre sí.

Factores inmunitarios: Normalmente existen en el organismo células B y T efectoras autorreactivas, es decir que poseen la capacidad de reaccionar contra células del propio cuerpo. Sin embargo, mientras el sistema está en equilibrio, esta reacción no se produce, debido al control que ejercen las células T supresoras. En algunas ocasiones se produce un desequilibrio que da lugar a la reacción autoinmunitaria, sea porque los autoanticuerpos evaden el control de las T supresoras o porque se produce algún cambio en los determinantes antigénicos propios.

Cabe mencionar también el trastorno que se produce por la liberación de los llamados “antígenos secuestrados”. Algunos componentes celulares de ciertos sistemas cerrados nunca estuvieron en contacto con el sistema inmunitario, de manera que, cuando por alguna lesión tisular quedan expuestos, se convierten en autoantígenos que dan lugar a una reacción autoinmunitaria.

Otro factor inmunitario digno de ser señalado es el llamado fenómeno de mimetización. Puede ocurrir, por ejemplo, que un antiidiotipo mimetice a una sustancia química específica para un receptor determinado. Por este mecanismo puede inhibirse o estimularse exageradamente una determinada función. Así, en la miastenia gravis, un antiidiotipo que se mimetiza con la acetilcolina ocupa su lugar en el receptor de la célula muscular y bloquea la recepción de dicha sustancia. Un antiidiotipo puede mimetizarse también con un antígeno extraño actuando entonces, él mismo, como antígeno para el sistema inmunitario.

Factores genéticos: Se ha encontrado una relación muy frecuente entre ciertas enfermedades y determinados antígenos HLA. Si bien la relación no es absoluta, se describen asociaciones llamativas. Una hipótesis que trata de explicar la asociación HLA-enfermedad es la del mimetismo molecular. Postula que el HLA puede ser estructural e inmunológicamente semejante al agente etiológico para una enfermedad particular. Al desencadenarse una vigorosa

respuesta inmunitaria contra el agente etiológico, y debido a la semejanza entre el agente y el HLA, se produciría también un ataque autoinmunitario.

Factores hormonales: Estudios experimentales y clínicos conducen a suponer que la mayor frecuencia de la enfermedad autoinmunitaria en la mujer se debe a la acción de las hormonas sexuales femeninas, más que a los genes asociados con el cromosoma X.

Factores virales: A menudo los virus pueden promover respuestas autoinmunitarias mediante distintos mecanismos. Por ejemplo: la activación de linfocitos T citotóxicos, la liberación de componentes celulares (organelas) después de la lisis celular, o por infección directa, que produciría la alteración funcional de algunas subpoblaciones de células T supresoras.

II. Fantasías inconcientes específicas de la autoinmunidad

1. A modo de introducción

Para introducirnos en el estudio del significado de las enfermedades autoinmunitarias resumiremos algunas de las ideas del libro de Lewis Thomas (1974), *Las vidas de la célula*. En él se nos presenta un modo de pensar acerca de la relación del organismo humano con el resto de la naturaleza (en especial con el conjunto de microorganismos con los que convivimos) muy diferente del habitual.

Solemos pensar, dice Thomas, “que vivimos asediados, en peligro constante, rodeados de gérmenes mortales, y que nos salvamos de la infección y la muerte sólo por el progreso de nuestra tecnología química, que nos permite continuar matándolos” (Thomas, 1974, pág. 113). Solemos imaginarnos a “la enfermedad como el trabajo de modernos y organizados demonios, siendo las bacterias los más visibles adversarios. Presumimos que ellas disfrutan con su trabajo. Nos persiguen para su provecho y, habiendo tantas, la enfermedad parece inevitable...” (Thomas, 1974, pág. 114). “Hay evidencias que nos muestran qué equivocados estamos. La mayoría de las asociaciones entre seres vivos son esencialmente cooperativas, simbióticas en mayor o menor grado” (Thomas, 1974, pág. 116). En biología, las fusiones, las mezclas, las “empresas conjuntas”, las simbiosis, son la regla, lo habitual, y no, como puede creerse, la excepción, lo extraño o incomprensible.

¿Qué es, entonces, para Thomas, la enfermedad infecciosa y qué sentido tiene el sistema inmunitario? Usualmente, la enfermedad es “el

resultado de negociaciones inconclusas en favor de la simbiosis, es el pasar la línea de una parte a otra, un error biológico en la interpretación de las fronteras” (Thomas, 1974, pág. 115, subrayado nuestro).

Normalmente el sistema inmunitario, como organización defensiva y como marcador de fronteras entre especies e individuos –continúa diciendo–, no impide la comunicación y el intercambio. Muchas de nuestras enfermedades no dependen tanto de un desequilibrio en ese intercambio, sino más bien de una defensa exagerada que se pone en marcha a partir del desequilibrio o del traspaso inadecuado de una frontera. Ocurre, por ejemplo, que se puede provocar la muerte inyectando a un organismo endotoxinas propias de bacterias gram-negativas. La endotoxina en sí no provocaría daño, pero el sistema inmunitario interpreta su presencia como si hubiera bacterias gram-negativas y no se detiene ante nada para evitar esa amenaza. *“Nos matamos a nosotros mismos a causa de símbolos a los que somos extremadamente vulnerables”* (Thomas, 1974, pág. 120, subrayado nuestro).

2. El ADN y el ello

Como todo ser vivo, el ser humano (cada ser humano) es la manifestación de una larga historia filogenética. Cuando la conjugación de las gametas (óvulo y espermatozoide) da origen a un nuevo ser, se amalgaman en el hijo los legados genéticos de ambos padres. Por medio del ADN, soporte biológico para la transmisión de la herencia, cada nuevo ser recibe toda la información para configurar una determinada estructura corporal. Lo heredado, desde el punto de vista físico, está constituido por el ADN.

Desde el psicoanálisis llamamos “ello” al conjunto de lo heredado. El ello, precipitado de antiguas formas del yo, es el acervo de experiencias ancestrales, transmitidas a través de las generaciones, que el yo toma para sus identificaciones, constituyendo un yo inconciente primitivo.

Parece lícito pensar, entonces, que el ADN es una representación físico-química de la misma realidad inconciente que podemos representar, desde el psicoanálisis, como ello o, mejor aún, como un yo inconciente primitivo “filogenético”. Dicho de otro modo, la realidad física y la instancia psíquica son manifestaciones, en la conciencia, de un mismo fenómeno (en este caso, “lo heredado”) que, en sí mismo, no es somático ni psíquico. La aparente disociación sólo responde al modo que tenemos de acercarnos a comprender el fenómeno que es observado desde dos ángulos diferentes. Que sea somático o psíquico dependerá, entonces, del “lugar” en el que nos coloquemos para mirarlo (Chiozza, 1976c [1971]).

3. La identidad y la defensa de la identidad

Desde el punto de vista físico, la identidad de cada individuo, lo que lo hace único y diferente entre sus semejantes, es el producto de la expresión de la información genética recibida por herencia. Es, entonces, por un lado, el resultado de una asociación antigénica específica que le confiere individualidad bioquímica. Por otro, el resultado de una particular combinatoria heredada de las características de sus padres. Sólo algunas de esas características pueden llegar a encarnarse, en tanto que otras deben permanecer reprimidas (genes recesivos).

Para el psicoanálisis, la identidad es “el producto de una particular combinatoria de identificaciones. Llamamos identificaciones a las características que el sujeto adquiere mediante un proceso de ‘copia’ o duplicación” (Chiozza, 1986*b*, cap. XII, apdo. “La adquisición de la identidad”). Este proceso puede ser descripto esquemáticamente en dos fases. El yo, por una parte, introyecta estímulos o ideas configurando el “plano” o el modelo que deberá copiar; por otra, incorpora la sustancia para materializar, para dar “cuerpo” al modelo. El proceso completo mediante el cual la “copia” adopta y hace propias las cualidades del modelo, se denomina asimilación (hacer semejantes) o, mejor aún, identificación (hacer idénticos) (Chiozza, 1963*a*).

Se describen, en psicoanálisis, dos tipos de identificaciones:

- 1) La *identificación primaria* o directa es la que ocurre con ambos padres de la “prehistoria” (Freud 1923*b**, pág. 33). Con el término “prehistoria” se hace referencia a todo el período de desarrollo individual anterior a la posibilidad de “recordar” mediante la palabra, incluyendo en ese período tanto la ontogenia como la filogenia (Chiozza, 1986*b*, cap. XII, apdo. “La adquisición de la identidad”). De modo que en este tipo de identificación se incluyen las cualidades que se adquieren de los padres y también de los antepasados de cada uno de ellos.
- 2) La *identificación secundaria* ocurre con los padres de la historia personal o con sus representantes posteriores. Es “secundaria” o “indirecta” porque se adoptan las cualidades de un objeto con el que previamente se había establecido un lazo libidinal (Freud, 1921*c**).

De todo lo dicho se desprende que estamos describiendo un proceso de construcción de uno mismo (de la propia identidad) desde dos ángulos diferentes. La identificación primaria es la descripción que hacemos, desde

el psicoanálisis, de lo que biológicamente se conoce como desarrollo del plan genético. Las identificaciones secundarias, que refuerzan y/o modifican a las primarias, se corresponden con lo que la biología califica como las modificaciones que el medio ambiente promueve sobre las características heredadas genéticamente.

Etimológicamente, *identidad* significa “la misma entidad”, “el mismo ser” (Blánquez Fraile, 1975). El principio ontológico de identidad postula, en filosofía, que toda cosa es igual a sí misma (Ferrater Mora, 1965). Se evidencia así que en el concepto de identidad se halla implícita una comparación de la cosa respecto de sí misma. En otras palabras: la identidad de una cosa se establece, en el transcurso del tiempo cronológico, a partir de un núcleo invariante que permite reconocerla como la misma en momentos diferentes, desechándose las variaciones accidentales que no modifican su esencia.

Así, desde el punto de vista psíquico, las sucesivas identificaciones, en tanto se edifican sobre un núcleo estable, no afectan en sus fundamentos al sentimiento de identidad de una persona. De modo que “una identidad bien establecida se acompaña generalmente de la capacidad de reconocerse en la peculiaridad de su propia forma” (Chiozza, 1986b, cap. XII, apdo. “La adquisición de la identidad”). El sistema inmunitario, mediante un proceso de reconocimiento, discrimina lo que llamamos *propio* de lo que llamamos *ajeno* y, a partir de allí, tolera y defiende lo propio y ataca a lo ajeno. Decimos, entonces, que *el sistema inmunitario se arroga la representación simbólica de la defensa de la identidad. “Propio” y “ajeno”, los términos habitualmente utilizados por la inmunología para designar al producto del reconocimiento, se constituyen así, en virtud de la memoria “inmunitaria”, y desde el punto de vista de los significados inconcientes, en lo “familiar” y lo “extraño”.*

Tal como sostuvimos en otra oportunidad (Chiozza, 1986b), lo ajeno es algo “familiar” que ha sido reprimido. Decíamos allí: “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... 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 bebe ‘extraña’ a la mamá, en el sentido de que no la encuentra (‘reconoce’) y desea 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... sobre esta base, se fundamenta la peculiaridad del fenómeno artístico, hasta el punto que podríamos atrevernos a decir que, quizás, lo esencial del arte reside en la capacidad de presentarnos lo familiar en modos y maneras no familiares que poseen la facultad de conmovernos” (Chiozza, 1986b, cap. XII, apdo. “El sistema inmunitario y la función linfocitaria”)⁷³.

4. Acerca del mestizaje

La palabra “mestizo” proviene del latín *mixtus*, participio pasado del verbo *misceo*, que quiere decir mezclar, reunir y, en su forma reflexiva, unirse, juntarse. *Misceo* deriva a su vez de la palabra griega *mixis*, que significa mezcla, acoplamiento, unión íntima. A *mixis*, como acción, le corresponde el verbo *mignumi*, que significa mezclar, unir, combatir cuerpo a cuerpo; en voz pasiva se traduce como mezclarse, unirse y unirse íntimamente “de unión carnal” (Blánquez Fraile, 1975; Bibliográfica Española, 1945).

Weismann sostuvo que las vesículas primitivas se renovaban intercambiando sustancias protoplasmáticas y llamó *anfimixis* (literalmente: mezcla entre ambos) a este proceso (citado por Freud, 1920g*). Freud (1920g*) adhirió a esta idea y consideró a esta “cópula primitiva” como expresión de la libido objetal de dichas vesículas.

⁷³ “La existencia de todo organismo, que implica coexistencia armónica y jerarquizada de ‘individuos’ más elementales, depende del fenómeno llamado tolerancia. Contrariamente a lo que suele creerse con respecto a las organizaciones sociales, la tolerancia no comienza por ejercerse ‘desde arriba hacia abajo’, sino al revés. De acuerdo con el proceso de selección clonal, la tolerancia primitiva, aquella a partir de la cual la organización se constituye, es la que el conjunto de individualidades elementales mantiene hacia un clon, el cual, en virtud de esa tolerancia, pasa a ser el fundamento de un individuo más complejo. La idea de que cada individuo posee un mapa genético completo de cuanta molécula o forma de organización haya ensayado la vida, y de que la evolución biológica de los organismos y de las formas vitales se parece más al producto de un plan creativo que a la consecuencia de una lucha selectiva, adquiere un consenso científico cada vez mayor (Ruyer, 1974; Thomas, 1974; Charon, 1977; Taylor, 1982; Hoyle, 1983). De acuerdo con ella los conceptos de represión de genes, selección clonal, tolerancia, inhibición o defensa inmunitarias, deberían quedar desprovistos de su connotación ‘militar’ para poder revalorizar, de este modo, su carácter de participación armoniosa en el concierto general de la vida” (Chiozza, 1986b, cap. XII, apdo. “El sistema inmunitario y la función linfocitaria”).

“Mestizo” como adjetivo, en castellano, quiere decir: nacido de padres de raza diferente. Como sustantivo se suele usar para designar al hijo de blanco e indio (Real Academia Española, 1985). “Mestizaje” es la acción y el efecto de mezclar o adulterar las razas (Larousse, 1972*b*). En el uso popular habitual, el término “mestizo” tiene un matiz despreciativo; algunos diccionarios (Larousse, 1972*b*) lo consideran sinónimo de “bastardo”, palabra que posee una connotación peyorativa.

Sin embargo, podría decirse que todo ser vivo nacido de reproducción sexual no hermafrodita es un producto mestizo en diferentes grados. En este sentido, *todo hijo es mestizo*. Nos preguntamos entonces por qué las palabras “mestizo” y “mestizaje” comprometen habitualmente el significado de degradación y adulteración de una implícita pureza.

Si toda unión conlleva un cierto grado de mestizaje, podríamos establecer un *continuum* que va desde la fantasía de no mezcla, representada por la unión hermafrodita (unión consigo mismo), hasta la fantasía de mestizaje con otra especie, mestizaje que cuando es posible da como resultado un producto híbrido y estéril (por ejemplo el mulo, hijo de asno y yegua o de caballo y burra).

Como escalones en el *continuum* que imaginamos podemos describir:

- 1) La fantasía narcisista hermafrodita que estudiamos en la patología cancerosa (Chiozza, 1970*k* [1967-1969]).
- 2) El incesto, como unión con alguien diferente que comparte la misma sangre.
- 3) La exogamia, en sus diferentes posibilidades de mezcla tolerable.

Una variante patológica de la exogamia es una exogamia “reactiva”, exagerada o excesiva. A partir de un conflicto (conciente o inconciente) con aspectos de la propia familia o linaje, se busca un vínculo con alguien que posea las características antagónicas a las rechazadas. Pero para ello deben mantenerse negados tanto el íntimo repudio por lo diferente como la atracción (resistida) por lo propio. Detallaremos algunos aspectos de este conflicto.

Las luchas raciales y religiosas, los antagonismos entre diversos clanes, las rivalidades entre distintas familias, en síntesis, la ubicuidad de variadas formas de xenofobias, nos muestran que una cuota importante del *amor propio* de cada ser humano se sustenta en el orgullo de pertenecer a su raza, a su religión, a su linaje, a su estirpe, a su familia.

Todo pueblo, clan, raza, casta o linaje imprime en cada uno de sus descendientes un sello indeleble que marca su inclusión en una tradición,

una idiosincrasia, un estilo, propios de ese grupo. Dentro de este marco más amplio que configura la identidad de raza, clan o familia, cada individuo conforma su propia y personal identidad. De acuerdo con diversas circunstancias, la identidad individual o personal puede integrarse armoniosamente con la identidad de clan, linaje o familia, o puede ser fuente de diversos conflictos concientes o inconcientes.

Pensamos, entonces, que si toda mezcla implica un grado de renuncia narcisista, la mezcla de razas, religiones o clanes (lo que habitualmente se nomina con la palabra “mestizaje”) exige una renuncia narcisista que está en el límite, difuso, entre lo posible y lo imposible, de modo que para unos es tolerable y para otros no.

Podemos suponer ahora cuál sería el significado que se oculta en el desprecio por “lo mestizo”: se lo ve como un producto nacido de una “mezcla” que no ha logrado la plena integración en el amor.

El repudio por lo mestizo evidencia la fantasía de que se trata de un hijo gestado en una mezcla incompleta, parcial, rudimentaria. Creemos que esta mezcla insuficiente podría producirse en alguna de las siguientes circunstancias:

- 1) Por una “exacerbación exogámica” reactiva que adquiere la forma, resistencial y manifiesta, de un goce transgresor transitorio.
- 2) Por la existencia de un conflicto inconciente con la propia estirpe que condiciona una elección duradera.
- 3) Por la falta de un objeto de un “linaje” semejante al propio.

5. El HLA y sus significados

a. La identidad y su distintivo

Como vimos, el sistema inmunitario consta de complejos mecanismos que posibilitan una fina discriminación entre lo propio y lo ajeno, ya que las diferencias bioquímicas suelen ser muy sutiles. Vimos también que el conjunto de antígenos HLA asume un papel preponderante en la regulación de la respuesta inmunitaria, contribuyendo a discriminar con mayor fidelidad lo propio de lo ajeno. La compleja configuración de antígenos HLA hace que sea altamente improbable encontrar dos individuos, *no relacionados genéticamente*, que compartan el mismo HLA completo. En consecuencia,

para el sistema inmunitario, estos antígenos se ajustan a la función de *marcadores* o de “*patente*” de un individuo. Desde este punto de vista, el HLA se erige como *símbolo distintivo de la identidad individual*.

b. La herencia del HLA, los linajes y su distintivo

Dado que los genes que codifican los antígenos HLA son codominantes y las mitades que se reciben de ambos padres se expresan completas, *el resultado es una suma o apareamiento de características de ambos padres. Estrictamente hablando, deberíamos decir que se trata de la suma de dos mitades y que estas dos mitades se mantienen apareadas, pero, como veremos, “no se mezclan genuinamente”*⁷⁴.

De este modo, la configuración de antígenos HLA de un individuo (*símbolo distintivo de lo propio individual*) representa además, en virtud de la codominancia, un “sello de origen” que lo señala como hijo de tal hombre y de tal mujer. Pero, dado que se trata de genes que se heredan en bloque y permanecen asociados durante generaciones, representa también un “sello” de su “pertenencia” a dos líneas ancestrales, un signo indeleble que lo marca como *descendiente de dos linajes*.

La peculiar forma en que se transmite la herencia de los HLA sería la expresión de un mensaje biológico cuyo significado inconciente prescribe que:

- 1) No es posible renunciar, desechar o “reprimir” uno de los dos linajes recibidos por herencia; deben mantenerse, en una especie de apareamiento “sin mezcla”, a lo largo de una vida.
- 2) De los dos linajes que cada padre posee debe transmitir a cada uno de sus hijos uno u otro, pero sólo uno; así, en el hijo se sumarán uno de los dos del padre y uno de los dos de la madre⁷⁵.

⁷⁴ Cuando decimos que “no se mezclan” nos referimos a la información genética, dado que su expresión “combinada” en la superficie de una célula, o en las características estructurales de un organismo, puede ser considerada una mezcla.

⁷⁵ Desde este punto de vista, un hijo “se reconoce” como descendiente de uno de los dos abuelos paternos y de uno de los dos abuelos maternos. Si, como ocurre en algunos casos, en uno de los progenitores, por ejemplo la madre, se produce un entrecruzamiento de los genes que codifican el HLA (*cross-over*) que ella ha recibido de su padre y de su madre, esa madre le transmite a sus hijos un “nuevo sello” en el que “están representados” los dos abuelos maternos. Lógicamente, sus hijos deberán completar “su distintivo” con la mitad proveniente del padre.

Coincidiendo con estas afirmaciones conviene recordar:

- 1) El estudio del complejo mayor de histocompatibilidad, que codifica los antígenos HLA, es uno de los métodos más precisos para determinar la vinculación biológica vertical (padres-hijos, abuelos-nietos, etc.).
- 2) Cuando una población está estabilizada, en el sentido de que no se están produciendo fusiones raciales o migraciones, se encuentran asociaciones de antígenos HLA que son características de esa población. En tales poblaciones, también los haplotipos cromosómicos para la herencia de los HLA se presentan con frecuencias constantes y características. Existen, en consecuencia, en cada población estable, “haplotipos preferidos” y “haplotipos entenados”⁷⁶ (Haas, Verruno y Raimondi, 1986, pág. 69). Estos “entenados o hijastros” pueden o no ser los “preferidos” en otra población.

Pensamos que el HLA, acerca del cual suele decirse que funciona como un “distintivo de lo propio”, es también *el símbolo de un distintivo de la identidad de raza, linaje, estirpe o ancestro, ya que constituye la manifestación de la doble ascendencia de cada sujeto*.

La identidad personal es, por lo tanto, el resultado de una combinatoria de algunas cualidades del padre y algunas cualidades de la madre; pero cada individuo se inscribe también en dos linajes. En un sentido, esos dos linajes que se suman en un individuo, también se mezclan, ya que ambos se manifiestan integrados; de modo que ese individuo no es un “ejemplar puro” ni de uno ni de otro linaje. Sin embargo, en otro sentido, no se trata de una mezcla genuina o completa, ya que lo habitual es que un individuo transmita a un hijo un linaje puro, no “adulterado”, de los dos que posee. Esta transmisión “pura” representaría un testimonio de que se han conservado los dos linajes “sin mezclarlos”. En los casos en que se da entrecruzamiento (*cross-over* genético previo a la división haploide de las gametas), se trataría de un mestizaje más completo, que en el individuo se expresa como mezcla integrada, y que además se transmite a los hijos.

El hecho de que las dos estirpes heredadas se “mestizan” sólo en apariencia, constituye, a nuestro entender, un “clivaje fisiológico” básico que nos permite suponer la existencia de un punto de fijación vinculado

⁷⁶ “Entenado” proviene del latín *ante-natus*. Significa, literalmente, “nacido antes”, y se aplica para designar al hijo de uno de los cónyuges respecto del otro.

a la constitución de la identidad. Por su significado específico podría ser llamado punto de fijación “autoinmunitario”, ya que parece constituir una de las condiciones necesarias para el desarrollo de enfermedades por autoinmunidad.

6. Fantasía “autoinmunitaria”

Cesio y colaboradores (1968), partiendo del material clínico de cuatro pacientes con lupus eritematoso sistémico y tomando representaciones de la clínica médica, estudiaron las particularidades de la relación transferencial-contratransferencial en pacientes con enfermedades orgánicas.

Destacan la importancia de lo prenatal en las enfermedades autoinmunitarias. Vinculan los mecanismos de defensa del yo y su patología con los mecanismos de inmunidad y su patología. El sujeto se identifica con lo “bueno” y proyecta lo “malo”. Cuando fracasan estas defensas, y no ocurre una disociación adecuada, lo “malo” invade al yo y lo destruye. De manera análoga, el organismo experimenta como hostil lo ajeno (antígeno) y reacciona defensivamente fabricando anticuerpos. En la enfermedad autoinmunitaria, “los propios tejidos del individuo resultan ‘malos’, se pierde la discriminación y el sujeto reacciona defensivamente autoagrediendo y destruyéndose. Es lo que sucede en el lupus eritematoso sistémico, donde los mecanismos de defensa, tomando como objeto al propio organismo, lo destruyen”.

Rosmaryn (1978) presenta el caso de una niña de 12 años con lupus eritematoso sistémico, a partir de un estudio patobiográfico que realizamos en el Centro Weizsaecker de Consulta Médica. Se trata de una niña que se encuentra en un conflicto de fidelidades entre su padre judío y su madre católica. “Siente al papá y a la mamá esperando y deseando que ella elija ser como cada uno de ellos: que siga la herencia judía o la herencia católica. Ella los quiere a los dos, teme herirlos, hacerlos sufrir. Si elige a uno, el otro queda mal. Quisiera elegir a los dos, pero no puede.” “Cuando le preguntan: ‘¿De qué religión sos?’, responde: ‘Yo soy nada. Cuando sea grande y sepa más tal vez también decida ser nada’.”

Como vimos, la *identidad individual* se alcanza a través de la peculiar combinatoria de cualidades seleccionadas entre el conjunto de características heredadas de los progenitores. Así, todo hijo es “mestizo” en cuanto es el producto de una mezcla o “*anfimixis*” de sus padres. Sin embargo, al mismo tiempo, se inscribe en dos linajes familiares que, en principio, no se mezclan, sino que se suman o aparean.

Estos dos linajes familiares poseerán, naturalmente, distinto grado de semejanza o diferencia. Es imaginable que la máxima similitud entre ellos estaría dada por un matrimonio “endogámico”, en tanto que la mayor diferencia la encontraríamos en las mezclas de razas cuyos hijos son llamados habitualmente mestizos. La tolerancia o intolerancia que surja a partir de la diferencia entre los dos linajes determinará la existencia o no de conflictos concientes e inconcientes.

Cuando el vínculo entre los padres está sustentado básicamente en el amor, la tolerancia entre ellos les permite admitir las diferencias y, más aún, enriquecerse con ellas. En la vida compartida día a día, se robustece la *familiaridad* que engendra la *nueva familia*⁷⁷. En este ámbito afectivo es natural para los padres aceptar que sus hijos son la plasmación de aspectos de cada uno de ellos. El mestizaje está permitido y hasta estimulado en el amor que los padres se prodigan.

El nuevo ser, tomando algunas características y rechazando otras, *conforma su propia identidad integrándola de un modo natural en el marco más amplio de la identidad de linaje o ancestro*. Si ambos planos o niveles de identidad se amalgaman armoniosamente, un individuo puede vivir el natural *amor propio* de pertenecer a su raza, su pueblo, su estirpe, su ancestro. Una expresión de ese *amor propio* es la adopción, sin conflicto, de un conjunto de *mores*, costumbres o hábitos, conjunto que configura un *estilo propio* y, al mismo tiempo, ancestralmente compartido.

Creemos útil destacar que en este contexto la expresión “amor propio” adquiere, a nuestro entender, su sentido más pleno. Se la utiliza, habitualmente, como sinónimo de “orgullo”, para hacer referencia al amor “por lo propio”. Pero en este caso “lo propio” no es un objeto que se posee, sino lo que constituye la propia identidad. Tal como lo expresamos en este trabajo, la identificación más lograda, la que constituye una identidad bien establecida, se consigue mediante la integración de cualidades heredadas de ambos padres. Podríamos decir entonces que en la integración adecuada que alcanza un hijo, se “hace carne” el amor que los padres se profesan, amor que permite el natural “orgullo de ser quien se es” o “amor propio”. Así, el amor propio es el resultado de la introyección del amor que los progenitores se prodigan entre sí.

Pero el psicoanálisis nos ha mostrado que algunos vínculos se constituyen y perduran, paradójicamente, basados en profundas incompatibi-

⁷⁷ Ideas desarrolladas por Luis Chiozza en el seminario de los días jueves, dictado en el Instituto de Psicoanálisis Metahistórico “Sigmund Freud” del Centro Weizsaecker de Consulta Médica, 1991-1992.

lidades inconcientes. Cuando, a partir de un conflicto ambivalente con la propia “sangre”, raza, estirpe, religión o ancestro, se busca la unión con alguien de un origen muy distinto, se generan, en el enfrentamiento entre los dos linajes, incompatibilidades inconcientes que corresponden a aspectos muy primarios de la identidad. El vínculo se establece, entonces, *negando una profunda intolerancia*.

En esas circunstancias, como retorno de la intolerancia reprimida, cada padre espera ver, encarnados en el hijo, los atributos de su propio linaje con total exclusión de los del linaje ajeno. Pero el hijo, inexorablemente, se les presenta, al uno y al otro, como un “producto mestizo” que testimonia el conflicto y reanima la intolerancia negada. Cada padre, entonces, rechaza, reniega, repudia, en el hijo, la representación de una estirpe que difiere de la propia⁷⁸. Cuando el conflicto es muy intenso puede llegarse al extremo de aborrecer cualquiera de las características del hijo que provienen del progenitor rechazado. ¡El hijo debe crecer así bajo la exigencia de adquirir, si es que existen, sólo aquellas cualidades de cada uno de los padres que el otro “autoriza”!

Junto a los proyectos, ideales o modelos que cada uno de los padres lega a su hijo, le transmite también, con mayor o menor fuerza, la prohibición de identificarse con las cualidades heredadas del otro progenitor. Ambos padres le prohíben, de ese modo, *asumirse como mestizo*.

El hijo, que ha incorporado dentro de sí a sus padres peleados y en contradicción permanente, configura, en base al amor que les profesa, dos modelos ideales contradictorios, excluyentes y opuestos. Cabría afirmar, desde el punto de vista metapsicológico, que ha constituido un ideal del yo con dos mandatos inconciliables, correspondientes a proyectos del padre y de la madre que son contradictorios entre sí.

Habitualmente el hijo no puede tolerar el mandato inconciente, “inoculado”, de odiar, rechazar y destruir a cada uno de los dos modelos que le ofrecen. Pero, cuando intenta dar vida a uno de ellos, se encuentra en un dilema. Identificarse con un progenitor implica traicionar al otro. No logra integrarse en un producto mestizo que, como tal, pueda ser amado o aceptado por los padres. De modo que a veces rechaza, como si fuera ajeno, lo que en otro momento reconoce propio.

Se establece así una especie de “identidad alternante” en la cual se evidencian las consecuencias de una intensa fijación autoinmunitaria.

⁷⁸ Muchas veces, el progenitor rechazado es representante, a su vez, de los aspectos rechazados y proyectados del mismo progenitor rechazante. Esto corresponde ya a una fantasía inconciente “autoinmunitaria” operativa en el propio progenitor.

Creemos sin embargo que esta fijación, en distintos grados de intensidad, es universalmente compartida y configura la *primera condición necesaria* para que ocurra una enfermedad por autoinmunidad.

Cada uno de los vínculos que se establecen en la vida exige una tolerancia, mutua, de las diferencias, cuya necesidad aumenta, proporcionalmente, a medida que crece la importancia de ese vínculo. La convivencia cotidiana expone a múltiples circunstancias en las que se experimenta, bajo la forma de “*choque*” o *enfrentamiento de dos estilos*, que la tolerancia ya no es sostenible.

Ese conflicto adquiere su plena significación cuando no es posible renunciar al propio estilo, ya que en él se sostiene el amor propio, y tampoco es posible renunciar al vínculo con ese objeto que ha alcanzado una importancia vital. En la medida en que no puede hacerse conciente ese conflicto “actual”, se establece la regresión que reactiva el punto de fijación que llamamos “autoinmunitario”. Se constituye así, como factor eficaz desencadenante, la *segunda condición necesaria* para la existencia de trastornos autoinmunitarios.

7. Resumen

Podemos resumir, en diez puntos, lo fundamental de nuestras conclusiones:

1. Cada individuo configura su identidad física a partir de la dotación genética proveniente de sus padres. Esa identidad es, por un lado, la individualidad bioquímica específica y, por otro, una particular combinatoria de las cualidades recibidas. Un individuo se constituye así como único y diferente entre sus semejantes.

Desde el punto de vista físico, el conjunto de lo heredado, de donde se extraen las cualidades que se adoptan para la propia identidad, queda representado por el ADN.

Para el psicoanálisis, la identidad es el producto de una particular combinatoria de identificaciones. Se describen dos tipos de identificaciones:

- 1) La identificación primaria es el proceso mediante el cual se constituye un yo inconciente primitivo a imagen y semejanza del ello, de quien recibe el cúmulo de experiencias ancestrales, transmitidas a través de las generaciones (identificación primaria es la descripción que hacemos desde el psicoanálisis de lo que biológicamente se conoce como desarrollo del plan genético).

2) Las identificaciones posteriores, llamadas secundarias, refuerzan y/o modifican a las primarias a partir del vínculo posnatal con los padres y otros modelos.

2. El sistema inmunitario preserva la identidad bioquímica de cada individuo. Su función es el reconocimiento de lo ajeno en el contexto de lo propio y la preservación de la estructura individual que define a cada organismo como único y diferente. Decimos, entonces, que *el sistema inmunitario se arroga la representación simbólica de la defensa de la identidad*.

3. *Los antígenos HLA* cumplen una función preponderante en la delicada discriminación entre lo propio y lo ajeno constituyendo la individualidad bioquímica de cada individuo. La inmunología los denomina “patente de yoicidad” y, desde el punto de vista de los significados, se prestan para representar simbólicamente *el distintivo de la identidad individual*.

4. Los genes que codifican los antígenos HLA son codominantes, de modo que la “patente de yoicidad” es también una marca indeleble o sello de origen que certifica la doble ascendencia de cada individuo: éste es hijo de tal hombre y de tal mujer. Por otra parte, los genes para antígenos HLA se mantienen en asociaciones estables durante generaciones. Por estos motivos, el HLA, además de *un símbolo distintivo de la identidad individual, es al mismo tiempo un símbolo adecuado para representar la identidad de linaje, de estirpe o de ancestro*. “Propio” y “ajeno”, los términos habitualmente utilizados por la inmunología para designar al producto del reconocimiento, se constituyen así, en virtud de la memoria “inmunitaria”, y desde el punto de vista de los significados inconcientes, en lo “familiar” y lo “extraño”.

5. La reproducción sexual no hermafrodita da por resultado un producto “mestizo”, en tanto es la mezcla o “*anfimixis*” de los padres. Sin embargo, en otro sentido, un hijo se inscribe en dos linajes ancestrales que, si bien en su manifestación aparecen integrados, en el nivel genético se conservan separados. Cuando un vínculo se sustenta en lazos libidinosos positivos, la tolerancia permite admitir las diferencias y enriquecerse con ellas. En el trato cotidiano se vigorizan los lazos de familiaridad que engendran así una nueva familia. En este clima el hijo encuentra el ámbito más adecuado para conformar su identidad individual integrándola en el marco más amplio de la identidad de raza, estirpe o ancestro. Podrá vivir entonces el natural *amor propio* de pertenecer a su pueblo, su linaje, su sangre. Este amor propio se expresa como adopción de un conjunto de costumbres y hábitos que configuran *un estilo propio y al mismo tiempo ancestralmente compartido*.

6. Hay vínculos eróticos que se establecen y perduran a partir de los conflictos de ambivalencia que cada uno de los copartícipes tiene con su origen, su religión, su ancestro o su “sangre”. Una unión así, sustentada en la negación de una profunda intolerancia, provoca el enfrentamiento de dos linajes. Los padres cuyo vínculo se consolida sobre este conflicto, transmiten a su hijo, junto a los ideales de cada uno de ellos, el mandato de “odiar”, rechazar y atacar los modelos que representan al otro progenitor, mandatos que el hijo experimenta como la “*prohibición de asumirse como mestizo*”.

7. Cuando el hijo, en base al amor que tiene por ambos padres, configura dos modelos ideales contradictorios, excluyentes y opuestos, coexisten en él aspectos ancestrales en pugna permanente. No puede tolerar la idea “inoculada” de odiar a uno de los dos progenitores, de rechazar y destruir uno de los dos modelos que le ofrecen. Desde el punto de vista metapsicológico, podría decirse que ha constituido un ideal del yo con dos mandatos inconciliables. Su identidad, apoyada en ideales escindidos y contradictorios entre sí, se apunala sobre un cimiento cuya falla estructural condiciona su endeblez. Como no logra integrarse en un producto mestizo, que traicionaría a ambos padres, alterna sucesivamente de una a otra identidad. De modo que lo que fuera (o debiera haber sido) *familiar, extrañado* en ese proceso, ahora le es *extraño* y lo rechaza.

8. El hecho de que todo individuo proviene de dos linajes que se mantienen genéticamente “puros”, configura un “clivaje fisiológico” que otorga la base para un punto de fijación que llamamos autoinmunitario. Cuando la *dificultad para integrar los dos linajes es máxima*, como en el caso de la prohibición de asumirse como mestizo, la fijación autoinmunitaria es muy intensa. Esa fijación temprana es la *primera condición necesaria* para que se establezca una enfermedad autoinmunitaria.

9. Cuando un vínculo suficientemente importante exige una tolerancia que no puede sostenerse, se produce lo que podríamos llamar *un choque o enfrentamiento de dos estilos*. En caso de que este conflicto no pueda evitarse (porque es imposible renunciar al propio estilo o abandonar ese vínculo), este choque de estilos deviene, entonces, el factor eficaz desencadenante que, reactivando la primitiva fijación autoinmunitaria, conforma una *segunda condición necesaria* para la existencia de un trastorno por autoinmunidad.

10. Si la activación regresiva del punto de fijación autoinmunitario no encuentra una vía de descarga más adecuada, *la intolerancia de estilos reprimida, surgida de la convivencia actual*, se expresa simbólicamente a través de un sistema inmunitario que se vuelve intolerante con lo propio, que debería defender, desencadenándose el ataque autoinmunitario.

En síntesis:

1. *La imposibilidad de tolerar la conciencia de una incompatibilidad de estilos, en la convivencia con un objeto que no se puede abandonar (y que se confunde, en lo inconciente, con una parte de sí mismo), conduce a la reactivación, regresiva, de una intolerancia al mestizaje que constituye, como plano de clivaje normal, un punto de fijación autoinmunitario.*

2. *La reactivación, regresiva, de la intolerancia primaria, conduce a un extrañamiento de algo familiar, configurando al ataque autoinmunitario como una forma de “melancolía” inconciente que se produce en lugar de lo que habría podido ser una “alergia paranoide”.*

3. *La descarga correspondiente al “ataque” autoinmunitario es, por lo tanto, la deformación patosomática de la clave de inervación de un afecto que, si se hubiera descargado como tal, habría correspondido al sentimiento conciente de que un contacto, o convivencia, es tan intolerable como inevitable.*

III. Historia de una antigua intolerancia

1. Sara

Cuando recién se había recibido de enfermera, a los 20 años, jamás hubiera imaginado que un año después, siendo estudiante de medicina, tendría que correr de un lado al otro para atender a sus padres, internados en sanatorios diferentes... Él, con una trombosis cerebral, y ella, con un aneurisma, también en la cabeza.

Había sido casi una ironía del destino... Había querido ser médica con la ilusión de curar... Pero cuando sus padres se enfermaron no pudo hacer nada... Fue en esa época cuando dejó de estudiar y le aparecieron los primeros síntomas renales.

Es cierto que la habían maltratado, pero no era justificación para no ocuparse de ellos como hizo Federico, que siempre fue el hermano rebelde. Si una necesita que la quieran... hay que aprender a ser sumisa.

¡Era tan difícil conformarlos a los dos!... Por suerte papá viajaba con frecuencia... y una podía dedicarse a contentar a mamá; aunque después, cuando volvía, había que enfrentarse con el lío.

¿Por qué siempre se peleaban y después cuando iban a la cama se arreglaba todo? Mientras que ella, Sara, se quedaba con la angustia. Parecía mentira que se hubieran juntado. Eran como el agua y el aceite. Era imposible

quedar bien con los dos... Por más que intentara evitarlo, al final siempre se estaba en contra de uno... Si al fin de cuentas, para un lado o para el otro, todos somos iguales... ¿Por qué siempre se peleaban si también se querían?

Era un problema viejo que, muchos años después, encontró por todos lados. Cuando, a fuerza de ser buena enfermera, la nombraron jefa, ¿no se sentía tironeada, acaso, entre el patrón y los empleados? Fue siempre una tortura, siempre intentando convertirse en puente entre dos cariños, entre dos fidelidades... la eterna obligación de pensar con dos cabezas. Cuando ocurrió el asalto en la clínica donde trabajaba, las cosas llegaron al colmo. Allí también le fue imposible, aunque sentía simpatía por los dueños, dejar de sentir simpatía también por los ladrones.

¿Por qué el enfrentamiento era una tortura?... Quería conciliar... siempre quería conciliar. Federico, en cambio, no se hacía problemas. Cuando los echaban a la noche y tenían que dormir en el jardín porque no los dejaban entrar, ¿por qué no se iba a la casa de algún amigo, como hacía Federico? ¿Por qué prefería esperar? ¿Acaso alguna vez le reconocieron que era buena y le dieron, aunque más no fuera, una de las caricias que tanto siempre anheló?

En verdad, Federico fue diferente... Al fin de cuentas se casó a los 17... ¿Porque quería irse de casa o porque tenía esperanzas de encontrar el cariño en otra parte? Sin embargo, ella también lo intentó. Conoció a Daniel y a los 26 años se entregó, ¡pero él fue tan poco cariñoso!... O quizás fue torpeza y ella no supo darse cuenta. Pero a Daniel no le importaba que ella estuviera embarazada, la dejó sola, tan sola como para que no se animara a traer al mundo un chico que sólo viniera a sufrir... y así, cuando se separó, se quedó sin los domingos en familia... sin la familia de él, que le había dado, por fin, un poco de ese clima cálido que había buscado desde que era una niña.

Después Daniel quiso volver, pero ya era tarde, era imposible. Ella ya había conocido a Josefina, que era tan especial... ¡y la trataba tan bien!... Le hacía ver las cosas diferentes... Con Josefina se siente más protegida... y más fuerte. Quizás es por eso que se pudo poner a pensar en otras cosas... pudo animarse a completar los pensamientos que siempre, por miedo, había interrumpido. Tal vez no sea cierto que somos todos iguales... hay, quizás, buenos y malos... y los padres de uno... aunque uno los quiera... aunque sean los padres... también pueden ser malos...

Josefina la cuida, ¡es muy tierna! Pero sus caricias, en verdad, la asustan... No puede desprenderse de la idea de que no están bien... ¡No se puede olvidar del escándalo... cuando se enteró mamá! No le importa tanto, ahora (!), que la haya insultado... no fue por eso que no volvió con mamá... ¡otra vez hubieran empezado los maltratos y las contradicciones!

Hubiera sido peor... las cosas así van mejorando... Pero las manchas que ahora le aparecieron en las piernas... le roban otra vez la tranquilidad... Para colmo el médico insiste en internarla...

2. Historia clínica

Sara tiene 30 años. Es soltera. A fines de mayo de 1983 consultó a un médico clínico por manchas en las piernas que fueron diagnosticadas como vasculitis autoinmunitaria. Se le indicaron estudios para determinar el compromiso general del organismo y en julio de ese mismo año una biopsia de tiroides es interpretada como tiroiditis de Hashimoto. Dos días después se desencadenó un síndrome meníngeo, con líquido cefalorraquídeo hemorrágico, que se diagnosticó como vasculitis cerebral de origen autoinmunitario. Este cuadro determinó su internación y en esa oportunidad se completaron los estudios clínicos que revelaron un serio compromiso renal. Durante la internación fue medicada con inmunodepresores (Inmurán, NR).

El médico que la asistía solicitó un estudio patobiográfico al Centro Weizsaecker de Consulta Médica. La paciente comenzó, simultáneamente, un tratamiento psicoanalítico de cinco sesiones semanales que interrumpió cinco meses más tarde.

3. La intolerancia de Sara

Sara vivió siempre buscando un poco de cariño, aunque creía no merecerlo, ya que toda la vida se sintió mala y culpable frente a sus padres, siempre peleados entre sí. Hacía todo lo posible para que la quisieran, pero sintió que no lo lograba. Era imposible cumplir con lo que ambos padres esperaban de ella, porque sus deseos eran contradictorios, inconciliables.

Cuando el padre de Sara veía en su hija algún aspecto de su esposa, no podía controlar su rechazo, su violencia, su odio. La madre, a su vez, se esforzaba para que nada en su hija fuera un signo de la descendencia paterna. Quizás a la madre de Sara no le importara mucho la educación cristiana de su hija, pero quería evitar, sobre todo, que se pareciera al padre, que era judío.

Así, Sara no podrá nunca llegar a sentir que es “ella misma”. En la íntima obligación de ser leal a ambos, cuando elige serle fiel a uno, siente que traiciona al otro. Tampoco puede asumir su “mestizaje”, porque eso es

precisamente lo que sus padres no toleran. Este conflicto de lealtades es el drama de su vida: se le repetirá una y otra vez.

Hacer conciente ese drama hubiera implicado, para Sara, aceptar el dolor de reconocer que sus padres no la amaban como ella era. La usaban como un instrumento para odiar, en ella, al rival odiado. Hubiera necesitado darse cuenta de que cada uno de sus padres estaba en un profundo conflicto; que tal vez no se habían unido con suficiente amor; quizás hasta podría decirse lo contrario, que se habían unido por sus incompatibilidades, por sus íntimas diferencias.

Pero Sara los quiere a los dos, los necesita. A través de la sumisión y la obediencia espera obtener, de ambos, el cariño. Con la aprobación de uno solo no puede vivir. No puede reconocer que en esa familia, con ideales contradictorios, inconciliables, es imposible obedecer a uno sin desobedecer al otro, ganarse el cariño sin despertar el odio. Buscando integrar los modelos, configura una identidad que, si bien no conformaba a ninguno, le permitía mimetizarse alternativamente con uno o con el otro.

Desde el punto de vista de la evolución tánato-libidinosa, es decir desde una concepción genética, la situación dramática familiar y personal que estamos describiendo favorece una intensa fijación “autoinmunitaria”, fijación que se erige como primera condición necesaria para un trastorno autoinmunitario. Esa fijación implica, metapsicológicamente, un ideal del yo con dos mandatos inconciliables. Desde una perspectiva metahistórica, estamos, en cambio, en presencia de una temática universal (la dificultad de integrar dos linajes) que cobra, en este caso particular, una especial fuerza dramática: la prohibición de asumirse como mestizo. Sara configura su identidad alrededor de ese nudo significativo, de modo que una y otra vez se encontrará, en su vida, con la necesidad (y la imposibilidad) de integrar ideales y estilos contrapuestos, o discriminar y elegir alguno de ellos.

Para eludir el conflicto “elige” no discriminar, no reconocer las diferencias entre las formas que la vida le ofrece. Intenta mantener un difícil equilibrio y conservar de ese modo la ilusión de que podrá conseguir el cariño de los unos y los otros. Fue construyendo un estilo que pretendía ser conciliador y sólo pudo ser “alternante” y disociado, obligándola “a pensar con dos cabezas”.

El fracaso con Daniel y el encuentro con Josefina puso en crisis el delicado equilibrio que Sara había logrado. Josefina comenzó a mostrarle que las diferencias existen, que no todo es igual, que sus padres no eran como ella pensaba. Sara ya no puede mantener la represión que sostenía al estilo alternante y disociado.

El estilo de Josefina es muy diferente, “absolutamente tajante” para Sara. Sin embargo, pese a las diferencias, pese a conformar estilos

tan distintos, Josefina llega a ser muy importante en la vida de Sara. Descubrió, con ella, placeres sexuales que siente que son propios; recibe la protección y la ternura que siempre había buscado. Ya no le es posible renunciar a Josefina. Sara prefiere, por ese motivo, no tomar conciencia del enfrentamiento de estilos y reprime la intolerancia íntima por el modo de ser de Josefina. Su “eterno” conflicto cobra nueva vida, y el endeble equilibrio alcanzado se desmorona. Ya no es suficiente alternar entre dos formas como recurso para desconocer las diferencias y sostener la tolerancia. La intolerancia inconciente, largamente postergada, “se hace carne”, ahora, en la enfermedad autoinmunitaria.

El autoataque que realiza en sus células representa el odio, el rechazo, la intolerancia entre dos aspectos (heredados y propios) que siempre convivieron en ella pero que nunca pudo integrar.

**¿POR QUÉ ENFERMAMOS?
EL SIGNIFICADO INCONCIENTE
DE LOS TRASTORNOS DIABÉTICOS**

(1993)

Referencia bibliográfica

CHIOZZA, Luis (1993) “¿Por qué enfermamos? El significado inconciente de los trastornos diabéticos”.

Primera edición en italiano

“Perché ci ammaliamo? Il significato inconscio dei disturbi diabetici”, en Vincenzo Rossolini (coord.), *ATTI X Corso di aggiornamento in Neuropsichiatria Infantile. Incontro Internazionale La Medicina Psicosomatica in età evolutiva*, Graphos Litografia, Fano (Italia), 1993, págs. 286-296.

Ediciones en castellano

Se publicó con el título “¿Por qué enfermamos? El significado inconciente de los trastornos diabéticos” 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.

Este trabajo fue presentado en el curso de actualización en Neuropsiquiatría Infantil del Congreso Internacional “La Medicina Psicosomática en la edad evolutiva”, coordinado por Vincenzo Rossolini y realizado en Fano, Italia, el 1 de julio de 1993.

Los apartados I a V de este texto se incluyeron, en versión resumida, en “El alma en el cuerpo. Un infarto en lugar de una ignominia” (L. Chiozza y G. Chiozza, 1994c [1993-1994]), OC, t. XII.

I. Introducción

Uexküll (1934) cuenta la siguiente historia:

En el tiempo en que Brasides de Metaponto dominaba como exarca en la India, celebróse una gran reunión religiosa, en la que brahmines y budistas disputaban acerca del ser del alma. El príncipe griego... se mofaba de los sabios de Oriente, que conversaban con tanto ardor de cosas invisibles. Entonces se adelantó un brahmín y dijo:

–Exarca, ¿por qué crees que el alma es invisible?

El príncipe se rió y dio por respuesta:

–Lo que yo veo es tu cabeza, tu cuerpo, tus manos, tus pies... ¿Acaso tu cabeza es tu alma?

–No –respondió el brahmín.

–¿O tu cuerpo, o tus manos, o tus pies?

Siempre tuvo el brahmín que responder que no.

–Entonces, ¿accedes a que el alma es invisible?

–Señor –respondió el brahmín–, eres un príncipe poderoso, de fijo que no habrás venido a pie hasta aquí. ¿Viniste a caballo o en coche?

–Vine en coche –dijo sorprendido el exarca.

–¿Es invisible tu coche? –preguntó el brahmín.

–En modo alguno –dijo riéndose el exarca–. Allí está, visible para todo el mundo, con cuatro blancos caballos árabes enganchados a él.

–¿Es la lanza el coche? –preguntó el brahmín, imperturbable.

–No.

–¿O las ruedas, o el asiento?

El exarca siempre tenía que responder que no.

–Ruedas, asiento y lanza los veo bien –dijo el brahmín–. Al coche no puedo verlo porque es invisible.

Esta historia nos muestra, en su sencillez conmovedora, que para ver no basta con mirar. Sólo podemos ver cuando tenemos una idea de lo que busca la mirada. Cuando el dedo que señala tiene éxito en la tarea de indicar una presencia, es porque se comparte la idea de aquello que hay que ver.

Lo que carece de significado es imperceptible. Tal como se desprende de la consideración del lenguaje verbal, cuando afirmamos estar en presencia de algo que “no tiene sentido”, se trata, en realidad, de la presencia contradictoria de significados diferentes (por ejemplo, entre el enunciado y el contexto) que configuran un “contrasentido”.

El significado inherente a la percepción de una presencia “física” es, habitualmente, inconciente. Por esta razón, los llamados “hechos” toman la apariencia de ser “objetivos”, independientes de la interpretación subjetiva. Consideramos que una afirmación es “objetiva” cuando coincide con un consenso mayoritario formado por personas que, compartiendo de un modo inconciente las mismas interpretaciones, “ven las cosas de una misma manera”.

Las interpretaciones implícitas en la percepción surgen de las organizaciones conceptuales inconcientes que denominamos creencias (Ortega y Gasset, 1940). Bateson (1979) sostiene que una explicación es un tipo de tautología que consiste en traducir una idea a los términos correspondientes de alguna otra que, constituida como creencia, es aceptada como indudable.

II. La causa y el significado de la enfermedad

El pensamiento causal ha llegado en nuestros días (gracias al éxito notable de la organización conceptual que, a partir de la física, constituye a las ciencias naturales) a ser considerado, de modo casi siempre inconciente, como un sinónimo casi absoluto del conocimiento científico. En medicina, por ejemplo, el saber es equiparado habitualmente con el saber la causa. Si no puede conocerse la causa de la enfermedad, su etiología, se buscará la causa de los síntomas, es decir, la patogenia. Y si una y otra son desconocidas, se intentará por lo menos coincidir, en algún punto de la evolución del proceso morboso, con aquellos aspectos de la patogenia que, por ser suficientemente generales, nos permiten identificar alguna causa.

Acorde con este modo de pensar, según el cual todo fenómeno observable es un “efecto”, la terapéutica será concebida como una técnica

de combate con la causa de la enfermedad o de los síntomas. Frente a nuestra ignorancia con respecto a determinadas enfermedades, encontramos el último recurso en el conocimiento de que “la muerte se produce por...”.

El predominio del pensamiento causal en la medicina nos permite comprender el hecho de que cuando Freud descubrió el significado psíquico inconciente de algunos trastornos corporales, no sólo la medicina general, sino también la gran mayoría de sus propios discípulos, hayan encerrado su descubrimiento dentro del concepto de psicogénesis. En otras palabras, se interpretó que algunas enfermedades o, por lo menos, algunos fenómenos en la evolución, o en la sintomatología, de algunas enfermedades, son el efecto de una “causa psíquica”.

Esa manera de pensar, en términos de “mecanismos”, que había sido tan útil en el desarrollo de una fisiopatología, dio nacimiento a una psicopatología que se llamó “dinámica”, para diferenciarla de “la otra”, fundamentalmente descriptiva, que utilizaba la psiquiatría clásica. Se comenzó a hablar, desde entonces, de los “factores psíquicos” *en la etiología* de las enfermedades, y esto dio lugar a la consideración de que hay enfermedades que son psicósomáticas.

La enorme cantidad de literatura científica que, incluso desde dentro del psicoanálisis, sostiene ese modo de pensar, “facilitó” aparentemente la comprensión de la obra de Freud, pero redujo las posibilidades de que una gran mayoría del mundo intelectual de nuestra época llegara a captar el verdadero alcance de su descubrimiento.

Se trata de un mundo intelectual que se encuentra cada día más influido por conceptos que vinculan los fenómenos que estudia la física con cuestiones psíquicas tales como las que atañen, por ejemplo, a la conciencia del observador. Los interrogantes que suscita la inteligencia artificial conducen a que los ingenieros no sólo se interesen en los hallazgos de la neurología, en los fenómenos de comunicación dentro de un ecosistema, o en los códigos “idiomáticos” que contiene el ADN, sino también en los límites del pensamiento lógico, en el inconciente freudiano, o en los problemas de significación y de estilo que estudian la lingüística y el arte literario.

Pero no solamente la evolución de la ciencia nos enfrenta hoy con una concepción diferente de la realidad psíquica, también la condición actual de los enfermos, y el consumo creciente de fármacos que influyen sobre el estado anímico, enfrentan al médico con la conciencia de una nueva necesidad. Cuanto mayor es la capacidad de la medicina para responder al *cómo* se constituye la enfermedad, más fuerza adquiere la antigua interrogación por el significado: *¿por qué* ha sucedido?

La experiencia muestra que el diálogo entre los médicos que diagnostican procesos y prescriben medicamentos o procedimientos, y aquellos otros que interpretan significados inconcientes y procuran curar mediante la palabra, suele ser difícil. La gran mayoría de los malentendidos que dificultan ese diálogo sucede porque cada uno asume, y da por sentados, conceptos fundamentales distintos, sin tener en cuenta que su interlocutor parte de otros presupuestos.

III. Una diferente concepción del psiquismo

La formación intelectual que, como médicos, hemos recibido, fundamentada esencialmente en los métodos de las ciencias naturales, nos ha acostumbrado a la idea de que la materia es una realidad primaria, una evidencia, mientras que lo psíquico, en cambio, “se origina en la materia” como una realidad que debe ser inferida, secundariamente, a partir de sus manifestaciones. Esta posición epistemológica, implícita en nuestra formación universitaria, por el hecho de no ser explícita, habitualmente permanece fuera de las discusiones que se suscitan en nuestra disciplina.

Cuando los médicos hablamos de psiquis solemos pensar, casi de manera automática, en la función del cerebro, pero el cerebro no “segrega” psiquis del mismo modo que el hígado segrega bilis. Conceptos tales como, por ejemplo, materia, espacio, cantidad o localización, que constituyen los fundamentos de la física, son impertinentes, inaplicables o, por lo menos, inadecuados a la idea de significación, que constituye la esencia de lo psíquico.

Solemos decir que las ideas que un hombre piensa, expresa o comunica son suyas, y cuando queremos significar que son distintas de las conocidas, solemos decir que son originales. Esta manera de pensar, según la cual los hombres poseen ideas que ellos mismos producen y que les pertenecen, proviene de considerar que las ideas “emanan” de un cuerpo material particular o, por lo menos, son el producto del funcionamiento de una instancia psicológica que llamamos “yo”.

Cuando un hombre nace, se encuentra con un mundo lleno de ideas que “están allí”, en la locomotora, en el piano, en el reloj, en la computadora y en el lavarropas. Todas estas ideas, aunque “están en el mundo”, pueden ser referidas a una historia de ingenios humanos. Cuando contemplamos, en cambio, un submarino o un avión, no sólo vemos allí, presentes en ellos, las ideas que los constituyen como inventos del hombre: vemos también que son transformaciones de “la idea” pez o de “la idea” pájaro, y descubrimos que ambos animales también son “ingenios”, como lo son el riñón, el

mimetismo, la válvula cardíaca y la fotosíntesis. Es fácil, en este punto, afirmar que Dios, como un gran arquitecto, inventa a la manera de los ingenios humanos. Pero no me anima ahora ese propósito. Deseo subrayar que la idea, lejos de ser una emanación cerebral, existe en el universo tan primariamente como existe la materia, de modo que, desde este punto de vista, el cerebro, como el pulmón, es en sí mismo una “idea”.

Digamos pues que, en términos científicos rigurosos, lo psíquico no debe ser concebido como una misteriosa e inasible emanación de la materia viva cuando esa materia alcanza la forma de un vertebrado mamífero y cerebrado, sino como la cualidad concreta de significación que constituye una historia a partir de su elemento fundamental, el sentido.

Esa magnífica palabra “sentido”, que es sinónimo de significado, se utiliza también, y no por casualidad, para denotar aquello que se siente y, además, la meta, finalidad o dirección hacia la cual algo se encamina.

Reparemos en que aquello que se siente equivale, en primera y fundamental instancia, a la importancia que atribuimos a una determinada experiencia. Y reparemos también en que cuando la fisiología, o la fisiopatología, se enfrentan con los límites del pensamiento que nos permite comprender los fenómenos como derivados de una causa antecedente, recurren a la teleología, es decir, a la finalidad, como principio explicativo.

El sentido (como amalgama de significado, importancia y finalidad), elemento fundamental de toda historia, es pues, también, el elemento fundamental que constituye lo psíquico como integración, jerárquicamente organizada, de la finalidad de las funciones que “animan” al cuerpo. Por este motivo dirá Bateson (1979), parafraseando a Próspero cuando afirma que estamos hechos de las sustancias de que están hechos los sueños, que la embriología debe estar hecha de la sustancia de las historias, y que la anatomía debe contener una analogía de la gramática, ya que toda anatomía es la transformación de un mensaje material que debe ser contextualmente formado.

La historia, desde este punto de vista, es algo mucho más rico que el registro “objetivo” de una secuencia. Una sucesión de hechos de significación diversa, aunque crono-lógicamente ordenados, no constituye una historia. Cuando relatamos, por ejemplo, que el viento, al sacudir la ventana, ha roto uno de sus cristales, no hemos relatado, todavía, una historia. La historia se constituye cuando compromete una importancia. Una historia es, en su sentido esencial, un entretendido de temas o “argumentos” que, aunque son muchos, son típicos. Algunos, como es el caso de la codicia, la voracidad o el arrojío, son más simples; otros, tales como la traición, el heroísmo o la venganza, más complejos. Existen más allá del tiempo mensurable, son “atemporales” o, si se quiere, sempiternos. De modo que se re-presentan

una y otra vez, en el escenario de la vida, como el “transcurrir” de algunas escenas que interesan la atención, o la participación, del entorno. Son escenas que forman parte de un “drama” que puede ser re-conocido precisamente por ser característico, es decir, universal.

IV. La relación entre el cuerpo y el alma

Freud, investigando en la histeria, descubrió que sus pacientes “padecían de reminiscencias”, que existía un grupo patógeno de representaciones, separado del comercio asociativo con el resto de la vida psíquica conciente, y que *el significado de esas representaciones reprimidas provenía, como el de la vida onírica, de las distintas pulsiones eróticas* (“sexuales”, pero no siempre genitales) *emanadas de las distintas fuentes orgánicas*.

El psicoanálisis no es solamente una teoría que permite comprender el significado de los fenómenos corporales normales y patológicos, sino también, y fundamentalmente, *una teoría que interpreta los fenómenos psicológicos a partir de la finalidad de las funciones, cualitativamente diferenciadas, que integran la totalidad del cuerpo*. El psicoanálisis, pues, no sólo trata de un cuerpo animado, sino también de *un alma cuyo sentido es la meta del cuerpo*. Un alma y un cuerpo dotados de significado, dentro de los cuales el cerebro es una parte entre tantas.

Nuestra mente no trafica con ideas, las ideas son los medios de transporte que conducen a los afectos por los caminos que ha trazado la experiencia. Sólo se transporta lo que importa, y este “importe” es lo único que se vigila en las fronteras. Es esto mismo lo que decía Freud cuando afirmaba que el verdadero motivo de la represión es impedir el desarrollo de un afecto. Para cumplir su cometido la represión no sólo ataca las ideas, sino que a menudo incluso deforma a la experiencia. El afecto es la importancia, la *significancia* del sentido.

Freud ha escrito: “cuando soñamos con ladrones, y tenemos miedo, los ladrones podrán ser imaginarios, pero el miedo es real” (Freud, 1900a [1899], pág. 484). También sostuvo que los afectos son reminiscencias, es decir que, lejos de corresponder a una situación actual, constituyen un modo de “recordar” un suceso pretérito que permanece fuera de la conciencia. Los afectos son equivalentes a ataques histéricos heredados y universales, porque el suceso pretérito que conmemoran ha sido un acontecimiento motor que pertenece a la filogenia y que, en su momento, fue justificado. “Justificado” significa aquí que era adecuado a las circunstancias vitales en las cuales se desarrolló por primera vez.

El acto motor vegetativo que denominamos afecto es, en cambio, en las condiciones actuales en que se produce, tan “injustificado” como un ataque histérico. Si cuando alguien discute se pone colorado, aumenta su presión sanguínea y circula más sangre por sus músculos, es porque, en un pasado remoto, lo que hoy es una discusión era una pelea física que “justificaba”, entonces, esos cambios corporales que hoy han perdido su sentido.

De manera que el *afecto* nos ofrece características que permiten ubicarlo como una especie de “bisagra” que articula los territorios que denominamos “psíquico” y “somático”. *Por un lado, es un “recuerdo” psíquico; por el otro, una “descarga” real “somática”.*

Cuando la descarga afectiva se realiza a plena cantidad, se configura un afecto primario, que corresponde a lo que suele denominarse una “pasión”. Si la descarga de una pasión resulta displacentera o se genera un conflicto entre emociones contradictorias, puede surgir la necesidad de *atemperar los afectos*, proceso que se realiza a través del trabajo del pensamiento, es decir, de la ligadura que *integra los componentes ideativos del afecto conflictivo con los de otros afectos o con procesos cogitativos y juicios previos.*

El crecimiento emocional de un sujeto no sólo depende de la posibilidad de atemperar algunas pasiones, sino también de cuáles serán las disposiciones afectivas inconcientes que se actualizarán en su vida, permitiéndole “desplegarse” en la plenitud de su forma.

Las investigaciones acerca del cerebro y, más específicamente, de la corteza cerebral, desarrolladas por la neurofisiología hace ya algunos años, coinciden con los hallazgos provenientes del psicoanálisis, en sostener que *una de las funciones de los pensamientos es la de atemperar las emociones* (Pribram y Melges, 1969).

El sistema límbico coordina y modula las distintas emociones. Los procesos de pensamiento, que dependen de los circuitos cerebrales de retroalimentación negativa, atemperan los afectos. Pero *los sentimientos*, y con ellos las importancias que constituyen la “significancia” del significado, *se originan, y al mismo tiempo adquieren cualidad, en el funcionamiento propio de cada uno de los órganos, funcionamiento en el cual se apuntala la pulsión que origina al deseo.*

De modo que podemos afirmar que no sólo la significancia, y su representante cogitativo, simbólico, a pequeña investidura, es decir el significado, *no provienen*, en primera instancia, *del cerebro o del sistema nervioso de un organismo evolucionado*, sino que, por el contrario, *se originan*, como se origina el afecto, *en el conjunto entero del cuerpo y de la diversidad de sus metas parciales, integradas jerárquicamente de*

acuerdo con un lenguaje, una prescripción de desarrollo y un esquema de organización que se hallan contenidos por entero en la cadena de ADN, cadena que posee las características “idiomáticas” de un código.

Recuperamos así el valor, la plenitud y el “tamaño” del concepto freudiano de inconciente, valor acorde con lo que Freud postuló como segunda hipótesis fundamental del psicoanálisis: el psicoanálisis categoriza como genuinamente psíquico (es decir que posee un significado psicológico independientemente de si es conciente o inconciente) a lo que la psicología de la conciencia categoriza como acompañante físico de un acontecimiento mental.

V. Los afectos ocultos

Todo afecto, cualitativamente diferenciado, puede ser reconocido precisamente porque posee una particular “figura”. Cada emoción distinta es un movimiento vegetativo que proviene de una excitación nerviosa que se realiza de una manera típica. Esta manera típica está determinada filogenéticamente por una huella mnémica inconciente, por un “registro” motor y sensorial heredado que corresponde a lo que Freud (1900a [1899]*, pág. 573) denominó “clave de inervación”.

Cuando sufrimos una enfermedad que se denomina “neurosis” es porque hemos necesitado defendernos de un afecto, hacia una determinada persona o situación, que hubiera sido penoso experimentar concientemente; de modo que preferimos desplazarlo o transferirlo sobre la representación de otra persona o de otra escena. Así Juanito, el niño cuya fobia Freud (1909b) psicoanaliza, prefiere temer y odiar a los caballos antes que a su amado papá.

Cuando enfermamos, mucho peor, de otra manera que se llama “psicosis”, sucede que para evitar el desarrollo de un afecto penoso, necesitamos alterar nuestro “juicio de realidad”. Una madre que enloquece ante la muerte de su hija y acuna un pedazo de madera como si fuera su bebé, altera su percepción de la realidad para poder continuar descargando un afecto de ternura en lugar de una insoportable tristeza.

En ambos modos del enfermar, neurosis y psicosis, ocurre que los afectos, se desarrollen o no se desarrollen, continúan manteniendo la coherencia de sus claves de inervación. Como dijimos antes, la clave de inervación es la idea inconciente que determina la particular cualidad de cada una de las distintas descargas motoras vegetativas que caracterizan a los distintos afectos. De modo que cuando un afecto conserva íntegra

la coherencia de su clave es posible reconocerlo como una determinada emoción.

Pero también podemos enfermar de otra manera. El desplazamiento de la importancia (investidura) puede realizarse “dentro” de la misma clave de inervación de los afectos, de modo que algunos elementos de esa clave reciban una carga más intensa, en detrimento de otros (Chiozza, 1975c; 1986b, cap. VIII; 1995u [1988]). *Cuando el proceso se descarga a partir de esa clave “deformada”, al servicio de mantener inconciente el significado emotivo, la conciencia ya no registra un afecto, sino que percibe una afección, un fenómeno que interpreta como “somático”, precisamente porque la cualidad psíquica, el significado afectivo, de ese fenómeno, permanece inconciente. Preferimos, desde un punto de vista psicoanalítico, llamar “patosomático” a este modo de enfermar, que se diferencia de lo que ocurre en las neurosis y en las psicosis.*

Podemos decir, entonces, que *la enfermedad somática “oculta” un afecto*. Pero no se trata de un afecto cualquiera, sino que cada enfermedad diferente se constituye como un desarrollo que representa o equivale a un particular afecto inconciente, específico de esa enfermedad, enraizado en una historia que ha hecho crisis configurando un “capítulo” particular en la biografía del enfermo.

Aunque los afectos son típicos y universales, y es posible concientizarlos sin intermediación de la palabra, *la carencia de vocablos alusivos a las variedades y matices de las distintas emociones determina que no podamos referirnos a ellas claramente durante los procesos de comunicación y pensamiento. La investigación psicoanalítica de los trastornos somáticos ha conducido a descubrir afectos que, por lo habitual, no son reconocidos o nominados como tales*. Por ejemplo, el sentimiento de ignominia, de desmoronamiento, de impropiedad, de infracción, de estar en carne viva o de estar escamado⁷⁹.

Tal como lo hemos expresado en *Perché ci ammaliamo?* (Chiozza, 1988a [1986]), la investigación de los significados inconcientes en distintas enfermedades somáticas revela que cada una de ellas “oculta” una historia propia, específica, típica y universal, que difiere de las otras tanto como difieren entre sí los trastornos del cuerpo que la medicina ha logrado tipificar.

⁷⁹ {Remitimos al texto correspondiente en el que se investigan los diferentes sentimientos mencionados: el sentimiento de ignominia (Chiozza y colab., 1983h [1982]), de desmoronamiento o de infracción (Chiozza y colab., 1991e [1990]), de impropiedad (Chiozza y Obstfeld, 1991h [1990]), de estar en carne viva o de estar escamado (Chiozza y colab., 1991i [1990]).}

VI. El significado inconciente del trastorno diabético

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 insulina⁸⁰ (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 en la diabetes la glucosa no se puede incorporar a la célula, permanece en la sangre en una cantidad superior a la normal, y resulta un elemento inútil para suministrar energía.

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.

La investigación psicoanalítica del trastorno diabético (Chiozza y Obstfeld, 1991h [1990]) nos ha llevado a las conclusiones que a continuación resumimos:

1. 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, a la cual podemos aplicar el rótulo “insulino-pancréatica”, cuyo significado corresponde específicamente al trastorno diabético.

2. El metabolismo glucídico normal, que implica una adecuada utilización y producción de la insulina, posee una relación específica con el *sentimiento de propiedad*, que deriva del sentirse capaz de: a) disfrutar del gasto y del ahorro, y 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 los sentimientos que resumimos con la expresión: “sentimiento de propiedad”. El sentimiento de no haber obtenido o

⁸⁰ La insulina, de la cual puede decirse, en general, que facilita los procesos de acción hipoglucemiante, 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.

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, deberá formar parte, entonces, 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 tanto esa actitud como ese sentimiento 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. 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 investidura total de la clave de inervación correspondiente recaiga sólo sobre uno de sus elementos, la disminución de la función insulínica.

8. Los *rasgos más típicos del carácter diabético* pueden dividirse, esquemáticamente, en: a) los que corresponden a la identificación directa con el trastorno diabético, que provoca en el organismo “pobreza”, malgasto

e incapacidad para obtener el provecho normal, y b) los que corresponden a una formación reactiva frente a ese trastorno. Los rasgos que se obtienen por identificación son la *pusilanimidad*, el *derroche* y la *insatisfacción permanente*; los que provienen de la formación reactiva, en cambio, 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.

VII. Fabiana

Fabiana presentó, a los 2 años y 6 meses, un cuadro caracterizado por polidipsia, poliuria, anorexia y pérdida de peso, asociados a deshidratación y cetoacidosis, que obligó a su internación. Se le encontró, entonces, una glucemia de 7,8 g y se diagnosticó una *diabetes mellitus* que fue tratada, durante dos años, con dosis diarias de insulina. Durante el tercer año, en el momento de la consulta a nuestro Centro, y a pesar de que su enfermedad la había llevado a desarrollar varios episodios de hipo e hiperglucemia, se mantenía compensada con una dosis diaria de insulina lenta.

Tal como lo expresamos hace ya algunos años, la investigación psicoanalítica de las enfermedades infantiles permite descubrir que, en todos los casos, las fantasías inconcientes del niño funcionan como un “par complementario” con las fantasías inconcientes de los padres, que pueden ser consideradas como la otra cara de una misma moneda⁸¹.

La historia de Fabiana⁸² se presta especialmente para comprender el trastorno diabético en el entretejido de las fantasías inconcientes de la niña y de sus progenitores.

⁸¹ Decíamos también que la problemática inconciente de ambos padres, en su conjunto, codetermina la enfermedad del niño y las vicisitudes de su evolución y tratamiento, y que otorga una nueva vía de acceso a la psicoterapia, ya que al variar una de las facetas de la estructura creada deberán variar las otras. Se trata de una vía especialmente valiosa, porque no siempre es fácil conmover una estructura familiar actuando únicamente sobre el psiquismo de un niño pequeño. {El trabajo al que se alude es “Las fantasías inconcientes de los padres en la enfermedad de los hijos”, trabajo presentado en febrero de 1975 en la Clínica Pediátrica del Policlínico de la Escuela Médica de la Universidad Estatal de Roma, y editado por primera vez en 1995 (Chiozza y colab., 1995h [1975]).}

⁸² Esta historia está extraída, en su mayor parte, de un resumen realizado por las licenciadas Lanfri y Strasberg de un estudio patobiográfico realizado en nuestro Centro Weizsaecker de Consulta Médica, y presentado en el Encuentro Rioplataense sobre Psicoanálisis de los Trastornos Orgánicos en diciembre de 1992.

El sentimiento de impropiedad impregnaba las vidas de Eduardo y de Carmen, los padres de Fabiana. Tanto el uno como la otra vivieron una infancia en las cuales la situación económica había sido siempre un drama. En la casa de Carmen se escondían los caramelos y se le agregaba agua a la Coca-Cola para que durara más. En la casa de Eduardo vivían a los tumbos, y no había ni un peso para comer. Pero Eduardo, hijo único, había logrado, con el sacrificio de todos, terminar una carrera universitaria, y ahora gozaba de un buen “pasar”, gracias a “comisiones” que cobraba en su trabajo. Y Carmen, que lo había “conseguido” a Eduardo, tenía una hija que no sentía “merecer”.

Ambos no podían sentir como un resultado del esfuerzo propio el desarrollo económico que habían alcanzado. Se comportaban a veces como si fueran pobres, y frente a sus adquisiciones, como si no les pertenecieran. Dudaban acerca de la condición social en la que debían ubicarse, y de hecho, el motivo manifiesto de la consulta a nuestro Centro quedó vinculado predominantemente con sus dudas acerca de inscribir a Fabiana en un colegio caro o en uno que costara poco. Eduardo comunicaba repetidamente su temor de no poder lograr un adecuado equilibrio entre sus ingresos y sus gastos. Carmen no sentía como propio el bienestar económico que su esposo le otorgaba, y había adoptado, frente a Fabiana, una actitud de sobreprotección y sacrificio asociada al sentimiento de que no podía terminar de ganar el derecho a considerarla una hija “merecida”. Eduardo tampoco se sentía lo suficientemente autor como para atreverse a opinar y decidir acerca de su hija.

Sobre el trasfondo de esa “historia” se dibuja la figura de una nena a la cual trataban de ahorrarle los esfuerzos de la adaptación. Aun cuando ya era grande, Carmen le cortaba la comida y se la daba en la boca. Le compraban, en abundancia, ropa y juguetes. Estaba acostumbrada a obtener, enseguida, todo lo que pedía. Fabiana adoptaba, inconcientemente, una actitud sumisa. Intentaba contentarlos renunciando a sus propios deseos con la intención de mantener, junto con el amor de sus padres, todo lo que ellos, abundantemente, le brindaban. Su desarrollo, sin esfuerzo, no era sentido como algo propio. Cuando, a los 2 años, controlaba sus esfínteres y, en un solo acto, sin mostrar dudas ni sufrimiento, se desprendió del chupete, sintió seguramente que no contaba con la firmeza y la fuerza suficientes para consolidar esos logros haciéndolos suyos. Intentó, entonces, reinstalar el primitivo vínculo simbiótico con su madre, volvió a tomar mamadera (hasta los 3 años) y padeció enuresis nocturna (hasta los 5). Pero también enfermó de diabetes, porque no pudo tolerar concientemente, como los toleraban sus padres, los sentimientos de impropiedad y la actitud de sumisión que los acompañaban.

Durante la hora de juego, en la cual el tema de la impropiedad y la necesidad de afirmar su esfuerzo se reiteró de varias maneras, Fabiana dibujó una nena que inclinaba la cabeza hacia un costado, en una actitud sumisa, similar a la que vimos, en una de las fotografías que trajo, que ella misma adoptaba. Escribió, también, su nombre al pie de la hoja, en la posición de una firma, queriendo tal vez certificar, con esto, su autoría y su propiedad sobre el diseño.

Fabiana también evidenciaba, como sus padres, algunos rasgos del carácter diabético. No podía disfrutar de lo que ella tenía, intentaba mostrar que era muy poco, y a veces, en una forma contradictoria, asumía una actitud de generosidad y amabilidad exageradas.

**PRÓLOGO DEL LIBRO *¿POR QUÉ
ENFERMAMOS DE...? ANGINA DE
PECHO, INFARTO CARDÍACO
E HIPERTENSIÓN ARTERIAL***

(1995 [1993])

Referencia bibliográfica

CHIOZZA, Luis (1995F [1993]) “Prólogo del libro *¿Por qué enfermamos de...? angina de pecho, infarto cardíaco e hipertensión arterial*”.

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.

Este prólogo fue escrito en 1993 para *¿Por qué enfermamos de...? angina de pecho, infarto cardíaco e hipertensión arterial*, un libro en preparación por la editorial Borla de Roma que finalmente no se editó.

Todo médico necesita y debe hablar de lo que ve en sus enfermos. Es algo que duele no decir... y es, además, una deuda... pero “cómo decir” ha sido siempre el principal problema de toda convivencia, y cada nuevo intento no es más, ni es menos, que una nueva esperanza...

¿Por qué enfermamos?,
LUIS CHIOZZA (1986b)

De acuerdo con lo que afirman las estadísticas (Ruda Vega y Gadda, 1978), más de la mitad de las muertes son “causadas”, en los países occidentales, por las enfermedades cardiovasculares. La medicina sostiene que entre las “causas” de las enfermedades cardiovasculares debemos contar a la predisposición genética, los malos hábitos higiénico-dietéticos y el estrés. Usamos aquí la palabra “causa” entre comillas porque el concepto de causa, en su sentido riguroso, que corresponde a la idea de un “mecanismo” que articula la relación causa-efecto, resulta cada vez más incómodo dentro del pensamiento médico. La cardiología, refiriéndose por ejemplo a las cardiopatías isquémicas, prefiere hablar hoy de “factores de riesgo”, lo cual lleva implícito que se trata de condiciones *a veces* necesarias, pero nunca suficientes para determinar la enfermedad. Subrayamos “a veces” porque cada día son más los casos observados⁸³ en los cuales se constata alguna de estas tres circunstancias:

- 1) La enfermedad se produce en ausencia de todos los factores de riesgo que la medicina ha identificado.
- 2) La enfermedad se produce en un sistema arterial exento de toda alteración anatómica.
- 3) La enfermedad, o su curso evolutivo, se produce de un modo que no guarda proporción con el grado de alteración anatómica o con la mayor o menor intervención de los llamados factores de riesgo.

⁸³ Presentaciones clínicas realizadas por Carlos Bertolassi, Luis Chiozza y E. Segura, en un panel sobre cardiopatías isquémicas realizado en la Asociación Psicoanalítica Argentina, 1990.

Frente a las circunstancias señaladas no debe extrañarnos el hecho de que el interés por el papel que desempeñan los componentes emocionales en las enfermedades cardiovasculares crezca día a día. Como respuesta a ese interés, la literatura mundial ha insistido, fundamentalmente, en dos aspectos: la existencia de un tipo de personalidad proclive a las cardiopatías isquémicas y la importancia de la intervención del estrés. Es imposible, sin embargo, disimular el hecho de que tanto el tipo de personalidad descripta, como el estrés, se observan en otras enfermedades “somáticas” muy distintas de las cardiopatías isquémicas.

Nos encontramos así, otra vez más, con una contradicción que impregna la enorme mayoría de las investigaciones en la llamada “psicosomática”. Mientras por un lado se renuncia, explícita o implícitamente, a la pretensión, a la meta o a la exigencia rigurosa de establecer una causa o un significado específicos de la enfermedad estudiada, por el otro se investiga *una* determinada enfermedad, y se establecen y publican conclusiones que se refieren a ella, olvidando que, precisamente por su grado de generalidad, no pueden ser enunciadas como si fueran prototípicas.

Es cierto, claro está, que el estrés interviene en la aparición y en la evolución de una cardiopatía isquémica, pero también interviene en el caso de una úlcera gastroduodenal. ¿De qué depende entonces que un hombre se enferme de una u otra manera? El contenido entero de este libro, que se inscribe en una línea de investigación que desde hace casi treinta años se desarrolla en Buenos Aires estudiando distintas enfermedades “somáticas”, se dedica a la respuesta de ese interrogante para el caso de las cardiopatías isquémicas y la hipertensión esencial.

Este volumen será el primero de una serie que, bajo la dirección de la licenciada Rita Parlani, publicará la editorial Borla. El próximo volumen se dedicará a las cefaleas y los accidentes cerebrovasculares, y el siguiente a la hepatitis y los trastornos biliares. Se integrará de este modo, en los primeros volúmenes, el tríptico constituido por los significados inconcientes propios del corazón, el cerebro y el hígado, tres órganos que, interrelacionados entre sí, simbolizan maneras principales del carácter y de los modos de ser y de conocer del hombre. A ellos seguirán otros dedicados al riñón, las vías urinarias, las litiasis y la patología ampollar, a la respiración y el asma bronquial, al Parkinson y la esclerosis múltiple, al cáncer y la leucemia linfoblástica aguda, a los trastornos óseos, la esclerosis y las enfermedades dentarias, a la diabetes sacarina y al hipo e hipertiroidismo, a las várices y las hemorroides, a los trastornos autoinmunitarios y la psoriasis, etc. Todos ellos publicarán el resultado de investigaciones sostenidas a lo largo de los años en íntima vinculación con la asistencia clínica ejercida

mediante estudios patobiográficos o tratamientos psicoanalíticos prolongados. Esperamos contribuir de este modo al desarrollo y a la comunicación de un campo de trabajo que intenta llenar una necesidad hondamente sentida por los médicos y sus pacientes.

Enero de 1993.

PRÓLOGO DEL LIBRO
¿POR QUÉ ENFERMAMOS DE...?
CEFALEAS, ACCIDENTES
CEREBROVASCULARES

(1995 [1993])

Referencia bibliográfica

CHIOZZA, Luis (1995G [1993]) “Prólogo del libro *¿Por qué enfermamos de...? cefaleas, accidentes cerebrovasculares*”.

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.

Este prólogo fue escrito en 1993 para *¿Por qué enfermamos de...? cefaleas, accidentes cerebrovasculares*, un libro en preparación por la editorial Borla de Roma que finalmente no se editó.

No existen, prácticamente, personas que nunca hayan tenido un dolor de cabeza. La cefalea es un trastorno extraordinariamente frecuente que aparece ya desde la infancia. Dentro del cuadro general que, acerca de las cefaleas, traza la medicina, las que denomina vasculares son las más comunes y, dentro de ese grupo, la jaqueca, también llamada migraña o hemicránea, es la más típica.

Las estadísticas realizadas sobre la población mundial muestran que el 75% de las afecciones del cerebro son circulatorias, que producen alrededor del 10% de las muertes y que, entre las causas de muerte, ocupan el tercer lugar.

Una de las formas clínicas de la jaqueca, la migraña complicada, puede llegar a presentar síntomas y signos (“migraña hemipléjica”) que corresponden a alteraciones cerebrales permanentes e irreversibles semejantes a las de la hemiplejía isquémica. También se suele observar, entre los fenómenos prodrómicos de la migraña clásica, auras consistentes en parestesias o parestias hemilaterales y trastornos afásicos. Por otra parte, en el accidente isquémico transitorio se observan síntomas neurológicos reversibles que poseen muchas similitudes con los de la migraña.

La vinculación existente entre los trastornos o las lesiones de la migraña y de la hemiplejía isquémica nos permite establecer una transición gradual, clínica y fisiopatológica, desde las cefaleas vasculares hasta el infarto cerebral, análoga a la que, tanto desde la clínica como desde el psicoanálisis, se plantea para el caso de las cardiopatías isquémicas, como una “serie continua” que va desde el dolor anginoso hasta el infarto cardíaco.

Dada la fundamental importancia de las modificaciones en el aporte sanguíneo, en lo que respecta a las lesiones focales del sistema nervioso, es

posible sostener que existe una “familia” de trastornos vasculocerebrales, dentro de la cual se incluyen las cefaleas vasculares, la arterioesclerosis cerebral y el infarto cerebral.

La cardiología ha podido constatar, para el caso de las cardiopatías isquémicas, que la magnitud de la lesión orgánica de las arterias coronarias no guarda una proporción constante con la mayor o menor presencia de “factores de riesgo” tales como la obesidad, el aumento de la cantidad de colesterol en la sangre o el hábito de fumar. También ha constatado que la magnitud de la claudicación funcional no guarda una proporción constante con la magnitud de la lesión anatómica, llegando al extremo de comprobarse muchas veces que ocurre un infarto cardíaco en un sujeto cuyo aparato cardiovascular no presenta alteraciones anatómicas⁸⁴. Decíamos hace poco, ocupándonos del problema planteado por las cardiopatías isquémicas, que por ese motivo la medicina se ha interesado cada vez más en la búsqueda de “factores” emocionales. Pero, también decíamos, el problema principal reside en que no se trata de “factores”, sino que, por el contrario, lejos de pensar en un corazón enfermo, debemos pensar en un hombre que se enferma, todo él, de una manera cardíaca, y que esa manera posee un significado inconciente que es específico de esa dolencia. Se trata de un “guión” argumental que es propio de esa enfermedad y que se integra, más allá de su conciencia, con la biografía entera del enfermo, y que también se integra con otros guiones argumentales inconcientes diferentes, que son típicos de las otras enfermedades que el paciente padece, o que ha padecido.

No sabemos mucho acerca de los orígenes de la trombosis, la arterioesclerosis o el espasmo cerebral, sin embargo, cuando se trata de una hemiplejía subsecuente a esos trastornos, la relación que es posible establecer, de manera evidente y comprensible, entre la lesión anatómica y el daño funcional, entretiene nuestra atención y distrae nuestro natural deseo de comprender mejor los estadios iniciales de la enfermedad. Cuando se trata de una cefalea, en cambio, el hecho de que su inmensa mayoría transcurre en ausencia de toda lesión anatómica, debería mantener viva nuestra curiosidad, si no fuera porque la enorme frecuencia de ese trastorno, casi siempre banal, conduce a que el hábito desgaste a la intriga.

Si consideramos, en su conjunto, cuanto llevamos dicho hasta aquí, especialmente acerca de que la cefalea vascular y el infarto cerebral configuran una “familia” de trastornos que pueden ser inscriptos dentro de

⁸⁴ Presentaciones clínicas realizadas por Carlos Bertolassi, Luis Chiozza y E. Segura, en un panel sobre cardiopatías isquémicas realizado en la Asociación Psicoanalítica Argentina, 1990.

una “serie continua”, resulta evidente la importancia de llegar a comprender cuáles son las circunstancias biográficas que, siendo lo suficientemente comunes para estar presentes en las cefaleas, tan frecuentes, pueden alcanzar a veces la gravedad implícita en una claudicación cerebral irreversible.

El deseo de encontrar una respuesta para ese interrogante fue el motivo de un trabajo de investigación sobre las cefaleas vasculares y los accidentes cerebrovasculares. En la segunda parte de este libro exponemos los lineamientos generales y las conclusiones de ese trabajo. En la primera parte, en cambio, se presentan algunas consideraciones acerca de la relación entre el cerebro, la inteligencia, la capacidad de actuar y los afectos. Esas consideraciones, que sirvieron de apoyo para la investigación realizada, introducen el tema, fascinante, de los significados inconcientes específicos de la función cerebral.

Hace ya muchos años que dedicamos nuestro esfuerzo a la tarea de comprender los significados inconcientes específicos de las distintas estructuras y funciones “somáticas”, a partir de la elaboración teórica y del material clínico que surge de los pacientes asistidos mediante estudios patobiográficos y tratamientos psicoanalíticos prolongados. La investigación que fundamenta este libro forma parte de esa tarea cuyos primeros pasos, publicados en 1963, se realizaron sobre los trastornos hepáticos (Chiozza, 1963*a*). Desde entonces diversas investigaciones (tales como las dedicadas al riñón, a las vías urinarias, a la patología ampollar, a la respiración, al asma bronquial, a la esclerosis múltiple, al cáncer, a la leucemia linfoblástica aguda, a los trastornos óseos, a la esclerosis, a la diabetes sacarina, a las várices, a las hemorroides, a los trastornos autoinmunitarios y a la psoriasis) han alcanzado ya un desarrollo suficiente para su publicación, otras (tales como las dedicadas al SIDA, al Parkinson, a los trastornos dentales, al hipo e hipertiroidismo, al varicocele, a la epilepsia, al vitiligo, al mioma uterino y al papiloma virus) se encuentran todavía en una etapa previa.

El presente volumen es el segundo de la serie que, bajo la dirección de la licenciada Rita Parlani, publica la editorial Borla. El siguiente, dedicado a la hepatitis y los trastornos biliares, completará el tríptico prometido acerca de los significados inconcientes específicos del corazón, del cerebro y del hígado, tres órganos que, desde antiguo, se disputan “la sede” del alma. Como ya dijimos en el prólogo del libro anterior, esos órganos, “interrelacionados entre sí, simbolizan maneras principales del carácter y de los modos de ser y de conocer del hombre”.

Esperamos que este libro, dedicado a comprender por qué padecemos cefaleas vasculares y accidentes cerebrovasculares, no sólo contribuya a la

profilaxis de tales sufrimientos, sino que constituya, al mismo tiempo, una manera de introducir mayor claridad en algunas de las mal comprendidas vicisitudes de nuestra vida cotidiana.

Junio de 1993.

BIBLIOGRAFÍA

- ABADI, Mauricio (1992) Presentación en la mesa redonda sobre “Autoestima”, realizada en el Centro Weizsaecker de Consulta Médica (CWCM), Buenos Aires, 3 de abril de 1992.
- ABERASTURY, Arminda (1951) *El juego de construir casas*, Paidós, Buenos Aires, 1961.
- ABRAHAM, Karl (1920) *Psicoanálisis clínico*, Hormé, Buenos Aires, 1959.
- ABRAHAM, Karl (1921) “Contribuciones a la teoría del carácter anal”, en *Contribuciones a la teoría de la libido*, Hormé, distribuido por Paidós, Buenos Aires, 1973, págs. 52-81.
- ABRAHAM, Karl (1924*) “Un breve estudio de la evolución de la libido, considerada a la luz de los trastornos mentales”, en *Contribuciones a la teoría de la libido*, Hormé-Paidós, Buenos Aires, 1973, págs. 115-225.
- AIZENBERG, Sergio (1975) “La interpretación psicoanalítica. Consideraciones metapsicológicas”, en *Eidon*, N° 4, CIMP-Paidós, Buenos Aires, págs. 11-27.
- ALEXANDER, Franz (1939) “Factores esenciales en la hipertensión arterial. Presentación de una hipótesis seductora”, en *Revista de Psicoanálisis*, t. II N° 1, APA, Buenos Aires, 1944-1945, págs. 103-113.
- ANDERSON, W. A. D. (1961) *Pathology*, The C. V. Mosby Company, Saint Louis, 1961.
- ANDRADE, R.; SANTILLÁN, M. y CARRO, J. (1972) “Litiasis renouretal”, presentado en el XII Congreso de la Confederación Argentina de Urología, Córdoba, 1972.
- ARANA IÑIGUEZ, Román y REBOLLO, María Antonieta (1972) *Neuroanatomía*, Interamericana, Buenos Aires, 1972.
- ARGÜELLES, Rafael (1949) *Tratado de patología quirúrgica*, Editorial Científico-Médica, Barcelona, 1949.

- AZCOAGA, Juan (1983) *Las funciones cerebrales superiores y sus alteraciones en el niño y en el adulto*, Paidós, Buenos Aires, 1983.
- BALDINO, Oscar; KAPLAN, Marta; PIPMAN, Betty y SURAZSKY, Gladys (1978) "Hipertensión y respeto", presentado en la Jornada sobre el Enfermo Cardiovascular, CIMP, Buenos Aires, 8 y 9 de setiembre de 1978.
- BARRAQUER BORDAS, L. (1969) "Fisiopatología y formas clínicas de las cefaleas", en *Progresos de patología y clínica*, vol. 16, N° 2, 1969.
- BARRERA, E.; AMALLO, C. y SCHAFFROTH, F. (1978) "Litiasis", en *Prensa Universitaria*, N° 542, Buenos Aires, 16/1/1978.
- BARTLESON, J. D. (1983) "Transient and persistent neurological manifestations of migraine", en *Stroke*, vol. 15, N° 2, 1983, págs. 383-386.
- 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.
- BEESON, Paul y McDERMOTT, Walsh (eds.) (1980) *Tratado de medicina interna de Cecil-Loeb*, Interamericana, México, 1980.
- BÉKEI, Marta; CHEVNIK, Mauricio; CHIOZZA, Luis; GORLERO, Juan Carlos y KOWENSKI, Luis (coord.) (1988b) "Lo psicósomático" [I], en *Revista de Psicoanálisis*, t. XLV, N° 5, APA, Buenos Aires, 1988, págs. 1129-1159.
- BENACERRAF, Baruj y UNANUE, Emil (1984) *Inmunología*, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 1986.
- BERTOLASSI, Carlos Alberto (1987) *Cardiología clínica*, Intermédica, Buenos Aires, 1987.
- BIBLIOGRÁFICA ESPAÑOLA (1945) *Diccionario griego-español*, Bibliográfica Española, Madrid, 1945.
- BLAKESLEE, Thomas R. (1980) *The right brain. A new understanding of the unconscious mind and its creative powers*, Anchor Press-Doubleday, Garden City (Nueva York), 1980.
- BLÁNQUEZ FRAILE, Agustín (1975) *Diccionario latino-español*, Sopena, Barcelona, 1975.
- BLEGER, José (1967) *Simbiosis y ambigüedad*, Paidós, Buenos Aires, 1970.
- BOYD, William (1959) *Tratado de patología general y anatomía patológica*, Bernardes, Buenos Aires, 1959.
- BRENNER, Charles; FRIEDMAN, Arnold y CARTER, Sidney (1949) "Psychological factors in the etiology and treatment of chronic headache", en *Chronic Headache*, N° 11, págs. 53-56.
- BURNET, Macfarlane (1976) "Un sistema inmunitario autorregulado y homeostático", en *Inmunología*, Prensa Científica, Barcelona, 1984, págs. 180-183.

- CAÍNO, Héctor y SÁNCHEZ, Ricardo (1978) *Semiología y orientación diagnóstica de las enfermedades cardiovasculares*, Panamericana, Buenos Aires, 1978.
- CAMPBELL, Jeremy (1982) *El hombre gramatical*, Fondo de Cultura Económica, México, 1989.
- CÁRCAMO, Celes (1944) “Contribución psicoanalítica al conocimiento de la jaqueca”, en A. Rascovsky, Á. Garma y otros, *Patología psicósomática*, APA, Buenos Aires, 1948, págs. 209-222.
- CESIO, Fidas (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, Fidas (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.
- CESIO, Fidas y colab. (1968) (Colaboradores.: J. Abuchaem, A. Cagnoni, T. S. de Fundia, J. Marotta, C. Martínez, J. Martínez, R. Piedimonte, J. Saínz, L. Storni y M. Tractenberg) “Lupus eritematoso sistémico. Una investigación psicósomática. Comunicación preliminar”, en AA.VV., *Un estudio del hombre que padece*, CIMP-Kargieman, Buenos Aires, 1970 y reimpresión por Paidós, Buenos Aires, 1975, págs. 465-490.
- CHARON, Jean (1977) *L'esprit, cet inconnu*, Albin Michel, París, 1977.
- 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 (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 (1970k [1967-1969]) “El contenido latente del horror al incesto y su relación con el cáncer” [I], en AA.VV., *Un estudio del hombre que padece*, CIMP-Kargieman, Buenos Aires, 1970, págs. 413-448, y reimpresión por Paidós, Buenos Aires, 1975. {Junto con “Una hipótesis sobre la génesis del incesto consumado”, de 1970, bajo el título “A manera de

síntesis”, se incluyó en “El contenido latente del horror al incesto y su relación con el cáncer” [II] (Chiozza, 1978*b* [1970]). El contenido de ambos trabajos, junto con material clínico, se incluyó en la segunda parte de *Cuando la envidia es esperanza. Historia de un tratamiento psicoanalítico* (Chiozza, 1998*a* [1963-1984]), OC, t. II.}

CHIOZZA, Luis (1970*m* [1968]) “Especulaciones sobre una cuarta dimensión en medicina”, en AA.VV., *Un estudio del hombre que padece*, CIMP-Kargieman, Buenos Aires, 1970, págs. 503-523, y reimpresión por Paidós, Buenos Aires, 1975; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976/1977, págs. 159-175; L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del ccmw-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 403-425; 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. 55-73. En italiano se publicó con el título “Speculazioni su una quarta dimensione in medicina”, en L. Chiozza, *Corpo, affetto e linguaggio. Psicoanalisi e malattia somatica*, Loescher Editore, Turín, 1981, págs. 233-254. {OC, t. III}

CHIOZZA, Luis (1970*n* [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, 1970*a*), OC, t. I.}

CHIOZZA, Luis (1970*q*) “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 (1971b) “La interioridad de lo inconciente”, en *Periódico Informativo*, año 4, Nº 2, CIMP, Buenos Aires, 1971, págs. 15-19; *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. {OC, t. III}
- CHIOZZA, Luis (1972a) “Apuntes para una metapsicología del conocimiento médico”, en *IV Simposio del Centro de Investigación en Medicina Psicosomática*, CIMP, Buenos Aires, 1972, págs. 31-36. Se publicó con el título “Apuntes sobre metapsicología”, en *Eidon*, Nº 1, CIMP-Paidós, Buenos Aires, 1974, págs. 53-61; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976/1977, págs. 95-101; L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del ccmw-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 187-196; *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. 181-188. En italiano se publicó con el título “Appunti sulla metapsicologia”, en L. Chiozza, *Corpo, affetto e linguaggio. Psicoanalisi e malattia somatica*, Loescher Editore, Turín, 1981, págs. 152-160. {Con el título “Apuntes sobre metapsicología”, en OC, t. III.}
- CHIOZZA, Luis (1974b) “Estudio psicoanalítico de las fantasías hepáticas”, en *Revista de Psicoanálisis*, t. XXXI, Nº 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 psicoanalítico 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 (1975b) “El conocimiento psicoanalítico de la enfermedad somática” [I], en *Encuentro Argentino-Brasileño. “Contribuciones psicoanalíticas a la medicina psicosomática”*, CIMP-Kargieman, Buenos Aires, 1975, págs. 25-30. {OC, t. VIII}

- 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 (1977b) “El falso privilegio del padre en el complejo de Edipo”, en *Revista de Psicoanálisis*, t. XXXIV, N° 1, APA, Buenos Aires, 1977, págs. 77-86; L. Chiozza y colab., *Ideas para una concepción psicoanalítica del cáncer*, Biblioteca del CCMW-Paidós, Buenos Aires, 1978, págs. 83-90; 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. 87-93. En italiano se publicó con el título “Il falso privilegio del padre nel complesso di Edipo”, en L. Chiozza y colab., *Psicoanalisi e cancro*, Edizioni Borla, Roma, 1981, págs. 87-93. {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. {Reúne “El contenido latente del horror al incesto y su relación con el cáncer” [I] (Chiozza, 1970k [1967-1969]) y “Una hipótesis sobre la génesis del incesto consumado”, de 1970, bajo el título “A manera de síntesis”. Ambos trabajos, articulados a material clínico, se incluyeron en la segunda parte de *Cuando la envidia es esperanza. Historia de un tratamiento psicoanalítico* (Chiozza, 1998a [1963-1984]), OC, t. II.}
- CHIOZZA, Luis (1978c [1977]) “El encuentro del hombre con el cáncer”, en L. Chiozza y colab., *Ideas para una concepción psicoanalítica del cáncer*, Biblioteca del CCMW-Paidós, Buenos Aires, 1978, págs. 19-22; L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del CCMW-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 375-379; 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 como “Introduzione di Luis A. Chiozza. L’incontro dell’uomo con il cancro”, en L. Chiozza y colab., *Psicoanalisi e cancro*, Edizioni Borla, Roma, 1981, págs. 27-30. {Se incluyó como segundo apartado de “El cáncer en dos cuentos de Sturgeon” (Chiozza y colab., 2001e [1978-2001]), OC, t. VII.}
- CHIOZZA, Luis (1978i) “El problema de la simbolización en la enfermedad somática” [I], en *Revista de Psicoanálisis*, t. XXXV, N° 5, APA, Buenos Aires, 1978, págs. 901-918 (incluye un resumen); en L. Chiozza y colab., *La interpretación psicoanalítica de la enfermedad somática en la teoría y en la práctica clínica*, Ediciones Universidad del Salvador, Buenos Aires, 1979, págs. 1-19. En italiano se publicó con el título “Il problema della simboliz-

zazione nella malattia somatica”, en L. Chiozza y colab., *L'interpretazione psicoanalitica della malattia somatica nella teoria e nella pratica clinica*, Centro Psicoanalitico di Roma, Roma, 1979, págs. 1-19. {Con modificaciones, sin el resumen, y junto con otros dos trabajos y un apéndice, se incluyó en “El problema de la simbolización en la enfermedad somática” [II] (Chiozza, 1980c [1977-1978-1979]), 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 (1979e [1978]) “Respuesta a los comentarios y contribuciones” [III], en L. Chiozza y colab., *La interpretación psicoanalítica de la enfermedad somática en la teoría y en la práctica clínica*, Ediciones Universidad del Salvador, Buenos Aires, 1979, págs. 20-50. Se publicó como “Apéndice” de “El problema de la simbolización en la enfermedad somática” [II], en L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del CCMW-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 326-347; *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 “El problema de la simbolización en la enfermedad somática” [III], en L. Chiozza, *Presencia, transferencia e historia*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2000, págs. 49-71. En italiano se publicó con el título “Risposte a precedenti commenti ed interventi”, en L. Chiozza y colab., *L'interpretazione psicoanalitica della malattia somatica nella teoria e nella pratica clinica*, Centro Psicoanalitico di Roma, Roma, 1979, págs. 20-49.

CHIOZZA, Luis (1980c [1977-1978-1979]) “El problema de la simbolización en la enfermedad somática” [II], en L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del CCMW-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 293-347; *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. {Este artículo incluye el contenido de: “El problema de la simbolización en la enfermedad somática” [I] (Chiozza, 1978i) como apartados primero, segundo, tercero, quinto y sexto; “Presencia, ausencia y representación”, como apartado cuarto, publicado luego independientemente (Chiozza, 2000b [1980]); un trabajo presentado en las Jornadas de Psicología del Niño, Universidad del Salvador, noviembre de 1979, como apartado séptimo; y un “Apéndice” (1979e [1978]).} {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*, N° 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” [III] (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 (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 strut-

- tura e il funzionamento del corpo”, en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, Nº 7, Borla, Perugia, 1982, págs. 73-84. {OC, t. IV}
- 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*, Nº 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, Nº 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}
- CHIOZZA, Luis (1985c) “The latent symbols in the physical signs of illness”, en *Analytic Psychotherapy and Psychopathology*, vol. 2, Nº 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 Psicosomática*, 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*, Nº 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 (1988a [1986]) *Perché ci ammaliamo? La storia che si nasconde nel corpo*, Borla, Roma, 1988. Traducción italiana de L. Chiozza, *¿Por*

qué enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1986. {Edición ampliada de 2007 (Chiozza, 2007a [1986-1997-2007]), en OC, t. XIV.}

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 óseos, 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 (1992) Presentación en la mesa redonda sobre “Autoestima”, realizada en el Centro Weizsaecker de Consulta Médica (CWCM), Buenos Aires, 3 de abril de 1992.

CHIOZZA, Luis (1993b [1985-1992]) “La interpretación psicoanalítica de la enfermedad somática”, en L. Chiozza, *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. 15-35; 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. 13-29. En portugués se publicó con el título “A interpretação psicanalítica da doença somática”, 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. 13-30. {Este trabajo incluye “Los símbolos latentes en los signos físicos de la enfermedad” (Chiozza, 1985c) como primer apartado, que 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. El segundo apartado titulado “La interpretación del material somático en la sesión psicoanalítica” se publicó luego en forma independiente (Chiozza, 1995E [1993]), OC, t. IX.}

- CHIOZZA, Luis (1993l) “Perché ci ammaliamo? Il significato inconscio dei disturbi diabetici”, en Vincenzo Rossolini (coord.), *ATTI X Corso di aggiornamento in Neuropsichiatria Infantile. Incontro Internazionale La Medicina Psicosomatica in età evolutiva*, Graphos Litografia, Fano (Italia), 1993, págs. 286-296. En castellano se publicó con el título “¿Por qué enfermamos? El significado inconsciente de los trastornos diabéticos”, 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. XI}
- CHIOZZA, Luis (1993m [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 (1995d [1963]) “Método, límites y contenido del presente trabajo”, capítulo I de L. Chiozza, *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos. Comunicación preliminar* (Chiozza, 1963a), 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 (1995u [1988]) “Lo psicosomático” [II], 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. {Corresponde a las intervenciones del autor en “Lo psicosomático” [I] (Békei, Chevnik, Chiozza, Gorlero y Kowenski, 1988b).} {OC, t. V}
- CHIOZZA, Luis (1995E [1993]) “La interpretación del material somático en la sesión psicoanalítica” [I], segundo apartado de “La interpretación psicoanalítica de la enfermedad somática” (Chiozza, 1993b [1985-1992]), se publicó independientemente 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. IX}
- CHIOZZA, Luis (1995F [1993]) “Prólogo del libro *¿Por qué enfermamos de...? angina de pecho, infarto cardíaco e hipertensión arterial*”, en *Luis Chio-*

- zza 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. XI}
- CHIOZZA, Luis (1995G [1993]) “Prólogo del libro *¿Por qué enfermamos de...? cefaleas, accidentes cerebrovasculares*”, 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. XI}
- CHIOZZA, Luis (1997d) *Del afecto a la afección. Obesidad, sida, hiper e hipotiroidismo, enfermedades periodontales, caries dental*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1997.
- CHIOZZA, Luis (1998a [1963-1984]) *Cuando la envidia es esperanza. Historia de un tratamiento psicoanalítico*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998. Primera edición. {OC, t. II}
- CHIOZZA, Luis (1998f [1993]) *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. Edición corregida 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.
- CHIOZZA, Luis (1998k [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 (1998q [1993-1998]) “Prólogo” de 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. 9-11. {Con el título “Prólogo de *La transformación del afecto en enfermedad. Hipertensión esencial, trastornos renales, litiasis urinaria, hipertrofia de próstata, várices hemorroidales, esclerosis y enfermedades por autoinmunidad*”, en OC, t. XI.}
- CHIOZZA, Luis (2000b [1980]) “Presencia, ausencia y representación”, apartado de “El problema de la simbolización en la enfermedad somática” [II] (Chiozza, 1980c [1977-1978-1979]), se publicó en forma independiente en L. Chiozza, *Presencia, transferencia e historia*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2000, págs. 25-33.
- CHIOZZA, Luis (2007a [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 y CHIOZZA, Gustavo (1994c [1993-1994]) “El alma en el cuerpo. Un infarto en lugar de una ignominia”, en *Actualidad Psicológica*, año 19, N° 207, Buenos Aires, marzo de 1994, págs. 5-8; *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. XII}

CHIOZZA, Luis y colab. (1966e) (Colaboradores: Víctor Laborde, Enrique Obstfeld y Jorge Pantolini) “Estudio y desarrollo de algunos conceptos de Freud acerca del interpretar”, en *II Congreso Interno y X Symposium. El proceso analítico. Transferencia y contratransferencia. Aspectos teóricos y clínicos*, APA, Buenos Aires, 1966, págs. 210-232 (incluye un resumen); AA.VV., *Un estudio del hombre que padece*, CIMP-Kargieman, Buenos Aires, 1970, págs. 271-290, 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. 257-282; *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. 19-38. En italiano se publicó con el título “Studio e sviluppo di alcuni concetti di Freud sull’interpretazione”, en L. Chiozza, *Verso una teoria dell’arte psicoanalitica*, Borla, Roma, 1987, págs. 7-24. {OC, t. VIII}

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. (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. (1991a) (Colaboradores: Sergio Aizenberg, Gladys Baldino, Oscar Baldino, Dorrit Busch, Eduardo Dayen, Mirta Funosas, Susana Grinson, Liliana Grus, Elsa Lanfri, Enrique Obstfeld, Roberto Salzman e Hilda Schupack) *Los afectos ocultos en... psoriasis, asma, trastornos respiratorios, várices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas y accidentes cerebrovasculares*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1991, y reimpressiones en 1992 y 1993.
- 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 acidentes 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 óseo”, 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 em... psoríase, asma, transtornos respiratórios, varizes, diabete, transtornos ósseos, 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. (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, vari-*

zes, 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. (1993a) (Colaboradores: Oscar Baldino, Luis Barbero, Domingo Boari, Dorrit Busch, Catalina Califano, Liliana Casali, Horacio Corniglio, Eduardo Dayen, Mirta Funosas, Ricardo Grus, Gladys Lacher, Elsa Lanfri, Enrique Obstfeld, María Pinto, Juan Repetto, Roberto Salzman e Hilda Schupack) *Los sentimientos ocultos en... hipertensión esencial, trastornos renales, litiasis urinaria, hipertrofia de próstata, várices hemorroidales, esclerosis, enfermedades por autoinmunidad*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1993.

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. (1993e [1992]) (Colaboradores: Dorrit Busch, Horacio Corniglio y Mirta Funosas) “El significado inconciente de los giros lingüísticos”, 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. 289-327; *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. 247-281; L. Chiozza, *Presencia, transferencia e historia*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2000, págs. 187-221. En portugués se publicó con el título “O significado inconsciente dos giros lingüísticos”, en L. Chiozza (org.), *Os sentimentos ocultos em... hipertensão essencial, transtornos renais, litíase urinária, hipertrofia da próstata, varizes hemorroidais, esclerose, doenças auto-imunes*, Casa do Psicólogo Livraria e Editora, San Pablo, 1999, págs. 243-276. {OC, t. VI}

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-imunes*, Casa do Psicólogo Livraria e Editora, San Pablo, 1999, págs. 31-63. {OC, t. XI}

CHIOZZA, Luis y colab. (1993g [1992]) (Colaboradores: Gladys Lacher, Elsa Lanfri e Hilda Schupack) “Fantasías inconscientes específicas de las várices hemorroidales”, 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. 127-154; 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. 109-131. En portugués se publicó con el título “Fantasias inconscientes específicas das varizes hemorroidais”, en L. Chiozza (org.), *Os sentimentos ocultos em... hipertensão essencial, transtornos renais, litíase urinária, hipertrofia da próstata, varizes hemorroidais, esclerose, doenças auto-imunes*, Casa do Psicólogo Livraria e Editora, San Pablo, 1999, págs. 109-130. {OC, t. XI}

- CHIOZZA, Luis y colab. (1993i [1992]) (Colaboradores: Luis Barbero, Liliana Casali y Roberto Salzman) “Una introducción al estudio de las claves de inervación de los afectos”, 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. 225-287; *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. 191-245; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 235-291. En portugués se publicó con el título “Uma introdução ao estudo das chaves de inervação dos afetos”, 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. 189-242. {OC, t. VI}
- CHIOZZA, Luis y colab. (1993k) (Colaboradores: Eduardo Dayen y Mirta Funosas) “Los significados inconcientes específicos de la esclerosis”, 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. 155-183; *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. 133-155. En portugués se publicó con el título “Os significados inconcientes específicos da esclerose”, 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. 131-154. {OC, t. XI}
- CHIOZZA, Luis y colab. (1995h [1975]) (Colaboradores: Alejandro Fonzi y Víctor Laborde) “Las fantasías inconcientes de los padres en la enfermedad de los hijos”, 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; L. Chiozza, *Un lugar para el encuentro entre medicina y psicoanálisis*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1999, págs. 57-66. En italiano se publicó con el título “Le

- fantasie inconscie dei genitori nella malattia dei figli”, en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, N° 31, Borla, Roma, 1995, págs. 59-70. {OC, t. VIII}
- CHIOZZA, Luis y colab. (1995*p* [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. (2001*e* [1978-2001]) (Colaboradores: Alejandro Fonzi, Enrique Obstfeld y Silvia Furer) “El cáncer en dos cuentos de Sturgeon”, en L. Chiozza, *Una concepción psicoanalítica del cáncer*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2001, págs. 133-145. {OC, t. VII}
- CHIOZZA, Luis y GRUS, Ricardo (1978*h*) “Consideraciones sobre la hiperplasia de próstata”, en *IX Simposio del Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicosomática*, CIMP, Buenos Aires, 1978, págs. 90-95; *Eidon*, N° 9, CIMP-Paidós, Buenos Aires, 1978, págs. 71-79; L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del ccmw-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 349-355; *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 contenido de este artículo se incluyó como apartado V de “Psicoanálisis de los trastornos urinarios” (Chiozza y Grus, 1993*h* [1978-1992]), OC, t. XI.}
- CHIOZZA, Luis y GRUS, Ricardo (1993*h* [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-ímmunes*, Casa do Psicólogo Livraria e Editora, San Pablo, 1999, págs. 65-108. {OC, t. XI}
- CHIOZZA, Luis y OBSTFELD, Enrique (1991*h* [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 afectos 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}
- COBB, Stanley (1954) *Fundamentos de neuropsiquiatría*, Swescun-Barrenechea, Buenos Aires, 1954.
- COHEN, Irun (1988) "Lo propio, lo ajeno y la autoinmunidad", en *Investigación y Ciencia*, N° 14, Prensa Científica, Barcelona, 1988, págs. 22-31.
- COLLINS (1993) *English language dictionary*, Harper-Collins, Londres, 1993.
- CORIAT, Isador (1924) "The character traits of urethral erotism", en *The Psychoanalytic Review*, vol. 2, N° 4.
- COROMINAS, Joan (1983) *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana*, Gredos, Madrid, 1983.
- COTRAN, Ranzi; KUMAR, Vinay y ROBBINS, Stanley (1996) *Patología estructural y funcional*, Interamericana-McGraw Hill, Madrid, 1996.
- CROISILLE, Yvon (1981) "Desarrollo del riñón", en J. Hamburger, J. Crosnier y J. P. Grünfeld, *Nefrología*, Toray, Barcelona, 1981.
- CRUVEILHIER, Jean (1852) *Traité d'anatomie pathologique générale*, t. XII, Ballière-Libraire de L'Académie Nationale de Médecine, París.
- 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 FUNOSAS, Mirta (1991) "Lo conjuntivo y la esclerosis", presentado en el Centro Weizsaecker de Consulta Médica (CWCM), 1991.
- DAYEN, Eduardo y FUNOSAS, Mirta (1992) "La rigidez de Pedro", presentado en las IV Jornadas Científicas del Centro Weizsaecker de Consulta Médica (CWCM).
- DE MIGUEL, Raimundo y MARQUÉS DE MORANTE (1943) *Diccionario etimológico latino-español*, Librería General Victoriano Suárez, Madrid, 1943.

- DEL SEL, José (1963) *Ortopedia y traumatología*, López Libreros Editores, Buenos Aires, 1979.
- DEVICENZI, Ana; KOROVSKY, Edgardo y TURJANSKI, Ernesto (1971) “Lo renal. Desarrollos para la comprensión psicósomática de la desexualización”, presentado en el Centro de Investigación en Medicina Psicósomática (CIMP), Buenos Aires, 1971.
- DORLAND (1983) *Diccionario de ciencias médicas*, El Ateneo, Barcelona, 1983.
- DOSUZKOV, Theodor (1924) “Sleep during psychoanalytic treatment: a case of conversion hysteria” en *The Psychoanalytic Review*, vol. 39, N° 4.
- DUDENVERLAG (1963) *Duden. Das Herkunftswörterbuch. Die Etymologie der deutschen Sprache. Bearbeitet von Günther Drosdowski, Paul Grebe und weiteren Mitarbeitern der Dudenredaktion*, Dudenverlag, Mannheim, 1963.
- DUMAS, Georges (1932-1933) *Nuevo tratado de psicología*, ts. II y t. III, Kapelus, Buenos Aires, 1962.
- DUMAS, Georges (1933d) “La cólera”, en *Nuevo tratado de psicología*, t. III, Libro II, cap. III, Kapelus, Buenos Aires, 1962, págs. 216-226.
- ELIADE, Mircea (1955) *Imágenes y símbolos*, Taurus, Madrid, 1974.
- ELIADE, Mircea (1964) *Tratado de historia de las religiones*, Cristiandad, Madrid, 1974.
- EPSTEIN, Franklin (1962) “Diseases of the Kidneys”, en T. R. Harrison, R. Adams, I. Bennet, W. Resnik, G. Thorn, M. M. Wintrobe (eds.), *Principles of internal medicine*, McGraw-Hill Book Company, Nueva York, 1962.
- ERIKSON, Erik (1963) *Infancia y sociedad*, Hormé, Buenos Aires, 1976.
- ETCHEVERRY, José Luis (1978) *Sobre la versión castellana*, en S. Freud, *Obras completas*, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1978.
- FARRERAS VALENTÍ, Pedro y ROZMAN, Ciril (1972) *Medicina interna*, Marín, Barcelona, 1972.
- FATORRUSO, Vittorio y RITTER, Otto (1966) *Vademecum clínico*, El Ateneo, Buenos Aires, 1966.
- FENICHEL, Otto (1945) *The psychoanalytic theory of neurosis*, Norton, Nueva York, 1945.
- FERGUSON, Marilyn (1973) *La révolution du cerveau*, Calmann-Lévy, París, 1974.
- FERRATER MORA, José (1965) *Diccionario de filosofía*, Sudamericana, Buenos Aires, 1965.
- FRACASSI, Humberto (1945) *Vías de conducción de la energía nerviosa*, Imprenta de la Universidad, Córdoba, 1945.
- FRANZ, Marie Louise von (1964) “El proceso de individuación”, en *El hombre y sus símbolos*, Aguilar, Madrid, 1974.

- 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 (1895*b* [1894]*) “Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de ‘neurosis de angustia’”, AE, t. III, págs. 85-116.
- FREUD, Sigmund (1899*a**) “Sobre los recuerdos encubridores”, AE, t. III, págs. 291-316.
- FREUD, Sigmund (1900*a* [1899]) *La interpretación de los sueños*, BN, t. I, págs. 231-584.
- FREUD, Sigmund (1900*a* [1899]*) *La interpretación de los sueños*, AE, ts. IV y V.
- FREUD, Sigmund (1901*b**) *Psicopatología de la vida cotidiana*, AE, t. VI.
- FREUD, Sigmund (1905*c**) *El chiste y su relación con lo inconciente*, AE, t. VIII, págs. 1-223.
- FREUD, Sigmund (1905*d**) *Tres ensayos de teoría sexual*, AE, t. VII, págs. 109-224.
- FREUD, Sigmund (1905*e* [1901]*) “Fragmento de análisis de un caso de histeria”, AE, t. VII, págs. 1-108.
- FREUD, Sigmund (1908*b**) “Carácter y erotismo anal”, AE, t. IX, págs. 149-158.
- FREUD, Sigmund (1908*e* [1907]*) “El creador literario y el fantaseo”, AE, t. IX, págs. 123-135.
- FREUD, Sigmund (1909*a* [1908]*) “Apreciaciones generales sobre el ataque histérico”, AE, t. IX, págs. 203-212.
- FREUD, Sigmund (1909*b*) “Análisis de la fobia de un niño de cinco años (caso ‘Juanito’)”, BN, t. II, págs. 651-715.
- FREUD, Sigmund (1909*d**) “A propósito de un caso de neurosis obsesiva”, AE, t. X, págs. 119-249.
- FREUD, Sigmund (1910*a* [1909]*) *Cinco conferencias sobre psicoanálisis*, AE, t. XI, págs. 1-52.
- FREUD, Sigmund (1911*b**) “Formulaciones sobre los dos principios del acontecer psíquico”, AE, t. XII, págs. 217-232.
- FREUD, Sigmund (1912-1913*) *Totem y tabú*, AE, t. XIII, págs. 1-164.
- FREUD, Sigmund (1913*i**) “La predisposición a la neurosis obsesiva. Contribución al problema de la elección de neurosis”, AE, t. XII, págs. 329-346.
- FREUD, Sigmund (1914*c**) “Introducción del narcisismo”, AE, t. XIV, págs. 65-98.
- FREUD, Sigmund (1915*c**) “Pulsiones y destinos de pulsión”, AE, t. XIV, págs. 105-134.
- FREUD, Sigmund (1915*e**) “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 (1917c*) “Sobre las trasposiciones de la pulsión, en particular del erotismo anal”, AE, t. XVII, págs. 113-123.
- FREUD, Sigmund (1918b [1914]*) “De la historia de una neurosis infantil”, AE, t. XVII, págs. 1-112.
- FREUD, Sigmund (1920g*) *Más allá del principio de placer*, AE, t. XVIII, págs. 1-62.
- FREUD, Sigmund (1921c*) *Psicología de las masas y análisis del yo*, AE, t. XVIII, págs. 63-136.
- FREUD, Sigmund (1923b*) *El yo y el ello*, AE, t. XIX, págs. 1-66.
- FREUD, Sigmund (1924c*) “El problema económico del masoquismo”, AE, t. XIX, págs. 161-176.
- FREUD, Sigmund (1924d*) “El sepultamiento del complejo de Edipo”, AE, t. XIX, págs. 177-187.
- FREUD, Sigmund (1924e*) “La pérdida de realidad en la neurosis y la psicosis”, AE, t. XIX, págs. 189-197.
- 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 (1931a*) “Tipos libidinales”, AE, t. XXI, págs. 215-222.
- FREUD, Sigmund (1932a [1931]*) “Sobre la conquista del fuego”, AE, t. XXII, págs. 169-178.
- 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 (1940a [1938]*) *Esquema del psicoanálisis*, AE, t. XXIII, págs. 133-210.
- FREUD, Sigmund (1940b [1938]*) “Algunas lecciones elementales sobre psicoanálisis”, AE, t. XXIII, págs. 279-288.
- FREUD, Sigmund (1950a [1887-1902]*) *Los orígenes del psicoanálisis*, AE, t. I, págs. 211-436.
- FREUD, Sigmund (1950a [1892-1899]*) *Fragmentos de correspondencia con Fliess*, AE, t. I, págs. 211-322.
- 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.

- FREUD, Sigmund y BULLIT, William (1966b [1938]) Introducción de *El presidente Thomas Woodrow Wilson. Un estudio psicológico*, Letra Viva, Buenos Aires, 1973, págs. 15-20.
- GARMA, Ángel (1954) *Génesis psicósomática y tratamiento de úlceras gástricas y duodenales*, Nova, Buenos Aires, 1954.
- GARMA, Ángel (1956a) “Los sueños son alucinaciones de situaciones traumáticas enmascaradas”, en *Revista de Psicoanálisis*, t. XIII, N° 4, APA, Buenos Aires, 1956, págs. 397-402.
- GARMA, Ángel (1956b) *Psicoanálisis de los sueños*, Nova, Buenos Aires, 1956 (3ª edición ampliada).
- GARMA, Ángel (1958) *El dolor de cabeza*, Nova, Buenos Aires, 1958.
- GARMA, Ángel (1962) *El psicoanálisis. Teoría clínica y técnica*, Paidós, Buenos Aires, 1962.
- GARMA, Ángel (1970) *Nuevas aportaciones al psicoanálisis de los sueños*, Paidós, Buenos Aires, 1970.
- GARMA, Ángel (1972) “Aspectos fundamentales de las resistencias en las etapas finales del tratamiento psicoanalítico”, presentado en la Asociación Psicoanalítica Argentina, Buenos Aires, 1972.
- GELMERS, H. J. (1985) “Calcium-channel blockers in the treatment of migraine”, en *American Journal of Cardiology*, vol. 55, N° 3, 25 de enero de 1985, págs. 139B-143B.
- GRANEL, Julio (1975) “Hacia una teoría de los accidentes”, en *Eidon*, N° 4, CIMP-Paidós, Buenos Aires, 1975, págs. 29-44.
- GRAVES, Robert (1958a) *Los mitos griegos*, Losada, Buenos Aires, 1967.
- GRIFFERO, Eugenio (1982) *Príncipe azul*, Adans, Buenos Aires, 1984.
- GRIMAL, Pierre (1981) *Diccionario de mitología griega y romana*, Paidós, Buenos Aires, 1981.
- GRODDECK, Geörg (1921) *Psychoanalytische Schriften zur Psychosomatik*, Limes Verlag Wiesbaden, 1966.
- GRUS, Ricardo (1970) “Aporte para la comprensión psicósomática de ‘lo renal’”, en *Simposio 1970 (II Simposio del Centro de Investigación en Medicina Psicósomática)*, t. I, CIMP, Buenos Aires, págs. 111-116.
- GRUS, Ricardo (1972) “La ambición, la vergüenza, y su vinculación con el erotismo urinario”, en *IV Simposio del Centro de Investigación en Medicina Psicósomática*, CIMP, Buenos Aires, págs. 65-69.
- GRUS, Ricardo (1974) “El erotismo urinario. Revisión histórica del concepto. Algunos desarrollos”, presentado en el Centro de Investigación en Medicina Psicósomática (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 (1979) “Estudio sobre el carácter ambicioso. La tragedia de Macbeth”, presentado en el Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicosomática (CIMP), Buenos Aires, 1979.
- GRUS, Ricardo (1986) “Apuntes sobre lo urinario”, inédito.
- GUR, Raquel E. y GUR, Rubén C. (1975) “Defense mechanisms. Psychosomatic symptomatology, and conjugate lateral eye movements”, en *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 43, Nº 3, 1975, págs. 416-419.
- GUYTON, Arthur (1971) *Tratado de fisiología médica*, Interamericana, México, 1977.
- GUYTON, Arthur (1987) *Fisiología humana*, Interamericana, México, 1987.
- HAAS, Emilio (1992) Comunicación personal.
- HAAS, Emilio; VERRUNO, Luis y RAIMONDI, Eduardo (1986) *El sistema HLA*, Macchi, Buenos Aires, 1986.
- HAM, Arthur (1975) *Tratado de Histología*, Interamericana, México, 1975.
- HAM, Arthur y LEESON, Thomas (1963) *Tratado de histología*, Interamericana, México, 1963.
- HILL, Lewis B. (1935) “Psychoanalytic observation in essential hypertension”, en *The Psychoanalytic Review*.
- HOUSSAY, Bernardo Alberto (1974) *Fisiología humana*, El Ateneo, Buenos Aires, 1974.
- HOYLE, Fred (1983) *El universo inteligente*, Grijalbo, Madrid, 1984.
- JERNE, Neils (1973) “El sistema inmunitario”, en *Inmunología*, Prensa Científica, Barcelona, 1984, págs. 75-84.
- JIMÉNEZ DÍAZ, Carlos (1936) *Lecciones de patología médica*, Científica Médica, Barcelona, 1936.
- JONES, Ernst (1953-1957) *Vida y obra de Sigmund Freud*, Hormé, Buenos Aires, 1979.
- JUNG, Carl (1977) *Psicología y simbólica del arquetipo*, Paidós, Buenos Aires, 1977.
- KIMURA, Doreen (1973) “L’asimmetria del cervello umano”, en *Le Scienze*, Nº 58, S.p.A. Editore, Milán, 1978, págs. 145-153.
- KLEIN, Melanie (1931) “A contribution to the theory of intellectual inhibition”, en *Contributions to psycho-analysis*, Londres, 1950. Edición en castellano: “Una contribución a la teoría de la inhibición intelectual”, en *Contribuciones al psicoanálisis*, en *Obras completas*, t. II, Paidós-Hormé, Buenos Aires, 1978, págs. 227-237.
- KLEIN, Melanie (1946) “Notas sobre algunos mecanismos esquizoides”, en M. Klein, P. Heimann, S. Isaacs y J. Rivière, *Desarrollos en psicoanálisis*, Hormé, Buenos Aires, 1958, págs. 292-320.

- LABORDE, Víctor (1974a) "Inmunidad y timo", en *Eidon*, N° 1, CIMP-Paidós, Buenos Aires, 1974, págs. 81-88.
- LAPLANCHE, Jean y PONTALIS, Jean-Baptiste (1967) *Vocabulaire de la psychanalyse*, Presses Universitaires de France, París, 1967. Edición en castellano: *Diccionario de psicoanálisis*, Labor, Barcelona, 1971.
- LAROUSSE (1972b) *Diccionario Larousse ilustrado*, Larousse, París, 1972.
- LEÃO, Aristides (1944) "Spreading depression of activity in the cerebral cortex", en *Journal of Neurophysiology*, vol. 7, N° 6, 1944, págs. 359-390.
- LECHIN, F. y VAN DER DIJS, B. (1980) "Physiological, clinical and therapeutic basis of a new hypothesis for headache", en *Headache Journal*, vol. 20, N° 2, 1980, págs. 27-84.
- LIJALAD, Diana (1970) "Llanto y enuresis", en *Simposio 1970* (II Simposio del Centro de Investigación en Medicina Psicosomática), t. I, CIMP, Buenos Aires, págs. 8-12.
- LLAMBÍAS, J. (1909) "Estudio de las inflamaciones esclerosas en general", tesis presentada para optar al cargo de profesor sustituto en la Cátedra de Anatomía Patológica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.
- LÓPEZ de la HUERTA, L. (1979) *Diccionario sinónimos y antónimos*, Bibliograf, Barcelona, 1979.
- LORENZ, Konrad (1976) "Las bases innatas del aprendizaje", en K. Pribram (comp.), *Biología del aprendizaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976.
- 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.
- MARÍAS, Julián (1953) *Ensayos de convivencia*, Sudamericana, Buenos Aires, 1982.
- MÁRQUEZ, F. J. (1972) "Consideraciones fisiopatológicas en el tratamiento de la litiasis urinaria", presentado en el XII Congreso de la Confederación Argentina de Urología, Córdoba, 1972.
- MARSHALL, Andrew J. y BARRITT, D. W. (1984) *El paciente hipertenso*, Salvat, Barcelona, 1984.
- MASTERS, William y JOHNSON, Virginia (1966) *Respuesta sexual humana*, Intermédica, Buenos Aires, 1967.
- MELTZER, Donald (1967) *Los estados sexuales de la mente*, Kargieman, Buenos Aires, 1974.
- MERCK SHARP y DOHME (1974) *El manual Merck de diagnóstico y terapéutica*, Merck Sharp & Dohme Research Laboratories, New Jersey, 1986.
- MEYER, Philippe (1985) *Fisiología humana*, Salvat, Barcelona, 1985.

- MICHAELS, Joseph (1956) "Disorders of character: juvenil delinquency, and psychopathic personality", en *The International Journal of Psychoanalysis*, t. XXXVII, Nº 499, Londres, 1956.
- MILLER, Alice (1985) *El drama del niño dotado*, Tusquets, Barcelona, 1991.
- MILLER DE PAIVA, Luiz (1966) *Medicina psicosomática*, Librería Editora Arts Medical, San Pablo, 1966.
- MITTELMANN, Bela (1967) *Breve tratado de medicina psicosomática*, Paidós, Buenos Aires, 1967.
- MOLINER, María (1986) *Diccionario de uso del español*, Gredos, Madrid, 1986.
- MONTANER Y SIMÓN (1912) *Diccionario enciclopédico hispano-americano*, Montaner y Simón Editores, Barcelona, 1912.
- MORGAN, Trefor (1981) "Fisiología renal", en J. Hamburger, J. Crosnier, J. P. Grünfeld, *Nefrología*, Toray, Barcelona, 1981.
- MORRIS, Desmond (1967) *El mono desnudo*, Hyspamérica, Buenos Aires-Madrid, 1986.
- MOSSO, Héctor (1982) *Enfermedades cardiovasculares en el anciano*, Edimed, Buenos Aires, 1983.
- NAVARRO COLÁS, Salvador (1988) "Enfermedades del recto y del ano", en P. Farreras Valentí y C. Rozman, *Medicina interna*, vol. 1, Mosby-Doyma Libros, Madrid, 1988, págs. 201-207.
- NORDIN, B. E. C.; HODGKINSON, A.; PEACOCK, M. y ROBERTSON, W. G. (1981) "Litiasis urinaria", en J. Hamburger, J. Crosnier, J. P. Grünfeld, *Nefrología*, Toray, Barcelona, 1981.
- OLESEN, J.; LARSEN, B. y LAURITZEN, M. (1981) "Focal hyperemia followed by spreading oligemia and impaired activation of rCBF in classic migraine", en *Annals of Neurology*, vol. 9, Nº 4, 1981, págs. 344-352.
- ORTEGA Y GASSET, José (1932-1933) *Unas lecciones de metafísica*, Alianza Editorial, Madrid, 1974.
- ORTEGA Y GASSET, José (1940) *Ideas y creencias*, en *Obras completas*, t. V, Alianza Editorial, Madrid, 1983, págs. 379-409.
- ORTEGA Y GASSET, José (1940-1944) *Sobre la razón histórica*, Alianza Editorial, Madrid, 1979.
- ORTEGA Y GASSET, José (1946b) *Ideas sobre el teatro y la novela*, Alianza Editorial, Madrid, 1979.
- OTAMENDI, B.; SCHIAPAPIETRA, J.; BRUGNONE, R.; RIVAROLA, A. y LARCO, A. (1972) "Tratamiento quirúrgico de la litiasis renal. Estados de los últimos años", presentado en el XII Congreso de la Confederación Argentina de Urología, Córdoba, 1972.
- PAZ, Edmundo (1955) "Hemorroides. Clínica y complicaciones" en *Hemorroides*, publicación interna de la Editorial Universitaria, Buenos Aires, 1955.

- 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.
- PORTMANN, Adolf (1954) “Los cambios en el pensamiento biológico”, en J. Gebser, A. March, E. Naegeli y otros, *La nueva visión del mundo*, Sudamericana, Buenos Aires, 1954, págs. 79-100.
- PRIBRAM, Karl y MELGES, Frederick (1969) “Psychophysiological basis of emotion”, en P. J. Vinken y G. W. Bruyn (eds.), *Handbook of clinical neurology*, vol. 3, cap. 19, North-Holland Publishing Company, Amsterdam, 1969.
- RASCOL, A.; CAMBIER, J.; GUIRAUD, B.; MANELFE, C.; DAVID, J. y CLANET, M. (1979) “Accidents ischémiques cérébraux au cours des crises migraineuses”, *Revue Neurologique*, vol. 135, N° 12, París, 1979, págs. 867-884.
- RASKIN, N. H. (1988a) “On the origin of head pain”, en *Headache Journal*, vol. 28, 1988, págs. 254-257.
- RASKIN, N. H. (1988b) “On the origin of head pain. The hypnic headache syndrome”, en *Headache Journal*, vol. 28, 1988, págs. 534-536.
- RASKIN, N. H. (1989) “The pathogenesis of migraine. Current opinion in neurology and neurosurgery”, en *Current Science*, vol. 2, 1989.
- RASKIN, N. H.; HOSOBUCHI, Y. y LAMB, S. (1987) “Headache may arise from perturbation of brain”, en *Headache Journal*, vol. 27, págs. 416-420.
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA (1985) *Diccionario de la lengua española*, Espasa-Calpe, Madrid, 1985.
- REICH, Wilhelm (1933) *Análisis del carácter*, Paidós, México, 1987.
- REISER, M. F.; FERRIS, E. B. (h.) y LEVINE, M. (1954) “Trastornos cardiovasculares, enfermedades cardíacas e hipertensión”, en E. D. Wittkower y R. A. Cleghorn (eds.), *Progresos en medicina psicosomática*, Eudeba, Buenos Aires, 1966.
- REPETTO, Juan (1988) “El simbolismo en la enfermedad somática”, en *Revista de Psicoanálisis*, t. XLV, N° 5, APA, Buenos Aires, 1988, págs. 1013-1025.
- REPETTO, Juan (1989) “Una concepción psicoanalítica sobre la hipertensión esencial”, premio “Adriana Terni”, Buenos Aires, 1989.
- REVER, Jean-Paul (1954) “Tejido conectivo”, en R. Greep y L. Weiss, *Histología*, Ateneo, Barcelona, 1975, págs. 117-130.
- ROBBINS, Stanley y ANGELL, Marcia (1971) *Patología básica*, Interamericana, México, 1976.
- ROSE, Herbert Jennings (1973) *Mitología griega*, Labor, Barcelona, 1973.
- 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.

- ROSMARYN, Ada (1978) "Lo que no fue", presentado en el Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicosomática (CIMP), Buenos Aires, 1978.
- 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.
- RYAN, Robert E. y RYAN, Robert E. Jr. (1978) *Cefaleas. Diagnóstico y tratamiento*, Bernardes, Buenos Aires, 1980.
- SALVAT (1972) *Enciclopedia Salvat*, Salvat, Barcelona, 1972.
- SALVAT (1985) *Diccionario terminológico de ciencias médicas*, Salvat, Barcelona, 1985.
- SALVAT (1986a) *Diccionario enciclopédico Salvat*, Salvat, Barcelona, 1986.
- SCAPUSIO, Juan Carlos (1978) "Estudio psicoanalítico de la hipertensión arterial", presentado en la Jornada sobre el Enfermo Cardiovascular, CIMP, Buenos Aires, 8 y 9 de setiembre de 1978.
- 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.
- SCAPUSIO, María Alicia (1981) "Ideas acerca del sentido de la vista", presentado en el Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicosomática (CIMP), Buenos Aires, 1981.
- SCHUR, Max (1972) *Sigmund Freud*, Paidós, Buenos Aires, 1972.
- SHAKESPEARE, William (s/f) *La tragedia de Macbeth*, en *Obras completas*, Aguilar, Madrid, 1967.
- SKEAT, Walter (1972) *A concise etymological dictionary of the English language*, Oxford University Press, Oxford, 1972.
- SOLMS, Mark (1994) "Towards an anatomy of the unconscious", en *Journal of Clinical Psychoanalysis*, vol. 5, N° 3, International Universities Press, Madison, 1996, págs. 331-368.
- SOLMS, Mark (1996a) "Reply to Dr. Shapiro", en *Journal of clinical psychoanalysis*, vol. 5, N° 3, International Universities Press, Madison, 1996, págs. 381-404.
- SOLOMON, Seymour; GUGLIELMO CAPPÀ, Karen y SMITH, Charles (1988) "Common migraine: Criteria for diagnosis", en *Headache. The Journal of Head and Face Pain*, vol. 28, N° 2, págs. 124-129.
- SPERRY, Roger W. (1962) "Some general aspects of interhemispheric integration", en V. B. Mountcastle (ed.), *Interhemispheric relations and cerebral dominance*, John Hopkins University Press, Baltimore, 1962, págs. 43-49.
- STARLING, Ernest Henry (1896) "On the absorption of fluids from the connective tissue spaces", en *Journal of Physiology*, vol. 19, N° 4, 5 de mayo de 1896, págs. 312-326.

- STEIN, J. (1987) *Medicina interna*, Salvat, Buenos Aires, 1987.
- STEPHENS, G. C. (1933) "High blood pressure as a phallic symbol", en *The Psychoanalytic Review*.
- STITES, D.; FUDENBERG, H.; STOBO, J. y WELLS, J. (1984) *Inmunología básica y clínica*, El Manual Moderno, México, 1985.
- SWARTHY, S. (1939) *Tratado de mitología grecorromana, americana y universal*, Araujo, Buenos Aires, 1939.
- TAYLOR, Gordon Rattray (1979a) *El cerebro y la mente*, Planeta, Barcelona, 1980.
- TAYLOR, Gordon Rattray (1982) *El gran misterio de la evolución*, Sudamericana-Planeta, Barcelona, 1983.
- THEOFILOPOULOS, Argyrios (1984) "Autoinmunidad", en D. Stites, H. Funderberg, J. Stobo y J. Wells, *Inmunología básica y clínica*, El Manual Moderno, México, 1985, págs. 152-189.
- THOMAS, Lewis (1974) *Las vidas de la célula*, Emecé, Buenos Aires, 1976.
- UEXKÜLL, Jakob von (1934) *Ideas para una concepción biológica del mundo*, Espasa-Calpe, Madrid, 1934.
- VACCARO, María Rosa (1979) *Mataburro lunfa. Diccionario de bolsillo*, Torres Agüero Editor, Buenos Aires, 1979.
- VICCHI, M.; RIMOLDI, H.; SALVIDEA, J. y DÍAZ, G. (1972) "Nefrectomía parcial en litiasis", presentado en el XII Congreso de la Confederación Argentina de Urología, Córdoba, 1972.
- VINCENT, Jean-Didier (1986) *Biologie des passions*, Odile Jacob, París, 1986.
- VOX (1974) *Diccionario manual griego-español*, Bibliograf, Barcelona, 1974.
- WATERS, W. E. y O'CONNOR, P. J. (1975) "Prevalence of migraine", en *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, vol. 38, N° 6, 1975, págs. 613-616.
- WATZLAWICK, Paul (1977) *El lenguaje del cambio*, Herder, Barcelona, 1980.
- WEISZ, Paul (1966) *La ciencia de la zoología*, Omega, Barcelona, 1971.
- WEISZ, Paul (1966*) *La ciencia de la zoología*, Omega, Barcelona, 1987.
- 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 (1947a) *Procesos corporales y neurosis*, Ernst Klett, Verlag, Stuttgart, 1947.
- WEIZSAECKER, Viktor von (1950) *Pathosophie*, Vandenhoeck y Ruprecht, Göttingen, 1967. Edición en castellano: WEIZSÄCKER, Viktor von, *Patosofía*, Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2005.
- WEIZSAECKER, Viktor von (1951a) *El hombre enfermo*, Luis Miracle, Barcelona, 1956.

- WITTGENSTEIN, Ludwig (1918) *Tractatus logico-philosophicus*, Alianza Editorial, Madrid, 1987.
- WOLFF, Harold G. (1972) *Wolff's Headache and other head pain*, Oxford University Press, Nueva York, 1972 (revisado por Donald Dalessio).
- YAZMAJIAN, Richard (1966) "Pathological urination and weeping", en *Psychoanalytic Quarterly*, vol. 35, N° 1, Nueva York.
- ZERVAS, Nicholas; LAVYNE, M. H. y NEGORO, M. (1975) "Neurotransmitters and the normal and ischemic cerebral circulation", en *New England Journal of Medicine*, N° 293, 1975, págs. 812-816.
- ZIEGLER, A. (1986) "Emicrania e bestialità", en *Riza Psicosomática*, N° 67, Milán, 1986, págs. 52-57.