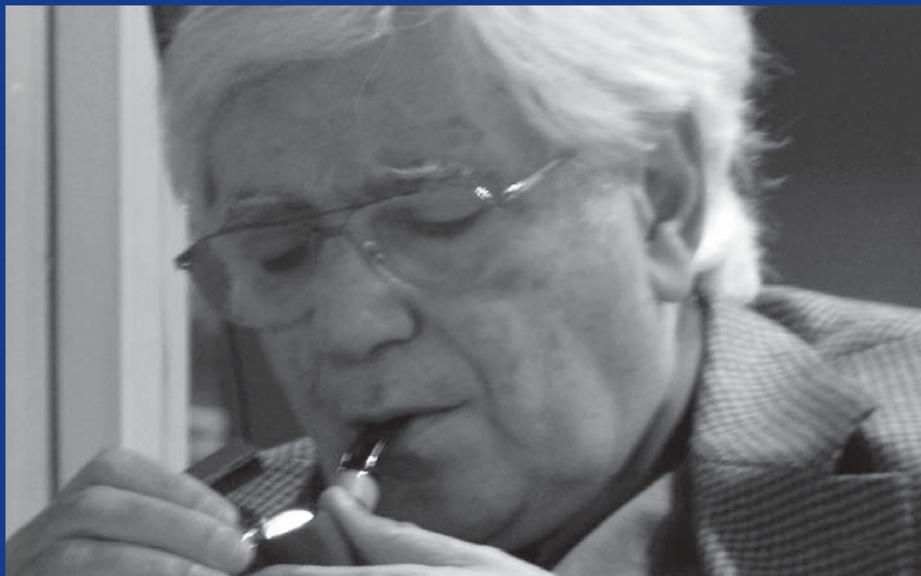


# LUIS CHIOZZA

## OBRAS COMPLETAS



TOMO XIII (2001-2007)

AFFECTOS Y AFECCIONES 4

Los afectos ocultos en la enfermedad del cuerpo



libros del  
*Zorzal*

# Obras Completas

**LUIS CHIOZZA**

**OBRAS COMPLETAS**  
**TOMO XIII**

*Afectos y afecciones 4*  
*Los afectos ocultos en la enfermedad del cuerpo*  
(2001-2007)



libros del  
*Zorzal*

Chiozza, Luis Antonio

Afectos y afecciones 4: los afectos ocultos en la enfermedad del cuerpo - 1a ed. - Buenos Aires:

Libros del Zorzal, 2008.

v. 13, 282 p.; 21x15 cm.

ISBN 978-987-599-089-0

1. Medicina. 2. Psicoanálisis. I. Título

CDD 610 : 150.195

CURADORA DE LA OBRA COMPLETA: JUNG HA KANG

DISEÑO DE INTERIORES: FLUXUS

DISEÑO DE TAPA: SILVANA CHIOZZA

© Libros del Zorzal, 2008

Buenos Aires, Argentina

ISBN 978-987-599-089-0

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](mailto:info@delzorzal.com.ar)

[www.delzorzal.com.ar](http://www.delzorzal.com.ar)

# ÍNDICE

PRÓLOGO DE <i>ENFERMEDADES Y AFECTOS</i> (2001) .....	9
EL SIGNIFICADO INCONCIENTE DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (2001), Luis Chiozza, Eduardo Dayen, Luis Barbero, Domingo Boari, Catalina Nagy y María Pinto.....	21
I. Conceptos fundamentales acerca de la inmunidad.....	23
II. El significado inconciente de las enfermedades autoinmunitarias .....	30
III. El significado inconciente de las enfermedades autoinmunitarias órgano-específicas .....	34
IV. El lupus eritematoso sistémico en la clínica médica.....	37
V. Fantasías inconcientes específicas del lupus eritematoso sistémico .....	40
VI. Síntesis .....	61
VII. Las dos Lucías.....	66
UN ESTUDIO PSICOANALÍTICO DEL SÍNDROME GRIPAL (2001), Luis Chiozza, Gustavo Chiozza, Dorrit Busch, Enrique Obstfeld, Roberto Salzman y Gloria I. de Schejtman.....	73
I. Síntesis de los conceptos médicos sobre la gripe.....	75
II. Estudio psicoanalítico del síndrome gripal .....	83
III. Síntesis .....	120
PSICOANÁLISIS DE LAS AFECCIONES MICÓTICAS (2001), Luis Chiozza, Eduardo Dayen, Oscar Baldino, María Bruzzon,	

Mirta F. de Dayen y María Griffa .....	127
I. Las micosis humanas .....	129
II. Los hongos .....	133
III. La convivencia con el hongo.....	138
IV. Los hongos en la mitología y en algunas costumbres .....	139
V. Acerca de la digestión.....	142
VI. La capacidad de descomponer .....	145
VII. La fantasía de vivir sin el esfuerzo de descomponer.....	147
VIII. El humor y la humedad.....	152
IX. La incapacidad de descomponer .....	154
X. “La mufa”.....	157
XI. Resumen.....	161
XII. El abandono de Cintia.....	165
UN ESTUDIO PSICOANALÍTICO DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON (2001), Luis Chiozza, Gustavo Chiozza, Silvana Aizenberg, Horacio Corniglio, Ricardo Grus y Roberto Salzman.....	171
I. Algunos conceptos neurológicos sobre la enfermedad de Parkinson .....	173
II. Estudio psicoanalítico de la enfermedad de Parkinson.....	196
III. Síntesis .....	214
UN ESTUDIO PSICOANALÍTICO DE LA ANEMIA (2008 [2007]), Luis Chiozza, Gustavo Chiozza, María Bruzzon, Mirta F. de Dayen y Gloria I. de Schejtman .....	219
I. Conceptos hematológicos básicos acerca de la anemia .....	221
II. El significado inconciente de la anemia.....	231
III. Síntesis .....	247
IV. La patobiografía de una paciente con anemia .....	251
Bibliografía .....	257

---

**PRÓLOGO DE**  
***ENFERMEDADES Y AFECTOS***

---

(2001)

## **Referencia bibliográfica**

**CHIOZZA, Luis (2001) “Prólogo de *Enfermedades y afectos*”.**

## **Primera edición en castellano**

Con el título “Prólogo” en:

L. Chiozza, *Enfermedades y afectos*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2001, págs. 9-17.

*Enfermedades y afectos* reúne en sus páginas los resultados de las recientes investigaciones sobre el lupus eritematoso sistémico, la enfermedad de Parkinson, el síndrome gripal y las micosis. Además, en el primer capítulo, reeditamos un trabajo acerca de las cardiopatías isquémicas (Chiozza y colab., 1983h [1982]), publicado por primera vez en *Psicoanálisis, presente y futuro* (Chiozza, 1983a), hoy agotado.

Hace ya muchos años que dedicamos nuestros esfuerzos a la tarea de investigar las fantasías inconcientes específicas de distintos trastornos somáticos o, en otros términos, el guión biográfico que corresponde, de manera igualmente específica, a cada una de las diferentes enfermedades que alteran los órganos.

Realizamos la primera de esas investigaciones, dedicada a los trastornos hepáticos (Chiozza, 1963a), en 1963, y continuamos, desde entonces, en esa tarea. Tal como ocurre con la ubicación correcta de las piezas de un rompecabezas, el resultado de cada una de nuestras investigaciones fue revelándonos porciones cada vez más inteligibles del “paisaje de fondo” que vincula, en una trama significativa, cada una de las fantasías específicas que constituyen enfermedades distintas.

No podía ser de otro modo, porque así como la indagación fisiopatológica y el ejercicio de la clínica médica, cuando identifican alteraciones cardiorrespiratorias o vásculo-parenquimatosas, nos llevan desde la enfermedad hacia el enfermo, la clínica psicoanalítica y los estudios patobiográficos nos permitieron comprender, cada vez mejor, los distintos “mosaicos” que la combinación de distintas fantasías específicas “dibuja” en el cuerpo de cada paciente.

Ese proceso no sólo nos ayudó a comprender, desde las fantasías específicas de los diferentes órganos, la individualidad particular de cada

enfermo, nos permitió también identificar significados de un mayor grado de generalidad, como los que corresponden a los procesos exudativos o a los esclerosos, que nos ayudaron a bosquejar una teoría de conjunto acerca de los significados inconcientes de las enfermedades del cuerpo.

Cada descubrimiento de una fantasía específica trajo lo suyo, y enriqueció de este modo la teoría con la cual abordamos, inicialmente, nuestras investigaciones. Uno de los jalones más importantes, en ese camino, fue el haber comprendido la relación existente entre la aparición de una enfermedad que la conciencia registra como alteración somática y la “sofocación” de un afecto que, deformado en su clave de inervación, se descarga como una afección cuyo significado psíquico primordial permanece inconciente.

Entre las últimas cuatro investigaciones, que publicamos por primera vez en este libro, el trabajo sobre el síndrome gripal y el que realizamos acerca de las micosis (Chiozza y colab., 2001*o* y 2001*m*) nos aportaron, como “cierre” de investigaciones realizadas largos años atrás, un inesperado “regalo” que merece ser descrito en este prólogo, relatando brevemente una historia que puede ser dividida en cuatro partes.

Antes de relatar esa historia debemos al lector una aclaración que evitará malentendidos. Suele pensarse habitualmente que tanto en la escala zoológica como en el desarrollo individual de un ser humano, es decir en las evoluciones filogenética y ontogenética, el cuerpo aparece primero y la psiquis se le agrega después. En la escala zoológica, tal vez cuando se alcanza el estadio de vertebrado mamífero cerebrado; en la evolución individual del ser humano, después del nacimiento.

Dejando de lado el hecho de que, luego de las exploraciones ecográficas de las mujeres embarazadas, ya nadie discute encarnizadamente en contra del reconocimiento de una vida psíquica en el feto, capaz de sentir y conservar “recuerdos” inconcientes, sostendremos aquí, a partir de lo que Freud (1940*a* [1938]\*) consideraba la segunda hipótesis fundamental del psicoanálisis, que lo que caracteriza al psiquismo no es la conciencia, sino la significación, y que la finalidad de una función orgánica (teleología) y su significación inconciente (meta pulsional) son una y la misma cosa vista desde dos ángulos diferentes del conocimiento conciente: la fisiología y el psicoanálisis.

Lo diremos quizás más claramente con las palabras del poeta William Blake (1790-1793): el hombre no posee un cuerpo distinto de su alma, porque lo que llamamos cuerpo es el pedazo del alma que se percibe con los cinco sentidos. Podríamos agregar ahora que llamamos alma al conjunto entero de las finalidades o propósitos que “animan” al cuerpo.

Acabamos de afirmar que, de acuerdo con Freud, la verdadera característica del psiquismo es el significado, y que el fenómeno de la conciencia, considerado habitualmente como la cualidad esencial de los fenómenos que estudia la psicología, muy pocas veces se agrega a estos significados, genuinamente psíquicos, que permanecen inconcientes. Pero no debemos confundirnos en esto. Nuestra afirmación no lleva implícito que un ser vivo, animado por procesos psíquicos inconcientes, puede carecer absolutamente de conciencia. Tampoco afirmamos que la conciencia humana es la única forma posible de conciencia viviente. Nada de esto puede ser probado, ya que ni siquiera es posible probar, tal como lo señalara Freud, la existencia de la conciencia en un otro, humano, que solemos llamar semejante. Pero cuando un perro emite un quejido no dudamos de que siente concientemente su dolor.

Volvamos ahora a la historia prometida. La primera parte ocurrió hace casi cuarenta años, cuando nuestra investigación sobre los trastornos hepáticos nos llevó a varias conclusiones. Sostuvimos desde entonces que:

- 1) Así como la función de mamar en el recién nacido, es tan importante como para teñir toda la vida mental del bebé, que llamamos lactante porque se encuentra, según decimos en nuestra jerga, en primacía oral, durante una parte, por lo menos, de la vida intrauterina, el feto se encuentra en una primacía hepática.
- 2) El hígado se adjudica la representación predominante de los procesos mediante los cuales se adquieren de la placenta los alimentos “materiales” y se los usa para materializar las formas que el embrión hereda y que lo conducen a evolucionar desde una sola célula hasta la configuración de un bebé.
- 3) La función de las vías biliares, y especialmente la de la vesícula biliar, se adjudica predominantemente la representación de los sentimientos de envidia que, cuando permanecen inconcientes y coartados en su fin, suelen descargarse como un trastorno biliar. De allí que, así como la vergüenza se asocia con el rojo a través del rubor, la envidia queda vinculada, en los usos del lenguaje, y en varios idiomas, con el amarillo y el verde.
- 4) Fenómenos y síntomas como la náusea, la somnolencia, el aburrimiento, el hastío, el fastidio, la “mufa”, el “vacío” existencial, el mareo, la descompostura, lo siniestro, el humor negro, la drogadicción y la anorexia demostraron estar relacionados entre sí y con el fracaso de la acción digestivo-envidiosa sobre los objetos del entorno, acción que se vuelve, entonces, sobre el propio organismo. En un trabajo sobre el opio (Chiozza

y colab., 1969c), que publicamos en 1969, seis años antes del descubrimiento de las endorfinas, vinculábamos estos estados con la particular condición que en el lenguaje popular se denomina “opiarse”.

La segunda parte de la historia proviene de la experiencia clínica realizada, desde el año 1972 hasta la fecha, con los estudios patobiográficos, un método encaminado hacia el descubrimiento de la crisis “biográfica” que, en cada vida particular, se oculta detrás de la enfermedad que en ese momento la aqueja. Descubrimos entonces que:

1) Las personas casi siempre viven “para” otras personas, y que detrás de esas otras personas siempre predomina una. A veces es la madre, a veces el padre, pueden ser los dos, pero siempre predomina uno. Esta función de “persona para la cual se vive” se puede transferir sobre una o sobre varias personas, que pasan entonces a representarla. Puede ser un abuelo, el cónyuge, un hijo o, también, un amigo. Puede ser un conjunto, tal como ocurre a veces con “la gente del club”. Dedicamos a los ojos de esas personas las fotos que sacamos durante un viaje, la corbata que nos ponemos con especial cuidado o el automóvil que acabamos de comprar. Muchos de los deseos que experimentamos como propios son sus deseos, o deseos contrarios a los deseos de ellos, y lo mismo ocurre con las cosas que nos parecen bien o nos parecen mal. De ahí que podamos decir que, habitualmente, “nos llenan la vida”, y que sin ellas sentimos que nuestra vida “se vacía” de significado, como si perdiera de pronto su norte.

2) Estamos en permanente diálogo con la persona para quien vivimos. Ese diálogo no se interrumpe porque esa persona haya muerto o se encuentre físicamente distante, se interrumpe cuando carecemos de las palabras adecuadas para proseguir el diálogo. Todas las formas del sufrimiento humano pueden ser contempladas como otras tantas vicisitudes de ese diálogo inconciente.

3) Nos sentimos permanentemente sometidos a un juicio ejercido por la persona para quien vivimos. Un juicio que se dirige hacia la absolución o hacia la condena y que jamás se cierra definitivamente. La situación puede compararse a la de tener un expediente en trámite en un determinado juzgado. Los pacientes que sufren una “desilusión” en el amor, que toma la

forma de una separación traumática unida, por lo general, a multitud de reproches y al incremento de los sentimientos de culpa, testimonian de manera muy clara que el proceso necesario para “cambiar de juzgado el expediente” se realiza con una dificultad muy grande.

4) Nuestra vida transcurre entre sentirnos benditos o malditos, bendecidos o maldecidos por el “decir” de esa persona “para quien vivimos” que habita nuestro mundo interno, muchas veces de manera inconciente. Freud (1905c\*) decía que encontramos el origen de ese gesto que llamamos sonrisa en la relajación de las mejillas que sucede en el bebé después de haberse satisfecho durante el acto de mamar. Toda madre sabe que la sonrisa de su bebé es una de las formas más logradas de la bendición, pero también ocurre que el bebé recibe, como respuesta a su sonrisa, la sonrisa de su madre, y que desde allí para adelante buscará, toda su vida, la repetición de esa sonrisa. La búsqueda de esa sonrisa primordial, cuya autenticidad se revela especialmente en el brillo que adquiere la mirada, y cuya contraparte es lo que se denomina “mala cara”, tomará frecuentemente la forma, archiconocida y equívoca, de la búsqueda de “reconocimiento”. Un reconocimiento que jamás se encontrará, porque cuando se lo encuentra se revela distinto de aquello que se necesitaba y entonces, siempre, parece ser insuficiente.

5) Hay dos formas de estar solo. Una es estar físicamente solo, como Robinson Crusoe en su famosa isla, y la otra es estar solo en una gran ciudad, rodeado de gente que se siente extraña. Tan extraña como la que rodea a un bebé que “extraña” a su mamá. Esta última forma de la soledad, que se experimenta como abandono, es un estar solo “de alguien” muy precisamente definido. Tal como sucede con el ostracismo, el juez que posee nuestro “expediente”, se trate de una persona bien determinada o de un entero conjunto que la representa, nos ha hecho saber, desde su “mala cara”, que merecemos la condena.

La tercera parte de la historia surge de la investigación acerca del síndrome gripal que publicamos en un capítulo de este volumen. Encontramos entonces que:

1) Los síntomas del síndrome gripal, fiebre, dolor en todo el cuerpo, decaimiento y falta de fuerzas, dolor de cabeza, y trastornos respiratorios tales como tos y catarro, se parecen nota-

blemente a lo que experimenta el neonato en la primera semana de vida. Cuando un niño nace, pasa de un ambiente donde la gravedad opera levemente, ya que está inmerso, como en una piscina, en el líquido amniótico, a una gravedad que lo aplasta hasta el punto de que no logra sostener erguida su cabeza. La temperatura que lo rodea es diez grados menor a la del ambiente intrauterino. No es difícil imaginar que también debe sentirse dolorido por el apretón que sufrió mientras atravesaba el canal del parto. Tiene, además, que inaugurar la función respiratoria con su propio esfuerzo, ya que, hasta entonces, recibía el oxígeno directamente de la sangre materna. La gripe, que también dura una semana, como la situación que llamamos neonatal temprana, se constituye con un conjunto de síntomas que remedian esa condición del bebé que acaba de nacer.

2) Durante la vida intrauterina, la madre “rodea” al hijo que lleva en el vientre, es decir que lo envuelve de tal modo que está presente en todas las direcciones de su entorno. La madre constituye el entorno completo del feto, es decir su mundo, ya que mundo significa precisamente eso, entorno circundante. Esta madre, que llamamos umbilical porque se relaciona con su hijo de modo sobresaliente mediante el cordón umbilical, es una madre que “da todo” a su hijo, entrega el oxígeno y el alimento sin demora, satisfaciendo de manera inmediata la necesidad. Podemos decir, en otras palabras, que durante la vida prenatal la madre y el mundo son lo mismo. Esa madre-mundo constituye el único “objeto” que el feto ha conocido y, en virtud de esa condición, será investido con el total de la “significancia” que el feto sea capaz de vivenciar.

3) Hay dos traumas de nacimiento que se diferencian claramente. Uno es el trauma del estar naciendo, del cual se ocuparon Freud y Rank, durante el cual se experimenta la angustia de estar atravesando, penosa e inevitablemente, la angostura de un canal oprimente, mientras se ignora lo que sucederá. Algo muy distinto es el trauma del haber recién nacido a un mundo diferente al de la madre-mundo prenatal. Un mundo frío en la piel y en los pulmones, un mundo que aplasta y en el cual todo pesa hasta el punto de que es muy difícil moverse. Un mundo en el cual el hambre llega a sentirse y es necesario respirar. Un mundo en el cual la madre-mundo, que lo significaba todo, se ha perdido. Si el trauma del estar naciendo genera esa forma indeterminada del miedo que llamamos angustia, el trauma del haber nacido origina una

forma magna de tristeza sin consuelo que denominamos “desolación”, y que solemos encubrir con la palabra “soledad”.

4) Cuando un niño nace se encuentra con la madre-pecho. Pero esa madre-pecho que periódicamente se ausenta, aunque le salve la vida cuando lo alimenta y lo cuida, es sentida al principio como un pobre sustituto de la madre-umbilical, permanentemente presente. Encontrar la salvación en la presencia de la madre-pecho, y recobrar, junto con eso, una significancia para un mundo nuevo, exige un duelo inevitable, indisolublemente unido a un cambio en la percepción y en la significación del entorno. Todo tratamiento psicoanalítico testimonia la situación descrita, dado que el encuadre del proceso es decididamente posnatal, y el paciente sentirá una y otra vez que el analista “no está” en los momentos en que más lo necesita.

La cuarta y última parte de la historia surge de la investigación que realizamos acerca de las enfermedades micóticas, cuyos resultados publicamos en otro de los capítulos de este libro. Llegamos allí a las siguientes conclusiones:

1) Los hongos constituyen un reino aparte, distinto del animal y del vegetal. Así como los vegetales que poseen clorofila se caracterizan por su capacidad de realizar la fotosíntesis, los hongos se caracterizan por ser los que poseen la máxima capacidad de descomponer las sustancias complejas en elementos simples. La digestión, que realizan con sus fermentos otros seres vivos, es también una forma de descomposición, pero no alcanza a ser tan completa como la que logran los hongos. En la digestión de los alimentos proteicos que realiza el ser humano se llega al nivel de aminoácidos, mientras que los hongos pueden descomponer las proteínas degradándolas en elementos tan simples como el nitrógeno, el carbono y el fósforo. Los hongos, por lo tanto, suelen arrogarse, en las fantasías inconcientes, la representación de la capacidad para descomponer lo complejo en sus componentes más elementales. Los seres humanos no sólo necesitamos digerir los alimentos, sino también “analizar” el mundo que nos rodea para recomponerlo según una síntesis acorde con nuestros propósitos. El lenguaje lo revela cuando llamamos “soluciones” a nuestro modo de “disolver” los problemas. Los hongos, como representantes magnos de la actividad “descomponedora”, suelen quedar revestidos, en nuestras

fantasías inconcientes, que se pueden observar en algunos mitos populares, con cualidades mágicas y omnipotentes.

2) Hay una etapa de la vida embrionaria en que el ser humano no necesita descomponer, ya que se alimenta por difusión incorporando las sustancias elementales que la madre le ofrece de manera directa. Es la manera más completa de recibir, sin ningún esfuerzo digestivo, “la papa en la boca”, situación que va unida a la fantasía de una madre todopoderosa, una madre que puede darlo todo sin ningún esfuerzo, es decir, mágicamente. Los hongos son, pues, representantes adecuados de esta imagen de una “madre” omnipotente y mágica.

3) Cuando un sujeto experimenta dificultades en “procesar” el mundo que lo rodea, para reordenarlo de acuerdo con sus necesidades, experimenta también, por lo general, dos sentimientos. El primero de ellos consiste en que ese objeto, la “madre” omnipotente, lo priva arbitrariamente de los elementos que necesita para sobrevivir en el mundo. El segundo, más importante, ocurre porque el sujeto, que experimenta el apremio de la necesidad que, descargándose sobre su propio organismo, lo “descompone”, siente que el objeto que lo priva es el mismo que opera sobre él descomponiéndolo.

4) El sentimiento de descompostura se presenta de diferentes maneras que suelen combinarse entre sí y alcanzar, según las situaciones, intensidades distintas. Puede adquirir la forma de un súbito desvanecimiento de la conciencia que solemos denominar lipotimia. Puede manifestarse como náuseas o mareos, o como diarrea y vómitos. Puede también aparecer como un hastío, fastidio o mal humor, que se configura muchas veces como “mufa” en una clara alusión a la *muffa*, que es el nombre, en italiano, de las hifas verdes de un hongo que se desarrolla en algunos alimentos que se abandonan a la humedad.

Llegamos, por fin, a la conclusión de nuestra historia. Lo que durante el psicoanálisis de los trastornos hepáticos se configuró como una incapacidad de materializar y de procesar los contenidos ideales, manifestándose como náuseas, aburrimiento o letargo, que el lenguaje popular suele designar con las palabras “mareo”, “fiaca”, “apolillo” y “mufa”, encontró, gracias al trabajo sobre las micosis, un lugar adecuado como parte del sentimiento de descompostura.

Análogamente, aquello que los estudios patobiográficos nos mostraban una y otra vez como una dependencia extrema de determinados obje-

tos significativos (correspondiente a los vínculos simbióticos con características prenatales que también llamaron nuestra atención en los trastornos hepáticos) alcanzó, luego de investigar en el síndrome gripal, una comprensión más completa como parte del sentimiento de desolación.

No fue este sin embargo el “regalo” inesperado al cual nos referíamos. Una y otra vez, enfrentados con las distintas formas del padecer humano, encontrábamos en la angustia la última e irreductible condición a partir de la cual procurábamos explicarnos las distintas vicisitudes del sufrimiento como otras tantas configuraciones que los intentos defensivos imponían a los sentimientos de angustia. ¿Acaso no describen los filósofos una angustia existencial inherente a la existencia humana que trasciende en su universalidad cualquier intento de justificación en la neurosis?

La descripción que Freud hace de la angustia, como un afecto primordial cuya figura encuentra su explicación en las peripecias del nacimiento, posee una fuerza de convicción innegable. La clínica permite corroborar cotidianamente, además, la utilidad de distinguir, como lo hace Freud, entre un ataque de angustia “plena”, “automática”, que solemos denominar catastrófica, y la descarga, a pequeña cantidad, de un sentimiento de angustia atemperado que constituye una señal destinada a evitar una descarga plena.

A pesar de estos preciosos instrumentos teóricos que nos legara Freud, nos encontramos muchas veces frente a cuadros clínicos unidos a sentimientos regresivos primordiales que son muy difíciles de reducir a meras transformaciones de la angustia. Luego de las investigaciones sobre el síndrome gripal y sobre las micosis, creemos comprender que los sentimientos de desolación y de descompostura poseen una arquitectura primordial similar a la que es propia de la angustia.

Si encontramos en la angustia un equivalente del miedo a lo desconocido por venir, podemos ver en la desolación una forma de tristeza por una pérdida magna e insoportable que ya se ha realizado, y en el sentimiento de descompostura un daño igualmente radical que nos enfrenta con la propia desintegración. Junto a estas formas “catastróficas” de la desolación y la descompostura, podemos reconocer una desolación señal que se manifiesta como una soledad que busca desesperadamente compañías forzadas, y una descompostura señal que se presenta como aburrimiento y como “mufa”.

Cuando el aburrimiento y la “mufa” se intensifican, y nos aproximan peligrosamente a la descompostura catastrófica, podemos todavía recurrir al letargo, esa forma de somnolencia o modorra “patológica” que describiera Cesio como un mecanismo de defensa extremo. Se trata de una forma particular de “anestesia” que denominamos “opiarse”, y que se acompaña de la secreción aumentada de endorfinas.

Antes de finalizar este prólogo deseo agradecer a los numerosos colegas que me ayudaron con su presencia, con su estímulo y con su trabajo, en la realización del camino que dio origen a la historia que he resumido aquí. Siento especial gratitud hacia quienes, coautores de las últimas investigaciones, siguen entregando muchas horas de sus vidas a una empresa interminable.

*Setiembre de 2001.*

---

**EL SIGNIFICADO INCONCIENTE DEL  
LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO**

---

(2001)

Luis Chiozza, Eduardo Dayen, Luis Barbero,  
Domingo Boari, Catalina Nagy y María Pinto

## **Referencia bibliográfica**

**CHIOZZA, Luis y colab. (2001j) “El significado inconciente del lupus eritematoso sistémico”.**

## **Primera edición en castellano**

L. Chiozza, *Enfermedades y afectos*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2001, págs. 49-101.

El texto del presente trabajo fue presentado para su discusión en la sede del Instituto de Docencia e Investigación de la Fundación Luis Chiozza el día 4 de mayo de 2001.

# I. Conceptos fundamentales acerca de la inmunidad

## 1. El sistema inmunitario

La identidad individual, que se expresa ya desde las sutiles desigualdades a escala molecular, nos permite diferenciarnos de los semejantes con quienes compartimos una identidad que nos mancomuna, la identidad de especie. Tanto las diferencias de especie como las individuales son mantenidas por el sistema inmunitario, que mediante un proceso de reconocimiento discrimina lo propio de lo ajeno, a partir de lo cual tolera lo propio y ataca lo ajeno.

Dado que su función consiste en preservar la estructura individual que define a cada individuo como único y diferente, desde el terreno de los significados decimos que *el sistema inmunitario se arroga la representación simbólica del cuidado de la identidad* (Chiozza y colab., 1993d [1992]).

La inmunología describe dos clases de defensas, a las que denomina inmunidad innata e inmunidad adaptativa (Male y Roitt, 1996).

La *inmunidad innata* es una primera barrera inmunitaria que actúa de un modo *general y poco específico* frente a los agentes infecciosos.

Para el caso en que la defensa innata sea superada, el organismo cuenta con una segunda línea defensiva, la *inmunidad adaptativa o específica*. Esta forma de defensa es capaz de *reconfigurarse* o *adaptarse* permanentemente para hacer eficaz la respuesta inmunitaria. La razón por la cual se la denomina *específica* es el hecho de que se cumple a través de un mecanismo muy elaborado, en el que participan receptores de alta *especificidad* capaces de reconocer a los agentes patógenos. Además *conserva la memoria* de tales agentes, preparándose para un futuro encuentro.

La inmunidad adaptativa o específica actúa de dos maneras:

- 1) Cuando la reacción de defensa es producida por moléculas que se encuentran en solución en un líquido o humor del cuerpo, se la denomina *inmunidad humoral*. En esta forma de defensa, las moléculas que juegan un papel preponderante son los anticuerpos.
- 2) Para el caso en que el agente extraño se haya alojado dentro de una célula del organismo, la defensa es ejercida por un tipo de célula inmunitaria, la célula T, capacitada para destruir a la célula infectada. A esta particular reacción inmunitaria se la llama *inmunidad celular* o mediada por células.

## 2. El contexto de lo propio

Años atrás se consideraba que la inmunidad implicaba el “reconocimiento” de lo ajeno y su posterior rechazo. Esto significa que “reconocer” equivalía a atacar, y que lo “propio” no era ni reconocido ni atacado. Hoy día se sostiene que el sistema inmunitario ataca lo ajeno una vez que aprendió a reconocerlo como diferente, mediante el reconocimiento *simultáneo* de marcadores propios.

Esta nueva consideración surgió a partir de observar que en todas las células del organismo se halla presente un grupo de moléculas, llamadas HLA<sup>1</sup>, que constituyen una marca (o distintivo) mediante el cual el sistema inmunitario reconoce a las células del organismo como propias.

---

<sup>1</sup> Haas, Verruno y Raimondi (1986) sostienen que la denominación HLA (*human leucocyte antigen*: antígenos de leucocitos humanos) es históricamente justa, dado que se descubrieron por primera vez en los leucocitos a partir de las transfusiones. Consideran, sin embargo, que tal denominación es incorrecta, ya que más tarde se descubrió que se trata de marcadores presentes en todas las células del organismo, y no sólo en los leucocitos. Estas aseveraciones de los autores se refieren al hecho de que se los denomine como propio de los leucocitos. A nuestro entender, se puede considerar históricamente justo que se los denomine antígenos, ya que fueron descubiertos como tales en reacciones defensivas contra transfusiones; pero desde el punto de vista de la función natural dentro del propio organismo parece también una denominación incorrecta. En el organismo que los produce, los HLA no inducen la formación de anticuerpos contra ellos; por el contrario, son marcadores altamente específicos que le indican al sistema que se trata de un tejido propio. Pese a ello, la denominación se ha mantenido y seguimos hablando de ellos con el paradójico nombre de “antígenos propios”.

Estos antígenos configuran un distintivo bioquímico individual de tal especificidad, que es extremadamente raro hallar dos individuos que los puedan compartir sin estar emparentados genéticamente. Es por ello que se los considera como “patentes” o “señales” de la “yoidad” (Haas, Verruno y Raimondi, 1986, pág. 15).

Los antígenos HLA se clasifican en: *clase I*, que, presentes en todas las células nucleadas del organismo, cumplen un papel fundamental en la inmunidad celular; *clase II*, que, presentes solamente en las células del sistema inmunitario, actúan en los procesos de la inmunidad humoral; *clase III*, que intervienen en relación con el sistema del complemento<sup>2</sup>, y *clase IV*, descriptos recientemente, que actuarían como antígenos de diferenciación en la embriogénesis.

Las células T sólo son capaces de reconocer al antígeno extraño cuando éste se encuentra acoplado a la molécula de HLA propia, es decir que el sistema inmunitario reconoce *simultáneamente* lo extraño o ajeno (antígeno) en el contexto de lo familiar o propio (HLA)<sup>3</sup>.

### 3. La herencia de los HLA

Reproducimos a continuación dos apartados del trabajo “El significado inconciente de las enfermedades por autoinmunidad” (Chiozza y colab., 1993d [1992], apdos. I.4 y II.5)<sup>4</sup>.

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 pa-

<sup>2</sup> El sistema del complemento está formado por una serie de proteínas plasmáticas que actúan en cascada, colaborando con los anticuerpos en las reacciones inmunitarias.

<sup>3</sup> La inmunología suele utilizar los términos “ajeno”, “extraño” y “foráneo” para calificar a los agentes patógenos, diferenciándolos de las estructuras propias que no deben ser atacadas. Con el fin de ser más prolijos, subrayemos que el par opuesto a “propio”, lo que pertenece al sujeto, es “ajeno”. Por otra parte, en concordancia con lo que se ha dicho en relación con la existencia de marcadores propios y teniendo en cuenta, además, el concepto de memoria inmunitaria, lo “propio” es también lo “familiar”, cuyo par opuesto es lo “extraño”. Familiar es aquello con lo que se trata reiteradamente, con lo que uno se familiariza, al punto de que se lo llega a considerar equivalente a lo propio.

<sup>4</sup> Los subrayados en dichos párrafos pertenecen al original.

dre 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<sup>5</sup>.
- 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 “intra-bloque”* 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 provienen 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 haploide<sup>6</sup> de las células sexuales, de

<sup>5</sup> La mayor parte de los genes no son codominantes, por el contrario son dominantes o recesivos. Se denomina recesivo al gen incapaz de expresarse porque su homólogo, llamado dominante, se lo impide.

<sup>6</sup> La división haploide de los gametos consiste en la reducción del número de cromosomas a la mitad de los que poseen las otras células del cuerpo.

modo que si esa recombinación ocurriera sería transmitida a la siguiente generación.

## 4. 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*<sup>7</sup>.

### 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”*<sup>8</sup>.

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

<sup>7</sup> Otro símbolo de identidad individual son las huellas dactilares, que tienen características tan específicas que permiten diferenciar a un individuo de otro y pueden arrogarse por ello la representación de la identidad completa.

<sup>8</sup> 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.

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<sup>9</sup> 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 madre<sup>10</sup>.

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,

<sup>9</sup> En el texto que estamos citando se sobreentiende que si bien el HLA como distintivo se constituye sólo sobre dos linajes, esta constitución doble es un símbolo de la compleja mezcla de las líneas ascendentes de las que provenimos. Así, la identidad individual de cada sujeto se constituye como combinatoria de las cualidades heredadas de los dos padres, los cuatro abuelos, los ocho bisabuelos, etc. Esta aclaración es extensiva para el resto de los párrafos citados. En otras palabras, por herencia se recibe *el distintivo de dos linajes*, aunque los linajes que nos constituyen sean, en realidad, cuatro, ocho, etc. Con el distintivo bioquímico de la identidad ocurre algo semejante a lo que sucede con los apellidos, de los cuales, de un modo sintético, se utilizan sólo uno o dos.

<sup>10</sup> 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.

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”<sup>11</sup> (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 los gametos), 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 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.

<sup>11</sup> “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. Cuando los autores citados utilizan la expresión “haplotipos entenados”, lo hacen para referirse al hallazgo de combinaciones muy poco frecuentes, o extrañas, dentro de la docena de antígenos HLA, para la población a la que pertenece un determinado sujeto.

## 5. Sobre la realidad y el significado del clivaje en el HLA

El HLA, como distintivo bioquímico de lo propio, configura, como dijimos, un símbolo de la identidad<sup>12</sup>; pero la identidad misma está constituida por el cuerpo todo. En otras palabras, al hablar de “símbolo o distintivo de la identidad individual” entendemos que el referente al cual este símbolo alude es el conjunto de la estructura corporal.

Cuando hablamos, entonces, de “clivaje fisiológico”, nos referimos a un clivaje que ocurre en el distintivo. Allí, en el símbolo, el clivaje es real. Sin embargo, este clivaje no ocurre en el referente: las estructuras orgánicas están constituidas por herencias que provienen del conjunto de todos nuestros antepasados.

Por consiguiente, el clivaje mediante el cual está configurado el HLA es un clivaje simbólico, es decir, constituye la fantasía de un clivaje o, si se prefiere, un clivaje en la representación-representante, pero no un clivaje en el referente.

Debemos aclarar ahora, sin embargo, que un clivaje en la estructura de reconocimiento (HLA), estructura que no sólo representa sino que sirve para mantener la identidad bioquímica de todo el organismo y cada una de sus partes, termina por equivaler, desde el punto de vista de su sentido o finalidad, a un clivaje en el referente.

Sucede que el referente (el cuerpo en su conjunto y cada una de sus partes), como manifestación de una herencia combinada de todos los antepasados, nunca podría ser utilizado para el reconocimiento inmunitario, ya que como tal es, a los efectos prácticos, inconmensurable. El distintivo o símbolo, en cambio, genera una categoría que lo transforma en una línea demarcatoria, es decir, una especie de mapa que *constituye un criterio* para discriminar entre lo propio y lo ajeno. Como tal es, entonces, una estructura de reconocimiento que tiene un valor real para el organismo en su conjunto.

## II. El significado inconciente de las enfermedades autoinmunitarias

“La patología –dice Freud– mediante sus aumentos y engrosamientos, puede llamarnos la atención sobre constelaciones normales que de otro modo se nos escaparían. Toda vez que nos muestra una ruptura o desgarrar-

<sup>12</sup> En ese sentido, el distintivo es un “blasón”, como lo es el escudo nobiliario.

dura, es posible que normalmente preexistiera una articulación. Si arrojamus un cristal al suelo se hace añicos, pero no caprichosamente, sino que se fragmenta siguiendo líneas de escisión cuyo deslinde, aunque invisible, estaba comandado ya por la estructura del cristal. Unas tales estructuras desgarradas y hechas añicos son también los enfermos mentales” (Freud, 1933a [1932]\*, págs. 54-55).

Pensamos que esta cita de Freud se evidencia plenamente válida también para la enfermedad somática, ya que pensamos que el cuerpo es un existente dotado de un significado “propio” o inherente.

En el trabajo “El significado inconciente de las enfermedades por autoinmunidad” se afirma que los seres humanos, en cuanto seres vivos nacidos de reproducción sexual no hermafrodita, somos un producto mestizo, y que nuestra identidad se constituye sobre un clivaje normal o fisiológico, testimonio de que provenimos de distintas líneas de ascendencia, linajes o estirpes que, tolerándose, se familiarizan en nosotros (Chiozza y colab., 1993d [1992]).

Se sostiene también que la soldadura entre dos linajes no siempre es perfecta, que la “línea de escisión”, como dice Freud (1933a [1932]\*, pág. 54), no siempre es “invisible”. En este sentido, todos, unos más, otros menos, llevamos dentro del alma una mezcla imperfecta que no logramos terminar de amalgamar. A veces, la desgarradura entre los linajes que nos constituyen es profunda y el rechazo entre esos dos estilos configura una intolerancia (íntima y constitutiva) apenas soportable.

Sobre la base de estas ideas, se comprendió a la enfermedad autoinmunitaria como una de las formas (patosomática) de no asumir en la conciencia el conflicto descrito, a través de desconocer y atacar, autoinmunitariamente, una parte propia y familiar como si fuera extraña.

Para la comprensión del significado inconciente del lupus eritematoso sistémico (LES), la más representativa de las enfermedades por autoinmunidad<sup>13</sup>, realizaremos un resumen o esquema general que surge del estudio psicoanalítico mencionado (Chiozza y colab., 1993d [1992]), complementándolo con reelaboraciones posteriores a su publicación.

- 1) *Un punto de fijación universal.* Todo hijo es un producto mestizo no sólo porque proviene de la “mezcla” de ambos pa-

<sup>13</sup> La inmunología considera que el LES es la más representativa de las enfermedades autoinmunitarias, probablemente por su gravedad y porque afecta a distintos sistemas. Como veremos, desde el psicoanálisis es posible considerarla como la enfermedad autoinmunitaria más representativa basándose en otros argumentos.

dres, sino también porque en él se unen diferentes linajes o estirpes familiares que, dadas sus semejanzas y diferencias, pueden acoplarse con mayor o menor grado de integración. (El HLA, en cambio, símbolo distintivo de la identidad, se configura, como vimos, sobre la base de genes que provienen sólo de dos de estos linajes.) Este mestizaje inevitable configura un plano de clivaje normal o fisiológico que otorga la base para pensar en la existencia de un “punto de fijación autoinmunitario”, que, con diferentes grados de importancia, es común a todos los seres humanos.

2) *La imposibilidad de asumirse como mestizo.* Cuando un sujeto experimenta la vivencia de que el vínculo entre sus padres se sostiene pasando por encima de una profunda intolerancia mutua (basada en diferencias significativas relacionadas con aspectos primarios de la identidad), y siente que uno y otro progenitor esperan ver en él sólo sus propios aspectos, en tanto que odian, rechazan o repudian cualquier aspecto proveniente del otro, como hijo se siente en un conflicto insoluble: se siente mestizo y al mismo tiempo siente la imposibilidad de asumirse como tal.

Desde el punto de vista metapsicológico, el ideal del yo del enfermo autoinmunitario está constituido con dos mandatos incambiables, correspondientes a supuestos proyectos del padre y de la madre que son contradictorios entre sí.

Hoy nos resulta posible completar esta comprensión del conflicto básico del enfermo autoinmunitario considerando también lo que ocurre en el yo. Desde este ángulo, en lugar de poner el acento en la prohibición superyoica, subrayamos que el yo mismo experimenta un profundo *rechazo al mestizaje*. Enriquecemos de este modo las representaciones que pueden utilizarse en el trabajo clínico<sup>14</sup>.

En efecto, cuando la imposibilidad de asumirse como mestizo alcanza suficiente importancia, se puede expresar a través de

<sup>14</sup> Conviene aclarar aquí, sin embargo, que dado que el clivaje fisiológico ocurre en el distintivo y no en el referente, el yo tiene el camino facilitado para experimentar que el clivaje proviene del ideal. El hecho de que el distintivo sea un representante hace que en lo inconciente se lo asocie más fácilmente con el ideal que con lo que el yo es. Mestizos somos todos, ya que en el referente, en el cuerpo, somos una mezcla bien integrada. El sentirnos mestizos correspondería, entonces, a un clivaje exagerado en el distintivo, no en el referente. Pero como este distintivo es una estructura de reconocimiento creada para mantener la identidad, un clivaje exagerado en el símbolo termina por equivaler a un yo efectivamente clivado.

diferentes actitudes yoicas, aunque tales actitudes yoicas diferentes remiten, en lo inconciente, a un significado idéntico<sup>15</sup>.

Desde una *actitud melancólica*, el sujeto se siente culpable de no poder amalgamar en sí las identificaciones que lo constituyen. Procurando “salvar a los padres”, se autorreprocha la intolerancia. Si el sujeto pusiera en palabras esta actitud diría: “No es cierto que tengo prohibido el mestizaje, soy yo el intolerante que rechaza toda mezcla”.

Cuando, en cambio, adopta una *actitud paranoide*, no reconoce como propia la intolerancia y la incapacidad de mezclarse armónicamente. En este caso, aspira a liberarse de la culpa atribuyéndola a sus progenitores, a los cuales acusa de haberle transmitido una orden contradictoria. Con su actitud diría: “No es cierto que rechazo toda forma de mezcla, mis padres han dejado esa prohibición dentro de mí”.

La *actitud maníaca*, cuya característica es la negación, suele adquirir particular relevancia. Contemplando la historia de los enfermos por autoinmunidad, se observa una *conducta alternante* que fue comprendida como un recurso frente a la imposibilidad de integrarse armoniosamente en un producto mestizo que, en la vivencia del enfermo, traicionaría por igual a ambos padres. Mediante esta “identidad alternante”, el sujeto se aproxima sucesivamente a uno de los progenitores y rechaza al otro.

Hoy cabe agregar, en este aspecto, que el sujeto no se siente a sí mismo alternando. Cuando está viviendo “instalado” en una de las dos “identificaciones”, desconoce o niega maníacamente lo que pueda tener del modelo de identificación que rechaza. En este sentido, la alternancia no es una vivencia. Sin embargo, para el observador “externo”, la alternancia es una evidencia llamativa e innegable<sup>16</sup>.

3) *Choque de estilos con un objeto actual*. Cuando en la convivencia con un objeto al que no se puede abandonar (porque en lo inconciente representa una parte de sí mismo) se produce un choque de estilos, este choque reedita la antigua

<sup>15</sup> En este punto seguimos el esquema utilizado en “El significado inconciente específico del SIDA” (Chiozza y colab., 1996c [1995]).

<sup>16</sup> Colocamos la palabra “externo” entre comillas porque el observador puede ser el mismo sujeto que, auto-objetivándose, recorre con una mirada la historia de su vida y se ve a sí mismo alternando. Es decir que para contemplar una identidad alternante es necesario considerar el tiempo como decurso.

intolerancia al mestizaje. Si a la imposibilidad de hacer consciente la intolerancia, reactivada con el objeto actual, se suma una presión de la circunstancia que hace imposible mantener la conducta alternante, el sujeto intenta desconocer definitivamente una parte de sí mismo que, habiendo sido familiar, ahora es considerada extraña.

4) El ataque autoinmunitario se constituye así como *la deformación patosomática* de la clave de inervación de un afecto que, si se hubiera descargado como tal, habría correspondido a un sentimiento conciente de intolerancia, particularmente conflictivo, porque está dirigido a un objeto al que se lo experimenta como imprescindible (Chiozza y colab., 1993d [1992], apdo. II.7). El ataque autoinmunitario es pues, en última instancia, la deformación patosomática de una intolerancia que equivale, en términos metapsicológicos, a una especie de autorreproche melancólico de características muy regresivas, producto de una disociación protomelancólica precoz (Chiozza, 1963a, 1998b [1970]) que se establece por un mecanismo de doble introyección, en el yo y en el superyó, análogo al descrito por Freud (1917e [1915]\*) en la disociación melancólica.

### III. El significado inconciente de las enfermedades autoinmunitarias órgano-específicas

La inmunología agrupa a las enfermedades autoinmunitarias en dos categorías: las órgano-específicas, en las cuales se afecta un particular órgano o tejido, y las sistémicas, donde quedan comprometidos diferentes órganos simultáneamente. Si bien nuestro interés se dirige a profundizar en el estudio del significado inconciente específico del lupus eritematoso sistémico, comenzaremos por comprender cuál es la diferencia, desde el punto de vista de los significados, entre uno y otro tipo de patología autoinmunitaria<sup>17</sup>.

<sup>17</sup> Sabemos que el organismo se constituye como una *organización jerárquica*, en la cual no todas las partes tienen la misma importancia. Del mismo modo, observamos al yo como un conjunto de funciones, cualidades, aptitudes o facultades, jerárquicamente organizadas, algunas de las cuales poseen un *papel central o nuclear*, en tanto otras son *menos esenciales*.

Estas funciones orgánicas (o cualidades yoicas) pueden también ser “recortadas”, diferenciadas y separadas por sus planos de clivaje. A partir de este punto,

En las enfermedades autoinmunitarias en las que se afecta particularmente un órgano o función (como, por ejemplo, la miastenia gravis o la esclerosis en placas), *la intolerancia y el conflicto entre los estilos compromete, precisamente, el ejercicio de la función o capacidad yoica que el órgano afectado simboliza*. Lo que nos importa señalar ahora es que, en este caso, el ataque autoinmunitario no está dirigido a la persona toda, sino a una determinada capacidad o función implicada específicamente en el conflicto. De acuerdo con esto, es natural pensar que el choque de estilos se concentra y se hace más evidente, toda vez que en la convivencia es necesario ejercer esa función.

A modo de ejemplo veamos la intolerancia y el choque de estilos en el conjunto de la significación de una enfermedad autoinmunitaria llamada órgano-específica.

## La esclerosis en placas

La esclerosis múltiple o esclerosis en placas es una enfermedad que cursa por brotes y sus manifestaciones varían desde un episodio aislado, que prácticamente no deja consecuencias, hasta una forma crónica recurrente que puede conducir a la invalidez. Se caracteriza por afectar a la sustancia blanca del sistema nervioso, destruyendo, mediante el ataque *autoinmunitario*, a la proteína básica que constituye la vaina de mielina.

Desde el punto de vista psicoanalítico (Chiozza y colab., 1986e; Chiozza, 2001a [1986-1997], cap. XI), esta enfermedad fue comprendida como una forma particular de melancolía (anérgico-miasténica) caracterizada por el desánimo. Los ideales, propios de esta particular melancolía, se sustentan en una historia en la que es dable observar la existencia de algún personaje destacado e ilustre, con una elevada capacidad de materializar, al punto de que estos ideales suelen quedar representados por figuras ecuestres. Dado que se trata de un personaje que ofrece un modelo concreto de identificación, el enfermo vivencia que debe realizar algo *conocido e imposible*, y su particular dificultad de materialización afecta a la última etapa de ese proceso: la acción motora voluntaria que corresponde al músculo estriado y al sistema piramidal. El déficit en la materialización, propio de la esclerosis en placas, queda simbolizado por el déficit de una acción motora que debe emprenderse. La lesión autodestructiva del

---

podemos establecer una primera diferenciación en el significado de los dos tipos de enfermedades por autoinmunidad.

sistema nervioso *equivale a un des-concierto sensorio-motor o actitud vacilante y significa un ataque a la acción eficaz*. El trastorno en la realización de los movimientos afecta más a la “figura” de una determinada acción, sin afectar la “trama” de fondo. Esta última representaría a las figuras arcaicas que colaboran en la ejecución de esa misma acción. El carácter aparentemente azaroso de la distribución “en salpicaduras” de las lesiones nerviosas responde a la figura de un particular desconcierto. Cada uno de los “brotos” de la enfermedad simbolizaría un nuevo intento fallido (atacado) de “alcanzar” el ideal deseado y temido. La destrucción de la mielina, semejante al “fundido” de la sustancia aislante, simbolizaría una situación traumática particular frente al encuentro con esos ideales “quemantes” de carácter incestuoso.

Como dijimos, en la patogenia de esta enfermedad interviene un proceso autoinmunitario, de modo que hoy es posible enriquecer la comprensión psicoanalítica de la esclerosis en placas a partir de los significados propios de las enfermedades por autoinmunidad.

Al estudiar las biografías de estos pacientes encontramos que el personaje ilustre, capaz de materializaciones importantes, que se constituye en modelo de identificación de algo conocido e imposible, *proviene de uno de los linajes* que conforman a cada sujeto. El mecanismo autoinmunitario implicado en la enfermedad nos indica que en el ataque a la acción eficaz se está simbolizando también el ataque a uno de los linajes de los que se procede.

El ejemplo de la esclerosis en placas, una de las enfermedades autoinmunitarias llamadas órgano-específicas, muestra que una vez comprendido el significado autoinmunitario podemos integrarlo como una pieza que faltaba en el mosaico de fantasías que se simboliza en la enfermedad. Pero lo que nos interesa subrayar ahora es que la comprensión profunda del significado de esta enfermedad, aun sin incluir el aspecto autoinmunitario, demuestra que en esta patología *el núcleo de significación se asienta más en la función afectada que en el modo a través del cual se afecta la función*<sup>18</sup>. Sin embargo, conocer esta modalidad y comprenderla en su sentido complementa y enriquece, con su matiz específico, los significados o fantasías que se ocultan en esta enfermedad.

Los avances actuales de la inmunología permiten descubrir mecanismos autoinmunitarios desconocidos hasta hoy en la etiopatogenia de diversas

<sup>18</sup> En este punto cabe señalar que “*el modo a través del cual se afecta una función*” corresponde, desde otro ángulo, a la falla de otra función, y en otra circunstancia puede ser de interés considerar en primer plano el significado de esta falla.

afecciones. En estos casos, entonces, es posible completar, mediante una ampliación del sentido que no modifica su esencia, la comprensión del significado de enfermedades cuyo núcleo de significación ya se ha interpretado psicoanalíticamente.

En el lupus eritematoso sistémico, en cambio, el significado alrededor del cual se comprende la enfermedad gira, indiscutiblemente, en torno a lo autoinmunitario, de modo que sería imposible entender el sentido de la enfermedad sin considerar este aspecto.

#### IV. El lupus eritematoso sistémico en la clínica médica

El LES es una enfermedad inflamatoria crónica y generalizada que puede manifestarse en muy distintos órganos y evoluciona por brotes, con períodos de actividad y de remisión.

Tal como lo muestra la historia de la medicina, la vinculación entre sus diversas manifestaciones fue el producto de hallazgos paulatinos. La descripción del síndrome cutáneo del LES se debe a Bielt, en 1838; luego Hebra, en 1845, destacó el símil “lesión en alas de mariposa” en el rostro, y Cazenave, en 1851, lo denominó lupus eritematoso. Posteriormente, a partir de Kaposi, se concibe al lupus<sup>19</sup> como enfermedad sistémica, concepto reforzado por Osler (entre 1895-1904) debido al descubrimiento de que la vasculitis que se observa en la piel es la misma lesión que se manifiesta en otros órganos. En 1923, Libman y Sacks describieron el compromiso endocárdico; en 1935 se describió el compromiso glomerular, y en 1941 quedó incluida dentro de las “enfermedades difusas del colágeno” (Fustioni y otros, 1970; Battagliotti y Greca, 1992).

Actualmente, con los descubrimientos de la inmunología, el LES forma parte del capítulo de las enfermedades por autoinmunidad. En nuestros días continúan las investigaciones a fin de conocer los delicados mecanismos bioquímicos que participan en la que es, tal vez, “*la más devastadora de las enfermedades autoinmunitarias*” (Steinman, 1993, pág. 75, subrayado nuestro). Si bien se ignora por qué presenta una morfología tan variable, el hecho de que afecte a tantos tejidos diferentes muestra que el LES es “*un fallo general de la autotolerancia*” (Steinman, 1993, pág. 75, subrayado nuestro).

<sup>19</sup> La denominación “lupus” también alude a la lesión cutánea por tuberculosis. Sin embargo, a lo largo de este trabajo utilizamos los vocablos “lupus” o “lúpico” para referirnos siempre al lupus eritematoso sistémico o LES.

Si bien el cuadro inicial es variable y polimorfo, suele comenzar en la juventud con las típicas lesiones en la piel del rostro, que se acompañan habitualmente de artralgias migratorias, lesiones renales y alteraciones cardíacas. En períodos posteriores pueden aparecer lesiones pulmonares, hepato y esplenomegalia, y manifestaciones neurológicas. El examen del fondo de ojo muestra lesiones hemorrágicas con exudados algodonosos (Vilardell Tarrés y Ordi Ros, 1995; Steinman, 1993).

El dato más relevante en los exámenes de laboratorio es *la presencia de una gran variedad de autoanticuerpos (especialmente antinucleares)*, a lo que se agrega: alteración del complemento, inmunocomplejos circulantes en sangre, anemia, leucopenia y trombocitopenia. En los casos con lesión renal, el examen de orina muestra hematíes, leucocitos, cilindros y proteínas en grados variables.

Entre los anticuerpos antinucleares cabe destacar la presencia de los anticuerpos anti-ADN (ácido desoxirribonucleico). Ellos son de dos tipos: a) contra el ADN de doble cadena, y b) contra el ADN desnaturalizado o de una sola cadena (cuando ésta se desdobla para autoduplicarse). *El más específico es el anticuerpo anti-ADN de doble cadena, ya que se encuentra en forma exclusiva en el LES, y su presencia lo diferencia de todas las otras enfermedades autoinmunitarias* (Fye y Sack, 1991).

Años atrás se pensaba que un anticuerpo no penetraba en el interior de las células vivas. Surgía entonces la pregunta: ¿cómo puede un anticuerpo anti-ADN ponerse en contacto con el ADN contenido en el núcleo celular? Hoy se sostiene que los anticuerpos anti-ADN pueden penetrar la membrana celular en búsqueda del antígeno. Sin embargo, cuando una célula muere como parte de su ciclo vital, deja libres sus estructuras nucleares, entre ellas el ADN<sup>20</sup>. De ese modo, el ADN libre, circulante en sangre o líquidos extracelulares, pasa a ser un antígeno que puede combinarse con su anticuerpo específico formando los típicos complejos inmunitarios (ADN-antiADN) (Benacerraf y Unanue, 1984).

El descubrimiento de que los anticuerpos pueden penetrar en las células vivas no sólo permite comprender el posible mecanismo de daño en algunas enfermedades autoinmunitarias, sino que da por tierra con otro de

---

<sup>20</sup> Los ácidos nucleicos están en permanente recambio en las células del organismo, y para su síntesis, el hombre no necesita del aporte de bases nitrogenadas por medio de la dieta. Dicho aporte proviene de la destrucción de las células propias. A partir de los ácidos nucleicos liberados, las bases son “reutilizadas” por la vía llamada de “recuperación” o son producidas “*de novo*” en todas las células (Blanco, 1997, pág. 319).

los dogmas biológicos: el que sostenía que el medio interno de la célula era inmunológicamente privilegiado (Alarcón-Segovia, Ruiz-Argüelles y Llorente, 1995)<sup>21</sup>.

Se cree que la mera presencia de los complejos ADN-antiADN en la circulación sanguínea no es perjudicial por sí misma. Estos complejos suelen eliminarse mediante el sistema fagocito-mononuclear. Pero en el caso de los enfermos de LES, la gran cantidad que existe suele sobrecargar el sistema por la incapacidad de eliminarlos con la celeridad necesaria, lo que da lugar a que se depositen en los tejidos desencadenando los fenómenos inflamatorios del LES (Hay, 1996).

Los anticuerpos anti-ADN tienen marcada afinidad por las fibras del tejido colágeno del glomérulo renal, de modo que los complejos ADN-antiADN que se hallan en la membrana basal glomerular de los pacientes con LES son responsables de la típica glomerulonefritis lúpica (Hay, 1996). Según Vilardell Tarrés y Ordi Ros (1995), casi todos los pacientes poseen alteraciones renales histológicas, cuyas lesiones inflamatorias se observan en los vasos de pequeño calibre, arteriolas y capilares glomerulares.

Los complejos antígeno-anticuerpo también se depositan en la membrana sinovial de las articulaciones, en la pleura, en el pericardio, en los septos alveolares pulmonares, en la piel (en la dermis), en el cuerpo ciliar del ojo, en el plexo coroideo y en vasos de pequeño calibre produciendo vasculitis generalizada (Steinman, 1993).

Es frecuente que las artralgias aparezcan, por períodos relativamente breves, como manifestación única, sin erosionar ni deformar la articulación. En cambio, cuando la enfermedad es prolongada, el dolor es constante y la artritis (que es simétrica y franca) puede llegar a deformar la articulación por afección tendinosa, e, incluso, conducir a la necrosis avascular ósea del fémur o del húmero (Vilardell Tarrés y Ordi Ros, 1995).

En el lupus son muy frecuentes las lesiones eritemato-violáceas en las zonas expuestas de la piel (Gatti y Cardama, 1958)<sup>22</sup>. La más característica es la que se observa en la cara figurando la forma de una mariposa con las alas abiertas.

<sup>21</sup> Recientemente se demostró que los anticuerpos pueden penetrar las membranas celulares y nucleares de células sanas, como los monocitos, neuronas, fibroblastos, células epiteliales y glomerulares, y, también, en las células neoplásicas, para atacar al ADN y proteínas importantes para la transcripción genética (Alarcón-Segovia, Ruiz-Argüelles y Llorente, 1995).

<sup>22</sup> Gatti y Cardama (1958) señalan que las lesiones dérmicas asientan preferentemente en la cara, las manos, en el pulpejo de los dedos o en la piel de cualquier región del cuerpo.

Aproximadamente el 80% de las personas afectadas de LES son mujeres<sup>23</sup>, circunstancia que ha sido “explicada” por la acción de los estrógenos que favorecen la formación de anticuerpos anti-ADN. Al respecto, se señala la mayor prevalencia de esta patología en mujeres durante la edad procreativa<sup>24</sup>. Además, se destaca la reactivación de la enfermedad durante la gestación y, como consecuencia de la enfermedad, la frecuente interrupción del embarazo, aunque se desconocen las causas (Vilardell Tarrés y Ordi Ros, 1995).

Dado que no existe una terapéutica específica, los medicamentos que se usan son paliativos que procuran disminuir los síntomas. Los más frecuentes son: antiinflamatorios no esteroideos o antipalúdicos en caso de fiebre, artralgias o artritis; glucocorticoides para los períodos agudos con lesiones dérmicas, pulmonares o renales; inmunosupresores en caso de respuesta negativa a los corticoides (Vilardell Tarrés y Ordi Ros, 1995). El tratamiento de estos enfermos se complementa con recomendaciones para prevenir el empeoramiento o la aparición de nuevos brotes: se indica evitar la exposición a los rayos ultravioleta, no tomar anticonceptivos y prestar atención a las situaciones que reactivan la enfermedad (como el embarazo, las infecciones, el aborto o las intervenciones quirúrgicas) (Vilardell Tarrés y Ordi Ros, 1995).

## V. Fantasías inconcientes específicas del lupus eritematoso sistémico<sup>25</sup>

### 1. Acerca del nombre “lupus”

En esta enfermedad llama la atención su nombre: lupus eritematoso o lobo rojo. Como vimos, desde la fisiopatología parece hoy un nombre insuficiente, meramente descriptivo de un síntoma, que por otra parte a veces no está presente. Pensamos, en cambio, desde el psicoanálisis, que esta denominación no puede ser azarosa y que debe remitir a un significado inconciente captado por quienes tuvieron la ocurrencia de nominarla de ese modo.

<sup>23</sup> Para Vilardell Tarrés y Ordi Ros (1995), entre el 76 y 93% de los casos registrados.

<sup>24</sup> Battagliotti y Greca escriben que “la relación mujer/hombre es de 1,4:1 en la infancia, llega a 8,1:1 entre los 30 y 39 años y decrece a 2,2:1 luego de los 60 años” (Battagliotti y Greca, 1992, pág. 3).

<sup>25</sup> Otros autores se han ocupado con anterioridad del significado del LES. Consignamos brevemente sus conclusiones. Cesio y colaboradores sostienen que “en ciertas circunstancias los propios tejidos del individuo resultan ‘malos’, se pierde la discriminación y el sujeto reacciona defensivamente autoagrediendo y destruyén-

El vocablo *lupus* (en latín, “lobo”) se utilizó por primera vez en el medioevo para nominar diferentes patologías ulcerativas de la piel del rostro (Battagliotti y Greca, 1992). Suele afirmarse que esta denominación proviene de la semejanza de las lesiones con las mordeduras del lobo. Sin embargo, hay quienes (Steinman, 1993) sostienen que el nombre proviene de la impresión lupina que adquiere el rostro del enfermo.

Según Pérez Rioja (1994), el lobo es un símbolo tradicional de la astucia, de la crueldad y del mal. Este mismo significado se manifiesta en la expresión latina que perdura hasta hoy y que también usara Freud en *El malestar en la cultura*: “*homo homini lupus*”, “el hombre es un lobo para el hombre” (citado por Freud, 1930a [1929]\*, pág. 108), con lo que se quiere significar que “a veces el hombre es para su semejante peor que las fieras” (Larousse, 1972a). Para Bettelheim (1975), el lobo representa al seductor peligroso que se convierte en el destructor, cuando se cede a sus deseos. Representa, asimismo, todas las tendencias asociales y primitivas que hay dentro de cada uno de nosotros. Racker<sup>26</sup> solía decir que el lobo representa la oralidad y el oso la genitalidad.

El rojo, por su parte, según Pérez Rioja (1994), es el color de la sangre, connota actividad y estimulación, se lo vincula con las emociones e indica, a la vez, amor y odio. Simboliza también el martirio, porque es el color de la sangre derramada y, por lo tanto, es el color que la Iglesia atribuye a los ornamentos para las celebraciones de los santos mártires. Para Bettelheim (1975), el rojo es el color que simboliza las *emociones violentas*, sobre todo las de tipo sexual.

La asociación entre “lobo” y “rojo” nos remite, casi inevitablemente, al cuento de Caperucita Roja. Algunos de los significados que destaca Bettelheim (1975) en su interpretación, son atinentes a nuestro tema. Como ocurre con los mitos de la Antigüedad, se conocen varias versiones de los cuentos perdurables.

---

dose. Es lo que sucede en el lupus, donde los mecanismos de defensa, tomando como objeto al propio organismo, lo destruyen” (Cesio y colab., 1968, pág. 487) Ada Rosmaryn, en 1978, presentó en el Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicosomática (CIMP) un trabajo (inédito) titulado “Lo que no fue”, que será discutido más adelante en el texto.

Por su parte, L. Billiet, A. y H. Corniglio, E. y N. Marín y C. Schneer (1987), en el trabajo “Lupus eritematoso sistémico. Consideraciones sobre un caso clínico” (también presentado en el CIMP) concluyen que en el LES es posible pensar que la intolerancia inmunitaria remite a un ataque de modelos, a los que, aunque inviables, se hace imposible renunciar. Cada aspecto “genético” en su individualidad, pugna por no ceder su lugar.

<sup>26</sup> Luis Storni, comunicación personal.

En algunas versiones francesas, el lobo obliga a Caperucita a comer carne y a beber sangre de la abuela a pesar de unas voces que le advierten que no lo haga. En otras versiones del mismo origen, “Caperucita se encuentra con el lobo en una encrucijada, o sea, en un lugar en el que debe tomarse una decisión importante: qué camino seguir. El lobo pregunta: ¿por qué camino irás, por el de las agujas o por el de los alfileres? Caperucita Roja escoge el sendero de los alfileres porque, tal como se explica en una de las versiones, es más fácil unir las cosas mediante alfileres que coserlas con agujas” (Bettelheim, 1975, pág. 241).

De acuerdo con estas ideas y dado su nombre, el significado de esta enfermedad parece vinculado a la represión de una emoción violenta, sangrienta, cruel, ambivalente, asocial y destructiva, dirigida incluso hacia personas muy queridas. Podríamos conjeturar también que el nombre remite a la significación de encrucijada y decisión y a la elección del camino fácil, aunque para esta interpretación contamos, por el momento, con el único anclaje que nos brindan algunas versiones del cuento de Caperucita Roja.

## 2. Acerca del “núcleo” de la identidad

El LES es considerado una enfermedad autoinmunitaria órgano-inespecífica. Desde un punto de vista descriptivo comprendemos el sentido de esta denominación ya que, como vimos, no hay un solo órgano afectado sino que habitualmente compromete al riñón, las articulaciones, la piel, el cerebro, etc. Sin embargo, desde el punto de vista inmunitario, la variedad de autoanticuerpos presentes en el lupus no es ilimitada e inespecífica. Por el contrario, estos autoanticuerpos tienen como blanco algunas estructuras proteicas del núcleo celular, en especial el ADN de doble cadena<sup>27</sup>.

Cuando se constituye una sociedad cualquiera se establecen, conciente o inconcientemente, una serie de contratos que regirán su funcionamiento. Se acuerdan los fines, se distribuyen funciones, etc. Escritos o no, los contratos son lineamientos generales que constituyen lo que se denomina un

<sup>27</sup> Desde el punto de vista psicológico carecería de sentido, entonces, intentar hallar el significado acentuando el carácter descriptivo de enfermedad “órgano-inespecífica”, ya que nos conduciría a comprenderla como sumatoria de “distintos significados parciales” y a concluir que se ataca autoinmunitariamente a toda la personalidad. Nos parece más útil plantear, desde el comienzo, que en el lupus el autoataque se dirige contra un aspecto central de la identidad o, mejor aún, contra el “núcleo” mismo de la identidad.

estatuto. A poco andar, en el ejercicio de la convivencia se pone en juego el par antitético tolerancia-intolerancia. Si se tratara, por ejemplo, de una sociedad científica, uno de cuyos fines fuera el estímulo a la investigación, podría ocurrir que en esa área resultaran incompatibles los intereses o los estilos de alguno de los miembros. Un conflicto semejante equivaldría, en los términos de una reacción autoinmunitaria, a lo que se denomina “enfermedad órgano-específica”.

Si, en cambio, las diferencias se manifestaran en lo que se refiere a los ideales y fines básicos, a los motivos, intenciones e intereses fundamentales, en síntesis, al *sentido mismo de la sociedad* contenido en su estatuto, el conflicto se produciría en lo que podemos considerar el núcleo de la identidad social, y expresado en términos de la reacción autoinmunitaria, equivaldría a lo que llamamos “enfermedad autoinmunitaria sistémica”.

“No desconocemos, por cierto –dice Freud–, que *el núcleo del yo* (el ello, como lo he llamado más tarde), *al que pertenece la ‘herencia arcaica’ del alma humana*, es inconciente” (Freud, 1921c\*, pág. 71 n. 3, subrayado nuestro)<sup>28</sup>. Aunque Freud no defina allí lo que es el núcleo de la identidad, de nuestro modo de ser, podemos saber que en él reside un legado arcaico, una historia, un cúmulo de significaciones heredadas en las que hunde sus raíces nuestro ser actual. Si en el lupus el autoataque se dirige contra el “núcleo” de la identidad, debemos pensar, entonces, que en esta enfermedad está comprometido un legado ancestral que le da sentido a nuestra vida.

### 3. Acerca del sentido de la vida

Cuando, interesados en comprender un drama particular, nos adentramos en la intimidad de una vida, solemos descubrir que un propósito determinado predomina sobre el conjunto de los intereses de un individuo hasta el punto que nos permite decir que ese objetivo constituye el sentido de su vida. Por ejemplo, una persona que ha dedicado su vida al propósito de vengar la muerte de su padre. El psicoanálisis nos ha mostrado que muchas veces tales motivaciones, que se enraízan en la vida individual de una persona, permanecen inconcientes y reprimidas, ocultas por otros propósitos concientes.

<sup>28</sup> Esta cita es de una nota al pie de *Psicología de las masas y análisis del yo* (Freud, 1921c\*), escrito en 1921. El texto no indica cuándo fue agregado el párrafo entre paréntesis, que lógicamente debe ser posterior ya que Freud comenzó a utilizar el término “ello” a partir de 1923.

Pero el psicoanálisis nos enseña también que además de este sentido construido de acuerdo a las vicisitudes de la vida de cada persona, en un nivel más profundo, es posible descubrir un sentido de la vida que arraiga en legados ancestrales. Se pueden describir, así, legados propios del linaje o de la raza. Incluso es posible decir que la vida misma nos impone su sentido. Nos referimos a la conocida afirmación de Freud cuando escribe que el individuo lleva en sí “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, 1914c\*, pág. 76).

Nos parece útil diferenciar, de acuerdo con estas ideas:

- 1) Un *sentido primario de la vida*, adquirido por identificación directa (primaria) consistente en transmitir la vida misma y los legados ancestrales propios de cada raza, linaje o estirpe.
- 2) Un *sentido secundario*, basado en las relaciones de objeto de la historia individual y por lo tanto en las experiencias e intereses de cada sujeto particular.

#### 4. El ADN y su significado

Los conocimientos de la inmunología nos abren una puerta para comprender el significado inconciente del LES, cuando nos hablan de la presencia de anticuerpos anti-ADN de doble cadena como su signo patognomónico. Este signo nos conduce a preguntarnos acerca del significado inconciente específico del ADN de doble cadena y de por qué se lo ataca autoinmunitariamente.

El ADN es el soporte material (bioquímico) para la transmisión de la herencia. Como tal, es *un plano o modelo* con toda la información necesaria para constituir un nuevo ser a imagen y semejanza de los progenitores que se unieron para darle origen. También es *un manual de instrucciones* donde se encuentran codificados los procedimientos necesarios para ejecutar el plano. Y contiene, además, la información que lo hace capaz de ejecutar las instrucciones que porta, deviniendo el *ingeniero o arquitecto* que lleva a cabo la dirección de la obra a lo largo de toda la vida<sup>29</sup>.

<sup>29</sup> Se ha planteado en la ciencia una polémica fundamental acerca de cómo se ha llegado a constituir la sabiduría del ADN. Más allá del mecanismo a través del cual evoluciona el ADN (es decir, más allá de si se heredan o no los caracteres adquiridos), la polémica esencial se sustenta acerca de si la evolución está conducida por la supervivencia del más apto a partir de mutaciones meramente aleatorias y

## a. Anatomía del ADN

Desde el punto de vista físico-químico, el ADN se presenta en forma de doble cadena helicoidal. Cada hebra o cadena está formada por:

- a) elementos estructurales constantes (azúcares y ácidos fosfóricos) que, ubicados en la parte exterior de la columna, le confieren la estructura lineal;
- b) cuatro bases nitrogenadas variables (adenina, guanina, timina y citosina) que ocupan la parte central.

Estas cuatro bases (*que a través de su combinación portan la información genética*) equivalen a letras que sirven para formar las “palabras” con las que se escribe la información que porta el ADN.

Las dos hebras de la doble cadena se mantienen unidas por bases nitrogenadas complementarias que forman pares fijos. A la adenina en una hebra, le corresponde la timina en la otra, y a la citosina se le enfrenta la guanina y viceversa. De tal modo, si una de las dos hebras siguiera esta secuencia, GGATTC, la hebra complementaria sería CCTAAG.

Este doble registro de la información (en el que una cadena es la “copia en negativo” de la que se le enfrenta) tiene como función evitar los errores y controlar las correcciones (Alberts y otros, 1994, pág. 245). Es decir, la doble cadena contiene en sí misma una copia de seguridad que reasegura la fidelidad en la autoduplicación. Desde este punto de vista, *el hecho de que la cadena sea doble parece estar al servicio de una función conservadora*, como si la vida se hubiera propuesto restringir los cambios o mutaciones.

Dentro del ADN, el *gen* constituye la unidad elemental de información. La doble cadena de ADN se enrolla o empaqueta formando una estructura denominada *cromosoma*. Al conjunto completo de la información genética que portan los cromosomas se lo denomina *genoma*.

---

mecánicas o si está comandada, dirigida, orientada teleológicamente por una mente, inteligencia o espíritu, es decir, si tiene un sentido o un psiquismo inherente.

Por otra parte, cuando se habla del despliegue de la información del ADN, conviene tener presente que, dada la enorme importancia que tiene el desarrollo del plan genético durante la embriogénesis y todo el período de gestación, suele pasar inadvertido que el programa genético se cumple a lo largo de toda la vida, como se evidencia si se piensa en el desarrollo puberal e incluso en el envejecimiento y la muerte natural.

En los organismos diploides, como el hombre, *existen dos versiones de la información genética, una heredada de la madre y otra procedente del padre*<sup>30</sup>. Ambas versiones se encuentran por separado en las células de un organismo como cromosomas independientes. Los cromosomas heredados de ambos padres que portan la información para las mismas características, se denominan homólogos.

Dado que cada cromosoma posee su homólogo, y considerando que en la doble cadena que constituye el cromosoma la información se encuentra registrada dos veces (podríamos decir en positivo y negativo), dentro de una célula hay dos versiones dobles de la información.

## **b. Fisiología del ADN**

En cuanto a su función, el ADN debe, por un lado, *conservar* la información y, por otro, debe *emplearla*. Conserva la información cuando se autoduplica, y la emplea, cuando controla de manera exacta y específica la síntesis de las proteínas que son características del individuo al que pertenecen. Es decir que el ADN funciona constantemente en dos niveles diferentes: a) como estructura que porta información y que posee además la capacidad de hacer una *copia* fiel de sí misma, y b) como información capaz de *ejecutarse*, expresarse o revelarse. En otras palabras, estos dos niveles corresponden a la diferencia entre “*mención*” y “*uso*” (Hofstadter, 1979\*, pág. 571).

En el momento de la división celular es necesario que el ADN se *autoduplicue*, de modo que cada célula hija porte la información completa de su progenitora. Para llevar adelante la copia fiel de la molécula, la secuencia de bases de una hebra controla la de la otra y viceversa, proceso que la bioquímica describe con la metáfora de una mano y su guante: cuando se separan, en torno a la mano se forma un nuevo guante, en tanto que dentro del guante se genera una nueva mano (Crick, citado por Morrison y Boyd, 1987, pág. 1376).

A los fines de sintetizar proteínas tiene que *ejecutarse* la información: la doble cadena de ADN se desenrolla parcialmente y a una de las dos hebras se le acopla una cadena de ARN (ácido ribonucleico). Este ARN, llamado mensajero, conduce la información desde el núcleo al ribosoma (dentro del citoplasma), donde se sintetizan las proteínas.

<sup>30</sup> Si bien dos genes homólogos codifican para la misma característica, cada uno de ellos aporta leves diferencias de información, por ejemplo el color del iris: un gen puede aportar la información para un determinado color y su homólogo apartarla para un color diferente.

### c. El ADN, la transmisión de la herencia y el mestizaje

Los genes y los cromosomas, dice Bateson, tienen su propia anatomía y fisiología, “pero la anatomía y la fisiología de los genes y cromosomas *no* es la anatomía y la fisiología de todo el animal... es *sobre* la anatomía y la fisiología de todo el animal” (Bateson, 1972, pág. 69)<sup>31</sup>.

De acuerdo con lo que señala Bateson, el ADN de doble cadena (en su propia anatomía y fisiología) representa un plano o modelo y un manual de instrucciones “acerca de” todo el animal, y en ese sentido pertenece a un nivel de tipificación lógica diferente al que corresponde a la estructura, forma, función y desarrollo de los órganos en los que se expresa.

En términos generales, cuando se va ejecutando la información genética para la constitución de un individuo, debe elegirse, para su expresión fenotípica, entre la información proveniente de un gen contenido en un cromosoma paterno o de un gen proveniente del cromosoma materno homólogo. De modo que *el fenotipo es una resultante de la mezcla de las características heredadas paternas y maternas*. Mezcla en la que, como veremos más adelante, participa también el medio ambiente.

Existe además otro hecho biológico que promueve el mestizaje. Cuando se forma la célula genésica, durante la meiosis, los cromosomas homólogos se aparean y pueden intercambiar información mediante la “cesión” de un fragmento de ADN de un cromosoma a su homólogo y viceversa. Este fenómeno que se conoce como *crossing-over* se copia fielmente y se transmite a la descendencia. En consecuencia, la información que un padre transmite a su hijo también es la mezcla de la información que él recibió de sus progenitores.

Considerando estas circunstancias, podemos ver que la vida ha generado un ingenioso sistema que promueve la mezcla dentro del estrecho margen de la propia especie.

En síntesis, podríamos decir que la vida, por una parte, controla, restringe e incluso corrige los cambios, teniendo desde este punto de vista una actitud conservadora. Y, por otro lado, promueve y estimula mezclas a los efectos de una mayor variedad y riqueza.

### d. El lugar del ADN en el proceso estocástico

La predeterminación “escrita” en el ADN (genotipo), al desplegarse en el desarrollo epigenético, se combina con las circunstancias que configuran el contexto dando como resultado el fenotipo.

<sup>31</sup> Gooch (1980) señala que el genotipo es digital y el fenotipo es analógico.

El proceso que Bateson (1972, 1979) llama estocástico<sup>32</sup> nos ayuda a comprender mejor el significado del ADN en la función de ejecutar el conjunto de sus propias instrucciones. Forma parte del proceso estocástico, de acuerdo con dicho autor, la *combinación* de dos corrientes de sucesos: una serie de *sucesos aleatorios*<sup>33</sup>, ocasionales, no predecibles, y una serie de *sucesos selectivos*, predeterminados, no aleatorios, o invariantes, que permiten que algunos componentes surgidos de lo aleatorio sobrevivan y perduren y que otros sean descartados.

Son, entonces, dos los elementos esenciales de todo proceso estocástico: la mencionada *combinación* de las variables (una aleatoria y la otra invariante) y la *perduración* de algunos de los componentes aleatorios que pasan a incorporarse como duraderos.

De modo estocástico se constituyen tanto el “aprendizaje” (comprendido como cambio duradero dentro de una vida individual) como el cambio genético (que es un “aprendizaje” de la especie o de la vida dentro del proceso evolutivo de la naturaleza). Así, la información genética contenida en el ADN representa a una de las dos variables del proceso estocástico: *el núcleo invariante o modelo constitucional* que, combinado con la presión de la circunstancia que lo enmarca, plasma tanto las diferentes formas vitales de la naturaleza como las diferencias individuales dentro de cada especie.

Agreguemos que, para Bateson, el proceso estocástico constituye un *metamodelo*, y que como tal es aplicable a las distintas situaciones de choque o encuentro entre lo antecedente y el presente actual; así ocurre entre rigor e imaginación (Bateson, 1979), entre creencias e ideas (Ortega y Gasset, 1940; Chiozza, 1998k [1980]), entre lo consabido inconciente y la conciencia (Schrödinger, 1961) y entre el ello y el yo<sup>34</sup> (Freud, 1923b\*).

<sup>32</sup> “Estocástico” es un adjetivo del idioma griego que literalmente significa “diestro en dar en el blanco, que apunta bien” y, también, “hábil en adivinar o conjeturar; sagaz”. Deriva del sustantivo *stójos*, que significa “mira, blanco” y también “conjetura” (Bibliográfica Española, 1945).

<sup>33</sup> Tal como lo hemos expresado en otro lugar (Chiozza, 1986c [1984]), llamamos aleatorio o azaroso a una combinatoria “impredecible” para la conciencia, sin que esto implique que se trate de un fenómeno no determinado.

<sup>34</sup> Dado que el ello, como precipitado de antiguas formas del yo, es el reservorio de experiencias ancestrales que el yo toma para sus identificaciones, en otra circunstancia afirmamos (Chiozza y colab., 1993d [1992], apdo. II.2) que el ADN, soporte biológico para la transmisión de la herencia, 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”.

### e. En síntesis

En apretada síntesis, podemos decir que:

- 1) *El ADN cuida la conservación de la información que porta y la emplea en la con-formación del individuo. A su vez, puede intercambiar su información para ser transmitida a la descendencia.*
- 2) *El ADN por su estructura, como “portador de información acerca de” (genotipo), pertenece a otro nivel de tipificación lógica respecto de las estructuras orgánicas que origina (fenotipo).*
- 3) *En el proceso de revelación o expresión de la información que porta, dado el “lugar” que ocupa dentro del proceso estocástico, el ADN queda asociado por su significación a la variable predeterminada, no aleatoria, lo prefijado por la herencia, el núcleo invariante de la identidad, al rigor de pensamiento, a las creencias, a lo consabido inconciente y a lo que Freud llama ello.*

## 5. Sobre el sentido del ataque al ADN

Considerar al ADN como símbolo de la herencia, el núcleo invariante de la identidad, el rigor y la creencia, por oposición con lo accidental, la imaginación y las ideas, podría inducirnos a un error. Constituye una equivocación pensar que en el ataque al ADN: a) se expresa un choque o conflicto insalvable entre las dos polaridades del proceso estocástico, y b) que se intenta resolver el choque atacando melancólicamente lo propio, antiguo, preservando lo accidental, lo nuevo, lo que todavía no es propio. Es necesario tener en cuenta el significado de las enfermedades por auto-inmunidad y considerar su punto de fijación. *Recordemos que el choque o enfrentamiento entre dos estilos que ocurre en la convivencia actual es la reactivación de una primitiva fijación autoinmunitaria, o sea, la reedición de una antigua intolerancia.*

Si imaginamos un choque estocástico entre una idea “nueva” y el conjunto de prejuicios que constituye una creencia, no es erróneo pensar que el conflicto debería resolverse rechazando la idea o reconsiderando la creencia. *Pero este choque o intolerancia no es un conflicto autoinmunitario.*

Para que el conflicto fuera típicamente autoinmunitario, la idea nueva debería representar un aspecto inconciliable presente ya en la creencia,

creencia que poseía en sí misma una incoherencia, una fisura que la tornaba insostenible, pero que se mantenía inconciente mediante una solución precaria. Es lo que sucede en el núcleo de la identidad del enfermo autoinmunitario, que presenta dos ideales contradictorios, inconciliables, a los cuales, por otra parte, resulta imposible renunciar.

La existencia de un punto de fijación autoinmunitario permite comprender el significado específico del factor eficaz desencadenante de la enfermedad. *Dado que la disociación, que oculta una doble identificación vivida como inconciliable, deviene insostenible, el choque de estilos en la relación de objeto actual exige una definición.*

Hemos reconocido un conflicto autoinmunitario con su punto de fijación y su factor eficaz desencadenante específicos. Cabe preguntarnos ahora por qué, en el lupus, el blanco por excelencia, patognomónico, es el ADN de doble cadena.

En la miastenia gravis, como en otros padecimientos por autoinmunidad llamados órgano-específicos, el ataque está dirigido a una molécula específica, codificada desde el ADN, pero el blanco no es el ADN “estructura” o genotipo, sino su expresión orgánica, fenotípica.

El hecho de que en el lupus el ataque se dirija al ADN mismo y no a una expresión genética particular, nos induce a pensar que quien padece esta enfermedad experimenta la vivencia de que la imposibilidad de conciliar los modelos que lo constituyen *afecta al sentido mismo de su ser*, de modo que no sería suficiente con atacar capacidades y funciones aisladas. Siente que es necesario recurrir a una solución drástica atacando el problema desde su origen, desde su raíz, o, como dirían los antiguos romanos, *ab ovo*<sup>35</sup>.

El ataque al ADN de doble cadena, que por su estructura y significado pertenece a un metanivel, *sería un testimonio de la intención radical de desunir, desasir, desligar la mezcla de linajes que lo constituye*. Si, como dijimos, el conflicto específico del enfermo autoinmunitario se sostiene en la *imposibilidad de asumirse como mestizo, mestizaje que en el ámbito genético ya ha ocurrido, en el ataque al ADN se intentaría deshacer esa amalgama básica y constitutiva que en otro nivel es imposible asumir*.

<sup>35</sup> “*Ab ovo*” es una expresión latina, original de Horacio, que literalmente significa “desde el huevo” (Larousse, 1972a). Nos pareció significativa incluirla dado que el huevo o cigota es la primera célula desde la cual se desarrolla el ser vivo no hermafrodita y está constituida con la mitad de los cromosomas del padre y mitad de los de la madre.

*En otras palabras, podríamos decir que el enfermo de LES, en el ataque al ADN, no procura destruir las expresiones fenotípicas particulares, sino, ante todo, su genotipo*<sup>36</sup>.

En el trabajo “Lo que no fue”, escrito por Rosmaryn (1978) a partir del estudio patobiográfico de una niña realizado en el Centro Weizsaecker de Consulta Médica, se sostiene que frente a la imposibilidad de conciliar lo inconciliable, se recurre a la destrucción de las dos opciones: se elige “ser nada”. La niña se siente “tironeada” por un conflicto de fidelidades. “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.’”

El material parece claro: frente al rechazo al mestizaje constituido por dos mandatos que resultan inconciliables, destruir al ADN constituye un intento de “destruir toda la herencia”.

Como veremos, nuevos argumentos y otras observaciones clínicas más rigurosas nos llevan a pensar de otra manera: pensamos que *el ataque al ADN es un intento, inconciente, de desunir la mezcla para destruir a uno solo de los aspectos en pugna*.

El sujeto que íntimamente rechaza el mestizaje, y que en tanto lo constituye no puede deshacerlo, procura poner fin al choque de estilos pretendiendo consolidar una identidad pura, basándose sobre uno solo de los linajes (estilos) heredados y para ello recurre a una “solución” drástica: ataca en el propio cuerpo la parte de sí mismo que choca con la que intenta adoptar, desconociéndola como si fuera extraña.

La fisiopatología describe en la autoinmunidad, al contrario de lo que ocurre en el SIDA, una respuesta inmunitaria *fuerte y bien organizada* que

<sup>36</sup> Quizás sea útil aclarar aquí que en “la imposibilidad de asumirse como mestizo”, más allá de los dos mensajes contradictorios que pertenecen a un mismo nivel, hay implícito, además, un doble mensaje tal como lo plantean Bateson y otros (1956): dos mensajes contradictorios expresados en distintos niveles de tipificación lógica. En efecto, cada uno de los dos mandatos del ideal del yo del enfermo autoinmunitario ordena: “Debes ser lo que yo te ‘digo’ y sólo lo que yo te ‘digo’ sin tomar nada de lo que el otro te ‘diga’”. Pero en otro nivel, el mandato más inconciente, hecho “carne” en la información de los gametos que dan lugar a la formación del huevo o cigota y a la existencia del nuevo ser, es otro. Cada gameto conlleva como orden: “Sólo podrás llegar a ser si mezclas lo que te ‘digo’ con lo que ‘dice’ la otra mitad”.

se dirige contra algún componente esencial del propio organismo (Cohen, 1988, pág. 22). Si el sistema inmunitario, funcionando adecuadamente, simboliza la defensa de la identidad, *en el enfermo de lupus, la respuesta inmunitaria “fuerte y bien organizada” se arrojaría la representación simbólica de la defensa de aquel núcleo de la identidad que pretende solidificarse. La parte atacada, a su vez, se presta para simbolizar el aspecto de la propia identidad que se pretende desconocer como si fuera extraño.*

Desde nuestro ángulo de observación podemos llegar a comprender que:

- 1) Si el ADN significa la mezcla de la información genética constituyente de un individuo, el ataque al ADN significaría el intento de deshacer esa mezcla.
- 2) La intención inconciente de destruir la amalgama genética conlleva, además, la intención de adoptar uno solo de los dos linajes constitutivos de cada individuo, desconociendo y atacando al otro.
- 3) El enfermo lúpico, al procurar deshacer la mezcla en su origen y rechazar *ab ovo* uno de los dos modelos que, quiera o no, lo constituyen, suele terminar destruyéndose a sí mismo.

## 6. Acerca del sentimiento de autotolerancia

En los siguientes dos párrafos extraemos algunos conceptos esenciales del trabajo “El significado inconciente de las enfermedades por autoinmunidad” (Chiozza y colab., 1993*d* [1992], apdo. II.6).

Cada nuevo ser, tomando algunas características de sus progenitores 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.

En este contexto, la expresión “amor propio” adquiere 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. La identificación más lograda, la que constituye una identidad bien estableci-

da, 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.

Sobre la base de estas ideas, podemos decir que la adecuada integración de las identificaciones que tomamos de las líneas ancestrales de las que provenimos (y que se representan simbólicamente como “dos” linajes) configura un *estado inconciente armónico de íntima aceptación o tolerancia hacia lo que uno es*, que equivale a asumir sin conflicto la condición de mestizo. En otras palabras, estamos hablando de un matiz particular de la *autoestima*, referido, en este caso, *al estado y al sentimiento de aceptación por lo que uno es en el sentido de asumir la condición de mestizo*.

Como es natural, el orgullo de ser quien se es, o esta particular autoestima que implica una adecuada integración de los linajes que nos constituyen, puede, en diferentes circunstancias, dar lugar a desequilibrios o conflictos y por lo tanto a la aparición de un sentimiento conciente. Recurriendo a un término habitual de la inmunología, podemos decir que este sentimiento, según los casos (como luego veremos), puede ser experimentado como *sentimiento de autotolerancia o de autointolerancia*.

Para considerar la clave de inervación de este sentimiento tomamos las descripciones de la fisiopatología. “En el LES se han detectado alteraciones funcionales de los anticuerpos y de los componentes celulares del sistema inmunitario. Los pacientes poseen diferentes tipos de autoanticuerpos con una tendencia particular hacia la formación de complejos inmunitarios. Uno de tales anticuerpos, el anticuerpo frente al ADN de doble cadena, se encuentra prácticamente de forma exclusiva en el LES. Existe un subgrupo de anticuerpos anti-ADN capaces de formar complejos que fijan el complemento y determinan la destrucción tisular. El hecho poco frecuente de la presencia de tales anticuerpos en otras enfermedades, y la imposibilidad de inducir anticuerpos inmunizando animales con ADN de doble cadena, sugieren que el sistema inmunitario no reconoce en circunstancias normales al ADN como sustancia extraña. No obstante, Arthur D. Bankhurst y Ralph C. Willams Jr., de la Facultad de Medicina de la Universidad de Nuevo México, observaron en individuos normales linfocitos B circulantes con receptores para el antígeno ADN, siendo su concentración superior en pacientes con LES. Da la impresión de que las líneas celulares capaces de producir anticuerpos frente a este antígeno particular han logrado escapar del control del sistema inmunitario en los pacientes con LES” (Koffler, 1980, pág. 321-322).

Podemos suponer que el funcionamiento de los elementos del sistema inmunitario que controlan o que impiden la producción de autoanticuerpos anti-ADN de doble cadena forma parte de la clave de inervación del sentimiento de autotolerancia.

Cuando el clivaje entre las identificaciones establecidas con uno y otro progenitor, simbolizado en la constitución del HLA de cada individuo, es tan sólo un clivaje “fisiológico” (es decir, cuando el mestizaje que constituye a cada sujeto se establece adecuadamente), equivale a *un estado inconciente de autotolerancia*, que puede ser simbolizado por un control eficaz de la producción de autoanticuerpos anti-ADN de doble cadena.

Un mestizaje conflictivo puede acompañarse del *sentimiento conciente de autotolerancia*, sentimiento que es indicio de algún grado de fracaso en la adecuada y natural integración de las identificaciones que constituyen el mestizaje. El sentimiento conciente de autotolerancia sería expresión de un *sentimiento de autointolerancia negado*. Un aumento dentro de límites fisiológicos del número y/o la función de las células del sistema inmunitario que son capaces de evitar la producción de autoanticuerpos anti-ADN de doble cadena formaría parte de la clave de inervación de esta formación reactiva frente a la intolerancia inconciente.

Un mestizaje conflictivo podría también acompañarse del *sentimiento conciente de autointolerancia*, sentimiento de cuya clave formaría parte una disminución en el número o la eficacia de las células inmunitarias que controlan la producción de autoanticuerpos anti-ADN de doble cadena<sup>37</sup>. De este modo, podría observarse la presencia de tales autoanticuerpos, presencia que, sin embargo, es compatible con la salud.

*Cuando el conflicto con el mestizaje es intenso y el sentimiento de autointolerancia no se soporta en la conciencia, se descarga deformado patosomáticamente de manera que no se reconoce su significado afectivo. En este caso, la deformación se logra derivando la mayor parte de la investidura a través de la disminución de la función supresora. Debido a esta disminución, aparece el número elevado de autoanticuerpos anti-ADN de doble cadena, signo patognomónico del LES.*

Tras haber descrito el núcleo principal de significación que encontramos en la patología lúpica, nos queda por comprender el significado que adquieren los distintos trastornos que genera la presencia de complejos antígeno-anticuerpo propios del lupus.

<sup>37</sup> Recordemos que el afecto es un proceso de descarga cuyas *últimas manifestaciones* son percibidas por la conciencia como sentimientos. El sentimiento de autointolerancia puede ser conciente, pero la clave de inervación permanece inconciente.

## 7. El significado de la patología renal

Desde la inmunología se describe que los distintos trastornos lúpicos son consecuencia de que el sistema inmunitario no es capaz de eliminar, mediante sus recursos habituales, el enorme número de complejos antígeno-anticuerpo que se originan en el sistema. Metafóricamente podríamos decir que se trata de una guerra civil en la que no es posible enterrar los cadáveres provocados por la lucha. Comprendemos que en el LES se llega a atacar una parte propia que se considera extraña, y que la permanencia de los complejos antígeno-anticuerpo testimonia que, luego del ataque, no se pudo realizar el duelo por esos aspectos propios que se pretende considerar ajenos.

Al estudiar la identificación, la describimos como un proceso que concluye con la realización de un *duelo primario* a través del cual se renuncia a la parte del objeto y del yo que debe ser abandonada (Chiozza, 1963a, 1998b [1970]). Vinculamos este duelo primario con las funciones excretoras. Posteriormente, continuando el desarrollo de estas ideas, en “Psicoanálisis de los trastornos urinarios” estudiamos el significado de la función y la patología renal como expresión de la capacidad o incapacidad de discernir. Afirmábamos allí que la “insuficiencia ‘excretoria’ es la consecuencia de una incapacidad previa para discernir, entre los ideales, aquellos que configuran lo posible” (Chiozza y Grus, 1993h [1978-1992], apdo. III.1).

La nefritis lúpica, producida por el depósito de los complejos ADN-antiADN en la membrana basal glomerular, es habitualmente el daño más severo y la causa más frecuente de muerte de estos pacientes. El daño renal expresaría, entonces, que la dificultad para poder hacer el duelo por los aspectos del yo pretendidamente ajenos, que no se pudo realizar en la constitución de la identidad, afecta la capacidad general de duelar.

## 8. Acerca del significado de la patología articular

Como vimos, los síntomas articulares suelen ocupar un lugar destacado en el cuadro general del LES.

La estructura y el funcionamiento óseos, comprendidos como representación física de una fantasía inconciente de sostén y protección, se prestan para simbolizar el establecimiento de un sistema normativo que sostiene y protege al individuo en su accionar (Chiozza y colab., 1991e [1990]).

Benítez de Bianconi (1994, 1995, 2001), partiendo de dicho estudio, plantea que cada hueso, por su forma, su función, etc., debe representar

una particular norma, de modo que puede pensarse que las articulaciones y su sinovia se prestan para representar la capacidad joica de armonizar las distintas normas<sup>38</sup>. Por este motivo, los trastornos articulares son especialmente aptos para simbolizar las dificultades (o la imposibilidad) de armonizar las diferentes normas que los huesos implicados representan.

Si pensamos que el sistema normativo (el superyó y el carácter) se estatuye como internalización del cuidado que ejercen los padres, se nos hace comprensible la patología articular en quienes enferman de lupus. Como dijimos, ante la imposibilidad de asumirse como mestizo, el enfermo autoinmunitario siente que debe obedecer a mandatos ideales (superjoicos) contradictorios e inconciliables.

Comprendemos entonces los trastornos articulares del enfermo lúpico como una reiteración, como un repique, ahora a nivel osteoarticular, del conflicto primario en la constitución de la identidad que hemos denominado “rechazo del mestizaje”. Estos trastornos articulares (inflamación) expresarían el dolor por la dificultad o imposibilidad de amalgamar, articular, en el superyó y el carácter, modelos parentales ideales sentidos como opuestos, contradictorios e inconciliables, a los que no se puede renunciar.

Si, como dijimos, con el ataque al ADN de doble cadena se simboliza la intención de deshacer la mezcla constitutiva destruyendo el *genotipo*, la dificultad de articular, combinar o amalgamar los modelos parentales que se expresa en la artritis lúpica, constituiría una expresión, a nivel del *fenotipo*, de aquella intención primaria y radical que se manifestaba en el ataque a la estructura misma del ADN.

El hecho de que el ataque a la mezcla o amalgama de estilos llegue a registrarse en ambos niveles, constituye otro anclaje para valorar la significancia que alcanza en el enfermo de LES el rechazo al mestizaje.

## 9. Acerca del lupus en la mujer

En cuanto a la mayor incidencia de LES en las mujeres, nos parece posible comprenderla a partir de los conceptos freudianos sobre las particulares vicisitudes del complejo de Edipo femenino y el papel de la mujer en la cultura.

<sup>38</sup> Así, por ejemplo, en la cadera se expresa la necesaria “articulación” de los preceptos que nos estimulan a cuidar lo establecido, con aquellas normas que nos impulsan a avanzar, progresar, conquistar.

La niña, en su evolución sexual, recorre caminos diferentes que el varón, y en la estación de destino, algunos intereses difieren.

“Ausente la angustia de castración –dice Freud–, falta el motivo principal que había esforzado al varoncito a superar el complejo de Edipo. La niña permanece dentro de él por un tiempo indefinido, sólo después lo deconstruye y aun entonces lo hace de manera incompleta. En tales constelaciones tiene que sufrir menoscabo la formación del superyó, no puede alcanzar la fuerza y la independencia que le confieren su significatividad cultural” (Freud, 1933a [1932]\*, pág. 120).

Ella, tras la interiorización de la instancia paterna, es más renuente a desasir el superyó de las personas de quienes originariamente fue la subrogación anímica. “El nivel de lo éticamente normal es otro en el caso de la mujer. El superyó nunca deviene tan implacable, tan impersonal, tan independiente de sus orígenes afectivos como lo exigimos en el caso del varón”; por eso la mujer “muestra un sentimiento de justicia menos acendrado que el varón” y “con mayor frecuencia se deja guiar en sus decisiones por sentimientos tiernos u hostiles” (Freud, 1925j\*, pág. 276)<sup>39</sup>.

Junto a estas diferencias, Freud señala otras, asociadas a ellas, referidas a la actitud de la mujer respecto de la familia y la cultura.

El amor que fundó la familia sigue activo en la cultura en procura de ligar entre sí un número mayor de seres humanos. Pero pronto ocurre, como “querella doméstica de la libido” (Freud, 1930a [1929]\*, pág. 136), que los intereses de la cultura se apartan de los de la familia. Ésta no quiere desprenderse del individuo. “Cuanto más cohesionados sean sus miembros, tanto más y con mayor frecuencia se inclinarán a segregarse de otros individuos, y más difícil se les hará ingresar en el círculo más vasto de vida” (Freud, 1930a [1929]\*, pág. 101).

En la disputa entre familia y cultura, la mujer tiene naturalmente una posición tomada. Las mujeres, “las mismas que por los reclamos de su amor habían establecido inicialmente el fundamento de la cultura, pronto entran en oposición con ella y despliegan su influjo de retardo y reserva. *Ellas subrogan los intereses de la familia y de la vida sexual*” (Freud, 1930a [1929]\*, pág. 101, subrayado nuestro).

Siguiendo estas ideas de Freud, podemos pensar que son dos los motivos que condicionan la mayor facilidad de la mujer para enfermar de LES.

<sup>39</sup> Estas ideas de Freud fueron desarrolladas por Areu Crespo (1998). La autora sostiene que el “orden de la justicia” se vincula con lo masculino, en tanto que las peculiaridades del superyó femenino conducen a que la mujer se inscriba en lo que puede llamarse el “orden de la misericordia”.

- 1) Sus ideales están más adheridos a los objetos primarios, familiares. De modo que cuando una mujer ha construido su ideal del yo con dos mandatos contradictorios (cada uno de los cuales representa a uno de sus progenitores), le sería más difícil superar el conflicto entre esos ideales excluyentes a través de adherir a los ideales culturales. En ellos, por pertenecer a otro nivel, la contradicción entre los ideales familiares pierde, aunque sea en parte, su importancia afectiva.
- 2) En la naturaleza del alma femenina está el *representar los intereses de la familia*, de modo que para la mujer la necesidad de unir, en sí misma, las imagos parentales adquiere una significación que no tiene para el varón. De la misma manera que para ser madre la mujer necesita tener dentro de sí una imago materna suficientemente integrada, para cumplir su cometido natural de representar los intereses de la familia, es para ella más perentorio que para el varón integrar como familia los objetos internos que la constituyen.

Pero, precisamente, la actualización del punto de fijación autoinmunitario significa la vivencia de haber incorporado dentro de sí a los padres peleados y en contradicción permanente. Son dos objetos que al provenir de linajes diferentes exigen, uno y otro, que no se los familiarice entre sí. Es coherente pensar que para la mujer este conflicto predisponente alcance, con mayor frecuencia que para el varón, *la significancia<sup>40</sup> necesaria para enfermar (y hasta morir) por él*.

Si en la especificidad del alma femenina está la función de “administrar la cordialidad”<sup>41</sup>, la intolerancia recíproca entre los objetos más significativos que lleva en el alma afecta *el sentido mismo de su existencia*.

La constelación psíquica del varón tiene más facilitado el camino para superar la dicotomía, insoluble en sí, de dos ideales contradictorios, mediante el expediente de adherir a un ideal más abstracto, menos dependiente de los objetos originales: el mandato de Eros y de la cultura de “aglomerar a los seres humanos en grandes unidades”. *El sentido de su vida se juega en otro ámbito*.

<sup>40</sup> Utilizamos este término para referirnos a la “importancia del significado”, “utilizando un neologismo justificado ya que en castellano disponemos del término contrario, ‘insignificancia’” (Chiozza, 1995D [1993]).

<sup>41</sup> Intervención de Luis Chiozza en la discusión del trabajo de R. Salzman, C. Araujo y J. Feld (1994), “La incitación como una manifestación de la feminidad”, presentado en la Fundación Luis Chiozza.

Los cambios culturales actuales que parecen incitar nuevos intereses en la mujer, más próximos a los ideales culturales que a los familiares, lejos de contradecir esta interpretación, más bien la confirman. Quizás hoy como nunca la ancestral misión de la mujer de representar los intereses de la familia persista, en el alma femenina, como deseo insatisfecho. “La humanidad –dice Freud– nunca vive por completo en el presente; en las ideologías del superyó perviven el pasado, la tradición de la raza y del pueblo, que sólo poco a poco ceden a los influjos del presente, a los nuevos cambios; y en tanto ese pasado opera a través del superyó, desempeña en la vida humana un papel poderoso” (Freud, 1933a [1932]\*, pág. 63).

La interpretación que hacemos acerca del porqué de la mayor incidencia de lupus en la mujer, nos conduce naturalmente a comprender por qué se observa con mayor frecuencia la aparición de la enfermedad en edad procreativa y por qué se agrava en los embarazos. El período procreativo es, precisamente, la época en que la mujer debe cumplir con el sentido primario de su vida: transmitir la herencia familiar.

Por otra parte, cuando la mujer, embarazada, lleva en su propio cuerpo el producto del mestizaje, el conflicto “autoinmunitario” cobra significancia. El hijo, que es producto de la mezcla de ella con el padre del niño, reactualiza la intolerancia constitutiva que ella lleva dentro del alma a partir de su punto de fijación autoinmunitario.

## 10. Acerca del significado de la figura en alas de mariposa

Como dijimos, en el lupus son muy frecuentes las lesiones eritemato-violáceas en las zonas expuestas de la piel. Las más características son las que confluyen en la cara conformando la figura de una mariposa con las alas abiertas.

En este signo singular se condensan, a nuestro entender, tres significados: el de la figura que semeja una mariposa, el de la piel como constituyente del esquema corporal y, por lo tanto, del sentimiento de identidad, y el de la piel como medio para la autorrepresentación del sujeto<sup>42</sup>. Estos dos últimos significados, propios de la piel en general, adquieren especial

<sup>42</sup> En un trabajo anterior (Chiozza y colab., 1991i [1990]) estudiamos los significados inconcientes de la piel a partir de cuatro funciones: como superficie de contacto, como continente o barrera limitante, como constituyente del esquema corporal y, en consecuencia, del sentimiento de identidad, y como órgano que se presta para la autorrepresentación del sujeto.

relevancia cuando se trata del rostro, lo más visible y representativo de la imagen propia, sea para nosotros mismos como para nuestros semejantes.

Según Gómez de Silva (1993), el vocablo “mariposa” proviene del nombre personal femenino “María” y la palabra “posa”, imperativo de posar, “alojarse, hospedarse; descansar, asentarse, reposar”. Sostiene además que quizás se use el nombre María para connotar “mujer”. En ruso, justamente, “mariposa” se dice *babochka*, que literalmente significa “mujercita”.

Según Montaner y Simón (1912), “mariposear”, por alusión a la pretendida veleidad de este insecto, representada en que liba de flor en flor, quiere decir “variar con frecuencia de aficiones y caprichos”. Moliner (1986) agrega que “mariposear” significa especialmente “ser inconstante en los gustos o aficiones” y, especialmente, “galantear un hombre a distintas mujeres”.

Las mariposas tienen un ciclo vital complejo que se cumple en cuatro fases: huevo, larva (oruga), pupa (capullo o crisálida) y adulto (imago). Para Aristóteles, la forma adulta es el *imago*, porque es la imagen ideal o perfecta a la que tienden, como meta, las formas inmaduras (Curtis y Barnes, 1989, pág. 592).

Según afirma Becker (1992), el simbolismo esencial de la mariposa asienta en los procesos de metamorfosis que se cumplen en su ciclo vital<sup>43</sup>. Sostiene también el autor, que en otras épocas la atención recayó en la inconstancia de su revoloteo y su relación con el dios Eros. Además, por su vida breve y su belleza efímera simboliza la vanidad de las cosas terrenales.

En síntesis, los significados más relevantes de la mariposa son, por un lado, la veleidad, la inconstancia y sus constantes devaneos, y por otro, en

<sup>43</sup> “Metamorfosis” es una palabra griega que significa cambio de la forma, transformación. Se compone del prefijo *meta* y el verbo *morphein*. El prefijo *meta* significa no sólo “después y detrás de”, sino también “cabalmente” (Gómez de Silva, 1993), de modo que conllevaría el sentido implícito de “meta final”. Para la Real Academia Española (1992), es la “transformación de una cosa en otra. Mudanza que hace una persona o cosa de un estado a otro; como de la avaricia a la liberalidad, de la pobreza a la riqueza”. Agrega que en zoología es el “cambio que experimentan muchos animales durante su desarrollo, y que se manifiesta no sólo en la variación de forma, sino también en las funciones y en el género de vida. Llámase sencilla cuando la forma del animal se mantiene constante, pero adquiere nuevos órganos, como las alas en los grillos; complicada, cuando la forma del animal al nacer no tiene ningún parecido con la de su estado adulto, como en las mariposas”. Según Moliner (1986) quiere decir “cambio profundo o sorprendente efectuado en una cosa o persona”.

En otra ocasión destacamos a la metamorfosis como un cambio, “en el sentido de ir hacia una meta, es decir, hacia una forma todavía no consumada” (Chiozza y

cuanto producto de una compleja metamorfosis, simboliza la etapa final y definitiva de un proceso.

Pensamos que el médico observador que describió como figura en alas de mariposa la lesión lúpica facial, “vio” justamente una imagen de mariposa porque su inconciente captó un aspecto esencial de la fantasía inconciente de esta enfermedad. El “dibujo” de la mariposa debe constituir una figuración plástica análoga a la de los sueños, con dos significaciones opuestas y complementarias.

En la medida en que la mariposa es la última fase de una evolución, puede representar el anhelo del enfermo lúpico de alcanzar su “imago”, su identidad definitiva y sin retorno; pero también, al modo de una nostalgia, puede querer representar una época en la que creía tener la capacidad de “saltar”, de alternar de una identidad a otra, sin “posarse” definitivamente.

De ser así, la constitución de este signo que forma parte de la semiología médica representaría, una vez más, la incapacidad de duelo implícita en la enfermedad. Así como la formación de complejos antígeno-anticuerpo anti-ADN de doble cadena representa el deseo de deshacerse de una parte de la identidad, y el no poder eliminarlos equivale al deseo de conservarla, la imagen en alas de mariposa simboliza al mismo tiempo una doble condición del enfermo de lupus: el anhelo de adoptar una identidad definitiva y la nostalgia por la alternancia de la identificación.

## VI. Síntesis

1. Son muchas las enfermedades en cuya etiopatogenia participa un mecanismo autoinmunitario. En ese sentido comparten un núcleo de significación común que ha sido llamado “fantasía autoinmunitaria”. Implica la existencia de un *punto de fijación* vinculado a la necesidad de integrar, en la propia identidad, los linajes de los cuales provenimos. Un conflicto frente a esta necesidad de integración se vivencia como un rechazo (yoico) al hecho de ser mestizo. Este rechazo suele experimentarse, defensivamente, como la prohibición de asumir el mestizaje del que provenimos, vivido como dos mandatos contradictorios (superyoicos) provenientes de

---

colab., 1996d [1995], apdo. I.3), y afirmamos que “sucede asociada a la *ocasión y tiempo oportuno*, aquel en que es factible desarrollar la forma de modo relativamente más definitivo” (Chiozza y colab., 1996d [1995], apdo. VI.2). Como puede verse, este significado es coincidente con el pensamiento de Aristóteles antes señalado.

los padres. El conflicto se expresa en la vida cotidiana a través de un choque de estilos en la convivencia con un objeto al que no se puede tolerar y tampoco abandonar, porque en lo inconciente representa una parte de sí mismo. Cuando por alguna circunstancia no se soporta la intolerancia en la conciencia, se constituye el ataque autoinmunitario como la *deformación patosomática* de un afecto, que si se hubiera desarrollado como tal, habría correspondido a un sentimiento conciente de intolerancia referido a un objeto que se experimenta como imprescindible.

2. En las llamadas enfermedades órgano-específicas, *la intolerancia y el conflicto entre estilos compromete, precisamente, el ejercicio de la función o capacidad yoica que el órgano afectado simboliza.*

Pensamos que *el núcleo de significación de estas patologías corresponde más al significado de la función afectada* que al significado del modo a través del cual se expresa la alteración de la función en la enfermedad. De todos modos, el significado inconciente de “lo autoinmunitario” permite completar la comprensión del mosaico de fantasías presente en las enfermedades autoinmunitarias órgano-específicas.

3. En las enfermedades autoinmunitarias llamadas diseminadas, sistémicas u órgano-inespecíficas, y sobre todo en la más representativa de ellas, el lupus eritematoso sistémico, el ataque autoinmunitario ocupa un papel central. Por lo tanto, para comprender su significado inconciente es imprescindible ubicar en el centro de la trama significativa a la “fantasía autoinmunitaria”.

4. El LES es una enfermedad sistémica caracterizada por la presencia de autoanticuerpos que atacan determinadas proteínas nucleares de las células. Uno de estos autoanticuerpos, el que ataca al ADN de doble cadena, es su signo patognomónico.

Las distintas manifestaciones “visibles” (que hicieron que esta enfermedad fuera considerada sistémica) son las alteraciones de los diversos órganos, producidas por la inflamación generada por los depósitos de complejos antígeno-anticuerpo (ADN-antiADN de doble cadena).

5. Es posible considerar la existencia de un “núcleo” de la identidad en el cual está comprometido *un legado ancestral que le da un sentido a nuestra vida*. Nos referimos, en este caso, a un *sentido primario* de la vida, adquirido por identificación directa (primaria), consistente en la necesidad esencial de transmitir la vida misma y los legados ancestrales propios de cada raza, linaje o estirpe.

Las relaciones de objeto de la historia individual y las experiencias e intereses de cada sujeto particular configuran un sentido que podríamos llamar secundario.

6. El ADN, como portador de información “acerca de” las estructuras orgánicas (genotipo), pertenece a otro nivel de tipificación lógica respecto de las estructuras corporales en las que se manifiesta (fenotipo). Cuando el ADN se expresa o ejecuta, estocásticamente, la información que porta, por su significación, queda asociada a la variable no aleatoria, a lo prefijado por la herencia, al núcleo invariante de la identidad; al rigor de pensamiento y a las creencias; a lo consabido inconciente y a lo que Freud llama ello.

7. El ser humano, nacido de reproducción sexual no hermafrodita, es indefectiblemente mestizo. El enfermo lúpico, ante su imposibilidad de asumirse como mestizo, en el ataque al ADN de doble cadena expresa el intento fallido de recurrir a una solución drástica. Dicho ataque simboliza un intento de “solucionar” el conflicto *ab ovo*, desde su origen, procurando desunir, desasir, desligar, la mezcla de linajes que lo constituye.

8. El rechazo a asumirse como mestizo suele experimentarse como dos mandatos contradictorios, que provienen de los objetos internos “padre” y “madre”; ambos pertenecen al mismo nivel de tipificación lógica. Sin embargo, estos mandatos se oponen por igual a otro, originado en un nivel diferente, más profundo: el mandato que cumplen los gametos al mezclarse para poder llegar a existir como nuevo ser.

Si el ADN de doble cadena, por su estructura y significado, pertenece a un metanivel, el ataque autoinmunitario contra él procuraría encarar la “solución” del drama en un nivel diferente de aquel en el cual está planteado el conflicto.

9. ¿Qué se ataca al atacar al ADN? Una primera respuesta indicaría que, frente al rechazo al mestizaje, que pretende no mezclar dos modelos vividos como inconciliables, destruir al ADN constituye un intento de “destruir toda la herencia”. Pensamos que *el ataque al ADN de doble cadena oculta la intención de deshacer la mezcla destruyendo al ADN proveniente del padre o de la madre. Mediante este ataque se procura destruir al genotipo más que a las expresiones fenotípicas particulares.*

Esta interpretación coincide con el hecho de que en las enfermedades por autoinmunidad existe una reacción inmunitaria activa y bien organizada. Entendemos, precisamente, que *esta respuesta se arroga la representación simbólica de la defensa de aquel núcleo de la identidad que en un momento determinado se pretende solidificar, desconociendo y rechazando al otro.*

10. El logro de una adecuada integración de las identificaciones, que implica la íntima aceptación del mestizaje, configura un estado inconciente armónico de tolerancia hacia lo que se es. Equivale a un *estado inconciente de autotolerancia*, en el sentido de asumir la condición de mestizo; auto-

tolerancia que, a nivel del sistema inmunitario, queda simbolizada por un eficaz control de la producción de anticuerpos anti-ADN de doble cadena. *Dado que ese control lo ejercen células inmunitarias específicas, ellas devienen capaces de arrogarse la representación de este particular aspecto de la autotolerancia.*

Cuando ocurre algún grado de conflicto con el mestizaje, pueden aparecer en la conciencia diferentes manifestaciones de lo que podemos llamar el *sentimiento de autotolerancia*:

- 1) El *sentimiento conciente de autotolerancia*, que indica algún grado de fracaso en la integración de las identificaciones. Desde otro punto de vista es una defensa frente a un *sentimiento de autointolerancia negado*. En el ámbito inmunitario, el sentimiento conciente de autotolerancia se “manifiesta” como un aumento, dentro de límites fisiológicos, de las células inmunitarias capaces de evitar la producción de autoanticuerpos anti-ADN de doble cadena.
- 2) El *sentimiento conciente de autointolerancia*, cuya manifestación física es la disminución de las células inmunitarias que controlan la producción de anticuerpos anti-ADN de doble cadena. Pueden aparecer, entonces, tales anticuerpos, en una proporción que resulta compatible con la salud.
- 3) Una *afección específica que oculta el afecto a la conciencia*, tornándolo irreconocible. Uno de los elementos de la clave de inervación de la autointolerancia se arroga la representación de la descarga del sentimiento completo; disminuye, entonces, la función supresora y aparece el número elevado de autoanticuerpos anti-ADN de doble cadena que caracteriza al LES.

11. La *nefritis lúpica*, como todo trastorno renal, simboliza la imposibilidad de realizar un duelo primario. Entendemos que en el paciente lúpico la dificultad de duelar ya se expresa en el ámbito inmunitario, dado que el sistema no puede eliminar los complejos antígeno-anticuerpo símbolos de la parte rechazada del propio yo. Esta imposibilidad de duelo queda patoplásticamente expresada en el daño renal, daño que constituye un adecuado símbolo de que el duelo no realizado en la constitución de la identidad afecta la capacidad general de duelar.

12. Los dos modelos parentales ideales vividos como opuestos y contradictorios, a los cuales, a la vez, no se puede renunciar, se simbolizan también en la *artritis lúpica*. Este síntoma expresaría el dolor por la difi-

cultad o imposibilidad de amalgamar, articular, ensamblar en el superyó y el carácter, dos normas que quedan asociadas, en lo inconciente, con mandatos inconciliables de uno y otro progenitor.

El hecho de que el ataque a la mezcla o amalgama de estilos llegue a registrarse en ambos niveles (genotipo, ADN, y fenotipo, artritis), constituye otro anclaje para valorar la significancia que alcanza en el enfermo de LES el rechazo al mestizaje.

13. Desde el terreno de los significados, las condiciones que justifican la mayor incidencia de *lupus en la mujer* serían dos:

- 1) Los ideales femeninos están más adheridos a los objetos primarios, de modo que para la mujer es más difícil adherir a ideales culturales que le permitan superar, en otro nivel, los contradictorios mandatos de las imagos parentales.
- 2) En la naturaleza del alma femenina está el representar los intereses de la familia y administrar la cordialidad. A fin de poder cumplir con estos roles naturales, la mujer necesita, más perentoriamente que el varón, integrar cordialmente como familia los objetos internos primarios que la constituyen.

Estos motivos favorecerían que el conflicto autoinmunitario predisponente alcance en la mujer, con mayor frecuencia que en el varón, la significancia necesaria para enfermar (y hasta morir) por él. Para ella, llevar en el alma la intolerancia recíproca entre los objetos más significativos afecta el sentido mismo de su existencia.

Por otra parte, el agravamiento del lupus, frecuente durante el embarazo, simboliza la dificultad que representa para una enferma lúpica llevar en su propio cuerpo el producto del mestizaje. A partir de su punto de fijación autoinmunitario, la “presencia” del hijo, producto de la mezcla de ella con el padre del niño, reactualiza la intolerancia hacia los dos estilos constitutivos que ella misma lleva dentro del alma y que siente inconciliables.

14. Puede atribuirse a las lesiones características en la piel, que figuran una *mariposa con alas abiertas*, dos significaciones opuestas y complementarias: en la medida en que la mariposa es la última fase de una evolución, el signo representa la vivencia de haber llegado a una etapa final, definitiva y sin retorno, es decir, la fantasía de haber alcanzado su “imago”; al mismo tiempo, debido a la imposibilidad de un auténtico duelo, el signo representa la “nostalgia” por aquella época en la que, alternando, el enfermo de lupus creía tener la capacidad de “saltar” de una a otra identificación sin posarse definitivamente en ninguna.

Pensamos que el médico observador que describió como figura en alas de mariposa la lesión lúpica facial “vio” justamente una imagen de mariposa porque su inconciente captó un aspecto esencial de la fantasía inconciente de esta enfermedad.

## VII. Las dos Lucías

### 1. Historia de una maestra que enferma de lupus

La paciente que vamos a presentar padece de LES desde los 19 años. A los 38, debido a la persistencia de su enfermedad, decidió realizar un estudio patobiográfico en el Centro Weizsaecker de Consulta Médica.

Había sufrido sucesivos brotes y remisiones de los síntomas. Cada nuevo brote traía nuevas complicaciones y el pronóstico era cada vez menos alentador. Quería una respuesta concreta. Quería saber *el motivo* de su enfermedad. Además, en ese momento, como no le había ocurrido hasta entonces, estaba insatisfecha con su trabajo. Pero lo que más le preocupaba era que no podía sostener una relación de pareja, y eso, precisamente, era lo que ella más quería.

Los primeros indicios del LES (dolores articulares, tratados con antiinflamatorios) aparecieron, como dijimos, cuando ella tenía 19 años. En diciembre, cuando estaba por cumplir los 20, justo el día en que murió la abuela materna, tuvo “una especie de rubeola” (manchas en la cara y altas temperaturas) a la que no le dio importancia. Sin embargo, los síntomas no terminaban de desaparecer, y meses después, en marzo del año siguiente, se presentó una crisis muy severa, cuyo síntoma más relevante era la temperatura muy alta y persistente, que exigió internaciones, interconsultas y traslados a centros de mayor complejidad. Fue tratada con corticoides, pero después de una leve mejoría, sus síntomas volvieron a empeorar y debió permanecer internada dos meses. Fue entonces cuando se enteró de que tenía LES.

El segundo brote de importancia fue a los 24 años. En esa ocasión le aparecieron edemas en los miembros inferiores, y los análisis de laboratorio mostraron glóbulos rojos en orina y presencia de células LE en sangre. Pero lo que a ella más le molestaba era el dolor en una de las articulaciones de la cadera que le traía dificultades para pararse, para caminar y para “abrir las piernas”; dos años después, el dolor de cadera se hizo bilateral.

Durante siete años no tuvo nuevas manifestaciones de lupus, aunque en ese período, cuando Lucía tenía 28 años, comenzaron las metrorragias originadas por un mioma.

A los 31 reaparecieron las manchas en la cara, en el cuello y en el antebrazo; sin embargo, Lucía seguía preocupada por las dificultades que le ocasionaba la artrosis de cadera; por eso, ese año, decidió operarse. La evolución fue favorable, aunque quedaron secuelas.

Dos años después surgieron nuevas complicaciones: nefritis, hipertensión arterial y un soplo cardíaco.

A los 36, su preocupación principal volvió a ser el mioma y las complicaciones que le generaba, por lo que fue intervenida quirúrgicamente y le extirparon el útero.

Como dijimos, la persistencia del cuadro lúpico (en esta ocasión, signos nefríticos y síntomas hipertensivos) fue lo que motivó que, a los 38 años, la paciente nos consultara.

Lucía nació en Córdoba. Allí vive su primera infancia junto a sus padres y la abuela paterna en una casa “parecida a un conventillo”. Pero a los 7 años, cuando su madre descubre la relación del padre de Lucía con la hija de los porteros, bruscamente se mudan a la casa de la abuela materna.

Unos meses más tarde, el padre compra, en una pequeña ciudad cercana, una casa a medio construir en la que se instalan definitivamente. Al principio tienen pocas comodidades y debe compartir, con sus padres, el dormitorio. Cuatro años después, cuando Lucía tenía 11, nace Andrés, su único hermano.

El primer grado de la primaria lo cursa en un colegio del Estado, en la ciudad de Córdoba. Con la mudanza al interior de la provincia, tras un año en otra escuela pública, la madre decide inscribirla en un colegio de monjas. Allí concurren compañeras de otro nivel social y, durante los primeros tiempos, le cuesta relacionarse con ellas, siente que pertenecen a otro ambiente.

Terminada la primaria, quiere ir a un colegio comercial, al que irían muchas de sus compañeras. Pero a su madre no le gusta porque es mixto, prefiere que siga en la misma escuela de monjas, y allí sólo se puede estudiar magisterio. Esa decisión marcó su destino: Lucía se recibe de maestra, continúa luego su formación como docente y con el tiempo llega a ser directora de una escuela.

Cuando tiene 19 años, la abuela se enferma de cáncer y, para cuidarla, la madre de Lucía, con frecuencia, se queda varios días en la ciudad de Córdoba, mientras ella, en casa, con papá y Andrés que ya tiene 8 años, ocupa el lugar de la mamá. A fin de ese año, cuando se recibe de maestra jardinera, “el padre José” la nombra directora y maestra del jardín de infantes que la parroquia inaugura. Además, ese año, en el que ella asume tantas responsabilidades, se pone de novia con José Luis. Él se toma las cosas muy en serio,

pero ella no se siente enamorada, le parece que nunca se va a poder enamorar de un muchacho así. Por eso, con una excusa banal, lo deja.

Ese fue, justamente, el año en que Lucía enferma de lupus. Primero fueron las artralgias; en diciembre, las manchas que parecían una rubeola, y después, en marzo, la crisis severa y la primera internación.

Hoy, a los 38 años, Lucía es soltera y vive con sus padres. Que permanezca soltera no parece un hecho casual, parece más bien el resultado de no haber encontrado un modo de armonizar, de conciliar, dentro de sí, la íntima contradicción con la que siempre vivió su vida amorosa.

Catequista y maestra en colegios religiosos, se siente una mujer puritana, “chapada a la antigua”, que se mantuvo virgen hasta los 30 años por seguir un ideal de pureza y la ilusión de llegar al altar “con traje blanco”.

En oposición a este anhelo, siente que, desde chica, la inunda una excitación intensa que la induce a buscar satisfacciones en conductas que la apartan de sus ideales. La intensidad de su excitación nos permite comprender que, en los juegos sexuales con su primo, alrededor de los 7 años, realizara la *fellatio*, o que, por esa misma época, aquel amigo de “atorranteadas” del padre la sentara en sus rodillas y le mostrara el pene.

Desde los 13 a los 30 años, sus sucesivos noviazgos se acompañan de esa excitación que escapa a su control y contradice su intención conciente de mantenerse virgen hasta el matrimonio.

El primero fue Juanchi. Con él, a pesar de la oposición de la madre, estuvo varios años. El primer beso le dio asco, pero después fue una relación llena de caricias excitantes (“chapábamos como locos, me besaba los pechos”). Luego, Raúl, tres años mayor: una relación en la que ella lo excitaba, pero no iban más allá, y él, al final, la dejó por la prima de su mejor amiga.

Con José Luis fue diferente. Él quería tener una relación seria, fue el que más se acercó a concretar un proyecto de familia. “Yo no estaba enamorada –nos dijo–. Él quería hablar con mis padres y yo me asusté muchísimo. Mis excusas eran que era petiso, mujeriego. Un día llegó tarde a una cita y lo dejé. A los pocos meses me enfermo y me internan, y él me venía a ver al hospital con flores, acompañaba mucho a mis padres. Pero yo sentía un rechazo total por él.”

Tuvo otros novios, pero sus relaciones, siempre ambivalentes, tenían casi invariablemente el mismo final. A Ricardo, “chapado a la antigua”, lo abandonó cuando se enteró de que era más chico. Con Esteban se intercambiaban celos. Y a Jorge le “boicoteaba” todo, quizás porque ganaba menos que ella.

Siempre había dicho que a los 30 “tiraba la chancleta”. Por ese tiempo, ella pensaba que no iba a poder tener relaciones porque no podía abrir bien las piernas, pero en las vacaciones de verano tuvo su primera relación

sexual. Fue con Francisco, un hombre casado. Él estuvo muy comprensivo, pero para ella no fue una entrega feliz. Nos comentó, con amargura: “Esperar tanto para qué, reservándome como si fuera una joyita, y al final me entregué a un desconocido”. Unos días después se acostó con otro, al que después no vio más... y ya no recuerda su nombre.

Al año siguiente, a los 31, conoció a Paolo, un italiano radicado en Portugal, que estaba de paso por Córdoba. “Había conocido al príncipe azul sabiendo que nunca iba a llegar a nada, porque él era casado. Nos despedimos con un beso, nos escribimos mucho y disfrutaba con sus cartas. Pero, mientras tanto, igual salía con otros muchachos.” Él quería que Lucía viajara a Portugal. Ella ahorró dinero “como loca” durante un año pero, al final, lo utilizó para la operación de cadera. Sin embargo, unos meses después, igual pudo viajar. Allá, si bien hubo momentos de mucha excitación, no tuvieron relaciones. Ella tenía miedo y la inhibía pensar que iba a conocer a la mujer y a los hijos. Estuvieron juntos en Venecia, pero tampoco las cosas fueron más allá de un platónico romanticismo. Todavía hoy lo recuerda con nostalgia y, a veces, cuando está triste relee sus cartas. Fue a la vuelta de ese viaje cuando le diagnosticaron nefritis e hipertensión arterial.

Más tarde, cuando ya dirigía la escuela, lo conoció a Teo, menor que ella. La relación era más o menos seria, aunque ella sabía que no iba a poder ser: “La directora, me decía yo, con un comerciante de una granja, bruto... trabajador”.

Se sucedieron otros hombres, como Ignacio, el piloto internacional de doble apellido, “de esos importantes”... pero no los recuerda. “Sabía que no íbamos a llegar a nada porque él era separado.” Él había alquilado una casa para que fueran a vivir juntos, pero ella tenía temor de que “la estuviera usando”.

El último importante fue Juan. Si bien las relaciones sexuales eran buenas y tiernas, ella lo sentía un amarrete y no terminaba de aceptarlo, porque “era petiso, gordo, más chico, separado y judío”. Hace poco quedaron en verse, pero se desencontraron.

## **2. Por qué Lucía enferma de lupus**

La actitud contradictoria de Lucía en relación con su conducta sexual puede ser comprendida como manifestación de un íntimo desgarramiento que lleva dentro del alma.

Ella misma, sin conciencia de la contradicción flagrante, describe la discordancia de sus sentimientos. Se ve como respetuosa de los límites,

siente que “mide” y “especula”, pero piensa, también, que su problema “está en el sexo”, en “una naturaleza medio animal” que la habita.

Dice, por una parte, que para ella “el hombre significa la casa, *La laguna dorada*<sup>44</sup>, diría”, y que ella “no es de las que anteponen el placer al deber”. Sin embargo, también piensa que se “calentaba mucho”, que “podría haber sido prostituta”, pero que “el lupus frenaba todo”.

Nos muestra así que no tiene conciencia de la constante lucha interior entre su identificación con un modelo materno, que la conduce a ser puritana, y una identificación con el padre, de quien ella debe sentir que le viene “una naturaleza medio animal”. Ella siente que su madre quiere “que todo sea perfecto”, que no vaya a una escuela mixta, que no salga con Juanchi... Su padre, en cambio, es, para ella, el modelo opuesto: “Siempre quiere hacer lo que a él le gusta”, tiene compañeros de “atorranteadas”, se acuesta con la hija de los porteros...

La habitan, sin mezclarse, dos estilos que para ella son inconciliables y que se repelen mutuamente. Cuando Lucía se juzga desde su identificación con su “naturaleza medio animal”, se siente “tonta”, “chapada a la antigua”, “reservándose como si fuera una joyita”. Cuando se mira desde su ideal puritano, rechaza la excitación sexual que la inunda, al punto de que parece alegrarse de que “el lupus frenara todo eso”, porque si no, tal vez, “habría sido prostituta”.

Lucía no puede familiarizar, amalgamar, mezclar dentro de sí dos formas diferentes de vivir el placer y la sexualidad. Tampoco puede renunciar a una o a otra, porque traicionaría una parte de sí misma. Tal vez por eso, cuando se refiere a las familias paterna y materna, dice que “quería quedar bien con las dos”, pero eso la lleva a sentirse “un poco *falluta*”.

En el relato de Lucía llama la atención que reitere, una y otra vez, la idea de que sus noviazgos “iban a llegar a nada...”, “no iban a poder ser...”. Parece una muestra más de su contradicción, pues mientras emprende y continúa una relación con la aparente ilusión de formar una familia, se tranquiliza a sí misma pronosticando que no llegará a ese destino.

Si Lucía desarrolla un lupus, en lugar de otra enfermedad autoinmunitaria, es porque *su conflicto afecta a un núcleo central de su identidad (el ejercicio de la sexualidad genital)*, y lo afecta de un modo tal que *le impide cumplir con el sentido primario, el destino natural de su vida de mujer*. Para ella, el casamiento “era algo que les tocaba a todas las mujeres”.

<sup>44</sup> Se refiere a la película protagonizada por Henry Fonda y Katharine Hepburn, que ella comentó durante el estudio patobiográfico.

A los 19 años, todo en su vida parecía encaminado para que Lucía cumpliera con su destino “natural”: es nombrada directora del jardín de infantes de la parroquia, ocupa el rol de ama de casa... y José Luis le ofrece el camino del matrimonio. Pero ella se asusta y su temor no es el sencillo y simple temor de una jovencita antes de dar el paso que decide su destino. Lo suyo es más que temor. No está enamorada y parece sentir que no cabe entera en ese proyecto de matrimonio y familia que le ofrece José Luis. Hay, dentro de ella, “otra” Lucía que parece no tolerar ese designio para su vida. Una Lucía que presiente que su excitación no va a ser satisfecha. Una Lucía “sin cordura”, a la que, tal vez, sólo matándola podría acallar dentro de sí. Es entonces, al final de ese año tan especial, cuando enferma de lupus.

Lucía siente que si escucha las protestas del otro ser “sin cordura” que la habita, sus deseos de “ser mujer” y formar una familia corren riesgos de desvanecerse. Siente que el único recurso es destruir dentro de ella todo rastro de esa naturaleza indomable que reclama otro proyecto. Se desconoce a sí misma y trata como algo extraño a su ser todo eso diferente a su intención conciente.

Esta lucha entre dos partes esenciales y constitutivas de la identidad configura lo que denominamos *sentimiento de autointolerancia*. Es un *afecto* que cuando Lucía ya no puede soportarlo en su conciencia, aparece, deformado, como una *afección* “incomprensible”.

Cuando comprendemos el significado inconciente de su enfermedad, el lupus de Lucía testimonia su intento de adoptar sólo el modelo materno y borrar todo rastro del modelo que proviene de su padre. También su artrosis lúpica de cadera, que le impide abrir las piernas para el ejercicio de la genitalidad, expresaría un triunfo relativo de la norma puritana prohibidora.

El conflicto “lúpico” de Lucía nos parece más grave que aquellos otros en los que el lupus surge o empeora en relación con el embarazo. Ella rechaza activa y eficazmente “mezclarse” seriamente con un hombre, porque sólo podría unirse de verdad y formar una familia si “antes” lograra integrar, familiarizar, mezclar, mestizar en sí misma las dos Lucías que siente inconciliables, incompatibles<sup>45</sup>.

Al final de la anamnesis, después de revisar el recorrido de su vida, Lucía dijo: “Para mí, mi enfermedad parece ser una protesta contra mí

<sup>45</sup> No renuncia, sin embargo, al anhelo de un hijo, anhelo que el mioma oculta y simboliza. Un “hijo” sin la necesidad de mezclarse con ningún hombre. Una fantasía optativa que cobra el alto precio de la mutilación genital.

misma, contra esa naturaleza medio animal... como una barrera, una sogá para poner cordura a mi necesidad sexual”. No sabe (¿o prefiere no saber?) que esa naturaleza medio animal que ella quisiera desechar como si fuera “extraña” es parte de su carne y de su sangre, y que cuando procura matarla, se está matando a sí misma. Nunca logrará que esa naturaleza sea algo “ajeno” y “extraño” para ella: la habita desde siempre, desde el momento mismo en que empezó su ser.

---

**UN ESTUDIO PSICOANALÍTICO  
DEL SÍNDROME GRIPAL**

---

(2001)

Luis Chiozza, Gustavo Chiozza, Dorrit Busch,  
Enrique Obstfeld, Roberto Salzman  
y Gloria I. de Schejtman

## **Referencia bibliográfica**

**CHIOZZA, Luis y colab. (2001o) “Un estudio psicoanalítico del síndrome gripal”.**

## **Primera edición en castellano**

L. Chiozza, *Enfermedades y afectos*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2001, págs. 103-156.

El texto del presente trabajo fue presentado para su discusión en la sede del Instituto de Docencia e Investigación de la Fundación Luis Chiozza el día 11 de mayo de 2001.

## I. Síntesis de los conceptos médicos sobre la gripe

La gripe es una infección febril aguda de las vías respiratorias superiores, asociada a la presencia de un virus específico: el virus de la gripe o virus *influenza*<sup>46</sup>. Este virus forma parte de la familia de los ortomixovirus, caracterizada por su afinidad con las mucinas y por su gran variabilidad antigénica (Davis y otros, 1970; Knez, 1996; Coto, 1996; García San Miguel, 1982).

### 1. Generalidades sobre los virus

La biología denomina “virus” a un grupo de agentes infecciosos que se caracterizan por su pequeño tamaño y su parasitismo intracelular obligado. Esta última condición se debe a que los virus carecen de los constituyentes necesarios para procesar y almacenar energía química propia y tampoco son capaces de sintetizar proteínas (Coto, 1996). Por este motivo, estos agentes, para cumplir su ciclo y multiplicarse, emplean, a partir de la información contenida en el genoma viral, la maquinaria intracelular de la célula infectada.

---

<sup>46</sup> La palabra *influenza*, de origen italiano, también es utilizada en los países anglosajones para referirse a la gripe; así, aparece a menudo en la literatura médica en castellano a través de traducciones de trabajos originalmente escritos en inglés (Marín, 1991). El diccionario Wahrig (1982) consigna que el nombre de esta enfermedad proviene de la creencia supersticiosa de que la enfermedad se producía por la “influencia” ejercida por los astros.

Los virus están constituidos por una molécula de ácido nucleico (el genoma viral) que está asociada a una proteína, conformando ambas una nucleoproteína o nucleoide. El nucleoide está protegido por una cubierta proteica llamada cápside, conjunto que se denomina habitualmente nucleocápside. Dada su constitución proteica, la cápside será la responsable de las propiedades antigénicas de los virus. El ácido nucleico puede estar constituido por cadenas de ARN (ribonucleico) o de ADN (desoxirribonucleico) (Coto, 1996).

La cápside tiene la función de proteger el ácido nucleico y permitir la unión del virus con la membrana de las células que éste infectará. En algunas familias de virus, como la de los mixovirus<sup>47</sup>, la cápside está recubierta por una envoltura lipoproteica que también posee propiedades antigénicas. En esta envoltura, junto con las lipoproteínas, se encuentran glicoproteínas, que son las que permiten la unión con los receptores de la célula huésped y se encuentran ancladas en la membrana a modo de espículas. En estos virus, las funciones de la envoltura son similares a las de la cápside. La partícula vírica completa, capaz de infectar, se denomina virión (Carballal, 1996; Coto, 1996).

Reiteremos que, en última instancia, los virus no son otra cosa que una pequeña partícula de ácido nucleico al que se suman otras estructuras (principalmente proteicas) que lo protegen y le brindan capacidad infectante; por este motivo, el principal criterio de clasificación de los virus los divide en ARNvirus y ADNvirus.

Carballal señala que los virus pueden infectar a la mayoría de las especies vivientes, pero que “la relación virus-huésped es claramente específica. Cada virus afecta solamente a un grupo bien definido de especies biológicas” (Carballal, 1996, págs. 7-8). Afirma, además, que en cada especie biológica la afinidad de un determinado virus se limita sólo a determinadas células. Esto se debe a que los virus “aprovechan” de un modo específico los receptores normalmente presentes en la membrana celular (Carballal, 1996, págs. 7-8).

## 2. El virus de la gripe

El material genético del virus de la gripe consiste en una cadena de ARN que codifica dos tipos de proteínas: las proteínas internas que

---

<sup>47</sup> El nombre “mixovirus” se refiere a virus con afinidad por las mucinas y fue propuesto originalmente para los primeros miembros del grupo, los virus de la *influenza*. Si bien actualmente se los clasifica como ortomixovirus, la bibliografía especializada utiliza ambas designaciones indistintamente.

forman parte del nucleocápside y las proteínas de la superficie viral que forman las espículas.

Las proteínas internas brindan las características que permiten hacer la clasificación general de los virus de la gripe en tipo A, tipo B y tipo C (Knez, 1996; Coto, 1996). El ordenamiento alfabético de estos subtipos corresponde a su importancia epidemiológica y clínica. Los virus del tipo A aparecen en seres humanos, equinos, porcinos, focas y aves domésticas y silvestres; en cambio, los del tipo B y C están asociados sólo a los humanos<sup>48</sup>.

Las proteínas de la superficie viral, denominadas *neuraminidasa* y *hemaglutinina*, desempeñan un papel importante en la acción infectante y tienen la propiedad de mutar rápidamente, evitando así que la inmunidad que desarrolla el huésped inutilice su capacidad de infectar. A esta capacidad se la denomina variabilidad antigénica.

La variabilidad antigénica que caracteriza a esta familia de virus explica que personas que han padecido esta enfermedad vuelvan a enfermar, dado que sólo han quedado inmunizadas respecto de un tipo antigénico determinado. Si este tipo varía, la inmunidad lograda anteriormente, ahora resulta inútil.

Los textos consultados (García San Miguel, 1982; Knez, 1996; Coto, 1996) sostienen que el virus tipo A puede sufrir dos grados distintos de variación antigénica que afectan a las proteínas de superficie. Las modificaciones “menores” originarían las epidemias y las modificaciones “mayores” generarían las pandemias<sup>49</sup>.

Las variaciones menores dependen de una mutación espontánea del segmento ARN, que codifica la estructura de los antígenos hemaglutinina y neuraminidasa (especialmente del primero), mutación que se traduce en el cambio de un solo aminoácido o de unos pocos. Como el antígeno de la nueva variedad difiere parcialmente del anterior, los anticuerpos existentes en el sujeto resultan menos eficaces y la defensa inmunológica del organismo queda parcialmente comprometida. A partir de estos datos se procura explicar por qué las variaciones menores generan epidemias pero no pandemias.

Las variaciones mayores, en cambio, resultan de modificaciones importantes en la secuencia de los aminoácidos de la hemaglutinina y, menos

<sup>48</sup> Según algunos autores (Knez, 1996; Betts, 1995), es probable que el virus C forme parte de otro género, pues posee una única proteína de superficie (llamada hemaglutinina-esterasa), que integra, en forma atenuada, los efectos de las dos proteínas de superficie que poseen los tipos A y B (Knez, 1996; Coto, 1996).

<sup>49</sup> Se denomina epidemia al brote de una misma enfermedad dentro de un determinado país o región; cuando el brote abarca varios continentes o una proporción significativa de la población mundial, se lo denomina pandemia.

frecuentemente, de la neuraminidasa. Tales modificaciones parecen superpuestas a una nueva ordenación de los segmentos del genoma viral<sup>50</sup>. Una modificación antigénica de este tipo daría origen a una nueva hemaglutinina o neuraminidasa provista de propiedades antigénicas completamente diferentes de las anteriores, por lo que, hasta cierto punto, podría hablarse de la aparición de una nueva cepa<sup>51</sup> del virus. Así, en el siglo XX han aparecido cinco hemaglutininas diferentes que los virólogos designan con símbolos específicos. En cuanto a la neuraminidasa, mucho más estable, sólo se ha registrado un cambio en ese período.

### 3. Patogenia

La gripe se transmite por contagio a través de los aerosoles originados por la tos y el estornudo, llamados “gotitas de Flügge”. Si bien el virus puede sobrevivir en las partículas de los aerosoles bajo distintas condiciones climáticas, su estabilidad se ve favorecida por la temperatura ambiente baja (Betts, 1995). Si bien el contagio suele ser interhumano<sup>52</sup>, existen algunos estudios que sostienen que se podría producir un contagio del virus proveniente de la gripe porcina, equina o aviaria; según estos estudios, estos animales podrían constituir un “reservorio interepidémico” de la enfermedad.

El virus ingresa al organismo por las vías aéreas y se deposita en la mucosa del tracto respiratorio superior. El mucus que caracteriza a estos tejidos tiene la función de proteger a las células del epitelio contra las infecciones, pero en la infección gripal resulta “licuado” por la neuraminidasa. Si bien existen receptores celulares capaces de inactivar a la neuraminidasa, la otra proteína viral, la hemaglutinina, los destruye (Knez, 1996; Davis y otros, 1970; Coto, 1996). Para penetrar en la célula, el virus todavía debe vencer la barrera de los anticuerpos específicos elaborados por el organis-

---

<sup>50</sup> Sin embargo, los autores señalan que también se ha sugerido, apoyándose en experiencias de laboratorio, que en la naturaleza podría ocurrir una recombinación espontánea de segmentos pertenecientes a los genomas del tipo A y de otros virus gripales zoonóticos (virus que infectan simultáneamente al hombre y al animal).

<sup>51</sup> En medicina se denomina cepa a una población de la misma especie que proviene de un ancestro común.

<sup>52</sup> Resulta interesante consignar que Betts (1995) afirma que es posible descubrir cuál fue el huésped anterior al actualmente infectado, debido a que la doble capa de lípidos de la envoltura del virus deriva de la membrana de la célula huésped anterior.

mo en infecciones anteriores. La capacidad de estos virus para variar su estructura antigénica (variaciones mayores y menores) les permite sortear esta barrera. Una vez vencidas todas las barreras, el virus penetra en las células ciliadas del epitelio, donde inicia su replicación (Knez, 1996).

La replicación viral se produce en un período de tiempo que oscila entre cuatro y seis horas; cuando alcanza una concentración determinada, se rompe la membrana, la célula muere, y los nuevos virus quedan en libertad para invadir otras células. Una gran cantidad de virus libres que se eliminan del organismo pueden contagiar a otros individuos. Rara vez se encuentran virus gripales en el torrente sanguíneo o en otros órganos que no sean los que pertenecen al aparato respiratorio, por lo que *se ignoran los mecanismos a través de los cuales el virus provoca las manifestaciones generales de esta enfermedad* (García San Miguel, 1982; Betts, 1995). Volveremos, más adelante, sobre esto.

Durante el período agudo de la gripe, las células epiteliales ciliadas de las vías respiratorias superiores son las primeras que se ven afectadas. La multiplicación viral seguida de la necrosis de las células infectadas produce una amplia descamación del epitelio respiratorio. Esta descamación produce las manifestaciones catarrales de las vías respiratorias, que son constantes (Davis y otros, 1970). Los productos residuales de esta descamación son absorbidos por el torrente sanguíneo y tienen un efecto pirógeno. A este efecto se le suma otro, producido por las glicoproteínas de superficie que constituyen las espículas virales (Pickering, Smith y Sweet, 1992).

En la respuesta del organismo frente a la infección gripal intervienen distintos mecanismos: a) la inmunidad celular específica, de aparición temprana, a través de la multiplicación de linfocitos T (en general, citotóxicos); b) la inmunidad humoral a cargo de anticuerpos circulantes (también aparecen anticuerpos en las secreciones nasales); c) el interferón<sup>53</sup>, que aparece en las secreciones respiratorias, y d) una respuesta inflamatoria inespecífica (García San Miguel, 1982).

No se sabe exactamente cuál de estos mecanismos defensivos es el responsable de la eliminación del virus, lo cual implica el cese de la replicación hacia el quinto día de comenzada la enfermedad. Cuando la infección es grave (gripe complicada), la eliminación del virus no se produce; en estos casos, el ritmo de la replicación viral es muy intenso y la cantidad de virus eliminados a través de las secreciones respiratorias es mayor (García San Miguel, 1982).

<sup>53</sup> Los interferones son péptidos que promueven la actividad antiviral y protegen contra una amplia variedad de virus (Carballal y Oubiña, 1996).

## 4. Clínica de la gripe

El cuadro clínico, en su forma más típica<sup>54</sup>, aparece luego de un corto período de incubación que dura de 18 a 36 horas (excepcionalmente alcanza las 72 horas), con un *comienzo brusco* y *fiebre* elevada (de 39 a 40°C), a veces acompañada de escalofríos. Por lo general, esta fiebre persiste tres días (“fiebre de los tres días”), y sólo por excepción puede durar un día o prolongarse de cinco a siete días. La fiebre de esta enfermedad suele tener un comportamiento característico que se describe como “V” gripal; se mantiene alta el primer día, luego se produce un descenso brusco hacia el segundo día, para elevarse, nuevamente, al cabo de 12 a 24 horas; se mantiene un día más y cede definitivamente (García San Miguel, 1982).

En general, el paciente presenta *cefaleas* que ceden en cuanto remite la fiebre. Aparecen mialgias intensas en las extremidades, especialmente en las pantorrillas y en la región lumbar, a veces acompañadas de artralgias. El enfermo se suele quejar de una astenia importante, de molestias catarrales en las vías respiratorias y de una tos seca que es constante aunque al principio puede pasar desapercibida por la mayor relevancia de los otros síntomas (Davis y otros, 1970).

Hacia el final del período febril, la tos progresa: se hace persistente y molesta y puede estar acompañada de algún esputo mucoso. Este síntoma se prolongará durante la convalecencia. Suele registrarse también una cierta tumefacción de la mucosa nasal que dificulta la inspiración y se manifiesta a través de estornudos y una destilación abundante. También puede existir un discreto enrojecimiento conjuntival con lagrimeo y una congestión faríngea sin otras manifestaciones. En algunas ocasiones aparecen también anorexia y náuseas que, a veces, pueden provocar vómitos.

En ocasiones se registra un típico dolor en los músculos oculares (dolor retroocular) al efectuar movimientos laterales con la mirada. Si bien este síntoma no está presente en toda gripe, es tan característico de esta enfermedad que, cuando aparece, se lo considera patognomónico (García San Miguel, 1982).

De no haber complicaciones, la gripe es una enfermedad de curso benigno que aparece en forma epidémica en cualquier época del año (aunque lo habitual es que se presente en las épocas frías). Cuando el cuadro

<sup>54</sup> La evolución clínica descrita corresponde tanto a la gripe asociada al virus A como al virus B; en el caso de la infección por virus C, las manifestaciones sintomatológicas son muy leves y hasta pueden no existir (García San Miguel, 1982; Knez, 1996; Coto, 1996).

clínico se complica, el pronóstico deja de ser benigno y autolimitado; las manifestaciones más importantes de la gripe complicada son las pulmonares: la neumonía gripal primaria, que tiene su origen en el mismo virus y cuyo curso suele ser muy grave, y la neumonía gripal secundaria, por sobreinfección bacteriana. Dentro de las complicaciones, también pueden presentarse encefalopatías virales (García San Miguel, 1982). Cuando sobreviene una pandemia<sup>55</sup> es frecuente la aparición de complicaciones que suelen producir gran morbilidad y mortalidad.

## 5. Tratamiento de la gripe

No existe un tratamiento específico eficaz para la gripe. Solamente se puede aliviar el cuadro sintomático con paliativos para la fiebre (antipiréticos), antihistamínicos y otras sustancias, además de las medidas generales de reposo, abrigo, etc. Los antivirales específicos para la gripe, como la amantadina, cuyo uso está aprobado en EE.UU., o la rimantadina, aún no aprobada (Betts, 1995), actúan reduciendo aproximadamente en un cincuenta por ciento la duración de los síntomas, cuando se administran de 24 a 72 horas después del comienzo de la infección. Son más efectivas en sujetos jóvenes, y su acción consiste en la inhibición de la replicación del virus de la gripe A, interfiriendo con los virus no encapsulados tras haberse producido la infección de la célula. Estos antivirales pueden producir algunos efectos secundarios, como insomnio o mareos.

A pesar de las grandes campañas profilácticas de vacunación, la gripe resulta difícil de erradicar. Por la gran variabilidad antigénica de este virus, como dijimos, la protección de la vacuna solamente resulta eficaz para las cepas anteriores y no para la actual.

## 6. Consideraciones sobre el diagnóstico de la gripe

Dado el carácter benigno, breve y autolimitado de la enfermedad, habitualmente no se extreman las medidas para llegar a un diagnóstico de certeza. Tal diagnóstico supone la confirmación de la presencia del virus en las secreciones faríngeas mediante complejos y costosos métodos de

---

<sup>55</sup> En este siglo, por ejemplo, se produjeron pandemias en los años 1918, 1946 y 1977 (Knez, 1996; Coto, 1996).

laboratorio<sup>56</sup> que, por lo general, quedan reservados para casos especiales, en los cuales se busca constatar la presencia del virus en un determinado medio, establecer su tipo y evaluar su importancia epidemiológica.

En consecuencia, tanto en las epidemias como en los casos individuales, la mayoría de los diagnósticos no están comprobados sino que son diagnósticos presuntivos que sólo se basan en el cuadro clínico. En el contexto de una epidemia de gripe, la presencia del cuadro clínico descrito permite sospechar el diagnóstico con facilidad; sin embargo, en los casos aislados<sup>57</sup> el cuadro clínico puede no ser suficiente para efectuar el diagnóstico diferencial con otras enfermedades, dado que el conjunto de síntomas que se presentan en la gripe, sobre todo su forma de comienzo, se manifiesta también frente a otros agentes.

El dengue<sup>58</sup>, las infecciones producidas por enterovirus y las producidas por el virus sincicial respiratorio pueden presentar un cuadro clínico muy semejante al de la gripe (García San Miguel, 1982; Libonatti y Tchoulamjan, 1973). La fiebre alta y las mialgias permiten distinguir a la gripe del resfrío común (producido por rinovirus) y de las infecciones por adenovirus. En estas últimas, además, el comienzo de la enfermedad es menos súbito y la fiebre no es tan alta. También puede confundirse el cuadro clínico de la gripe con enfermedades de origen no viral, como por ejemplo la fiebre Q producida por rickettsias<sup>59</sup>.

Dado que el conjunto de signos y síntomas que hemos descrito como típico de la gripe puede presentarse también en otras enfermedades, se suele utilizar la expresión “síndrome gripal” cuando no se dispone de un diagnóstico de certeza (Fattorusso y Ritter, 1973; Couch, 1984; Clyde, 1992). La bibliografía médica anglosajona (tan proclive a

---

<sup>56</sup> Existen tres procedimientos para el diagnóstico, que son: a) el aislamiento del virus; b) la demostración del aumento de anticuerpos específicos; c) la presencia de antígenos específicos para el virus en las células de la mucosa respiratoria (Davis y otros, 1970).

<sup>57</sup> Knez (1996) afirma que la confusión del diagnóstico en un período no epidémico a veces contribuye a la sobrenotificación de los casos de gripe. Sin embargo, dado que la presencia de una epidemia en curso es un dato orientativo, pero que no asegura la certeza del diagnóstico, nada impide pensar en la posibilidad de una sobrenotificación semejante aun durante las epidemias.

<sup>58</sup> El dengue es una enfermedad infecciosa producida por un arbovirus que aparece en forma de brotes epidémicos propagada por el mosquito *Aedes aegypti*. Se caracteriza por artromialgias y fiebre alta, y su curso suele ser benigno. También es llamada, entre otros nombres, “fiebre quebrantahuesos” o “de los siete días” (El Ateneo, 1992).

<sup>59</sup> Las rickettsias son consideradas bacterias incompletas cercanas a los virus.

los neologismos) reserva la expresión *influenza-like syndrome* (o también *flu-like syndrome*) para cuando se tiene la certeza de que un cuadro clínico, semejante en todo al síndrome gripal, está producido por una causa diferente al virus de la gripe (por ejemplo, a la administración sostenida de interferón) (Hayden, 2000).

## II. Estudio psicoanalítico del síndrome gripal

En la mayoría de los síndromes, los síntomas y signos que los constituyen poseen un encadenamiento fisiopatológico claro y conocido; cuando intentamos comprender desde el punto de vista psicoanalítico las fantasías inconcientes implícitas en una determinada enfermedad somática, solemos apoyarnos en el encadenamiento fisiopatológico que da origen al conjunto de signos y síntomas de esa enfermedad. Así, por ejemplo, buscamos comprender primero el significado inconciente de la función insulínica (Chiozza y Obstfeld, 1991*h* [1990]) o tiroidea (Chiozza y colab., 1996*d* [1995]), para comprender luego, a partir de aquella fantasía, los demás aspectos que componen el cuadro completo de la enfermedad que investigamos.

De este modo, el órgano o más bien la función cuya alteración sostiene todo el encadenamiento fisiopatológico del cuadro ocupa el papel central en nuestra investigación; esa función será el elemento cardinal del afecto desestructurado patosomáticamente (Chiozza, 1975*c*) y su momento de aparición ontogenético nos orientará hacia la primacía erótica donde buscar el punto de fijación libidinal.

Sin embargo, de acuerdo con los textos médicos, en el caso de la gripe este encadenamiento, como vimos, parece aún no haberse esclarecido; en palabras de Dolin, “a pesar de la frecuencia con que existen síntomas y signos generales, como fiebre, cefalea y mialgias, los virus gripales rara vez se descubren fuera del pulmón, incluida la corriente sanguínea, y la patogenia de los síntomas generales de la gripe sigue siendo desconocida” (Dolin, 1992, pág. 948).

No disponer de un encadenamiento fisiopatológico nos obliga a emprender un camino diverso al habitual, buscando sin ese apoyo, desde una perspectiva psicoanalítica, un encadenamiento de significación para los diferentes signos y síntomas que componen el síndrome gripal.

Podemos comenzar considerando que el concierto de síntomas del síndrome gripal, de una manera deformada (patológica), posiblemente expresa, y al mismo tiempo encubre, un análogo concierto de sensaciones somáticas normales, experimentadas en un pasado traumático que hoy, en

cada nuevo episodio de gripe, se repite al modo de una conversión mnémica (Freud y Breuer, 1895d\*).

Creemos hallar este concierto de sensaciones somáticas en el momento inmediatamente posterior al nacimiento; momento que la pediatría designa con el nombre de período neonatal temprano. Mientras que el período neonatal abarca las primeras cuatro semanas de vida extrauterina, el período neonatal temprano finaliza con la caída del cordón umbilical, hacia el fin de la primera semana de vida posnatal (Albores, 1980)<sup>60</sup>.

Desde el punto de vista fisiológico, en este período se producen cambios muy significativos, dado que de ellos depende la adaptación a un nuevo medio, el cual exige una autonomía mayor. Habitualmente se suelen subrayar los cambios que atañen a la respiración, la nutrición y la circulación; pero no son menos importantes los que hacen a la adaptación neuromuscular a las nuevas condiciones gravitatorias y a la regulación de la temperatura corporal.

*Todos los cambios fisiológicos mencionados deben llevarse a cabo en un contexto anímico signado por una particular vivencia que podríamos caracterizar como duelo por la pérdida del objeto con el cual, el ahora neonato, había compartido toda su anterior existencia fetal. Se trata de un proceso tan complejo desde el punto de vista psíquico como lo es desde el punto de vista fisiológico. El recién nacido no sólo debe duelar entonces la pérdida, sino que además deberá re-conocer un nuevo objeto, establecer con él un nuevo vínculo y re-encontrar, en la “madre-pecho” presente, a la “madre-umbilical” perdida<sup>61</sup>.*

*Lo que en términos fisiológicos se describe como adquisición de mayor autonomía, en términos anímicos bien puede describirse como un profundo cambio en el vínculo de objeto, que exige la realización de un duelo, el más importante quizás en la vida del recién nacido: el duelo por lo que hasta entonces fue el “único objeto de su vida”.*

En otras palabras, el período neonatal temprano, que, desde el punto de vista fisiológico, está caracterizado por los cambios que acontecen en los aparatos respiratorio, circulatorio, digestivo, neuromuscular, etc., está

<sup>60</sup> Otros autores prefieren los nombres de precoz (de 0 a 7 días) y tardío (de 7 a 28 días). También, siempre dependiendo de aquello que se quiera enfatizar, algunos hablan de un período perinatal englobando al período neonatal precoz con el período fetal tardío (Votta, Parada y otros, 1985).

<sup>61</sup> Obviamente, desde el punto de vista psíquico, esto es posible aun en los casos en los que la madre posnatal es una persona distinta a la madre prenatal (por ejemplo, una madre adoptiva); aunque esta particular situación bien puede dificultar la tarea de reconocimiento del neonato.

signado, desde el punto de vista anímico, por cambios en las relaciones de objeto que, como veremos luego, se inician con la más significativa de las pérdidas, para concluir con la “salvación” del reencuentro.

Para poder comprender mejor tanto la cualidad de esta pérdida como el tenor de sus posteriores alcances (es decir, su cualidad traumática), debemos detenernos en la descripción del objeto perdido, que aquí denominamos la “madre-umbilical”. Como detallaremos oportunamente, la caída del cordón umbilical hacia el séptimo día de vida extrauterina, que pone fin a este período de cambios adaptativos intensos, se presta adecuadamente para simbolizar el duelo por el objeto perdido.

## 1. La vivencia de pérdida de la madre-umbilical

A partir del estudio psicoanalítico del psiquismo prenatal (Fodor, 1949; Rascovsky, 1960; Chiozza, 1998*b* [1970]) ha cobrado forma la representación de la imago materna propia del estadio fetal. En otra oportunidad, al estudiar los trastornos hepáticos como producto de una regresión a un punto de fijación prenatal (Chiozza, 1998*b* [1970]), nos hemos ocupado de describir esta imago materna a partir, por ejemplo, de las cualidades propias de la placenta. En aquella oportunidad, interesados por los aspectos traumáticos que originaron la fijación en el estadio prenatal, hacíamos particular énfasis en las cualidades terroríficas y altamente persecutorias del objeto; así escribíamos: “suponemos que esta imago es ‘difusa’, es decir ‘rodea’ y llega al yo desde todas las direcciones, sin una ubicación precisa en el espacio ni en el tiempo, lo cual puede engendrar en el yo la vivencia de encierro, de ‘estar metido en algo sin salida’” (Chiozza, 1970*n* [1968], apdo. 3.b).

Sin embargo, en el momento que ahora nos interesa, es decir el momento en que este objeto se halla definitivamente perdido, puede ocurrir que sus cualidades sean “defensivamente” idealizadas. (¿Acaso no lo afirma el poeta cuando dice que “a nuestro parecer cualquiera tiempo pasado fue mejor”? –Manrique, 1476, pág. 89–.) Desde este particular punto de vista, la madre-pecho del neonato aparece como un pobre sustituto frente a la madre-umbilical perdida.

Mientras que la madre-umbilical proveía en forma continua oxígeno y alimento, la madre-pecho sólo provee alimento y, además, lo hace en forma periódica. Mientras que la primera proveía la temperatura necesaria, la segunda, sentida como fría<sup>62</sup>, exige al neonato la autorregulación de la

<sup>62</sup> Para el feto, el mundo y el objeto son lo mismo; al nacer, esta identidad se mantiene y las cualidades del mundo son atribuidas al objeto.

temperatura corporal<sup>63</sup>. Pensamos que esta separación deja una profunda huella que se erige en símbolo de toda separación traumática, dado que es la representación que mejor se presta para encarnar la vivencia que acompaña a este tipo de separaciones.

Un dato significativo, que nos interesa subrayar, nos permitirá cualificar mejor a la vivencia de la pérdida de la madre-umbilical. La madre-pecho es un objeto cuya presencia en el mundo del neonato se hace intermitente; la madre-umbilical, en cambio, no sólo tiene una presencia constante, sino que, además, constituye en sí misma el mundo del feto. De este modo, la pérdida de la madre-umbilical es menos una pérdida de objeto que la pérdida de todo *un entorno significativo*; el neonato ha perdido su mundo fetal entero. Algo parangonable a lo que, en una situación de exilio, un adulto expresaría como la pérdida de la “madre patria”<sup>64</sup>. En otras palabras, no ha perdido un objeto que “poseía”, sino que ha perdido un lugar en donde estar contenido (en ambos sentidos del término, el físico y el anímico).

Como se desprende de lo dicho, se trata de una vivencia para la cual el término “soledad” resulta claramente insuficiente, ya que esta palabra se refiere a la ausencia de objetos en el mundo, y lo que nosotros deseamos significar no es la ausencia de los objetos, sino la entera ausencia del “mundo significativo” o, para expresarlo mejor, dotado de significancia<sup>65</sup>. Para referirse a una vivencia tan devastadora el castellano reserva el término “desolación”.

Debemos aclarar, sin embargo, que la ausencia de significación es tan insostenible como la ausencia de percepción, y que de la misma manera en que la ausencia de un objeto bueno es “percibida” como la presencia de uno malo, la pérdida de la significancia del mundo presente, propia de la desolación, conduce a que ese mundo adquiera una importante significación negativa. Es precisamente a partir de este punto que, durante la “deso-

<sup>63</sup> En un trabajo anterior inédito titulado “Consideraciones sobre la gripe” (Salzman, Schejtman y Strasberg, 1995), algunos de nosotros propusimos la idea de que en el encuentro con el virus de la gripe el sujeto expresaría su anhelo de encontrar un objeto tierno que lo nutra, lo cobije y le facilite el contacto con las exigencias de la vida; en aquella oportunidad no vinculamos, como ahora, las características de ese objeto con las características de la madre-umbilical perdida luego del nacimiento.

<sup>64</sup> Pensemos, por ejemplo, en la vivencia que acompaña a Scarlet O’Hara, la protagonista del filme *Lo que el viento se llevó*, cuando luego de la guerra regresa al hogar y encuentra los estragos de la devastación. Cuando Scarlet pregunta al hombre de quien está enamorada, Ashley, “¿qué será de nosotros?”, él le responde con otra pregunta: “¿qué les sucede a quienes han visto desaparecer su mundo?”.

<sup>65</sup> Utilizamos este término para referirnos a la “importancia del significado”, “utilizando un neologismo justificado ya que en castellano disponemos del término contrario, ‘insignificancia’” (Chiozza, 1995D [1993]).

lación” neonatal, se idealiza “defensivamente”, como ya lo hemos dicho, el recuerdo de la madre-umbilical.

## 2. La vivencia de desolación

Según la Real Academia Española (1992), la palabra “desolación” proviene del latín *desolatio-onis* y significa, por un lado, acción y efecto de desolar o destruir y, por el otro, tristeza o pena profunda. Los sinónimos propuestos se dividen en aquellos que enfatizan los aspectos físicos, como destrucción, devastación, ruina, y aquellos que enfatizan los aspectos anímicos, como desconsuelo y congoja.

Según Lewis y Short (1991), el término latino *desolatio* proviene del verbo *desolare*, que significa “asolar, abandonar, dejar solo”. También en latín existe, por otro lado, la palabra *sollus*, que posee el valor semántico sustantivo de “suelo, fondo, base, fundación”, así como también el valor adjetivo de “entero, no roto”. Para estos autores, *solus* y *sollus* parecen tener el mismo origen.

Entre las palabras compuestas por *solo* figura *consolatio*, que significa “aliento, confort”, y se deriva a su vez del verbo *consolare*, que se traduce por “consolar, confortar”, con el significado de “ayudar a alguien a soportar o sentir menos una pena”. Al mismo tiempo, “consuelo” es el antónimo de “desolación” (Moliner, 1986). El vocablo “consola” (del francés *console*) significa “lo que sostiene”.

Estas relaciones semánticas y etimológicas nos permiten inferir que el sujeto que se encuentra desolado padece una profunda tristeza, pues siente que ha sido “dejado solo” por ese objeto primordial que, al constituir (al modo de una placenta) todo su entorno, le confería una razón de ser a su existencia<sup>66</sup>. Este objeto puede hallar una adecuada representación en “el

<sup>66</sup> Este tipo de vínculo con el objeto nos recuerda el experimento realizado por Harlow en la década de 1940 con monitos separados prematuramente de sus padres. El experimento, ilustrado en el filme de Irving (s/f), *Right from the start*, muestra que si se coloca en la jaula del monito una “mona” adulta hecha de alambre y recubierta con felpa suave, el monito se abraza periódicamente a ella, y su capacidad de explorar el mundo y de acercarse a los objetos que se le presentan es semejante a la de los monitos que han sido criados por sus madres. Resulta muy conmovedora la imagen que muestra cómo, ante la introducción de un objeto extraño en la jaula, el monito se atreve a tocarlo solamente mientras mantiene una de sus patas en contacto con la madre de felpa. Si la mona de alambre carece de felpa, el monito no se vincula con ella, y aparecen trastornos psicológicos severos, tales como el *rocking* o el acurrucarse en un rincón de la jaula.

suelo” (*sollus*), “la madre-tierra” o “el terruño natal”, ya que el sentimiento de desolación es vivido como una pérdida del entorno familiar o significativo. En síntesis, el sujeto que se siente desolado siente que ha sido dejado solo, y que todo su mundo, su entorno, aquello que lo sostenía y consolaba, ha sido destruido y devastado.

En este sentido, resulta llamativa la existencia de una palabra alemana que parece referirse al sentimiento de desolación enfatizando una pérdida objetual significativa; es el término *mutterseelenallein*, que, compuesta por los formantes *Mutter* (madre), *seelen* (*Seele*: alma) y *allein* (solo), significa “sentirse abandonado por el alma de la madre” (Wahrig, 1982).

García Márquez, en *Relato de un naufrago*, hace una referencia a la vivencia de desolación con las siguientes palabras: “Mi primera impresión fue la de estar absolutamente solo en la mitad del mar”, “Las luces eran cada vez más lejanas, empecé a sudar. Empecé a sentirme agotado. A los veinte minutos, las luces habían desaparecido por completo. Las estrellas empezaron a apagarse y el cielo se tiñó de un gris intenso. Desolado en medio del mar, solté los remos, me puse de pie, azotado por el helado viento de la madrugada, y durante breves minutos estuve gritando como un loco” (García Márquez, 1970, págs. 36 y 75).

La imagen de un naufrago que está lejos de “tierra firme y de buen puerto”, luego de permanecer muchos días en medio del mar, solo, en una balsa a la deriva, sin rumbo y sin comida ni bebida, podría ser una adecuada representación del sentimiento que procuramos describir; pero también nos puede llevar a confundir la desolación anímica con la soledad física.

En este sentido, no menos gráfica podría ser la imagen del sujeto exiliado en tierra extraña, rodeado de personas desconocidas con quienes no comparte ni las costumbres ni el idioma. Si bien físicamente hablando no está solo, la presencia de extraños no hace más que evocar dolorosamente la ausencia de los objetos significativos. Esta última imagen nos parece más adecuada para comprender las vivencias del recién nacido, quien, separado de la madre-umbilical que configuraba su entorno, se halla incomunicado, en un mundo nuevo y desconocido, rodeado de estímulos extraños (luces, instrumentos, ruidos y personas).

Sería inexacto afirmar que el psicoanálisis no se ha ocupado de estudiar los aspectos inherentes al afecto desolación, pero no parece aventurado sostener que no se ha hecho todavía una diferenciación suficiente entre soledad y desolación.

Pensamos que Melanie Klein quiere referirse al sentimiento de desolación cuando afirma que al hablar del sentimiento de soledad no se refiere “a la situación objetiva de verse privado (el sujeto) de compañía externa, sino

a la sensación interna de soledad, a la sensación de estar solo sean cuales fueren las circunstancias externas, de sentirse solo incluso cuando se está rodeado de amigos o se recibe afecto. Este estado de soledad interna... es producto del anhelo omnipresente de un inalcanzable estado interno perfecto... Este tipo de soledad, que todos experimentamos en cierta medida, proviene de ansiedades paranoides y depresivas, las cuales son derivadas de las ansiedades psicóticas del bebé. Tales ansiedades existen, en algún grado, en todo individuo” (Klein, 1959, pág. 175).

Según esta autora: “Una relación temprana satisfactoria con la madre... implica un estrecho contacto entre el inconciente de la madre y el del niño; esto constituye el principio fundamental de la más plena experiencia de ser comprendido y está esencialmente vinculado con la etapa preverbal. Por gratificador que sea, en el curso de la vida futura, comunicar los propios pensamientos y sentimientos a alguien con quien se congenia, subsiste el anhelo insatisfecho de una comprensión sin palabras, en última instancia, de algo similar a la primitiva relación que se tenía con la madre. Dicho anhelo contribuye al sentimiento de soledad y deriva de la vivencia depresiva de haber sufrido una pérdida irreparable” (Klein, 1959, pág. 176).

Consideramos que Freud (1916-1917 [1915-1917]\*) también alude a este sentimiento de desolación cuando afirma que las primeras fobias de los niños se vinculan con situaciones que se refieren al silencio, a la oscuridad y a la soledad, y señala que a veces persisten durante toda la vida. Para este autor, lo esencial en esas situaciones es que se trata de reacciones ante el peligro de perder al objeto. También señala (Freud, 1926*d* [1925]\*) que lo esencial se reduce a una sola condición: el niño advierte la falta de la persona amada y anhelada.

Si bien, en sustancia, coincidimos con lo afirmado por Klein y por Freud, vale recordar que sus afirmaciones son anteriores a los desarrollos psicoanalíticos sobre el psiquismo fetal. Pensamos que el vínculo de estrecho contacto entre el inconciente de la madre y el del niño, al que se refiere Klein, queda mejor representado si lo “situamos” en los estadios prenatales del psiquismo. Del mismo modo pensamos que la pérdida irreparable a la que ella se refiere halla una representación inmejorable en la pérdida de la madre-umbilical luego del nacimiento.

### **3. La desolación y la angustia**

Freud (1926*d* [1925]\*) afirma que el nacimiento, en el hombre, es la primera vivencia individual de angustia y que este afecto, conformado por las

sensaciones somáticas experimentadas al atravesar el canal de parto, se erige como símbolo conmemorativo de aquel suceso. La angustia constituye de este modo un “prototipo” de las situaciones de peligro, que se diferencia del miedo por una cierta indeterminación y por la ausencia de un objeto preciso.

Cuando desarrolla su segunda teoría de la angustia (Freud, 1926*d* [1925]\*), considera que toda defensa, y toda formación de síntomas, son emprendidas con el solo y único fin de eludir ese sentimiento. La disposición inconciente al desarrollo de angustia constituye pues, en esta formulación de Freud, el origen de todo trastorno. En otras palabras, todo trastorno puede considerarse, entonces, una respuesta defensiva inadecuada frente a una situación actual que es experimentada con la misma peligrosidad con que una vez se experimentó la situación del nacimiento.

Freud distingue, además, dos tipos diferentes de angustia, “una involuntaria, automática, económicamente justificada, en cada caso, cuando se había producido una situación de peligro análoga a la del nacimiento; la otra, generada por el yo cuando una situación así amenazaba solamente, y a fin de movilizar su evitación” (Freud, 1926*d* [1925]\*, pág. 152). Se trata de lo que solemos denominar, respectivamente, angustia catastrófica y angustia señal.

El sentimiento de desolación parecería corresponder, con el mismo valor de monumento conmemorativo que hemos atribuido a la angustia, a las vivencias del período neonatal temprano signadas por la pérdida de la madre-umbilical. Toda vez que nos enfrentamos con la vivencia de que el vínculo con los objetos que constituyen nuestro entorno significativo (aquellos “para quienes vivimos”) se ha modificado sustancialmente, volvemos a sentirnos como el recién nacido que, separado de la madre-umbilical, tiene que aceptar el nuevo modo de relación que la madre-pecho propone.

Los recuerdos de la madre-umbilical que, luego de su pérdida, no fueron suficientemente duelados, se reactualizan siempre con toda su fuerza frente a una importante situación de cambio. En otras palabras, se transfieren sobre la situación actual. Sentimos entonces que, sin el objeto “para el cual se vive”, el mundo se ha vaciado de sentido; se ha devastado, sumiéndonos en una desolación sin consuelo.

Análogamente a lo que describe Freud para la angustia, el sentimiento de desolación se “construye” con las sensaciones somáticas experimentadas luego del nacimiento, es decir, los cambios fisiológicos que el recién nacido experimenta en las funciones respiratoria, circulatoria, de regulación térmica, neuromuscular, digestivas, etc., en respuesta, justamente, a la ruptura de la simbiosis materno-fetal.

Pensamos que el sentimiento de desolación que hemos descrito constituye un análogo de la angustia catastrófica. Pensamos también que existe

una “desolación señal” caracterizada por un estar solo que suele ligarse con el aburrimiento y que habitualmente se intenta evitar mediante entretenimientos, pasatiempos y compañías forzadas.

Tal como lo señalamos en un trabajo anterior, en opinión de Freud (1926d [1925]\*), “el dolor anímico surge como consecuencia de la intensa investidura que deriva de una necesidad actual insatisfecha, ‘desesperada’ y traumática, del objeto añorado y ausente, que se experimenta como un daño, mientras que la angustia es el producto de una vivencia de peligro que sólo es posible cuando la necesidad no es actual” (Chiozza y colab., 1993i [1992], apdo. IV.b).

El sentimiento de desolación, como representante simbólico de las vivencias que se experimentan en el momento inmediatamente posterior al nacimiento, signado por las vivencias de separación y pérdida del objeto, parece corresponder “punto por punto” con el dolor anímico frente al objeto añorado y ausente, dolor que Freud se ocupa de diferenciar claramente de la angustia.

Ambos afectos, angustia y desolación, que giran en torno a la situación de nacimiento y que son vecinos en el tiempo, se acercan también en sus significados, aunque con distintos matices. La angustia del que está naciendo posee un tinte claramente persecutorio; el sentimiento de desolación del recién nacido es, en cambio, de tinte melancólico<sup>67</sup>. Mientras que la angustia, de cara al futuro, está dirigida a “lo que vendrá”, la desolación, mirando al pasado, padece por “lo que se ha ido”.

No debemos confundirnos en esto: la palabra “nacimiento” es una sola, pero los traumas son dos. Uno es el trauma del estar naciendo, angustiosamente, en el canal de parto; el otro es el trauma del haber nacido en la desolación de un mundo que es diferente y extraño. La angustia y la desolación, en tanto son afectos diferentes, como monumentos conmemorativos simbolizan distintos sucesos traumáticos del pasado y como procesos de descarga expresan traumas actuales distintos.

Llegamos, de este modo, a una conclusión fundamental. El concierto de sensaciones somáticas que acompaña al período neonatal temprano, unido al conjunto de consideraciones apuntadas, nos ha permitido adjudicar al sentimiento de desolación una importancia análoga a la que posee el sentimiento de angustia. Parece entonces evidente que, *del mismo modo que la angustia constituye el elemento esencial de toda situación persecutoria,*

<sup>67</sup> Preferimos reservar la expresión “depresiva” para la integración que surge luego del duelo y la elaboración, ausentes en la experiencia de desolación, en la cual el profundo desamparo conduce a la pérdida de la autoestima y a los autorreproches que son propios de la melancolía.

*el sentimiento de desolación conforma la base en la cual se apoya toda situación melancólica.* En otras palabras, “en el fondo” de la melancolía encontraremos siempre la desoladora vivencia de una pérdida particular, la pérdida de un objeto sin el cual se teme no poder sobrevivir.

Análogamente a lo que sucede con la angustia, deberíamos entonces encontrar el sentimiento de desolación en la base de una gran variedad de trastornos. Sustenta esta hipótesis, desde la vertiente “somática”, el hecho de que el cuadro clínico que produce el virus de la gripe (el síndrome gripal) suele presentarse también frente a otras enfermedades.

La bibliografía médica anglosajona, como dijimos, reserva la expresión “*influenza-like syndrome*” para referirse a aquellos cuadros que, siendo similares al síndrome gripal, se desencadenan en ausencia del virus de la gripe. Vemos entonces que el síndrome gripal constituye, más allá del caso particular de la gripe, un modo de repuesta típico<sup>68</sup> frente a distintos “agentes”<sup>69</sup>.

Si tenemos en cuenta, además, que el síndrome gripal puede presentarse en formas atípicas (por ejemplo, incompleto) y que, como veremos enseguida, cada uno de los signos y síntomas que lo componen puede representar, aisladamente, al conjunto entero del síndrome, encontramos que la cantidad y variedad de trastornos que son capaces de “aludir simbólicamente” al sentimiento de desolación parece corresponder con la significancia que otorgamos a ese sentimiento.

#### **4. El afecto desolación y su clave de inervación**

De acuerdo con el modelo que expusimos en 1975 (Chiozza, 1975c), podríamos sostener que cuando el sentimiento de desolación se hace insoportable a la conciencia, se desestructura en su clave de inervación. Por

<sup>68</sup> Esta idea de que el síndrome gripal constituye un modo típico con el que respondemos frente a ciertas situaciones, parece quedar expresada en el hecho de que para el caso de la gripe se suele utilizar la forma verbal reflexiva; así, decimos que “nos hemos engripado”. Esto no suele ocurrir con otras enfermedades infecciosas, tales como la difteria o la tuberculosis.

<sup>69</sup> Debemos dejar para otra oportunidad la exploración del sentimiento de desolación vinculado a la respuesta general del organismo frente a las infecciones. No parece desacertado suponer que este sentimiento desempeñe un papel trascendente en las fantasías inconcientes específicas de las enfermedades infecciosas si tenemos en cuenta que, siguiendo a Weizsaecker (en Booth, 1948), el contacto con el agente infeccioso puede representar (regresión filogenética mediante) un vínculo de objeto perdido.

obra de este mecanismo defensivo, lo que antes se experimentaba como sensaciones somáticas que configuraban el significado del afecto que llamamos desolación, se experimentaría ahora como síntomas cuyo conjunto no estructura, en la conciencia del sujeto, el significado de un afecto. Sabemos que estos síntomas, experimentados en forma conjunta, componen en cambio el significado de lo que conocemos como síndrome gripal.

Antes de proseguir con estas consideraciones, debemos realizar un pequeño rodeo para exponer con claridad algunos fundamentos teóricos.

En nuestras primeras investigaciones acerca de los trastornos hepáticos (Chiozza, 1963a, 1998b [1970]) sostuvimos que la progresión de la bilis a través del colédoco constituía la representación corporal que mejor “correspondía” al afecto y al mecanismo que en el territorio psíquico denominamos envidia. Exponíamos de este modo la idea de que cada trastorno orgánico llevaba implícita una fantasía inconciente específica. No se nos escapaba, sin embargo, que estábamos refiriéndonos a una cuestión de predominio, ya que la misma etimología de la palabra “envidia” remite a una manera del mirar, y es, por otra parte, evidente, que el compromiso corporal de la envidia trasciende los límites de un suceso biliar. A pesar de las consideraciones apuntadas, continúa siendo válido que el funcionamiento biliar es el proceso más adecuado para arrogarse la representación somática de la envidia.

Más tarde, durante la investigación del significado inconciente de las fantasías lagrimales (Chiozza y colab., 1970p [1968]), surgió la evidencia de que la efusión de lágrimas se integraba con los lamentos y sollozos para constituir al llanto como expresión de un particular estado afectivo. Nuestro interés por la clave de inervación de los afectos se desarrolló a partir de este punto. Sostuvimos más tarde (Chiozza, 1975c) que el proceso defensivo, mediante el desplazamiento de la investidura desde uno hacia otro de los elementos que integran la clave, la deforma de manera que su descarga no produce la conciencia de un afecto, sino que, por el contrario, se registra como una alteración en el cuerpo que solemos denominar afección. El miedo, por ejemplo, puede permanecer inconciente y descargarse como diarrea, o como taquicardia, según cuál sea el elemento de su clave de inervación sobreinvertido.

El estudio de la esclerosis múltiple (Chiozza y colab., 1986e; Chiozza, 2001a [1986-1997], cap. XI) nos mostró que las claves de inervación no sólo nos permiten comprender la determinación preformada de los afectos, sino también la de las acciones. Quedó claro, además, que hay elementos, como la taquicardia, que pueden integrar más de una clave, ya que, por ejemplo, el aumento de la frecuencia cardíaca no sólo forma parte del miedo, sino también de la excitación y la actividad que precede al orgasmo.

El próximo paso fue dado mientras estudiábamos el concepto freudiano de lenguaje de órgano (Chiozza, 1991c [1989]). Es obvio que una afección somática puede ser contemplada como una transacción sustitutiva entre dos tendencias conflictivas que llevan implícita, cada una de ellas, una particular descarga afectiva. Cae entonces por su propio peso que el elemento sobreinvertido que, como síntoma o signo, se constituye en representante de un afecto reprimido, impide, en realidad, más de un afecto, y representa la deformación transaccional de más de una clave.

Las investigaciones posteriores nos llevaron a cobrar conciencia de que disponemos de muy pocos nombres para cualificar y distinguir a los afectos y de que conocemos muy poco acerca de cuáles son los elementos que integran sus claves de inervación. En el desarrollo de tales investigaciones elegimos habitualmente un afecto que centramos en torno a una función biológica determinada, afirmando que esa función es el elemento más significativo de la clave de inervación del afecto considerado y que como tal se arroga, en la deformación defensiva de la clave, la representación del entero conjunto. Así, por ejemplo, en la diabetes, el sentimiento de impropiedad queda vinculado a la función insulínica (Chiozza y Obstfeld, 1991h [1990]), y aunque nos referimos a otros afectos tales como la sumisión y la dulzura empalagosa que es antónimo de la amargura, interpretamos los signos y síntomas de la enfermedad a partir de la deformación del sentimiento de impropiedad.

El estudio de las enfermedades óseas (Chiozza y colab., 1991e [1990]) a partir de las funciones de sostén y protección, que son características del hueso, nos condujo, a través de su vinculación con las normas y con el carácter, a reconocer la importancia central de sentimientos tales como el de seguridad y el de solidaridad, y a considerar la desestructuración patosomática de tres sentimientos distintos para un mismo sistema: el de desmoronamiento, el de infracción y el de consolidación, en la interpretación (respectiva) de la osteoporosis, la fractura y la hiperostosis.

Podríamos continuar con ejemplos que enriquecerían este tema, pero lo que nos interesa destacar ahora es que cada nueva investigación nos obliga a nuevas consideraciones y nos aporta una comprensión más profunda y más amplia de la deformación patosomática de los afectos.

Volviendo ahora a la investigación que nos ocupa, podemos mencionar (como hicimos) varios de los elementos de la clave de inervación del afecto desolación, pero no podemos, de forma convincente, sobreponer uno a los demás. Reparemos, además, en una cuestión fundamental: cada uno de estos elementos de la clave de inervación es, al mismo tiempo, el elemento más representativo de otro afecto, distinto de la desolación. Así, por ejemplo, los cambios en las funciones respiratorias que retenemos

como esenciales para el afecto desolación, también forman parte del afecto desaliento (Chiozza y colab., 1991f [1990]).

Tal como lo sostuvimos antes, cuando por ser intolerable se impide el acceso a la conciencia del sentimiento de desolación, en lugar de aparecer un síntoma somático, compuesto por la alteración de una función (la más representativa del conjunto de la clave), aparece en cambio un síndrome, dentro del cual varias funciones de esa clave de inervación hallan, a la vez, expresión sintomática.

Pero ¿en qué consiste entonces la deformación de la clave? Tal vez deberíamos pensar en el sentimiento de desolación como en un estado macroafectivo; es decir, un estado afectivo “mayor”, compuesto a su vez, al modo de cajas chinas, por afectos “menores”, como el ya citado desaliento. No parece tan desacertado ver las cosas de este modo si pensamos que lo propio hacemos en biología. Así, solemos considerar a la célula, alternativamente, como un individuo o como un integrante de un tejido, el que a su vez integra un órgano perteneciente, a su vez, a un sistema, etc. De manera similar, podemos imaginarnos, sin incurrir en una transgresión a la teoría, que existen vivencias más simples que se asocian o combinan de manera típica conformando vivencias más complejas.

En este camino teórico encontramos la respuesta a nuestra anterior pregunta: en el síndrome gripal el afecto desolación que lo “sostiene” desde el inconciente, se vuelve irreconocible como tal sin necesidad de ser “deformado en sí mismo”<sup>70</sup>, ya que cada uno de los síntomas que constituyen el síndrome es el producto de la deformación de un afecto “menor” que, en la medida en que se descarga como síntoma, sustrae la investidura que hubiera permitido que la conciencia lo reconozca como un integrante del estado macroafectivo que llamamos desolación.

Esto nos permite pensar que, a los fines de la defensa, cada uno de los afectos que integran el estado macroafectivo tendrá la capacidad, por sí solo, de representar, simbólicamente, al conjunto entero. Así, por ejemplo, un catarro nasal aislado puede expresar al mismo tiempo el llanto por una pérdida de objeto y la desolación en que tal pérdida coloca al sujeto. Lo mismo podría aplicarse para la fiebre, la astenia o cualquiera de los síntomas que conforman el síndrome gripal.

Por sus características propias, cada uno de estos síntomas podrá expresar un particular matiz del sentimiento de desolación; por ejemplo, un sentimiento de desolación expresado a través de la fiebre se presta para enfatizar el frío por la separación física, sentida como un abandono.

<sup>70</sup> Mediante el desplazamiento de la investidura “dentro” de su clave.

También es posible establecer un gradiente que va desde un resfrío común, pasando por un síndrome gripal, hasta llegar, por ejemplo, a la neumonía de una gripe complicada, como representante de otro gradiente en el cual la desolación se experimenta, cada vez, con mayor desconsuelo.

## 5. Los síntomas del síndrome gripal y su relación con el período neonatal temprano

### a. Los trastornos respiratorios, el catarro y la tos

A partir del momento mismo del nacimiento, el recién nacido debe asumir en forma autónoma la función respiratoria que, en su anterior existencia fetal, llevaba a cabo la madre. De todos los cambios adaptativos que el recién nacido deberá realizar, este es, obviamente, el más perentorio.

Al estudiar las fantasías respiratorias (Chiozza y colab., 1991f [1990]), sostuvimos que éstas están centradas en el significado del intercambio gaseoso; principalmente en el significado de la incorporación del oxígeno como el elemento esencial para la vida. La respiración pulmonar normal, que desde el punto de vista fisiológico implica un adecuado intercambio de gases con el medio ambiente, simboliza un buen intercambio socio-espiritual con el entorno<sup>71</sup>.

Dado que la respiración pulmonar surge como el elemento que pone fin al período fetal, iniciando la vida posnatal, puede erigirse también como símbolo privilegiado de la ruptura de la simbiosis materno-fetal con el consiguiente acceso a un nuevo orden de dependencia (Chiozza y colab., 1991f [1990]). En otras palabras, el adecuado intercambio socio-espiritual al que hicimos referencia implicará necesariamente una adecuada elaboración de la ruptura de la simbiosis materno-fetal, tanto como el establecimiento de un vínculo adecuado con la madre posnatal.

Destacamos que el adecuado funcionamiento de la respiración pulmonar implica la vivencia inconciente del estar alentado y que su trastorno es el elemento central de la clave de inervación del afecto desaliento. En otros

<sup>71</sup> Por este motivo se utiliza una misma palabra, “atmósfera”, para hacer referencia al ámbito común tanto aéreo como social. Destacamos, también, la relación entre la respiración y lo anímico-espiritual, al señalar que la palabra “espíritu” deriva del latín *spirare* (soplar, respirar) y que la respiración está vinculada con lo anímico-espiritual. El espíritu que nos mancomuna quedaría representado por el aire que todos compartimos (Chiozza y colab., 1991f [1990]).

términos, todo trastorno respiratorio simboliza una vivencia de desaliento que se mantiene inconciente.

Siguiendo esta línea de pensamiento, las vías aéreas superiores, en la medida en que permiten una buena circulación del aire inspirado y espirado, simbolizan la comunicación (o conexión) con el entorno y con los objetos que lo componen. Los trastornos respiratorios que se originan en una patología de las vías aéreas superiores (por ejemplo, la obstrucción de la entrada de aire) podrían simbolizar una forma de desaliento donde el aislamiento y la incomunicación socio-espiritual serían los matices afectivos predominantes (Chiozza y colab., 1991f [1990]).

Resulta interesante destacar que la infección gripal sucede en la mucosa de las vías respiratorias superiores. Siguiendo ideas de Weizsaecker (véase Booth, 1948), podemos pensar que toda infección, como cumplimiento de deseo, representa la ilusión de establecer un contacto íntimo<sup>72</sup>.

Durante la vida fetal, los pulmones se hallaban colapsados, y la vía aérea superior, llena de líquido. Este líquido es expulsado por la presión que ejerce el canal de parto sobre el tórax<sup>73</sup>, permitiendo el ingreso de aire que expande los pulmones en la primera inspiración. Según Guyton y Hall (1997), entre los distintos estímulos que desencadenan la primera inspiración figura el brusco enfriamiento de la piel; tema que retomaremos al ocuparnos de la fiebre.

Las vías aéreas superiores serían el lugar del primer contacto con el aire, representante psíquico del primer objeto posnatal. Este primer contacto produce sensaciones de frío (la temperatura ambiente es más o menos 10°C inferior a la uterina) y sequedad. No es osado suponer que este contacto, ínti-

<sup>72</sup> Booth (1948) presenta una idea de Weizsaecker de suma importancia para comprender el significado de las infecciones. Según el autor, Weizsaecker interpretaba la tonsilitis como resultado de un conflicto agudo vinculado con una frustración amorosa. Frente a esta pérdida se produce, por un lado, una regresión de la zona genital a la oral, concebida como “regresión ontogenética” en el sujeto. Por otro lado, en virtud de una “regresión filogenética”, hay un desplazamiento del objeto, que ya no es otro ser humano, sino bacterias. Booth sugiere, a partir de estas ideas de Weizsaecker, que “la infección se localiza en el sistema que en ese momento se ubica en el centro de las relaciones de objeto del individuo” (Booth, 1948, págs. 15-16). Si recordamos que la envoltura vírica, en el caso del virus de la gripe, proviene de los lípidos de las membranas de las células-huésped y a través del virus se fusiona parte de la membrana celular del huésped infectado anteriormente con la del huésped actual, de alguna manera podríamos decir que el virus “logra” que dos seres humanos “contacten”, uno con el otro, en un nivel muy íntimo.

<sup>73</sup> En los casos de nacimiento por cesárea, para permitir el ingreso del aire, este líquido debe ser extraído por aspiración instrumental.

mo y violento, con un objeto desconocido pero perentoriamente necesitado, genera un cierto grado de irritación que expresa la ambivalencia frente a un objeto que marca la ausencia del objeto perdido, la madre-umbilical.

Esta irritación en las vías aéreas superiores podría ayudarnos a comprender la tos (seca, al comienzo) del síndrome gripal. El catarro posterior sería, por un lado, el intento de protegerse del contacto con el objeto frío y seco y, al mismo tiempo, el intento de restablecer el contenido líquido del período fetal perdido.

Tal como afirmamos en otra oportunidad (Chiozza y colab., 1970*p* [1968]), todo catarro es, a su vez, una patología del llanto que aparece cuando, por alguna circunstancia, no se puede llorar y las lágrimas inhibidas toman un camino vicariante<sup>74</sup>. El catarro de las vías aéreas superiores del síndrome gripal podría expresar el llanto frente a la dificultad de realizar el duelo por la madre-umbilical perdida<sup>75</sup>.

Esta idea del catarro expresando un llanto reprimido, se hace más significativa si recordamos que, según las descripciones clínicas, en el síndrome gripal puede existir enrojecimiento conjuntival y lagrimeo.

## **b. La fiebre**

Mientras que en el medio intrauterino la temperatura es constante, en el medio extrauterino está sujeta a notables variaciones y es, comparativamente, menor. Debemos también tener en cuenta que la respiración pulmonar es un

<sup>74</sup> El llanto es una de las formas de manifestación de una fantasía denominada “fantasía general exudativa”, que se caracteriza por un fluir de secreciones o excreciones. Las distintas localizaciones de los catarros “son ‘vías patológicas’ de las lágrimas, que han adoptado así la forma general de la exudación”; la libido “lacrimal” “toma un camino regresivo hacia el núcleo común ‘exudativo’, que la vincula con cualquier otra secreción del organismo” (Chiozza y colab., 1970*p* [1968], apdo. “La patología del llanto y el catarro”).

<sup>75</sup> En esa ocasión, también subrayamos el contenido melancólico de pena y de tristeza que se expresa a través del llanto, y el hecho de que, mediante la efusión de las lágrimas, el ojo expulsa los “cuerpos extraños” constituidos por imágenes visuales displacenteras. De este modo se intenta borrar, “di-solver” o “re-solver” las imágenes visuales ideales que configuran los recuerdos traumáticos. La producción de lágrimas consiste en una forma de relacionarse con el medio a través de una secreción externa líquida. El sujeto que vierte lágrimas se encuentra frente a un objeto frustrante, idealizado, que niega o ha negado alguna gratificación, pero frente al cual, de acuerdo con la frase “el que no llora, no mama”, no se ha perdido la esperanza de una transformación favorable (Chiozza y colab., 1970*p* [1968], apdo. “El significado ‘social’ de la efusión de lágrimas”).

importante factor de pérdida de calor corporal. Esto obliga al neonato a inaugurar sus sistemas de termorregulación. La capacidad de regular su temperatura, ya sea aumentando la producción de calor o disminuyendo su pérdida, le concede, en comparación con el feto, cierta autonomía, ya que en la simbiosis materno-fetal era la madre quien se hacía cargo de esta importante función.

Tal capacidad permite al neonato (en tanto animal homeotermo) soportar los cambios de la temperatura ambiente, manteniendo constante (o con muy pequeñas variaciones) la temperatura corporal. Recordemos que la estabilidad térmica hace posible el funcionamiento eficaz de los procesos químico-enzimáticos que permiten mantener la vida.

En términos muy esquemáticos, el mecanismo central de la termorregulación está vinculado con la función de algunos centros hipotalámicos que actúan a la manera de un termostato, recibiendo información de los termorreceptores centrales y periféricos. Los procesos de termogénesis y termólisis dependen de este termostato hipotalámico regulador de la temperatura, que en el hombre oscila alrededor de los 37°C. Es decir, el termostato considera que debe perderse calor corporal (termólisis) cuando la temperatura corporal excede los 37°; inversamente, considera que debe generarse calor (termogénesis) cuando la temperatura corporal se halla por debajo de los 37°.

A los fines de mantener constante la temperatura corporal, el sujeto realiza acciones eficaces para satisfacer esta necesidad. Cuando la temperatura ambiente es muy baja, el sujeto experimenta una sensación de frío por acción de las terminaciones nerviosas termosensibles, lo cual lo lleva a activar los correspondientes mecanismos de defensa. Uno de ellos consiste, por ejemplo, en abrigarse; el otro, en disminuir los procesos de termólisis y activar los de termogénesis. Por el contrario, cuando la temperatura ambiente es muy elevada, el sujeto suele aligerar sus vestimentas, aumentar los procesos de termólisis y disminuir los de termogénesis. La estimulación del sistema simpático produce la conservación del calor y la del parasimpático la pérdida del mismo<sup>76</sup>.

<sup>76</sup> La pérdida de calor corporal se debe fundamentalmente a tres mecanismos: convección, radiación y evaporación. Los dos primeros son preponderantes cuando la temperatura ambiente es más baja que la corporal. Cuando es más alta, es necesario recurrir a la evaporación por medio de la sudoración. La pérdida de calor por radiación y convección es regulada por la vasoconstricción o vasodilatación cutánea, que aumentan o disminuyen el flujo sanguíneo. Cuando se acentúa la diferencia entre la temperatura corporal y la ambiente, y ésta se vuelve muy baja, se ponen en funcionamiento otros mecanismos de conservación del calor, como los temblores, la vasoconstricción y piloerección cutánea. Los temblores generan más calor corporal (Bernabó, 1996).

La fiebre, o sea, una temperatura corporal superior a la normal, es un fenómeno patológico que aparece cuando los mecanismos normales de termogénesis se han puesto en marcha de manera “equivocada”, en respuesta a una alteración en el termostato hipotalámico. Es decir, cuando patológicamente aumenta la temperatura de regulación del termostato, el organismo, interpretando erróneamente que (por descenso de la temperatura ambiente) ha descendido la temperatura corporal, pone en marcha los mecanismos de termogénesis. En otras palabras, la fiebre aparece cuando el sujeto cree, equivocadamente, que se encuentra inmerso en un clima frío.

Cabe consignar, no obstante, que la fiebre no sólo constituye una manifestación central del proceso infeccioso, sino que también cumple un papel protector en las infecciones<sup>77</sup>. Los mecanismos moleculares involucrados en su patogenia pueden influir sobre el aumento de las respuestas nutricionales, inflamatorias agudas o inmunitarias específicas, necesarias para limitar la infección o para erradicar los organismos responsables.

Toda equivocación, como sabemos, puede considerarse, desde el psicoanálisis, como un acto fallido; es decir, una acción exitosa desde el punto de vista de un deseo inconciente. Podemos corregir entonces nuestro anterior enunciado y decir que, *por medio de la fiebre, el sujeto expresa su vivencia subjetiva de hallarse en un entorno afectivo “frío”, y que, a partir de esa vivencia, cumple exitosamente con el deseo inconciente de aumentar la “temperatura” de ese “clima” afectivo.*

Siguiendo con nuestra hipótesis, podemos afirmar que cuando un sujeto se siente desolado, la pérdida del objeto para el cual vive lo conduce a sentirse dentro de un “clima” (o “atmósfera”) afectivamente “frío”. En otras palabras, la pérdida de objeto actual hace revivir aquella otra, la pérdida de la madre-umbilical en el período neonatal temprano, que originó, y sostiene, la transferencia actual sobre el objeto perdido. En la situación original, la pérdida de aquel objeto se acompañó del pasaje de un ambiente cálido a otro físicamente más frío que obligó a la puesta en marcha de los mecanismos de termogénesis.

---

<sup>77</sup> En muchos microorganismos existen sustancias pirogénicas como, por ejemplo, las descubiertas en las espículas de la envoltura del virus *influenza*. Estos pirógenos exógenos estimulan la liberación de los pirógenos endógenos liberados por los macrófagos que, a su vez, actúan sobre los centros hipotalámicos termosensibles provocando la hipertermia. Al comienzo de una infección febril pueden activarse tanto los mecanismos de generación como los de conservación del calor y pueden aparecer temblores, vasoconstricción cutánea y piloerección. En ese caso, la temperatura asciende bruscamente hasta un nuevo nivel de equilibrio que se ve acompañado por un índice de metabolismo basal aumentado (Bernabó, 1996).

Cuando el sentimiento de desolación es expresado a través del síndrome gripal, lo que ahora es un “clima” afectivo “frío” es interpretado como si fuera una temperatura ambiente físicamente fría, y otra vez, como entonces, se ponen en marcha los mecanismos de termogénesis. La respuesta que en su momento fue normal surge ahora como una respuesta inadecuada, en la cual la carencia afectiva (frialidad) actual es inconcientemente “confundida” –ecuación simbólica (Segal, 1979)– con la falta de calor físico (frío) que habitualmente la simboliza; el resultado es un síntoma: la fiebre.

Como ya consignamos, la fiebre del síndrome gripal suele durar tres días y sólo excepcionalmente puede llegar hasta siete. Este tiempo, que generalmente coincide con el que le demanda al neonato adaptarse a la temperatura ambiente extrauterina mediante la autorregulación de la temperatura corporal, no excede al que corresponde al período neonatal temprano, que abarca la primera semana de vida.

### **c. Las mioartralgias y la astenia**

El recién nacido no ha finalizado todavía su maduración neurológica, que alcanzará más tarde al completarse el proceso de mielinización de las fibras nerviosas<sup>78</sup>. Se suele atribuir a este déficit de mielinización la escasa capacidad de movimiento y coordinación muscular que tiene el niño hasta el segundo año de vida (Pecci Saavedra, Vilar y Pellegrino de Iraldi, 1984).

Sin embargo, una simple observación ecográfica de la vida fetal permite objetar tal suposición. En efecto, todo feto es capaz de realizar movimientos coordinados y complejos en el medio líquido de la vida intrauterina<sup>79</sup>. Esto hace pensar que la coordinación muscular que se obtiene tras la mielinización no es una adquisición totalmente nueva, sino la recuperación de una capacidad perdida al nacer. Resulta convincente atribuir la pérdida de la coordinación neuromuscular al cambio del medio líquido por el medio

<sup>78</sup> La mielina o sustancia blanca es una cubierta lipídica que rodea a los axones al modo de un aislante, permitiendo que la conducción del impulso nervioso se realice a una velocidad mayor. El proceso de mielinización comienza en el cuarto mes de vida fetal y se completa recién a los dos a tres años después del nacimiento (Pecci Saavedra, Vilar y Pellegrino de Iraldi, 1984).

<sup>79</sup> Sobre todo cuando el espacio no es aún tan reducido. Es común en las observaciones ecográficas observar al feto llevarse el pulgar a la boca, mover la cabeza, girar sobre sí mismo, etc. Otro hecho que confirma, más allá de toda duda, la capacidad fetal para realizar movimientos coordinados, es la observación ecográfica de embarazos gemelares donde la interacción entre ambos hermanos a través de movimientos claramente intencionados resulta muy conmovedora.

aéreo, donde la mayor acción de la fuerza de gravedad exige un esfuerzo muscular superior.

En el medio intrauterino, la influencia de la fuerza de gravedad es muy pequeña, pues se ve contrarrestada por la presión hidrostática del líquido amniótico. El feto, por ende, se puede desplazar en ese medio con relativa agilidad. Después del nacimiento, en cambio, el neonato, para realizar cualquier movimiento, debe luchar contra una fuerza de gravedad superior que lo coloca transitoriamente en un estado de relativa insuficiencia neuromuscular<sup>80</sup>.

Es posible imaginar que el recién nacido, durante los primeros días de vida, debe sentirse muy “torpe” en comparación con la “agilidad” que tenía en el medio líquido intrauterino. Sus músculos y articulaciones, frente a esta sensación que le provoca la mayor fuerza de gravedad, deben ser fuente de sensaciones somáticas tales como, por ejemplo, las de pesadez, aplastamiento o, incluso, dolor, que se suman al sentimiento más general de impotencia muscular. Pensamos que esta vivencia debe tener un carácter muy traumático, comparable a lo que podría sentir un adulto que de pronto quedara cuadripléjico. Esta comparación no parece tan exagerada si pensamos que el neonato no es capaz de erguir la cabeza, rascarse la nariz, darse vuelta en su cuna, etcétera.

Las mioartralgias y la astenia del síndrome gripal se presentan como sensaciones de “aplastamiento” o de “apaleamiento”, como si todo pesara más de lo habitual. Todo movimiento resulta doloroso y el sujeto sólo desea dejarse caer en cama y yacer. Pensamos que estos síntomas, como parte integrante del sentimiento de desolación, representan el sentimiento de impotencia y desánimo frente a la pérdida de objeto. Son síntomas que aluden a la situación por la que atraviesa el neonato frente al medio extrauterino, ya que la situación actual de desolación es equiparada con aquella otra, primera, que le dio su configuración al afecto durante la primera semana de vida extrauterina.

Durante el proceso febril, los músculos trabajan intensamente para aumentar el metabolismo. Podemos pensar, entonces, que el sujeto simboliza, a través de sus mioartralgias, el haber realizado un gran esfuerzo, el haber quedado “agotado” en su búsqueda por alcanzar el objeto necesitado. El dolor

<sup>80</sup> Consideremos además que durante las últimas fases del embarazo, por razones de espacio, la movilidad fetal es escasa. A este período de relativa inactividad muscular debemos sumarle el aumento de tejido adiposo que, como reserva energética, lo prepara para la vida posnatal. Una situación similar de cierta insuficiencia muscular se presenta en sujetos obesos que desarrollan escasa actividad física; en estos casos, para recuperar las funciones musculares disminuidas se les recomienda ejercicios acuáticos, donde la influencia de la fuerza de gravedad es menor.

muscular, entonces, representaría además el dolor del fracaso. Las mialgias y la astenia representarían esa vivencia de fracaso, desánimo y desmoralización que en la conciencia se registra como una sensación de “apaleamiento”<sup>81</sup>.

#### **d. La cefalea**

De acuerdo con lo que planteamos en otra oportunidad (Chiozza y colab., 1991*d* [1990]), la cabeza, como representante privilegiado de la función del pensar y de la inteligencia, asume la representación de la atemperación de los afectos. Señalamos allí, también, que esta atemperación se vuelve necesaria cuando el sujeto es invadido por emociones contradictorias que le generan una situación conflictiva.

Esta situación emocional conflictiva, contemplada desde los representantes cogitativos de los afectos (que, cuando son sancionados por la experiencia propia o ajena, se transforman en lemas), constituye un dilema. Cuando el ejercicio del pensamiento es adecuado, el dilema puede transformarse en un problema racional auténtico; pero cuando esto no se logra y los lemas implicados son utilizados como racionalizaciones, resulta imposible atemperar los afectos comprometidos (Chiozza y colab., 1991*d* [1990]). En otras palabras, un conflicto afectivo se transforma en un dilema-problema insoluble.

En esas circunstancias, el paciente se ve animado por la pretensión 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” (Chiozza y colab., 1991*d* [1990], apdo. VI.2). Expusimos también que los procesos vasculares cerebrales forman parte de la clave de inervación normal de los procesos cogitativos y que la cefa-

<sup>81</sup> Esta vivencia está representada en una escena del *Quijote*, en la que, después de haber sido vencido (apaleado) en un combate en el que había puesto en juego su renuncia a seguir siendo un caballero andante, el protagonista cae en cama. Cervantes lo expresa de este modo: “Seis días estuvo Don Quijote en el lecho, triste, pensativo y mal acondicionado, yendo y viniendo con la imaginación en el desdichado suceso de su vencimiento. Consolábale Sancho, y, entre otras razones le dijo: ‘Señor mío, alce vuestra merced la cabeza, y alégrese, si puede, y dé gracias al cielo que, ya que le derribó en la tierra, no salió con alguna costilla quebrada... dé una higa al médico (pues no le ha menester para que le cure en esta enfermedad)’” (Cervantes, 1615, pág. 197).

Nos llama la atención que Cervantes describa en esta escena un estado que hoy podría ser interpretado como “enfermar de gripe”. Si esto fuera así, podemos

lea vascular es la expresión simbólica “de un dilema-problema que se ha vuelto insoluble y cuya importancia permanece inconciente” (Chiozza y colab., 1991*d* [1990], apdo. VI.2).

No resulta demasiado aventurado suponer que la cefalea del síndrome gripal constituye, a partir de la desestructuración del sentimiento de desolación actual, una reedición de un viejo dilema, centrado en la necesidad de cambio que impone el pasaje de la vida fetal a la vida posnatal.

Podemos pensar que, durante el período neonatal temprano, el recién nacido se encuentra con la necesidad de adaptar sus pautas a las nuevas condiciones del entorno, hasta ahora desconocidas. Dadas las grandes diferencias entre el objeto del deseo (y del recuerdo) (la madre-umbilical) y el objeto real que se ofrece a la percepción (la madre-pecho), la posibilidad de establecer entre ambos la identidad de pensamiento, necesaria para sobrevivir, exige un esfuerzo mayor.

En consecuencia, al recién nacido se le presentan nuevas dificultades que debe resolver; tiene que elaborar pensamientos más complejos y aguzar su ingenio para concebir cómo enfrentar los cambios. Si, además, tenemos en cuenta que los pensamientos son pautas de acción (acciones a pequeña cantidad), la brusca insuficiencia muscular, a la que hacíamos referencia en el apartado anterior, aumenta las dificultades.

Dado que la cefalea es un síntoma y no un signo objetivable, no podemos saber si frente a estas dificultades cognitivas que implican la integración de pautas de acción para actuar en un entorno absolutamente diferente del entorno conocido, desde una situación de brusca insuficiencia muscular, el neonato tiene, o no, cefaleas durante el período de adaptación al nuevo mundo. Si así fuera, las cefaleas del síndrome gripal podrían entenderse como una reactualización directa de las cefaleas neonatales.

En caso contrario, podemos suponer que la vivencia de desolación actual que reedita las vivencias del período neonatal temprano reedita, a su vez, aquel viejo dilema que, en términos excesivamente esquemáticos, podría enunciarse como un dilema entre la dependencia y la autonomía. La desaparición en la conciencia del dilema que la cefalea sustituye colabora para que el sentimiento de desolación permanezca inconciente y aparezca, en su lugar, un síndrome gripal.

---

pensar que Don Quijote enferma porque para él esta derrota tiene el significado de la pérdida del objeto para el cual vive (que, transferido sobre Aldonza Lorenzo, crea la imagen de Dulcinea del Toboso). Como resultado de haber sido derrotado, debe dejar de ser un caballero andante y, por ende, no podrá pretender a Dulcinea.

Deberíamos ahora intentar descubrir las sensaciones somáticas normales del período neonatal temprano que brindan su apoyo a lo que en el síndrome gripal constituyen las cefaleas. Para esto podemos hacer dos suposiciones. La primera, centrada en el aspecto vascular de la cefalea, podría orientarse a las sensaciones somáticas que se producen frente a la redistribución de la circulación, una vez colapsada la circulación umbilical. La segunda se apoya en los síntomas “visuales” que muchas veces acompañan a las cefaleas; efectivamente, resulta sencillo reconducir las fotofobias y los escotomas centelleantes a las primeras experiencias visuales del ojo con la luz.

A partir de estas primeras experiencias visuales intentaremos comprender el significado inconciente de otro de los síntomas que componen el síndrome gripal, justamente aquel que por su relación casi exclusiva con la gripe es propuesto, a veces, como su signo patognomónico (García San Miguel, 1982).

### **e. El dolor retroocular**

Como vimos, se trata de un dolor en la musculatura ocular que surge al intentar lateralizar la mirada. Basados en la premisa que hemos adoptado, debemos intentar comprender este síntoma a partir de sensaciones somáticas normales propias del período neonatal temprano.

No resulta difícil suponer que este síntoma alude al esfuerzo del recién nacido por encontrar y reconocer con la mirada (para él, un nuevo instrumento) al objeto perdido. Podemos imaginarnos al recién nacido que, incapaz de moverse con soltura, recorre con la mirada, forzando los límites del campo visual, el paisaje desolador de un mundo extraño en el cual el objeto perdido no aparece.

Desde una perspectiva más optimista, que no se opone, sino que, por el contrario, completa a la interpretación anterior, resulta tentador pensar que el esfuerzo de lateralizar la mirada representa el intento de buscar, durante las primeras mamadas, la mirada de la madre-pecho, para reconocer en este objeto salvador un sustituto tolerable de la madre-umbilical perdida.

La experiencia de alimentación, con la consecuente inauguración del aparato digestivo, nos lleva al grupo de síntomas menos característicos del síndrome gripal.

### **f. La anorexia, las náuseas y los vómitos**

A partir del nacimiento, como es sabido, las funciones respiratoria y nutritiva se separan. Mientras que la función respiratoria pasa a ser competencia exclusiva del recién nacido, la nutrición conserva aún cierto grado

de dependencia. El esfuerzo de incorporación y digestión queda a cargo del neonato; no ocurre lo mismo con la obtención del alimento. Sucede, además, que la alimentación deja de ser continua para pasar a ser periódica. De este modo, el sujeto podrá ganar cada vez más autonomía con respecto al objeto; aunque, al principio, le será doloroso despegarse.

Si bien, como ya consignamos, los cambios en el aparato digestivo son, comparativamente, menos perentorios que los que atañen a la respiración o a la regulación de la temperatura corporal, no por esto dejan de ser significativos. Pensemos que la primera experiencia de alimentación es también el primer contacto específico con el nuevo objeto. Otro hecho relacionado fisiológicamente con la alimentación es la evacuación intestinal del meconio<sup>82</sup>; esto parece prestarse adecuadamente para simbolizar el duelo por la madre-umbilical perdida<sup>83</sup>.

A partir de estas ideas, no resulta demasiado aventurado suponer que los síntomas digestivos que a veces acompañan al síndrome gripal expresen las dificultades en los vínculos, aludiendo a las experiencias vividas en el período neonatal temprano. Tanto la anorexia, como las náuseas y vómitos, parecen indicar un rechazo a la madre-pecho por la dificultad de duelar definitivamente a la madre-umbilical perdida.

## 6. Otros aspectos del cuadro clínico del síndrome gripal

La hipótesis de que el síndrome gripal simboliza inconcientemente el sentimiento de desolación que oculta, recreando, en forma de síntomas, las vivencias propias del período neonatal temprano, nos permite echar luz sobre otros aspectos característicos de este síndrome.

### a. La frecuencia y la duración

Como señalamos, la gran variabilidad antigénica que caracteriza a estos virus es la responsable de que resulte difícil lograr una inmunidad du-

---

<sup>82</sup> El meconio es la “materia pardoverdosa, viscosa, compuesta de moco, bilis y restos epiteliales que evacúa el intestino del recién nacido; se llama así por su parecido con el zumo concreto de las adormideras” (Salvat, 1983).

<sup>83</sup> Apoyamos esta interpretación en dos estudios anteriores: por un lado, la particular aptitud que poseen todos los sistemas excretores para simbolizar los procesos de duelo (Chiozza y Grus, 1993*h* [1978-1992]); por el otro, los significados que emparentan lo verde, la bilis y lo viscoso con el psiquismo fetal (Chiozza, 1998*b* [1970]).

radera. Esto explica, desde el punto de vista fisiopatológico, que un sujeto enferme de gripe reiteradas veces.

Desde nuestro punto de vista, independientemente del concepto de cepas virales, la reiteración de la enfermedad nos hace pensar en un conflicto no del todo elaborado; es decir, un conflicto que se actualiza frente a determinadas circunstancias, que se resuelve parcialmente, y que queda, luego, como una disposición latente para nuevas actualizaciones.

Tal suponemos que es el caso de las vivencias que el neonato atraviesa durante el período neonatal temprano. Cuando lo pensamos de este modo, utilizamos el mismo modelo que interpreta a la angustia como un símbolo y una reactualización del trauma de nacimiento.

Como ya expresamos, durante el período neonatal temprano el recién nacido debe elaborar el duelo por la madre-umbilical perdida y re-significar esta pérdida en un nuevo vínculo de objeto, a partir de nuevas modalidades de relación, con la madre-pecho. En términos afectivos, este período está signado por el tránsito del sentimiento de desolación al sentimiento de salvación.

Sostener que esta etapa deja una profunda huella en el psiquismo (o sea, que posee un valor traumático), implica afirmar que el duelo por el objeto perdido es siempre incompleto. No se trata de una interpretación extraña sino que, por el contrario, es análogo a lo que sucede, por ejemplo, con el complejo de Edipo. Transitar un período traumático “satisfactoriamente” no impide necesariamente que perduren aspectos no duelados del objeto perdido; cuando así ocurre, éstos conservan su potencialidad latente y se transfieren sobre los nuevos y posteriores objetos.

Como reza el dicho: “Mal, pero acostumbrado”, el recién nacido se adapta al objeto nuevo pero en su intimidad no se conforma. El anhelo por un objeto contenedor, omnipresente, que suministre en forma continua e incondicional<sup>84</sup>, lo acompañará toda la vida. En mayor o menor medida, este anhelo constituye un punto cardinal en la vida de cada sujeto (niño, joven, adulto o anciano).

El reverso de este anhelo es una disposición latente a sentirse desolado cada vez que las circunstancias imponen cambios en los vínculos significativos con los objetos actuales. Cuando esta disposición se actualiza, por ejemplo, frente a la separación de un objeto significativo, volvemos a sen-

---

<sup>84</sup> Como ya aclaramos antes, estas características surgen sobre todo de la idealización que hacemos de la vida fetal (el tan anhelado regreso al seno materno) desde las “inclemencias” de la vida posnatal.

tirnos desolados como un recién nacido privado de lo que hasta entonces había sido su único objeto, su mundo.

De no mediar complicaciones, la duración de la gripe oscila entre cinco y siete días; un lapso temporal semejante al que, en condiciones normales, el recién nacido necesita para efectuar las mayores adaptaciones a la vida extrauterina<sup>85</sup>. Como ya dijimos, durante este período realiza (hasta donde puede) el duelo por el objeto perdido, hecho que parece quedar simbolizado por la caída del cordón umbilical (definitiva cicatrización) que pone fin al período neonatal temprano.

Así como el ombligo en la panza es la cicatriz que señala el lugar por donde se vinculaba con esa otra panza que una vez fue su mundo, también queda en el alma, como una disposición a la desolación, una “cicatriz” de aquella pérdida.

Durante el transcurso del síndrome gripal, algo cede y algo persiste. Es cierto que el enfermo de gripe es un enfermo que se cura solo... pero no es menos cierto que su vulnerabilidad perdura.

## **b. La forma de comienzo**

Otro aspecto del cuadro clínico del síndrome gripal que puede vincularse con las vivencias del período neonatal temprano es su forma de comienzo. En efecto, así como el síndrome gripal comienza de manera brusca, con similar característica ocurre el pasaje del medio intrauterino al mundo exterior; pasaje que, además, queda signado por cambios que se dan de manera violenta: la primera inspiración y el súbito enfriamiento de la piel. Estos elementos parecen repetirse, a manera de símbolo, en los estornudos<sup>86</sup> del síndrome gripal.

Tal vez debamos reconducir a esto el hecho frecuente de que, a nuestro parecer, los vínculos significativos perdidos siempre nos han abandonado bruscamente, “de un día para otro”, sin darnos nunca el tiempo suficiente para prepararnos. El carácter subjetivo de esta vivencia se hace evidente en aquellos casos en que un observador puede constatar que la separación ocurrió luego de un prolongado período de distanciamiento y deterioro.

---

<sup>85</sup> Resulta significativo que este mismo lapso sea también el que necesita una herida para cicatrizar.

<sup>86</sup> Racker sostiene que “la costumbre de desear ‘salud’ al que estornuda tiene posiblemente su causa... en la comprensión intuitiva del proceso inconciente del estornudo... sería como un apoyo externo al que está por expulsar al objeto malo y como un conjuro mágico para protegerlo contra la madre mala” (Racker, 1948, pág. 589 *n.*).

### c. El carácter contagioso y epidémico

Del mismo modo que el psicoanálisis considera al trauma de nacimiento una fijación de carácter universal, que se revela como disposición a la angustia, tenemos derecho a suponer que las vivencias por las que todo sujeto atraviesa durante el período neonatal temprano poseen también un carácter traumático universal, expresado en una disposición, igualmente universal, al sentimiento de desolación.

Podemos pensar que los vínculos posnatales son más lábiles que el contacto estrecho, de unión física (cordón umbilical), que existe durante la simbiosis fetal. Los vínculos posnatales reciben por transferencia las características de investidura del primer vínculo, con la madre-umbilical, y pasan entonces a ser sentidos como el objeto para y por el cual se vive<sup>87</sup>. Muchas de las vicisitudes de las relaciones de objeto (alejamiento físico, indiferencia, celos, enojos, etc.) pueden desencadenar la amenaza de abandono con la consecuente vivencia de desolación.

Estas consideraciones nos permiten comprender mejor la facilidad del contagio en esta enfermedad; tema que se vincula con el carácter epidémico de la gripe. Si bien existen epidemias de múltiples enfermedades, en el caso de la gripe las fantasías inconcientes implicadas nos permiten comprender un aspecto particular del carácter epidémico<sup>88</sup>.

Como hemos señalado, la madre-umbilical posee características de ser un objeto envolvente y contenedor; oportunamente expresamos que más que un objeto que se posee, es un entorno al que se pertenece. Por este motivo, los ámbitos sociales de pertenencia<sup>89</sup>, como por ejemplo la “madre patria”, el “pueblo natal”, etc., constituyen representaciones particularmente aptas para excitar las vivencias del período neonatal temprano. A partir

<sup>87</sup> Aquellos que el psicoanálisis, de una manera que es más biológica que metahistórica, describe como vínculos simbióticos a partir del modelo de la simbiosis materno-fetal.

<sup>88</sup> En sus reflexiones acerca de las epidemias, Weizsaecker se pregunta: “¿La peste, el cólera, la gripe, la disentería y la fiebre tifoidea no aparecieron cuando los pueblos sufrían conmociones durante las guerras, que afectaban alma y espíritu y no sólo el cuerpo y la materia?” (Weizsaecker, 1944, pág. 18). También afirma que “una epidemia, una guerra, una enfermedad infecciosa, una intoxicación masiva, siempre representan tales sucesos colectivos, que son tan plenos de sentido, están tan determinados en su finalidad, como lo es un destino individual” (Weizsaecker, 1947b, pág. 409, traducido por la licenciada Dorrit Busch).

<sup>89</sup> Como afirmamos en otro lugar, el sentimiento de pertenencia es el afecto central en las fantasías inconcientes implícitas en el SIDA (Chiozza y colab., 1996c [1995]). Recordemos ahora que la forma de comienzo (primoinfección) de esta

de aquí podemos comprender por qué las situaciones de crisis sociales, políticas, bélicas, etc., han sido tan a menudo vinculadas a las distintas epidemias y pandemias de gripe.

En las situaciones sociales de crisis moral, como por ejemplo las que siguen a las guerras, suele aparecer la desilusión por los ideales que sostenían los conflictos bélicos. Victoriosos y derrotados deben regresar a sus hogares devastados, duelar a los caídos y soportar las inclemencias del “largo invierno” de la posguerra. Adaptarse a estas nuevas condiciones no suele ser fácil. La desmoralización que resulta de la pérdida de los ideales proyectados sobre líderes, sumada a las dolorosas privaciones, bien puede sentirse como si se tratase, otra vez, de la pérdida de la “madre-umbilical”. En momentos como éstos, son frecuentes las epidemias y pandemias de gripe, tal como, por ejemplo, las que se produjeron en 1918, luego de la Primera Guerra, en 1946, luego de la Segunda Guerra, o en 1977, luego de la guerra de Vietnam.

## 7. A modo de conclusión

Recapitulando lo dicho hasta aquí, podemos comprender que las experiencias vividas en el período neonatal temprano, tanto por la intensidad de las mismas como por la debilidad relativa del yo recién nacido, han tenido un efecto traumático; en otras palabras, han dejado una huella duradera en el psiquismo.

Aun en los casos más favorables, nos vemos forzados a pensar que el duelo por la ruptura de la simbiosis materno-fetal no puede realizarse en forma completa. Los aspectos no duelados del objeto perdido, la madre-umbilical, serán posteriormente transferidos sobre los nuevos objetos. De este modo, pese a la creciente autonomía del sujeto, en una parte de sí continúa experimentando los vínculos objetales actuales con las características de la simbiosis materno-fetal recibidas por transferencia.

Esto conduce a la vivencia de que vivimos para un determinado objeto, que nuestra vida entera depende de su presencia y que todo cuanto hacemos sólo adquiere significado en función de nuestra relación con él. Este objeto (en la medida en que las transferencias se actualizan con intensidad) comienza, entonces, a ser vivido como algo más que un objeto; como ya

---

enfermedad puede tener características muy similares al síndrome gripal (Álvarez, Godoy y Montiel, 1988), de modo tal que “en la mayoría de los casos la primoinfección pasa inadvertida, confundida con un estado gripal o una mononucleosis infecciosa” (Cahn, 1992, pág. 40).

dijimos, adquiere las características de un entorno que brinda continencia. Algo difuso, siempre presente, que rodea y contiene al sujeto, dando significado a cada uno de sus actos. Algo así como el “público” de la “obra que estamos representando”, sin el cual toda acción carece de sentido; en otras palabras, sin este objeto nos sentimos como un actor frente a una “desolada” platea vacía.

Por este motivo, frente a la pérdida de este vínculo de objeto, se despierta específicamente el sentimiento de desolación; la vivencia de que todo el entorno significativo ha sido devastado y el mundo que nos rodea se torna extraño, ajeno y carente de sentido. Así, como un recién nacido en la *nursery*, nos sentimos desolados; “abandonados del alma de nuestra madre”, donde los objetos presentes, sentidos todos como ajenos y extraños, no hacen más que reavivar la insoportable pérdida.

El sentimiento de desolación, al que consideramos un estado macroafectivo, se compone, a su vez, de otras vivencias; sentirse desolado es, también, sentir que el objeto que nos ha abandonado nos ha desalentado; el mundo, devastado de su presencia, se nos antoja frío y extraño; la brusca conciencia de nuestra dependencia hacia el objeto nos coloca en el dilema de cómo subsistir prescindiendo de todo lo que nos resultaba significativo hasta entonces. Un profundo desánimo nos sobreviene y nos sentimos impotentes para realizar, en forma autónoma, cualquier acción. Es un estado en el cual sólo queremos llorar, deseando la aparición milagrosa de una presencia salvadora, ya que sentimos que sin esa presencia no podremos sobrevivir.

Cuando la desolación no encuentra esperanza ni consuelo, se vuelve intolerable; incapaces, entonces, de soportar esta vivencia en la conciencia, nos “engripamos”. De esta manera, en lugar de experimentar el sentimiento de desolación que reedita las vivencias del neonato que fuimos, experimentamos, a través de los distintos síntomas del síndrome gripal, las sensaciones corporales que entonces tuvimos, privadas del sentimiento de desolación que originalmente las acompañó y que amenaza reactualizarse en la condición presente. La tos y el catarro nos alivian el pesar del desaliento y el llanto; la frialdad del abandono es ahora fiebre y escalofrío; el desánimo es fácilmente atribuido a los dolores musculares del cuerpo.

El síndrome gripal expresa también la fantasía optativa de que, al modo de los sueños de examen que interpretaba Freud (1900a [1899]\*), la situación actual pueda resolverse como aquella otra anterior, en donde la aparición de un objeto salvador permitió el duelo (caída del cordón) y la supervivencia.

Sabemos que al neonato le lleva una semana adaptarse al nuevo medio. Se conforma con el objeto presente y se despidе del objeto perdido.

Sabemos también que su duelo, aunque suficiente para sobrevivir, no es completo. De manera semejante, “la semana de gripe”, que transcurre al amparo de “tibias sábanas” que nos sustraen del mundo externo, parece alcanzar para ayudarnos a soportar el embate de una desolación actual y seguir adelante. No estaremos mejor ni peor; la gripe nada nos enseña, sólo nos otorga la ilusión de devolvernos a un estado anterior.

## 8. La gripe en un relato literario

En la década de 1920, el escritor austríaco Stefan Zweig (1924) publicó un breve relato que tituló *Carta de una desconocida*. En él relata la emotiva historia de un amor sin respuesta, en la que la enamorada enferma de gripe luego de la muerte de su hijo.

En el drama vital que la protagonista padece (y sobre el cual se centra todo el relato) encontramos muchos puntos en común con las fantasías inconcientes investigadas al ocuparnos del síndrome gripal. Repasemos brevemente, a través de algunos fragmentos escogidos, la síntesis del argumento.

“Después de una excursión de tres días por la montaña, el famoso novelista R. volvió a Viena por la mañana temprano, compró un diario en la estación, y al hojearlo se dio cuenta de que era el día de su cumpleaños. ‘Cuarenta y uno’ pensó, y el hecho no le dio ni frío ni calor” (Zweig, 1924, pág. 9). Más tarde, mientras desayunaba, ya en su casa, al revisar la correspondencia R. notó una voluminosa carta de letra desconocida que le llamó la atención. La carta carecía de firma y remitente. “Arriba, a manera de título aparecía escrito: ‘A ti, que nunca me has conocido’” (Zweig, 1924, pág. 9). Se preguntó si se trataba de una carta destinada efectivamente a él, o a una persona imaginaria.

La carta había sido escrita por una mujer que, desolada por la muerte de su único hijo y necesitada de desahogarse, decide contarle a R. su vida. Comienza contándole cómo ella debió permanecer durante interminables horas junto a la cama de su hijo luchando con la muerte, “mientras la gripe agitaba su pobre cuerpo, ardiente de fiebre día y noche” (Zweig, 1924, pág. 10). Ella también cree estar enferma ahora; quizás contagiada de la enfermedad del hijo. En sus palabras: “...tengo pesada la cabeza, siento un latido en las sienes y me duelen los miembros. Creo que tengo fiebre; tal vez es la gripe que anda ahora de puerta en puerta, y esto último sería lo mejor, pues así me iría con mi hijo sin necesidad de hacer nada contra mí misma. De vez en cuando, algo oscuro se me pone delante de los ojos, y acaso no pueda acabar esta carta; pero quiero reunir todas mis fuerzas para

hablar contigo esta sola vez, contigo, mi amor, que no me has conocido nunca” (Zweig, 1924, págs. 10-11).

Prosigue su relato contando cómo se conocieron: “Cuando tú llegaste, yo tenía trece años y vivía... en la misma casa en la que tienes tú ahora esta carta en las manos, como el último aliento de mi vida”, “...tengo presente como si fuese hoy, el día, mejor dicho la hora... en que por primera vez te vi; ¡y cómo no recordarlo, si entonces empezó para mí la vida!” (Zweig, 1924, págs. 11 y 12).

Según sus palabras, no había para ella otros vínculos significativos en su vida: “Mi padre había muerto hacía muchos años; mi madre me parecía una extraña, siempre en sus recuerdos de viuda pensionista; odiaba el trato con las amigas del colegio” (Zweig, 1924, pág. 17). En cambio se refería a R. diciendo: “...tú eras para mí mi única vida. Nada en mi existencia cobraba sentido sino refiriéndome a ti. Cambiaste toda mi existencia” (Zweig, 1924, pág. 17). Relata también lo que sentía cuando R. tenía que ausentarse: “...mi vida no tenía sentido y era como si estuviese muerta... Me volvía loca, me aburría y enfermaba” (Zweig, 1924, pág. 18).

Un día, cuando tenía 16 años, su madre le anunció que nuevamente contraería matrimonio y que, por esta razón, se mudarían a Innsbruck. La noticia le resultó desgarradora y se encerró en un mundo “oscuro, de tormento y soledad” (Zweig, 1924, pág. 23). Dos años después, buscándolo en los lugares que él frecuentaba, tuvo con él tres noches de amor; pero él no la reconoció ni se percató de que era la primera vez que ella se entregaba a un hombre. Lo que en R. era sólo una aventura pasajera, para ella era el cumplimiento de sus más intensos deseos.

Fruto de esos encuentros nació un hijo. Relata que para poder darle a su hijo una educación de mayor nivel, concurría a lugares mundanos, aceptando ayuda monetaria de sus amantes de turno. Sin embargo, rechazó varias propuestas interesantes de matrimonio porque sólo podía amar a R.

Años más tarde, cuando su hijo tenía casi 10 años, tuvo un nuevo encuentro con R. en un local nocturno; pero una vez más, él no la reconoció y la trató como una prostituta dejándole furtivamente un dinero.

Termina su carta con una trágica despedida: “Mi hijo, nuestro hijo, ha muerto; ahora no puedo querer a nadie en el mundo más que a ti. ¿Pero quién eres tú para mí, tú que nunca me has conocido?... Otra vez estoy sola, más sola que nunca... ¿Por qué no debo morir alegremente si estoy muerta ya? ¿Por qué no he de abandonarlo todo si tú me has dejado?... Era preciso que esta vez hablase contigo; pero en lo sucesivo vuelvo a ser muda, vuelvo a la oscuridad, como siempre, para ti... No puedo ya continuar escribiendo... tengo la cabeza tan pesada... me duele el cuerpo, y tengo fiebre... creo que

tendré que acostarme enseguida... ¿Pero quién?... ¿Quién te mandará las rosas blancas en tu cumpleaños? ¡Ah, la jarra estará vacía, el tenue aliento de mi vida que allí estaba durante años, se habrá apagado! Óyeme, querido, te lo suplico... Es mi primer y último ruego...: hazme el favor de colocar rosas blancas en la jarra el día de tu cumpleaños” (Zweig, 1924, págs. 45-46).

Al terminar de leer la carta, R., con manos temblorosas, “reflexionó largamente. En su conciencia se clavó el recuerdo confuso de una niña de la vecindad, de una muchacha, de una mujer en un establecimiento nocturno; pero el recuerdo era indeciso y vago como una piedra que brilla y tiembla en el fondo del agua sin que pueda concretarse su forma. Sombras que van y vienen, pero que no dibujan ninguna imagen. Sentía reflejos de antiguos sentimientos, pero no recordaba. Era como si hubiese soñado algunas figuras, soñado muchas veces y profundamente; pero solo en realidad. Su mirada cayó sobre la jarra azul puesta sobre el escritorio. Estaba vacía, vacía por primera vez en su cumpleaños. Se asustó. Fue como si alguien invisible hubiese abierto de repente la puerta y una fría corriente de otro mundo atravesara la habitación. Sintió cerca una muerte y un amor inmortal: algo se extendió por su alma, y se quedó pensando en la amante invisible, inmaterial y apasionada, como en una música lejana” (Zweig, 1924, págs. 46-47).

Podemos ver en las palabras con las cuales la mujer “desconocida” describe sus vivencias en el vínculo con R., aquello que hemos intentado describir como el vínculo con “el objeto para quien se vive”; es decir, el sentimiento de que nuestra vida depende, toda ella, de un único objeto. Tal como dijimos, un vínculo de similares características existió, efectivamente, durante la vida fetal. Luego del nacimiento, frente a la dificultad de adaptarse a las nuevas características del vínculo de objeto posnatal, el vínculo perdido queda altamente idealizado y, en adelante, será proyectado sobre los posteriores vínculos. De este modo, por efecto de esta transferencia, se tiende a establecer un vínculo posnatal con las características propias de la simbiosis materno-fetal.

Así, la mujer describe su relación con R. diciendo, sobre cuando por primera vez lo vio: “¡empezó para mí la vida!” (Zweig, 1924, págs. 11-12). “Antes de que tú mismo te hicieras presente en mi vida, había ya un nimbo alrededor de ti, una aureola de riqueza, de un ser especial y misterioso” (Zweig, 1924, pág. 13). “Me lanzaste una suave, cálida y envolvente mirada, llena de ternura”, “...tú eras para mí mi única vida. Nada en mi existencia cobraba sentido sino refiriéndome a ti. Cambiaste toda mi existencia”, “Durante las semanas en que andabas viajando mi vida no tenía sentido y era como si estuviese muerta... Me volvía loca, me aburría y enfermaba” (Zweig, 1924, págs. 15 y 17 y 18).

También aparecen simbolizadas en el relato las dificultades en el vínculo posnatal del recién nacido con la madre-pecho, al referir, la mujer, que su madre era para ella una extraña<sup>90</sup>, entretenida, primero, en el luto por la pérdida de su marido y ocupada, luego, en su nueva relación de pareja.

Como producto de la intensa idealización, el sujeto experimenta la vivencia de sentirse insignificante frente al objeto; este aspecto, también ha sido captado por el escritor al poner en boca de su protagonista las siguientes palabras: “...pero tú no podrías darte cuenta, no podrías prestarme más atención que a la de la cuerda de tu reloj, que en la oscuridad de tu bolsillo va contando pacientemente las horas; que te acompaña a todas partes con sus imperceptibles latidos, semejantes a los del corazón, y al que sólo muy de cuando en cuando lanzas una ojeada entre millones de segundos” (Zweig, 1924, págs. 17-18).

Como ya expresamos en el trabajo, la separación que amenaza con la pérdida de ese “objeto único”, aquel “para el cual se vive”, reedita las vivencias de pérdida de la madre-umbilical posteriores al nacimiento. El sentimiento de desolación que genera esta separación se construye, como dijimos, con las inervaciones somáticas que corresponden a las sensaciones corporales experimentadas luego del nacimiento.

Veamos cómo describe el autor el sentimiento de desolación de la protagonista cuando recibe la noticia del viaje a Innsbruck que la separará de R.: “...cada vez que regresaba a casa, todos los muebles de esta o la otra pieza habían sido trasladados o vendidos. Vi cómo nuestro cuarto, y con él mi vida, iba quedándose vacío... Este último día sentí, sin tener que pensarlo, que ya no podría vivir sino próxima a ti. Tú solo eras mi salvación” (Zweig, 1924, pág. 20). Sobre la angustia frente a la inminente separación dice: la tuvo “tan abatida... como si hubiese andado por la nieve durante varias horas. Pero bajo aquella extenuación ardía aún la decisión de verte, de hablarte antes de que me separasen de ti... Toda la noche, toda aquella noche terrible te esperé, querido mío... una noche helada de enero. Me sentía cansada, me dolían los miembros y no había una silla para sentarme; entonces me acosté en el suelo frío... Encogía los pies y brazos temblando...” (Zweig, 1924, pág. 21). “No sé cómo he podido sobrevivir a aquella noche” (Zweig, 1924, pág. 22).

El sentimiento de desolación no la abandonó durante el tiempo que duró la separación de R.: “...nada hay más terrible que la soledad entre

<sup>90</sup> La desconocida parece aludir tanto a la falta de reconocimiento en el vínculo con el “objeto para quien se vive”, como al desconocimiento que, defensivamente, se hace del objeto actual (por ejemplo, la madre-pecho) al no poder realizar el duelo por la pérdida de objeto (la madre-umbilical).

la gente. Bien lo he experimentado en los dos años que he pasado en Innsbruck... en que he vivido desterrada en el seno de mi familia” (Zweig, 1924, págs. 22-23).

Sin embargo, la protagonista no enferma aún de gripe; la enfermedad recién aparece frente a la muerte de su único hijo<sup>91</sup>, aquel a quien creía ligado a ella de por vida. Resulta convincente pensar que esta dolorosa pérdida<sup>92</sup> pueda experimentarse como la pérdida del “objeto para quien se vive”, sobre todo cuando, como se explicita en la carta, el vínculo con este hijo recibe por transferencia la investidura depositada previamente en el escritor R., padre del niño: “Mi hijo... era también tuyo”, “...eras tú mismo, pero no tú el feliz, el despreocupado que podría escapármese a cada momento, sino el dedicado –así lo creía– para siempre a mí, el ligado de por vida a mí” (Zweig, 1924, págs. 31 y 33).

El vínculo con el hijo, ahora perdido, había representado, en palabras de la protagonista, la esperanza de poder retener por siempre a R. y evitar el sentimiento de desolación en que, tantas veces, se había visto sumida por su amor no correspondido. “Ya ves, querido; por todo eso me sentía tan dichosa al saber que iba a tener un hijo tuyo, y por ello lo callaba; así ya no te me podrías escapar...”, “Una vez pensé poder retenerte a ti, el siempre furtivo, en tu hijo” (Zweig, 1924, págs. 33 y 45).

La pérdida del hijo es vivida, entonces, como la pérdida de la última esperanza de poder retener para sí al “objeto para quien se vive” (R. o, en su defecto, el hijo). El sentimiento de desolación, a diferencia de lo que ocurría en las primeras épocas de la relación con R., aparece acompaña-

<sup>91</sup> Podríamos intentar comprender también la gripe que ocasiona la muerte del niño; no resulta aventurado suponer que una madre de características tan melancólicas establezca con su hijo un vínculo de características muy narcisistas. Así, la protagonista (al igual que su propia madre), entretenida en un duelo que no consigue elaborar, abandona a su hijo “inoculándole” el mismo sentimiento de desolación del que ella no logra desprenderse.

También vemos el deseo de “inocular” la desolación a R. cuando, al final de la carta, deja translucir los aspectos más hostiles de su melancolía: “Te estoy agradecida hasta mi último aliento. Me siento mejor: te lo he dicho ya todo... No notarás mi falta; eso me consuela... no te molesto con mi muerte..., eso me consuela, querido mío. ¿Pero quién?... ¿Quién te mandará las rosas blancas en tu cumpleaños? ¡Ah, la jarra estará vacía, el tenue aliento de mi vida que allí estaba durante años, se habrá apagado!” (Zweig, 1924, pág. 46). Este sentimiento de desolación que, en lugar de elaborarse, se inocula, hace pensar en el carácter epidémico de la gripe.

<sup>92</sup> En otro nivel de interpretación, podemos pensar que la muerte del hijo de la protagonista representa simbólicamente la natural separación de los hijos tras su cre-

do ahora de una profunda desesperanza; desesperanza que, justamente, constituye el motor de la carta desesperada y se expresa a través del desaliento<sup>93</sup>. Veamos, ahora, cómo la protagonista describe la desolación sin consuelo en que la sume la pérdida del hijo: “Mi hijo murió anoche; ahora me quedaré sola nuevamente... Intentarán consolarme con palabras, palabras y palabras. Pero ¿de qué sirven las palabras? Sé que he de quedarme sola otra vez, y nada hay más terrible que la soledad entre la gente” (Zweig, 1924, pág. 22).

“Mi hijo ha muerto ayer. Durante tres días y tres noches he estado luchando con la muerte... Al final he caído desplomada... no quiero mirarle para no volver a abrigar una vana esperanza y verme de nuevo desilusionada. Lo sé, lo sé, mi hijo ha muerto ayer, y ahora no me queda en todo el mundo nadie más que tú; tú, que no sabes nada de mí; tú, que entretanto te distraes con tus asuntos... Sólo te tengo a ti, que nunca me conociste, a quien siempre he querido” (Zweig, 1924, págs. 9-10).

“Mi hijo, nuestro hijo, ha muerto; ahora no puedo querer a nadie en el mundo más que a ti. ¿Pero quién eres tú para mí, tú que nunca me has conocido... que siempre te vas lejos y me abandonas en una espera eterna?... Otra vez estoy sola, más sola que nunca... ¿Por qué no debo morir alegremente si estoy muerta ya? ¿Por qué no he de abandonarlo todo si tú me has dejado?... Era preciso que esta vez hablase contigo; pero en lo sucesivo vuelvo a ser muda, vuelvo a la oscuridad, como siempre, para ti” (Zweig, 1924, pág. 45).

Siguiendo las ideas que hemos desarrollado, podemos pensar que esta desolación sin esperanza, sin consuelo, se torna insoportable y es sustituida en la conciencia por el síndrome gripal: “...tengo pesada la cabeza, siento un latido en las sienas y me duelen los miembros. Creo que tengo fiebre; tal vez es la gripe que anda ahora de puerta en puerta, y esto último sería lo mejor, pues así me iría con mi hijo sin necesidad de hacer nada contra mí misma” (Zweig, 1924, págs. 10-11). “No puedo ya continuar escribiendo... tengo la cabeza tan pesada... me duele el cuerpo, y tengo fiebre... creo que tendré que acostarme enseguida... el tenue aliento de mi vida que allí estaba durante años, se habrá apagado!” (Zweig, 1924, pág. 46).

---

cimiento. Este suceso suele vivirse como el fin de una etapa de la vida que exige un proceso de duelo que no siempre es fácil de realizar. Implica, muchas veces, resignificar la propia vida orientándola hacia otras metas; si esto no se logra, el sujeto tiene la desoladora vivencia de que su vida ha perdido el sentido, dado que los hijos que “llenaban la casa” (es decir, “para quienes se vivía”) se han ido.

<sup>93</sup> Escribe la protagonista en su carta: “...en la misma casa en la que tienes tú ahora esta carta en las manos, como el último aliento de mi vida” (Zweig, 1924, pág. 11).

Hasta aquí hemos interpretado esta historia como si fuese una historia sucedida entre personas reales: la protagonista enferma de gripe como un modo de defenderse frente a un sentimiento intolerable de desolación sin esperanza ni consuelo. Sin embargo, otro modo de interpretar una obra es tomarla en su conjunto, como si se tratase de un sueño soñado por el protagonista (o quizás, por el autor<sup>94</sup>); como todo sueño, la obra expresaría un deseo inconciente.

La historia deja translucir que R. es un hombre soltero y sin hijos, que ha vivido solo, entre la fama y el éxito, manteniendo relaciones amorosas ocasionales y poco significativas. El relato comienza el día en que R. cumple 41 años; podemos pensar que esto simboliza el inicio de una nueva etapa de la vida que pone fin a los años jóvenes.

“...compró un diario en la estación, y al hojearlo se dio cuenta de que era el día de su cumpleaños. ‘Cuarenta y uno’ pensó, y el hecho no le dio ni frío ni calor” (Zweig, 1924, pág. 9). Con estas palabras, el autor nos transmite la sensación de que en R. las emociones aparecen negadas; negación que se hace más convincente si pensamos que había olvidado el día de su propio cumpleaños. El día del cumpleaños es el día en que se conmemora el nacimiento, momento de la vida signado por la separación del objeto con quien, hasta entonces, se ha vivido.

Su propio olvido puede, a su vez, ser interpretado como que nadie le recordó su cumpleaños porque ninguna de las personas que lo rodean se acercó a saludarlo. La vivencia que se intenta negar es la de no sentirse significativo para nadie, la de sentirse rodeado por objetos no familiares. R., ese día, debió sentirse tan desolado como podría sentirse, en el día de su cumpleaños, un exilado en tierra extraña. Sin embargo, R. niega con indiferencia este sentimiento de desolación y no siente nada, ni frío ni calor.

<sup>94</sup> No disponemos de suficiente información acerca de las vicisitudes que atravesaba la vida de Stefan Zweig cuando escribió este relato; sabemos que para la época en que lo escribió tenía una edad semejante a la de su personaje R., también escritor famoso. Algunos datos de su biografía pueden invitar a pensar en el papel que pudo jugar en su vida el sentimiento de desolación. “Stefan Zweig (Austria, 1881-Brasil, 1942) fue uno de los escritores más productivos del siglo, a pesar de una accidentada vida que lo empujó dos veces al exilio, huyendo del nazismo y de la guerra. Como judío y pacifista debió alejarse de Alemania en 1934 hacia Inglaterra y nuevamente en 1940 hacia Brasil” (Alsina Thevenet, 1999, pág. 160). “Zweig había tenido una vida errante de la cual estaba cansado; había puesto sus esperanzas en un mundo culto y lleno de comprensión humana. Ese cansancio y la profunda depresión que le produjo el conflicto bélico que nuevamente envolvía al mundo, lo llevaron, junto a su mujer –su segunda esposa–, a quitarse la vida a los sesenta y un años” (Zweig, 1924, pág. 7), cuando el nazismo triunfaba en Europa.

“Volvió a hojear ligeramente el diario, y en un taxi se dirigió a su casa. El criado le informó de las visitas que había tenido durante su ausencia, así como de las llamadas telefónicas, y le entregó la correspondencia sobre una bandeja. Él la miró distraído, abrió algunos sobres, cuyos remitentes le interesaban, dejó a un lado uno de letra desconocida, que le pareció muy voluminoso” (Zweig, 1924, pág. 9). Así, el autor nos describe cómo R. inicia el período de su vida posterior a los 40 años; regresa de unas cortas vacaciones a un presente que se le hace rutinario y carente de objetos significativos.

Para expresar más claramente este punto de vista interpretativo, podríamos suponer que R., aletargado por el intento de negar sus emociones y aburrido por un presente poco significativo, podría adormecerse y soñar... Soñar algo contrario a la vivencia de desolación en la que se siente inmerso... Soñar que no es él el desolado, insignificante, de quien nadie recuerda el cumpleaños... Soñar, por ejemplo, que ese sobre de letra desconocida proviene de alguien para quien él es lo más importante del mundo; una ferviente admiradora<sup>95</sup>, eternamente enamorada, que sin él no desearía ni siquiera seguir viviendo<sup>96</sup>.

Entretenido en estas fantasías, el sentimiento de desolación de R. desaparece; al menos, mientras dura el sueño o la lectura de la carta. Esta situación nos hace recordar las fantasías mágicas de regreso al seno materno, que ya mencionamos al hablar de “la semana de gripe” transcurrida al amparo de “tibias sábanas” que nos alejan del mundo desolador. Tampoco esta ensañación alcanza para evitar el sentimiento de desolación que ya se ha instalado; y en última instancia, el mismo R. será quien deba ocuparse de las flores en cada cumpleaños.

“Terminó de leer la carta con manos temblorosas. Después reflexionó largamente. En su conciencia se clavó el recuerdo confuso de una niña de la vecindad, de una muchacha, de una mujer en un establecimiento nocturno; pero el recuerdo era indeciso y vago... Sentía reflejos de antiguos sentimientos, pero no recordaba. Era como si hubiese soñado algunas

<sup>95</sup> “Compré todos tus libros; el día en que tu nombre aparecía en un periódico, era para mí día festivo. ¿Quieres creerme que sé de memoria, línea a línea, tus obras? Si alguien me despertase una noche y me señalase una línea cualquiera, hoy, después de trece años, sabría continuar yo como en sueños: te digo que cada una de tus palabras ha sido, para mí, un evangelio y una oración. El mundo entero no existía sino en cuanto se refería a ti” (Zweig, 1924, pág. 23).

<sup>96</sup> Apoya esta suposición el hecho de que el autor, tal vez como una pequeña señal oculta, escribe que cuando R. recibió la carta se preguntó: “¿Tratábase de una carta destinada efectivamente a él, o a una persona imaginaria?” (Zweig, 1924, pág. 9).

figuras, soñado muchas veces y profundamente; pero solo en realidad. Su mirada cayó sobre la jarra azul puesta sobre el escritorio. Estaba vacía, vacía por primera vez en su cumpleaños. Se asustó. Fue como si alguien invisible hubiese abierto de repente la puerta y una fría corriente de otro mundo atravesara la habitación. Sintió cerca una muerte y un amor inmortal: algo se extendió por su alma, y se quedó pensando en la amante invisible, inmaterial y apasionada, como en una música lejana” (Zweig, 1924, págs. 46-47).

Pensamos que la carta, al modo de una fantasía mágica, es un intento fracasado de evitar el sentimiento de desolación en el que se encuentra el personaje, justamente, en el día de su cumpleaños. Otro intento similar podría ser el síndrome gripal que aparece ya presagiado en el sentimiento de R. que el autor describe como si se tratase de una “fría corriente” de aire. Efectivamente, parece convincente pensar que la extraña sensación que tuvo al caer en la cuenta de que era el día de su cumpleaños y que describió diciendo que “no le dio ni frío ni calor”, podría terminar con una semana de gripe.

### III. Síntesis

1. La gripe es una infección febril aguda de las vías respiratorias superiores de carácter epidémico, asociada a la presencia del virus *influenza*. La gran variabilidad antigénica de este virus no permite que las infecciones anteriores inmunicen al sujeto para infecciones futuras. De no haber complicaciones, la gripe es una enfermedad de curso benigno y autolimitado, para la cual no existe un tratamiento eficaz.

2. El cuadro clínico, en su forma típica, se denomina síndrome gripal. Es de comienzo brusco y, por lo general, de una semana de duración. El paciente presenta fiebre elevada, tos y catarro de las vías aéreas superiores, cefaleas, mioartralgias, astenia, dolor retroocular, y puede presentar anorexia, náuseas y vómitos. Dado que cuadros clínicos semejantes pueden aparecer frente a otras circunstancias, el síndrome gripal constituye, más allá del caso particular de la gripe, un modo de respuesta típico.

3. Desde una perspectiva psicoanalítica, pensamos que el conjunto de signos y síntomas del síndrome gripal, al modo de una conversión mnémica, expresa, y al mismo tiempo encubre, el conjunto de sensaciones somáticas normales experimentadas durante la primera semana de vida extrauterina, momento que la pediatría designa con el nombre de período neonatal temprano y que finaliza con la caída del cordón umbilical.

4. Desde el punto de vista fisiológico, en este período se producen cambios muy significativos tendientes al logro de una mayor autonomía y a la adaptación a un nuevo medio. Desde el punto de vista anímico, este período está signado por el duelo por la pérdida de lo que hasta entonces fue el único objeto. La caída del cordón umbilical, que pone fin a este período de cambios adaptativos intensos, se presta adecuadamente para simbolizar el duelo por el objeto perdido.

5. Las cualidades del objeto, que durante la vida fetal resultaban altamente persecutorias, luego del nacimiento, cuando el objeto se halla definitivamente perdido, quedan idealizadas defensivamente. Desde este particular punto de vista, la “madre-pecho” aparece como un pobre sustituto frente a la “madre-umbilical” perdida. Esta separación deja una profunda huella, que se erige en símbolo de toda separación traumática.

6. La madre-umbilical proveía oxígeno, abrigo y alimento en forma continua; su presencia constante y continente hace que este objeto se constituya, en sí mismo, en el mundo del feto. Por este motivo, la pérdida de la madre-umbilical es menos una pérdida de objeto que la pérdida de todo un entorno significativo. Para referirnos a una vivencia tan devastadora utilizaremos el término “desolación”, dado que el término “soledad”, que se refiere a la ausencia física de los objetos, resulta insuficiente. La presencia de la madre-pecho, que satisface las necesidades del neonato, le permite sobrellevar la vivencia de desolación y seguir adelante. El período neonatal temprano está signado, entonces, por el tránsito del sentimiento de desolación al sentimiento de salvación.

7. Las relaciones semánticas y etimológicas del término “desolación” permiten inferir que el sujeto que se siente desolado siente que ha sido dejado solo por ese objeto primordial que le confería una razón de ser a su existencia, y que todo su mundo, su entorno, aquello que lo sostenía y consolaba, ha sido destruido y devastado. Si bien la soledad puede despertar el sentimiento de desolación, es mucho más frecuente que este sentimiento se genere frente a la presencia física de objetos extraños que evocan dolorosamente la ausencia de los objetos significativos.

8. El sentimiento de desolación parecería corresponder, con el mismo valor de monumento conmemorativo que Freud atribuye a la angustia, a las vivencias del período neonatal temprano signadas por la pérdida de la madre-umbilical. Toda vez que nos enfrentamos con la vivencia de que el vínculo con los objetos que constituyen nuestro entorno significativo (aquellos “para quienes vivimos”) se ha modificado sustancialmente, volvemos a sentirnos como el recién nacido que, separado de la madre-umbilical, tiene que aceptar el nuevo modo de relación que la madre-pecho propone.

9. Los recuerdos de la madre-umbilical que no fueron suficientemente duelados se reactualizan frente a situaciones de cambio y se transfieren sobre la situación actual. De este modo, los vínculos objetales actuales se experimentan con las características de la simbiosis materno-fetal. Sentimos entonces que sin el objeto “para el cual se vive”, el mundo se ha vaciado de sentido; se ha devastado, sumiéndonos en una desolación sin consuelo.

10. Del mismo modo que el afecto angustia está conformado por las sensaciones somáticas experimentadas al atravesar el canal de parto, el sentimiento de desolación se “construye” con las sensaciones somáticas experimentadas luego del nacimiento. Estas sensaciones surgen a partir de los cambios fisiológicos adaptativos, en respuesta a la ruptura de la simbiosis materno-fetal.

11. La angustia y la desolación giran en torno a la situación de nacimiento, pero, en tanto son afectos diferentes, como monumentos conmemorativos, simbolizan distintos sucesos traumáticos del pasado y, como procesos de descarga, expresan traumas actuales distintos. Uno, de un tinte claramente persecutorio, es el trauma del estar naciendo, angustiosamente, en el canal de parto; el otro, de tinte melancólico, es el trauma del haber nacido en la desolación de un mundo que es diferente y extraño. Mientras que la angustia está dirigida a “lo que vendrá”, la desolación padece por “lo que se ha ido”.

12. Del mismo modo que la angustia constituye el elemento esencial de toda situación persecutoria, el sentimiento de desolación conforma la base en la cual se apoya toda situación melancólica. En otras palabras, “en el fondo” de la melancolía encontraremos siempre la desoladora vivencia de la pérdida de un objeto sin el cual se teme no poder sobrevivir.

13. Para explicar, en términos metapsicológicos, la significativa vinculación que vemos entre la desolación y el síndrome gripal, hemos recurrido a la siguiente hipótesis: el sentimiento de desolación es un afecto complejo, que deberíamos concebir como un estado macroafectivo compuesto, a su vez, por afectos “menores”. Cuando el sentimiento de desolación se hace intolerable para la conciencia, los distintos afectos que componen el estado macroafectivo se desestructuran en su clave de inervación, dando lugar a los distintos signos y síntomas que, en conjunto, componen el síndrome gripal.

14. Siempre a los fines de la defensa, cada uno de los afectos que integran el estado macroafectivo tendrá la capacidad, por sí solo, de representar, simbólicamente, al conjunto entero. Así, por ejemplo, un catarro nasal aislado puede expresar al mismo tiempo el llanto por una pérdida de objeto y la desolación en que tal pérdida coloca al sujeto. Encontramos, entonces, que la cantidad y variedad de trastornos que son capaces de “aludir simbólicamen-

te” al sentimiento de desolación parece corresponder con la significancia que otorgamos a ese sentimiento al compararlo con el afecto angustia.

15. También es posible establecer un gradiente que va desde un resfrío común, pasando por un síndrome gripal, hasta llegar, por ejemplo, a la neumonía de una gripe complicada, como representante de otro gradiente en el cual la desolación se experimenta, cada vez, con mayor desconsuelo.

16. Por sus características propias, cada uno de los signos y síntomas que componen el síndrome gripal podrá expresar un particular matiz del sentimiento de desolación:

- Los trastornos respiratorios que se originan en una patología de las vías aéreas superiores podrían simbolizar una forma de desaliento donde el aislamiento y la incomunicación socio-espiritual serían los matices afectivos predominantes.
- Las vías aéreas superiores serían el lugar del primer contacto con el aire, representante psíquico del primer objeto postnatal. Este primer contacto, íntimo y violento, con un objeto desconocido pero perentoriamente necesitado, produce sensaciones de frío y sequedad y genera un cierto grado de irritación que, a través de la tos, expresa la ambivalencia frente a un objeto que marca la ausencia de la madre-umbilical perdida.
- El catarro posterior sería, por un lado, el intento de protegerse del contacto con el objeto frío y seco y, al mismo tiempo, el intento de restablecer el contenido líquido del período fetal perdido. Al mismo tiempo, podría expresar el llanto frente a la dificultad de realizar el duelo por la madre-umbilical perdida.
- La fiebre aparece cuando el sujeto cree, equivocadamente, que se encuentra en un clima frío; cuando el sentimiento de desolación es expresado a través del síndrome gripal, lo que ahora es un clima afectivo frío es interpretado como una temperatura ambiente físicamente fría y otra vez, como entonces, se ponen en marcha los mecanismos de termogénesis. Lo que en su momento fue una respuesta normal, ahora es una respuesta inadecuada, en la cual la carencia afectiva (frialdad) actual es inconcientemente “confundida” con la falta de calor físico (frío).
- Las mioartralgias y la astenia del síndrome gripal se presentan como sensaciones de “aplastamiento” o de “apaleamiento”, como si todo pesara más de lo habitual. Pensamos que estos síntomas, como parte integrante del sentimiento de desolación, representan el sentimiento de fracaso, desánimo y desmoralización en la búsqueda por alcanzar el objeto necesitado. Como

expresión simbólica, aluden a la situación por la que atraviesa el neonato frente a la fuerza de gravedad mayor del medio extrauterino.

- El recién nacido se encuentra con la necesidad de adaptar sus pautas a las nuevas condiciones del entorno, hasta ahora desconocidas; dadas las grandes diferencias entre la madre-umbilical y la madre-pecho, la posibilidad de establecer entre ambas una identidad de pensamiento exige un gran esfuerzo. Esta situación lo coloca frente a un dilema entre la dependencia y la autonomía. La cefalea del síndrome gripal constituye, a partir de la desestructuración del sentimiento de desolación actual, una reedición de aquel viejo dilema.

- El dolor retroocular al lateralizar la mirada representa el intento de buscar, durante las primeras mamadas, la mirada de la madre-pecho, para reconocer en este objeto salvador a un sustituto tolerable de la madre-umbilical perdida.

- La primera experiencia de alimentación es también el primer contacto específico con el nuevo objeto. Podemos suponer que los síntomas digestivos que a veces acompañan al síndrome gripal expresan las dificultades en los vínculos, aludiendo a las experiencias vividas en el período neonatal temprano. Tanto la anorexia, como las náuseas y vómitos, parecen indicar un rechazo a la madre-pecho por la dificultad de duelar definitivamente a la madre-umbilical perdida.

- La variabilidad antigénica que caracteriza al virus de la gripe explica, desde el punto de vista fisiopatológico, que un sujeto enferme de gripe reiteradas veces. Desde nuestro punto de vista, esta reiteración nos hace pensar en un conflicto no del todo elaborado que se actualiza frente a determinadas circunstancias, se resuelve parcialmente y luego regresa a su primitiva condición de disposición latente.

- De no mediar complicaciones, la duración de la gripe es de un lapso temporal semejante al que, en condiciones normales, el recién nacido necesita para efectuar las mayores adaptaciones a la vida extrauterina.

- Así como el síndrome gripal tiene un comienzo brusco, con similar característica ocurre el pasaje del medio intrauterino al mundo exterior; pasaje que, además, queda signado por cambios que se dan de manera violenta: la primera inspiración y el súbito enfriamiento de la piel. Estos elementos parecen repetirse, a manera de símbolo, en los estornudos del síndrome gripal.

- El carácter contagioso de la gripe podría comprenderse por la disposición universal al sentimiento de desolación, dado que las vivencias por las que todo sujeto atraviesa durante el período neonatal temprano poseen también un carácter traumático universal.
- La madre-umbilical posee características de ser un objeto envolvente y contenedor; por este motivo, los ámbitos sociales de pertenencia constituyen representaciones particularmente aptas para excitar las vivencias del período neonatal temprano. A partir de aquí podemos comprender por qué las situaciones de crisis sociales, políticas, bélicas, etc., han sido tan a menudo vinculadas a las distintas epidemias y pandemias de gripe.



---

**PSICOANÁLISIS DE LAS  
AFECCIONES MICÓTICAS**

---

(2001)

Luis Chiozza, Eduardo Dayen, Oscar Baldino,  
María Bruzzon, Mirta E. de Dayen  
y María Griffa

## **Referencia bibliográfica**

**CHIOZZA, Luis y colab. (2001*m*) “Psicoanálisis de las afecciones micóticas”.**

## **Primera edición en castellano**

L. Chiozza, *Enfermedades y afectos*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2001, págs. 157-201.

El texto del presente trabajo fue presentado para su discusión en la sede del Instituto de Docencia e Investigación de la Fundación Luis Chiozza el día 18 de mayo de 2001.

## I. Las micosis humanas

Al conjunto de microorganismos que aloja el cuerpo humano se lo denomina *biota normal*. Sin embargo, la calificación de “normal”, en este contexto, es ambigua. El mismo microorganismo que en una ocasión forma parte de la biota normal, en otra puede quedar asociado a una afección. Por otra parte, cada persona posee *un espectro particular de microorganismos* que, además, varía de momento en momento. En el contacto con esos residentes, “cada ser humano presenta *un patrón idiosincrático de respuestas*” (Eisenstein y Schaechter, 1993, pág. 25, subrayado nuestro).

Los hongos, como los demás microbios que constituyen la biota normal, residen y proliferan en diversas zonas corporales (piel, vías aéreas y urinarias, aparatos digestivo y genital). A estos microorganismos, la medicina les atribuye el carácter de “comensal”, para significar que obtienen un provecho de la relación simbiótica sin perjuicio ni beneficio aparente de su huésped (Weisz, 1959; Stedman, 1990).

La categoría de comensalismo, junto con la de mutualismo y la de parasitismo, pertenece a una clasificación realizada a partir de lo que se interpreta como benéfico o perjudicial para cada uno de los miembros de un vínculo. Sin embargo, tal como muestra el psicoanálisis, existen propósitos inconscientes y las cosas no suelen ser como aparecen en lo manifiesto. Desde esta concepción resulta inconcebible que una relación íntima pueda ser mantenida sólo para “provecho” de uno de sus miembros, cuestión que nos parece importante a la hora de estudiar el sentido de cualquier proceso infeccioso.

*El estado saludable de todo organismo incluye la presencia de una biota. En otras palabras, no existe la posibilidad de vivir sin gérmenes.*

En un mundo cargado de microbios es razonable llegar a la conclusión de que ningún microorganismo es intrínsecamente benigno o patógeno, y que la biota microbiana normal está adaptada para hacer bien más que daño (Eisenstein y Schaechter, 1993, págs. 41 y 46).

*Lewis Thomas sostiene que “los microorganismos que parecen más peligrosos, aquellos que aparentan querer matarnos, resultan ser, cuando se los examina cuidadosamente... espectadores sin participación directa. Ellos invadirán y se duplicarán si les damos la oportunidad y algunos llegarán a nuestros tejidos más internos y a la corriente sanguínea, pero es nuestra respuesta a su presencia lo que configura la enfermedad”* (Thomas, 1974\*, págs. 102-103).

Burnet y White, a partir de la investigación de epidemias (psitacosis, sarampión, etc.), sostienen que en el estudio de las enfermedades infecciosas debe adoptarse como punto de vista general “el de *un conflicto entre el hombre y sus parásitos* que, en un ambiente constante, se convertiría en un equilibrio virtual, un estado clímax en que ambas especies sobrevivirían indefinidamente” (Burnet y White, 1977, pág. 35, subrayado nuestro).

Más adelante, los mismos autores sostienen que “cuando se estudia la naturaleza de la enfermedad, es imposible limitarse a los confines de la medicina humana. Hay que abarcar toda la escala de los seres vivos, porque puede que no exista ningún tipo de organismo que alguna vez no haya sido parásito o huésped de un parásito” (Burnet y White, 1977, pág. 37).

El hombre suele convivir armoniosamente con los hongos, tal como lo hace con el resto de los organismos de su circunstancia, pero cuando la dinámica de esa relación se altera, el trastorno puede manifestarse en un amplio espectro de enfermedades. Estas afecciones pueden constituir desde problemas estéticos hasta infecciones sistémicas, algunas potencialmente letales (Kobayashi y Medoff, 1993, pág. 595).

Según la descripción que se realiza desde el punto de vista médico mecanicista, basado en el modelo de las relaciones causa-efecto, la alteración en el vínculo con un microorganismo encuentra su explicación en debilitamientos producidos por cambios en la nutrición de los tejidos, y también por ruptura, desecación, traumatismos o maceración excesiva de los epitelios o de las mucosas. Las canalizaciones venosas y otros actos quirúrgicos pueden facilitar el ingreso de microorganismos y la producción de una infección. El empleo de antibióticos también genera una ocasión propicia para algunas infecciones, lo mismo que la depresión de los mecanismos defensivos que producen el uso de corticoides, inmunodepresores, drogas citotóxicas o enfermedades que generan inmunodeficiencia.

Desde el mismo abordaje, se considera que en la producción de la enfermedad no sólo tiene mucha importancia el estado de las defensas del huésped, sino también la virulencia<sup>97</sup> y la cantidad de los microorganismos invasores (Kobayashi y Medoff, 1993; Joklik y otros, 1994; Negroni y Arechavala, 1996).

Las clasificaciones más actuales describen las micosis como superficiales, cutáneas, subcutáneas y profundas o sistémicas (Jawetz y otros, 1991; Kobayashi y Medoff, 1993).

Las micosis *superficiales* comprometen la capa córnea de la piel y de las faneras, así como las mucosas y semimucosas. La respuesta inflamatoria es mínima o nula. Generalmente se considera que sólo constituyen un problema estético. Suelen diagnosticarse con facilidad y rapidez y, cuando es necesario medicarlas, responden muy bien al tratamiento. Si bien rara vez ponen en riesgo la salud general del paciente, a menudo son crónicas y pueden ser epidémicas. Algunas de las micosis superficiales son la tricomicosis axilar, eritrasma, pitiriasis versicolor y epidermofitia<sup>98</sup> (Kobayashi y Medoff, 1993; Negroni y Negroni, 1990; Jawetz y otros, 1991).

Las micosis *cutáneas*, a diferencia de las superficiales, se manifiestan en un plano apenas más profundo que el de la epidermis. Pueden ser agudas o crónicas y suelen ser más rebeldes al tratamiento que las superficiales. Convencionalmente se reserva la denominación de “dermatofitos” para los tres géneros de hongos queratófilos que participan en las micosis cutáneas parasitando piel y faneras: *Microsporium*, *Trichophyton* y *Epidermophyton*.

El “pie de atleta”<sup>99</sup> es la más frecuente de las dermatofitosis. En los espacios interdigitales del pie proliferan los *Trichophyton* o los *Epidermo-*

<sup>97</sup> El término “virulencia” alude al grado de patogenicidad de un microorganismo, entendido en el sentido de su capacidad para invadir el organismo del huésped y de la mortalidad que puede resultar de la infección. Estas propiedades dependen, básicamente, de la rapidez con que el germen puede penetrar, multiplicarse y diseminarse, y de la cantidad y calidad de las toxinas que elabora (El Ateneo, 1992).

<sup>98</sup> Las tricomicosis son afecciones micóticas de los pelos. Eritrasma es el trastorno micótico de piel y faneras (dermatomicosis) de la ingle, escroto o axila, que la medicina relaciona con los hongos *Microsporium* o *Nocardia minutissimum*. La pitiriasis versicolor es una dermatomicosis que la medicina relaciona con el hongo *Microsporium furfur*, caracterizada por manchas amarillentas diseminadas, de las que, por rascadura, se desprenden escamitas. La epidermofitia es una infección relacionada con el hongo *Epidermophyton*.

<sup>99</sup> Así como al “pie de atleta” se lo denomina también “tiña del pie”, existen otras tiñas que toman su nombre del área corporal afectada (Kobayashi y Medoff, 1993).

*phyton floccosum*. La primera manifestación es el prurito, luego aparecen pequeñas vesículas entre los dedos y más tarde la piel de la zona, macerada, se desprende. Cuando se producen fisuras pueden agregarse infecciones bacterianas, y la tiña prolongada de los pies suele complicarse con la infección de las uñas (onicomicosis) (Jawetz y otros, 1991).

Las micosis *subcutáneas* se caracterizan por afectar la dermis y el tejido subcutáneo. Los hongos que participan en la infección (esporotricosis, cromomicosis), y que habitualmente se encuentran en el medio ambiente (suelo o vegetales en descomposición), parecen ver facilitada la penetración de sus esporas (elemento reproductor del hongo) a través de micro o macrotraumatismos de la piel o de las mucosas (Kobayashi y Medoff, 1993)<sup>100</sup>.

Las micosis *profundas* o *sistémicas*, a diferencia de las superficiales, a menudo producen complicaciones muy serias y pueden llegar a ser mortales (Jawetz y otros, 1991)<sup>101</sup>.

La infectología sostiene que la inhalación es la forma más habitual de iniciación de una micosis profunda y que el período de incubación varía desde una semana hasta veinte años o más (Negroni y Arechavala, 1996).

<sup>100</sup> Los hongos proliferan por contigüidad o por vía hematogena. Generan una respuesta inflamatoria relativamente intensa con supuración, formación de granulomas de células epiteloides gigantes y fibrosis (Negroni y Arechavala, 1996, pág. 446).

<sup>101</sup> Las llamadas micosis sistémicas endémicas (histoplasmosis, blastomicosis, paracoccidioidomicosis y coccidioidomicosis) están relacionadas con hongos cuyas esporas son inhaladas, constituyendo las llamadas primoinfecciones pulmonares. Estas infecciones, que habitualmente son asintomáticas y curan espontáneamente, en ocasiones se propagan por vía linfática o sanguínea. El organismo genera entonces una respuesta inmunitaria mediada por linfocitos T, que al cabo de la tercera semana posterior a la infección limita su proliferación por fagocitosis y lisis de los agentes. Después de ese lapso, la micosis suele quedar reducida a unos pocos nódulos granulomatosos rodeados por una pared fibrosa o calcificada. Según la concepción médica clásica, cuando la micosis-enfermedad progresa es por una *falla* de la inmunidad mediada por células durante la primoinfección o por una reactivación *azarosa* de alguno de los nódulos quiescentes que resta como secuela de la infección primaria (Negroni y Arechavala, 1996, pág. 446). Desde el punto de vista psicoanalítico, creemos que la aparente *falla* en el destino de un accionar puede ser considerada desde otro punto de vista. Las operaciones fallidas poseen sentido, y como dice Freud: “Podemos hacer a un lado... todos los factores fisiológicos o psicofisiológicos, y nos está permitido consagrarnos a indagaciones de carácter puramente psicológico acerca del sentido, vale decir, el significado, el propósito de la operación fallida” (Freud, 1916-1917 [1915-1917]\*, pág. 32).

## II. Los hongos

### 1. Ubicación taxonómica

Tradicionalmente todo lo existente ha sido clasificado en tres reinos: vegetal, animal y mineral. Dentro de esa clasificación, nunca se pudo encontrar un lugar adecuado para los hongos. Los sabios medievales pensaban, justamente, que los hongos eran “formas medio muertas, a caballo entre los reinos mineral y vegetal” (Margulis y Sagan, 1995, pág. 140). Más tarde se los excluyó definitivamente del mundo de lo inanimado, pero las dificultades para incluirlos en los reinos de los seres vivos continuaron.

Margulis y Sagan (1995) consideran que la primera clasificación moderna de los seres vivos es la ideada por Herbert Copeland (1902-1968), quien abogó por una agrupación en cuatro reinos: *moneras* (bacterias), *plantas*, *animales* y *protocistas*. Dentro de esta clasificación, los hongos, bajo la denominación “micófitos”, quedaban integrados dentro del grupo de los protocistas conjuntamente con las algas. El término “protocistas” deriva de una palabra griega que significa “primeros constructores”. De él deriva, a su vez, la nominación, más habitual, de “protista”, que significa “el verdaderamente primero” (Sahtouris, 1989, pág. 103).

Esa fue la primera clasificación moderna, pero la evolución del pensamiento científico siempre desestabiliza el ordenamiento alcanzado. Hay autores que piensan que la clasificación que últimamente propuso Robert Whittaker es la que refleja mejor las relaciones evolutivas. Se trata de una clasificación que separa a los hongos de los protocistas y establece un quinto reino aparte para ellos. “A los hongos... se les ha puesto en el mismo saco que las plantas porque desde luego no son animales... Hasta hace muy poco la denominación científica de los hongos era ‘micófitos’<sup>102</sup>... Aunque ninguno de ellos es fotosintetizador, algunos hongos echan raíces como las plantas. Pero la mejor manera de clasificarlos es dentro de un reino aparte: los micotas” (Margulis y Sagan, 1995, pág. 140).

De todos modos, y más allá de las distintas clasificaciones, de los distintos “lugares” en los que la ciencia coloca a los hongos dentro del concierto de los seres vivos, no cabe duda de que se asocia con ellos una fantasía de “primeros constructores”, de seres que preceden a los demás y, por tanto, aportan elementos básicos para la subsistencia de otros.

<sup>102</sup> “Micófitos” deriva del griego *myke*, es decir “hongo”, y *phyton*, que significa “planta” (Margulis y Sagan, 1995, pág. 140).

## 2. Características generales

El amplísimo reino de los micotas *hace hábitat de casi todo lugar de la Tierra*. Pueden encontrarse en el agua, en el suelo y en el aire, viven en los alimentos más diversos, en las cortezas, semillas y hojas de los vegetales, en insectos, en otros animales y en humanos.

Los miembros primitivos son acuáticos y producen células reproductoras flageladas. Los más evolucionados son terrestres, con células reproductoras que son dispersadas pasivamente por el viento, el agua y los animales<sup>103</sup>.

Al profundizar en el estudio del reino de los hongos, se tropieza con que las dificultades de clasificación que debe enfrentar la taxonomía vuelven a presentarse con el resto de las características de estos seres. Las clasificaciones habituales no poseen apartados en los que los hongos “encajen” bien. Así ocurre, por ejemplo, con las formas de reproducción. En los hongos, la reproducción puede ser sexual o asexual. Pero la mayor parte de los hongos se reproducen por formación de conidios a través de mitosis, es decir por *reproducción asexual*, durante la cual el número de cromosomas se conserva igual<sup>104</sup>. A la luz de la teoría celular, *el hongo sería una masa viviente continua que puede crecer en tamaño y en número de núcleos* (Weisz, 1959).

Las ideas acerca de que los hongos habitan en cualquier lugar, con lapsos y márgenes laxos para el crecimiento, y la de que se reproducen asexualmente, asocia a ellos una fantasía, que se suma a la de “primeros constructores”: *una fantasía de omnipresencia y, además, de autosuficiencia. Una fantasía acerca de seres de potencialidades extraordinarias para quienes los límites prácticamente no existen*.

Los hongos no tienen la capacidad de realizar fotosíntesis, de modo que deben absorber su alimento a partir de otros organismos. En el caso

<sup>103</sup> Los hongos desarrollan cuerpos fructíferos para reproducirse. El tamaño de estos cuerpos puede ser tan pequeño como la cabeza de un alfiler o tan grande como el de una pelota de fútbol. Cada cuerpo fructífero puede liberar miles de millones de esporas. Cuando una espora aterriza en un lugar adecuado, germina y forma una nueva red de micelios que empieza a extenderse. Los hongos llegan a conformar algunos de los organismos más grandes de la Tierra. Existe una red de micelios de hongo armilaria que abarca 14 hectáreas (Margulis y Sagan, 1995; Weisz, 1959).

<sup>104</sup> Los hongos pueden ser unicelulares o pluricelulares. Desde el punto de vista de la teoría celular, todos los hongos son o se convierten en organismos plurinucleados que forman células uninucleadas distintas sólo en el momento de la reproducción. La división del citoplasma ocurre únicamente cuando la célula se parte en numerosas células hijas. Estas células nuevas (esporas) pueden entonces hacerse temporalmente flageladas o ameboides, o desarrollar directamente nuevas células plurinucleadas inmóviles (Weisz, 1959).

de los mohos y de las setas, esta absorción se realiza gracias a una red de hifas<sup>105</sup>. Para obtener sus nutrientes segregan enzimas que degradan una amplia variedad de sustratos orgánicos a formas solubles, formas que luego son absorbidas pasivamente o a través de sistemas de transporte activo (Joklik y otros, 1994, pág. 1428). *Por medio de las enzimas, degradan las moléculas grandes a formas más simples, en un proceso de “digestión” externa, que les permite la posterior asimilación del alimento*<sup>106</sup>.

Todos los hongos, como los seres más diferenciados, están formados por células eucarióticas<sup>107</sup>. Su estructura está constituida por uno o varios núcleos rodeados por una membrana, el citoplasma, la membrana celular y la pared celular. La pared celular es un componente esencial porque proporciona rigidez y fuerza, protegiendo a la membrana celular del shock osmótico. En la gran mayoría de los casos, en los hongos, esa pared rígida está formada por quitina, *sustancia que también constituye el exoesqueleto de insectos*. En otros casos, en cambio, algunos tipos primitivos de hongos presentan una pared constituida por celulosa, *sustancia característica de los vegetales* (Joklik y otros, 1994,

<sup>105</sup> La unidad fundamental del cuerpo de *mohos* y *setas* es la hifa, filamento tubular que, a menudo, está ramificado y en el cual proliferan núcleos y organelas. Crece en longitud alargándose por una punta y puede ramificarse cada vez más. Es muy frecuente que las hifas se entrecrucen, formando una red irregular, el llamado micelio, tallo del hongo que es su aparato de nutrición. *Cada hifa es una sola célula multinucleada*. A veces se presenta tabicada, pero, aun en esos casos, los tabiques no son continuos sino que presentan uno o varios poros a través de los cuales se produce un activo intercambio del citoplasma y aun el pasaje de núcleos (Basualdo, Coto y De Torres, 1996). La estructura que presenta tabiques semeja una organización pluricelular, pero no llega a constituir un verdadero tejido. La forma que no tiene tabiques se llama cenocítica y es la que se presenta con más frecuencia en este gran grupo de organismos.

<sup>106</sup> Maeterlinck (1930) dedica un capítulo de su libro *La vida de las hormigas* a describir la tarea que desempeñan las hormigas “setistas” típicas de la América tropical. Estos insectos se dedican a cultivar hongos en sus ciudades subterráneas sin admitir ningún otro alimento que esos mismos hongos cultivados por ellas (Maeterlinck, 1930, págs. 94-96). Baldacci sugiere que las hormigas, filogenéticamente posteriores a los termes, han aprendido de ellos este novedoso recurso que a las hormigas, por su constitución biológica, no les es imprescindible. Los termes, que sólo se alimentan de celulosa, recurren a la digestión previa realizada por protozoarios que habitan en sus intestinos para poder asimilarla. Para suplir la pobreza de nitrógeno en su dieta siembran esporas fúngicas que cultivan hábilmente (Baldacci, 1964, págs. 128-129).

<sup>107</sup> En función del tipo celular, todos los seres vivos se pueden dividir en dos grupos: 1) *Con células eucarióticas* (que significa “con un *karyon*, o semilla, por núcleo”). En este caso la estructura está basada en células que tienen un núcleo con organi-

págs. 1429-1431). Dos de las particularidades que han desorientado a los taxonomistas y que, por otra parte, despiertan fantasías acerca de que el reino de los hongos dispone de recursos que los demás tienen limitados.

Una de las descripciones más habituales dice que los hongos pueden presentarse bajo tres formas: como *moho*, como *levaduras* o como especies que forman *setas*<sup>108</sup>. Muy frecuentemente constituyen organizaciones simbióticas muy estables como, por ejemplo, el liquen, una asociación de alga y hongo<sup>109</sup>. También se los encuentra asociados con las raíces de ciertos vegetales a los cuales el hongo les resulta indispensable para la obtención del nitrógeno (Weisz, 1959). Ejemplo de esta asociación es lo que se conoce como la micorriza<sup>110</sup>.

---

zación genética compleja materializada en cromosomas. Este núcleo aloja los comandos genéticos vegetativos y es la base de los mecanismos de división celular por mitosis. Además, es carácter diferencial de la célula eucariótica tener una organela en el citoplasma: la mitocondria. Mediante el oxígeno que se respira, la mitocondria produce la energía necesaria para crecer y repararse (De Torres, 1996, págs. 27-30). Todos los parásitos están constituidos por células eucarióticas, y ya sean uni o pluricelulares obtienen energía por procesos heterotróficos. Ninguno posee cloroplastos. 2) *Con células procarióticas* (que significa “antes de un núcleo”). Las células procarióticas están asociadas a la organización unicelular por excelencia. No existen especies pluricelulares con organización procariótica. Las células procarióticas poseen una sola unidad de ADN genómico que flota libre en el citoplasma. Por otra parte, no poseen mitocondrias ni la organización típica de los individuos que fotosintetizan (De Torres, 1996, págs. 27-30).

<sup>108</sup> La mayoría de *mohos* son ascomicetos. “Forman estructuras llamadas ascas, sacos o cápsulas que se desarrollan cuando hifas de géneros compatibles se ‘besan’ y quedan permanentemente fundidas. Los tejidos complejos y las esporas sexuales que resultan de tales enlaces constituyen el ‘moho’” (Margulis y Sagan, 1995, pág. 144). Las *levaduras* también, en su gran mayoría, son ascomicetos. Son células únicas, ovoides o esféricas, con una pared celular rígida y la misma complejidad celular que las hifas. La mayor parte de las levaduras se dividen por gemación y unas pocas por fisión binaria como lo hacen las bacterias.

Las *setas* pertenecen al grupo de los basidiomicetos. Son los hongos que nos resultan más familiares. “Tienen estructuras reproductivas en forma de maza denominadas basidios (*maza* en griego). En las setas laminadas corrientes estas estructuras productoras de esporas están en la cara inferior” (Margulis y Sagan, 1995, pág. 144).

<sup>109</sup> El alga, dotada de clorofila, contribuye a la nutrición a partir del aire y la luz, mientras que el hongo suministra los elementos de las sustancias inorgánicas y de las orgánicas que descompone (Baldacci, 1964, págs. 121-122).

<sup>110</sup> La micorriza es la fusión de las hifas de los hongos con las raíces de los árboles. La micorriza permite al hongo, que carece de clorofila, obtener azúcares y almidón, y a las plantas, incorporar los elementos nitrogenados que están en el suelo en fórmulas complejas insolubles en agua. Además de los árboles, muchas otras plantas mantienen este mismo tipo de relación. En el caso de la orquídea,

### 3. Su función en el ecosistema

La principal tarea que los hongos realizan en la naturaleza, junto con algunos otros microorganismos, es la degradación de material de desecho orgánico. Esta *función descomponedora* resulta imprescindible para la obtención del *carbono*, el *nitrógeno* y otros elementos esenciales que la vida necesita para su desarrollo (Baldacci, 1964; Dickinson y Lucas, 1979; Weisz, 1959). Además, “sin los hongos, las plantas, y en última instancia todos los animales, se quedarían sin suministro de fósforo” (Margulis y Sagan, 1995, pág. 149). Vale recordar que el *fósforo* es un elemento esencial del ácido desoxirribonucleico (ADN), del ácido ribonucleico (ARN) y del adenosín-tri-fosfato (ATP)<sup>111</sup>. También resulta revelador que el carbono contenido en tejidos resistentes como pelos, cuernos o pezuñas puede ser reciclado *sólo* por los hongos, que son los únicos que poseen enzimas capaces de digerir tales tejidos.

Como puede comprobarse en muchas otras de las acciones que desarrollan los seres vivos, el resultado de la actividad descomponedora de los hongos excede a las necesidades vitales de los individuos que la desarrollan, y este plus queda a disposición de otros organismos.

De modo que, debido a su capacidad de *descomponer la materia orgánica en sus componentes más elementales*, la existencia de los hongos es fundamental para la vida de los organismos superiores. Esta función, en especial en lo relacionado con el nitrógeno, el carbono y el fósforo, *permite la creación de nuevas combinaciones que reinician el ciclo vital*.

Los hongos no son los únicos que cumplen esa función descomponedora. Las bacterias, líquenes y algunos protozoarios forman una inmensa comunidad de seres responsables de crear, mediante la *función descomponedora*, los ambientes que las plantas y animales de mayor tamaño y complejidad requieren para su subsistencia.

La actividad descomponedora de los hongos es similar a la operación que en los individuos heterótrofos, aquellos organismos que sólo pueden nutrirse de las sustancias elaboradas por otros seres vivos, se denomina “digestión”.

---

por ejemplo, las semillas que no se relacionan con el hongo que las nutre, en la mayor parte de los casos, no germinan (Baldacci, 1964; Weisz, 1959).

<sup>111</sup> El ADN lleva la información necesaria para dirigir la síntesis de proteínas y la replicación. El ARN dirige las etapas intermedias de la síntesis proteica. El ATP se encuentra en todos los seres vivos y constituye la fuente principal de energía utilizable por las células para realizar sus actividades.

### III. La convivencia con el hongo

Hoy conocemos un poco más acerca del tipo de vínculo que muchos hongos mantienen con organismos de otros reinos. “Muchos forman equipos con plantas, algas o cianobacterias y *dan lugar a entes orgánicos combinados*: las micorrizas y los líquenes. La fisiología planetaria –Gaia<sup>112</sup>– es el resultado de la interacción de innumerables seres, redes fúngicas incluidas. *Gaia es simbiosis vista desde el espacio*. Los hongos reciclan nutrientes y convierten desechos en alimento utilizable dentro de *una biosfera simbióticamente integrada*” (Margulis y Sagan, 1995, pág. 154, subrayado nuestro).

Desde el punto de vista que analizan Margulis y Sagan, que es el punto de vista de muchos científicos actuales, todos los organismos vivos transcurren su existencia entrelazados en una red de convivencia. Se trataría de una red de la que, desde nuestra mirada individualista, pocas veces tenemos noticia. Pero así como los organismos son la convivencia de órganos, los órganos son la convivencia de individuos celulares que, lo mismo que los órganos en el organismo, cumplen la función que les ha tocado desempeñar para poder vivir. El panal cumple una función, que podemos conocer, en la red que conforma un lecho ecológico. Y el panal, a su vez, es una red de abejas conviviendo.

Así como conocemos el sentido de la convivencia que, por ejemplo, tejen las llamadas “bacterias intestinales”<sup>113</sup> y el ser humano, también sabemos de la asociación de algunos hongos y el hombre, aunque no conozcamos el sentido de esa convivencia. “Los microorganismos cándida suelen hallarse en la boca, vagina, esputo y heces de personas por lo demás normales” (Beeson y McDermott, 1971, pág. 729).

Burnet y White enuncian de un modo conciso los dos factores esenciales para la supervivencia de la vida animal: “En primer lugar, el que un animal encuentre suficiente alimento, y en segundo lugar, el que evite ser devorado. De esta manera, el alimento se convierte en el problema central de la ecología” (Burnet y White, 1977, pág. 17). Más adelante, continúan diciendo que “todos los animales viven a expensas de algún otro organismo... Cada animal, de los protozoos para arriba, debe obtener los aminoá-

<sup>112</sup> “Gaia” es un término utilizado por James Lovelock (1979) para designar al planeta Tierra (incluyendo las rocas y el aire) como un sistema vivo que tiene la capacidad de regular su clima y su composición química.

La mitología griega denomina Gaia o Gea a la deidad primordial de la que provienen las razas divinas. “Es la Madre Tierra, productora de todo lo viviente y fuerza nutricia inextinguible” (Pérez Rioja, 1997)

<sup>113</sup> “Las bacterias intestinales producen prácticamente todas las vitaminas hidrosolubles salvo la C” (Meyer, 1985, pág. 256).

cidos que necesita para construir sus propias proteínas de las proteínas de alguna otra especie de organismo” (Burnet y White, 1977, pág. 41). Los autores señalan, como ejemplo, que cuando un ser como la ameba incorpora una bacteria o una diatomea para su nutrición, ocurre que lo ingerido se vuelve resistente a la acción enzimática y hasta a veces puede proliferar a expensas del citoplasma amebiano. Este proceso ofrece “el modelo más primitivo de la enfermedad infecciosa. Desde un sentido realista, toda enfermedad infecciosa de un animal incluido el hombre se reduce a la cuestión de ‘comer o ser comido’” (Burnet y White, 1977, pág. 42).

Podemos entender que, desde un particular recorte, hongo y hombre forman parte de una organización ecológica que los trasciende. La convivencia armónica de ambos sería el estado de salud del “organismo” que los trasciende. El estado de salud de ese “organismo” implica la convivencia armónica de ambos en un ecosistema, y es, al mismo tiempo, la salud para el hombre y para el hongo. Cuando la dinámica de la relación entre el hongo y el hombre se altera, el trastorno puede manifestarse (en el ser humano) en una amplia gama de afecciones que van desde problemas estéticos hasta infecciones sistémicas, algunas letales.

Pero son muchos los motivos que llevan a la alteración de esa armonía. Cuando entre el hombre y el hongo surge una desavenencia, el hombre se siente perjudicado por el hongo. Como ocurre con cualquier otra convivencia alterada, suele negarse que, mientras la convivencia se mantiene a pesar de los perjuicios, cada uno de los miembros obtiene un “beneficio” que se escotomiza.

#### IV. Los hongos en la mitología y en algunas costumbres

La humanidad, en sus diferentes culturas, muchas veces asoció el origen y las cualidades del hongo con lo misterioso, con lo divino y, en ocasiones, con lo demoníaco.

Las teorías más primitivas presentan un elemento común: los hongos son considerados el producto de una relación misteriosa entre la *tierra* y algún otro *elemento sobrenatural* (Dickinson y Lucas, 1979).

Los griegos y los romanos creían que los hongos se formaban en el lugar donde un rayo impactaba la tierra, creencia similar a la que perdura aún hoy en ciertas regiones de México donde, además, algunos hongos son considerados como seres sagrados (Dickinson y Lucas, 1979; Graves, 1958a).

Algunos hongos brotan con sus micelios en forma circular luego de una noche de lluvia<sup>114</sup>. Una leyenda atribuye al rayo esa particular for-

<sup>114</sup> En el folklore del norte de Europa se pueden encontrar creencias aun más fantásticas. Por ejemplo, que en las noches de tempestad el dios Odín cabalga a tra-

mación circular que es conocida como “anillo” o “círculo de la bruja” (Dickinson y Lucas, 1979, pág. 25).

Por su inmensidad y sus infinitas fuerzas, la tierra asume en la mitología los significados de madre todopoderosa, proveedora de bienes y frutos, capaz de dar y quitar la vida (Bartra, 1982). En el mismo sentido, Pérez Rioja sostiene que “la renovación anual del mundo vegetal despertó, desde la más remota Antigüedad, la idea de la Tierra como *madre engendradora*” (Pérez Rioja, 1997, pág. 400).

Si tenemos en cuenta los significados atribuidos a los hongos, a la tierra y al rayo, se puede afirmar que la idea mítica común alude a *una fantasía en la que el hongo es el producto ideal de la “cópula” entre una madre poseedora de inmensa potencialidad y un ser sobrenatural, representado por el rayo.*

Graves (1958a) encontró coincidencias entre los relatos míticos provenientes de la cultura griega y la mazateca. En el folklore de ambas, a los hongos se los denomina “alimento de los dioses”. Las dos culturas atribuyen al rayo la generación de los hongos, y tanto una como otra conciben dioses relacionados con los hongos: en Grecia, el dios Dionisios, y en México, entre los mazatecos, Tlaloc.

En el banquete de la orgía otoñal que realizaban los seguidores de Dionisios, “no se embriagaban solamente con vino o cerveza de hiedra, sino que utilizaban estas bebidas para suavizar los tragos de una droga mucho más fuerte... un hongo crudo, *Amanita muscaria*”<sup>115</sup> (Graves, 1958a, pág. 7; 1958b, 1961).

---

vés del cielo, seguido por los demonios; aumentando el furor de la persecución, una baba de sangre cae de las fauces de su caballo, y en los puntos donde toca la tierra, crecen hongos venenosos rojos y blancos (Dickinson y Lucas, 1979). Según Benítez, en México existe una versión sobre el origen misterioso de los hongos alucinógenos sagrados: “Nuestro Señor atravesó el país y donde escupía allí crecía un hongo”; se interpreta que escupir es un eufemismo de esparcir la simiente. Dice que cada una de las especies sagradas de hongos tiene su nombre propio, y todos designados por “*si tho*”: “la palabra *si tho* significa literalmente ‘el que brota’”. Sostiene que hay quienes dicen que “*nti ti tho*” significa “brote de la sangre de Cristo que María no pudo recoger”. Añade que “*nti si se*”, que significa “el más pequeño de los hongos”, apareció allí donde Cristo tropezó bajo el peso de la cruz (Benítez, 1964, págs. 20-22).

<sup>115</sup> El *Amanita muscaria* es un hongo venenoso cuya ingestión origina un cuadro parasimpaticomimético (síndrome muscarínico). “Su acción tóxica remeda en cierto modo la intoxicación atropínic, con midriasis y un cuadro de excitación psicomotriz, con delirio y alucinaciones visuales y auditivas, y a veces con reacciones agresivas, terminando con un estado de depresión que llega al sopor. El sujeto cura en pocos días, con amnesia del episodio. La toxina actuante parece ser la bufotenina” (Calabrese y Astolfi, 1969, págs. 290 y 295).

Graves descubrió, por otra parte, que las letras iniciales de las palabras con que se denominan los ingredientes de la fórmula de la “ambrosía” (la comida de los dioses del Olimpo) forman la palabra *muketa*, acusativo de *mukes*, que en griego significa “hongo”. Comprobó lo mismo en las fórmulas del “néctar” (la bebida de los dioses), que también remiten a la palabra “hongo”, lo que permite suponer que *los hongos integraban las fórmulas secretas y sagradas de la ambrosía y el néctar* (Graves, 1958a, pág. 8; 1958b, 1961).

Recordemos que tanto la ambrosía como el néctar, vinculados al hongo, se relacionaban íntimamente con una fantasía de inmortalidad. La palabra “néctar” deriva del griego *nektar*, de *ne*, “negativo”, y *kteinein*, “matar”, es decir, “que no mata, que hace inmortal” (Corripio, 1976). Por su parte, la palabra “ambrosía” proviene del griego *ámprotos*, inmortal. En la época en que se consumían, la creencia era que tanto la ambrosía como el néctar tenían *la virtud de convertir en inmortal a quien lo ingería*, además de ponerlo a salvo de cualquier herida o enfermedad (Lezama, 1974).

Pérez Rioja (1997) afirma que el hongo es “símbolo de longevidad e inmortalidad. También —entre los pueblos primitivos— era un talismán de buen augurio”. Es decir que el hongo no sólo se relacionaba con fantasías de inmortalidad sino que también *quedaba vinculado a la buena fortuna*.

Algunos autores (Mingoia, 1970; Graves, 1958b) relatan curiosas costumbres de comunidades que viven muy aisladas, como los cosacos de Siberia, quienes *para combatir la soledad* que sobre todo en los largos inviernos constituye una amenaza permanente, se reúnen en singulares ceremonias en las cuales los participantes ingieren el *Amanita muscaria*, desarrollan bailes frenéticos y, para volver a gozar de los efectos del hongo, beben su propia orina.

De modo que las fantasías presentes en los mitos, en las costumbres y en algunas adicciones, parecen revelar que *el hombre, más allá de su coexistencia normal con el hongo, alienta deseos ilusorios de conseguir, a través de los hongos, la potencia necesaria para satisfacer, sin esfuerzos y sin espera, todos sus anhelos*.

Así como el temor a la muerte encubre una frustración actual (Freud, 1916a [1915]\*), el anhelo de inmortalidad nace también de una frustración actual y del deseo de resolverla a través de la eliminación mágica de los límites que impiden la satisfacción. *Desde ese deseo nace la fantasía que le atribuye al hongo, asociado a la imago de una madre todopoderosa, la capacidad omnipotente de no tener que enfrentar límite alguno*.

La creencia en “la buena fortuna” corresponde a la ilusión de que es posible tener todo aquello que se desea. Esta ilusión supone la exis-

tencia de una “madre” disponible de manera incondicional, una madre que, además de tener todo solucionado, puede, si quiere, dar soluciones mágicas. De esa manera se tendría garantizado el éxito y no resultaría necesario el trabajo.

La fantasía inconciente de una madre omnipotente y envidiada lleva implícito, además, que si el dolor o la frustración no desaparecen es porque el objeto se rehúsa y abandona injustamente. Frente al dolor y la frustración por la carencia, se confunde, en la fantasía inconciente, la ausencia del objeto proveedor con la presencia de un objeto devorador (Klein, 1943, págs. 178-180)<sup>116</sup>.

## V. Acerca de la digestión

“Digestión” es la “acción y efecto de convertir los alimentos en sustancias químicas que puedan ser absorbidas y asimiladas” (Dorland, 1992), *la acción de disolver una sustancia convirtiéndola en otra albuminoidea* (Moliner, 1986). Es interesante reparar en que la palabra “albuminoidea” está conformada por el término “albumen” y el sufijo “oide”, “que añade la significación de ‘parecido a lo que se especifica en el morfema al que se une’” (Dorland, 1992). Así que se denomina “albuminoidea” a toda sustancia que se asemeje al albumen. “Albumen”, por su parte, es *la sustancia que acompaña al embrión de las semillas y le sirve de alimento en la primera fase de su desarrollo*. De modo que cuando un organismo se toma el

<sup>116</sup> “Las vivencias recurrentes de gratificación y frustración son estímulos poderosos de las pulsiones libidinales y destructivas, del amor y del odio. En consecuencia, en la medida en que gratifica, el pecho es amado y sentido como ‘bueno’; y en la medida en que es fuente de frustración, es odiado y sentido como “malo”... Sugiero que esta alteración del equilibrio entre libido y agresión es causa de la emoción que llamamos voracidad, la cual es primeramente y sobre todo de naturaleza oral. Cualquier aumento de la voracidad fortalece los sentimientos de frustración, y éstos, a su vez, fortalecen las pulsiones agresivas. En los niños en quienes el componente agresivo innato es fuerte, la ansiedad persecutoria, la frustración y la voracidad se despiertan fácilmente y esto contribuye a las dificultades del niño para tolerar la privación y manejar la ansiedad” (Klein, 1943, pág. 178). “Como los ataques dirigidos contra el objeto son fundamentalmente influidos por la voracidad, el temor a la voracidad del objeto, debido a la proyección, constituye un elemento esencial de la ansiedad persecutoria: el pecho malo devorará al bebé con la misma voracidad con que él desea devorarlo” (Klein, 1943, pág. 179). “Es característico de las emociones del niño muy pequeño ser extremas y poderosas. El objeto frustrador (malo) es sentido como un perseguidor terrible; el pe-

trabajo de digerir es porque necesita obtener el mismo tipo de sustancia de las que en una breve etapa al comienzo de la vida se dispone libremente. En ese momento, dichas sustancias les son dadas sin requerir ningún esfuerzo. Los seres humanos, naturalmente, también conocimos un momento semejante en nuestras vidas.

La embriología sostiene que unas treinta horas después de ser fecundado, el huevo humano experimenta una serie de divisiones mitóticas que hacen aumentar rápidamente su número de células. Después de cierto número de divisiones, y por su parecido con una mora, se lo denomina “mórula” (Langman, 1963, pág. 25).

En la mórula se va introduciendo “líquido por la zona pelúcida<sup>117</sup> hacia los espacios intercelulares de la masa interna; gradualmente los espacios intercelulares confluyen y, por último, se forma una cavidad, el *blastocèle*. En esta etapa, la zona pelúcida desaparece rápidamente y el cigoto se llama *blastocisto*” (Langman, 1963, pág. 26).

Mientras progresa la segmentación, el cigoto desciende por la trompa de Falopio; en el momento en que tiene de doce a dieciséis células, éstas se organizan en un grupo central o “masa celular interna” y una capa circundante o “masa celular externa”. La masa celular interna conformará los tejidos del embrión propiamente dicho, mientras que la masa celular externa se irá transformando hasta constituir el “trofoblasto”, que más tarde se convertirá en “placenta” (Langman, 1963, pág. 25).

“La nutrición del embrión durante este descenso se realiza por difusión, ya que él viaja embebido en un magma mucoso que cubre las paredes de los órganos y llena la escasa luz de los mismos. Este mucus es segregado por las glándulas de trompas y útero. Alrededor del séptimo día, después de la fecundación se produce la implantación del embrión... La penetración se realiza favorecida por la digestión de las capas más superficiales por enzimas segregadas por el trofoblasto” (Narbaitz, 1963, pág. 12). “Sin embargo, la mucosa uterina facilita la acción trofoblástica del blastocisto de manera que la implantación es resultado de acción mutua trofoblástica y endometrial” (Langman, 1963, pág. 27).

---

cho bueno tiende a transformarse en el pecho ‘ideal’ que saciaría el deseo voraz de gratificación ilimitada, inmediata e incesante” (Klein, 1943, pág. 180).

<sup>117</sup> En la etapa inicial de la formación de los óvulos en la mujer, “las células foliculares están en contacto íntimo con el oocito, pero pronto se deposita sobre la superficie del mismo una capa de material acelular que consiste en mucopolisacáridos. Esta sustancia poco a poco aumenta de grosor, lo cual forma la ‘zona pelúcida’” (Langman, 1963, págs. 11-12).

*Se puede sostener que la actividad trofoblástica del blastocisto es la primera digestión, la primera vez que el ser humano ejercita la capacidad de digerir, y que en la etapa anterior de la vida embrionaria la nutrición no requiere del ejercicio de la función digestiva, ya que el blastocisto dispone libremente de los elementos necesarios (glucógeno y mucina) segregados por las glándulas de las trompas y el útero maternos.*

“Los alimentos que mantienen la vida del organismo pueden clasificarse, con la excepción de las pequeñas cantidades de ciertas sustancias como las vitaminas y los minerales, en *carbohidratos, grasas y proteínas*. En general, la mucosa intestinal no puede absorber ninguno de ellos en su forma natural, por lo que, sin un proceso de digestión preliminar, no podrían servir como elementos nutritivos” (Guyton y Hall, 1997, pág. 903).

La química de la digestión es simple. El mismo principio de base, la hidrólisis<sup>118</sup>, se aplica en los tres tipos de alimentos. La única diferencia estriba en el fermento<sup>119</sup> que en cada caso inicia el proceso.

<sup>118</sup> La hidrólisis es el mecanismo principal de la digestión. “Casi todos los carbohidratos de la dieta son grandes *polisacáridos o disacáridos* formados por combinaciones de monosacáridos unidos entre sí por *condensación*. La condensación significa que se han eliminado un ion de hidrógeno de uno de los monosacáridos y un ion hidroxilo del monosacárido siguiente. De esta forma, los dos monosacáridos se combinan en los lugares donde se han producido estas pérdidas, a la vez que los iones de hidrógeno e hidroxilo se unen para formar una molécula de agua. Durante la digestión de los carbohidratos para convertirlos de nuevo en monosacáridos, ciertas enzimas específicas devuelven los iones hidrógeno e hidroxilo al polisacárido, separando así unos monosacáridos de otros. Este proceso, llamado *hidrólisis*, es el siguiente (en donde R''-R' es un disacárido):  $R''-R' + H_2O \xrightarrow{\text{enzima digestiva}} R''OH + R'H$ . Casi todas las grasas de la dieta son triglicéridos (grasas neutras), es decir, combinaciones de tres moléculas de *ácidos grasos* condensadas con una única molécula de *glicerina*. Durante la condensación se eliminan tres moléculas de agua. La digestión de los triglicéridos consiste en el proceso inverso mediante el cual las enzimas que digieren las grasas devuelven las moléculas de agua a los triglicéridos, permitiendo que las moléculas de los ácidos grasos se separen de la glicerina. Este proceso digestivo es también una *hidrólisis*. Por último, las proteínas están formadas por aminoácidos que se unen entre sí por *enlaces peptídicos*. En estos enlaces, se eliminan un ion hidroxilo de un aminoácido y un ion de hidrógeno del aminoácido siguiente; así pues, los aminoácidos de la cadena proteínica están unidos por condensación y su digestión se debe al efecto opuesto de la hidrólisis, ya que las enzimas proteolíticas devuelven el agua a las moléculas de proteínas para separar los aminoácidos que las componen” (Guyton y Hall, 1997, pág. 903).

<sup>119</sup> Todos los fermentos digestivos son proteínas.

## VI. La capacidad de descomponer

Hemos visto ya, que *la función de descomponer* la materia orgánica en sus componentes más elementales para permitir la creación de nuevas combinaciones que posibilitan reabrir el ciclo vital *es característica de los hongos*, dado que la ejercen de manera más completa que los otros tipos de organismos. También subrayamos que la actividad descomponedora de los hongos es similar a la operación que en los individuos heterótrofos, aquellos organismos que sólo pueden nutrirse de las sustancias elaboradas por otros seres vivos, se denomina “digestión”.

Los aspectos comunes a estas dos funciones configuran una capacidad para la que creemos que la denominación más ajustada es la de “descomponer”. Es cierto que con ese fin podrían utilizarse otras palabras que también parecen adecuadas: desintegrar, digerir, separar, desunir, dividir, desmontar, analizar, dispersar, por ejemplo. Sin embargo, pensamos que de todos los términos, el que connota la significación más acertada para referirse al fenómeno en general, es “descomponer”.

Para Moliner (1986), la palabra “descomponer” tiene varias acepciones, entre las que se encuentran: a) *separar* los componentes de una sustancia, cosa o argumento; b) *podrir*; c) *frustrar*; d) *aturdir*; e) *encolerizar*.

Una diferencia entre la capacidad descomponedora del hongo y la del proceso digestivo humano reside en la profundidad del nivel que cada uno de ellos puede alcanzar en su labor. Los hongos pueden descomponer la materia orgánica hasta sus elementos esenciales, en tanto que el proceso digestivo del organismo humano no puede alcanzar tal punto. Mientras el proceso digestivo en el hombre alcanza el nivel de los aminoácidos, el proceso realizado por los hongos llega a descomponer hasta el nivel de los elementos que, como el nitrógeno, constituyen los aminoácidos. De modo que así como la función digestiva, de la cual la bilis suele arrogarse la representación (Chiozza, 1970e [1963-1969], 1974a [1972]), resulta esencial para la obtención de los aminoácidos que el organismo precisa para estructurar las proteínas que lo constituyen, la *función descomponedora* que cumplen los hongos resulta esencial para la obtención de los elementos que constituyen a los aminoácidos.

Las proteínas y los ácidos nucleicos son las dos clases fundamentales de moléculas biológicas; las proteínas están constituidas por aminoácidos, y los ácidos nucleicos, por cadenas de nucleótidos.

Los *aminoácidos* que constituyen las proteínas son compuestos formados por un grupo ácido, carboxilo (-COOH), y un grupo básico, amina (-NH<sub>2</sub>). Los aminoácidos se clasifican en *esenciales* y *no esenciales*. El ser humano

no dispone de la capacidad metabólica para sintetizar los llamados esenciales o indispensables, por lo cual deben ser suministrados en la dieta. Los aminoácidos denominados no esenciales o dispensables son también necesarios, pero *pueden ser sintetizados siempre que el aporte de aminoácidos esenciales y nitrógeno sea suficiente* (Blanco, 1997, pág. 25; Henrikson, 1989, pág. 43). Esta clasificación en esenciales y no esenciales toma como parámetro la necesidad de que sean o no incorporados en la dieta, y tal como lo destaca Weisz (1959, pág. 304), el término “esenciales” resulta inadecuado porque todos los aminoácidos tienen esa cualidad para todos los organismos vivos.

El *carbono* es un componente fundamental de la materia viva y posee una extraordinaria capacidad para formar compuestos consigo mismo y con otros elementos. Las combinaciones del carbono pueden ser sumamente complejas y variadas, y las sustancias orgánicas presentan “mayor complejidad y variedad que todos los demás compuestos químicos juntos” (Weisz, 1959, pág. 52).

El *fósforo* es un componente fundamental de la parte mineral del hueso, abunda en todos los tejidos y participa en casi todos los procesos metabólicos (Dorland, 1992). Los fosfatos son quizás el constituyente mineral aislado más importante y necesario para la actividad celular (Guyton y Hall, 1997).

El *nitrógeno* es un gas incombustible y no comburente, que constituye casi las cuatro quintas partes del aire, y *en tal estado no es metabolizable para la mayoría de los seres vivos*. Esa condición de gas tóxico motivó, según Moliner (1986), que Lavoisier lo llamara “azoe” (del griego *zoe*, vida, y la partícula privativa *a*). En estado gaseoso es soluble en la sangre y líquidos del cuerpo, y cuando se libera en sangre en forma de burbujas, por reducción de la presión atmosférica, puede causar síntomas graves (El Ateneo, 1992).

El llamado “*ciclo del nitrógeno en la naturaleza*” es un proceso que se describe así: *un grupo de bacterias fijadoras se encarga de un complejo proceso que termina por suministrar el nitrógeno a los organismos fotoliotótrofos* (vegetales). Estos organismos lo toman del suelo y de las aguas, bajo la forma de compuestos inorgánicos nitrogenados. De este modo pueden incluir el nitrógeno en sus moléculas de aminoácidos. Los animales herbívoros obtienen el nitrógeno a través de su ingesta. Por su lado, los animales carnívoros, que incluyen en su alimentación a los herbívoros, acceden así al nitrógeno que más tarde vuelve al suelo y a la atmósfera, en forma amoniacal, a través de los excrementos y la putrefacción de los cadáveres (Weisz, 1959, pág. 132).

Los *ácidos nucleicos* son polímeros nucleótidos; hay dos clases: ADN y ARN.

“Un nucleótido es un complejo molecular formado por tres unidades: un grupo fosfato, una pentosa y una base nitrogenada. Los grupos fosfato derivan

del ácido fosfórico... una sustancia mineral inorgánica... La pentosa de un nucleótido puede ser de dos clases, ribosa o desoxirribosa”, mientras que “la base nitrogenada de un nucleótido pertenece a una serie de compuestos anillados que contienen nitrógeno, así como también carbono” (Weisz, 1959, pág. 60).

Las *proteínas* cumplen dos funciones celulares esenciales. Son la materia vital a partir de la cual se construyen muchos de los armazones básicos de las células, una especie de “andamiaje” alrededor del cual se disponen los hidratos de carbono, las grasas, los minerales y otros componentes celulares. La otra función es servir como enzimas catalizadoras de reacciones (Weisz, 1959).

La palabra “proteína”, que deriva del griego *prótos*, que significa “el primero”, designa al grupo de compuestos orgánicos complejos cuyos elementos son carbono, hidrógeno, oxígeno, nitrógeno y, por lo general, azufre. El nitrógeno es el elemento característico de las proteínas. Las proteínas son de elevado peso molecular y consisten esencialmente en combinaciones de  $\alpha$ -aminoácidos en enlaces peptídicos. “Los aminoácidos contiguos de una proteína se unen de modo que el grupo amino de un ácido lo hace con el grupo carboxilo del próximo; el enlace se forma por eliminación de una molécula de agua. El grupo resultante  $-NH-CO-$  representa un enlace peptídico, y dos aminoácidos unidos de este modo forman un dipéptido. Si por medio de enlaces peptídicos se polimerizan muchos aminoácidos, la compleja cadena que resulta es un polipéptido” (Weisz, 1959, pág. 58).

Generalmente en cada proteína se encuentra una veintena de aminoácidos diferentes con una secuencia única y genéticamente definida, secuencia de la que dependen la forma y la función específicas de la proteína (Dorland, 1992).

*Mientras que los hidratos de carbono y las grasas, aun los de estructuras muy complejas, son químicamente siempre los mismos aunque varíen los organismos, no ocurre igual con las proteínas. Las proteínas varían tanto, y tienen tan alto grado de especificidad que no hay dos organismos que posean exactamente la misma formulación, al punto de que los organismos gemelos presentan pequeñas variaciones en la constitución de sus proteínas. Estas variaciones aumentan con la “distancia” existente entre los orígenes filogenéticos de los diversos organismos.*

## VII. La fantasía de vivir sin el esfuerzo de descomponer

Podemos pensar que la etapa que comprende los primeros siete días posteriores a la fecundación, durante los cuales la nutrición es “directa” y anterior a la primera actividad digestiva, etapa que podríamos llamar

*blastocística*, constituye una fase evolutiva que se presta para una fijación. Tal fijación determinaría una disposición a una modalidad de descarga a la que es posible “regresar”<sup>120</sup> en aquellos períodos críticos en los que la capacidad de digerir no resulta suficiente.

La “regresión” a esta etapa permite sostener la fantasía, o la ilusión, de que *se puede disponer del alimento que permite crecer, sin el esfuerzo de poner en juego la capacidad de digerir*, fantasía que sostiene, a su vez, la idea omnipotente de que es posible acceder directamente a los elementos necesarios para materializar los proyectos, sin necesidad del proceso simbolizado en la actividad de digerir. Corresponde a una actitud que busca soluciones<sup>121</sup> mágicas, fáciles, saltando los pasos necesarios, en lugar de descomponer la dificultad actual en los elementos que permitirían componer una solución acorde con la realidad.

Tal como señalara en una oportunidad Arnaldo Rascovsky, en la situación fetal las funciones de adaptación que realiza la madre le permiten al feto desenvolverse “desconociendo o negando el mundo externo de donde proviene su suministro” (Rascovsky, 1966, pág. 48). Pero lo cierto es que necesitamos digerir para poder vivir, y lo necesitamos en su doble condición de proceso químico que descompone la materia en sus nutrientes elementales, y de proceso mental que analiza las estructuras complejas descomponiéndolas en constituyentes más simples. Recordemos que, según señala Moliner (1986), digerir es “la acción de *disolver* una sustancia convirtiéndola en otra albuminoidea”, pero “solución” es también “la manera de *resolver* una dificultad” (subrayado nuestro). René Descartes exhortaba: “Dividir cada una de las dificultades que examinase en tantas partes como fuera posible y como se requiriese para su mejor resolución” (Descartes, 1637, pág. 65).

Weizsaecker afirma que “el concepto de alimentación contiene todavía algo particular, a saber, que el ser vivo no puede subsistir nutriéndose de sí mismo. Vive de sí mismo, pero no puede continuar viviendo sin ser alimentado, es decir, depende de lo externo, del aporte proveniente del exterior. Lo principal en este aporte ha sido evaluado de diferente manera a lo largo de las distintas épocas de investigación; se consideró como determinantes

<sup>120</sup> Utilizamos aquí, tal como lo hemos planteado en otras ocasiones, el concepto de fijación prenatal (Chiozza, 1998a [1963-1984]).

<sup>121</sup> El término “solución”, del latín *solutio-onis*, deriva de *solvere*, “desatar, soltar”, y significa acción y/o efecto de disolver, de separar, de desunir lo que estaba unido material o moralmente. “Disolver” en química significa hacer pasar un cuerpo al estado de solución por la acción de otro cuerpo generalmente líquido (Corominas, 1987; Moliner, 1986; Microsoft, 1997).

o, al menos, como indispensables, a los aportes energéticos, a determinados elementos, luego también vitaminas y sustancias activas, y actualmente se dará a cada uno de ellos su derecho. Pero ninguna de estas representaciones condicionales modifica algo en la idea básica de que un ser vivo necesita ser alimentado desde el exterior para continuar viviendo. Esto es tan seguro, que la alimentación entra asimismo en estrecha relación con la muerte, pero también con la reproducción. Sólo si aceptamos esa relación, experimentamos completamente lo que significa la alimentación. Lo que no es alimentado no puede vivir, y lo que no vive no puede procrear. De manera que la alimentación es también una condición de la reproducción” (Weizsaecker, 1950, traducción de Dorrit Busch).

Esta idea se jerarquiza aun más si cobramos conciencia de que “no sólo de pan vive el hombre”, y que en el concepto de necesidad alimentaria debemos incluir los alimentos espirituales que otorgan a la vida su sentido. El hombre, como la neurona, vive inmerso en un mundo de interlocución (Chiozza, 1983f [1982]) y se constituye, como sostienen Weizsaecker, Heidegger, Sartre y Ortega y Gasset, como un ser-siendo que marcha en pos de una meta.

El crecimiento requiere de la alimentación, y la alimentación tiene condiciones ineludibles: proviene del exterior y requiere de la digestión. Podríamos pensar que la fantasía de alimentarse a sí mismo encubre no sólo la aspiración de no depender sino, además, el deseo de desarrollarse sin tener que poner en ejercicio la capacidad de descomponer, propósito que nace de la fantasía optativa de resolver la frustración sin esfuerzo y sin espera. Se trataría del deseo de acceder a los nutrientes sin tener que digerir, del afán de conseguir soluciones sin tener que profundizar en la comprensión de las dificultades.

Con frecuencia Melanie Klein (1957a\*\*, pág. 35) se refiere en su obra al deseo del bebé de disponer de *un pecho inagotable, siempre presente*. Podemos pensar que se trata de un deseo que es resignificación de vivencias más primitivas, un deseo que encuentra su mejor representación en una etapa anterior del desarrollo. La autora aclara que no es sólo alimento lo que el bebé desea: “quiere ser liberado también de los impulsos destructivos y de la ansiedad persecutoria” (Klein, 1957a\*\*, pág. 35). Los impulsos son destructivos en la medida en que el yo se siente acosado por “sueños” que es incapaz de materializar y a los que, además, no puede duelar. De ese modo, es la misma insatisfacción creciente la que se transforma en ansiedad persecutoria.

La cuestión se esclarece si agregamos “que aquellas cargas eróticas que no logran ligarse a través de un crecimiento armónico, o descargarse a través de la capacidad efectora del yo, y se acumulan más allá de un cierto límite, constituyen los potenciales del instinto de muerte y actúan como un

tóxico *tanatizando* a los órganos que han sido su fuente o a las estructuras corporales vecinas” (Chiozza, 1970n [1968], apdo. 1.d).

Los términos “objeto bueno” y “objeto malo” fueron introducidos por Melanie Klein para designar los primeros objetos de la pulsión, parciales o totales, tal como aparecen en las fantasías del niño. Las cualidades de “bueno” y de “malo” se les atribuyen no solamente por su carácter gratificador o frustrante, sino, y sobre todo, porque sobre ellos se proyectan las pulsiones libidinales o destructoras del sujeto (Laplanche y Pontalis, 1967). Pero además, tal como sostuvimos en otras oportunidades (Chiozza, 1970g [1966], apdo. 3), que un objeto funcione como “bueno” o como “malo” depende de la capacidad de materializar del yo. Cuando los estímulos superan la capacidad de que dispone el yo para materializarlos, el individuo se siente débil y experimenta la incitación como algo dañino o “demoníaco”. Pero si su capacidad, o fortaleza, es suficiente, los mismos estímulos que eran vividos como demoníacos se transforman en “angelicales” y alientan al sujeto a concretar su crecimiento (Chiozza, 1970g [1966], apdo. 3).

Klein afirma que una posibilidad de enfrentar la propia incapacidad para poseer un objeto bueno, es idealizándolo. De este modo, lo que al sujeto “le falta” lo aportará el objeto idealizado, para quien “todo es fácil”. “Esta primera idealización es precaria, pues la envidia experimentada hacia el objeto bueno está destinada a extenderse hasta su aspecto idealizado. Lo mismo es valedero para la idealización de otros objetos y la identificación con ellos a menudo es inestable e indiscriminada” (Klein, 1957a\*\*, pág. 49). Se establece así un círculo vicioso, porque cuando aumenta la distancia entre el yo y el ideal, el trabajo de la asimilación es mayor (Chiozza, 1970g [1966], apdo. 3).

De todos modos, la madre queda idealizada, convertida en omnipotente: “Esta sensación de que la madre es omnipotente y de que a ella le toca impedir todo dolor y todo mal provenientes de fuentes internas, también se encuentra en el análisis de adultos” (Klein, 1957a\*\*, pág. 35). Si un dolor no calma, desde esta visión se piensa que la madre, o el objeto sobre quien se transfirió su imago<sup>122</sup>, se rehúsa a calmarlo, es decir, *abandona*. De modo que la creencia en torno de esta problemática no se agota con la idealización del objeto que lo convierte en omnipotente. También se extiende hasta la idea de que el objeto omnipotente *se rehúsa* a dar la satisfacción esperada, o abandona, y, además, *se alimenta a sí mismo*.

<sup>122</sup> “El pecho bueno (externo e interno) se convierte en el prototipo de todos los objetos protectores y gratificadores, y el pecho malo en el de todos los objetos perseguidores externos e internos” (Klein, citada por Laplanche y Pontalis, 1967, pág. 263).

La idea parece completarse con la creencia de que el objeto puede acceder a los elementos esenciales y no necesita de ningún intermediario que le ofrezca un tipo de alimento que él tenga que digerir. No necesita de otros que lo alimenten. Una idea que se suma a la vivencia de un objeto que *se rehúsa, abandona*, y que hace crecer las dolorosas vivencias de envidia y de injusticia, ya que, en la fantasía, goza del privilegio de acceder a voluntad a los elementos esenciales.

Klein cuenta que una de sus pacientes le relató el siguiente sueño: “Estaba sentada en una mesa en un restaurante. Sin embargo, nadie vino a servirle. Decidió unirse a una cola y buscar algo para comer. Delante de ella había una mujer que tomó dos o tres pastelitos (*petits-fours*) y se fue con ellos. La paciente también tomó dos o tres pastelitos”. Klein interpreta que la mujer que tomó dos o tres pastelitos, en el presente de la sesión representaba a la analista. “La analista que se fue con los dos o tres *petits-fours* no sólo representaba al pecho que le fue rehusado, sino también al pecho que iba a ‘alimentarse a sí mismo’... Así a la frustración se había sumado la envidia del pecho. *Esta envidia había causado un amargo resentimiento, puesto que la madre había sido sentida como egoísta y mezquina, alimentándose y amándose en lugar de hacerlo con el bebé.* En la situación analítica –continúa Klein– yo era sospechada de haberme divertido durante su ausencia, o haber dado el tiempo a otros pacientes a quienes prefería. La cola a la que ella decidió unirse se refería a otros rivales más favorecidos” (Klein, 1957a\*\*, pág. 71, subrayado nuestro).

Melanie Klein termina por afirmar que “en el adulto, la dependencia de una persona amada hace renacer el desamparo del bebé y es sentido como humillante” (Klein, 1957a\*\*, pág. 102).

Resulta especialmente importante señalar aquí el hecho, subrayado por Racker, de que la ausencia del objeto proveedor es vivida como la presencia de un objeto devorador<sup>123</sup>.

<sup>123</sup> “La sensación de que algo come de nosotros lleva a la fantasía de que ‘alguien’ se llena y se satisface a nuestras expensas... Más aún: la vivencia y fantasía en el hambre de ser devorado encuentra su analogía en la vivencia y fantasía en la carencia genital de ser castrado o poseído sádicamente (homosexualmente) (‘mi pipa –madera y todo– se está quemando’ era el sueño de un analizado que sufría intensamente por la frustración genital)” (Racker, 1957a, pág. 279). En “Sobre un caso de impotencia, asma y conducta masoquista” (Racker, 1948), el autor afirma que el niño “percibe su deseo oral, la satisfacción de éste y la frustración. Tiene que ser ante todo esta frustración la que da el carácter agresivo al deseo, pues el deseo de vaciar totalmente al objeto corresponde, muy probablemente, a la intención de anular o superar la frustración (deseo de chupar inin-

## VIII. El humor y la humedad

La “maceración” es una “operación farmacéutica que consiste en someter una sustancia orgánica a la acción de un líquido... durante más o menos tiempo para obtener la disolución de los principios solubles de aquella sustancia”. Se trata del “ablandamiento y *descomposición* de tejidos u órganos en el agua u otro líquido” (Salvat, 1974).

De modo que se puede pensar que el agua, aunque no sea su función esencial, tiene también la función de descomponer<sup>124</sup>. En algunas ocasiones, las condiciones en las que impera la humedad, a esa función descomponedora del agua se suma la función descomponedora del hongo.

Acerca del término “humedad”, Moliner dice que proviene del latín *umidus*. De la misma raíz que el latín *umor-oris*, de donde proviene también “humor”, en sus dos sentidos. La *h*, continúa la autora, “proviene de la relación establecida erróneamente con *humus*, tierra” (Moliner, 1986). En ese sentido, nos parece que el aparente error que señala Moliner manifiesta un significado que, en el fondo, mantiene la unidad de sentido. Se puede pensar que la *h* de *humus*, la vinculación entre la idea de “humedad” y la idea de “madre” (tierra) más allá de la conciencia, una vez comprendido su sentido, permitiría un esclarecimiento interesante. *El estar en medio de la humedad puede despertar fantasías de estar “rodeado” de una imago madre*, de un particular “humor”.

Esto parece esclarecer por qué suelen exponerse determinadas partes del cuerpo a la humedad<sup>125</sup>. Sería el modo de recrear las fantasías atinentes

---

turrumpida o totalmente). Por otro lado, tenemos que suponer que la frustración, o sea la negación del pecho, es percibida por el lactante, en base a su capacidad de percepción, como el hecho de *ser chupado*. *La negación del pecho por la madre significaría que la madre misma, la ‘mama’ misma, quiere comer*” (Racker, 1948, pág. 579). Más adelante agrega que la idea “del pecho que no da parece ser precedida de la imagen del pecho que come, por la idea ‘pasiva’ (la ‘voz pasiva’) de ser comido... Solamente su propia hambre, vale decir, la frustración de su amor oral, le puede sugerir, y también eso sólo indirectamente, la idea de que amar es destruir. Si no le dan el pecho, si es “devorado por el hambre”, si “se come de él”, y por tanto, él se vuelve rabioso y lleno de agresión, entonces percibe que esta hambre, este “ser comido”, representa algo muy doloroso, muy destructivo, y es entonces cuando percibe que ser comido, o sea, ser amado, equivale a ser destruido” (Racker, 1948, pág. 580).

<sup>124</sup> La hidrólisis es la reacción química que consiste en la adición de agua a una sustancia compleja con la consiguiente descomposición de ésta en otras más sencillas. Recordemos lo expresado en la nota al pie 118, pág. 144.

<sup>125</sup> Esas “determinadas partes” serían las que se prestan para representar las con-

al punto de fijación de la etapa blastocística. El entorno de humedad permite revivir las sensaciones que deben experimentarse al descender por las trompas, embebidos en el mucus (el buen humor) que provee del alimento que no requiere digestión. Y en esas condiciones se recrean las mismas fantasías que llevan a alterar el vínculo con los hongos.

Ver las cosas de este modo también nos permite comprender el porqué de las creencias tan tenaces que vinculan las enfermedades micóticas con las piletas de natación. Más allá de las explicaciones acerca de que la circunstancia de maceración de los tejidos favorece la proliferación de los hongos, pensamos en el conocimiento inconciente de que en las piletas de natación se recrean fantasías de la etapa blastocística<sup>126</sup>. Así como se puede decir que quien presencia un filme en el cine actualiza fantasías de características visuales, o quien come en un restaurante actualiza fantasías orales, en quien va a una pileta de natación se recrean fantasías atinentes a la etapa blastocística.

Sabemos que todo temor encubre un deseo. ¿Cuál es el deseo oculto en el temor a contraer micosis en las piletas de natación? Nos parece que la actualización de la etapa blastocística en la que, como dijimos, se tiene la vivencia de que “el alimento está a disposición”, podría despertar la fantasía tentadora de que todo está solucionado y no es necesario realizar el esfuerzo de trabajar.

Recordemos que esta fantasía supone la ilusión de contar con una madre incondicional que, además de tener todo solucionado, cuando quiere, puede dar soluciones mágicas. El hongo, que, como vimos, es un símbolo de esa imago de madre nutricia y todopoderosa, se torna por ese motivo en el objeto idealizado del cual se espera la realización de todo el trabajo.

Como retorno de lo reprimido, “aparece” la alteración en la convivencia con el hongo que se llama micosis.

Acerca del “humor”, Moliner aclara cuáles son las dos acepciones a las que se refería: a) “cualquier líquido del cuerpo animal”, y b) “estado de áni-

---

flictivas para las que, incapacitados de descomponer, “esperamos” una solución. Cuando decimos “exponemos determinadas partes del cuerpo a la humedad”, nos referimos a que cuando las sometemos a un encierro (como en el caso del calzado) podemos tener en cuenta, o no, esa circunstancia y utilizar, o no, talco (por ejemplo) para evitar la humedad. En ese sentido, “exponer a la humedad” pondría de manifiesto las fantasías blastocísticas comprometidas. Cabe pensar, además, que mantener los pies húmedos puede corresponder a la fantasía inconciente de hundirlos en la tierra como si fueran raíces que se nutren de ella.

<sup>126</sup> Existe un consenso en el mundo psicoanalítico que reconoce que en los baños de inmersión y en las piletas de natación se recrean fantasías de regreso al útero materno, fantasías fetales. Nos parece que, además, se ponen en juego fantasías blastocísticas que son más regresivas.

mo de una persona, habitual o circunstancial, que le predispone a estar contenta y mostrarse amable, o por el contrario, a estar insatisfecha y mostrarse poco amable” (Moliner, 1986). Nos parece que así como desde las fantasías respiratorias nos sentimos rodeados de una determinada atmósfera, desde las fantasías blastocísticas nos sentimos inmersos en un particular humor. El sentirse de buen humor hablaría de la vivencia de estar en un medio en el que se siente, o se presiente, todo solucionado. Estar de mal humor sería lo contrario, a lo que se suma la vivencia de que se ha sido abandonado por la fortuna, es decir, que se recae en la vivencia que suele denominarse “mufa”.

## IX. La incapacidad de descomponer

La función del aparato psíquico, cuyo paradigma lo constituiría “el feto durante la vida intrauterina” (G. Chiozza, 1998, pág. 379), es la de “materializar ideas”. En el modelo teórico que establece esa conclusión (Chiozza, 1963a, 1998b [1970]), el yo presenta dos polos: uno “visual-ideal”, capaz de ser impresionado por los estímulos que “proviene” tanto del ello como del mundo exterior, y otro “hepático-material”, capaz de recibir la “materia” que se necesita para “rellenar” la impronta producida por los estímulos. Es decir que, con otras palabras, “el proceso de materialización de las formas ideales contenidas en el ello requiere de materia y energía; materia y energía que se obtienen de los nutrientes aportados por la incorporación de los alimentos” (Chiozza, y colab., 1997f [1996], apdo. III.1.b).

El hígado representa una central digestiva capaz de transformar lo ajeno al organismo, los alimentos, en “nuestra propia carne” (Chiozza, 1970f [1964-1966], apdo. 1). Esta función, relacionada con los procesos de asimilación, hace del hígado el órgano más adecuado para asumir la representación total de los procesos de materialización. Es por esta razón que al polo yoico por el que “ingresa la materia” necesaria para concretar los proyectos, lo llamamos “polo hepático-material”.

El funcionamiento hepático tiene un aspecto glandular, asimilativo, y otro biliar, digestivo, dos modalidades que son, desde otro punto de vista, dos constelaciones de fantasías diferentes. Las *fantasías asimilativas* se corresponden en lo inconciente con una imago de “‘madre’ viscosa, absorbente, ‘chupasangre’, una madre vampiro, terrorífica y siniestra, que destruye y licúa –proteínolítica y hemolítica–, que digiere y asimila, amenazando con aniquilar completamente al sujeto” (Chiozza, 1970n [1968], apdo. 3.b). “Las fantasías hepatobiliares se asocian a una imago envidiosa y venenosa, una ‘madre ponzoñosa’ que adquiere frecuentemente la representación de *una serpiente*” (Chiozza, 1970n [1968], apdo. 3.a).

El modo en que las fantasías hepatoglandulares y las biliares se manifiestan en el mundo afectivo también es diferente. Mientras las fantasías hepatoglandulares se expresan como asco, aburrimiento y letargo, las biliares lo hacen como amargura y envidia.

“La progresión de la bilis a través del colédoco *es* al mismo tiempo y desde otro punto de vista una fantasía inconciente específica (Chiozza, 1963a), compuesta por un afecto, una idea, un mecanismo, una intención igualmente específicos, para cuya denominación usamos la palabra ‘envidia’ por ser la más adecuada a su sentido. Inversamente, la envidia como significado, como sentimiento, como impulso y como actividad del yo, posee un aspecto o coexistencia corporal que, entre todas aquellas representaciones que constituyen el conocimiento del cuerpo en nuestra conciencia, parece corresponder más acabadamente con aquellas que configuran el conjunto que denominamos proceso biliar” (Chiozza, 1974a [1972]). A partir de estas afirmaciones sostuvimos la importancia de una acción del yo consistente en “desmenuzar o analizar” un objeto que se halla “afuera”, antes de incorporarlo (Chiozza, 1998b [1970]).

Cuando esta actividad del yo fracasa, el sujeto vivencia la envidia, coartada en su fin, como intoxicación y amargura. Pero nos interesa comprender ahora cuál es la forma que ese fracaso adquiere cuando el nivel de regresión es mayor.

Desarrollos ya realizados (Chiozza, 1998b [1970]) nos ayudan en este esclarecimiento. Con la expresión “sentirse descompuesto” suele aludirse a determinadas sensaciones. Las llamadas descomposturas muchas veces se relacionan con trastornos digestivos, es decir que se las vincula con una incapacidad en la función descomponedora. El descomponer, es decir, el separar en partes para volver a integrar en una nueva organización, es una tendencia natural del ser vivo. Podemos pensar, ya que sabemos que las tendencias se descargan siempre, que si el impulso a descomponer “afuera” se ve coartado, se producirá una situación de estancamiento, de frustración, de descarga sobre el propio organismo que constituye una vivencia de desintegración o “intoxicación” a la que solemos llamar “sensación de descompostura”, y que puede manifestarse a través de fenómenos tan diversos como la lipotimia, el desvanecimiento, la pérdida del sentimiento de identidad o la despersonalización.

Conviene agregar que la descompostura se asocia muy frecuentemente con un malestar que denominamos “náusea”. Es un síntoma que se vincula con la dificultad para asimilar un objeto, pero en su forma más extrema, el vértigo, es un síntoma que se asocia a la “descompostura” que llamamos despersonalización (Chiozza, 1970n [1968], apdo. 3.d).

El lenguaje suele recurrir a la expresión “sentirse descompuesto”, en distintas formas, personas y tiempos reflexivos del verbo “sentir”, recono-

ciendo, de este modo, la existencia del sentimiento de descompostura. La existencia de ese sentimiento, y el referente (lipotimia, náuseas, sudor frío, etc.) al cual alude la palabra “descompostura” en la expresión que consideramos, nos llevan a pensar que *cuando el sujeto abandona el intento de descomponer la dificultad con la cual tropieza, la acción de descomponer puede recaer sobre el propio organismo.*

Racker (1957a, págs. 276-280) considera que “el primer fenómeno en la sucesión de los acontecimientos biopsicológicos... no es el impulso sino la *carencia*”<sup>127</sup>. Agrega que, en términos psicoanalíticos, se trata de que los impulsos toman como objeto al organismo mismo y denomina *situación depresiva primaria* a la vivencia de “*tristeza y desesperación por el desastre en sí que el yo ha sufrido*”. Define como *situación paranoide primaria* a la proyección de esa agresión (dolor originalmente sufrido por el sujeto) sobre la imago de un objeto que se torna persecutorio y dañino.

Si el sentimiento de descompostura se deforma “patosomáticamente” sobreinvirtiendo alguno de los elementos de su clave, por ejemplo las náuseas, será registrado en la conciencia como una sensación somática que es propia de una afección más que de un afecto. No debemos sin embargo desconocer el hecho singular de que el lenguaje reconozca frecuentemente el carácter afectivo inconciente de tales sensaciones *reuniéndolas* en la expresión “sentirse descompuesto”.

Diremos, entonces, que *cuando el yo fracasa en su acción de descomponer un objeto del entorno, el remanente de la excitación puede manifestarse como un afecto: el sentimiento de descompostura, y ese sentimiento quedará referido a la acción de un objeto que descompone al yo.*

Podemos suponer que la acción descomponedora fallida se descarga, cuando se convierte en afecto, según una clave de inervación en la que uno de sus elementos es la actividad digestiva, acerca de la cual hemos dicho que la función biliar suele arrogarse la representación.

Sin embargo, ya durante la investigación psicoanalítica de los trastornos hepáticos, se nos hizo evidente la vinculación de lo hepático con el aburrimiento y la mufa. “...se usa la expresión ‘estar *podrido*’ para referirse al estar aburrido o fastidiado... Lo mismo que la expresión ‘estar *mufado*’, usada

<sup>127</sup> “En el idioma alemán se encuentra una palabra que refleja bien esta sucesión de los hechos: es la palabra *Notwendigkeit*, que significa necesidad y es, pues, afín al instinto. Textualmente es *wendigkeit (Wendung) der Not*, es decir trastrueque de la miseria, cambio de la carencia. La *Notwendigkeit*, la necesidad, el impulso instintivo aparece, pues, como algo que tiende a cambiar el estado de carencia” (Racker, 1957a, pág. 277).

como sinónimo de ‘estar podrido’, y que deriva de ‘mufa’, que es un hongo de hifas verdes que suele aparecer en alimentos expuestos a la humedad” (Chiozza, 1970n [1968], apdo. 3.c). El “estar mufado” es una vivencia que forma parte del aburrimiento (Chiozza, 1998a [1963-1984], cap. II), sentimiento que encubre el horror y la lucha con los objetos persecutorios (Chiozza y colab., 1969c), mientras el yo queda sometido a la destrucción.

Hoy estamos en condiciones de afirmar que el hongo es el paradigma ecosistémico de la capacidad de descomponer que constituye el modelo de la función digestiva y que, como tal, se presta para arrogarse la representación inconciente de una “madre” *blastocística* dañina y omnipotente que ejerce su actividad descomponedora sobre el propio sujeto.

El sentimiento de descompostura, que afecta profundamente al sujeto, hasta el punto, a veces, de hacerle perder la conciencia, como ocurre en la lipotimia, tiene entonces el valor inconciente de una vivencia catastrófica de aniquilación digestiva por obra de un agente descomponedor que “ataca” al sujeto. La idealización defensiva de la madre blastocística conduce a que se atribuya, a ese agente descomponedor, la potencia que, tal como lo hemos visto a través del estudio de los mitos y de la función de los hongos en el ecosistema, es “propia” del hongo.

Pero el sentimiento de descompostura puede ser evitado, cuando la fortaleza yoica es suficiente, si antes de que se desarrolle totalmente alcanza la conciencia, como un representante señal de la misma familia, *el sentimiento de mufa*. Podemos ver, en el sentimiento de mufa, a un representante atemperado del sentimiento de descompostura. Se trata de un sentimiento que, a través de la palabra “mufa”, vincula a la descompostura, que encubre y representa, con las representaciones inconcientes propias de las fantasías fúngicas.

## X. “La mufa”

### 1. Etimología, semántica y usos del lenguaje

“*Muffa* llaman los italianos al ‘moho’, es decir, al hongo muy pequeño que se cría en la superficie de los cuerpos orgánicos” (Gobello, 1978b, pág. 191).

Acerca del término “moho”, Moliner aclara que es el “nombre de varias especies de hongos que forman una fungosidad algodonosa sobre los cuerpos orgánicos en descomposición; por ejemplo, sobre el pan o el queso”. También, agrega, tiene la acepción de “*pereza*, o resistencia a recomenzar el trabajo, después de un período de inactividad” (Moliner, 1986, subrayado nuestro).

La palabra “mufa” pertenece al lunfardo porteño y tiene tres acepciones: “mal humor”, también “mala suerte” y, además, “esplín, tedio” (Gobello, 1978a).

Para Gobello (1978b), el estudio etimológico del vocablo “mufa” descubre dos líneas significativas. La primera alude al malhumor, mientras que la segunda, la que tiene un uso más habitual, especialmente entre los jugadores porteños, se refiere a la “mala suerte” o “yeta”. Además, señala que habría otra acepción que toma el sentido de “sentimiento de frustración”<sup>128</sup>.

El mismo autor (Gobello, 1978b, pág. 192) destaca que para otros estudiosos el término “mufa” se encuentra entre los genovesismos y otros dialectos italianos. Dice, además, que Gaspero Patriarchi había registrado en su *Vocabolario veneziano e padovano*: “Star mufo, o esser mufo. Star taciturno, malinconico, solo, abbandonato” (estar mufado, o ser mufoso. Estar taciturno, melancólico, solo, abandonado) (citado en Gobello, 1978b, subrayado nuestro).

Respecto de la vivencia de estar solo y de sentirse abandonado, nos parece que es interesante reparar en que un modo de defensa (maníaca) frente al sentimiento de abandono debe ser, justamente, el abandonarse, la *pereza*, el dejarse estar. Ya no se trata de que uno siente que lo han abandonado sino que es uno quien decide abandonarse. En un intento de evitar el dolor por el abandono, surge la identificación con el ideal abandonante haciendo activo lo que se sufre pasivamente. Gobello cita a Pablo Rojas Paz cuando dice: “Aquella mañana Laura amaneció con *muffa*, como le oía decir a su marmolista italiano. Tiró por el aire sus chinelas y, cubierta a medias con su batón rosa, *se dejó estar*” (Gobello, 1978b, pág. 192).

“Mufado”, además, significa “enojado” (Vaccaro, 1979; Gobello, 1978b). En un sentido semejante, la expresión italiana “*venire la muffa al naso*”, alude a encolerizarse (Gobello, 1978b).

Por otro lado, pensamos que la vivencia de mufa contiene el estado de ánimo que llamamos *fastidio* (Chiozza, 1970f [1964-1966], apdo. 1). Para Moliner (1986), “fastidio” es un cultismo derivado del latín *fastidium*, también vinculado a “hastío”, que quiere decir “malestar que causa en el estómago una comida que cuesta trabajo digerir o el mal olor de una cosa”. También quiere decir “disgusto que se experimenta por un contratiempo de poca importancia” o molestia causada por una cosa o persona.

<sup>128</sup> Según Corominas (1987), el vocablo “mugre” es una alteración del dialectal *mugor*, “suciedad”, “moho”, “*acto de cubrirse el vino de moho*” (derivado de *mucère*, “enmohecarse, echarse a perder”). El mugriento es, entonces, un “enmohecido”, con todas las connotaciones significativas que esto implica, pero que no podemos desarrollar aquí.

Mufar también es “transmitir mala suerte, y generar mal humor”. Estar mufado es “tener mala suerte y, además, mala disposición del ánimo”. El mufado es el que se siente “malhumorado y perseguido por la desgracia”. También a la persona que transmite la mala suerte se la llama “mufosa” (Gobello, 1994).

Pensamos que la vivencia de “mala suerte” siempre queda asociada a una fantasía de abandono de la “buena fortuna”. Seguramente es por eso que la vivencia de estar mufado es un sentimiento de frustración que cae bajo la interpretación que atribuye a un abandono la causa de la frustración. De modo que a la vivencia de *mala suerte*, se suma, además, el *fastidio* que despierta un abandono que es vivido como una injusticia<sup>129</sup>. Por otra parte, se evita enfrentar maníacamente el abandono con la pereza, *la fiaca*.

El término “fiaca”<sup>130</sup> tiene cuatro acepciones: hambre, astenia, pereza y quietud (Gobello, 1978a).

## 2. El sentimiento de “mufa”

Consideramos que el sentimiento de mufa es una emoción compleja que se experimenta bajo la forma de tres variantes afectivas diferentes, tres modalidades que se corresponden con las acepciones con que el diccionario define al afecto en cuestión. Frecuentemente una o dos de estas variantes se hacen concientes por vez, en tanto que las restantes permanecen inconcientes.

- 1) El sentimiento de *fastidio*. Sería la variante paranoica del sentimiento de mufa y la que más habitualmente solemos asociar a ese sentimiento. Esta variante nace de haber atribuido la insatisfacción a que el objeto priva del nutrimento, niega las soluciones, mientras goza del privilegio de disponer, sin ningún límite, de aquello de lo que priva. El fastidio, que remite tanto al “disgusto o desazón que causa la comida mal recibida por el estómago”, como al “enfado,

<sup>129</sup> “Sentimos fastidio porque no hemos logrado algo, porque la necesidad de estimación no ha sido satisfecha; por esta participación de las exigencias del yo individual se explica la forma emocional del enojo. Éste siempre contiene cierta agresividad hacia el mundo exterior al que se le piden cuentas por las demandas del yo individual insatisfecho. El fastidio incluye en sí la actitud de protesta impotente que puede llevar en ocasiones el resentimiento” (Lersch, 1938).

<sup>130</sup> Explica el autor que el término “fiaca” ha de haber tenido en un comienzo en Buenos Aires el significado “hambre”, que mantiene todavía en Montevideo (Gobello, 1978b, págs. 115-116).

cansancio, aburrimiento, tedio”, nomina a la forma que nos resulta más familiarmente relacionada con el sentimiento de mufa.

2) El sentimiento de *tener yeta* o mala suerte. Sería la variante melancólica del sentimiento de mufa, que suele manifestarse menos frecuentemente que la del fastidio. Se trataría de la vivencia de haber sido abandonado por la Fortuna, que revive la sensación de haber perdido el “nutrimento en que se flotaba”, nutrimento que estaba a disposición y que no requería de alguien que realizara la labor de descomposición.

3) El sentimiento de *pereza* (la fiaca) se caracteriza por el dejarse estar, por la tendencia a abandonarse. Sería la variante maníaca del sentimiento de mufa y la modalidad que vinculamos con mayor dificultad a ese sentimiento. La pereza induce a un abandonarse que sería la negación del sentimiento de haber sido abandonado por la Fortuna. Y la postura maníaca intenta la salida en un abandonarse a la espera de que “algún día venga, mágicamente, la solución”.

### 3. La mufa como afecto y como afección micótica

Podemos concluir que la mufa, o su referente encubierto, la descompostura, queda siempre referida a un objeto que, además de abandonante, es dañino. Se trata de un objeto *actual* que debía haber otorgado la fortuna de una solución sin esfuerzo y que, en cambio, ejerce su actividad descomponedora sobre el propio sujeto. Un objeto que ha recibido la transferencia de la imago propia de una “madre” de la etapa blastocística, investida, a su vez, con las características de una imago fúngica omnipotente. Se trata, también, de un objeto que, dado que posee los bienes de los cuales el sujeto depende, aparece al mismo tiempo como un objeto imprescindible para la vida del sujeto.

A partir de la línea de pensamiento que venimos desarrollando, se puede inferir que el sentimiento de mufa que nace de una frustración actual con los objetos significativos de nuestro entorno “presente”, se acompaña de una cierta disfunción en la convivencia normal que mantenemos con los hongos con quienes compartimos un lecho ecológico. Una convivencia de la cual, en la mayor parte de los casos, no tenemos noticia.

La doble condición de imprescindible y omnipotentemente dañino, atribuida al objeto “que mufa”, conduce a un conflicto cuya conciencia no se tolera y que exige nuevos desenlaces. En esas condiciones, la desestructuración del sentimiento de mufa permite mantener el vínculo con el objeto en cuestión y, al mismo tiempo, descargar como afección los elementos

sobreinvertidos que deforman la clave impidiendo que la conciencia reconozca al afecto comprometido.

Se trata de un recurso represivo que, desalojando de la conciencia el “sentimiento de mufa”, permite mantener el vínculo con el “objeto actual que mufa” al tiempo que ocurre la inevitable descarga de la investidura que adquiere, ahora, la forma de una afección micótica.

El sujeto ya no siente mufa y conserva la armonía aparente, pero el afecto se transforma en afección. Podemos sostener entonces que toda micosis es la manifestación patosomática de un sentimiento de mufa que permanece latente. Las fantasías inconcientes comprometidas en las zonas corporales afectadas por la micosis<sup>131</sup> y el significado que podemos atribuir al tipo de hongo complicado en ella, se agregan a la fantasía básica que todas comparten, para constituir distintos “dramas micóticos”.

## XI. Resumen

1. Todos los seres humanos conviven con un determinado espectro de microorganismos que constituyen su biota normal. Desde ese punto de vista, hongo y hombre forman parte de una organización ecológica que los trasciende. El estado de salud de ese “organismo” implica la convivencia armónica de ambos en un ecosistema, y es, al mismo tiempo, la salud para el hombre y para el hongo. Cuando la dinámica de la relación entre el hongo y el hombre se altera, el trastorno puede manifestarse (en el ser humano) en una amplia gama de afecciones que van desde problemas estéticos hasta infecciones sistémicas, algunas letales.

Si bien la clasificación más moderna ubica a los hongos en un quinto reino, los micófitos, la idea de “primeros constructores”, presente en la denominación de *protoctistas* con la que se alude a ellos en las clasificaciones habituales, no pierde por eso su valor.

En la mitología y en las costumbres de los pueblos, los hongos suelen vincularse con lo misterioso, con lo divino, con lo demoníaco y también con lo cadavérico y lo muerto. Se los considera el alimento de los dioses, se los relaciona con la inmortalidad y también se les atribuyen las cualidades de un talismán que promete la buena fortuna.

<sup>131</sup> Baldino (1981) sostiene que la micosis de una determinada zona corporal lleva implícita la fantasía de descomponerla en su estructura y en su función a los fines de recomponerla, de una manera distinta, para cumplir, omnipotentemente, con deseos a los cuales la realidad se resiste.

Considerado como producto de una relación misteriosa entre la tierra y algo sobrenatural o ideal, el hongo representa a un ser que posee dones y poderes sin límites.

2. Las fantasías presentes en los mitos, en las costumbres y en algunas adicciones, parecen revelar que el hombre, más allá de su coexistencia normal con el hongo, alienta deseos ilusorios de conseguir, a través de los hongos, la potencia necesaria para satisfacer, sin esfuerzos y sin espera, todos sus anhelos.

Se trata de una fantasía que vincula los hongos con la imago de una “madre” que posee omnipotencia y dones sobrenaturales, una madre cuya presencia podría ser permanente e incondicional, un objeto que, si quiere, puede otorgar mágicamente soluciones que garanticen el éxito sin necesidad de esfuerzo.

La fantasía inconciente de una madre omnipotente y envidiada lleva implícito que si el dolor o la frustración no desaparecen es porque el objeto se rehúsa y abandona injustamente. Frente al dolor y la frustración por la carencia se confunde, en la fantasía inconciente, la ausencia del objeto proveedor con la presencia de un objeto devorador.

3. La actividad que descompone, que en la naturaleza puede quedar representada por la actividad de los hongos, en el ser humano se manifiesta corporalmente en la labor digestiva. La bilis suele arrogarse la representación de esa función digestiva que, cuando se efectúa adecuadamente, transcurre de un modo inconciente.

La capacidad de descomponer la materia orgánica llega, en los seres humanos, hasta la posibilidad de aislar los aminoácidos que la constituyen. Los hongos, en cambio, son capaces de descomponer los aminoácidos hasta llegar a los elementos esenciales que los conforman, es decir, el nitrógeno, el carbono y el fósforo.

El yo posee la *capacidad de descomponer* lo complejo en elementos simples. Dicha capacidad se expresa, desde el punto de vista físico, como capacidad de digerir y, desde el punto de vista anímico, como capacidad de analizar. La capacidad de descomponer, tanto en su expresión corporal como en la anímica, posibilita la desintegración que libera los elementos, de una sustancia o de una idea, para la realización de nuevas síntesis.

4. En los primeros estadios del desarrollo ontogenético humano, el cigoto se alimenta por difusión. Desciende por la trompa de Falopio embebido en el magma mucoso segregado por las glándulas de las trompas y del útero. Es una etapa de la vida que se presta para mantener, en los estadios posteriores del desarrollo, la ilusión de que se puede acceder a los elementos necesarios para materializar los proyectos sin necesidad de tener que realizar el trabajo de “digerir” el entorno.

En el séptimo día de gestación se produce la implantación. El embrión penetra en la pared uterina digiriendo el endometrio con las enzimas segregadas por el trofoblasto. Esta es la *primera digestión*, la primera vez que el organismo pone en ejercicio su capacidad de descomponer un objeto de su mundo circundante.

La etapa anterior a esa “primera digestión” constituye una fase evolutiva que podríamos llamar “*blastocística*” y que, como toda etapa evolutiva, se presta para constituir una fijación. La fijación blastocística determinará entonces la disposición a una modalidad funcional a la que se puede “regresar” cuando la capacidad de descomponer resulte insuficiente. Se crea de este modo la imagen de una “madre” blastocística a la cual se le atribuye, defensivamente, una omnipotencia ideal.

Cuando la regresión actualiza la modalidad blastocística, propia de la etapa en la cual no se experimentaba la necesidad de digerir el entorno, el sujeto se entrega a la espera de soluciones mágicas, y abandona el intento de descomponer la dificultad actual en los elementos que le permitirían componer una solución acorde con la realidad.

5. El lenguaje suele recurrir a la expresión “sentirse descompuesto”, en distintas formas, personas y tiempos reflexivos del verbo “sentir”, reconociendo, de este modo, la existencia del sentimiento de descompostura. La existencia de ese sentimiento, y el referente (lipotimia, náuseas, sudor frío) al cual alude la palabra “descompostura” en la expresión que consideramos, nos llevan a pensar que *cuando el sujeto abandona el intento de descomponer la dificultad con la cual tropieza, se “descompone” y experimenta que la acción de descomponer recae sobre su propio organismo.*

Esta acción de “descomponerse” coincidiría con lo que Racker describe como la acción del instinto que consume al propio organismo y que se experimenta como la acción directa de un objeto dañino que opera sobre el yo. Si el sentimiento de descompostura se deforma “patosomáticamente” sobreinvistiendo alguno de los elementos de su clave, por ejemplo las náuseas, será registrado en la conciencia como una sensación somática que es propia de una afección más que de un afecto. No debemos sin embargo desconocer el hecho singular de que el lenguaje reconozca frecuentemente el carácter afectivo inconciente de tales sensaciones *reuniéndolas* en la expresión “sentirse descompuesto”.

Diremos, entonces, que *cuando el yo fracasa en su acción de descomponer un objeto del entorno, el remanente de la excitación puede manifestarse como un afecto: el sentimiento de descompostura, y ese sentimiento quedará referido a la acción de un objeto que descompone al yo.*

Podemos suponer que en esas condiciones, la acción descomponedora fallida se descarga, cuando se convierte en afecto, según una clave de iner-

vacación en la que uno de sus elementos es la actividad digestiva, acerca de la cual hemos dicho que la función biliar suele arrogarse la representación.

Sin embargo, ya durante la investigación psicoanalítica de los trastornos hepáticos, se nos hizo evidente la vinculación de lo hepático con el aburrimiento y la mufa. Hoy estamos en condiciones de afirmar que el hongo es el paradigma ecosistémico de la capacidad de descomponer que constituye el modelo de la función digestiva y que, como tal, se presta para arrogarse la representación inconciente de una “madre” blastocística dañina y omnipotente que ejerce su actividad descomponedora sobre el propio sujeto.

6. El sentimiento de descompostura, que afecta profundamente al sujeto, hasta el punto, a veces, de hacerle perder la conciencia, como ocurre en la lipotimia, tiene entonces el valor inconciente de una vivencia catastrófica de aniquilación digestiva por obra de un agente descomponedor que “ataca” al sujeto. La idealización defensiva de la madre blastocística conduce a que se atribuya, a ese agente descomponedor, la potencia que, tal como lo hemos visto a través del estudio de los mitos y de la función de los hongos en el ecosistema, es “propia” del hongo.

Pero el sentimiento de descompostura puede ser evitado, cuando la fortaleza yoica es suficiente, si antes de que se desarrolle totalmente alcanza la conciencia, como un representante señal de la misma familia, *el sentimiento de mufa*. Podemos ver, en el sentimiento de mufa, a un representante atemperado del sentimiento de descompostura. Se trata de un sentimiento que, a través de la palabra “mufa”, vincula a la descompostura, que encubre y representa, con las representaciones inconcientes propias de las fantasías fúngicas.

La *mufa*, como afecto, posee tres variantes que suelen presentarse alternativamente a la conciencia. El *fastidio*, su variante paranoica; la *yeta*, que, en tanto variante melancólica, es la vivencia de tener mala suerte, y la *pereza* (fiaca), como variante maníaca, que niega la experiencia de daño y de abandono.

7. La mufa, o su referente encubierto, la descompostura, queda siempre referida a un objeto que, además de abandonante, es dañino. Se trata de un objeto *actual* que debía haber otorgado la fortuna de una solución sin esfuerzo y que, en cambio, se experimenta como si ejerciera su actividad descomponedora sobre el propio sujeto. Un objeto que ha recibido la transferencia de la imago propia de una “madre” de la etapa blastocística, investida, a su vez, con las características de una imago fúngica omnipotente. Se trata, también, de un objeto que, dado que posee los bienes de los cuales el sujeto depende, aparece al mismo tiempo como un objeto imprescindible para la vida del sujeto.

La doble condición de imprescindible y omnipotentemente dañino, atribuida al objeto “que mufa”, conduce a un conflicto cuya conciencia no se tolera y que exige nuevos desenlaces. En esas condiciones, la destruc-

turación del sentimiento de mufa permite mantener el vínculo con el objeto en cuestión y, al mismo tiempo, descargar como afección los elementos sobreinvertidos que deforman la clave impidiendo que la conciencia reconozca al afecto comprometido.

Pensamos que toda micosis es la manifestación patosomática de una disposición latente al sentimiento de mufa, el cual, en lugar de desarrollarse en la plenitud de su forma, se descarga, de manera encubierta, como una afección. Las fantasías inconcientes específicas de las zonas corporales afectadas por la micosis y el significado que podamos atribuir al tipo de hongo complicado en ella, se agregan a la fantasía básica que todas las micosis comparten, para constituir distintos “dramas micóticos”.

## XII. El abandono de Cintia

Cintia comienza el estudio patobiográfico cuando está por cumplir los 27 años. Es una joven de aspecto desaliñado y actitud recelosa, que se empeña en mostrarse atenta y dispuesta.

Desde los 17 años padece infecciones vulvovaginales de origen micótico. En un comienzo solían ceder con tratamiento médico, pero, a partir de sus 24 años, cada vez fueron más severas y resistentes a la terapéutica, hasta que finalmente se hicieron crónicas.

Las infecciones comenzaron al conocerlo a Roberto, su primer novio, y se agravaron cuando empezó a salir con Diego. Con él tuvo sus primeras relaciones sexuales, pero enseguida las molestias se convirtieron en un impedimento. “Así tampoco quiero tener relaciones –explica Cintia– porque me pica y me duele.”

La picazón, el dolor y el ardor la llevaron a visitar a varios médicos. El diagnóstico de candidiasis se repetía, y la frustración por la ineficacia de los tratamientos, también. Y no consultó sólo a ginecólogos. Vio homeópatas y hasta curanderos... pero el tiempo pasaba y cada vez se sentía más desesperanzada. “Cuento lo que me pasa a medio mundo para ver si alguien tiene lo mismo que yo –decía–, pero mis amigas no tienen nada de eso... o si lo tienen, se les va enseguida.”

Además, le costaba mucho mantener los tratamientos. Aunque consiguiera alguna mejoría, siempre terminaba abandonándolos. Con un gesto de hastío, cuenta que la cansaba tener que estar tomando las pastillas, antes de comer, después de comer, en el almuerzo, en la cena... pastillas que le hacían “mal al hígado” (!). Y explica que finalmente dejaba, “porque no es solución estar con las pastillas todo el tiempo...”.

Es la única mujer y “la del medio”. Jorge de 29 años, hoy casado y con un hijo, es su hermano mayor. A ella le sigue César, de 19 años, al que su madre “siempre prefirió y apañó... primero porque era chico y después porque a los 15 se quedó sin papá”.

A los ojos de Cintia, su padre era un hombre inflexible y autoritario. Siempre parecía enojado, como si viviera irritado por las exigencias. Un hombre celoso que a su mujer no la dejaba ni hablar. “Con él había que respetar los horarios de las comidas.”

Para Cintia, su padre era muy inteligente y había llegado muy alto. Entró en el banco teniendo tercer año del secundario, estudió mientras trabajaba y llegó a ser contador. Un bancario que se desarrolló dentro de los límites que le ofrecía la institución, hasta que lo jubilaron. “Cuando salió la ley por la que se podía elegir quedarse o irse –cuenta Cintia–... él eligió irse. Y ahí decayó. Al tiempo se enfermó de cáncer de pulmón y en un mes y medio se murió.” Ella tenía 23 años.

Su madre, como si se hubiera liberado, enseguida empezó a salir más. Se la veía más jovial. Comenzó a trabajar y al año inició una relación con un amigo del que fuera su esposo. Una relación que, a duras penas, todavía se mantiene.

Cuando recuerda, Cintia se siente confundida. Por aquella época le parecía razonable que su madre “saliera”. Al fin y al cabo le había llegado la hora de disfrutar. Siempre pensó que el padre los había tenido enclaustrados en límites arbitrarios. Pero, por otra parte, hoy la ve otra vez “sola y amargada... y encima tiene que aguantar que le use la ropa y los perfumes”. Por eso le parece que tendría que estar contenta cuando la madre se va de viaje. Pero el día anterior a que su madre se fuera de paseo a Europa, tuvo muchas náuseas y la cabeza “se le partía”. Sin embargo, Cintia piensa que “fue una cosa hepática”, porque había dejado de tomar unas pastillas...

Sin pena ni gloria, Cintia cursó la primaria, el secundario y después la universidad. “Me gusta saber –dice–... que me cuenten. Hoy en día si me dijeran: ‘Te pagamos por estudiar’, voy y dejo de trabajar.” Casi se puede decir que, un buen día, el título de licenciada en Relaciones Públicas la sorprendió.

Cuando tenía 23 años, empezó a trabajar en un banco como cajera. El padre decía que fuera a la misma institución en la que él siempre trabajó... pero nunca insistió demasiado. Cintia aclara que ella “no quería que fuera por acomodo... aunque ahora me arrepiento”. Hoy se siente descontenta con lo que hace y con lo que gana. “Yo no la pego con el trabajo”, dice. Y entonces, se acuerda con amargura de sus sueños infantiles y de sus ansias de estrellato, de las clases de danza que interrumpió porque sentía vergüenza al exhibirse. Hoy querría encontrar un trabajo acorde con su título, pero

tiene “fiaca de arrancar”. Hasta abandonó la natación. Y eso que le gustaba mucho... “Pero –dice Cintia– me daba frío, fiaca... me tenía que depilar.”

A los 14 años tuvo la menarca. Se puede decir que fue un alivio. Hacía mucho que la esperaba. Todas sus amigas ya la habían tenido. Cintia cuenta que “rezaba para que le viniera”. “Me sentía culpable y anormal.” Y lo mismo le pasaba con la sexualidad. A los 17 años “todas habían tenido relaciones y yo estaba fuera del tema”. Pero cuando llegó el momento, empezaron las molestias. Por eso –dice Cintia– “le propuse a mi novio (Diego) que si se quería buscar otra, yo lo iba a comprender... porque yo no podía tener relaciones. Él me dijo que no sea tarada. Entonces hacemos otras cosas... yo lo masturbo y él me masturba... todo siempre por afuera”.

Sólo al principio, algunas veces, intentaron la penetración. Pero a Cintia le dolía y después se quedaba mal. Durante unas vacaciones en Brasil, se enteró de que estaba embarazada. Hacía seis meses que salía con Diego. No quiso ni pensar en el problema, y al llegar a Buenos Aires, abortó.

Justo en esas vacaciones fue que lo reencontró a Roberto. No lo podía creer. Él estaba casado y con un hijo. Ella no podía disimular el temblor.

A Roberto lo conoció cuando entró a trabajar en el club. “Cuando vi al guardavidas –dice Cintia– me enamoré. Pensé que era el hombre de mi vida.” Así iniciaron una relación en la que alternaban las rupturas y los reencuentros. Cuando uno perdía el interés, el otro lo recuperaba. “Nunca llegamos a ser novios –dice–, pero siempre fue alguien especial para mí. Aunque no sé si volvería con él. Yo no estoy en el destino de él, ni él en el mío. Cuando me enteré de que consumía drogas, se me cayó el ídolo.” Sin embargo, cada vez que se fastidia con Diego, se acuerda de Roberto y se pone a llorar.

Al mes del aborto, su hermano Jorge se casa y le ocurren una serie de contrariedades. La asaltan, se muere el hijo de un primo muy querido y su dolencia se agrava. Entonces Cintia interpreta que la mala suerte se ensaña con ella. Dice que desde que tiene relaciones sexuales “le empezó a pasar de todo” y que la mala racha no terminó. Para colmo, le parece que “Diego es muy débil, que siempre está cansado y que la mayor parte de las veces los dos terminan tirados mirando televisión... hasta cuando van a la casa de algún amigo”.

“Cuando me cure –dice Cintia al terminar la anamnesis– voy a estar re contenta y re feliz porque es uno de los problemas... bah, es el mayor problema de mi vida. Y después... disfrutarlo con mi novio... porque no lo disfruté... yo no empecé todavía.”

Al despedirse, sonriendo le da la mano al entrevistador y le dice “suerte”.

Ante la muerte de su padre, Cintia supo que lo que sentía era odio y dolor. Siempre esperó todo de él, y siempre tuvo la impresión de que los abandonaba. Ahora, con su muerte, siente que la dejó para siempre.

Cada vez que piensa en él, queda enredada en una mezcla de admiración y resentimiento. Siempre lo vio como el hombre fuerte que hacía lo que quería. Cree que cuando a su padre se le antojaba, les daba todo servido. Pero cuando no, era un déspota que gozaba retaceando las soluciones.

Toda la vida se sintió una abandonada, como cuando él no insistió en lo del banco. Hundida en el resentimiento, pensaba que tenía que aprender a arreglárselas sola. Al final, el fastidio se disipaba... pero la fiaca le impedía arrancar y, abandonándose, terminaba postergando todo.

A su madre siempre le dieron todo en la boca. Pero al morir su padre, de golpe ella le pareció más fuerte. Hace lo que le da la gana. Cintia ahora lo espera todo de ella. Por eso, cuando ella se va, Cintia siente que con la madre se van las soluciones. Y entonces vuelve a sentirse víctima de la mala suerte y el abandono.

Casi sin darse cuenta, Cintia sueña con encontrar hechas las cosas que quiere, como cuando esperaba ser una estrella pero dejó todo porque bailar, el proceso de “hacerse”, la turbaba. Siente que todo le cuesta, y que “es difícil” o “me da vergüenza” le parecen argumentos válidos para renunciar a cualquier proyecto.

Cursó y hasta se recibió porque le enseñaban y ella repetía, pero siempre con la impresión de que no hacía nada por aprender. Por eso desde que tiene el título, le parece que no tiene nada para ejercer, que no sabe... y que ella no es lo que en ese papel se dice.

Siempre quiso evitar la vergüenza. Ya a los 17 años le dolía escuchar cuando sus amigas hablaban de novios. Seguramente por eso cuando lo vio a Roberto, el guardavidas, sintió que se enamoraba. En el fondo alentaba la esperanza de que él le diera un noviazgo hecho, una relación que en lugar de problemas le presentara todo resuelto y no la obligara, como tantas otras situaciones de su vida, a tener que meterse con las cosas.

Le gustaba vivir “todo por afuera”, porque, en el fondo, no quería ver. Pero, aunque intentaba vivir de ilusiones, las vicisitudes del vínculo la enfrentaban con las imperfecciones de Roberto y con las suyas. Por eso, las peleas y la eterna indecisión de seguir o romper. Y así siguió, hasta que él la dejó plantada.

Después fue como si la muerte de su padre, el recibirse y el cumpleaños de 24 la empujaron sobre Diego y sobre las relaciones sexuales. Ella hubiera querido seguir sin tener que meterse, pero le daba miedo “perderse el último tren”.

Ya en las primeras relaciones sintió el dolor de enfrentarse con que lo posible resulta imperfecto. Cintia prefirió pensar que lo imperfecto era producto de su mala suerte y, como tantas otras veces, la invadió la mufa. Pero

la mufa por las fallas de Diego hacía peligrar lo que vivía como su última oportunidad. En el fondo, confiaba en que, sobreponiéndose al destino y con buen humor, haría de Diego el príncipe azul que siempre soñó, el fuerte y comprensivo que la sacara de los sufrimientos y le brindara todo resuelto.

Sin que Cintia sepa, la mufa “se le hizo” micosis. Mientras se afana en sostener la relación y lo arrastra a Diego en los preparativos para el casamiento, la atormentan la picazón y el ardor. Además, le sigue doliendo no tener la sexualidad que imagina “fácil” en los demás. Mientras tanto, la enfermedad le brinda el beneficio de sentirse con derecho a no meterse, a seguir viviendo “todo por afuera”.



---

**UN ESTUDIO PSICOANALÍTICO DE LA  
ENFERMEDAD DE PARKINSON**

---

(2001)

Luis Chiozza, Gustavo Chiozza, Silvana Aizenberg,  
Horacio Corniglio, Ricardo Grus y Roberto Salzman

## **Referencia bibliográfica**

**CHIOZZA, Luis y colab. (2001n) “Un estudio psicoanalítico de la enfermedad de Parkinson”.**

## **Primera edición en castellano**

L. Chiozza, *Enfermedades y afectos*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2001, págs. 203-250.

El texto del presente trabajo fue presentado para su discusión en la sede del Instituto de Docencia e Investigación de la Fundación Luis Chiozza el día 1º de junio de 2001.

Cuando un arquero dispara porque sí,  
está en posesión de toda su habilidad.  
Si está disparando por ganar una hebilla de  
bronce,  
ya está nervioso.  
Si el premio es de oro,  
se ciega  
o ve dos blancos...  
¡Ha perdido la cabeza!

Su habilidad no ha variado. Pero el premio  
lo divide. Está preocupado.  
Piensa más en vencer que en disparar...  
Y la necesidad de ganar  
le quita poder.

CHUANG TZU<sup>132</sup>

## **I. Algunos conceptos neurológicos sobre la enfermedad de Parkinson**

### **1. La clínica del Parkinson**

En 1817, el médico inglés James Parkinson presentó en el Real Colegio de Cirujanos de Londres una descripción clara y sistematizada de los signos, síntomas y curso evolutivo de una enfermedad misteriosa, conocida desde la Antigüedad: la parálisis agitante. Lo minucioso de su descripción, que permitía efectuar rigurosamente el diagnóstico diferencial, llevó a que, de allí en más, la enfermedad fuera conocida con su nombre.

La denominación original (“parálisis agitante”) describía cabalmente la esencia sintomática del cuadro. En efecto, la aparente paradoja de aunar en simultaneidad los términos “parálisis” y “agitación”, condensa los rasgos centrales a través de los cuales la enfermedad, una vez instalada, se manifiesta. La enfermedad de Parkinson se caracteriza por combinar, en su expresión sintomática, las limitaciones del movimiento, propias de la “parálisis”, con el temblor involuntario, característico de la agitación.

Cabe aclarar, sin embargo, que hoy día, con un mayor rigor, no se aplica el concepto de parálisis a las limitaciones del movimiento que son propias de la enfermedad de Parkinson. El concepto de parálisis se circuns-

---

132 Citado por Merton (1965, pág. 111).

cribe, en cambio, a los síndromes piramidales caracterizados, justamente, por parálisis y espasticidad. A los síndromes extrapiramidales, entre los cuales está la enfermedad de Parkinson, les corresponderían la rigidez e inmovilidad sin parálisis y los movimientos involuntarios (temblor, corea, atetosis, balismo, etc.) (Cardinali, 1997).

Parkinson describe vivencialmente y con maestría esta combinatoria, que toma la forma de una denodada lucha en la que se debate el paciente cuando, por ejemplo, intenta la ejecución de algunos movimientos que su voluntad procura y en los cuales fracasa, en tanto que a la vez se le imponen otros, bruscos e incoercibles.

Así, por ejemplo, Parkinson (1817, págs. 5 y 7) señala:

...el paciente experimenta muchas molestias, las que desventuradamente ve aumentar día a día. Casi nunca puede lograr que los miembros se sometan a las órdenes de su voluntad al realizar las tareas más comunes de la vida diaria. Los dedos no se pueden mover en la dirección deseada ni aplicar con seguridad en un punto dado. Al avanzar el tiempo y la enfermedad, las dificultades aumentan: es casi imposible escribir, y la lectura se dificulta a causa del movimiento tembloroso. Durante la comida, con frecuencia el tenedor mal dirigido no logra alzar el bocado del plato; y cuando lo toma es llevado a la boca con mucha dificultad. En esta etapa, rara vez cesa la agitación de los miembros del paciente...

A medida que aumenta la debilidad y va menguando la influencia de la voluntad sobre los músculos, la agitación temblorosa se hace más impetuosa...<sup>133</sup>

Estas manifestaciones, producto, como dijimos, de la enfermedad instalada, suelen aparecer luego de estadios iniciales imprecisos, es decir, una fase de comienzo insidiosa, caracterizada por sutiles manifestaciones que no siempre facilitan el diagnóstico y que fueron, entre otras, las que Parkinson ayudó a develar con su aguda observación.

En efecto, la enfermedad, que afecta a personas de ambos sexos (generalmente a partir de los 50 años) comienza con manifestaciones leves, tales como una sensación de debilitamiento muscular y tendencia a presentar temblor en reposo en alguna parte del cuerpo, preferentemente las extremidades y, entre ellas, casi siempre uno de los miembros superiores.

<sup>133</sup> Hemos tomado la traducción textual al castellano que aparece en “Enfermedad y síndrome de Parkinson: diagnóstico y tratamiento. Compendio médico” del laboratorio Merck Sharp y Dohme (s/f, págs. 1-2 y 4) del facsímil del ensayo original en inglés.

Suele acompañar a estos síntomas un cuadro de depresión ostensible, a veces muy marcado.

En períodos de tiempo variables pero no breves, esos síntomas de comienzo se incrementan progresivamente. El temblor de reposo unilateral, al principio leve, cobra más fuerza; cuando afecta uno de los miembros superiores, toma en la mano y los dedos, paulatinamente, la forma de un movimiento característico de la enfermedad que los clínicos describieron con las imágenes del “contar monedas” o “liar cigarrillos”. También el temblor de reposo que, por ejemplo, afectó primariamente a un miembro, suele hacerse extensivo al otro, o aparecer en otra zona del cuerpo (Velasco Suárez y García Ramos, 1983).

Como sugería Parkinson en el párrafo citado precedentemente, estos síntomas no se detienen en sus primeras formas y el curso evolutivo de la enfermedad lleva, generalmente, a que quede involucrado en ella la totalidad del movimiento voluntario; éste progresivamente se hace torpe e impreciso, especialmente en sus fases de iniciación, mientras que el temblor involuntario cobra más y más vigor (Velasco Suárez y García Ramos, 1983).

Otra característica sobresaliente, ya avanzada la enfermedad, es la dificultad para mantener la posición erguida y caminar. El enfermo, que no puede controlar sus movimientos voluntarios, se ve forzado a dar pasos cortos y apresurados (festinación), inclinando el cuerpo hacia adelante, como si estuviera corriendo, para mantener así un precario equilibrio. La postura erecta en reposo suele ser encorvada. El denodado esfuerzo que le demandan las actividades cotidianas, como comer, hablar o caminar, con el correr del tiempo agotan al enfermo de tal modo, que suele postrarse resignado y abatido. En este estado resalta también la *facies* inexpresiva, producto de la falta de mímica, y la falta de movimiento de los párpados. Esta *facies*, que la perspicacia de los observadores llamó “cara de póker”, es también característica de la enfermedad (Velasco Suárez y García Ramos, 1983).

Resulta interesante destacar que junto a todos estos síntomas que denotan las limitaciones que impone la enfermedad, se suceden frecuentemente otros fenómenos contrastantes, como por ejemplo que el paciente sea sorprendentemente hábil cuando se le arroja imprevistamente un objeto. O, lo que es aun más complejo y extraño, que un paciente que permanece habitualmente postrado en su silla de ruedas, desinteresado del entorno, abstraído en sí mismo, con su habitual desmotivación e inexpresividad, vea de pronto, por ejemplo, a un sujeto que se ahoga en una piscina y súbitamente, como impulsado por un rayo, abandone su posición para abalanzarse presuroso y certero en ayuda del necesitado (Sacks, 1973; Velasco Suárez y García Ramos, 1983; Snell, 1992; Cardinali, 1997).

Tales extraños episodios, que no parecerían corresponderse con las inhibiciones generales del cuadro, fueron nominados por esa razón “quinesia<sup>134</sup> paradójal” (Cardinali, 1997). Estas reacciones se consideran paradójicas porque la neurología no logra explicar teóricamente, de manera satisfactoria, la evidencia de que, tras un extraño manto de contradicción o inhibición, las capacidades motoras de estos sujetos, tan menoscabadas en lo aparente, aún se demuestran conservadas.

Más allá de ello, y en síntesis, la constelación sintomática básica que habitualmente se describe se centra en tres referentes: la *bradiquinesia* (lentitud del movimiento), el *temblor en reposo* y la *rigidez*. Esta última puede comprobarse en el examen clínico cuando el movimiento pasivo pierde flexibilidad: por ejemplo, si el examinador procura extender un miembro del paciente, el movimiento se hace discontinuo, con alternancia de resistencia y liberación, tomando la forma que habitualmente se denomina “en rueda dentada” (Velasco Suárez y García Ramos, 1983; Snell, 1992).

Además de estos síntomas motores característicos se describen otros, como, por ejemplo, trastornos óculo-motores, especialmente en la elevación de la mirada y en la convergencia. Se describen también trastornos en la deglución y en la fonación, caracterizados estos últimos por la voz pastosa y exenta de modulación (Velasco Suárez y García Ramos, 1983; Snell, 1992). También se describen otras perturbaciones que no son motoras y que involucran al sistema neurovegetativo, tales como sialorrea, hipotensión ortostática o sudoración. Esta última se manifiesta también en el rostro y frecuentemente le otorga una apariencia grasosa que se ha dado en llamar “cara de pomada” (Gershanik, 1994; Snell, 1992).

Con cierta frecuencia puede comprobarse una lentificación global de los procesos intelectuales, acompañada de trastornos mnésicos. Labos y Taussik (1989) han descrito trastornos perceptivos, especialmente alteraciones visuales, que encuadrarían dentro del fenómeno que la psicología descriptiva denomina simultagnosia. Este trastorno consiste en la incapacidad de reconocer el contenido y el sentido de la totalidad de una escena representada, mientras que sí pueden reconocerse sus formas aisladas. Así, por ejemplo, frente a una lámina que muestra a un bebé llorando, el paciente afectado podría describirla como la representación de un nene con unas gotas en la cara.

---

<sup>134</sup> Los términos derivados de la voz griega *kiné* no parecen tener en español una ortografía unificada; a veces se utilizan con *k*, otras con *q* y otras con *c*. El término “quinesia” que utiliza Cardinali no figura en los diccionarios consultados.

## 2. Las lesiones en la enfermedad de Parkinson

En la época en que Parkinson describió la enfermedad, nada se sabía sobre los mecanismos del sistema nervioso involucrados, y las alteraciones a las cuales la neurología se refería no salían del terreno de la presunción. Los primeros descubrimientos que permitieron los posteriores avances fueron, en principio, observaciones recogidas en la experimentación o en las autopsias de pacientes con afecciones neurológicas.

En las autopsias realizadas a los pacientes parkinsonianos se descubrió una lesión que se manifestaba macroscópicamente como palidez en dos zonas del encéfalo normalmente pigmentadas: el *locus niger* (o sustancia nigra) y el *locus coeruleus*. Estas localizaciones, más tarde, fueron identificadas como pertenecientes a lo que se llamó el sistema extrapiramidal, un conjunto de núcleos nerviosos y múltiples conexiones ligado específicamente a la función motora (Cotran, Kumar y Robbins, 1995; Velasco Suárez y García Ramos, 1983).

La descripción anatomofisiológica de estas estructuras, necesaria para comprender la enfermedad de Parkinson, exige abrir transitoriamente un paréntesis para detenernos en algunas nociones generales acerca del sistema nervioso.

## 3. Algunas consideraciones generales acerca del sistema nervioso

El sistema nervioso es una estructura sumamente compleja destinada, junto con el sistema endócrino, a ejercer la regulación y el control a distancia de las funciones del organismo. Estas finalidades orgánicas, en líneas generales, se llevan a cabo por la mediación química de determinadas moléculas; en el caso del sistema endócrino, por ejemplo, a través de las hormonas que, vehiculizadas por la sangre, comunican sus mensajes específicos a diferentes sectores orgánicos induciendo o inhibiendo de ese modo determinadas acciones o procesos (Curtis y Barnes, 1989).

El sistema nervioso también ejerce la función de coordinación y control a distancia, pero lo hace a través de una modalidad diferente, sumamente especializada. Ésta consiste en la conversión de estímulos en señales electroquímicas, capaces de viajar a distintos sectores del cuerpo (a veces a mucha distancia del lugar de emisión) a una velocidad muchísimo mayor que la del sistema endócrino. Por otra parte, el sistema nervioso tiene también la capacidad de integrar las informaciones que le llegan; es decir, puede correlacionar rápida-

mente distintos estímulos entre sí, asociarlos con la memoria de experiencias previas, e integrar una respuesta global y concreta frente a determinada situación (Casiraghi y Ravetta, 1969; Curtis y Barnes, 1989; Snell, 1992).

La neurofisiología sostiene que la unidad funcional del sistema nervioso es la neurona. Se trata de una célula sumamente especializada que posee dos tipos de prolongaciones protoplasmáticas: las dendritas y el cilindroeje o axón. Las primeras, más cortas y múltiples, reciben el impulso nervioso proveniente de otras neuronas u otras células del cuerpo, es decir, en forma centrípeta. El axón, prolongación más larga y única, conduce el estímulo nervioso en forma centrífuga hacia otras neuronas, o hacia determinado componente del organismo, como, por ejemplo, un músculo o una glándula<sup>135</sup>. Los axones pueden alcanzar longitudes asombrosas, extendiéndose, por ejemplo, desde el cerebro hasta la extremidad de un miembro inferior. En el ser humano este recorrido puede tener una longitud de dos metros, pero en animales como la jirafa puede llegar a cinco (Curtis y Barnes, 1989).

También forman parte del sistema nervioso otras células que, en conjunto, constituyen la estructura denominada neuroglía. Las células de la neuroglía (gliales) provienen de linajes histológicos diferentes; unas, derivadas del ectodermo, son células nerviosas que no poseen dendritas ni axones; otras, que surgen del mesodermo, son células que pertenecen al tejido conectivo. Estas últimas, además de las funciones de sostén y protección propias del tejido conectivo, realizan parte del metabolismo del tejido nervioso (Arana Iñíguez y Rebollo, 1972; Casiraghi y Ravetta, 1969; Snell, 1992).

#### **4. El sistema nervioso central y el sistema nervioso periférico**

Clásicamente, con un criterio puramente anatómico, el sistema nervioso se divide en una porción cráneo-raquídea o encéfalo-medular (porción que está dentro de la cavidad craneana y de la columna vertebral) y una red de conducción constituida por las ramificaciones del sistema. A la primera porción se la llama sistema nervioso central (SNC), y a las ramificaciones, sistema nervioso periférico (SNP) (Casiraghi y Ravetta, 1969).

<sup>135</sup> Esta estructura de la neurona, con un polo centrípeta y otro centrífugo, que se repite, por ejemplo, en la constitución de un arco reflejo simple, fue el modelo que Freud (1950a [1895]\*) consideró como referente básico de la estructuración general del sistema nervioso e hizo extensivo a su modelo del aparato psíquico; es decir, con un polo perceptivo y un polo motor entre los cuales se interponen los sistemas mnémicos.

La porción intracraneana del SNC, es decir, el encéfalo, consta del cerebro, dividido en dos hemisferios (derecho e izquierdo), el cerebelo, que posee también dos hemisferios, y el tronco encefálico. Esta última estructura recibe su nombre por analogía con el tronco de un árbol, ya que parece sustentar a los hemisferios cerebrales y el cerebelo, cuyas estructuras, al modo de ramas, se arborizan en la cavidad craneana. La porción intrarraquídea del SNC es la médula espinal. El tronco encefálico comienza como un engrosamiento de la médula espinal, y se lo divide en tres estructuras: la primera de ellas es el bulbo raquídeo o médula *oblongata*, le sigue la protuberancia o puente de Varolio, y luego, los pedúnculos cerebrales<sup>136</sup>.

Dentro del SNC, los cuerpos neuronales se distribuyen en determinadas regiones; por ejemplo, en el cerebro y el cerebelo forman una capa periférica, las respectivas cortezas cerebral y cerebelosa; estas cubiertas, de muy pocos centímetros de espesor, reciben también el nombre de *córtex* cerebral y cerebeloso respectivamente (Casiraghi y Ravetta, 1969).

Además de los conglomerados de cuerpos neuronales que forman las mencionadas cortezas, hay otras agrupaciones de cuerpos neuronales dispersos internamente en el encéfalo. Éstos forman los llamados núcleos, presentes en el cerebro, en el cerebelo y en el tronco encefálico. Estos núcleos son centros nerviosos ligados a determinadas funciones. En la médula espinal, los cuerpos neuronales también constituyen núcleos, pero en esta región anatómica los mismos nunca se agrupan en la periferia sino sólo centralmente a lo largo de toda la extensión medular, formando un cordón que, visto transversalmente, tiene la forma de una hache mayúscula.

Estos conglomerados formados por los cuerpos neuronales constituyen, tanto en el encéfalo como en la médula, la sustancia gris, llamada así por la coloración que evidencia macroscópicamente, debido a la densidad de los núcleos celulares. Los axones que parten de las neuronas de las distintas regiones grises se asocian formando haces que se distribuyen centralmente en cerebro y cerebelo y periféricamente en la médula espinal. Estos haces nerviosos, homologables a los cables de un circuito eléctrico, suelen estar cubiertos de un material aislante, la mielina, que por su alto

<sup>136</sup> Las divisiones del sistema nervioso pueden ser muchas, establecidas según diferentes criterios; la división que estamos utilizando aquí obedece a un esquema general, elemental, aceptado por la mayoría. Sin embargo, cabe aclarar que cuando nos referimos a los pedúnculos cerebrales, simplificamos la descripción con fines didácticos, ya que, como luego veremos, a esta región cabría categorizarla con la denominación genérica de mesencéfalo.

contenido de lípidos adquiere una coloración blanca brillante, de modo que tales estructuras se identifican como sustancia blanca.

El sistema nervioso periférico, como señalamos, está constituido por las ramificaciones nerviosas del SNC, que se hallan fuera de las cavidades óseas (craneana y espinal). En tales ramificaciones se asocian numerosas fibras; algunas de ellas son aferentes o centrípetas, dado que llevan el estímulo desde las terminales nerviosas en diversos órganos hacia la médula o el tronco encefálico, y otras, en cambio, son eferentes o centrífugas, ya que transmiten el impulso nervioso en sentido inverso. El conjunto de fibras que se aúnan de esta manera constituyen lo que habitualmente llamamos nervios.

En el conjunto del SNP reconocemos nervios espinales, es decir que desde la médula espinal inervan determinado sector corporal, y nervios craneales. Estos últimos constituyen los llamados “pares craneales”, que tienen sus núcleos de origen en regiones superiores del encéfalo y salen de él hacia distintas regiones del cuerpo (Casiraghi y Ravetta, 1969).

Los nervios están formados por la unión de fibras de diferente origen. En líneas generales, puede decirse que llevan fibras motoras de los centros hacia la periferia (eferencias) y que, por otra parte, traen fibras sensoriales (aferencias) hacia los centros, con la información recogida en la periferia. Una y otra constituyen lo que se llama el componente voluntario<sup>137</sup> somático<sup>138</sup>. A estos dos tipos se unen otras fibras que pertenecen al sistema nervioso autónomo y que transportan las excitaciones que corresponden a las funciones vegetativas viscerales, es decir, aquellas relacionadas, por ejemplo, con la actividad de la musculatura lisa involuntaria o la actividad glandular (Casiraghi y Ravetta, 1969; Curtis y Barnes, 1989)<sup>139</sup>.

<sup>137</sup> Este concepto es cuestionable, en el sentido de que la recepción de estímulos escapa a la voluntad, pero cabe aclarar sin embargo que esta denominación es heredera de las primeras grandes clasificaciones del sistema nervioso, que agrupaban las estructuras en relación a la corteza cerebral y a la posibilidad de conciencia de las funciones a ellas subordinadas. De modo que voluntario, en este contexto, equivale a conciente.

<sup>138</sup> Nótese que, en el contexto del párrafo, somático significa lo opuesto a visceral.

<sup>139</sup> El sistema nervioso autónomo o vegetativo tiene a su vez dos componentes, uno llamado simpático y otro parasimpático. Funcionalmente, ambas divisiones son generalmente antagónicas. El parasimpático está implicado en las funciones reparadoras del cuerpo, interviniendo, por ejemplo, en el proceso digestivo, en el que estimula la movilidad del músculo liso de las paredes de los órganos digestivos y la secreción de las glándulas salivales o gástricas. El simpático, en cambio, estimula las funciones ligadas a la acción, como por ejemplo el aumento de la contracción arterial y la frecuencia cardíaca para la lucha o la huida en una situación de peligro. Uno y otro sistema tienen íntimas relaciones con el sistema

La salida y la llegada de, o hacia, la médula se hace por caminos separados, de modo que el nervio en la proximidad de la médula se encuentra dividido en raíces anteriores, que corresponden a las fibras motoras, eferentes, y raíces posteriores, que corresponden a las sensitivas, aferentes.

Las fibras motoras tienen sus neuronas de origen en la sustancia gris medular del asta anterior donde asientan las neuronas motoras (motoneuronas) que a su vez reciben estímulos de los centros superiores, a través de fibras que conforman lo que se llaman cordones descendentes de sustancia blanca. Las fibras sensoriales, que traen el estímulo desde la periferia, hacen una primera conexión con neuronas que se ubican fuera de la médula, en los llamados ganglios dorsales, que operan como estaciones de relevo. En ellos se encuentra la llamada primera neurona de la vía sensorial. A su vez, las prolongaciones de esta primera neurona, dependiendo de la vía de que se trate, realiza sinapsis con una segunda neurona que puede hallarse en el asta posterior de la sustancia gris medular o en núcleos del tronco encefálico. Las fibras, ya sea de la primera o segunda neurona, dependiendo, como señalamos, de la vía de que se trate, contribuyen a la formación de los cordones ascendentes de sustancia blanca. Estas vías ascendentes tienen otra neurona que se ubica en el tálamo; desde allí, otras fibras pueden alcanzar áreas corticales sensoriales específicas (Curtis y Barnes, 1989; Snell, 1992).

## 5. La conducción nerviosa y la sinapsis

Las excitaciones recibidas por los elementos periféricos del sistema nervioso, ya sea del mundo externo o del medio interno, constituyen información que es transmitida hacia los centros de dicho sistema, volviendo desde ellos la respuesta correspondiente hacia los órganos efectores (por ejemplo, músculos o glándulas); esta transmisión de la excitación nerviosa transcurre en forma de señales electroquímicas que viajan a través de la membrana axónica (Curtis y Barnes, 1989)<sup>140</sup>.

---

endócrino, promoviendo o inhibiendo la secreción de determinadas hormonas (Curtis y Barnes, 1989).

<sup>140</sup> Dicha membrana tiene una diferencia de carga eléctrica, dada por la concentración de distintos iones en el interior y el exterior, llamada “potencial de reposo”. Con la estimulación, invierte su polaridad, mutándose en un “potencial de acción” que es el estímulo nervioso propiamente dicho. Como dijimos, el estímulo nervioso viaja a extraordinaria velocidad por la membrana celular (Curtis y Barnes, 1989).

El contacto entre las neuronas en los diferentes circuitos, llamado sinapsis, es de una cualidad muy especializada. La región presináptica de una neurona ubicada, por ejemplo, en el extremo de su prolongación axónica, se yuxtapone a la postsináptica en el extremo correspondiente a la dendrita de otra neurona<sup>141</sup>; entre ambas regiones existe un espacio llamado hendidura sináptica. En la región presináptica hay vesículas que contienen determinados mediadores químicos; cuando el estímulo nervioso alcanza esta región, las vesículas liberan en la hendidura sináptica su contenido. Éste es captado por receptores específicos de la membrana postsináptica, propagándose de ese modo el estímulo de una neurona a otra.

Las sustancias liberadas en las uniones sinápticas son los llamados neurotransmisores; los principales neurotransmisores del sistema nervioso periférico son la acetilcolina y la noradrenalina, aunque también actúan a nivel del sistema nervioso central junto a otros neurotransmisores como la serotonina, la sustancia P, el ácido gammaaminobutírico (GABA) y la dopamina. Esta última, como luego veremos, es de fundamental importancia en la enfermedad de Parkinson.

Los distintos neurotransmisores vehiculizan acciones diferentes, de modo que unos son excitatorios, otros inhibitorios y otros moduladores<sup>142</sup> de la conducción nerviosa (Curtis y Barnes, 1989). Después de liberados, los neurotransmisores son removidos o eliminados por enzimas específicas, interrumpiéndose de ese modo su efecto. Este proceso que alterna propiedades químicas y eléctricas<sup>143</sup> hace a la señalada diferencia cualitativa de la conductibilidad del estímulo nervioso (Curtis y Barnes, 1989).

## 6. Aspectos generales de la evolución del sistema nervioso

De manera sucinta cabe decir que el sistema nervioso deriva de la capa más externa del embrión, el ectodermo, que forma primariamente una superficie plana, llamada placa neural, y sobre la que aparece luego un surco,

<sup>141</sup> No sólo existen sinapsis axo-dendríticas, sino que también hay axo-axónicas, axo-somáticas, dendro-dendríticas y sómato-dendríticas.

<sup>142</sup> Los moduladores regulan el estímulo nervioso facilitándolo o inhibiéndolo, pero este efecto surge en otro nivel, es decir, incide sobre un circuito complejo.

<sup>143</sup> En líneas generales, puede decirse que la conducción es eléctrica y la transmisión es química, aunque cabe también señalar que en los vertebrados inferiores existen sinapsis solamente eléctricas. En los mamíferos, la mayoría de las sinapsis son electroquímicas, aunque también se han detectado algunas solamente eléctricas en ciertas regiones del cerebro (Curtis y Barnes, 1989).

el surco neural. Más tarde, la superficie plana se cierra sobre sí misma y da lugar a lo que se denomina tubo neural<sup>144</sup>. Éste, progresivamente, ensancha su extremo anterior, dando lugar a tres vesículas, denominadas respectivamente romboencéfalo, mesencéfalo y prosencéfalo, que darán lugar a todas las estructuras encefálicas. Cada uno de estos ensanchamientos o regiones, a su vez, representa un determinado logro evolutivo en el curso del desarrollo general del sistema nervioso, que sigue la misma pauta en las distintas especies (Casiraghi y Ravetta, 1969; Romer y Parsons, 1981)<sup>145</sup>.

La consideración señalada, en cuanto a la aparición sucesiva, evolutivamente, en las diferentes especies, del romboencéfalo, el mesencéfalo y el prosencéfalo, ha llevado a que se hagan divisiones del sistema nervioso que asientan sobre esa referencia, como, por ejemplo, la de McLean (Taylor, 1979a), que se refiere a estas zonas como archiencéfalo o cerebro reptil, paleoencéfalo o cerebro roedor, y neoencéfalo, correspondiente a los mamíferos.

Ahora bien, el primero de estos ensanchamientos es continuación de la médula y, como señalamos, se denomina romboencéfalo o cerebro posterior; éste se divide a su vez en mielencéfalo, de donde deriva el bulbo raquídeo, y metencéfalo, de donde derivan la protuberancia y el cerebelo.

El bulbo raquídeo posee núcleos nerviosos ligados a la coordinación de funciones básicas, por ejemplo, las olivas bulbares, dos grandes núcleos grises que constituyen estaciones de paso e integración de las vías motoras. También posee otros núcleos ligados a funciones vegetativas, como el control de la respiración y el latido cardíaco. Sobre la superficie anterior o ventral del bulbo se describen dos eminencias en forma de pirámides (pirámides bulbares) que son expresión visible del lugar donde se cruzan hacia el lado opuesto las fibras descendentes motoras que provienen de la corteza cerebral, es decir, las que se originaron en áreas del hemisferio cerebral derecho pasan al lado izquierdo de la médula y viceversa. Nos ocuparemos nuevamente, más adelante, de este punto.

La protuberancia, como vimos, es llamada también puente de Varolio, ya que fundamentalmente la forman haces de fibras nerviosas que transcurren cruzando transversalmente de uno a otro de los hemisferios cerebelo-

---

<sup>144</sup> El espacio hueco de este originario tubo se mantendrá siempre en esa condición, dando lugar a cavidades comunicadas entre sí, los llamados ventrículos cerebrales (medio y laterales), el cuarto ventrículo (a nivel de la protuberancia) y el conducto del epéndimo (a lo largo de la médula).

<sup>145</sup> De acuerdo a esto, cabe afirmar que la médula espinal sería la estructura básica del sistema nervioso, a partir de la cual surgen los posteriores desarrollos.

sos, estableciéndose, justamente, a la manera de un puente entre los mismos. Esta estructura también posee núcleos propios, como, por ejemplo, centros de los que emergen nervios craneales, o núcleos que son estaciones intermedias de fibras descendentes motoras que interrelacionan al cerebro con el cerebelo. Tanto en el bulbo como en la protuberancia se describe la sustancia reticulada, una sucesión dispersa de núcleos cuya función no es aún bien conocida, aunque se los vincula con el dormir y con ciertos estados de conciencia (Casiraghi y Ravetta, 1969; Snell, 1992).

El cerebelo, denominación que significa “cerebro pequeño”, está ligado fundamentalmente a la actividad motora, más específicamente a la coordinación de movimientos y al equilibrio. Histológicamente, como mencionamos, tiene una corteza similar a la del cerebro y una organización interna sumamente regular, hecho que llevó a que algunos anatomistas lo consideraran el primitivo cerebro. *Es interesante señalar que aparece como novedad evolutiva en los reptiles, ligado a la necesidad de una mayor precisión del equilibrio y coordinación de los movimientos, como los que exigía el hábitat terrestre de estos seres, a diferencia de lo que acontecía previamente cuando la vida transcurría en el medio marino* (Casiraghi y Ravetta, 1969).

Antes de la aparición del cerebelo, en el medio líquido la actividad motora estaba regida por el cuerpo estriado, que, como luego veremos, es uno de los ganglios basales que evolutivamente aparece justamente en los peces. Sin embargo, es también en los reptiles donde este núcleo adquiere su mayor relevancia funcional y perfeccionamiento. *En estos seres, el mayor desarrollo del cuerpo estriado junto con la aparición del cerebelo les brinda una mayor posibilidad de equilibrio y coordinación motora.*

En concordancia con la relevancia funcional del cuerpo estriado y el desarrollo del cerebelo, se incrementa también el desarrollo del tálamo, que, como también veremos, es un centro de coordinación sensorial (Casiraghi y Ravetta, 1969; Romer y Parsons, 1981). Esta concordancia evolutiva corroboraría lo señalado por Weizsaecker (1940) respecto a la fisiología del sistema nervioso, cuando considera que percepción y movimiento configuran funcionalmente una unidad.

El segundo ensanchamiento, como antes señalamos, se llama mesencéfalo o cerebro medio, y de él derivan los pedúnculos cerebrales y los tubérculos cuadrigéminos. Los pedúnculos cerebrales están divididos en dos áreas (pie y calota) por el *locus niger* o sustancia *nigra*, que se interpone entre ellas.

El *locus niger*, interpuesto, es una estructura conformada por células pigmentadas por melanina. Esta región, como luego veremos, es una es-

tación de paso o de relevo de vías motoras, y es, como señalamos, la zona principalmente afectada en la enfermedad de Parkinson. A esta región pertenece también el *locus coeruleus*, que es un pequeño núcleo cuya filiación funcional no es del todo conocida<sup>146 147</sup>.

Habiendo descripto el romboencéfalo y el mesencéfalo, nos queda, por último, la vesícula más anterior y la que surge evolutivamente en último término, el prosencéfalo o cerebro anterior, que se divide en diencéfalo y telencéfalo.

El diencéfalo da lugar a algunas de las formaciones profundas de ambos hemisferios cerebrales. Esquemáticamente, la más notoria de estas estructuras la constituyen dos masas celulares centrales (una en cada hemisferio), los mencionados tálamos ópticos. Estas masas celulares no constituyen un núcleo único, sino que admiten una división interna de muchos núcleos separados por tabiques de sustancia blanca, y ligados en su mayor parte, como ya señalamos, a la recepción de la información sensorial, aunque también algunos de sus núcleos reciben fibras que provienen de centros motores. Alrededor de los tálamos se describe el epitálamo que contiene diversas estructuras, entre ellas la glándula pineal. Por debajo de los tálamos se describe otra región, el hipotálamo, ligada fundamentalmente, en sentido funcional, a la regulación de las funciones endócrinas.

El telencéfalo da lugar a la corteza cerebral, el hipocampo, la amígdala, el bulbo olfatorio y los ganglios basales. La corteza cerebral es el último escalón evolutivo en el desarrollo del sistema nervioso y, en este sentido, obedeciendo a lo que es regla en este sistema, toma funcionalmente el comando respecto a las otras zonas, representantes del curso evolutivo precedente que, por así decir, le quedan subordinadas. La actividad de la corteza, entonces, coordina las diferentes funciones a partir de regiones particularizadas de su propia estructura, como, por ejemplo, la corteza motora o la sensorial; en éstas, a su vez, pueden describirse localizaciones de centros funcionales muy específicos, las denominadas áreas de Brodmann, que corresponden al mapeo minucioso de las diferentes localizaciones corticales (Casiraghi y Ravetta, 1969; Snell, 1992).

<sup>146</sup> Otra estructura importante de los pedúnculos cerebrales es el núcleo rojo, llamado así por corresponderse con una zona profusamente irrigada. Este núcleo tiene muchas conexiones y se vincula también a la función motora (Arana Iñiguez y Rebollo, 1972; Casiraghi y Ravetta, 1969; Coté y Crutcher, 1991).

<sup>147</sup> Los tubérculos cuadrigéminos, el otro sector del mesencéfalo, son cuatro grupos neuronales que se dividen en dos sectores: tubérculos cuadrigéminos anteriores o superiores, que forman parte de la vía visual, y tubérculos cuadrigéminos posteriores o inferiores, que son de filiación auditiva.

Las otras formaciones telencefálicas mencionadas, el hipocampo, la amígdala y el bulbo olfatorio, corresponden a una zona del cerebro que los antiguos denominaron lóbulo límbico, cuyas funciones no son del todo conocidas, aunque en términos amplios se lo vincula con la memoria reciente, con las emociones y con la sexualidad (Snell, 1992; Coté y Crutcher, 1991).

## 7. Sobre los ganglios basales y la coordinación motora

Los ganglios basales, entonces, son un conjunto de núcleos grises con conexiones entre sí, que se intercalan como un circuito integrado entre la corteza cerebral y los otros núcleos motores del tronco encefálico. Además de sus conexiones intrínsecas tiene muchas otras no del todo bien conocidas<sup>148</sup>.

El más notorio de los núcleos de los ganglios basales es el cuerpo estriado<sup>149</sup>. Esta formación está dividida a su vez en dos núcleos, que por sus respectivas formas se llaman caudado (con cola) y lenticular (como una lente). Este último, por su parte, se divide en dos porciones, el putamen y el globo pálido. Existe otro núcleo basal debajo del tálamo, que recibe el nombre de núcleo subtalámico de Luys (Casiraghi y Ravetta, 1969; Snell, 1992).

Evolutivamente, tal como vimos, los ganglios basales, en el momento de su aparición, constituían el centro de avanzada de la coordinación motora. En los mamíferos, el profuso desarrollo de la corteza cerebral condiciona que ésta se ponga funcionalmente a la vanguardia, comandando progresivamente la mayoría de las funciones que antes estaban comandadas por las otras estructuras que ahora se le subordinan. Así sucede también con la coordinación motora, que pasa a subordinarse a las órdenes emanadas de la corteza que, desde las mociones voluntarias, engendra, por así decir, la “figura” del movimiento.

La trama de “fondo”<sup>150</sup> de la motilidad, es decir, el componente involuntario, depende sobre todo de los ganglios basales, los cuales ejercen

<sup>148</sup> Se disciernen algunas conexiones con la corteza motora y la corteza motora suplementaria, así como con el tálamo óptico y con los núcleos grises del tronco encefálico. La corteza motora suplementaria recibe ese nombre por tratarse de una zona a la que, al momento de ser identificada la corteza motora propiamente dicha, no se le conocía función; más tarde pudo saberse que este sector cortical también pertenecía a la motricidad (Snell, 1992).

<sup>149</sup> Llamado así debido a que a la observación no presenta un color uniforme, pues está surcado por estrías blancas.

<sup>150</sup> En un trabajo anterior (Chiozza, 2001a [1986-1997], cap. XI, apdo. “Trama y figura de la acción motora”), siguiendo ideas de Bateson (1972) nos referíamos a la organización de la “trama de fondo” de los movimientos, vinculándola con

una función decisiva en la regulación del tono muscular (tema del que nos ocuparemos a continuación).

Los ganglios basales, además, tomarían a su cargo la coordinación de movimientos automáticos que, hasta cierto punto, se independizan del control de la corteza. Así, por ejemplo, acciones voluntarias que dependen en mayor medida de la corteza durante el aprendizaje (como andar en bicicleta o abrocharse los botones), una vez aprendidas, si bien la corteza sigue induciéndolas, quedan bajo el control de los ganglios basales y del cerebelo, estructuras estas que por esa razón han sido comparadas con un piloto automático (Taylor, 1979a)<sup>151</sup>.

## 8. La regulación nerviosa del tono muscular

Las fibras musculares, aun en reposo, deben estar en un estado que no es el de completa relajación, es decir, deben mantener cierta tensión que las habilita para contraerse con prontitud y eficacia si la circunstancia lo requiere. Este estado básico de semicontracción permanente es lo que se conoce como tono muscular. Volveremos sobre esto más adelante.

En el mantenimiento y la regulación del tono muscular intervienen varias estructuras. Tanto los músculos como los tendones y las articulaciones poseen receptores sensibles a la tensión, la longitud, la presión y la nocicepción. Los receptores que tienen un papel protagónico en el control del tono muscular son el huso neuromuscular (“en paralelo” entre las fibras musculares), que transmite información sobre la longitud del músculo, y el órgano tendinoso de Golgi (“en serie”), que informa sobre la tensión.

El conjunto neuromuscular funciona como un mecanismo biocibernético que controla varias funciones en diferentes niveles que a la vez se inte-

---

el sistema extrapiramidal, y a la figura, vinculándola con el sistema piramidal. Volveremos sobre esto más adelante.

<sup>151</sup> A pesar de que la denominación “piloto automático”, empleada por Taylor, permite comprender por cierto grado de aproximación la función que el cerebelo cumple en el conjunto entero del sistema nervioso humano, tal como funciona actualmente, vale la pena tener en cuenta que, de acuerdo con lo que describe Gooch (1980), el cerebelo puede ser visto como un cerebro más antiguo que cumplió en la filogenia el papel integrador en el nivel más alto, antes de la aparición del cerebro. Esta idea es acorde con el hecho, sostenido en diversas fases de este trabajo, de que las pautas motoras que hoy forman parte de lo que hemos denominado “fondo” de una acción motora, en situaciones pretéritas ocuparon el papel de lo que denominamos “figura”.

gran entre sí. Una de estas funciones, por ejemplo, es el reflejo miotático, el más simple, monosináptico, cuyo efecto es el de contraer el músculo que ha sido elongado por un factor mecánico. La estructura nerviosa que sostiene el reflejo miotático es la misma que mantiene el tono muscular, de allí que se considere que dicho reflejo constituye “la base del tono” (Cardinali, 1997).

El reflejo rotuliano, aquel que registra el médico cuando golpea con un martillo de goma sobre un tendón del cuádriceps, es el ejemplo privilegiado del reflejo miotático. La activación mecánicamente producida estira el tendón; este estiramiento es interpretado en niveles superiores del sistema nervioso como la pérdida de la postura erecta. La respuesta es una elevación general del tono para compensar el desbalance producido, hecho que testimonia la importancia del tono muscular en el mantenimiento de la postura erecta y el equilibrio.

“Para estabilizar el cuerpo e impedir su caída no resulta una sorpresa el hecho de que en el hombre los músculos antigravitatorios están muy bien desarrollados y presentan el máximo grado de tono. Por lo tanto, se puede decir que la postura depende del grado y la distribución del tono muscular, el cual a su vez depende de la integridad normal de los arcos reflejos simples que tienen su centro en la médula espinal” (Snell, 1992, pág. 143).

El mantenimiento del tono muscular, entonces, es un requisito indispensable para el control de la postura y el equilibrio corporal, pero además resulta esencial para la ejecución adecuada de cualquier movimiento; tanto para la pronta iniciación del movimiento como para aportar, una vez iniciado, la plasticidad necesaria.

## **9. Los sistemas piramidal y extrapiramidal**

De lo que venimos exponiendo se desprende entonces la idea de que la actividad motora, fisiológicamente comprendida, es un todo unitario del cual se disciernen de modo esquemático, y a los fines de precisar sus múltiples y complejos aspectos, dos grandes grupos cualitativos: los movimientos voluntarios y los involuntarios. El sistema motor voluntario queda más ligado a la corteza, y el sistema motor involuntario, a los núcleos de la base y al cerebelo (Casiraghi y Ravetta, 1969).

Señalamos antes que los diferentes núcleos grises se asocian entre sí y con la periferia a través de haces de fibras (axones). Estos haces, cuando se acoplan ligados a una misma función y, por ende, a un mismo destino, son denominados vías, aludiendo esta denominación al lugar de tránsito de la excitación nerviosa.

Las vías, en un sentido genérico, se dividen en ascendentes, descendentes y de asociación; estas últimas, como su nombre lo indica, conectan entre sí distintas áreas del sistema nervioso. Las ascendentes, sensitivas, son las que, viniendo de la periferia, llevan las distintas sensibilidades. Las vías descendentes son vías motoras, y en sentido amplio, se las divide en vías directas e indirectas. Las directas son las llamadas córtico-espinales o piramidales; fueron adscriptas, como dijimos, a la motilidad voluntaria, y son aquellas que descienden, sin estaciones intermedias, desde la corteza motora hasta la médula. Las indirectas, adscriptas a los aspectos motores que no dependen de la voluntad, son aquellas que tienen estaciones previas, ya sea en los ganglios basales o en el cerebelo. Éstas, en la medida en que no forman la vía piramidal, reciben también la denominación genérica de vías extrapiramidales (Casiraghi y Ravetta, 1969).

Esta división esquemática nació de la consideración anatómica y, en su sencillez, no llega a reflejar completamente la complejidad de la función motora y de las vías de conducción a través de las cuales se tramita una determinada acción. De modo que, siguiendo a Sherrington, cabría decir, respecto al sistema motor, que “sus vías de conducción forman un conjunto cuantificable con la abrumadora cifra de millones. Aun suponiendo que cada una de ellas sea una calle de ‘dirección única’, con sus miríadas de encrucijadas y conexiones reguladas por válvulas, hay que admitir que constituyen una panorámica de tráfico casi impensable” (Sherrington, 1940a, pág. 207).

La neuroanatomía, con el ánimo de poner orden en esa “panorámica impensable”, hizo sus clasificaciones en base a lo que podía discriminarse con cierta precisión; de allí que, por ejemplo, la vía piramidal voluntaria, directa, fuera claramente descripta. Las otras vías, en cambio, caracterizadas por recorridos muy complejos que no podían delimitarse claramente, fueron definidas por exclusión, usándose para ellas, como señalamos, la denominación genérica de vías extrapiramidales. De esta clasificación surgió más tarde la idea de una separación taxativa entre uno y otro sistema de vías.

A fines del siglo XIX y principios del XX, la fisiología del sistema nervioso, adhiriendo a las teorías localizacionistas entonces en boga, procuró corroborar la tradición anatómica y acotar en cada uno de estos sistemas aspectos parciales de la función motora general. Hoy día, sin embargo, el estudio de la fisiología motora impuso la necesidad de utilizar unidades funcionales que no se corresponden totalmente con las divisiones anatómicas consagradas por el uso y que, incluso, llevan a considerar tales divisiones como decididamente objetables (Velasco Suárez y García Ramos, 1983; Snell, 1992; Cardinali, 1997).

Sucede esto, por ejemplo, respecto a los ganglios basales y la corteza motora, en la medida en que éstos “no son sistemas independientes, y gran parte de la actividad de los ganglios basales es ejercida a través de la corteza motora y de la vía piramidal” (Cardinali, 1997, pág. 224). Asimismo, como hemos visto, participan también coordinadamente en la función motora general el cerebelo y distintos núcleos del tronco encefálico.

Todo ello lleva a enfatizar la interdependencia de los diferentes circuitos, de modo que la taxativa división anatómica de los sistemas piramidal y extrapiramidal no se corresponde totalmente con la ensambladura que entre ambos existe en el aspecto funcional<sup>152</sup>. No obstante esto, en la consideración del recorrido general de las vías motoras, continúa prevaleciendo aún la separación, un tanto rudimentaria y esquemática, entre sistemas piramidal y extrapiramidal.

En este sentido, los ganglios basales, que integran entre sí y con otras estructuras circuitos de extrema complejidad, han sido clasificados, esquemáticamente, como pertenecientes al sistema extrapiramidal (Casiraghi y Ravetta, 1969; Cardinali, 1997)<sup>153</sup>.

## 10. El tono muscular y su alteración en la enfermedad de Parkinson

Cuando va a realizarse un movimiento, la corteza motora envía al mismo tiempo estímulos a la médula (vía piramidal) y al cuerpo estriado (vía extrapiramidal). Este núcleo, que, como vimos, es el más notorio de los

<sup>152</sup> Así, por ejemplo, la motoneurona del asta anterior de la médula espinal, cuyos axones excitan a las fibras musculares y provocan su contracción, recibe numerosas influencias desde distintos lugares del sistema nervioso central. Los axones de las células de la corteza motora llegan hasta la médula formando la vía piramidal. Además de la estimulación piramidal, la motoneurona recibe influencias desde diversas áreas de la corteza cerebral y cerebelosa indirectamente, a través de otras vías que tienen estaciones intermedias; por ejemplo, retículo-espinal (de la sustancia reticular a la médula), rubro-espinal (del globo rojo a la médula), etc. (Casiraghi y Ravetta, 1969).

<sup>153</sup> Existen otras vías que intervienen en la regulación del equilibrio y la postura y que no parten de la corteza. Entre éstas se destacan el haz vestibulo-espinal, que transmite información proveniente del laberinto membranoso del oído interno, a través de los núcleos vestibulares, y el haz tecto-espinal, que nace en los tubérculos cuadrigéminos y que interviene en los reflejos posturales (Cardinali, 1997).

ganglios basales, constituye la puerta de entrada o lugar del *input* del sistema extrapiramidal.

Una vez activado el cuerpo estriado, pone en función al resto del sistema extrapiramidal a través de distintos circuitos que confluyen en una puerta de salida o *output* formada por el globo pálido y la sustancia *nigra*. Desde este lugar, el estímulo alcanza los núcleos motores ubicados en el tálamo que a su vez emiten estímulos hacia la corteza motora suplementaria. O sea que, en síntesis, el circuito extrapiramidal parte de la corteza motora hacia los ganglios basales y de éstos vuelve a la corteza, permitiendo de esta manera la regulación del estímulo para el movimiento (Coté y Crutcher, 1991).

Esta regulación, a nivel de los ganglios basales, se centra en la finalidad de equilibrar el tono muscular de acuerdo con los requisitos de cada movimiento excitado desde la corteza motora para que éste no sea ni demasiado rápido ni demasiado lento, como tampoco demasiado rígido o demasiado blando. En otros términos, modular la tonicidad para que los movimientos estén dotados de la adecuada plasticidad que demanda cada acción particular.

De este modo, si la corteza ordena la ejecución de determinada acción, por ejemplo levantar un peso, deberá suministrar esta información a los ganglios de la base a fin de que éstos se hagan cargo de todo cuanto constituye el fondo de dicho movimiento; es decir, modular, en más o en menos, la tonicidad de cada músculo para que la acción, en su conjunto, pueda ejecutarse plásticamente, acorde a las necesidades.

Estos circuitos, entonces, mantienen un equilibrio dinámico de una complejidad y precisión que supera, por cierto, estas esquemáticas descripciones. Pensemos que, a partir de una posición corporal dada, siempre diferente, en cada movimiento que se emprende es necesario compatibilizar, al mismo tiempo, la contracción de los músculos agonistas con la relajación modulada de los antagonistas; a esto debe agregarse la regulación general del tono postural que interviene en la posición del cuerpo necesaria para la acción de que se trate. En síntesis, lograr una sorprendente armonía de conjunto.

Cabe decir, para complejizar aun más el panorama, que el tono muscular requerido para cada movimiento está determinado también por las expectativas que se desprenden de la situación en la cual el movimiento se lleva a cabo. Así, no es lo mismo caminar plácidamente que caminar sintiéndose perseguido; en uno y otro caso el tono será diferente, de modo que puede afirmarse que el tono muscular, además de posibilitar la ejecución de una acción, es un espléndido reflejo de las expectativas con las cuales esa acción se proyecta.

Como dijimos, en la enfermedad de Parkinson aparecen lesiones en la sustancia *nigra* o *locus niger*<sup>154</sup>, que forma parte del sistema extrapiramidal. Esta estructura normalmente pigmentada aparece decolorada, manifestando de este modo la muerte de las neuronas que la constituyen, productoras de dopamina, su neurotransmisor específico.

La dopamina tiene una función inhibidora sobre los ganglios basales, de modo que en la enfermedad de Parkinson, al dañarse la sustancia *nigra* hay una disminución del efecto inhibidor dopaminérgico. Al faltar la acción dopaminérgica, los ganglios basales se “liberan”; es decir, se tornan hiperactivos, emitiendo de continuo señales excitadoras sobre el tono muscular. El resultado final es un exceso de tonicidad muscular que, aumentando la rigidez, dificulta la iniciación del movimiento e impide la necesaria plasticidad durante su ejecución.

## 11. Tratamiento médico de la enfermedad de Parkinson

El tratamiento farmacológico de la enfermedad de Parkinson apunta, en la actualidad, a tratar de restituir la acción de las neuronas dopaminérgicas del *locus niger* (Gershanik, 1994). Se utilizan, con este fin, distintas estrategias:

- 1) Reemplazar la dopamina faltante. Para esto se utilizan precursores de la dopamina (levodopa o carbidopa). Se procura que la dosis suministrada sea lo más baja posible, dado que aparecen efectos secundarios debido a la inevitable acción ejercida simultáneamente sobre otras sinapsis dopaminérgicas. A medida que avanza la enfermedad, la progresiva destrucción de las neuronas del *locus niger* disminuye la eficacia de este recurso terapéutico.
- 2) Utilizar sustancias miméticas que estimulen los receptores dopaminérgicos postsinápticos. Esta terapéutica conlleva menos peligro de disquinesias, debido a que no aumenta el *pool* total de dopamina.
- 3) Ayudar a que las neuronas liberen más dopamina por medio de sustancias que liberen la dopamina acumulada, volcán-

---

<sup>154</sup> También dijimos que se evidencian lesiones en el *locus coeruleus*; sin embargo, las implicancias de este daño no son bien conocidas, en la medida en que tampoco se conocen claramente sus funciones (Snell, 1992).

dola al espacio sináptico. Es útil al comienzo de la enfermedad o en casos leves.

4) Bloquear la acción de la acetilcolina para equilibrar el balance dopamina-acetilcolina. Este tratamiento es eficaz sólo al comienzo o combinado con otros agentes.

5) Evitar la degradación de la dopamina. Se utilizan drogas que bloquean las enzimas que inactivan la dopamina. Se puede utilizar asociado a la levodopa, para poder disminuir la dosis diaria de esta última sustancia.

En cuanto a la terapéutica quirúrgica cabe citar lo que sostienen Velasco Suárez y García Ramos: “La cirugía funcional en los trastornos extrapiramidales no corrige causas, sino síntomas, actuando sobre circuitos neuronales que poseen efectos inhibidores o facilitadores” (Velasco Suárez y García Ramos, 1983, pág. 505).

## 12. Aarón

El temblor empezó en las manos. Su mujer le había dicho que fuera a vigilar las empanadas, que estuviera atento a que no se quemen. Ella no soportaba el calor, y la temperatura del horno sumada a la temperatura de Colombia ya era mucho.

Eso le daba bronca a Aarón; si no soportaba el calor, ¿para qué insistió tanto con lo de poner una rotisería en Colombia? ¿Qué sentido tenía arriesgar así los últimos recursos? Pero cuando a Raquel se le metía algo en la cabeza... La otra vez fue igual; cuando se quiso volver a Buenos Aires, justo en el peor momento.

Habían decidido cambiar de aire después de que perdieron la interminable batalla por la enfermedad de Sebastián. Verlo definitivamente en silla de ruedas, tan joven, después de tanta lucha y tantas operaciones... era difícil de soportar. Aarón por ese entonces tenía negocios en Caracas; viajaba todo el tiempo y las cosas allá iban mejor que en la Argentina. Ariel ya estaba grande y cuando terminara los estudios se reuniría con ellos; esperar un año más era inútil... Además, ¿quién quería enfrentar la derrota ante todos?

Fueron cinco años en Caracas, cinco años buenos. Sobre todo desde lo laboral. Cambiante, como había sido siempre. En los negocios no se puede estar quieto; siempre hay que estar atento a ver qué oportunidades se presentan. En eso radica todo: cambiar de barco antes que se hunda. Porque todo se termina alguna vez. Los negocios son así, el que no arriesga no gana... si uno se queda y deja pasar las oportunidades, inevitablemente llegan las vacas flacas.

Así fueron esos cinco años, cambiantes. Hoy una sociedad, mañana otra. Fabricar carteras y al mismo tiempo estar viendo qué otra cosa se puede hacer por si eso se cae. Atento y previsor... bien despierto. Y si uno se cae, se levanta... no tiene nada de malo... no es una tragedia. Optimismo nunca le faltó.

Pero algo le picó a Raquel que se quería volver, que se quería volver... Aarón hubiera querido quedarse un poco más. Por lo menos hasta rehacerse otra vez; no volver así, sin nada. Pero cuando a Raquel se le mete algo en la cabeza...

Y en Buenos Aires todo fue barranca abajo. Mala suerte... o tal vez le faltó nervio... Es cierto que cuando volvió, la salud no lo acompañó. Fueron años malos; que la precordialgia, que la operación de próstata, las hernias... No fue culpa de nadie.

Además, a los 54 años, Aarón ya no era un pibe.

Sí, fueron los peores diez años. No es que Aarón no se esforzara, no. Si el esfuerzo y el trabajo siempre fueron su religión. Eso lo tuvo siempre claro. Si dejó los estudios para trabajar, no era precisamente para dejarse estar... Él quería triunfar, como su hermano, que había llegado a ser profesor en Harvard. Aarón quería algo parecido, pero en los negocios.

Siempre le dio bronca que su padre se fijara todo el tiempo en Elías... como era el mayor, claro. "*Que Elías esto, que Elías lo otro.*" Aarón quería que todos vieran que él también podía. Por eso dejó el colegio y se fue a trabajar con su padre. Pero a su padre le faltaba nervio para los negocios, siempre entretenido con la política y con sus amigos intelectuales... Se dormía y las oportunidades pasaban. La vida es así, una lucha. El que se duerme pierde, la vida no perdona. Por eso Aarón se puso por su cuenta. Y no le fue mal...

Ahí está, un buen ejemplo de lo que es aprovechar una buena oportunidad: él hacía corretajes para terceros, un día un cliente le dijo que había inventado una máquina nueva y que la vendía. Aarón se mandó de cabeza. La compró sin saber aún como funcionaba. ¡Después lo venían a buscar para asociársele! No le fue nada mal...

Salvo después, cuando, ya de nuevo en Buenos Aires, la suerte cambió. Se tendrían que haber quedado un poco más en Caracas... O haber esperado un poco más en Buenos Aires antes de irse a Colombia. Las vacas flacas algún día tendrían que terminar, ¿no?

Pero a Raquel se le metió la idea de la rotisería... Y cuando a Raquel se le mete algo en la cabeza...

Si Aarón se hubiera puesto más firme... ¡Era un proyecto ridículo! Ridículo y arriesgado, porque a los 64 no se puede arriesgar todo el capital. Si uno se cae, ya no se levanta; la fuerza no es la misma.

Se tendría que haber puesto más firme, sí. Pero después de diez años de un fracaso atrás del otro, ¿quién se siente tan seguro como para decir qué hacer? Ya se le habían acabado las ideas, y la confianza ciega, que siempre se tuvo, le empezaba a faltar.

Por eso se dejó llevar, por primera vez... Pensó que a lo mejor ella tendría la suerte que a él se le estaba negando, quién sabe. Por primera vez, dudaba. ¡Diez años de un fracaso atrás de otro! Se sentía abatido, desconcertado, sin saber qué hacer, para dónde agarrar... ¡Como un boxeador que ni siquiera sabe de dónde vienen los golpes!

Si su confianza hubiera estado intacta, si la mala racha no hubiera durado tanto, se habría plantado. Y si Aarón se hubiera plantado, ni la misma Raquel lo convencía de ir a Colombia.

Ocho meses le duró el entusiasmo a Raquel. “*Que no soporto el calor, que esto no funciona, que vos tenés que hacerte ver esos temblores.*” Y otra vez a Buenos Aires, con una mano atrás y otra adelante. ¡A los 65 años!

Lo peor ya pasó. Fue la seborrea del comienzo que lo tuvo a mal traer, a punto tal que no se animaba ni a salir a la calle. De a poco las cosas se fueron acomodando, con algún que otro achaque propio de la edad. El Parkinson siguió su curso sin llegar a ser tanto impedimento.

Trabajar, moverse, ir de aquí para allá, eso, ya no. Con el Parkinson todo es un poco más lento; sobre todo algunos días en que le cuesta tanto arrancar. Ya no es como antes, correr detrás de las oportunidades... llegar primero...

Pero incluso hoy con sus 72 años, va y viene, toma colectivos, carga mercadería. Trabaja todo el día. Eso sí, Raquel tuvo que tomar dos trabajos porque las cuentas no daban. Y claro, Aarón entonces tiene que hacerse algún tiempo para ocuparse de las cosas de la casa: hacer la comida, lavar los platos, hacer las camas...

Los sábados salen con Raquel a caminar un poco. Caminar, con Parkinson, es lo que menos quisiera Aarón, pero como ella se la pasa todo el día en la oficina... Por suerte, los chicos están bien y no los necesitan tanto...

Y el futuro... Dios dirá... No es algo que Aarón tenga claro, algo en lo que pueda ponerse a pensar... El equilibrio es precario; sobre todo ahora que él, tan desmejorado, está fuera de competencia. Ahora todo depende de Raquel, y eso a Aarón no lo deja nada tranquilo...

Pero lamentablemente no hay nada que él pueda hacer. Salvo esperar que la suerte cambie, que pase algo; alguna buena oportunidad que esté dentro de sus posibilidades actuales, ¿quién sabe? Muchas esperanzas no le quedan, pero Aarón trata, como puede, de estar atento... Es lo que siempre hizo... Es lo que sabe hacer...

## II. Estudio psicoanalítico de la enfermedad de Parkinson

### 1. La finalidad del tono muscular

Los ganglios basales, las conexiones entre ellos y las que los enlazan con otras estructuras, tal como vimos, integran circuitos de retroalimentación negativa destinados al mantenimiento equilibrado del tono muscular. Éste, recordemos, es un estado de semicontracción permanente de los músculos (manifestado en la contracción alternante de distintas fibras musculares) que posibilita la iniciación de los movimientos y su realización acorde a fines.

Si quisiéramos figurar metafóricamente la operatividad del tono muscular, podríamos asemejarlo a la guardia de un cuartel de bomberos. En ella hay numerosos efectivos, algunos de los cuales descansan o duermen en sus literas, mientras que otros permanecen en prevención, alertas a las posibles llamadas, listos para prestar a sus compañeros y responder rápidamente ante una alarma eventual. Cabe aclarar que la demanda no siempre es la misma, de manera que, la mayoría de las veces, esta guardia mantiene sólo un aprestamiento básico, pero en ocasiones debe incrementar el dispositivo preparatorio de alerta, por ejemplo, cuando los fuegos artificiales de las fiestas hacen presumir el riesgo de mayores demandas.

Sherrington, basándose en la cualidad del dispositivo representado por el tono muscular, nos brinda una acabada imagen de lo que venimos diciendo, cuando afirma que “los centros nerviosos que rigen los músculos que nos mantienen en pie conservan una acción moderada constante... llamada tónica. ‘Poseen tono’, que, entre otras propiedades, permite con mayor facilidad y rapidez el paso del reposo a la actividad o de un movimiento a otro. No se pierde el tiempo con flojeadades... si el acto siguiente que una extremidad tiene que efectuar es dar un paso, inmediatamente unos músculos tendrán que actuar más que otros. El cambio se efectúa suavemente [plásticamente] gracias a un simple incremento del envío de unidades de tonicidad muscular y la acumulación cuantitativa de unidades en la línea de fuego. El disparo lento de tonicidad se convierte en un tiroteo nutrido y más rápido” (Sherrington, 1940a, págs. 237-238).

Más adelante señala que el reflejo rotuliano (tomado como paradigma del reflejo miotático) es “*la piedra de toque del tono muscular*”, en la medida en que la operatividad de este último, tal como vimos, depende de aquél. Afirma entonces que “*el reflejo rotuliano demuestra que el tono es un estado de alerta*. Cuando ese músculo carece de tono, no se consigue in-

ducir la contracción ni con un golpe fuerte, mientras que si el tono es bueno, basta con un golpecito que apenas distiende el músculo” (Sherrington, 1940a, pág. 238, subrayado nuestro).

Desde nuestro punto de vista, entonces, debemos concebir el tono muscular como ese preparativo<sup>155</sup> que constituye un paso previo; un estado de alerta normal, como señala Sherrington.

Imaginemos, por ejemplo, a un cazador que, agazapado en un monte, escondido en las cercanías de una aguada, espera con su fusil en posición de tiro la aparición de una posible presa. Deberá, sin duda, estar alerta, calculando las posibles acciones que se requerirán de acuerdo con la presa y su conducta. Su tono muscular estará por lo tanto incrementado; los brazos que sostienen el fusil y el dedo sobre el gatillo tendrán una particular tensión, mientras que otros músculos se mantendrán en reserva previendo distintas acciones posibles. Todo, al mismo tiempo, deberá sincronizarse en una armónica disposición de conjunto, donde se compatibilicen los tonos de músculos agonistas y antagonistas, para poder, finalmente, llevar a cabo, de manera inmediata y efectiva, cuando llegue la oportunidad, las acciones conjeturadas, las respuestas pre-vistas o pre-pensadas.

Pero el tono muscular no cesa en sus funciones una vez iniciada la acción. Como vimos, mientras ésta se ejecuta, otorga a cada músculo (agonistas, antagonistas y posturales) la tensión necesaria para que el movimiento se lleve a cabo con firmeza, plasticidad y precisión. De manera que, esquemáticamente, *le corresponden dos funciones al tono muscular: una de preparativo o alerta, la otra de soporte*. Cuando ejecutamos una acción voluntaria, el tono muscular, como una acción antigua, brinda los fundamentos, es decir, hace de “fondo”; cuando, en cambio, opera como preparativo de una acción conjeturada, venidera, se transforma en “figura”.

Cabe aclarar que la separación temporal que se desprende de la división antedicha es sólo aparente, ya que los hechos son mucho más complejos. La mayoría de las veces sucede que los preparativos para la acción se realizan dentro de otros movimientos que se están ejecutando. De modo que es difícil separar, en el conjunto integrado y armónico del tono muscular, lo que constituye preparativo de lo que constituye soporte.

<sup>155</sup> En otra oportunidad (Chiozza y colab., 1997f [1996]), al ocuparnos de las fantasías adiposas, planteamos la idea de una fantasía general de reserva que se arroga la representación de los preparativos en general. El tono muscular, como preparativo de la futura acción, bien mirado, es también la reserva de un recurso; sobre todo si pensamos en las “unidades de tonicidad muscular” y su “acumulación”, que señala Sherrington en el texto citado, aquellas que nosotros comparamos con los numerosos efectivos de guardia en la estación de bomberos.

Un ejemplo preciso de tales acciones superpuestas sería el del jugador de fútbol que, mientras corre utilizando los tonos adecuados que sostienen esa acción, se prepara para patear la pelota. La superposición, en el tiempo, de las acciones en curso con los preparativos para acciones inmediatas es, desde otro punto de vista, la coexistencia de diversas potencialidades en las distintas fases de un proceso uniforme y progresivo. Sólo cuando hacemos, con fines descriptivos, un recorte limitado y esquemático de estos complejos procesos, aislándolos de su contexto general, podemos decir que en un caso el tono muscular funciona como “figura” y en otro como “fondo”.

Ahora bien, cuando el tono muscular, al modo de un estado de alerta, opera como preparativo, obedece, como es lógico suponer, a determinadas expectativas futuras que serán las que condicionan su cualidad. Así, por ejemplo, el tono muscular necesario para caminar será distinto cuando se camina por una vereda que cuando se camina por una cornisa. En este último caso, al tono muscular necesario para caminar se le sobreañade el “tono extra” que prepara frente a una eventual caída. La expectativa, en ese caso, nos hace presuponer mayores demandas, adelantarnos a las exigencias de las circunstancias conjeturadas; es decir, estar alerta.

Podemos incluso pensar que si el estado de alerta adquiere demasiada investidura, llegará un punto en que comenzará a perderse la armonía necesaria entre las dos funciones que desempeña el tono muscular. Cuando el tono falla como “fondo” de la acción en curso que “sostiene”, comienza a resaltar como la “figura” de un preparativo que entra en competencia con el acto voluntario que se está ejecutando. Veamos un ejemplo esquemático: si una persona que está llevándose a la boca una taza de té percibe algo que puede constituir una amenaza para su propia integridad, ingresa en el estado de alerta. Es posible que entonces deba detener la acción en curso, o también que derrame sobre sí el contenido de la taza.

Como veremos, la interferencia en el actuar que surge cuando se incrementa el tono muscular durante el estado de alerta, nos permitirá comprender las alteraciones del movimiento que se presentan en la enfermedad de Parkinson.

## 2. La alerta y la atención

La palabra “alerta”, según la Real Academia Española (1992), significa estar y andar con vigilancia y atención. También es una interjección que se emplea para incitar a la vigilancia. Onions (1966) señala que proviene del italiano *all'erta*, donde el sufijo *erta* proviene del latín *erectus*, de *erigere*,

que se traduce como erecto, erigido o erguido. En italiano, *erta*, por comparación con el erguirse, significa también torre elevada, de vigilancia.

“Alerta”, entonces, etimológicamente significa erguido; esto se comprende si pensamos que cuando alguien sentado percibe o supone que va a ser atacado, lo primero que hace es ponerse de pie, erguirse para la defensa o la huida. La equivalencia etimológica entre el alertarse y el erguirse nos lleva a pensar que la acción que el tono ejecuta (ponerse en disposición) es una “primera acción” que queda adecuadamente simbolizada en el ponerse de pie.

En este mismo sentido, cuando un ataque que no preveíamos nos toma de sorpresa y no podemos reaccionar con eficacia, solemos decir que “nos agarró mal parados”. Recordemos también que, como señala la neurofisiología, el tono muscular es el fundamento del tono postural que permite la postura erecta. En otras palabras, lo que llamamos tono postural es el tono muscular necesario para “sostener” la postura corporal, que debe ser entendida como una acción en curso.

En síntesis, y tal como se desprende de los significados explorados, estar alerta significa erguirse y registrar “desde un punto alto” todo lo que pasa; vigilar erguido, con las piernas listas para correr y los brazos libres para la defensa, de modo que nada nos tomará “mal parados”. Podemos afirmar entonces que *ponerse en disposición para posibles acciones es la acción eficaz que corresponde al estado que, por el hecho de quedar simbolizado por el “ponerse de pie”, denominamos alerta*.

Sherrington, refiriéndose a la sensación mediante la cual se manifiesta en nuestra conciencia el incremento del tono muscular, dice: “Percibimos el tono muscular por la reacción del músculo en tanto que órgano sensorial. La ‘percepción’ es muy parecida a la que ‘siente’ un pescador atento a tirar de la caña cuando el pez muerde la carnada. Esta vigilancia ‘submental’ es efectivamente un estado de concentración nerviosa, listo para la respuesta inmediata a cualquier novedad” (Sherrington, 1940a, pág. 238).

La descripción del tono muscular que hace Sherrington y las consideraciones precedentes que vinculan el tono con el estado de alerta, permiten trazar un llamativo paralelo con lo que Freud dice de la atención<sup>156</sup>: “la atención psíquica es la investidura de las mismas neuronas que son portadoras de la investidura-percepción”, es decir, una sobreinvestidura; agrega luego que “la atención consiste, entonces, en establecer la situación psíquica del estado de expectativa aun para percepciones que no coinciden tampoco parcialmente

<sup>156</sup> Nótese, para enfatizar lo dicho por nosotros, que vigilancia y atención, los dos términos con que la Real Academia Española (1992) define “alerta”, son los mismos que utiliza Sherrington en el párrafo citado precedentemente.

con investiduras-deseo” (Freud, 1950a [1895]\*, pág. 409). Aclara que biológicamente “ha cobrado importancia enviar una investidura al encuentro de todas las percepciones” (Freud, 1950a [1895]\*, pág. 409).

El tono muscular, como estado de alerta, constituye un símil motor de la atención perceptiva; la distribución de las investiduras motoras se desplaza de un modo semejante al de las investiduras perceptivas de la atención. Podríamos decir entonces que *la atención es a la percepción lo que el tono es al movimiento o, también, que el tono muscular es el modo de estar muscularmente atentos, mientras que la atención es una especie de “tono perceptivo”*.

### 3. El estado de alerta y el estado de alarma

La palabra “alerta”, referida como vimos al estar atento y vigilante, puede utilizarse como sinónimo del término “alarma” (Océano, 1990). Alarma literalmente significa “al arma”; es la orden de prepararse inmediatamente para la defensa o el combate (Moliner, 1986) con el arma en la mano (Real Academia Española, 1992).

La palabra “arma” proviene del latín *armus*, que significa “instrumento usado para el combate”; deriva del indoeuropeo *armo*, “brazo”, y de *ar*, “ajustar, encajar” (Gómez de Silva, 1993). Según Monlau (1946), *armus* refería originariamente a “hombro”, articulación del húmero con el omóplato, y de allí adquiriría el sentido de “juntar, adaptar”<sup>157</sup>. De modo que cabría suponer que la idea de arma surge ligada a la utilización del brazo como instrumento para el combate; en otras palabras: que el brazo fue la primera arma. Este sentido etimológico, aún vigente en idiomas como el inglés donde *arm* significa al mismo tiempo arma y brazo (Cuyás, 1972), revela que los instrumentos para el combate son un símbolo del brazo y de allí su nombre genérico.

Así como el estado de alerta, en su sentido etimológico, significa pararse, erguirse para la pelea, el estado de alarma, etimológicamente, representa el “estar armado”, el tomar las armas. Lo evidencia el hecho de que los términos “alarma” y “alerta” sean considerados sinónimos. Aunque son muy similares, el estado de alerta alude a la primera acción (ponerse de pie para la lucha o la huida), y el estado de alarma, al hecho, posterior, de tomar el arma.

<sup>157</sup> También en español “armar” significa, al mismo tiempo, “proveer de armas” y “concertar y juntar entre sí las varias piezas de que se compone un mueble, artefacto, etc.” (Real Academia Española, 1992).

Si bien los términos “alerta” y “alarma” pueden utilizarse indistintamente con el significado de “dar aviso”, “alarma”, a diferencia de “alerta”, posee una segunda acepción. Significa también la “sensación que se experimenta por la aparición de un peligro”, la intranquilidad, el estado de quien teme algo. Es decir que, por su segunda acepción, el vocablo “alarma” denota un sentimiento. Lo mismo sucede con las formas verbales de estos términos; mientras que “alertar” significa “poner alerta, poner sobre aviso, poner en guardia, avisar... de cierto peligro o amenaza”, “alarmar”, en cambio, se define como asustar (Moliner, 1986).

Esta diferencia se hace más ostensible si exploramos el sentido que los usos del lenguaje asignan al participio pasado de uno y otro término. Mientras que el estar alertado implica la realización de la acción eficaz de “estar preparado”, el estar alarmado, lejos de significar el estar armado (preparado), denota un *estado afectivo* caracterizado por el fracaso de esa acción eficaz. Nos sentimos alarmados cuando nuestro estado de alerta resulta insuficiente como preparativo para los acontecimientos temidos. En síntesis: *estar alertado es una acción; estar alarmado, en cambio, es un afecto que surge del fracaso en la acción eficaz de estar alerta.*

En adelante consideraremos, por lo tanto, que el estado de alerta es una acción en curso (estar alerta) y que el estado de alarma es un afecto (estar alarmado) surgido del fracaso de esa acción. En ambos estados, el tono muscular desempeña un rol preponderante.

#### **4. El sentimiento de alarma: una forma muscular del miedo**

En otra oportunidad (Chiozza y colab., 1993i [1992]), estudiando la clave de inervación del miedo, señalábamos que Dumas (1932-1933) distingue, entre las formas del miedo, un miedo activo, en el que predominan los fenómenos de hipertonía y excitación. “La hipertonía del miedo –decíamos– representaría un estado de alerta constante (Salzman, 1991), de estar en guardia frente a la inminencia de emprender una acción de defensa o retirada. Cuando la hipertonía adquiere un carácter extremo se transforma en parálisis rígida. El sujeto se siente impedido de realizar acciones de defensa o de huida y queda ‘inmóvil como una estatua’” (Chiozza y colab., 1993i [1992], apdo. IV.d).

La existencia de distintas formas del miedo nos conduce a pensar que, sin duda, cabe atribuir a este afecto una clave de inervación muy compleja, constituida por diferentes elementos cuyas investiduras contribuyen a configurar miedos cualitativamente distintos. Expresiones tales como “estar

con el corazón en la boca” o “ponerse blanco”, y las sensaciones de sudor frío, palpitaciones o palidez que se vinculan con el miedo, nos permiten distinguir un tipo de miedo en el que parecen destacarse los elementos vasculares. Los usos lingüísticos “tragar saliva”, “nudo en el estómago”, “cagazo” y “no le cabe un alfiler”, que se refieren a bien definidas sensaciones corporales, testimonian acerca de otras formas del miedo en las cuales predominan los trastornos digestivos.

El miedo activo que describe Dumas y que vincula con la hipertonia y con la excitación, corresponde a una forma del miedo en la cual las inervaciones musculares (el tono) desempeñarían un rol preponderante. Pensamos que a esta forma del miedo se refiere la expresión “alarmado”, que, como dijimos, denota un fracaso en la acción eficaz de estar alerta. Como veremos luego, la hipertonia del miedo activo (sentimiento de alarma) puede ser comprendida como resultado del *fracaso en el logro del tono muscular* correspondiente a una alerta eficaz.

En la forma de miedo que ahora nos ocupa, caracterizada por la hipertonia y por la excitación, sobresalen dos fenómenos distintos que los usos habituales del lenguaje vinculan con el miedo: el *paralizarse* y el *temblar*. Se trata precisamente de los fenómenos que Parkinson consignó como síntomas patognomónicos, característicos de la enfermedad que lleva su nombre. Recordemos ahora, nuevamente, que lo que Parkinson, en sus pioneras descripciones, definió como parálisis, hoy, a la luz de los conocimientos actuales, se denomina rigidez.

## 5. Acerca de la rigidez

Recordemos también que los ganglios basales, al modo de una increíble y sofisticada computadora, regulan el tono general y la combinatoria de diferentes tonos, acorde con los movimientos que se van a realizar. Sherrington señala el asombro que produce esta complejidad sutil en la integración coordinada de cada uno de los actos, y afirma que “en cada momento que pasa, somos un conjunto de actos realizados simultáneamente, y nunca ninguno de los actos que realizamos entorpece el acto principal. Ninguna parte del conjunto puede entorpecer a la pieza clave de la pauta de acción... La pieza clave<sup>158</sup> es la cúspide de la acción unificada del momento. Su propósito varía

<sup>158</sup> Pensamos que cuando Sherrington dice “la pieza clave del movimiento que se está ejecutando” se refiere a lo que en este trabajo hemos llamado la “figura” del movimiento.

enormemente: puede ser el gol marcado por un delantero o la incisión minúscula y precisa del cirujano en un ojo. El individuo no puede escindirse en dos actos principales simultáneos” (Sherrington, 1940a, pág. 173-174).

Esa coherencia del accionar puede verse alterada por diferentes motivos. Puede ocurrir, por ejemplo, que acciones complejas requieran, para su realización eficaz, una capacidad mayor de la que el sujeto posee. Otra posibilidad, ya consignada en nuestro ejemplo de la taza de té, es la brusca instalación de un estado de alerta, de elevada investidura, capaz de interferir la acción en curso. Sin embargo, la posibilidad que más nos interesa consiste en que el fracaso de la acción surja como producto de un conflicto en la intención.

Si contemplamos la descripción de Sherrington desde nuestra perspectiva psicoanalítica, resulta conmovedora la imagen de la perturbación que podría introducir en la perfección del accionar unificado, la simple consideración de un propósito inconciente que contraste con la intención conciente. En este caso, la esperada congruencia que reclama la voluntad conciente se rompe, y el individuo, escindido entre motivaciones contrapuestas, pierde la unicidad del propósito conciente.

Para ejemplificar los gradientes de eficacia en la acción y sus posibles complejidades, podemos imaginar lo que sucede en el sencillo acto de tomar un pocillo de café para trasladarlo, en casa ajena, hasta el escritorio, considerando tres circunstancias distintas.

- 1) Un primer caso sería aquel en que la acción se lleva a cabo eficazmente con el fondo muscular necesario.
- 2) Un grado de mayor complejidad correspondería al caso en que el pocillo estuviera lleno hasta el borde. El deseo de no volcar el café junto al aumento de las posibilidades de volcarlo exige entonces un incremento del tono muscular para obtener una coordinación más precisa. En este caso, el tono muscular que antes operaba como fondo de la acción conciente (transportar el pocillo), ahora incrementado, es catapultado al primer plano por la expectativa y se transforma en “figura” como preparativo y como consecuencia del estar “sobre aviso” acerca de lo que puede suceder. El sujeto está *atento* a cada movimiento que realiza, en una disposición parangonable al estado de alerta; este estado tiende a excluir la posibilidad de realizar otras acciones al mismo tiempo y resta disposiciones al ejercicio simultáneo de otras habilidades.
- 3) Un tercer caso, por fin, ocurre cuando el “deseo conciente de no volcar el café” se acompaña de mociones contrastantes inconcientes (“deseo de volcar el café”, por ejemplo) de magni-

tud equivalente. *El escaso dominio que la voluntad conciente es capaz de ejercer sobre las mociones inconcientes hiperintensas determina una cierta incapacidad en el preparativo adecuado para la acción que, concientemente, se busca ejecutar. Se condiciona así un fracaso en la acción eficaz para alcanzar un estado de alerta adecuado, y la percepción (conciente o inconciente) de ese fracaso determina la emergencia de un afecto que acompaña a la acción: el “temor de volcar el café”. El miedo que hemos ejemplificado como “temor de volcar el café”, es ya un sentimiento de alarma (conciente) y, como tal, se manifiesta en un exceso del tono muscular que “entorpece” el accionar y colabora para dificultar la ejecución del propósito conciente.*

Hemos diferenciado, entonces, un “gradiente” en el aumento del tono muscular, que representa, simplícidamente, un cambio cualitativo en el *concierto* de las funciones de distintos músculos.

- 1) En el primer caso, el tono es el “fondo” que sostiene la acción que se ejecuta de manera “normal”.
- 2) En el segundo caso, la ejecución de la acción en estado de alerta implica un tono muscular “mayor” que pasa, entonces, a ser “figura” y tiende a excluir o perturbar otras acciones.
- 3) En el tercer caso, determinado por un conflicto inconciente, nos encontramos frente a dos factores distintos que coinciden en la alteración del tono muscular:
  - a) La preparación que conduce al estado de alerta, cuando, bajo la influencia de propósitos contrastantes, es percibida como insuficiente o como inadecuada para la acción prevista, y se manifiesta como un aumento “ineficaz” del tono que abre paso al estado afectivo de alarma.
  - b) El sentimiento de alarma, cuya condición hipertónica puede ser interpretada como un suceso motor filogenéticamente justificado y que, en tanto tal, se manifiesta como una nueva instancia en la perturbación de la acción prefigurada.

Tal como lo acabamos de exponer, la expectativa ambivalente entre dos deseos opuestos se traduce en un preparativo igualmente ambivalente. El conflicto queda expresado en la inervación, a un mismo tiempo, de diferentes conjuntos musculares (por ejemplo, agonistas y antagonistas). El

desenlace es una cierta falta de plasticidad (rigidez) que expresa adecuadamente, como solución de compromiso, la coexistencia de ambos deseos. Sin embargo, desde el punto de vista del deseo conciente, esta rigidez impide (o entorpece) la eficaz ejecución de la acción proyectada, emergiendo así un afecto centrado en la sensación de rigidez; es decir, una hipertonía muscular que se experimenta como la sensación somática propia de esa forma del miedo que describimos como sentimiento de alarma.

Una situación análoga a la que describimos con el ejemplo del pocillo de café, es lo que suele llamarse el “fierro del deporte”. Consiste en una ligera rigidez muscular que se experimenta frente a ciertas contiendas deportivas, privando a los movimientos de la necesaria plasticidad. Sabemos que esto ocurre cuando sobre la contienda deportiva se transfieren intensas expectativas edípicas inconcientes que espejan el triunfo y la derrota con el incesto y la castración. Pasan a ser, entonces, situaciones de intensa ambivalencia, donde la imposibilidad de llevar a cabo una alerta eficaz se experimenta como sentimiento de alarma. El incremento del tono muscular, el sentirse “afierrado”, es su signo más característico.

## 6. Acerca del temblor

Habitualmente se considera que el temblor es un síntoma vinculado específicamente con el afecto miedo. Es un componente de la clave de inervación de dicho afecto, y su significado ha sido investigado en otras oportunidades (véase, por ejemplo, Darwin, 1872*a*; Chiozza y colab., 1993*i* [1992]).

Desde el punto de vista fisiológico suele pensarse que el temblor surge como agotamiento de la rigidez; así, el soldado que espera, tenso e inmóvil con el fusil en la mano, se agota y comienza a temblar cuando el enemigo no aparece. Si profundizamos en la cuestión, vemos que este punto de vista bien puede integrarse con aquel otro que vincula el temblor con el afecto miedo. En efecto, podemos pensar que si la necesidad de estar alerta se mantiene porque aquello para lo cual el sujeto se prepara no sucede, esto significa que algo de su preparativo es inadecuado. Encontramos así el fracaso en la acción (estado de alerta ineficaz) que determina la emergencia del afecto correspondiente; esa forma particular del miedo que llamamos sentimiento de alarma.

Como vimos en el apartado anterior, la rigidez, como incremento del tono muscular, expresa el deseo de inhibir o paralizar la acción cuando

ésta nace de expectativas ambivalentes. Podemos pensar ahora que el temblor, en sí mismo, sería un paso más en la expresión de aquella ambivalencia. Como si el sujeto, no pudiendo paralizar eternamente la acción mediante la hipertonía, comenzara a titubear, dudando entre emprender o no la acción o, si se quiere, entre emprender esta acción o alguna otra. Desde este punto de vista, el temblor es la expresión de una incertidumbre que se manifiesta en la esfera motriz, frente a la necesidad de hacer, en general, como un titubeo<sup>159</sup>.

El temblor, que representa cabalmente a la ambivalencia y al titubeo, constituye también una alternativa de la rigidez para inhibir la acción. Puede pensarse que frente al hecho de no poder mantener la rigidez por más tiempo, se recurre al temblor, representante de una alternancia entre las acciones que resulta en una análoga inhibición de ambas. Se tiembla de miedo, entonces, porque aquello de lo que se desea huir es también lo que se quiere ir a buscar; de modo que el temblor es la “manifestación física” de esa ambivalencia. Expresiones lingüísticas como “no me temblará el pulso” aluden a la negación de las dudas y la ambivalencia que el temblor expresa.

Del mismo modo que el temblor puede considerarse una alternativa de la rigidez, podría pensarse también que la rigidez, constituida por la simultánea investidura de agonistas y antagonistas, sería una forma peculiar de temblor, un “temblor rápido” que no se exterioriza como tal. Así, rigidez y temblor constituyen dos alternativas que pertenecen a una misma serie; tanto el paralizarse de miedo, como el temblar de miedo, expresan una ambivalencia en el obrar que caracteriza la forma muscular del miedo que llamamos sentimiento de alarma.

<sup>159</sup> El filósofo danés Sören Kierkegaard (s/f) escribe un libro que titula, no casualmente, *Temor y temblor*, en el que se refiere al héroe bíblico Abraham. En el mito, Abraham, en su vejez y luego de un matrimonio estéril, es bendecido con un hijo, Isaac. Sin embargo, pasado un tiempo, el mismo Dios que le confirió esa felicidad se la quita diciéndole: “Toma a tu hijo, tu único hijo, el que amas, Isaac; ve con él al país de Morija, y allí ofrécelo en holocausto sobre una de las montañas que te diré”. Kierkegaard destaca la perplejidad que a él le produce la descripción de Abraham, que emprende las acciones conducentes a la muerte de su amado Isaac sin titubeos. Interpreta esa cualidad del movimiento como expresión de una pasión que, a pesar del absurdo, se desenvuelve sin contradicciones (sin ambivalencia diríamos nosotros). El movimiento unívoco de Abraham representa para Kierkegaard la fe del héroe; su no temblar cuando tiene que empuñar el cuchillo, es corroboración de su confianza a pesar del absurdo. En contraste con el héroe sobrehumano, el filósofo describe su propia perplejidad y las sensaciones que en él convoca la actitud del héroe.

## 7. La desestructuración patosomática del sentimiento de alarma

El estado de alerta, como vimos, es una acción en la que el incremento del tono muscular constituye su característica predominante. Tal incremento del tono se alcanza por una disminución en el efecto inhibitor que ejerce la dopamina sobre los ganglios basales; en otras palabras, al disminuir la acción dopaminérgica, los ganglios basales “se liberan”.

De acuerdo con la teoría psicoanalítica, cuando una acción no alcanza a ser eficaz surge como remanente un afecto específico. Frente a un estado de alerta ineficaz, como ya señalamos, el afecto que surge es el sentimiento de alarma. Este afecto, como señal y símbolo (Chiozza y colab., 1993i [1992], apdo. III; Chiozza, 1995O; Boari, 1999; G. Chiozza, 2000) de la alerta, se halla centrado sobre la sensación somática que se experimenta con el incremento del tono muscular. Por lo tanto, podemos afirmar que *el incremento del tono muscular (o, si se quiere, la disminución del efecto inhibitor dopaminérgico<sup>160</sup> que, hasta donde hoy se sabe, lo origina) es el elemento más representativo de la clave de inervación del sentimiento de alarma.*

Cuando el sentimiento de alarma se hace intolerable, su clave de inervación defensivamente se desestructura. El total de la investidura de la clave se desplaza sobre el elemento más representativo del conjunto (Chiozza, 1975c), es decir, sobre la disminución del efecto inhibitor dopaminérgico. El nuevo incremento resultante del tono muscular, privado de su vinculación tanto con el estado de alerta como con el sentimiento de alarma, se experimentará en la conciencia como rigidez y temblor, los mismos síntomas que describiera Parkinson para la enfermedad que hoy lleva su nombre.

En otras palabras: en el enfermo de Parkinson, la rigidez y el temblor serán símbolos del sentimiento de alarma, ahora “inconciente”; de su sensación de hallarse amenazado sin poder lograr una alerta eficaz que le permita anticipar las acciones necesarias. Estos síntomas expresan tam-

<sup>160</sup> Por “disminución del efecto inhibitor dopaminérgico” entendemos, en sentido amplio, todo cuanto hace al tipo de incremento del tono muscular presente en la enfermedad de Parkinson; ya sea que se trate de una disminución o alteración de la producción o liberación de dopamina, una disminución o alteración en la estructura o concentración de receptores para la dopamina, o de cualquier otro factor (conocido o por descubrirse) que pudiera redundar en un efecto similar. Entendemos que el proceso involucrado en la enfermedad de Parkinson es algo más complejo que la disminución cuantitativa de la dopamina, como se desprende de la imposibilidad de revertir completamente el trastorno por medio de la administración exógena de este neurotransmisor.

bién la ambivalencia respecto de las acciones, ambivalencia inherente al sentimiento de alarma: el debatirse entre el apremio por actuar y las dudas sobre qué acción ejecutar. Una lucha genialmente intuida por quienes originariamente asignaron a la enfermedad el nombre de parálisis agitante, que refleja esta paradoja.

## **8. El estado de alerta como actualización de un recurso filogenético**

En una oportunidad anterior, refiriéndonos a la función motora y sus estructuras, decíamos, siguiendo a Bateson (1972), que tanto los procesos perceptivos como motores actuales suponen procesos antecedentes, y que estos últimos funcionan hoy como una “trama de fondo” inconciente, constituida por aquellas antiguas configuraciones que, en su momento, fueron concientes. Concluíamos señalando que “tal vez sea posible decir, de un modo esquemático, que el sistema extrapiramidal, que se ocupa del tono y la coordinación muscular inconciente, organiza la ‘trama de fondo’ de todo movimiento voluntario o intencional, mientras que la ‘figura’ de ese movimiento depende de la función piramidal” (Chiozza, 2001a [1986-1997], cap. XI, apdo. “Trama y figura de la acción motora”).

Sin embargo, como ya dijimos, cuando la “pieza clave” es el preparativo para un movimiento futuro, el tono muscular ocupa el papel central y recupera entonces la condición de “figura” que poseía en el pasado; tal es el caso del estado de alerta en donde el adecuado aumento de tonicidad muscular coloca al sujeto en las mejores condiciones de respuesta motora.

Si bien el estado de alerta puede alcanzarse desde una disposición conciente, el tono muscular que conforma dicho estado no pertenece a la motricidad voluntaria. Tal cual se desprende de la neurofisiología, esta sobreinvestidura de la tonicidad muscular se alcanza cuando los centros superiores (a través de la sustancia *nigra*) cancelan la inhibición dopaminérgica sobre los ganglios basales, rectores del sistema extrapiramidal. En otras palabras, podríamos decir que la acción que permite alcanzar el estado de alerta consiste, paradójicamente, en un “dejar de hacer”, un desistir del “control superior” sobre estructuras evolutivamente más antiguas. De este modo, los ganglios basales pasan al primer plano del requerimiento motor; se convierten, entonces, en la vanguardia motriz, recreándose una modalidad de funcionamiento regresivo.

Como antes señalamos, el sistema extrapiramidal, tal cual lo conocemos en el hombre, aparece por vez primera en los reptiles, y es en ellos donde se

constituye en la “avanzada” de la motricidad. La imagen del cazador a la espera de la presa, que utilizamos como ejemplo del estado de alerta, encuentra su mejor paradigma en el atavismo del reptil que, por ejemplo con su lengua, se dispone a cazar un insecto. Quieto sobre la hierba, mimetizado con el entorno, acecha a su presa con la mirada fija y los ojos siempre abiertos, esperando para responder como un resorte en el momento oportuno.

Este modo de funcionamiento regresivo puede resultar útil en ciertas ocasiones donde las posibilidades de alcanzar la eficacia dependen menos del pensamiento, la cavilación y la duda que de la respuesta rápida, precisa y automática. En tales situaciones, la regresión a la forma de motricidad de los reptiles resulta una adecuada actualización funcional.

Sin embargo, en las ocasiones en las cuales el éxito de la acción depende de un ejercicio sostenido del pensamiento y la voluntad, las acciones automáticas demuestran ser intempestivas y estereotipadas. Lo que puede resultar útil al boxeador, será ineficaz para el caso del ajedrecista.

Tal es el caso, pensamos, de la enfermedad de Parkinson, donde la regresión inadecuada a la forma de motricidad de los reptiles se evidencia en el hecho de que ciertas constelaciones sintomáticas parecen remedar la figura del reptil, que antes hemos descrito.

Su inexpresividad y quietud remedan la falta de mímica en la expresión de los reptiles. La cara inexpresiva, de jugador de póker, puede ser comprendida como una manifestación del deseo de no dejar traslucir el miedo y también como la actitud de no alertar a la presa. La inhibición del parpadeo, que le es inherente, expresa la necesidad de estar “con los ojos bien abiertos”<sup>161</sup>, en un intento de agudización de la percepción.

## 9. A modo de conclusión

El psicoanálisis nos enseña que la aparición de una enfermedad puede ser comprendida a partir de la idea de una “serie complementaria” entre distintos factores. Uno de ellos es la constitución con la cual el sujeto nace; otro, los traumas accidentales experimentados durante los primeros años. Ambos factores determinan la disposición a enfermar (Freud, 1916-1917

<sup>161</sup> Decíamos en un trabajo anterior que la expresión “abrir los ojos” alude “al estado de alerta, al incremento de la atención que es necesario implementar ante una situación novedosa”; afirmábamos también que “hubo en el pretérito situaciones ‘concretas’ ante las cuales fue necesario estar alerta. Formaban parte de este estado, el acto de abrir los ojos...” (Chiozza y colab., 1993e [1992], apdo. III.d).

[1915-1917]\*). Esta disposición puede concebirse también como aquella particular modalidad de respuesta que llamamos carácter.

Booth (1948), estudiando la enfermedad de Parkinson desde lo que, acorde a nuestro punto de vista, serían sus resignificaciones secundarias (Chiozza, 1963a, 1998b [1970]; G. Chiozza, 1996b), señala que estos pacientes demuestran tener lo que denomina una “actitud religiosa respecto del éxito”, que se manifiesta a través de un accionar agresivo con intensos deseos inconcientes de lograr superioridad. Esta actitud condiciona un particular temor a fracasar que, a la vez, incrementa la expectativa de una posible acción exitosa<sup>162</sup>.

A nuestro juicio, el éxito al que se refiere Booth corresponde a un tipo particular de reconocimiento que se vincula más con los logros alcanzados que con las obras realizadas. Resulta interesante destacar la diferencia conceptual que existe entre estos dos términos. Moliner (1986) señala que la palabra “lograr” proviene de latín *lucrare* (lucrar) y significa “conseguir, llegar a tener algo que se desea”. “Logro” significa también lucro, y menos frecuentemente, usura. Según Gómez de Silva (1993), “lograr” se vincula también con el germano antiguo *guadarlon*, cuyo equivalente castellano es “galardón”, que significa “premio como recompensa”. El término “obra”, por su parte, significa “algo hecho o realizado con esfuerzo o trabajo” y deriva del latín *opera*, que significa “trabajo, esfuerzo” (Gómez de Silva, 1993).

Pensamos que quien enferma de Parkinson tendría, como rasgo de carácter, la señalada tendencia a valorar el logro por sobre la obra; de manera que, más allá de su capacidad de trabajo y esfuerzo, valoraría sobre todo los resultados. Si bien esta particular constitución del carácter no excluye la realización de obras, implica sí, un anhelo sobreestimado por el logro, dado que, desde su punto de vista, sólo este último reporta el deseado reconocimiento. En otras palabras, en la medida en que predominen los aspectos parkinsonianos del carácter, el sujeto experimentará la obra realizada sólo como un medio para lograr un determinado galardón, galardón sin el cual lo realizado le parece menos valioso.

Esta sobrevaloración de los logros parece coincidir con aquellos esquemas de acción que describimos al referirnos a la modalidad de respuesta de los reptiles. En efecto, esta modalidad, muy similar al movimiento reflejo, consiste en aplicar automáticamente, con rapidez y precisión, esquemas de

<sup>162</sup> El análisis que hace Booth, centrado en la conflictiva edípica de estos pacientes, contextúa las tendencias agresivas y el temor al fracaso en términos de triunfo edípico y castración. Pensamos que este conflicto también podría hallar figuración, por ejemplo, a nivel paranoide-esquizoide, alrededor de las fantasías de devorar o ser devorado.

acción previamente incorporados. Justamente el carácter de automatismo hace que el énfasis de la acción quede puesto en el resultado; es decir, según el reptil obtenga o no la presa deseada.

Como vimos, la enfermedad de Parkinson suele aparecer luego de los 50 años. Finalizado el crecimiento corporal y la etapa reproductiva, en este período adquiere mayor preponderancia, como forma de materialización, la sublimación implícita en la trascendencia (Chiozza y colab., 1997f [1996]).

La conciencia de que la vida tiene un límite se impone con más fuerza, y se hace necesario, entonces, renunciar a muchos proyectos inconclusos. Principalmente a aquellos proyectos que dependían de funciones que ahora comienzan a declinar, como por ejemplo las capacidades motoras. Para decirlo en los términos que acabamos de usar, es una época donde los anhelos de trascendencia se satisfacen mejor a través de las obras que de los logros.

Cuando el sujeto, a partir de la modalidad caracterológica que describimos, permanece fijado a la valoración del logro, transitar esa etapa se le hace particularmente difícil. Así, fijado al éxito que alguna vez pudo reportarle el actuar impulsivo, arrojado y automático, en los ámbitos donde la coordinación y el reflejo son los que deciden la contienda, intenta resolver con automatismos situaciones que requieren de un obrar meditado durante la ejecución de sucesivas acciones. Como consecuencia de su persistencia en los hábitos del actuar impulsivo, interpreta sus fracasos como el producto de un insuficiente estado de alerta frente a un entorno que se le antoja, entonces, peligroso e imprevisible. Su malentendido lo conduce hacia el intento de incrementar y mantener un estado de alerta inadecuado<sup>163</sup>.

La percepción de la merma de sus capacidades y la conciencia del límite que representa el momento de la vida al cual nos referimos exacerbaban el imperativo del logro. Su única esperanza consiste en una última oportunidad: la oportunidad de “dar el batacazo”<sup>164</sup> que le permita conquistar

<sup>163</sup> Esta alerta constante, que se demuestra inadecuada para la situación actual, nos permitiría comprender el fenómeno de la “quinesia paradójal”, es decir, la incongruencia entre la visible dificultad motora general de estos enfermos y su capacidad para reaccionar en forma inmediata en ciertas situaciones inesperadas, como, por ejemplo, capturar en el aire un objeto cuando se le arroja sorpresivamente. Estas situaciones que podrían tomar por sorpresa a cualquier sujeto “desprevenido”, no sorprenden al enfermo de Parkinson, en constante estado de alerta. Podríamos imaginar a un sujeto que intenta jugar al ajedrez implementando los recursos de un boxeador; atento y alerta, para responder de manera automática y refleja, sólo podrá ser eficaz para atajar una pieza que “sorpresivamente” cae del tablero.

<sup>164</sup> Si bien “batacazo” significa en algunos países sudamericanos “triumfo inesperado de un caballo en las carreras” y, por extensión, “cualquier otro triunfo o suce-

el éxito que se le niega. Se ingresa así en un drama que transcurre entre el anhelo de un accionar efectivo y la incapacidad de definir la cualidad de la acción que se debe emprender.

La incapacidad para sostener el estado de alerta adecuado conduce, como ya hemos visto, al sentimiento de alarma. Se cierra de este modo un círculo vicioso en el cual la alerta ineficaz genera un sentimiento de alarma que se intenta resolver, fallidamente, por medio de un estado inadecuado de alerta. El sentimiento de alarma se hace entonces insoportable y, desalocado de la conciencia, retorna bajo la forma de la rigidez y el temblor de la enfermedad de Parkinson<sup>165</sup>.

## 10. Por qué Aarón enferma de Parkinson

Desde muy chico, Aarón aprendió que si quería el reconocimiento de sus padres tendría que lograr algo. Elías, su hermano, era más grande y más fuerte. Todo le salía bien; siempre era “punta”, mientras que Aarón quedaba “cola”.

Piensa que cuando la lucha es desigual hay que estar muy despierto, siempre alerta. Buscar la oportunidad, el atajo, y entonces sí, dar el golpe. Así se logran las grandes cosas. Gana el que está despierto, gana el más rápido.

Por eso dejó el colegio, para cortar camino. Competir con su hermano en el estudio le parecía imposible. Elías era el estudioso, el intelectual; en casa se hacía lo que él decía, y Aarón comprendió que esa era una batalla perdida. El padre era un intelectual frustrado que se dedicaba al comercio

---

so afortunado y sorprendente”, en su primera acepción significa “golpe fuerte y con estruendo que da alguna persona cuando cae”. Por extensión de esta última acepción significa también “caída inesperada de un estado o condición” (Real Academia Española, 1992); es entonces sinónimo de fracaso, ruina y quiebra, y antónimo de éxito (Océano, 1990). Estos sentidos antitéticos del término parecen reflejar la situación del sujeto que describimos, en la cual lo que más ansía es, al mismo tiempo, lo que más teme.

<sup>165</sup> Para figurar este drama, podemos apelar a la conocida historia de Mohammed Alí (Cassius Clay), el boxeador negro, varias veces campeón del mundo, paladín de los derechos de su raza, que vivió sus triunfos como una reivindicación de la dignidad de la misma. Cuando ese hombre que se autotituló “el mejor de todos”, que se propuso “nunca tener miedo”, ve mermar su capacidad efectiva y siente la duda sobre la perduración, más allá de sí, de sus anhelos ideales y reivindicatorios, desiste de la conciencia del conflicto; el miedo que toma la forma de un sentimiento de alarma insoportable se desestructura y aparece ahora como enfermedad de Parkinson.

sin demasiado entusiasmo. Allí Aarón vio su primera oportunidad: trabajar con su padre le permitiría estar más cerca de él, y estando bien despierto, atento a todo, iba a poder lograr que el negocio repunte. La cuestión era aprender rápido, y en eso, más de una vez Aarón lo sorprendió a su padre.

Pero pronto surgieron las discrepancias. Para Aarón era cuestión de tenerse confianza; seguir el instinto, arriesgarse. Así se hacían las cosas. El padre, en cambio, llamaba a eso ser imprudente, y decía que Aarón era demasiado impulsivo, intempestivo. Otra vez, en las discusiones la lucha era desigual. Entonces Aarón pensó que la forma de demostrar que tenía razón era hacer su propio camino, a su manera.

Es posible pensar que cada uno de ellos tenía una parte de la razón. Se puede buscar la oportunidad, pero también hace falta constancia; ir de a poco, paso a paso. Aun si uno logra dar el batacazo, después hay que seguir, mantenerse. Quizás por no tenerlo claro Aarón siempre perdió, rápidamente, lo que rápidamente adquirió.

Nos cuenta que cada vez que conseguía algo, fuera mucho o fuera poco, empezaba a pensar que lo bueno no iba a durar. Eso seguramente influía para que, en lugar de parar, pensar y cuidar las cosas, estuviera enseguida tratando de cambiar. En lugar de atender lo que tenía, se ponía a buscar algo nuevo. Cuando le iba bien fabricando carteras, vivía pensando en comprar una máquina que fabricara envases.

Justamente una máquina que hiciera todo automático, dejándolo libre para poder seguir atento a nuevas oportunidades. Su lema podía expresarse en los términos del deporte: se gane o se pierda una pelota, hay que estar enseguida atento a la que sigue.

Sin embargo, el estado de alerta no puede ser permanente. Por otra parte, la carrera de los deportistas es corta y termina junto con la juventud. Algo similar sucedió con Aarón. A medida que pasaron los años, dejando atrás los 50, su “único” recurso, mantenerse siempre alerta, comenzó a fallar. En esa época de la vida es necesario consolidar el crecimiento logrado y prepararse para ingresar en la vejez.

La vejez no es un período caracterizado por la lucha, la producción y los logros; el futuro se acorta y los logros a largo plazo comienzan a perder importancia. Adquieren importancia, en cambio, las cosas que se desean en función de la continuidad de las generaciones, las cosas que tienen sentido aunque uno no esté allí para verlas. Se busca de este modo la trascendencia, como una manera de prolongar la vida más allá de la propia muerte.

Pero la trascendencia no es algo que “se logra de un solo golpe” certero, no es algo que dependa de un mecanismo aprendido y puesto en marcha en el momento justo. La trascendencia depende más de las obras que de los logros;

una obra intelectual, por ejemplo, depende menos de una buena “ocurrencia” que del esfuerzo continuado que exige la materialización de toda idea.

No debe extrañarnos entonces que a Aarón las cosas comenzaran “a irle barranca abajo”. Cada vez más alarmado por la ineficacia de su único recurso, estar alerta, en lugar de detenerse a pensar, trataba de insistir en ese recurso con mayor tenacidad. Llegó así a quedarse sin saber qué hacer, sin saber “de dónde venían los golpes”, perdió la confianza en sí mismo, y el golpe certero con el que quisiera “dar el batacazo” se le transforma en titubeo.

Antes se trataba de lograr el triunfo, llegar primero, vencer al rival; ahora se trata de evitar la derrota, la humillación, la vergüenza. Ya no se trata de ganar el partido, sino de cómo hacer para no “perder por goleada”. Cuando ve que el proyecto de Raquel, que comprometía todos los ahorros que tenían, se está viniendo abajo, comienza a presentir la derrota que tanto teme, la exacta contracara del triunfo que siempre buscó; su peor pesadilla hecha realidad.

Carente ya de toda capacidad de prepararse para semejante embate del destino, el sentimiento de alarma, en el que lo coloca la posibilidad de la inminente derrota “total”, le resulta insoportable. La enfermedad es el último recurso. Ni se paraliza del susto, ni tiembla de miedo; enferma de Parkinson.

### III. Síntesis

1. La medicina considera que la enfermedad de Parkinson es una afección neurológica, provocada por la muerte de células dopaminérgicas del *locus niger*, un núcleo mesencefálico. Esta lesión determina una merma en la producción de dopamina, neurotransmisor que actúa sobre los ganglios basales inhibiendo su excitabilidad. Los ganglios basales son núcleos del cerebro que integran el circuito extrapiramidal e intervienen en la regulación del tono muscular. De manera que los núcleos, liberados por la ausencia de la inhibición dopaminérgica, promueven un incremento constante del tono muscular.

2. El tono muscular es un estado de semicontracción permanente de los músculos, que opera a través de la contracción alternante de sus fibras constitutivas. Por lo tanto, el músculo, en condiciones normales, conserva, a través del tono, una potencialidad para la acción que permite vencer la inercia e iniciar los movimientos sin dilación, cuando son requeridos. Una vez iniciado el movimiento, el tono aporta la plasticidad necesaria para cada acción particular.

3. En la enfermedad de Parkinson, el tono muscular aumentado determina sus tres síntomas característicos: la lentitud de los movimientos, el temblor en reposo y la rigidez. Estos síntomas tienen al comienzo una manifestación leve, pero cuando la enfermedad progresa dificultan todos los movimientos voluntarios, especialmente en sus fases de iniciación. Asimismo, la generalización del temblor impone movimientos incoercibles. Estas dificultades, cada vez más ostensibles, llegan a abarcar todas las esferas de acción de los enfermos, incluyendo el mantenimiento de la posición erguida y la marcha.

4. El tono muscular opera a través de una estructura neuromuscular que es la misma que sustenta al reflejo miotático; de allí que se considere que ese reflejo es la base del tono. Sobre esta analogía y teniendo como premisa su condición de disposición para la acción, Sherrington equipara el tono muscular con un básico estado de alerta. Este estado de alerta normal o fisiológico admite dos funciones: cuando ejecutamos una acción voluntaria, el tono muscular brinda el soporte necesario, es decir, constituye su fondo; cuando, en cambio, se constituye como preparativo de una acción presumible, pasa a ser figura.

5. Toda acción llevada a cabo eficazmente reclama el concurso armónico de los tonos de diferentes músculos, por ejemplo, agonistas, antagonistas y posturales. Cuando el movimiento a realizar es habitual se lleva a cabo con el tono muscular normal o, lo que es lo mismo, con un estado de alerta básico. Si, en cambio, el movimiento es novedoso o requiere de mucha precisión, se produce un incremento del tono en pos de la eficacia requerida. Acciones como caminar por una cornisa, que suponen una situación de peligro, también se acompañan de un incremento del tono muscular, correspondiente a las expectativas que acompañan a la acción.

6. La palabra “alerta” significa andar con vigilancia y atención; la acción eficaz que corresponde al estar alerta es “ponerse de pie” y en disposición para nuevas acciones. Ponerse de pie simboliza a la “primera acción”, de allí que el tono muscular quede representado también por el tono postural. La disponibilidad para las nuevas acciones equivale a una sobreinvestidura equiparable a la de la atención perceptiva, de modo que puede considerarse que el tono muscular es a la acción, lo que la atención es a la percepción.

7. El término “alerta” se vincula estrechamente con el término “alarma”, que significa literalmente “dirigirse hacia tomar las armas”. Así como el estado de alerta, en su sentido etimológico, significa adoptar la posición erecta, el estado de alarma, etimológicamente, representa el dirigirse hacia tomar las armas. Mientras que estar alertado es una acción, estar alarmado

es sobre todo un afecto que surge del fracaso en la acción eficaz de estar alerta. Tanto en el estado de alerta como en el sentimiento de alarma, que surge cuando el estar alerta resulta insuficiente, el tono muscular desempeña un rol preponderante.

8. La existencia de distintas formas del miedo nos conduce a pensar que el afecto “de alarma” posee una clave de inervación muy compleja, constituida por diferentes elementos que configuran miedos cualitativamente distintos. Corresponde, por lo pronto, a una forma del miedo en la cual el tono muscular desempeñaría un rol preponderante. La hipertonía del afecto “de alarma” puede ser comprendida como resultado del fracaso en el logro del tono muscular adecuado correspondiente a una alerta eficaz. En esta forma del miedo sobresalen dos sensaciones: el paralizarse y el temblar.

9. La congruencia en la ejecución del movimiento depende no sólo de los propósitos concientes, sino también de las fantasías inconcientes inherentes a las acciones. Cuando existen fantasías inconcientes que generan expectativas contrastantes respecto de la motivación conciente, la acción se tiñe de ambivalencia. La expectativa ambivalente entre dos deseos opuestos se traduce en un preparativo igualmente ambivalente. El conflicto queda expresado en la inervación, a un mismo tiempo, de diferentes conjuntos musculares (por ejemplo, agonistas y antagonistas). La rigidez resultante expresa adecuadamente, como solución de compromiso, la coexistencia de ambos deseos. Dado que, desde el punto de vista del deseo conciente, esta rigidez impide (o entorpece) la eficaz ejecución de la acción, emerge un afecto centrado en la sensación de rigidez (hipertonía): el sentimiento de alarma.

10. El temblor expresaría una incertidumbre respecto al hacer en general que se manifiesta motrizmente como titubeo. Constituye también una alternativa de la rigidez para inhibir la acción. Del mismo modo podría pensarse que la rigidez, constituida por la simultánea investidura de agonistas y antagonistas, sería una forma de “temblor rápido”. Así, rigidez y temblor constituyen dos alternativas que pertenecen a una misma serie; tanto el paralizarse de miedo, como el temblar de miedo, expresan una ambivalencia en el obrar que caracteriza al sentimiento de alarma.

11. La acción que permite alcanzar el estado de alerta consiste, paradójicamente, en una suspensión de la voluntad conciente, es decir, el sujeto recurre a los automatismos de las acciones reflejas. Esta modalidad equivale a la actualización de un modo de funcionamiento que llamamos “reptil”, ya que en este orden zoológico constituye la avanzada de la motricidad. Dependiendo de la situación de que se trate, esta actualización, tendiente a liberar las acciones de la interferencia de la conciencia, puede ser acorde a fines o puede constituir un mapa equivocado.

12. En condiciones normales, el estado de alerta resulta eficaz para anticipar los peligros; si esta acción es fallida, surge en su lugar el sentimiento de alarma. El incremento del tono muscular (o, si se quiere, la disminución del efecto inhibitor dopaminérgico que, hasta donde hoy se sabe, lo origina) es el elemento más representativo de su clave de inervación. Cuando el sentimiento de alarma se hace intolerable, su clave de inervación defensivamente se desestructura. El total de la investidura de la clave se desplaza sobre el elemento más representativo del conjunto. El incremento resultante del tono muscular, privado de su vinculación tanto con el estado de alerta como con el sentimiento de alarma, se experimentará en la conciencia como rigidez y temblor, los síntomas que caracterizan a la enfermedad de Parkinson.



---

**UN ESTUDIO PSICOANALÍTICO  
DE LA ANEMIA**

---

(2008 [2007])

Luis Chiozza, Gustavo Chiozza, María Bruzzon,  
Mirta F. de Dayen y Gloria I. de Schejtman

## **Referencia bibliográfica**

**Chiozza, Luis y colab. (2008d [2007]) “Un estudio psicoanalítico de la anemia”.**

El texto del presente trabajo fue presentado para su discusión en la sede del Instituto de Docencia e Investigación de la Fundación Luis Chiozza en noviembre de 2007.

## **I. Conceptos hematológicos básicos acerca de la anemia<sup>166</sup>**

Con el término “anemia”, la medicina designa a un estado patológico en el cual la cantidad de hemoglobina (una proteína de la sangre presente en los glóbulos rojos) es inferior a lo considerado normal. Otra definición contempla la disminución de la cantidad de glóbulos rojos en sangre, pero dado que la función de estas células, como veremos, es ejercida fundamentalmente por la hemoglobina, se considera más correcto definir a la anemia por la concentración de hemoglobina, independientemente de si la cantidad de glóbulos rojos está o no disminuida. La palabra proviene del griego y, en su sentido original, significa “sin sangre” o “falta de sangre”, ya que está formada por la partícula privativa *an* y el sustantivo *haima*, que significa sangre.

Para aquellos de nosotros poco familiarizados con la clínica médica, quizás convenga mencionar que la forma más frecuente de anemia (la anemia por deficiencia de hierro o anemia ferropénica) está considerada la patología orgánica más usual en medicina (Lee, 1994). A nivel global, la deficiencia de hierro es el segundo problema nutricional más importante por detrás de la insuficiencia calórica (es decir, el hambre y la desnutrición). Se calcula que afecta a un tercio de la población mundial,

---

<sup>166</sup> Agradecemos la colaboración de la doctora Andrea Rossi para la elaboración de los aspectos hematológicos de este trabajo. La forma en que han sido vertidos los conceptos que integran este apartado es de nuestra exclusiva responsabilidad.

lo que representa unos dos mil millones de personas. “En India, donde la enfermedad por gusanos es frecuente y es obligatorio ser vegetariano por la religión, la deficiencia de hierro es especialmente frecuente. En Estados Unidos, donde el problema nutricional principal es la obesidad, la deficiencia de hierro es también el segundo problema nutricional más frecuente” (Fairbanks y Beutler, 2005, pág. 453).

Dado que la carencia de hierro conduce a la anemia sólo en sus formas avanzadas, se estima que, en la mayoría de las poblaciones, la deficiencia de hierro tiene una incidencia 3 o 4 veces mayor que la de la anemia; así, mientras que de un 30% a un 50% de las mujeres aparentemente sanas en edad reproductiva en Estados Unidos, Suecia y Japón, tienen depleción de hierro, de un 4% a un 10% de ellas tienen anemia (Fairbanks y Beutler, 2005). Según otro estudio llevado a cabo en Estados Unidos entre 1976 y 1980, un 5% de los varones y un 14% de las mujeres presentaban déficit de hierro, de los cuales un 3% y un 4 a 6%, respectivamente, presentaban anemia definida (Lee, 1994).

## 1. Definición, composición y funciones de la sangre

La sangre es un tejido líquido cuya principal función es la de transportar a los demás tejidos del organismo, el oxígeno, los nutrientes y otras sustancias necesarias para su normal funcionamiento. También transporta los diversos productos de desecho desde estos tejidos hacia los órganos de excreción. Esta función de transporte también permite la comunicación entre los distintos tejidos del organismo, de modo que puede decirse que la sangre presta el “apoyo logístico” necesario para que cada parte del cuerpo lleve a cabo su particular función (Fawcett, 1993, pág. 111).

Las células que componen este tejido se hallan suspendidas en un medio líquido, denominado *plasma sanguíneo*, que contiene proteínas, electrólitos y pequeñas moléculas orgánicas. Existen en la sangre tres tipos celulares distintos: los glóbulos rojos o eritrocitos, los glóbulos blancos o leucocitos y las plaquetas. Cabe consignar que ni los eritrocitos ni las plaquetas constituyen verdaderas células. El eritrocito en su fase madura carece de núcleo y de las organelas citoplasmáticas que definen a las células verdaderas. Por este motivo, algunos autores consideran que los términos de “célula roja de la sangre” y “eritrocito” son, en rigor de verdad, inapropiados; según ellos, sería más exacto describirlo con el nombre de eritroplasto, ya que el sufijo “plasto” denota cualquier unidad organizada primitiva de materia viviente (Dorland, 1992; Fawcett, 1993, pág. 112).

Algo similar sucede con las plaquetas, que no poseen núcleo ni ADN; si bien se las incluye entre las células de la sangre, son, en realidad, partículas del citoplasma de la célula que las originó (llamada megacariocito). No obstante esto, dado que en toda la bibliografía se menciona a eritrocitos y plaquetas como células, hemos optado por mantener esta denominación.

Dado que nuestro interés hoy son los glóbulos rojos, mencionemos someramente que bajo el nombre general de leucocitos se incluye un conjunto heterogéneo de células pertenecientes al sistema inmunitario (neutrófilos, linfocitos, basófilos, eosinófilos y monocitos) y que las plaquetas intervienen en el proceso de coagulación que repara el árbol vascular y limita las hemorragias.

## 2. Hematopoyesis

La producción de sangre, o hematopoyesis, comienza en las etapas tempranas de la vida embrionaria; las células de la sangre se forman, primero, en el saco vitelino, posteriormente lo hacen en el hígado y, en menor grado, en el bazo. Alrededor de la vigésima semana de vida embrionaria, la hematopoyesis comienza a cumplirse en la médula ósea, y progresivamente este órgano se constituye en el principal formador de la sangre.

En la médula ósea hay un pequeño número de células que tienen la capacidad tanto para duplicarse como para iniciar un proceso evolutivo de diferenciación. Se las llama *células madre hemopoyéticas pluripotenciales* o *células troncales* porque son capaces de diferenciarse generando los distintos tipos de linajes sanguíneos (eritrocitos, leucocitos y plaquetas). La descendencia inmediata de las células troncales se designa *célula progenitora* y son de dos tipos: las *linfoides*, que dan origen a los linfocitos, y las *mieloides*, que dan origen a los eritrocitos, a las plaquetas y al resto de los glóbulos blancos. Cuando las células progenitoras se diferencian hasta hacerse morfológicamente reconocibles, se las denomina *células precursoras*; por ejemplo, células precursoras de plaquetas o células precursoras de eritrocitos.

La eritropoyetina es una hormona que actúa sobre las células precursoras eritroides favoreciendo su maduración, a través de varias fases (eritroblastos basófilos, policromáticos y ortocromáticos), hasta alcanzar el estado de eritrocito maduro. El tiempo normal que requiere una célula eritroide para madurar a glóbulo rojo circulante es de cinco a siete días. Durante ese proceso, la célula disminuye progresivamente de tamaño, aumenta su contenido hemoglobínico y va perdiendo la mayor parte de las organelas citoplasmáticas. En la última fase, el proceso concluye con la

condensación y expulsión del núcleo (eritroblasto ortocromático o normoblasto). A partir de ese momento es introducido a la circulación sanguínea y en un lapso aproximado de 24 horas pierde el resto de las organelas citoplasmáticas. Se considera normal, entonces, que hasta un 1% del total de eritrocitos circulantes sean aún eritrocitos inmaduros; se los denomina *reticulocitos* debido a la forma reticular que adquieren a la observación por la presencia de sus ribosomas residuales.

Los eritrocitos tienen una vida de ciento veinte días y a medida que van envejeciendo son eliminados de la circulación y destruidos por los macrófagos del bazo y médula ósea. Cuando, por alguna razón, aumenta la destrucción de los eritrocitos circulantes, la necesidad de restituir velozmente la población de eritrocitos sanguíneos acelera la eritropoyesis. Esta aceleración se ve reflejada en un aumento en sangre circulante de reticulocitos. En estos casos, el porcentaje de reticulocitos en sangre constituye un índice fiable de la capacidad regenerativa medular. En ciertas anemias, por ejemplo, la eritropoyesis llega a aumentar su ritmo de producción entre ocho y diez veces.

Entre el 5 y el 10% de los eritroblastos normales de la médula ósea son destruidos antes de completar su proceso de maduración; de modo que se considera que existe un cierto grado de ineficacia normal de la eritropoyesis. Cuando la ineficacia supera esos valores, se la considera diseritropoyesis y puede ser causa de anemia.

Para una eritropoyesis normal es imprescindible la presencia de un conjunto de sustancias y de factores madurativos, muchos de los cuales deben ser aportados por la dieta. El hierro –esencial para la síntesis de hemoglobina–, la piridoxina (vitamina B<sub>6</sub>), el folato (ácido fólico o vitamina B<sub>9</sub>) y la cobalamina (vitamina B<sub>12</sub>). El déficit de estos factores constituye, como veremos, la base de las llamadas anemias carenciales.

En el adulto normal, el contenido total de hierro es de 3 a 5 gramos y se halla distribuido entre las distintas proteínas del organismo. Existen depósitos de hierro en el hígado, el bazo y la médula ósea. Diariamente, el varón pierde 1 mg de hierro en la excreción, mientras que en la mujer, por la pérdida sanguínea menstrual, este valor puede llegar a duplicarse. El organismo tiende a conservar su contenido total de hierro; la casi totalidad de la provisión fisiológica de hierro se obtiene de los eritrocitos que se destruyen. Una cantidad mucho menor se obtiene de la ingesta de ciertos alimentos como la leche, las carnes rojas, el pescado, la soja y la espinaca. La absorción de hierro en el intestino delgado es extremadamente lenta, de unos pocos miligramos al día, y es favorecida o impedida según el tipo de dieta. El hierro es transportado por una proteína plasmática, la transferrina, hasta las células de la médula ósea capaces de formar la hemoglobina.

### 3. Los eritrocitos

Los eritrocitos son las células encargadas del transporte de oxígeno; en condiciones normales, ocupan aproximadamente el 45% del volumen sanguíneo, mientras que leucocitos y plaquetas ocupan juntos entre el 0,5 y el 1%. El 54% del volumen restante está formado por el plasma sanguíneo. La relación entre el volumen sanguíneo y el volumen eritrocitario se denomina hematocrito; constituye un reflejo indirecto, no del todo fidedigno, de la cantidad de eritrocitos en sangre, ya que el volumen eritrocitario no depende solamente de la cantidad sino también del tamaño de cada glóbulo rojo.

El eritrocito tiene una forma bicóncava característica que facilita su saturación inmediata con el oxígeno; su membrana plasmática posee una gran flexibilidad que le permite adelgazarse para pasar, uno a uno, por estrechos capilares cuyo diámetro es la mitad del diámetro del eritrocito, y recuperar luego su forma original.

Su nombre proviene de los términos griegos *erithrós*, que significa rojo, y *kýtos*, que significa cavidad hueca, de donde proviene el sufijo “cito” con el sentido de célula. El color rojo de la sangre se debe a la abundancia de estas “células rojas”, las cuales, a su vez, son rojas debido a un grupo químico llamado “hemo” presente en la hemoglobina.

### 4. La hemoglobina

La hemoglobina es la proteína que le permite al eritrocito llevar a cabo su función específica de transportar oxígeno; es el componente esencial de los eritrocitos maduros y el más abundante, ya que constituye el 95% del contenido proteico de estas células. Se trata de una proteína conjugada, es decir una proteína unida a una porción no proteica llamada grupo prostético. La parte proteica está constituida por cuatro cadenas de globina en forma de tetrámero al que se une el grupo prostético llamado hemo. El hemo es una porfirina formada por cuatro anillos pirrólicos “engarzados” por su centro a un átomo de hierro.

El papel de la hemoglobina en el transporte de oxígeno depende de su capacidad de captarlo y liberarlo, como respuesta a los cambios de la presión parcial de este gas. Cuando los eritrocitos atraviesan los capilares de los alvéolos pulmonares, donde la presión parcial de oxígeno es elevada, la hemoglobina fija reversiblemente el oxígeno hasta saturarse. Cuando los eritrocitos atraviesan los capilares de los demás tejidos del organismo, donde la presión parcial de oxígeno es menor que en los alvéolos pulmo-

nares, la hemoglobina saturada libera el oxígeno que es captado por las células de estos tejidos. La hemoglobina que ha liberado el oxígeno, ahora es capaz de fijar el anhídrido carbónico, abundante en los tejidos y escaso en la sangre capilar. Al pasar nuevamente por los capilares pulmonares, la hemoglobina cede al espacio alveolar el anhídrido carbónico y vuelve a captar oxígeno. Cabe consignar que la acumulación de anhídrido carbónico acidifica el medio interno corporal, de modo que esta función de “limpiar” el anhídrido carbónico de los tejidos hace que la sangre participe, junto con la respiración, en la regulación del equilibrio ácido-base corporal.

La afinidad de la hemoglobina por el oxígeno experimenta dos cambios decrecientes durante el desarrollo del individuo. El primero sucede en el pasaje del período embrionario al fetal, y el segundo, poco antes del nacimiento, alrededor de la trigésimo cuarta semana de gestación. Como consecuencia de estos cambios en la afinidad por el oxígeno, se pueden identificar tres variantes de hemoglobina: la embrionaria, la fetal y la del adulto.

La mayor afinidad de las formas prenatales de hemoglobina está en relación directa con el hecho de que en la vida prenatal el oxígeno debe captarse, no del espacio alveolar de los pulmones, sino de la sangre materna. Se comprende que para poder obtener el oxígeno, tanto la hemoglobina del embrión como la del feto deben poseer una mayor afinidad por el oxígeno que la hemoglobina en su forma adulta, presente en la sangre materna.

La persistencia de la hemoglobina fetal en la vida posnatal significa un trastorno en la oxigenación de los tejidos ya que, si bien esta hemoglobina se satura muy fácilmente en los capilares alveolares de los pulmones, al llegar a los restantes tejidos, la mayor afinidad por el oxígeno se revela como una mayor reticencia a liberarlo, aun a las bajas presiones parciales de oxígeno de los tejidos carentes.

## **5. Definición y diagnóstico de anemia**

La cantidad de hemoglobina que el organismo necesita para su normal funcionamiento varía de acuerdo a distintos factores, por ejemplo, la concentración de oxígeno atmosférico. Además, existen mecanismos de compensación que se activan de modo distinto en cada persona y en cada circunstancia. Así, por ejemplo, una baja concentración de hemoglobina de larga data y adquirida gradualmente, puede no generar repercusiones clínicas dado que la oxigenación de los tejidos se halla conservada, mientras que una disminución menor pero producida de manera aguda puede generar síntomas.

No obstante estas consideraciones, hoy en día el diagnóstico de anemia no se basa en las manifestaciones clínicas que surgen de la incapacidad de la masa eritrocitaria para transportar oxígeno, sino en valores estandarizados de concentración de hemoglobina en sangre. La Organización Mundial de la Salud ha fijado límites de referencia para la concentración de hemoglobina en sangre, por debajo de los cuales el sujeto, sin más, es considerado anémico. Estos valores son 12 gramos por decilitro para la mujer (no embarazada) y 14 para el hombre.

Según creemos entender, este criterio *supone* que cuando un sujeto tiene menos concentración de hemoglobina de lo esperable, aunque la función de transportar oxígeno esté conservada, ha perdido parte de su flexibilidad adaptativa en lo atinente a esa función y por lo tanto no puede considerárselo sano, desde ese punto de vista. La definición cuantitativa, propuesta por la OMS y aceptada por el consenso médico, a los fines estadísticos, tiene la ventaja de ser clara, sencilla y objetiva; sin embargo, frente al caso clínico individual, las cosas rara vez resultan claras y sencillas. En efecto, no es sencillo ni fácil determinar si un varón con 12 g/dl de hemoglobina tiene una anemia que no se manifiesta clínicamente a expensas de los mencionados mecanismos de compensación, o si es un sujeto normal y sano que se halla fuera de los patrones estadísticos establecidos por la OMS.

Otros autores (Weatherall y Bunch, 1998, pág. 204) consideran que la mejor definición de anemia es una definición funcional según la cual el diagnóstico de anemia se establece cuando la masa eritrocitaria es incapaz de hacer frente a las demandas de oxígeno, a pesar de los mecanismos de compensación. En otras palabras, para estos autores vale la pena hablar de anemia cuando los síntomas del paciente evidencian el trastorno de la función. Contrariamente, para el criterio consensualmente aceptado, la concentración de hemoglobina en sangre por debajo de los valores referidos por la OMS *supone* el trastorno funcional aun sin evidencias clínicas.

Una vez realizado, mediante el dosaje de hemoglobina, el diagnóstico de anemia, se recurre a una serie de pruebas de laboratorio para determinar su etiología. Entre estas pruebas, las más habituales son el *recuento de eritrocitos*, el *volumen corpuscular medio* que informa sobre el tamaño de los eritrocitos, el *recuento de reticulocitos* y el examen morfológico de la sangre por medio de un *extendido sanguíneo o frotis*.

Dado que el transporte de oxígeno a través de la hemoglobina contenida en los glóbulos rojos es un proceso complejo que depende a su vez de muchos y variados factores, son muy diversas las situaciones en las cuales esta función puede verse menoscabada. En otras palabras, son muy diver-

sas las fallas que pueden desembocar en anemia. Así, por ejemplo, una hemorragia aguda, con la consiguiente pérdida de glóbulos rojos, puede ocasionar un descenso de la cantidad de hemoglobina. Si la hemorragia es pequeña pero crónica, la constante pérdida de hierro puede derivar, si los depósitos agotados no se reponen con la ingesta, en la imposibilidad de sintetizar hemoglobina. Una situación semejante ocurre cuando, por falta de ingesta o por alteraciones gastrointestinales que impiden la absorción, se llega a un estado de carencia de ciertas sustancias necesarias para la síntesis de hemoglobina, como la piridoxina o el folato. También pueden ser causa de anemia anomalías genéticas en la síntesis de hemoglobina o en la síntesis de los eritrocitos que derivan en su destrucción por anomalías morfológicas. La falta de eritropoyetina, o su trastorno, podría derivar en un déficit en la producción de eritrocitos.

## 6. Clasificación y causas de las anemias

Son tantas y tan variadas las distintas causas de anemia que se han ensayado múltiples criterios de clasificación. Actualmente, entre las clasificaciones más habituales se destacan dos: las que se guían por un criterio morfológico, que toma en cuenta el tamaño y el contenido de hemoglobina de los eritrocitos, y las que siguen un criterio fisiopatológico, que distingue las situaciones en las cuales la capacidad de regenerar eritrocitos está conservada, de aquellas en las cuales no lo está. Dado que no se trata de criterios excluyentes, cada anemia puede ser contemplada desde ambos criterios.

El criterio morfológico clasifica las anemias según el tamaño de los eritrocitos en *microcíticas*, *normocíticas* y *macrocíticas*. Este criterio es el más simple y directo; permite una rápida diferenciación por la mera observación al microscopio y es de gran utilidad práctica ya que facilita una orientación etiológica.

El criterio fisiopatológico divide a las anemias en *regenerativas* o *arregenerativas*. Las primeras se denominan así porque la producción de eritrocitos está conservada, aunque no sea suficiente para compensar la disminución en la concentración de hemoglobina. Esta capacidad regenerativa, como ya mencionamos, se evidencia por el aumento del número de reticulocitos en sangre. Además de las hemorragias, otra causa de pérdida de eritrocitos es la destrucción, también llamada hemólisis. Las anemias hemolíticas pueden obedecer a diversas causas entre las cuales se agrupan las congénitas (membranopatías, hemoglobinopatías, enzimopatías) y las adquiridas (autoinmunitarias, mecánicas, tóxicas y metabólicas, entre otras).

Las arregenerativas se deben a un defecto en la eritropoyesis. Las causas son diversas y pueden ubicarse en las distintas etapas de la línea madurativa eritropoyética. A veces, el déficit de producción de la médula ósea afecta la hematopoyesis en general; en este caso, la eritropenia suele acompañarse de disminución de glóbulos blancos (leucopenia) y de plaquetas (plaquetopenia). Otras veces, el defecto está restringido a la serie roja, por ejemplo, las anemias por disminución en la síntesis de hemo (como la ferropénica), o en la síntesis de globina (como las talasemias), o por carencia de ácido fólico o de vitamina B<sub>12</sub>. Una variante de esta última es la llamada anemia *perniciosa*, en la que existe un déficit de una glucoproteína (“factor intrínseco”) secretada por las paredes gástricas, necesaria para la absorción de la vitamina B<sub>12</sub>.

## 7. Algunas formas de anemia

La forma más frecuente de todas las anemias, como dijimos, es la *ferropénica*. En ella, la carencia de hierro impide la generación del grupo hemo. A los síntomas y signos típicos de toda anemia (derivados del déficit en el transporte de oxígeno) se le suman aquellos ocasionados por la falta de hierro, vital para otros sistemas enzimáticos; por ejemplo, fragilidad de las uñas, a veces con uñas en forma de cuchara (coiloniquia), disfagia debido a la formación de una membrana en el esófago superior e inflamación de la lengua (glositis), que, además, se torna lisa por la pérdida de sus papilas.

En bebés y niños pequeños la deficiencia de hierro se debe principalmente a carencias dietarias y puede generar, además de anemia, alteraciones del crecimiento y del desarrollo intelectual. En mujeres jóvenes suele deberse a la pérdida sanguínea de la menstruación o a consecuencia del embarazo. En adultos mayores suele deberse a sangrado de distintos orígenes, como gastrointestinal, hemorroidal, úlcera péptica, hernia del hiato, cáncer de colon, miomas o cáncer uterinos, etcétera.

Otra forma de anemia bastante frecuente es la *talasemia* o *anemia del Mediterráneo*, dado que se asocia a genes propios de los pobladores de esa región y sus descendientes. Se trata de una anomalía genética hereditaria que impide la adecuada síntesis de una de las cadenas polipeptídicas de la hemoglobina. En la *talasemia menor*, el sujeto hereda el gen anómalo de uno de sus padres mientras que el gen homólogo del otro progenitor es normal. Cuando el sujeto hereda genes anómalos de ambos padres (es decir, es homocigota para ese gen), la anemia se denomina *talasemia mayor*; se trata de una enfermedad mucho más grave, dada la imposibilidad de sintetizar adecuadamente la hemoglobina.

## 8. Cuadro clínico

Dado que todas las formas de anemia comparten un déficit en la función hemoglobínica, los signos y síntomas que se derivan del insuficiente transporte de oxígeno son típicos y comunes a todas ellas (aunque, por lo expresado en el apartado de definición y diagnóstico de anemia, estos signos y síntomas no siempre estén presentes).

El *signo* más característico de la anemia es la *palidez* en piel y mucosas. Como la hemoglobina es lo que da el color rojo a la sangre, este signo es, en parte, expresión directa de su bajo contenido en la sangre que perfunde los tejidos, pero también se acentúa por la vasoconstricción periférica que se produce para permitir un mejor suministro sanguíneo a los órganos nobles. Se lo observa mejor en el velo del paladar, en la conjuntiva ocular y en la región subungueal, ya que en estas zonas los capilares sanguíneos son más superficiales y, por lo tanto, la hipocromía se hace más visible a la observación directa.

El *síntoma* más característico de la anemia es la *astenia* y deriva directamente del insuficiente transporte de oxígeno a los tejidos; el paciente padece sensación de lasitud, de debilidad y de fatiga. Luego de esfuerzos menores, suele manifestar un cansancio que le parece desproporcionado con la tarea realizada. Otros signos y síntomas derivan de los mecanismos de compensación (aumento de las frecuencias respiratoria y cardíaca), de modo que pueden aparecer disnea, taquicardia, palpitaciones y, en casos más graves, angor de esfuerzo y calambres nocturnos.

Otros efectos de la anemia, debidos a la anoxia relativa del sistema nervioso, son los neurológicos. Pueden aparecer cefaleas, vértigo, zumbido de oídos, sensación de frío, dificultad para la concentración mental y, en estados de anemia severa, hemorragias del fondo de ojo (Weatherall y Bunch, 1998, pág. 205). Si la hemoglobina desciende muy por debajo de los límites normales, puede, incluso, llevar al paciente al estado de coma y a la muerte.

A veces aparecen una serie de signos y síntomas cuya fisiopatología no es bien conocida. Así, se describen síntomas gastrointestinales, anorexia y náuseas, y también otros síntomas como insomnio, pérdida de la libido, irregularidad menstrual y trastornos de la función renal. Estos últimos favorecen la aparición de edemas en las extremidades y de micción con intervalos breves por disminución de la capacidad vesical, sin aumento del volumen total de producción diaria de orina (polaquiuria).

## II. El significado inconciente de la anemia

El psicoanálisis sostiene que toda estructura o función corporal es fuente de un impulso que participa de la excitación general del organismo, aportando un componente particular y propio, cualitativamente diferenciado. De modo que la sangre, como tejido, posee para el psiquismo un significado particular; significado que, a su vez, puede desglosarse en otros significados parciales, acordes a las distintas funciones que posee este tejido. Así, por ejemplo, el sentido de la expresión “*somos de la misma sangre*”, en alusión a una identidad compartida, nace de las funciones inmunitarias que, como vimos, ejercen los linfocitos sanguíneos (glóbulos blancos).

De las distintas funciones que posee la sangre, la primordial es la de transportar oxígeno y nutrientes a los distintos tejidos del organismo. Dado que el transporte de oxígeno es mucho más perentorio que el transporte de nutrientes, podríamos pensar que esta función (la de transportar oxígeno) tiene una importancia crucial y, como tal, puede representar al conjunto entero de sus funciones. Apoya esta afirmación el hecho de que las células sanguíneas encargadas únicamente del transporte de oxígeno, los glóbulos rojos, sean la población celular más numerosa.

Si la sangre es roja, esto se debe a la gran cantidad de eritrocitos sanguíneos; más aún: lo que da el color rojo, tanto a la sangre como a los eritrocitos, es la proteína destinada específicamente al transporte de oxígeno, es decir, la hemoglobina. En otras palabras, la función de transportar oxígeno es tan inherente a la sangre como su cualidad de ser roja, ya que ambas características dependen de una misma sustancia: la hemoglobina.

El oxígeno, a su vez, se vincula con el fuego, ya que la presencia de oxígeno es imprescindible para que la combustión sea posible. En los organismos aeróbicos (aquellos que necesitan el oxígeno para llevar a cabo sus procesos metabólicos), el oxígeno es la principal fuente de energía; en términos sólo relativamente metafóricos podría decirse que el oxígeno enciende la chispa de la vida y su presencia la mantiene encendida. La relación existente entre la vida y el aire se conoce desde la más remota Antigüedad; Anaxímenes, en el siglo VI a.C., consideró al aire (hoy diríamos el oxígeno) como el principio de la vida (Ferrater Mora, 1965).

Los seres vivos más simples obtienen el oxígeno directamente del medio en el que habitan. A medida que estos seres se fueron complejizando, las células internas se fueron alejando del medio en el que se encuentra el oxígeno y fue necesario elaborar sistemas de transporte que les permitieran, a estas células, tener contacto con el oxígeno. Como vimos, en el ser humano esta función está a cargo de la sangre, de modo que cuando

la sangre deja de circular el organismo muere. Así, cuando un tejido, un órgano o un organismo tiene sangre, tiene también oxígeno y, por lo tanto, vitalidad. De modo que podríamos decir que la sangre, en su significado más básico y general, representa esa *vitalidad*. Como rezan las Sagradas Escrituras, “*la sangre es la vida*”.

Como ya mencionamos, el término “anemia” con el que se designa la enfermedad que nos ocupa surgió para denotar la creencia o fantasía de que al enfermo le faltaba sangre. Así podemos partir de la idea de que, en este trastorno, la idea de “sin sangre” tiene el sentido de “falta de vitalidad”, significado que parece coincidir con el síntoma más característico de la anemia que deriva directamente del insuficiente transporte de oxígeno a los tejidos: la astenia.

## 1. El significado de la astenia

Como vimos, la astenia es una sensación de cansancio, de falta de fuerzas o energía, de debilidad, de fatiga o lasitud, tan característica de la anemia que cuando este síntoma aparece de manera repentina e inexplicable, es popularmente interpretada como la presencia de esa enfermedad.

La palabra “fatiga” significa en primer lugar cansancio; se trata de la sensación que se experimenta después de un esfuerzo intenso o sostenido, sea este esfuerzo físico, intelectual o moral. Es también la falta de fuerzas para continuar con un esfuerzo o trabajo. A veces, la fatiga se presenta acompañada de dificultad para respirar. Según Gómez de Silva (1993), “fatiga”, a través de *fatisci*, significa hendirse, hacerse pedazos, debilitarse, y posiblemente deriva de la misma familia que *fames*, que significa “hambre”.

Podemos conjeturar que el hambre a la cual se refiere el término “fatiga” alude, en sentido simbólico, a la “falta de sangre” o vitalidad y, en sentido más concreto, a la falta de oxígeno y de las energías que a partir de él pueden obtenerse en el proceso de respiración metabólica celular.

En “Los significados de la respiración” (Chiozza y colab., 1991f[1990]) sostuvimos que los trastornos de la respiración metabólica celular representan al sentimiento de desánimo, mientras que la disnea, como trastorno de la respiración pulmonar, simboliza, en cambio, la vivencia de desaliento. Cuando las funciones de respiración, metabólica y pulmonar, se llevan a cabo de manera adecuada, se acompañan, respectivamente, de una vivencia de “estar animado” y “estar alentado” que no suele registrarse concientemente. Desánimo y desaliento son conceptos tan emparentados como lo están las funciones de las cuales cada uno de ellos depende y a

las cuales simbolizan. En efecto, los trastornos en la respiración pulmonar pueden derivar en una deficiente oxigenación de los tejidos, de modo que la respiración metabólica celular se ve afectada y la producción energética disminuye. Del mismo modo, un sujeto que no recibe aliento para realizar una determinada tarea, suele desanimarse.

Dado que el transporte del oxígeno que realiza la hemoglobina de la sangre es una función que sirve como nexo entre la respiración pulmonar y la respiración metabólica, esta función participaría con un carácter propio de la unidad de significado más amplia que abarca todo el proceso de oxigenación. Podemos identificar este carácter propio si pensamos, por ejemplo, en la disnea de la anemia. Esta disnea no nace de un trastorno pulmonar sino de un intento de compensar, con la función respiratoria pulmonar, el déficit en el transporte de oxígeno por la sangre que supone la anemia. Si bien es cierto que esta disnea también nos habla de una vivencia de desaliento, este desaliento no conduce al desánimo sino que surge a partir de él; se trataría de un intento de “alentarse” frente a una vivencia previa de desánimo. En otras palabras, nos hablaría de una forma particular de desánimo que no nace del desaliento, sino que suele conducir a él.

## 2. El significado de la palidez

Como dijimos, la palidez es el signo más característico de la anemia y se debe principalmente a la disminución de la concentración de hemoglobina, sustancia que da a la sangre su color rojo característico.

Portmann (1961) considera que las formas y los colores que aparecen en el cuerpo de los animales son un fenómeno “propio”, característico de su identidad; para este autor poseen el sentido de una presentación o autorrepresentación simbólica que el animal realiza acerca de sí mismo. Pensamos que podemos extender la validez de estas ideas a todas las formas biológicas, de modo que, en el caso de la sangre, la cualidad de ser roja es algo tan consustanciado con su misma esencia que, en ocasiones, resulta difícil discernir si los significados que se atribuyen a la sangre provienen del hecho de ser ésta roja, o si los significados atribuidos a este color provienen del significado atribuido a la sangre. En otras palabras, ni la sangre sería lo que es si no fuera roja, ni el rojo sería lo que es si no fuera el color de la sangre. Según Skeat (1985), en sánscrito los vocablos “sangre” y “rojo” poseen una misma raíz.

Así, por ejemplo, Chevalier (1993) sostiene que el rojo es el color del fuego y de la sangre, y que quizás por ese motivo muchos pueblos consideran

al rojo como el primero de los colores y el que está ligado fundamentalmente a la vida. Sustenta esta idea el hecho de que en nuestra lengua, también se alude al rojo con el término “colorado”, que significa dotado de color, como si la idea de dar color fuera, en el sentido más básico, dar color rojo.

Como vemos, todos estos sentidos parecen aunarse en la molécula de hemoglobina: el color rojo dado por su grupo hemo, su presencia en la sangre y su función de transportar el oxígeno que, transformado en energía por el metabolismo, mantiene encendida la llama de la vida.

El hecho de que en las emociones participe de manera característica un componente vascular vegetativo, sanguíneo, hace que tanto la sangre, como el color rojo que le es propio, se presten igualmente para representar a las emociones, en su aspecto más primario. Por ejemplo, para describir a un sujeto cuyo juicio es cegado por una intensa pasión, suele decirse que “*ve todo rojo*”.

Así como determinados afectos pueden representarse a través de otras funciones corporales, no vasculares, también pueden representarse por otros colores. Por ejemplo, la envidia queda asociada a la función biliar y al color amarillo o verde de la bilis. Esta idea de representar a los afectos con distintos colores parecería expresar la idea de que las emociones, con su abanico de posibilidades, con sus importancias y matices, al modo de un arcoiris o de la paleta del pintor, dan color a la vida, la vuelven “colorada”. El color rojo, aquel que para los primitivos –según Chevalier (1993)– era el primero de los colores, se arrogaría, entonces, la representación de los colores en su conjunto. De modo que la sangre y el color rojo representan a la vida afectiva en general. El rojo es el color de la pasión, y la sangre es el vehículo de la misma. Sangre, rojo y pasión son elementos que se representan mutuamente.

El término “pálido” aplicado a los colores, significa “con mucha proporción de blanco”, mientras que en sentido figurado alude a lo que es *poco expresivo, poco brillante, o poco impresionante, desanimado* (María Moliner, 1986). En inglés se utiliza la palabra *fallow* para referirse al color pálido y al mismo tiempo significa “*algo que no se utiliza*”, una tierra sin cultivar ni arar, “*algo a lo que le falta el color*” (Skeat, 1985).

En el contexto que hoy nos interesa, pálido se refiere concretamente a la falta de color rojo; si el color rojo, como dijimos, puede ser símbolo tanto de la sangre como de la pasión, en la palidez de la anemia encontramos la misma idea de “sin sangre” presente en la etimología de “anemia”. Esta idea que más arriba interpretamos como “sin vitalidad” ahora podemos precisarla mejor: “sin pasión”, falto de pasión o desapasionado. En otras palabras, vemos que tanto el sentido de la anemia, como los de astenia y

palidez, se orientan, todos ellos, en una misma dirección: falta de sangre, de vitalidad, de fuerzas, de ánimo, de color rojo, de pasión...

En un trabajo anterior, al ocuparnos de las cardiopatías isquémicas, decíamos que “así como el rubor, en general, representa la emoción, la palidez (anemia o isquemia) representa su inhibición” (Chiozza, 2001a [1986-1997], cap. VIII). La tesis que planteamos en aquella oportunidad es que “la coronariopatía (la angina de pecho y el infarto cardíaco) representaría el proceso por el cual el corazón, simbólicamente, se ‘estrangula a sí mismo’, en el intento de evitar el nacimiento de un nuevo afecto que, de llegar a configurarse, conformaría una ignominia” (Chiozza, 2001a [1986-1997], cap. VIII). En la isquemia, debido a un trastorno circulatorio, la falta de irrigación de un órgano o tejido produce una palidez localizada debida a la desvitalización del tejido por falta de sangre. Si este proceso representa el intento de inhibir el desarrollo de un afecto penoso, podríamos pensar que la palidez generalizada de la anemia representaría el intento de inhibir la vida afectiva en general.

En términos metafóricos, podríamos decir que el recurso de la isquemia consiste en bloquear la ruta (arteria) que conduce a un determinado territorio; el recurso de la anemia, en la misma metáfora, sería retirar del tránsito general los camiones (hemoglobina) que transportan la mercadería (oxígeno).

Si las pasiones surgen como producto de un conjunto de inervaciones que determinan la forma cualitativa particular a través de la cual cada una de ellas se descarga, también la inhibición de una pasión determinada puede ser comprendida como producto de una clave de inervación que es “inversa” o contradictoria con la clave de la descarga, no inhibida, de la excitación que corresponde a esa pasión particular. Cuando se trata de inhibir o “enfriar” a la vida afectiva en general, pensamos que la inhibición generalizada se ejerce mediante una clave de inervación de la cual forma parte una moderada disminución de la función hemoglobínica. Cuando sucede, en cambio, que el desplazamiento y la condensación, funcionando dentro de la clave correspondiente a la inhibición generalizada, sobreinvisten a la disminución de la función hemoglobínica, nos encontraremos con un trastorno anémico que permite mantener inconciente la inhibición general de la vida afectiva.

Esta inhibición general de la vida afectiva nos remite a un pasaje de *El malestar en la cultura* en el cual Freud se refiere a una alternativa extrema con la que los hombres intentan alcanzar la dicha cuando la satisfacción pulsional no es posible: evitar la desdicha. Esta alternativa procuraría influir sobre el propio organismo, “es que al fin –sostiene el autor– todo sufrimiento es sólo sensación, no subsiste sino mientras lo sentimos, y sólo lo sentimos a consecuencia de ciertos dispositivos de nuestro organismo” (Freud,

1930a [1929]\*, pág. 77). “Así como satisfacción pulsional equivale a dicha, así también es causa de grave sufrimiento cuando el mundo exterior nos deja en la indignancia, cuando nos rehúsa la saciedad de nuestras necesidades. Por tanto, interviniendo sobre estas mociones pulsionales uno puede esperar liberarse de una parte del sufrimiento. Este modo de defensa frente al padecer ya no injiere en el aparato de la sensación; busca enseñorearse de las fuentes internas de las necesidades. De manera extrema, es lo que ocurre cuando se matan las pulsiones... Si se lo consigue, entonces se ha resignado toda otra actividad (se ha sacrificado la vida), para recuperar, por otro camino, sólo la dicha del sosiego” (Freud, 1930a [1929]\*, págs. 78-79).

De modo que podemos pensar que en la anemia no se busca (como en la isquemia) inhibir el desarrollo de un afecto penoso en particular, sino “matar” los deseos, “apagar” los afectos, “desvitalizar” la vida, “empalidecerla”, a los fines de no experimentar el dolor de la frustración. Esta actitud de “matar las ganas” a los fines de no experimentar dolor queda bien representada por el término “indolencia”.

*Indolencia* (del latín *indolentia*, con el sentido de insensibilidad) es la cualidad de indolente. Indolente es el negativo de doler y se aplica a lo que no duele. Referido a una persona, describe al sujeto *insensible*, *que no siente el dolor*, pero también a la persona *que no se afecta o conmueve*, *que es flojo o perezoso*, *que trabaja lo menos posible*, que es abandonado o descuidado *en su persona y en sus cosas*. Los sentidos de insensibilidad e indiferencia, aplicados a indolente, remiten a otro vocablo que también parece describir el resultado de la inhibición de las pasiones: “impasible”, que es el antónimo de “apasionado”. Según el diccionario, los vocablos “apático” e “indolente” son sinónimos.

Vemos que este término, que se aplica a la actitud descrita por Freud en el párrafo citado, reúne además la causa y la consecuencia de esa misma actitud; en efecto, aquel que busca insensibilizarse al dolor, también se insensibiliza para otros afectos y así, incapaz de sentir, tampoco puede sentir ganas. Finalmente, como resultado de esta actitud, lo único que es capaz de sentir (de manera paradójica, si se quiere) es la ausencia de los afectos; la falta de ganas. Así, termina por sentirse desganado y falto de motivación; algo que, parafraseando a Freud, podríamos describir como la *desdicha del sosiego*.

Encontramos una interesante correspondencia, sobre la que nos ocuparemos luego, entre el intento de apagar las ganas y la disminución de la concentración de hemoglobina que reduce el aporte general de oxígeno, sustancia que, como vimos, es capaz de “encender” la llama de la vida. Esta falta de motivación, de ánimo, es también la falta de fuerzas que describimos al hablar de la astenia. Pero, dado que la hemoglobina es lo que le da a la

sangre su color rojo característico, la disminución de la concentración de hemoglobina en sangre disminuye además la intensidad de este color en la piel y las mucosas. La sangre “diluida” o “lavada”, que no alcanza a colorear la piel y las mucosas, genera el signo característico de la anemia: la palidez.

Las expresiones “*no tener sangre en las venas*” y “*tener sangre de horchata*” se utilizan para referirse a la manera de ser *calmosa* de una persona que *no se altera por nada*; es decir, se trata del mismo sentido que el término “indolencia”. La horchata es una bebida de color blanquizco que se logra mezclando con agua y azúcar una pasta de almendras o arroz. Pensamos que esas expresiones comparan a la indolencia con la circunstancia de no tener suficiente sangre roja; tener en su lugar una sangre pálida, acuosa, blanquizca, lechosa.

Así como la actitud de “matar las pulsiones” desemboca en el afecto de desgano, la indolencia que, contemplada desde el lugar del observador, describimos como una “actitud”, es un estado afectivo para el sujeto que la ejerce. Es la vivencia de que nada llega a conmoverlo, hacerlo sufrir o importarle demasiado; es la vivencia de vivir la vida “anestesiado”, “con sordina”, sintiéndose indiferente a todo; una existencia empalidecida, en la que los afectos parecerían estar diluidos, lavados y privados de la “roja” intensidad de las pasiones. En otros términos, se trata del drama de estar viendo un reflejo pálido de la vida que se querría tener, pasional e intensa. En síntesis, la palidez de la anemia sería expresión directa de la vivencia inconciente de que a la vida le falta pasión.

Si repasamos lo dicho hasta aquí, vemos que esta vivencia de tipo melancólica de que la propia vida, carente de pasión, es un pálido reflejo de aquella que se quisiera tener, comienza a adquirir un tinte paranoico si recordamos que ha sido el propio sujeto quien ha buscado inhibir la vida afectiva, en un intento de evitar la frustración de sus deseos. Se trata, en lo aparente, de una contradicción cuyo esclarecimiento demandará un cierto rodeo.

### 3. La palidez y el rubor

Como dijimos, el color rojo simboliza a la pasión y a la vida afectiva en general, aunque, luego, afectos particulares como la envidia puedan representarse, según sus propias características, por otros colores. Uno de los afectos que suele representarse por el color rojo es la vergüenza, que, además, se acompaña de rubor como expresión somática característica.

La vergüenza posee un lugar destacado dentro de la teoría psicoanalítica, ya que Freud (1905*d*\*) considera que este afecto constituye uno de

los tres diques anímicos que se instauran, como fuerzas represoras, frente a la pulsión sexual. El asco y la moral son los otros dos. En otro lugar expresábamos que de estos tres diques, “los dos primeros son afectos, y el tercero, la conciencia moral, constituye una formación más compleja”, por lo que concluíamos que “parece razonable suponer que la conciencia moral se apoya, fundamentalmente, sobre el asco y la vergüenza, y se ejerce a partir de esos dos afectos esenciales” (Chiozza, 2005c [2003], apdo. III, nota 19).

La excitación sexual (genital) también suele vincularse al color rojo, quizás por estar este color vinculado, a su vez, con el fuego y la pasión. Sin embargo, a diferencia del rubor de la vergüenza, la excitación genital suele estar acompañada de un rubor suave, al que se suman calor leve y sensaciones genitales. El intenso rubor de la vergüenza, que suele ser visto por la teoría psicoanalítica como un producto del desplazamiento (de abajo hacia arriba) del rubor más leve de la excitación sexual, puede ser mejor comprendido, sin embargo, como el desplazamiento y la condensación de las investiduras dentro de la clave de inervación de la excitación sexual. La represión de la excitación genital es entonces un proceso que se configura como una sustitución transaccional, que no se experimenta, en ese caso, como un síntoma orgánico, sino como un afecto, la vergüenza, que difiere de la excitación genital. La clave de inervación de la vergüenza se construye, de este modo, “reestructurando” la clave de la excitación, y puede ser considerada, al mismo tiempo que un agente de la represión, un resultado de la defensa y un producto sustitutivo transaccional.

En otra oportunidad (Chiozza, 1998b [1970]) afirmábamos que la vivencia de integración que lleva implícita una cierta revitalización (como ganancia de la libido entretenida en la disociación), en su fase inicial podría quedar representada corporalmente como vasodilatación, correspondiéndose con el rubor de la vergüenza. El afecto vergüenza supone un brusco descenso de autoestima ya que, de pronto, nos vemos como somos, y no como creíamos ser cuando, disociados, nos sentíamos mejores y más cercanos al ideal. Sin embargo, en tanto la vergüenza constituye una formación sustitutiva transaccional que representa simultáneamente el rechazo y la aceptación de la excitación “subyacente”, constituye ya un movimiento hacia la salida de la inhibición. En el estado de disociación, en lugar de luchar por la vida procurando materializar los ideales, damos esa materialización por sentada, y así, identificados maníacamente con el ideal, al desconocer la insatisfacción pulsional, estamos “matando” el deseo. Dado que el deseo insatisfecho es el motor de la vida, esta disociación implica una desvitalización. Vemos así que aunque el rubor no necesariamente esté precedido

de palidez, implica la salida de una situación análoga a la que suponemos representada en el signo característico de la anemia.

De este rodeo por el tema del rubor y la vergüenza podemos, entonces, extraer dos conclusiones. La primera es que la inhibición pulsional que describimos presente en la anemia sería un modo de defensa más regresivo que aquel que suponemos presente en la vergüenza. Así podemos pensar que este conflicto en el que se “matan” las pulsiones en general, en el cual el sujeto, indolente, siente que su vida ha perdido la pasión, sería un conflicto de desvitalización que se halla *más allá* de la vergüenza. En otras palabras, una evolución favorable de este conflicto colocaría al sujeto frente a la vivencia de vergüenza que, como dijimos, sería el primer paso en la integración revitalizadora. En términos metafóricos, de la palidez se pasaría al rubor, de la indolencia a la vergüenza. Recordemos que así como emparentamos el rubor a la vasodilatación, la palidez es el resultado tanto de la menor concentración de hemoglobina, como de la vasoconstricción periférica que sucede por falta de oxígeno.

De esta manera podemos pensar que el conflicto presente en la anemia, anterior a la vergüenza, quedaría más emparentado con el asco, el cual, a través de la descompostura, también posee un cierto tinte pálido, aunque verdoso. La idea del rechazo, característica del asco, parece resonar en la anemia si recordamos la inhibición de la vida afectiva que mencionamos. Quizás esta vinculación con el asco podría ayudar a comprender aquellos síntomas asociados a la anemia como los síntomas gastrointestinales, la anorexia y la náuseas; síntomas cuya fisiopatología, como dijimos, no es bien comprendida ya que no parecen depender del descenso de la concentración de hemoglobina.

Otra línea argumental apoya la idea de que este conflicto de inhibición se halla *más allá* de la vergüenza. Un término que frecuentemente se asocia a la vergüenza es el pudor, que, como afecto, puede ser considerado sinónimo de aquélla. Si bien las expresiones “sentir pudor” y “sentir vergüenza” se pueden utilizar casi indistintamente, no ocurre lo mismo cuando estos términos se aplican a actitudes o personas. Por “actitud vergonzosa” se entiende algo moralmente censurable, y por “persona vergonzosa”, alguien que fácilmente es dominado por ese afecto. Sin embargo, la actitud púdica o la persona pudorosa describen una manera de actuar o una manera de ser en las que participa una cuota de inhibición en la expresión de afectos y deseos. Se trata de una inhibición tendiente a proteger al sujeto de la vergüenza. Muchos de los sinónimos que figuran en el diccionario para las voces “púdico” y “pudoroso”, denotan esta cuota de inhibición; por ejemplo, casto, recatado, decoroso y puro.

La segunda conclusión que podemos extraer es que el motivo que lleva a la inhibición de la vida afectiva es un conflicto con la excitación en general, y especialmente genital. Cabe destacar que, como sinónimo de los genitales, se utiliza el término “las vergüenzas”. Se trata de una excitación que el sujeto, desde su frustración (del mismo modo que el hambriento imagina que podría comerse un buey entero), experimenta como desmesuradamente roja, carnal y fogosa. Como dijimos, la inhibición de la vida afectiva sume al sujeto en la indolencia; es decir, en la vivencia de ser insensible. Esto lo lleva a experimentar un desgano del cual se imagina que sólo podría salir a través de una intensa pasión.

Esta intensa pasión no es otra cosa que un retorno de lo reprimido, sólo que ahora, luego de la inhibición, esta pasión se ha transformado en un amor ideal de características opuestas a lo rojo y carnal. Se trata de algo igualmente idealizado, pero, esta vez, puro y platónico en lugar de carnal, blanco en lugar de rojo. Esta pasión idealizada que halla su razón de ser en la renuncia a la satisfacción del deseo, encuentra su mejor representación en el ideal romántico. Se trata de un ideal que privilegia la renuncia y la abnegación que mantienen encendida la pasión, por sobre la satisfacción que la extingue. Es el amor platónico que se ejerce a través de postergaciones, renunciaciones, cartas y ensoñaciones, más que en hechos concretos, tendientes a la satisfacción.

Este ideal romántico, que surge de la inhibición de la excitación genital, parece corresponder con un tipo de fantasías que Freud comparaba con sueños diurnos: “Estos sueños diurnos emergen en la prepubertad, a menudo ya al final de la niñez, persisten hasta que se llega a la madurez y entonces se los abandona o se los conserva hasta la edad prolecta. El contenido de estas fantasías está presidido por una motivación muy transparente. Son escenas o circunstancias en que encuentran satisfacción los afanes de ambición o de poder, o los deseos eróticos de la persona. En los hombres jóvenes prevalecen casi siempre las fantasías de ambición, y en las mujeres, que han puesto su ambición en el éxito amoroso, las eróticas. Pero con harta frecuencia también en los hombres la necesidad erótica se insinúa en el trasfondo; todas las hazañas heroicas y los triunfos están exclusivamente destinados a pasmar a las mujeres y a granjearse su favor” (Freud, 1916-1917 [1915-1917]\*, pág. 89).

#### **4. El romanticismo**

El término “romántico”, derivado de “romance” (nombre que se utilizaba para designar a las lenguas derivadas del latín hablado en Roma), alude en el idioma castellano a lo novelesco, “se aplica a los relatos, escenas o sucesos

en que hay por parte de los personajes que intervienen en ellos, amor, ternura, abnegación, desinterés o idealismo que atraen la simpatía emocionada del lector o espectador”. También se aplica “a las personas que gustan de relatos de esa clase, que se emocionan o entusiasman con esa clase de hechos, que los viven ellas mismas o los imaginan o escriben” (Moliner, 1986).

Según afirma Bertrand Russell (1947) en su *Historia de la filosofía occidental*: “desde la última parte del siglo XVIII hasta el presente, el arte, la literatura y la filosofía han sido influidos, positiva o negativamente, por una forma de sentir característica de lo que, en un sentido amplio, puede llamarse movimiento romántico.

”Las gentes cultivadas de la Francia del siglo XVIII admiraban sobremanera lo que llamaban la *sensibilité*, es decir, una predisposición a la emoción y, más particularmente, a la emoción de la simpatía. Para ser totalmente satisfactoria la emoción ha de ser directa y violenta y no informada por el pensamiento... El movimiento romántico, en su esencia, se dirigía a libertar la personalidad humana de los grilletes de las convenciones sociales y de la moral social... La actitud romántica, en parte porque es aristocrática y en parte porque prefiere la pasión al cálculo, tiene un vehemente desprecio por el comercio y las finanzas. De este modo se ve llevada a proclamar una oposición al capitalismo totalmente distinta al socialista... puesto que es una oposición basada en la repugnancia por las preocupaciones económicas.

”El movimiento romántico se caracteriza, en conjunto, por la sustitución de las normas utilitarias por las estéticas. La lombriz de tierra es útil, pero no bella; el tigre es bello, pero no útil. Darwin (que no era romántico) elogiaba la lombriz; Blake elogiaba al tigre. La moral de los románticos tiene, primordialmente, motivos estéticos. Mas para caracterizar a los románticos es necesario tener en cuenta, no sólo la importancia de los motivos estéticos, sino también el cambio de gusto que diferenciaba su sentido de la belleza del de sus predecesores... Ellos admiran las grandes pasiones, de la clase que sea, y cualesquiera que sean sus consecuencias sociales. El amor romántico, especialmente cuando es desgraciado, tiene bastante fuerza para ganar su aprobación.” (Russell, 1947, págs. 349-359).

Esta idea de que el amor, para ser romántico, debe ser desgraciado, va en la misma dirección de lo que describíamos cuando decíamos que se privilegiaba el deseo idealizado, alimentado por la renuncia, más que su satisfacción. En esta misma dirección, Russell hace el siguiente comentario: “El hombre de sensibilidad llegaría hasta las lágrimas ante la vista de una sola familia campesina desamparada, pero se quedaría frío ante los planes bien concebidos para mejorar la suerte de los campesinos como clase social”.

Si pensamos en el conflicto que describimos en la anemia, resulta muy interesante, por su semejanza, observar los motivos que, según este autor, llevaron a la instauración del movimiento romántico. “Los románticos no carecían de moral. Por el contrario, sus juicios morales eran tajantes y vehementes. Pero la basaban en principios totalmente distintos de los que habían parecido buenos a sus predecesores”, quienes, dominados por los recuerdos de las guerras de religión y de las guerras civiles, “tenían plena conciencia del peligro del caos, de las tendencias anárquicas de todas las pasiones fuertes, de la importancia de la seguridad y de los sacrificios necesarios para lograrla. La prudencia –para los prerrománticos– era considerada como la virtud suprema; el intelecto era valorado como el arma más eficaz contra los fanáticos subversivos; las maneras corteses eran elogiadas como una barrera contra la barbarie... El freno en la exteriorización de la pasión fue el principal objetivo de la educación, y la señal más segura de un caballero”.

A diferencia de los prerrománticos, “en tiempos de Rousseau –el primero de los románticos, según Russell–, muchas gentes se habían cansado de la seguridad y empezaban a desear algo excitante. La Revolución Francesa y Napoleón les dieron todo lo que querían. Cuando, en 1815, el mundo político volvió a la tranquilidad, fue una tranquilidad tan muerta, tan rígida, tan hostil a toda vida vigorosa que sólo los conservadores aterrorizados podían soportarla... La rebelión del siglo XIX contra el sistema de la Santa Alianza adoptó dos formas. Por una parte hubo la rebelión del industrialismo, tanto capitalista como proletaria, contra la monarquía y la aristocracia, lo que casi no tocó el Romanticismo, y fue como un salto atrás, en muchos aspectos, al siglo XVIII... Completamente distinto de esto fue la rebelión romántica, en parte reaccionaria y en parte revolucionaria. Los románticos no deseaban la paz y la quietud, sino una vida individual vigorosa y apasionada. No tenían ninguna simpatía por el industrialismo porque era feo, porque la búsqueda de dinero les parecía indigna de un alma inmortal y porque el crecimiento de las modernas organizaciones económicas interfería la libertad individual”.

En síntesis, de la vieja oposición que mencionara Freud entre hambre y amor, el romántico se inclina, decididamente, por el amor; siente rechazo y repugnancia por lo material y lo mundano, y abraza, en cambio, lo ideal, lo bello, lo elevado y espiritual. Destaquemos, una vez más, que esta idealización de lo pasional no es la búsqueda de la satisfacción sino de la perpetuación del deseo en sus formas más intensas. Huye de la roja satisfacción carnal como huye de todo lo que es mundano y terrenal. El romántico escribe y describe la vida pasional que sueña, pero que no vive.

Un ejemplo de esto es que, pese al rechazo de la vida en la ciudad industrial y la bucólica idealización de la vida campestre, el tipo físico del romántico no es el del campesino curtido por el sol y alimentado con carne de la faena, sino el del débil y sufriente poeta, enamorado de la mujer pudorosa y blanca como la porcelana; o también, el de la pálida joven virginal que sueña con su príncipe azul.

La relación entre anemia y romanticismo merece hacer una mención de un hecho curioso vinculado a la “desaparición” de la *clorosis* (enfermedad que hoy conocemos como anemia ferropénica) coincidiendo con la finalización del período romántico. “El término *clorosis*, derivado del vocablo griego que significa verde, fue aplicado por Varandaeus a una patología descrita por Johannes Lange en 1554 a la que llamó ‘*De morbo virgineo*’... La clorosis afectaba casi con exclusividad a las niñas de 14 a 17 años. Una de las manifestaciones prominentes era la palidez verdosa que quizás requiriera el ‘ojo de fe’ para percibirla. También provocaba disnea, palpitaciones, edema bimaleolar leve y trastornos gastrointestinales... Las perturbaciones emocionales (‘mal de amores’), con depresión, irritabilidad y mal humor, eran comunes... Sin duda el déficit de hierro era un componente relevante de la clorosis.

”El predominio de la clorosis tuvo lugar en la última década del siglo XIX. Luego declinó en forma súbita y después de 1910 se registraron muy pocos casos. Quizás la desaparición de la clorosis no sea real porque aun hoy el déficit de hierro moderado no es inusual en las niñas y mujeres jóvenes. No obstante, los clínicos que actuaron entre 1890 y 1920 se sorprendieron ante la extinción de una patología que ocupó las salas de espera y una gran proporción de las camas hospitalarias. Una hipótesis que podría explicar la incidencia cambiante de la clorosis la vincula con la opresión producida por el corsé... como dijera Hudson, ‘la mera contemplación de convertir una clava de *bowling* natural en un reloj de arena artificial debe haber sido un móvil psicológico poderoso para restringir la dieta’.

”Una visión histórica alternativa de la clorosis la considera un producto cultural de su tiempo. En el período victoriano se esperaba que las mujeres fueran ‘enfermizas’ y se las protegiera por su presunta debilidad. No sólo las adolescentes sino también las mujeres adultas asumían esta postura y muchas experimentaban diversos cuadros histéricos y neurasténicos... Las niñas a menudo evitaban la carne porque se pensaba que este tipo de dieta promovía la moralidad. El estrato social también desempeñaba un papel preponderante; los profesionales de clase media y baja opinaban que nada bueno podía resultar de los hábitos ociosos y lujosos de las niñas de familias privilegiadas que constituían la mayor parte de las pacientes con clorosis. En 1920, el medio cultural femenino había cambiado mucho. Las mujeres concurrían a las escuelas pú-

blicas y llevaban vidas más activas y menos privadas... Los prejuicios contra la carne desaparecieron junto con el corsé.” (Lee, 1994, págs. 701-702).

La época del romanticismo es la época en que la aristocracia pasaba largas estadias en clínicas de reposo, intentando reponerse de los estragos de la tuberculosis. Esta enfermedad respiratoria, típica de la época, parecería representar el desaliento para alcanzar un anhelo espiritual. En ella, la pérdida de sangre por los pulmones a través de la tos y el esputo sanguinolento, lleva a la anemia dejando al sujeto pálido y asténico. Esto parecería simbolizar el rechazo respiratorio-espiritual de la sangre como lo carnal y mundano tan típico del ideal romántico.

Así como el romanticismo surgió como respuesta a esa *“tranquilidad tan muerta, tan rígida, tan hostil a toda vida vigorosa”* que describe Russell, el ideal romántico del sujeto anémico, al modo de un retorno de lo reprimido, surge como respuesta a la *“desdicha del sosiego”* que el sujeto alcanza al inhibir los afectos y volverse insensible. En otras palabras, el ideal romántico es un fallido intento de salida del sentimiento de indolencia.

Otro concepto de Russell sobre el romanticismo nos servirá de enlace con el siguiente apartado. *“El temperamento de los románticos está mejor estudiado en las obras imaginativas. Amaban lo extraño: espectros, viejos castillos en ruinas, los últimos melancólicos descendientes de las antiguas grandes familias, los practicantes del mesmerismo y las ciencias ocultas, los tiranos caídos y los piratas levantiscos.”* Los temas tratados por los realistas eran para los románticos *“demasiado pedestres; ellos sólo se sentían inspirados por lo grande, remoto y terrorífico”*.

## **5. La anemia como una forma de melancolía y el vampirismo**

Si bien, como dijimos, la vivencia melancólica de que a la vida le falta pasión se revela como paranoica si tenemos en cuenta que es el propio sujeto quien, inhibiendo sus afectos, se ha vuelto insensible, esto no quita que el sujeto experimente esa falta de pasión como algo que le ha sido arrebatado. De modo tal que, procesada melancólicamente, la ausencia de pasión se transforma en la ausencia de un objeto capaz de suscitarla. Esta ausencia, a su vez, es sentida por el indolente como la presencia de un objeto que le quita la energía y la vitalidad; un objeto que, junto con la sangre de las venas y el oxígeno de los tejidos, le quita las ganas de vivir.

La anemia, entonces, como *“falta de sangre”* remite tanto a la idea de un objeto *“chupasangre”*, como a la fantasía, análoga y opuesta, de que para *“animarse”* y encontrar la fuerza vital y la pasión, el sujeto debería

poder chupar la sangre del objeto ideal. Ya sea como objeto o como sujeto, la idea de chupar y alimentarse con sangre se encuentra presente en el mito popular del vampirismo.

Según la leyenda popular, el hombre vampiro es un cadáver que por las noches sale de su tumba en forma de murciélago y, clavando sus afilados colmillos en el cuello de sus víctimas, succiona la sangre para alimentarse. El mito del hombre vampiro encontró su paradigma en el Conde Drácula, el personaje de la novela romántica de Bram Stoker. El autor se inspiró en la vida de Vlad Tepes Dracul, quien reinó en Valaquia (no en Transilvania), entre 1456 y 1474. Este príncipe fue famoso por las sangrientas campañas que emprendió contra los saxos y luego contra los turcos. Cuenta la leyenda que, al volver a su castillo, descubre que su esposa, Elisabeta, se ha suicidado al creerlo muerto en batalla. Al saberlo, Vlad abjura violentamente de su fe católica clavando su espada en un crucifijo del que comienza a manar sangre. Así, vende su alma al diablo y alcanza la inmortalidad maldita<sup>167</sup>.

La biología ofrece un sustrato real que da sustento al mito del hombre vampiro en la existencia de un animal parásito, del mismo nombre; una suerte de murciélago “mordedor” que obtiene su alimento practicando un corte pequeño en la piel de hombres y animales con los dos incisivos superiores, grandes y afilados, para lamer la sangre que mana de la herida. El estudio psicoanalítico de las fantasías hepáticas nos brindó un segundo sustento en el hecho de que el feto extrae oxígeno y se alimenta de la sangre materna. Como dijimos en otra oportunidad, estas fantasías que se vinculan más con el absorber que con el succionar, tendrían como antecedente remoto el de las vellosidades coriales y generan la fantasía de “una ‘madre’ viscosa, absorbente, ‘chupasangre’, una madre vampiro, terrorífica y siniestra, que destruye y licúa –proteínolítica y hemolítica–, que digiere y asimila, amenazando con aniquilar completamente al sujeto” (Chiozza, 1970n [1968], apdo. 3.b).

Un tercer sustrato para esta fantasía, más interesante aún, surge de las *porfirias*, un grupo infrecuente de enfermedades que suelen ser familiares. Se reúnen bajo la designación común de porfirias un conjunto variado de alteraciones enzimáticas que impiden la adecuada síntesis del hemo y que, por lo tanto, entre otros síntomas más destacados, suelen cursar con anemia hemolítica. A diferencia del hemo, de gran valor biológico, sus precursores, las porfirinas, no sólo carecen de utilidad sino que además resultan tóxicas cuando se acumulan en cantidades elevadas; causan severos daños en la piel por fotosensibilidad y/o trastornos neurológicos.

<sup>167</sup> Información extraída del *Diccionario de mitos y leyendas*, producido por el Equipo NAYa y disponible en Internet en [www.cuco.com.ar](http://www.cuco.com.ar).

De modo que las personas que presentan esta alteración son extremadamente sensibles a los rayos del sol y buscan evitarlos saliendo sólo de noche. Como defensa orgánica frente a la luz solar, suelen presentar hirsutismo en los lugares de la piel más expuestos, como en el dorso de los dedos y las manos, en las mejillas y la nariz. Se cree que este exceso de bello facial dio sustento, también, al mito de otro monstruo de hábitos nocturnos: el hombre lobo (Lee, 1994).

La oxidación anómala de los tejidos retrae la piel, confiriendo a estos enfermos un aspecto monstruoso: por falta de los labios, la boca aparece permanentemente abierta y las encías retraídas dejan al descubierto los dientes que adquieren un tono rojizo; las fosas nasales se transforman en dos orificios oscuros por donde el enfermo respira de manera jadeante y fluye de ellos una secreción sanguino-purulenta. En la actualidad, la terapia para algunas porfirias (además de filtros solares) consiste en la inyección de concentrados de glóbulos rojos o soluciones de grupo hemo. Este tratamiento remedaría lo que, según la tradición, hacían quienes padecían de esta enfermedad para sentirse aliviados, suscitando horror en sus congéneres: ingerir sangre<sup>168</sup>.

Volviendo a la vivencia melancólica, encontramos en el vampiro la contracara del objeto idealizado del romanticismo. Como dijimos, el objeto de amor idealizado del débil y enfermizo poeta romántico era la blanca muchacha, virginal y pura, ajena a todo deseo carnal; de modo que su opuesto lo encontramos en la fantasía erótica de la mujer vampiresa, pálida, fría, insensible y distante, capaz de suscitar una pasión carnal que consume al hombre hasta la última gota de su sangre.

Para la joven romántica, el príncipe azul encuentra su contraparte en la figura del Conde Drácula. Es la fantasía del vampiro insaciable (seductor y asqueroso) que, para perpetuar eternamente su existencia irremediable de “muerto en vida”, asalta a las bellas y virginales doncellas mientras duermen; desviste sus sensuales y niveos cuellos, los muerde y succiona la sangre hasta alcanzar el éxtasis.

## 6. La anemia como expresión del sentimiento de indolencia

De lo que llevamos dicho hasta aquí resulta fácil enhebrar metapsicológicamente el drama afectivo del sujeto, con el trastorno de la función hemoglobínica de la anemia. Siguiendo precedentes desarrollos, podemos suponer que así como la vergüenza se presenta con rubor, en la clave de inervación

<sup>168</sup> *Idem* nota anterior.

del sentimiento de indolencia una ligera disminución de la concentración de hemoglobina (o del transporte de oxígeno por esta sustancia) juega un papel destacado, brindando una cierta “corporalidad” al desgano y al desánimo que constituyen una parte esencial del sentimiento de indolencia.

Como ya dijimos, cuando por temor a la frustración se inhibe la vida afectiva en general, el sentimiento conciente de indolencia genera que los deseos reprimidos se idealicen y retornen a la conciencia privados de su connotación de excitación genital, su roja “carnalidad”. Así se constituye lo que dimos en llamar el *ideal romántico*. El sujeto se comporta de manera indolente frente a todo lo que no sea el anhelado ideal, ya que comparada con éste, su vida le parece nada más que un pálido reflejo.

Como la teoría psicoanalítica se ocupa de esclarecer, todo retorno de lo reprimido exige nuevos esfuerzos defensivos para poder mantener inconciente lo reprimido. Pensamos que un camino posible consiste en el intento de hacer “desaparecer” de la conciencia el sentimiento de indolencia desestructurando su clave de inervación de modo de hacerlo irreconocible.

La clave de inervación del afecto, deformada por este mecanismo, se experimenta como un trastorno corporal privado de su conexión con el afecto y con el drama vital que le dio origen. En el caso particular que nos ocupa, la hemoglobina desciende por debajo de los valores considerados normales. El sujeto, ahora *empalidecido*, no sospecha que la falta de fuerzas para enfrentar las vicisitudes de su vida *cotidiana* es expresión de un drama inconciente.

### III. Síntesis

1. La anemia es un estado patológico que se define por la disminución de la concentración de hemoglobina en sangre por debajo de los valores de referencia que la Organización Mundial de la Salud considera normales, acorde a la edad y sexo del sujeto en cuestión. El vocablo “anemia” proviene del griego y, en su sentido literal, significa “sin sangre”.

2. La hemoglobina es la principal proteína de los glóbulos rojos (eritrocitos), la que permite que estas células sanguíneas lleven a cabo su función específica de transportar oxígeno desde los pulmones hasta los tejidos y dióxido de carbono en sentido contrario. El oxígeno es la principal fuente de energía del organismo. La presencia de un pigmento en la molécula de hemoglobina dota a los eritrocitos (y ellos, a su vez, a la sangre) de su color rojo característico. Por lo tanto, podemos afirmar que la función de transportar oxígeno es tan inherente a la sangre como su

cualidad de ser roja, ya que ambas características dependen de una misma sustancia: la hemoglobina.

3. Dadas las características de la hemoglobina, se comprende que la disminución de su concentración en la anemia determine, paralelamente, una disminución del color rojo y una disminución del transporte de oxígeno a los tejidos. Por lo tanto, el *signo* más característico de la anemia es la *palidez* (en piel y mucosas) y el *síntoma* más característico de la anemia es la *astenia* (es decir, una sensación de falta de energía). A veces, como intento de compensar la carencia de oxígeno, aumentan las frecuencias cardíaca y respiratoria y entonces pueden aparecer disnea, taquicardia y palpitaciones.

4. Al oxígeno se lo asocia tanto con el fuego como con la vida; para los organismos aeróbicos, su presencia permite obtener la energía necesaria para mantener encendida la llama vital. Por extensión, también la sangre, encargada de transportar el oxígeno, queda asociada a la vida, lo vivo y lo vital. Pensamos, entonces, que el significado de “sin sangre” presente en el sentido literal del término “anemia”, busca expresar la idea de “sin vitalidad”, que se evidencia en la falta de fuerzas o energía de su síntoma característico, la astenia.

5. Dado que el transporte de oxígeno que realiza la hemoglobina de la sangre es una función que sirve como nexo entre la respiración pulmonar y la respiración metabólica, esta función participaría con un carácter propio de la unidad de significado más amplia que abarca todo el proceso de oxigenación. Se trataría de una forma de desánimo que en lugar de surgir del desaliento (característico de la respiración pulmonar), más bien suele conducir a él, como se evidencia en la disnea del anémico como intento de compensar la falta de oxígeno disponible para la respiración metabólica celular.

6. El hecho de que en las emociones participe de manera característica un componente vascular vegetativo, sanguíneo, hace que tanto la sangre, como el color rojo que le es propio, se presten igualmente para representar a las emociones, tanto en su aspecto más general (la vida afectiva) como en su aspecto más primario, pasional. El rojo es el color de la pasión, y la sangre es el vehículo de la misma. Sangre, rojo y pasión son elementos que se representan mutuamente.

7. El término “pálido”, que en sentido figurado alude a lo que es poco expresivo, poco impresionante o desanimado, en el contexto de la anemia se refiere a la falta de color rojo. Si, como dijimos, el color rojo puede ser símbolo tanto de la sangre como de la pasión, en la palidez de la anemia encontramos la misma idea de “sin sangre”, ya mencionada, o también “sin pasión”. Vemos que tanto el sentido de la anemia, como los de astenia

y palidez, se orientan, todos ellos, en una misma dirección: falta de sangre, de vitalidad, de fuerzas, de ánimo, de color rojo, de pasión...

8. Si la palidez de la isquemia, acotada a un tejido, representa el intento de inhibir el desarrollo de un afecto penoso, podríamos pensar que la palidez generalizada de la anemia representaría el intento de inhibir la vida afectiva en general. Es decir, no se busca inhibir el desarrollo de un afecto penoso en particular, sino “matar” los deseos, “apagar” los afectos, “desvitalizar” la vida, “empalidecerla”, a los fines de no experimentar el dolor de la frustración. Esta actitud de “matar las ganas” a los fines de no experimentar dolor queda bien representada por el término “*indolencia*”.

9. El término “indolente”, como contrario de “doler”, reúne los sentidos de insensible, indiferente, apático, impasible y desganado. Pensamos que aquel que busca insensibilizarse al dolor, inhibiendo su capacidad de sentir, también se insensibiliza para otros afectos y deseos. Como resultado de esta actitud de inhibición, lo único que es capaz de sentir (de manera paradójica, si se quiere) es la ausencia de afectos (importancias) y deseos (motivaciones). En otros términos, experimenta la inhibición como indolencia, como insensibilidad, indiferencia y desgano.

10. La oposición entre la palidez, típica de la anemia, y el rubor, típico de la vergüenza, nos llevó a hacer algunas consideraciones sobre este afecto. El intenso rubor de la vergüenza puede ser comprendido como el desplazamiento y la condensación de las investiduras dentro de la clave de inervación de la excitación sexual. La represión de la excitación genital es entonces un proceso que se configura como una sustitución transaccional, que no se experimenta, en este caso, como un síntoma orgánico, sino como un afecto, la vergüenza, que difiere de la excitación genital.

11. El rubor de la vergüenza, como vasodilatación, lleva implícita una cierta revitalización opuesta a la desvitalización representada por la palidez con su componente de vasoconstricción. La inhibición pulsional que describimos presente en la anemia sería, entonces, un modo de defensa más regresivo, que se halla *más allá* de la vergüenza. Imaginamos que una evolución favorable de este conflicto colocaría al sujeto frente a la vivencia revitalizadora de vergüenza. En términos metafóricos, de la palidez se pasaría al rubor, de la indolencia a la vergüenza.

12. De la relación entre indolencia y vergüenza, extraemos la conclusión de que el motivo que lleva a la inhibición general de la vida afectiva es un conflicto con la excitación en general y especialmente genital. Se trata de una excitación que el sujeto, desde su frustración, experimenta como desmesuradamente roja, carnal y fogosa. Desde la inhibición de la vida

afectiva que sume al sujeto en la indolencia, experimenta un desgano del cual se imagina que sólo podría salir a través de una intensa pasión.

13. Esta intensa pasión no es otra cosa que un retorno de lo reprimido, sólo que ahora, luego de la inhibición, esta pasión se ha transformado en un amor ideal de características opuestas a lo rojo y carnal. Se trata de algo igualmente idealizado, pero, esta vez, puro y platónico en lugar de carnal, blanco en lugar de rojo. Esta pasión idealizada, que halla su razón de ser en la renuncia a la satisfacción del deseo, encuentra su mejor representación en el ideal romántico. De la vieja oposición que mencionara Freud entre hambre y amor, el romántico se inclina, decididamente, por el amor; siente rechazo y repugnancia por lo carnal, lo material y lo mundano, y abraza, en cambio, lo ideal, lo bello, lo elevado y espiritual. Como retorno de lo reprimido, el ideal romántico es un fallido intento de salida del sentimiento de indolencia.

14. La “falta de sangre”, la vivencia melancólica de que a la vida le falta pasión, remite tanto a la idea de un objeto “chupasangre”, como a la fantasía, análoga y opuesta, de que para “animarse” y encontrar la fuerza vital y la pasión, el sujeto debería poder chupar la sangre del objeto ideal. Ya sea como objeto o como sujeto, la idea de chupar y alimentarse con sangre se encuentra presente en el mito popular del vampirismo.

15. Encontramos en el vampiro la contracara del objeto idealizado del romanticismo. El opuesto de la blanca muchacha, virginal y pura, ajena a todo deseo carnal, lo encontramos en la fantasía erótica de la mujer vampiresa, pálida, fría, insensible y distante, capaz de suscitar una pasión carnal que consume al hombre hasta la última gota de su sangre. El opuesto romántico del príncipe azul es la figura del Conde Drácula, el vampiro insaciable (seductor y asqueroso) que asalta a las virginales doncellas mientras duermen para succionar la sangre hasta alcanzar su éxtasis.

16. Cuando por temor a la frustración se inhibe en forma general la vida afectiva, el sentimiento conciente de indolencia genera que los deseos reprimidos se idealicen y retornen a la conciencia privados de su connotación de excitación “corporal”. Así se constituye lo que dimos en llamar el *ideal romántico*. El sujeto se comporta de manera indolente frente a todo lo que no sea el anhelado ideal, ya que comparada con éste, su vida le parece nada más que un pálido reflejo. En otros términos, se trata del drama de estar viviendo un reflejo pálido de la vida que se querría tener, pasional e intensa.

17. El retorno de lo reprimido exige nuevos esfuerzos defensivos para poder mantener inconciente lo reprimido. Pensamos que un camino posible consiste en el intento de hacer “desaparecer” de la conciencia el sentimiento de indolencia desestructurando su clave de inervación de modo de hacerlo irreconocible. Podemos suponer que una ligera disminución de la

concentración de hemoglobina (o del transporte de oxígeno por esta sustancia) juega un papel destacado en la clave de inervación del sentimiento de indolencia, brindando una cierta “corporalidad” al desgano y al desánimo que constituyen una parte esencial de este sentimiento.

18. Al desestructurarse la clave de inervación del sentimiento de indolencia, la hemoglobina desciende por debajo de los valores considerados normales, y el sujeto, ahora *empalidecido*, no sospecha que la falta de fuerzas para enfrentar las vicisitudes de su vida *cotidiana* es expresión de un drama inconciente.

## IV. La patobiografía de una paciente con anemia

### 1. La historia clínica

La paciente, que nos consulta para realizar un estudio patobiográfico por sugerencia de su hematóloga, es una mujer de 33 años, sin hijos ni embarazos, que presenta una anemia ferropénica de larga data y con escasa respuesta a los diversos tratamientos ensayados con hierro. Se trataron con éxito otros trastornos concurrentes que podrían originar pérdidas sanguíneas (gastritis e hipermenorrea), pero no fue posible revertir su estado anémico. Se estudiaron otras posibles causas sin arribar a resultados concluyentes.

Le diagnosticaron anemia por primera vez a los 2 años de edad, enfermedad que padece desde entonces, excepción hecha de un período libre de enfermedad que, según refiere la paciente, se inicia poco antes de contraer matrimonio y finaliza cinco años después, luego de su separación conyugal. A partir de entonces, la paciente comienza a referir una astenia marcada. Por lo demás, se trata de una persona sana de constitución normal.

En el momento de la consulta, pese a la vigencia de los tratamientos con hierro y con anticonceptivos orales para regularizar, en cantidad, las pérdidas menstruales, presenta una concentración de hemoglobina de 10,7 g/dl (para un valor normal no menor a 12).

### 2. La “otra” historia

La paciente (a quien daremos el nombre de Alma por tratarse del nombre de la protagonista del filme que la paciente eligió resumir para el estudio patobiográfico) es la segunda hija de un matrimonio con cuatro hijos. Alma vive sola desde que se separó y trabaja junto a sus padres en un local

de Lotería y Quiniela en el Gran Buenos Aires, muy cercano a una villa de emergencia. A diferencia de sus hermanos varones, ambos contadores, con buenos empleos en el sector bancario, Alma, luego de separarse, estudió para ser profesora de danza, pero a la hora de comenzar a dar clases, abandonó esta actividad por sentirse inhibida frente a las alumnas. Disconforme con su trabajo en el local de sus padres, intentó estudiar computación y cosmetología, pero fueron proyectos que también abandonó rápidamente.

Alma nos cuenta que la posibilidad de hacer el estudio patobiográfico le llega en un momento justo porque siente que ha perdido el rumbo. Se ve sola, sin proyectos concretos; siente que su vida no es como se la había prometido a sí misma, ni en lo laboral ni en lo afectivo. Nos dice que siente que no tiene *“nada para poner en el currículum”*, como si a los 33 años tuviera que empezar de nuevo con la página de su vida *“en blanco”*. A diferencia de sus hermanos, que tienen más resuelto tanto lo sentimental como lo laboral, Alma se siente la oveja negra, *“porque me quedé en el negocio, me casé y me separé”*.

Odia su actual trabajo; siente que le consume la vida y no le deja emprender nuevos proyectos que pudieran entusiasmarla más. Los conflictos con su padre son permanentes. Ella siente que tiene, al mismo tiempo, las desventajas de ser dueña y de ser empleada. Su padre opina que ella nunca está conforme y se queja de su vida, y su madre, según nos cuenta Alma, dice que *“ella la hizo con mucho amor pero que no pareciera”* porque Alma *“está siempre angustiada”*. Alma se pregunta en qué estaría pensando su madre cuando la tuvo a ella.

Sentimentalmente, se siente atrapada e indecisa entre la frustración de la relación con Andrés, quien siempre pone a sus amigos por delante del noviazgo, y el aburrimiento de la relación con Esteban, con quien Alma, a pesar de verlo muy interesado, no consigue entusiasmarse ni sentir pasión. Nos dice que Esteban, por ella, dejó un noviazgo de cinco años, pero que ella sale con él *“como con un amigo”*. Andrés, en cambio, quiere estar a su manera, y Alma siente que *“se gasta en hablar”*.

Las pocas relaciones que estableció, luego de separarse, las describe como relaciones *light*; de poco compromiso afectivo, que le suscitan más dudas que pasión. *“Quiero estar con alguien –nos dice Alma– y ser feliz, pero me siento como bloqueada; estoy insegura y como sin ganas. Conocí hombres buenos, pero no me enganché; no encontré lo que quiero.”*

Angustiada por su vida sentimental consultó a una psicóloga de la obra social, pero al terminar las cuarenta sesiones se cansó. *“Iba los lunes por medio a contar una novela de amor; hablaba de la relación pero no le encontraba salida y me aburría yo misma de escucharme.”*

Con su marido fue distinto. Conoció a Mauro, un italiano de paseo en la Argentina, a los 19 años; hasta entonces, sólo se había besado con un noviecito anterior que la dejó para probar suerte en Europa. Se pusieron de novios y él decidió quedarse a vivir en la Argentina y se casaron dos años después. Acordaron postergar las relaciones sexuales para cuando estuvieran casados. Sus impresiones de las primeras relaciones sexuales quedaron asociadas al marco idílico del crucero por el Caribe, donde pasaron su luna de miel. “*Fue muy lindo porque se dio como lo había proyectado.*” Nos trajo fotos de su luna de miel.

Pero al regresar, el idilio terminó. Mauro no tenía trabajo y el padre de Alma le ofreció trabajar con él. Mauro prefirió un emprendimiento con un pariente y sugirió que Alma fuera a trabajar con su padre. “*Ese fue el peor error de mi vida.*” Trabajando con el padre nunca se llevó bien; al poco tiempo, Mauro dejó de trabajar y vivían del sueldo de Alma y, para colmo, él ayudaba económicamente a su propia familia. Pero lo peor, en palabras de Alma, es que “*soñaban cosas distintas*”. La sexualidad comenzó a espaciarse hasta desaparecer, y en comparación con la vida de sus amigas solteras, Alma sentía que la suya era aburrida.

No obstante lo rápido que surgieron estas desavenencias y sus ganas de separarse, Alma continuó con el matrimonio, aferrándose a su sueño. Siempre soñó un matrimonio para siempre, como el de sus padres, o tener “*una historia linda*” como la de su hermano mayor, que se casó con su novia de toda la vida, compañera de colegio de Alma.

Pero a los cinco años de casada ya no quedaba más nada de ese sueño, y decidió separarse para empezar de nuevo. Fue ahí que la anemia volvió y le empezaron a faltar las fuerzas. “*Tal vez si sintiera más fuerza...*”

### **3. El drama inconciente en la anemia de Alma**

Cuando estudiamos un caso clínico en busca de una determinada fantasía inconciente, la situación más común es que se trate de una persona que vivió sana, hasta que, en algún momento, las vicisitudes vitales la condujeron a enfermar. El caso de Alma, a grandes rasgos, parecería ser la situación opuesta, su negativo. Según su historia clínica, ella vivió enferma de anemia la mayor parte de su vida, hasta que, en un determinado momento, la enfermedad “desapareció”, para retornar cinco años después, exacerbada.

Por el material obtenido de su estudio patobiográfico, no nos hemos podido formar una idea convincente de por qué enfermó de anemia a los dos años de vida. La paciente relata que cuando su madre y su abuelo ma-

terno la llevaron a hacerse los primeros estudios por su anemia, estando en el hospital, su abuelo se descompuso y murió. Según nos relató, ella se sentía muy unida a este abuelo y sufrió mucho su pérdida. Pensamos que bien podría tratarse de una inversión temporal de los acontecimientos, de modo que la muerte de su abuelo fuera el factor eficaz desencadenante de su anemia; pero son conjeturas... Se trata de vivencias tempranas que la paciente recuerda a través de jirones de la memoria y construcciones aprendidas con posterioridad.

Para comprender la anemia en una época tan temprana de la vida, seguramente los elementos esenciales de la fantasía que hemos estudiado (la vergüenza, la inhibición, la excitación sexual genital, el ideal romántico y la imagen idealizada de la vida que se querría tener) quizás deberían ser traducidos o reacondicionados a las características de la vida emocional propia de esa etapa tan temprana.

Por lo tanto, en el caso de Alma, preferimos centrarnos en por qué “desapareció” la anemia con el matrimonio y por qué “reapareció” luego de su separación conyugal. Un camino análogo, aunque formulado de una manera metodológicamente más correcta, sería interpretar la historia que Alma nos cuenta como si se tratara de un recuerdo encubridor de su situación actual. Así, el período libre de enfermedad pasaría a representar lo que en la técnica del estudio patobiográfico llamamos *fantasía mágica de curación*. En otras palabras, representa el deseo idealizado, cuya insatisfacción sostiene el síntoma actual.

Mauro entonces representa lo que ahora le falta: el *príncipe azul* del cuento que la paciente trajo al estudio: “Blancanieves y los siete enanitos”; el hombre que, en lugar de enfrentarla con la excitación genital, la espera lo suficiente y la lleva a conocer su palacio, representado por el crucero por el Caribe (algo que desentona, claramente, con la extracción social de la paciente).

En la historia que nos relata Alma, de regreso de la luna de miel, el sueño romántico comienza a resquebrajarse contaminado con las cuestiones materiales y mundanas de la vida cotidiana. “*Él ya era así, pero yo no me di cuenta.*” El príncipe azul, ahora ausente, equivale a la presencia de un objeto chupasangre que consume las fuerzas y deja a Alma aburrida sin poder concretar los proyectos de una vida más pasional. Por ejemplo, la vida que llevaban sus amigas solteras. Dado que esto es una fantasía paranoica defensiva, Alma se aferra a este objeto para no tener que enfrentar su propia dificultad para construirse ella misma, y por su cuenta, la vida que quisiera tener.

Considerada en términos de su historial “real”, la separación incrementa su frustración por imposibilidad de proyectar, defensiva y paranoicamente, las dificultades sobre el objeto chupasangre. Liberada de tener

que mantener a Mauro y su familia, Alma descubre que, contrariamente a lo que imaginaba, no tiene las fuerzas suficientes para llevar adelante su vida como le gustaría; esta falta de fuerzas reprimida aparece en la astenia, a la cual, ahora, se atribuye el fracaso.

El sentimiento de vivir una vida empalidecida, que refleja poco y mal aquella otra vida que quisiera tener, es lo que está más cerca de la conciencia de Alma. Así nos habla de su currículum vacío, de su vida como una página en blanco o de la falta de rumbo. Pensamos que esto está más cerca de su conciencia porque permanece reprimida su propia participación en el drama de su vida. Alma atribuye el fracaso en el logro de su ideal, tanto a su padre “chupasangre”, que le quita todo su tiempo y no le paga lo suficiente, como a la misma anemia que la desalienta, al dejarla sin las necesarias fuerzas para emprender, exitosamente, proyectos más atractivos. Tal vez, una parte de su malestar en su trabajo actual se relacione con el verse reflejada en los clientes, gente humilde sin dinero ni esperanzas, que gasta sus únicos recursos apostando a la Rueda de la Fortuna.

No obstante la disconformidad con su vida actual aparece cercana a su conciencia, no ocurre lo mismo con el ideal de la vida que quisiera tener. Notamos que de esto, prácticamente, no nos habló; pensamos que de poder tener más conciencia de esos sueños, los sentiría tan ideales, tan incompletos y tan poco definidos que no podría menos que sentir vergüenza. Una representación de esto parecería ser que cuando le pedimos que resumiera una novela que hubiera leído (a la espera de encontrarnos con su mundo fantástico interior), nos trajo el cuento de “Blancanieves y los siete enanitos”.

Como dijimos, el aspecto más resistido de su drama es el que se relaciona con su propia participación en la construcción de su vida. Se trata de su actitud indiferente y desapasionada, de huida de lo pasional por temor a la frustración. Una actitud que desemboca en vínculos y situaciones que luego, de manera paranoica, identifica como frustrantes. Alma tiene muy escasa conciencia de cómo ella, tanto en lo laboral como en lo sentimental, “quita el fuego” de los vínculos y de las actividades. En una sola ocasión nos habla de su ruptura de un noviazgo por medio de una carta en la que confesaba que cortaba la relación porque comenzaba a sentir que se estaba enamorando. Un ejemplo análogo, en lo laboral, es que cuando frente a su reclamo de no tener ni participación en las ganancias del negocio ni aguiñaldo su padre le dice que retire lo que le parezca, Alma no lo hace.

En síntesis, lo más lejano de su conciencia es el *sentimiento* de indolencia que se expresa, por un lado, a través de su anemia; por el otro, en una *actitud* indolente negada con la cual le quita pasión a su vida. Paranoicamente, proyecta la responsabilidad de su vida en objetos que le chupan

la sangre, objetos a quienes, en el deseo de chuparles la sangre que le falta, reprocha melancólicamente que no le resuelven la vida. Entre estos objetos que le chupan la sangre y que no la dejan vivir la vida pasional que quisiera, está la misma anemia que le quita las energías. Estos reclamos son, otra vez, una actitud indolente, de dejarse estar, esperando que alguien le aporte la pasión que a su pálida vida le está faltando.

## BIBLIOGRAFÍA

- ALARCÓN-SEGOVIA, Donato; RUIZ-ARGÜELLES, Alejandro y LLORENTE, Luis (1995) “Broken dogma: penetration of autoantibodies into living cells”, en *Trends Immunology Today*, vol. 17, N° 4, 1996, págs. 163-164.
- ALBERTS, Bruce; BRAY, Dennis y LEWIS, Julian (1994) *Biología molecular de la célula*, Omega, Barcelona, 1994.
- ALBORES, José (1980) *Manual de pediatría*, López Libreros Editores, Buenos Aires, 1980.
- ALSINA THEVENET, Homero (1999) *Nuevas crónicas de cine*, Ediciones de la Flor, Buenos Aires, 1999.
- ÁLVAREZ, Manuel; GODOY, Iván y MONTIEL, Francisco (1988) *Síndrome de inmunodeficiencia adquirida*, Ediciones de la Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile, 1988.
- ARANA IÑÍGUEZ, Román y REBOLLO, María Antonieta (1972) *Neuroanatomía*, Interamericana, Buenos Aires, 1972.
- AREU CRESPO, María Zulema (1998) *La mujer y su ética*, Julián Yebenes, Santiago de Chile, 1998.
- BALDACCI, Elio (1964) *Vida privada de las plantas*, Sudamericana, Buenos Aires, 1964.
- BALDINO, Oscar (1981) “Acerca de las micosis –segunda comunicación–”, presentado en el Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicosomática (CIMP), Buenos Aires, 1981.
- BARTRA, Agustí (1982) *Diccionario de mitología*, Grijalbo, Barcelona, 1982.
- BASUALDO, Juan; COTO, Celia y DE TORRES, Ramón (1996) *Microbiología biomédica*, Atlante, Buenos Aires, 1996.

- 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.
- BATESON, Gregory; JACKSON, Don; HALEY, Jay y WEAKLAND, John (1956) “Hacia una teoría de la esquizofrenia”, en *Pasos hacia una ecología de la mente*, Carlos Lohlé, Buenos Aires, 1976, págs. 231-256.
- BATTAGLIOTTI, Carlos y GRECA, Alcides (1992) “Lupus eritematoso sistémico. Aspectos históricos y epidemiológicos”, en C. Battagliotti, A. Gentiletti y B. Pons-Estel, *Lupus eritematoso sistémico. Aspectos clínicos y terapéuticos*, Vademecum de Bolsillo, Buenos Aires, 1992, págs. 1-47.
- BECKER, Udo (1992) *Enciclopedia de los símbolos*, Robinbook, Barcelona, 1996.
- BEESON, Paul y McDERMOTT, Walsh (eds.) (1971) *Tratado de medicina interna de Cecil-Loeb*, Interamericana, México, 1972.
- BENACERRAF, Baruj y UNANUE, Emil (1984) *Inmunología*, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 1986.
- BENÍTEZ, Fernando (1964) *Los hongos alucinantes*, Era, México, 1979.
- BENÍTEZ DE BIANCONI, Silvia (1994) “Sobre lo articular y los trastornos de la cadera”, presentado en la Fundación Luis Chiozza, Buenos Aires, 1994.
- BENÍTEZ DE BIANCONI, Silvia (1995) “Sobre el significado de la articulación del hombro; sus trastornos y la adquisición de una moral”, presentado en la Fundación Luis Chiozza, Buenos Aires, 1995.
- BENÍTEZ DE BIANCONI, Silvia (2001) “Sobre el significado inconciente de los trastornos articulares”, presentado en la Fundación Luis Chiozza, Buenos Aires, 2001.
- BERNABÓ, Jorge (1996) “Etiopatogenia de la fiebre”, en J. R. Buroni, *Fiebre*, La Prensa Médica Argentina, Buenos Aires, 1996, pág. 11.
- BETTELHEIM, Bruno (1975) *Psicoanálisis de los cuentos de hadas*, Grijalbo, Barcelona, 1988.
- BETTS, Robert (1995) “Orthomyxoviridae: virus Influenza”, en G. L. Mandell, R. G. Douglas y J. E. Bennett, *Enfermedades infecciosas. Principios y práctica*, t. II, Panamericana, Buenos Aires, 1997.
- BIBLIOGRÁFICA ESPAÑOLA (1945) *Diccionario griego-español*, Bibliográfica Española, Madrid, 1945.
- BILLIET, Laura; CORNIGLIO, Ana María; CORNIGLIO, Horacio; MARÍN, Nora; MARÍN, Eduardo; SCHNEER, Cristina (1987) “Lupus erite-

- matoso sistémico. Consideraciones sobre un caso clínico”, presentado en el Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicosomática (CIMP), Buenos Aires, 1987.
- BLAKE, William (1790-1793) *El matrimonio del cielo y el infierno*, Ed. Alma, Bogotá, 1947. Edición de Edmundo González-Blanco.
- BLANCO, Antonio (1997) *Química biológica*, El Ateneo, Buenos Aires, 1997.
- BOARI, Domingo (1999) “Sobre el sentido de los afectos”, en *Simposio 1999*, Fundación Luis Chiozza, Buenos Aires, págs. 77-84.
- BOOTH, Gothard (1948) “Psicodinámica en el parkinsonismo”, en *Lecturas de Eidon*, N° 2, CIMP, Buenos Aires, 1983 (reproducido de *Psychosomatic Medicine*, vol. 10, N° 1, 1948).
- BURNET, Macfarlane y WHITE, David (1977) *Historia natural de la enfermedad infecciosa*, Alianza Editorial, Madrid, 1982.
- CAHN, Pedro (1992) “SIDA y enfermedad por HIV: del virus a la clínica”, en P. Cahn y colabs., *PSIDA*, Paidós, Buenos Aires, 1992.
- CALABRESE, Alberto y ASTOLFI, Eduardo (1969) *Toxicología*, Kapelusz, Buenos Aires, 1972.
- CARBALLAL, Guadalupe (1996) “Virología: aspectos generales”, en G. Carballal y J. Oubiña, *Virología médica*, El Ateneo, Buenos Aires, 1996.
- CARBALLAL, Guadalupe y OUBIÑA, José (1996) *Virología médica*, El Ateneo, Buenos Aires, 1996.
- CARDINALI, Daniel (1997) *Manual de neurofisiología*, Ediciones Díaz de Santos, Buenos Aires, 1997.
- CASIRAGHI, Juan y RAVETTA, Carlos (1969) “Sistema nervioso central (generalidades-ontogenia-filogenia)”, en J. Casiraghi, J. Martínez, M. Cremona de Ravetta, J. Galparin, C. Ravetta e I. Caplan, *Anatomía del cuerpo humano. Funcional y quirúrgica*, t. II, El Ateneo, Buenos Aires, 1969.
- CERVANTES SAAVEDRA, Miguel de (1615) *Don Quijote de la Mancha*, t. VIII, Espasa-Calpe, Madrid, 1951.
- CESIO, Fidias y colab. (1968) (Colaboradores.: J. Abuchaem, A. Cagnoni, T. S. de Fundia, J. Marotta, C. Martínez, J. Martínez, R. Piedimonte, J. Saíenz, L. Storni y M. Tractenberg) “Lupus eritematoso sistémico. Una investigación psicosomática. 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.
- CHEVALIER, Jean (1993) *Diccionario de símbolos*, Herder, Barcelona, 1993.

- CHIOZZA, Gustavo (1996b) “Sobre la relación entre la histeria de conversión y la enfermedad somática”, en L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 385-431.
- CHIOZZA, Gustavo (1998) “Consideraciones sobre una ‘metapsicología’ en la obra de Chiozza”, en L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 375-383; L. Chiozza, *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 197-205.
- CHIOZZA, Gustavo (2000) “El afecto como símbolo de la acción”, en *Simposio 2000*, Fundación Luis Chiozza, Buenos Aires, 2000, págs. 165-173. Este trabajo se incluyó en “Nuove puntualizzazioni metapsicologiche sull’affetto”, en *La Psicoanalisi che viene*, N° 2, Eidon Edizioni, Perugia, págs. 117-124.
- 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.}
- CHIOZZA, Luis (1970a) *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, Kargieman, Buenos Aires, 1970. Reimpresión por Paidós, Buenos Aires, 1976. {OC, t. I}
- CHIOZZA, Luis (1970e [1963-1969]) “Introducción” de L. Chiozza, *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, Kargieman, Buenos Aires, 1970, págs. 15-38, y reimpresión por Paidós, Buenos Aires, 1976. Se publicó con el título “Prefacio del autor a la primera edición” en L. Chiozza, *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, Biblioteca del CCMW-CIMP, Buenos Aires, 1984, págs. 21-43; L. Chiozza, *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 15-33. Se publicó con el título “Prefacio del autor a la primera edición (de *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*)”, 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. En italiano se publicó con el título “Prologo alla prima edizione”, en L. Chiozza, *Psicoanalisi dei disturbi epatici*, Eidon Edizioni, Perugia, 2003, págs. 23-42. {Con el título “Prólogo del autor a la primera edición”, en 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, *Psicoaná-*

*lisis de los trastornos hepáticos*, Biblioteca del CCMW-CIMP, Buenos Aires, 1984, págs. 45-86; L. Chiozza, *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 35-64. En italiano se publicó con el título “Introduzione allo studio psicoanalitico dei disturbi epatici”, en *Psicoanalisi dei disturbi epatici*, Eidon Edizioni, Perugia, 2003, págs. 43-76. {Capítulo I de *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos* (Chiozza, 1970a), OC, t. I.}

CHIOZZA, Luis (1970g [1966]) “El significado del hígado en el mito de Prometeo” [I], en L. Chiozza, *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, Kargieman, Buenos Aires, 1970, págs. 83-147, y reimpresión por Paidós, Buenos Aires, 1976; L. Chiozza, *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, Biblioteca del CCMW-CIMP, Buenos Aires, 1984, págs. 87-150; Luis Chiozza CD. *Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; Luis Chiozza CD. *Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 65-111. En italiano se publicó con el título “Il significato del fegato nel mito di Prometeo”, en *Psicoanalisi dei disturbi epatici*, Eidon Edizioni, Perugia, 2003, págs. 77-133. {Capítulo II de *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos* (Chiozza, 1970a), OC, t. I.}

CHIOZZA, Luis (1970n [1968]) “La interioridad de los trastornos hepáticos”, en L. Chiozza, *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, Kargieman, Buenos Aires, 1970, págs. 149-222, y reimpresión por Paidós, Buenos Aires, 1976; L. Chiozza, *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, Biblioteca del CCMW-CIMP, Buenos Aires, 1984, págs. 151-218; Luis Chiozza CD. *Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; Luis Chiozza CD. *Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 113-163. En italiano se publicó con el título “l’interiorità dei disturbi epatici”, en *Psicoanalisi dei disturbi epatici*, Eidon Edizioni, Perugia, 2003, págs. 135-195. {Capítulo III de *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos* (Chiozza, 1970a), OC, t. I.}

CHIOZZA, Luis (1974a [1972]) “Conocimiento y acto en medicina psicosomática” [I], en *Eidon*, Nº 1, CIMP-Paidós, Buenos Aires, 1974, págs. 25-42; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976/1977, págs. 103-116; L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del CCMW-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 197-215; Luis Chiozza CD. *Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; Luis Chiozza CD.

*Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 189-203. En italiano se publicó con el título “Conoscenza e atto in medicina psicosomatica”, en L. Chiozza, *Corpo, affetto e linguaggio. Psicoanalisi e malattia somatica*, Loescher Editore, Turín, 1981, págs. 161-179. {Se incluyó en “Conocimiento y acto en medicina psicosomática” [II] (Chiozza, 1998u [1974-1976]).} {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*, N° 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 (1983a) *Psicoanálisis: presente y futuro. Qué y cómo psicoanalizar. Ni psiquis ni soma*, Biblioteca del CCMW-CIMP, Buenos Aires, 1983.

CHIOZZA, Luis (1983f [1982]) “Convivencia y trascendencia en el tratamiento psicoanalítico”, en L. Chiozza, *Psicoanálisis: presente y futuro*, Biblioteca del CCMW-CIMP, Buenos Aires, 1983, págs. 25-36; *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. 227-238. En italiano se publicó con el título “Convivenza e trascendenza nel trattamento psicoanalitico”, en L. Chiozza, *Verso una teoria dell'arte psicoanalitica*, Borla, Roma, 1987, págs. 111-120. {OC, t. IX}

CHIOZZA, Luis (1986c [1984]) “El malentendido”, en G. Klimovsky, M. Aguinis, L. Chiozza, J. Zac y R. Serroni-Copello, *Opiniones sobre la psicología*, Ediciones ADIP, Buenos Aires, 1986, págs. 71-107; *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. 123-146. {Una versión modificada de este artículo se incluyó bajo el mismo título, como capítulo VIII de L. Chiozza, *Las cosas de la vida. Composiciones acerca de lo que nos importa* (Chiozza, 2005a), OC, t. XV.}

CHIOZZA, Luis (1991c [1989]) “*Organsprache*. Una reconsideración actual del concepto freudiano”, en L. Chiozza y colab., *Los afectos ocultos en... psoriasis, asma, trastornos respiratorios, vrices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas y accidentes cerebrovasculares*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1991/1992/1993, págs. 202-223; Luis Chiozza CD. *Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; Luis Chiozza CD. *Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Los afectos ocultos en... psoriasis, asma, trastornos respiratorios, vrices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas y accidentes cerebrovasculares*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1997, págs. 203-229; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 309-335. Se publicó con el título “Introducción al debate”, en L. Chiozza y André Green, *Diálogo psicoanalítico sobre psicósomática*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1992, págs. 19-46; *Diálogo psicoanalítico sobre psicósomática*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 15-41. En italiano se publicó sin título en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, N° 23, Borla, Roma, 1991, págs. 15-44. En portugués se publicó con el título “*Organsprache*. Uma reconsideração atual do conceito freudiano”, en L. Chiozza (org.), *Os afetos ocultos em... psoríase, asma, transtornos respiratórios, varizes, diabete, transtornos ósseos, cefaléias e acidentes cerebrovasculares*, Casa do Psicólogo Livraria e Editora, San Pablo, 1997, págs. 223-249. En inglés se publicó con el título “*Organsprache: a revision of the Freudian concept*”, en L. Chiozza, *Hidden affects in somatic disorders: psychoanalytic perspectives on asthma, psoriasis, diabetes, cerebrovascular disease, and other disorders*, Psychosocial Press, Madison (Connecticut), 1998, págs. 153-175. {Con el título “*Organsprache*. Una reconsideración actual del concepto freudiano”, en OC, t. V.}

CHIOZZA, Luis (1995D [1993]) “El significado y la forma en la naturaleza y en la cultura”, 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, *Presencia, transferencia e historia*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2000, págs. 223-236. {OC, t. VI}

- CHIOZZA, Luis (1995O) “La psicoanalisi e i processi cognitivi”, en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, N° 32, Borla, Roma, 1995, págs. 77-112. En castellano se publicó con el título “El psicoanálisis y los procesos cognitivos”, 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, *Del afecto a la afección. Obesidad, SIDA, hiper e hipotiroidismo, enfermedades periodontales, caries dental*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1997, págs. 297-332; L. Chiozza, *Presencia, transferencia e historia*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2000, págs. 147-177. {OC, t. VI}
- 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 (1998b [1970]) *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos. Una nueva hipótesis sobre el psiquismo fetal*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998. Tercera edición. Primera edición por Alianza Editorial. {OC, t. I}
- 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 (1998u [1974-1976]) “Conocimiento y acto en medicina psicósomática” [II], en L. Chiozza, *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 75-94.
- CHIOZZA, Luis (2001a [1986-1997]) *¿Por qué enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2001. Cuarta edición argentina. Reimpresión en 2005. {Edición ampliada de 2007 (Chiozza, 2007a [1986-1997-2007]), en OC, t. XIV.}
- CHIOZZA, Luis (2001l) “Prólogo” de L. Chiozza, *Enfermedades y afectos*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2001, págs. 9-17. {Con el título “Prólogo de *Enfermedades y afectos*”, en OC, t. XIII.}
- CHIOZZA, Luis (2005a) *Las cosas de la vida. Composiciones sobre los que nos importa*, Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2005. {OC, t. XV}
- CHIOZZA, Luis (2005c [2003]) “Il valore affettivo”, en *La psicoanalisi che viene*, N° 2, Eidon Edizioni, Perugia, 2005, págs. 135-177. {Con el título “El valor afectivo”, en OC, t. VII.}
- 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 colab. (1969c) (Colaboradores: Víctor Laborde, Enrique Obstfeld y Jorge Pantolini) “Opio” [I], en *Simposio 1969* (I Simposio del Centro de Investigación en Medicina Psicosomática), t. II, CIMP, Buenos Aires, 1969, págs. 146-152; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976/1977, págs. 87-92; L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del ccmw-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 177-184; *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. 161-166. En italiano se publicó con el título “Oppio”, en L. Chiozza, *Corpo, affetto e linguaggio. Psicoanalisi e malattia somatica*, Loescher Editore, Turín, 1981, págs. 142-149. {OC, t. III}
- 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-Kargiemán, 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. (1986e) (Colaboradores: Sergio Aizenberg, Catalina Califano, Alejandro Fonzi, Ricardo Grus, Enrique Obstfeld, Juan José Sainz y Juan Carlos Scapusio) “Ideas para una concepción psicoanalítica de la esclerosis en placas”, en *Lecturas de Eidon*, Nº 5, CIMP, Buenos Aires, 1986. {OC, t. X}
- CHIOZZA, Luis y colab. (1991d [1990]) (Colaboradores: Sergio Aizenberg y Dorrit Busch) “Cefaleas vasculares y accidentes cerebrovascula-

res”, 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 óseos”, en L. Chiozza y colab., *Los afectos ocultos en... psoriasis, asma, trastornos respiratorios, várices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas y accidentes cerebrovasculares*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1991/1992/1993, págs. 132-157; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. Se publicó con el título “Fantasía específica de la estructura ósea y su funcionamiento”, en L. Chiozza, *Los afectos ocultos en... psoriasis, asma, trastornos respiratorios, várices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas y accidentes cerebrovasculares*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1997, págs. 131-156. En portugués se publicó con el título “Fantasia específica da estrutura e o funcionamento ósseos”, en L. Chiozza (org.), *Os afetos ocultos 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. (1991f [1990]) (Colaboradores: Oscar Baldino, Mirta Funosas y Enrique Obstfeld) “Los significados de la respiración”, en L. Chiozza y colab., *Los afectos ocultos en... psoriasis, asma, trastornos respiratorios, várices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas y accidentes cerebrovasculares*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1991/1992/1993, págs. 42-81; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Los afectos ocultos en... psoriasis, asma, trastornos respiratorios, várices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas y accidentes cerebrovasculares*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1997, págs. 41-80. En portugués se publicó con el título “Os significados da respiração”, en L. Chiozza (org.), *Os 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. 43-86. En inglés se publicó con el título “The meanings of respiration”, en L. Chiozza, *Hidden affects in somatic disorders: psychoanalytic perspectives on asthma, psoriasis, diabetes, cerebrovascular disease, and other disorders*, Psychosocial Press, Madison (Connecticut), 1998, págs. 25-55. {OC, t. X}

CHIOZZA, Luis y colab. (1991i [1990]) (Colaboradores: Susana Grinson 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 inconscientes específicas da psoríase vulgar”, en L. Chiozza (org.), *Os afetos ocultos em... psoríase, asma, transtornos respiratórios, varizes, diabete, transtornos ósseos, cefaléias e acidentes cerebrovasculares*, Casa do Psicólogo Livraria e Editora, San Pablo, 1997, págs. 19-42. En inglés se publicó con el título “An approach to the specific unconscious fan-

tasies in common psoriasis”, en L. Chiozza, *Hidden affects in somatic disorders: psychoanalytic perspectives on asthma, psoriasis, diabetes, cerebrovascular disease, and other disorders*, Psychosocial Press, Madison (Connecticut), 1998, págs. 7-23. {OC, t. X}

CHIOZZA, Luis y colab. (1993d [1992]) (Colaboradores: Domingo Boari, Catalina Califano y María Pinto) “El significado inconciente de las enfermedades por autoinmunidad”, en L. Chiozza y colab., *Los sentimientos ocultos en... hipertensión esencial, trastornos renales, litiasis urinaria, hipertrofia de próstata, várices hemorroidales, esclerosis, enfermedades por autoinmunidad*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1993, págs. 185-223; Luis Chiozza CD. *Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; Luis Chiozza CD. *Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *La transformación del afecto en enfermedad. Hipertensión esencial, trastornos renales, litiasis urinaria, hipertrofia de próstata, várices hemorroidales, esclerosis y enfermedades por autoinmunidad*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 157-189. En portugués se publicó con el título “O significado inconsciente das doenças auto-imunes”, 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. 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, escle-*

*rose, doenças auto-ímmunes*, Casa do Psicólogo Livraria e Editora, San Pablo, 1999, págs. 243-276. {OC, t. VI}

CHIOZZA, Luis y colab. (1993i [1992]) (Colaboradores: Luis Barbero, Lilitiana 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-ímmunes*, Casa do Psicólogo Livraria e Editora, San Pablo, 1999, págs. 189-242. {OC, t. VI}

CHIOZZA, Luis y colab. (1996c [1995]) (Colaboradores: Domingo Boari, Gustavo Chiozza, Horacio Corniglio, Mirta Funosas, Ricardo Grus, José María Pinto y Roberto Salzman) “El significado inconciente específico del SIDA”, en *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Del afecto a la afección. Obesidad, SIDA, hiper e hipotiroidismo, enfermedades periodontales, caries dental*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1997, págs. 211-296. {OC, t. XII}

CHIOZZA, Luis y colab. (1996d [1995]) (Colaboradores: Dorrit Busch, Horacio Corniglio, Mirta Obstfeld y María Pinto) “Los significados inconcientes de la función tiroidea”, en *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Del afecto a la afección. Obesidad, SIDA, hiper e hipotiroidismo, enfermedades periodontales, caries dental*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1997, págs. 167-210. {OC, t. XII}

CHIOZZA, Luis y colab. (1997f [1996]) (Colaboradores: Luis Barbero, Dorrit Busch, Gustavo Chiozza y Mirta Funosas) “Las fantasías adiposas en la obesidad”, en L. Chiozza, *Del afecto a la afección. Obesidad, SIDA,*

- hiper e hipotiroidismo, enfermedades periodontales, caries dental*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1997, págs. 99-166. {OC, t. XII}
- CHIOZZA, Luis y colab. (2001j) (Colaboradores: Eduardo Dayen, Luis Barbero, Domingo Boari, Catalina Nagy y María Pinto) “El significado inconciente del lupus eritematoso sistémico”, en L. Chiozza, *Enfermedades y afectos*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2001, págs. 49-101. {OC, t. XIII}
- CHIOZZA, Luis y colab. (2001m) (Colaboradores: Eduardo Dayen, Oscar Baldino, María Bruzzon, Mirta F. de Dayen y María Griffa) “Psicoanálisis de las afecciones micóticas”, en L. Chiozza, *Enfermedades y afectos*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2001, págs. 157-201. {OC, t. XIII}
- CHIOZZA, Luis y colab. (2001n) (Colaboradores: Gustavo Chiozza, Silvana Aizenberg, Horacio Corniglio, Ricardo Grus y Roberto Salzman) “Un estudio psicoanalítico de la enfermedad de Parkinson”, en L. Chiozza, *Enfermedades y afectos*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2001, págs. 203-250. {OC, t. XIII}
- CHIOZZA, Luis y colab. (2001o) (Colaboradores: Gustavo Chiozza, Dorrit Busch, Enrique Obstfeld, Roberto Salzman y Gloria I. de Schejtman) “Un estudio psicoanalítico del síndrome gripal”, en L. Chiozza, *Enfermedades y afectos*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2001, págs. 103-156. {OC, t. XIII}
- CHIOZZA, Luis y colab. (2008d [2007]) (Colaboradores: Gustavo Chiozza, María Bruzzon, Mirta F. de Dayen y Gloria I. de Schejtman) “Un estudio psicoanalítico de la anemia”, inédito. {Se publica por primera vez en OC, t. XIII.}
- CHIOZZA, Luis y GRUS, Ricardo (1993h [1978-1992]) “Psicoanálisis de los trastornos urinarios”, en L. Chiozza y colab., *Los sentimientos ocultos en... hipertensión esencial, trastornos renales, litiasis urinaria, hipertrofia de próstata, várices hemorroidales, esclerosis, enfermedades por autoinmunidad*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1993, págs. 77-125; Luis Chiozza CD. *Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; Luis Chiozza CD. *Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *La transformación del afecto en enfermedad. Hipertensión esencial, trastornos renales, litiasis urinaria, hipertrofia de próstata, várices hemorroidales, esclerosis y enfermedades por autoinmunidad*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 65-108. En portugués se publicó con el título “Psicanálise dos transtornos urinários”, en L. Chiozza (org.), *Os sentimentos ocultos em... hipertensão*

*essencial, transtornos renais, litíase urinária, hipertrofia da próstata, varizes hemorroidais, esclerose, doenças auto-imunes*, Casa do Psicólogo Livraria e Editora, San Pablo, 1999, págs. 65-108. {OC, t. XI}

- CHIOZZA, Luis y OBSTFELD, Enrique (1991h [1990]) “Psicoanálisis del trastorno diabético”, en L. Chiozza y colab., *Los afectos ocultos en... psoriasis, asma, trastornos respiratorios, várices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas y accidentes cerebrovasculares*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1991/1992/1993, págs. 106-131; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Los afectos ocultos en... psoriasis, asma, trastornos respiratorios, várices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas y accidentes cerebrovasculares*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1997, págs. 105-129. En portugués se publicó con el título “Psicanálise do distúrbio diabético”, en L. Chiozza (org.), *Os afetos ocultos em... psoríase, asma, transtornos respiratórios, varizes, diabete, transtornos ósseos, cefaléias e acidentes cerebrovasculares*, Casa do Psicólogo Livraria e Editora, San Pablo, 1997, págs. 115-143. En inglés se publicó con el título “Psychoanalysis of the diabetic disorder”, en L. Chiozza, *Hidden affects in somatic disorders: psychoanalytic perspectives on asthma, psoriasis, diabetes, cerebrovascular disease, and other disorders*, Psychosocial Press, Madison (Connecticut), 1998, págs. 77-95. {OC, t. X}
- CLYDE, Wallace Jr. (1992) “Infecciones por Mycoplasma”, en T. R. Harrison, *Principios de medicina interna*, Interamericana-McGraw Hill, Madrid, 1992, págs. 880-882.
- COHEN, Irun (1988) “Lo propio, lo ajeno y la autoinmunidad”, en *Investigación y Ciencia*, N° 14, Prensa Científica, Barcelona, 1988, págs. 22-31.
- COROMINAS, Joan (1987) *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana*, Gredos, Madrid, 1987.
- CORRIPIO, Fernando (1976) *Diccionario etimológico abreviado*, Bruguera, Barcelona, 1976.
- COTÉ, Lucien y CRUTCHER, Michael (1991) “The basal ganglia”, en E. Kandel, J. Schwartz y T. Jessel, *Principles of neural science*, Appleton y Lange, Connecticut, 1991, págs. 647-657.
- COTO, Celia (1996) “Los virus”, en J. Basualdo, C. Coto, y R. de Torres, *Microbiología biomédica*, Atlante, Buenos Aires, 1996, págs. 515-521.
- COTRAN, Ranzi; KUMAR, Vinay y ROBBINS, Stanley (1995) *Patología estructural y funcional*, Interamericana-McGraw Hill, Madrid, 1996.

- COUCH, R. B. (1984) "Ortomixovirus: gripe", en J. H. Stein y colab., *Medicina interna*, Salvat, Barcelona, 1984.
- CURTIS, Helena y BARNES, N. Sue (1989) *Biología*, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 1993.
- CUYÁS, Arturo (1972) *Appleton's new Cuyás dictionary*, Appleton-Century-Crofts, Nueva York, 1972.
- DARWIN, Charles (1872a) *La expresión de las emociones en el hombre y en los animales*, Sociedad de Ediciones Mundiales, Buenos Aires, 1967.
- DAVIS, Bernard; DULBECCO, Renato; EISEN, Herman; GINSBERG, Harold y WOOD, W. Barry (1970) *Tratado de microbiología*, Salvat, Barcelona, 1974.
- DE TORRES, Ramón Alberto (1996) "Estudio comparativo del mundo microbiano", en J. Basualdo, C. Coto y R. de Torres, *Microbiología médica*, Atlante, Buenos Aires, 1996, págs. 27-53.
- DESCARTES, René (1637) *El discurso del método*, Aguilar, Buenos Aires, 1963.
- DICKINSON, Collin y LUCAS, John (1979) *Enciclopedia dei funghi*, Istituto geográfico de Agostini, Novara, 1979.
- DOLIN, Raphael (1992) "Gripe", en T. R. Harrison, *Principios de medicina interna*, Interamericana-McGraw Hill, Madrid, 1992, págs. 946-951.
- DORLAND (1992) *Diccionario enciclopédico ilustrado de medicina*, Interamericana-McGraw Hill, Madrid, 1992.
- DUMAS, Georges (1932-1933) *Nuevo tratado de psicología*, ts. II y t. III, Kapelus, Buenos Aires, 1962.
- EISENSTEIN, Barry y SCHAECHTER, Moselio (1993) "Biota microbiana normal", en M. Schaechter, G. Medoff, B. I. Eisenstein y H. Guerra, *Microbiología. Mecanismos de las enfermedades infecciosas*, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 1994.
- EL ATENEO (1992) *Diccionario de ciencias médicas*, El Ateneo, Buenos Aires, 1992.
- FAIRBANKS, Virgil F. y BEUTLER, Ernest (2005) "Deficiencia de hierro", en E. Beutler y otros, *Williams. Hematología*, Marbán Libros, Madrid, 2005.
- FATTORUSSO, Vittorio y RITTER, Otto (1973) *Vademecum clínico*, El Ateneo, Buenos Aires, 1973.
- FAWCETT, Don (1993) *Tratado de histología*, Interamericana-McGraw Hill, México, 1993.
- FERRATER MORA, José (1965) *Diccionario de filosofía*, Sudamericana, Buenos Aires, 1965.

- FODOR, Nandor (1949) *The search for the beloved*, University Books, Nueva York, 1949.
- FREUD, Sigmund\* *Obras completas*, Amorrortu Editores (AE), Buenos Aires, 1976-1985, 24 tomos.
- FREUD, Sigmund (1900a [1899]\*) *La interpretación de los sueños*, AE, ts. IV y V.
- FREUD, Sigmund (1905c\*) *El chiste y su relación con lo inconciente*, AE, t. VIII, págs. 1-223.
- FREUD, Sigmund (1905d\*) *Tres ensayos de teoría sexual*, AE, t. VII, págs. 109-224.
- FREUD, Sigmund (1914c\*) “Introducción del narcisismo”, AE, t. XIV, págs. 65-98.
- FREUD, Sigmund (1916a [1915]\*) “La transitoriedad”, AE, t. XIV, págs. 305-311.
- FREUD, Sigmund (1916-1917 [1915-1917]\*) *Conferencias de introducción al psicoanálisis*, AE, ts. XV y XVI.
- FREUD, Sigmund (1917e [1915]\*) “Duelo y melancolía”, AE, t. XIV, págs. 235-255.
- 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 (1925j\*) “Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos”, AE, t. XIX, págs. 259-276.
- FREUD, Sigmund (1926d [1925]\*) *Inhibición, síntoma y angustia*, AE, t. XX, págs. 71-164.
- FREUD, Sigmund (1930a [1929]\*) *El malestar en la cultura*, AE, t. XXI, págs. 57-140.
- FREUD, Sigmund (1933a [1932]\*) *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis*, AE, t. XXII, págs. 1-168.
- FREUD, Sigmund (1940a [1938]\*) *Esquema del psicoanálisis*, AE, t. XXIII, págs. 133-210.
- 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.
- FUSTINONI, Osvaldo; SCIANDRO, Enrique; FELLNER, Jorge e IBARRA, Rurico (1970) “Lupus eritematoso diseminado”, en *Prensa Médica Argentina*, N° 57, Buenos Aires, 1970, págs. 829-838.

- FYE, Kennet y SACK, Kennet (1991) “Enfermedades reumáticas”, en D. Stites y A. Terr, *Inmunología básica y clínica*, El Manual Moderno, México, 1993, págs. 513-542.
- GARCÍA MÁRQUEZ, Gabriel (1970) *Relato de un naufrago*, Sudamericana, Buenos Aires, 1987.
- GARCÍA SAN MIGUEL, Juan (1982) “Virosis respiratorias”, en P. Farreras Valentí y C. Rozman, *Medicina interna*, t. II, Marín, Barcelona, 1984, págs. 976-988.
- GATTI, Juan y CARDAMA, José (1958) *Manual de dermatosifilografía*, El Ateneo, Buenos Aires, 1986.
- GERSHANIK, Oscar (1994) “Farmacología de la enfermedad de Parkinson”, en J. Moizeszowicz, *Psicofarmacología psicodinámica III*, Paidós, Buenos Aires, 1994, págs. 565-639.
- GOBELLO, José (1978a) *Diccionario lunfardo*, Peña Lillo, Buenos Aires, 1978.
- GOBELLO, José (1978b) *Etimologías*, Corregidor, Buenos Aires, 1978.
- GOBELLO, José (1994) *Nuevo diccionario lunfardo*, Corregidor, Cali (Colombia), 1994.
- GÓMEZ de SILVA, Guido (1993) *Breve diccionario etimológico de la lengua española*, Fondo de Cultura Económica, México, 1993.
- GOOCH, Stan (1980) *The double helix of the mind*, Wildwood House, Londres, 1980.
- GRAVES, Robert (1958a) *Los mitos griegos*, Losada, Buenos Aires, 1967.
- GRAVES, Robert (1958b) “What food the centaurs ate”, en *Steps. Stories, talks, essays, poems, studies in history*, Cassell, Londres, 1958.
- GRAVES, Robert (1961) *La diosa blanca*, Losada, Buenos Aires, 1970.
- GUYTON, Arthur y HALL, John (1997) *Tratado de fisiología médica*, Interamericana-McGraw Hill, México, 1997.
- HAAS, Emilio (1992) Comunicación personal.
- HAAS, Emilio; VERRUNO, Luis y RAIMONDI, Eduardo (1986) *El sistema HLA*, Macchi, Buenos Aires, 1986.
- HAY, Frank (1996) “Hipersensibilidad tipo III”, en I. Roitt, J. Brostoff y D. Male, *Inmunología*, Harcourt Brace, Madrid, 1997, págs. 24.1-24.12.
- HAYDEN, F. G. (2000) “Interferons”, en G. L. Mandell, R. G. Douglas y J. E. Bennett, *Principles and practice of infectious diseases*, Churchill, Livingstone, 2000.
- HENRIKSON, Robert (1989) *Microalga Spirulina*, Urano, Barcelona, 1994.

- HOFSTADTER, Douglas (1979\*) *Gödel, Escher, Bach*, Tusquets, Barcelona, 1989.
- IRVING, B. (s/f) *Right from the start*, filme de la Harris Foundation, Chicago. The child development media Inc., vol. 2, catálogo N° 11505.
- JAWETZ, Ernest; MELNIK, Joseph y ADELBERG, Edward (1991) *Microbiología médica*, El Manual Moderno, México, 1992.
- JOKLIK, Wolfgang; WILLETT, Hilda; AMOS, Bernard y WILFERT, Catherine (1994) *Microbiología*, Zinsser-Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 1996.
- KLEIN, Melanie (1943) “Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del bebé”, en M. Klein, P. Heimann, S. Isaacs y J. Rivière, *Desarrollos en psicoanálisis*, en M. Klein, *Obras completas*, t. III, Paidós-Hormé, Buenos Aires, 1974, págs. 177-207.
- KLEIN, Melanie (1957a\*\*) *Envidia y gratitud*, Hormé, Buenos Aires, 1987.
- KLEIN, Melanie (1959) “Sobre el sentimiento de soledad”, en *El sentimiento de soledad y otros ensayos*, en *Obras completas*, t. VI, Paidós-Hormé, Buenos Aires, 1974, págs. 175-189.
- KNEZ, Violeta (1996) “Ortomixoviridae: Virus influenza”, en J. Basualdo, C. Coto y R. de Torres, *Microbiología médica*, Atlante, Buenos Aires, 1996, págs. 788-801.
- KOBAYASHI, George y MEDOFF, Gerald (1993) “Introducción a los hongos y las micosis”, en M. Schaechter, G. Medoff, B. Eisenstein y H. Guerra, *Microbiología. Mecanismos de las enfermedades infecciosas*, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 1994.
- KOFFLER, David (1980) “Lupus eritematoso sistémico”, en *Inmunología*, Investigación y Ciencia-Prensa científica, Barcelona, 1984, págs. 314-325.
- LABOS, Edith y TAUSSIK, Irene (1989) “Acerca de las manifestaciones simultagnósicas en la enfermedad de Parkinson”, presentado en el I Congreso Latinoamericano de Neuropsicología, 1989.
- LANGMAN, Joan (1963) *Embriología médica*, Nueva Editorial Interamericana, México, 1976.
- 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 (1972a) “Apéndice de locuciones latinas y extranjeras”, en *Pequeño Larousse en color*, Larousse, París, 1972.
- LEE, G. Richard (1994) “Carencia de hierro y anemia ferropriva”, en G. R. Lee y otros, *Wintrobe. Hematología clínica*, Inter-Médica, Buenos Aires, 1994.

- LERSCH, Philliph (1938) *La estructura de la personalidad*, Scientia, Barcelona, 1959.
- LEWIS, Charlton y SHORT, Charles (1991) *Latin dictionary*, Oxford University Press, Oxford, 1991.
- LEZAMA, Horacio (1974) *Diccionario de mitología*, Claridad, Buenos Aires, 1974.
- LIBONATTI, Enrique y TCHOULAMJAN, Artun (1973) *Manual de enfermedades infecciosas. Clínica y epidemiología*, López Libreros Editores, Buenos Aires, 1993.
- LOVELOCK, James (1979) *Gaia. Una nueva visión sobre la tierra*, Herman Blume, Madrid, 1983.
- MAETERLINCK, Mauricio (1930) *La vida de las hormigas*, Tor, Buenos Aires, 1944.
- MALE, David y ROITT, Ivan (1996) “Introducción al sistema inmunitario”, en I. Roitt, J. Brostoff y D. Male, *Inmunología*, Harcourt Brace, Madrid, 1997 (4ª edición), págs. 1.1-1.12.
- MANRIQUE, Jorge (1476) “[Coplas] de Don Jorge Manrique por la muerte de su padre”, en *Cancionero*, Espasa-Calpe, Madrid, 1941, págs. 89-109.
- MARGULIS, Lynn y SAGAN, Dorion (1995) *¿Qué es la vida?*, Tusquets, Barcelona, 1996.
- MARÍN (1991) *Diccionario de medicina*, Marín, Barcelona, 1991.
- MERCK SHARP y DOHME (s/f) “Enfermedad y síndrome de Parkinson: diagnóstico y tratamiento. Compendio médico”.
- MERTON, Thomas (1965) *El camino de Chuang Tzu*, Lumen, Buenos Aires, 2001.
- MEYER, Philippe (1985) *Fisiología humana*, Salvat, Barcelona, 1985.
- MICROSOFT (1997) Bookshelf en español, Microsoft Corp., USA.
- MINGOIA, Quintino (1970) “Fungos alucinógenos”, en C. da Silva Lacaz y colabs., *O grande mundo dos fungos*, Polígono, San Pablo, 1970.
- MOLINER, María (1986) *Diccionario de uso del español*, Gredos, Madrid, 1986.
- MONLAU, Pedro (1946) *Diccionario etimológico de la lengua castellana*, Joaquín Gil Editor, Buenos Aires, 1946.
- MONTANER Y SIMÓN (1912) *Diccionario enciclopédico hispano-americano*, Montaner y Simón Editores, Barcelona, 1912.
- MORRISON, Robert y BOYD, Robert (1987) *Química orgánica*, Addison-Wesley Iberoamericana, Wilmington (Delaware), 1990.

- NARBAITZ, Roberto (1963) *Embriología*, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 1977.
- NEGRONI, Pablo y NEGRONI, Ricardo (1990) *Micosis cutáneas y viscerales*, López Libreros Editores, Buenos Aires, 1994.
- NEGRONI, Ricardo y ARECHAVALA, Alicia (1996) “Micología. Generalidades”, en J. Basualdo, C. Coto y R. de Torres, *Microbiología médica*, Atlante, Buenos Aires, 1996.
- OCÉANO (1990) *Diccionario de sinónimos y antónimos*, Océano, Barcelona, 1990.
- ONIONS, Charles (1966) *The Oxford dictionary of English etymology*, Oxford University Press, Oxford, 1966.
- ORTEGA Y GASSET, José (1940) *Ideas y creencias*, en *Obras completas*, t. V, Alianza Editorial, Madrid, 1983, págs. 379-409.
- PARKINSON, James (1817) *An essay on the shaking palsy*, Neely and Jones, Sherwood, Londres.
- PECCI SAAVEDRA, Jorge; VILAR, Oscar y PELLEGRINO DE IRALDI, Amanda (1984) *Histología médica*, López Libreros Editores, Buenos Aires, 1984.
- PÉREZ RIOJA, José Antonio (1994) *Diccionario de símbolos y mitos*, Tecnos, Madrid, 1994.
- PÉREZ RIOJA, José Antonio (1997) *Diccionario de símbolos y mitos*, Tecnos, Madrid, 1997.
- PICKERING, J. M.; SMITH, H. y SWEET, C. (1992) “Influenza virus pyrogenicity: central role of structural orientation of virion components and involvement of viral lipid and glycoproteins”, en *Journal of General Virology*, vol. 73 (pt 6), junio de 1992, págs. 1345-1354.
- PORTMANN, Adolf (1961) *Nuevos caminos de la biología*, Ediciones Iberoamericanas, Madrid, 1968.
- RACKER, Enrique (1948) “Sobre un caso de impotencia, asma y conducta masoquística”, en *Revista de Psicoanálisis*, t. V, N° 3, APA, Buenos Aires, 1948, págs. 578-627.
- RACKER, Enrique (1957a) “Contribución al problema de la estratificación psicopatológica”, en *Revista de Psicoanálisis*, t. XIV, N° 3, APA, Buenos Aires, 1957, págs. 276-291.
- RASCOVSKY, Arnaldo (1960) *El psiquismo fetal*, Paidós, Buenos Aires, 1960.
- RASCOVSKY, Arnaldo (1966) “Fundamentos de la posición maníaca”, en A. Rascovsky y D. Liberman, *Psicoanálisis de la manía y la psicopatía*, Paidós, Buenos Aires, 1966.

- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA (1992) *Diccionario de la lengua española*, Espasa-Calpe, Madrid, 1992.
- ROMER, Alfred y PARSONS, Thomas (1981) *Anatomía comparada*, Nueva Editorial Interamericana, México, 1981.
- ROSMARYN, Ada (1978) “Lo que no fue”, presentado en el Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicosomática (CIMP), Buenos Aires, 1978.
- RUSSELL, Bertrand (1947) *Historia de la filosofía occidental*, t. II. *La filosofía moderna*, Espasa Calpe, Madrid, 2007.
- SACKS, Oliver (1973) *Despertares*, Muchnik Editores, Barcelona, 1988.
- SAHTOURIS, Elisabet (1989) *Gaia, la tierra viviente*, Planeta, Buenos Aires, 1994.
- SALVAT (1974) *Diccionario terminológico de ciencias médicas*, Salvat, Barcelona, 1974.
- SALVAT (1983) *Diccionario médico*, Salvat, Barcelona, 1983.
- SALZMAN, Roberto (1991) “El parkinsonismo: Revisión de algunos conceptos sobre su significado”, presentado en el Centro Weizsaecker de Consulta Médica (CWCM), 1991.
- SALZMAN, Roberto; ARAUJO, Carmen y FELD, Jorge (1994) “La incitación como una manifestación de lo femenino”, presentado en la Fundación Luis Chiozza, Buenos Aires, 1994.
- SALZMAN, Roberto; SCHEJTMAN, Gloria y STRASBERG, Patricia (1995) “Consideraciones sobre la gripe”, presentado en el Centro Weizsaecker de Consulta Médica (CWCM), Buenos Aires, 1995.
- SCHRÖDINGER, Erwin (1961) *Mi concepción del mundo*, Tusquets, Barcelona, 1988.
- SEGAL, Hanna (1979) *Melanie Klein*, Alianza Editorial, Madrid, 1985.
- SHERRINGTON, Charles (1940a) *Hombre versus naturaleza*, Tusquets, Barcelona, 1984.
- SKEAT, Walter (1985) *An etymological dictionary of the English language*, Oxford At The Clarendon Press, Oxford, 1985.
- SNELL, Richard (1992) *Neuroanatomía clínica*, Editorial Médica Panamericana, Madrid, 1992.
- STEDMAN, Thomas (1990) *Diccionario de ciencias médicas*, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 1994.
- STEINMAN, Lawrence (1993) “Autoinmunidad”, en *Investigación y Ciencia*, N° 206, Prensa Científica, Barcelona, 1993, págs. 69-77.

- TAYLOR, Gordon Rattray (1979a) *El cerebro y la mente*, Planeta, Barcelona, 1980.
- THOMAS, Lewis (1974\*) *Las vidas de la célula*, Ultramar, Barcelona, 1990.
- VACCARO, María Rosa (1979) *Mataburro lunfa. Diccionario de bolsillo*, Torres Agüero Editor, Buenos Aires, 1979.
- VELASCO SUÁREZ, Manuel y GARCÍA RAMOS, Guillermo (1983) “Enfermedades del sistema extrapiramidal”, en E. Bustamante Zuleta, J. Recagno Cepeda y M. Velasco Suárez, *Neurología*, El Ateneo, Buenos Aires, 1983, págs. 494-514.
- VILARDELL TARRÉS, Miguel y ORDI ROS, José (1995) “Lupus eritematoso sistémico”, en P. Farreras Valentí y C. Rozman, *Medicina interna*, Mosby-Doyma Libros, Madrid, 1995.
- VOTTA, Roberto; PARADA, Osvaldo y otros (1985) *Obstetricia*, López Libreros Editores, Buenos Aires, 1985.
- WAHRIG, Gerhard (1982) *Deutsches Wörterbuch*, Mosaik Verlag, 1982.
- WEATHERALL, D. J. y BUNCH, C. (1998) “La sangre y los órganos hematopoyéticos”, en L. Smith y S. Thier, *Fisiopatología. Principios biológicos de la enfermedad*, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 1998.
- WEISZ, Paul (1959) *La ciencia de la biología*, Omega, Barcelona, 1982.
- WEIZSAECKER, Viktor von (1940) *El círculo de la forma*, Morata, Madrid, 1962.
- WEIZSAECKER, Viktor von (1944) “Die Grundlagen der Medizin”, en *Gesammelte Schriften*, t. VII, Suhrkamp Verlag, Frankfurt-Main, 1987, págs. 7-28.
- WEIZSAECKER, Viktor von (1947b) “Von den seelischen Ursachen der Krankheit”, en *Gesammelte Schriften*, t. VI, Suhrkamp Verlag, Frankfurt-Main, 1987, págs. 399-417.
- WEIZSAECKER, Viktor von (1950) *Pathosophie*, Vandenhoeck y Ruprecht, Göttingen, 1967. Edición en castellano: WEIZSÄCKER, Viktor von, *Patosofía*, Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2005.
- ZWEIG, Stefan (1924) *Carta de una desconocida*, Andrés Bello, Santiago de Chile, 1995.