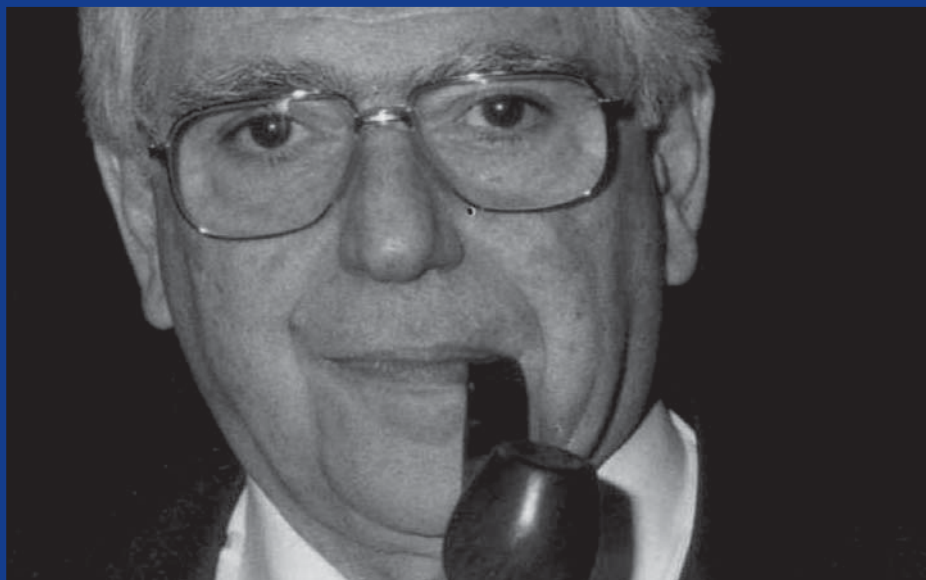


LUIS CHIOZZA

OBRAS COMPLETAS



TOMO XII (1993-1997)

AFFECTOS Y AFECCIONES 3

Los afectos ocultos en la enfermedad del cuerpo



libros del
Zorzal

Obras Completas

LUIS CHIOZZA

OBRAS COMPLETAS
TOMO XII

Afectos y afecciones 3
Los afectos ocultos en la enfermedad del cuerpo
(1993-1997)



libros del
Zorzal

Chiozza, Luis Antonio

Afectos y afecciones 3: los afectos ocultos en la enfermedad del cuerpo - 1a ed. - Buenos Aires:

Libros del Zorzal, 2008.

v. 12, 304 p. ; 21x15 cm.

ISBN 978-987-599-088-3

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 978-987-599-088-3

Libros del Zorzal

Printed in Argentina

Hecho el depósito que previene la ley 11.723

Para sugerencias o comentarios acerca del contenido de

Obras Completas, escribanos a:

info@delzorzal.com.ar

www.delzorzal.com.ar

ÍNDICE

EL ALMA EN EL CUERPO.

UN INFARTO EN LUGAR DE UNA IGNOMINIA

(1994 [1993-1994]), Luis Chiozza y Gustavo Chiozza	11
I. Introducción	13
II. La causa y el significado de la enfermedad.....	14
III. Una diferente concepción del psiquismo	14
IV. La relación entre el cuerpo y el alma	16
V. Los afectos ocultos.....	18
VI. Una ignominia en dos actos	19

LA PATOBIOGRAFÍA DE UN NIÑO CON LEUCEMIA

LINFOBLÁSTICA AGUDA (1995), Luis Chiozza

y Silvana Aizenberg	23
I. Las leucemias en clínica médica.....	25
II. Los Benítez y los Gianni.....	26
III. Nicolás	27
IV. La historia clínica de Nicolás.....	28
V. Fragmentos de las horas de juego	29
VI. La última entrevista.....	31
VII. La fantasía inconciente específica de la leucemia linfoblástica aguda	32
VIII. ¿Por qué Nicolás produjo una leucemia?.....	34

PRÓLOGO DE <i>DEL AFECTO A LA AFECCIÓN. OBESIDAD, SIDA, HIPER E HIPOTIROIDISMO, ENFERMEDADES PERIODONTALES, CARIES DENTAL</i> (1997)	37
SIGNIFICADOS INCONCIENTES ESPECÍFICOS DE ENFERMEDADES DENTARIAS (1996 [1995]), Luis Chiozza, Luis Barbero y Domingo Boari.....	43
I. Las fantasías inconcientes dentarias	45
II. El significado inconciente específico de las enfermedades periodontales	72
III. El significado inconciente específico de la caries y de otras patologías dentarias.....	79
IV. Síntesis	89
V. El guión biográfico de una periodontitis.....	95
LAS FANTASÍAS ADIPOSAS EN LA OBESIDAD (1997 [1996]), Luis Chiozza, Luis Barbero, Dorrit Busch, Gustavo Chiozza y Mirta Funosas.....	99
I. El desconcierto de la medicina frente a la obesidad	101
II. La función metabólica del tejido adiposo	113
III. El significado inconciente del tejido adiposo.....	123
IV. Las fantasías adiposas en la obesidad	141
V. Síntesis	148
VI. Las fantasías adiposas en una historieta cómica	152
LOS SIGNIFICADOS INCONCIENTES DE LA FUNCIÓN TIROIDEA (1996 [1995]), Luis Chiozza, Dorrit Busch, Horacio Corniglio, Mirta Obstfeld y María Pinto.....	159
I. La glándula tiroides en la evolución biológica.....	161
II. La glándula tiroides en la especie humana.....	169
III. Fisiología de la glándula tiroides.....	171
IV. Disfunciones tiroideas	174
V. Aportes psicoanalíticos realizados por otros autores	176
VI. Estudio de los significados de la función tiroidea	179
VII. La fantasía específica de las afecciones tiroideas.....	187
VIII. Síntesis.....	190

- IX. Tiene que ser ahora, pero... ¿cómo? 192
X. Con los ojos abiertos... pero como si no estuviera 194

EL SIGNIFICADO INCONCIENTE ESPECÍFICO DEL SIDA

(1996 [1995]), Luis Chiozza, Domingo Boari, Gustavo Chiozza, Horacio Corniglio, Mirta Funosas, Ricardo Grus, José María Pinto y Roberto Salzman..... 197

- I. El SIDA desde el punto de vista médico 199
II. El SIDA desde el punto de vista psicoanalítico 216
III. Síntesis 250
IV. Ernesto 258
V. Adolfo 266

Bibliografía 273

**EL ALMA EN EL CUERPO. UN INFARTO
EN LUGAR DE UNA IGNOMINIA**

(1994 [1993-1994])

Luis Chiozza y Gustavo Chiozza

Referencia bibliográfica

CHIOZZA, Luis y CHIOZZA, Gustavo (1994c [1993-1994]) “El alma en el cuerpo. Un infarto en lugar de una ignominia”.

Ediciones en castellano

Actualidad Psicológica, año 19, N° 207, Buenos Aires, marzo de 1994, págs. 5-8.

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

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

Los apartados I a V son una versión resumida de los mismos apartados de “¿Por qué enfermamos? El significado inconciente de los trastornos diabéticos” (Chiozza, 1993*l*), OC, t. XI.

I. Introducción

Uexküll (1934) cuenta la siguiente historia:

En el tiempo en que Brasides de Metaponto dominaba como exarca en la India, celebróse una gran reunión religiosa, en la que brahmines y budistas disputaban acerca del ser del alma. El príncipe griego... se mofaba de los sabios de Oriente, que conversaban con tanto ardor de cosas invisibles. Entonces se adelantó un brahmín y dijo:

–Exarca, ¿por qué crees que el alma es invisible?

El príncipe se rió y dio por respuesta:

–Lo que yo veo es tu cabeza, tu cuerpo, tus manos, tus pies... ¿Acaso tu cabeza es tu alma?

–No –respondió el brahmín.

–¿O tu cuerpo, o tus manos, o tus pies?

Siempre tuvo el brahmín que responder que no.

–Entonces, ¿accedes a que el alma es invisible?

–Señor –respondió el brahmín–, eres un príncipe poderoso, de fijo que no habrás venido a pie hasta aquí. ¿Viniste a caballo o en coche?

–Vine en coche –dijo sorprendido el exarca.

–¿Es invisible tu coche? –preguntó el brahmín.

–En modo alguno –dijo riéndose el exarca–. Allí está, visible para todo el mundo, con cuatro blancos caballos árabes enganchados a él.

–¿Es la lanza el coche? –preguntó el brahmín, imperturbable.

–No.

–¿O las ruedas, o el asiento?

El exarca siempre tenía que responder que no.

–Ruedas, asiento y lanza los veo bien –dijo el brahmín–. Al coche no puedo verlo porque es invisible.

Esta historia nos muestra, en su sencillez conmovedora, que para ver no basta con mirar. Sólo podemos ver cuando tenemos una idea de lo que busca la mirada. Cuando el dedo que señala tiene éxito en la tarea de indicar una presencia, es porque se comparte la idea de aquello que hay que ver. Lo que carece de significado es imperceptible.

II. La causa y el significado de la enfermedad

El pensamiento causal ha llegado en nuestros días (gracias al éxito notable de la organización conceptual que, a partir de la física, constituye a las ciencias naturales) a ser considerado, de modo casi siempre inconciente, como un sinónimo casi absoluto del conocimiento científico. En medicina, por ejemplo, el saber es equiparado habitualmente con el saber la causa. Si no puede conocerse la causa de la enfermedad, su etiología, se buscará la causa de los síntomas, es decir, la patogenia. Y si una y otra son desconocidas, se intentará por lo menos coincidir, en algún punto de la evolución del proceso morboso, con aquellos aspectos de la patogenia que, por ser suficientemente generales, nos permiten identificar alguna causa.

El predominio del pensamiento causal en la medicina nos permite comprender que cuando Freud descubrió el significado psíquico inconciente de algunos trastornos corporales, no sólo la medicina general, sino también la gran mayoría de sus propios discípulos, hayan encerrado su descubrimiento dentro del concepto de psicogénesis. Se comenzó a hablar, desde entonces, de enfermedades que son psicósomáticas, queriendo significar con esto que, por lo menos en parte, son el efecto de una “causa psíquica”.

La enorme cantidad de literatura científica que, incluso desde dentro del psicoanálisis, sostiene ese modo de pensar, “facilitó” aparentemente la comprensión de la obra de Freud, pero redujo las posibilidades de que una gran mayoría del mundo intelectual de nuestra época llegara a captar el verdadero alcance de su descubrimiento.

III. Una diferente concepción del psiquismo

La formación intelectual que hemos recibido, fundamentada esencialmente en los métodos de las ciencias naturales, nos ha acostumbrado a la idea de que la materia es una realidad primaria, una evidencia, mientras que lo psíquico, en cambio, “se origina en la materia” como una realidad que debe ser inferida, secundariamente, a partir de sus manifestaciones.

Cuando hablamos de psiquis solemos pensar, casi de manera automática, en la función del cerebro, pero el cerebro no “segrega” psiquis del mismo modo que el hígado segrega bilis.

Cuando un hombre nace, se encuentra con un mundo lleno de ideas que “están allí”, en la locomotora, en el piano, en el reloj, en la computadora y en el lavarropas. Todas estas ideas, aunque “están en el mundo”, pueden ser referidas a una historia de ingenios humanos. Cuando contemplamos, en cambio, un submarino o un avión, no sólo vemos allí, presentes en ellos, las ideas que los constituyen como inventos del hombre: vemos también que son transformaciones de “la idea” pez o de “la idea” pájaro, y descubrimos que ambos animales también son “ingenios”, como lo son el riñón, el mimetismo, la válvula cardíaca y la fotosíntesis. La idea, lejos de ser una emanación cerebral, existe en el universo tan primariamente como existe la materia, de modo que, desde este punto de vista, el cerebro, como el pulmón, es en sí mismo una “idea”.

Digamos pues que, en términos científicos rigurosos, lo psíquico no debe ser concebido como una misteriosa e inasible emanación de la materia viva cuando esa materia alcanza la forma de un vertebrado mamífero y cerebrado, sino como la cualidad concreta de significación que constituye una historia a partir de su elemento fundamental, el sentido.

Esa magnífica palabra “sentido”, que es sinónimo de significado, se utiliza también, y no por casualidad, para denotar aquello que se siente y, además, la meta, finalidad o dirección hacia la cual algo se encamina.

El sentido (como amalgama de significado, importancia y finalidad), elemento fundamental de toda historia, es pues, también, el elemento fundamental que constituye lo psíquico como integración, jerárquicamente organizada, de la finalidad de las funciones que “animan” al cuerpo. Por este motivo dirá Bateson (1979), parafraseando a Próspero cuando afirma que estamos hechos de las sustancias de que están hechos los sueños, que la embriología debe estar hecha de la sustancia de las historias, y que la anatomía debe contener una analogía de la gramática, ya que toda anatomía es la transformación de un mensaje material que debe ser contextualmente formado.

La historia, desde este punto de vista, es algo mucho más rico que el registro “objetivo” de una secuencia. Una sucesión de hechos de significación diversa, aunque crono-lógicamente ordenados, no constituye una historia. Cuando relatamos, por ejemplo, que el viento, al sacudir la ventana, ha roto uno de sus cristales, no hemos relatado, todavía, una historia. La historia se constituye cuando compromete una importancia. Una historia es, en su sentido esencial, un entretejido de temas o “ar-

gumentos” que, aunque son muchos, son típicos. Algunos, como es el caso de la codicia, la voracidad o el arrojo, son más simples; otros, tales como la traición, el heroísmo o la venganza, más complejos. Existen más allá del tiempo mensurable, son “atemporales” o, si se quiere, sempiternos. De modo que se re-presentan una y otra vez, en el escenario de la vida, como el “transcurrir” de algunas escenas que interesan la atención, o la participación, del entorno. Son escenas que forman parte de un “drama” que puede ser re-conocido precisamente por ser característico, es decir, universal.

IV. La relación entre el cuerpo y el alma

Freud, investigando en la histeria, descubrió que sus pacientes “padecían de reminiscencias”, que existía un grupo patógeno de representaciones, separado del comercio asociativo con el resto de la vida psíquica consciente, y que *el significado de esas representaciones reprimidas provenía, como el de la vida onírica, de las distintas pulsiones eróticas (“sexuales”, pero no siempre genitales) emanadas de las distintas fuentes orgánicas.*

El psicoanálisis no es solamente una teoría que permite comprender el significado de los fenómenos corporales normales y patológicos, sino también, y fundamentalmente, *una teoría que interpreta los fenómenos psicológicos a partir de la finalidad de las funciones, cualitativamente diferenciadas, que integran la totalidad del cuerpo.* El psicoanálisis, pues, no sólo trata de un cuerpo animado, sino también de *un alma cuyo sentido es la meta del cuerpo.* Un alma y un cuerpo dotados de significado, dentro de los cuales el cerebro es una parte entre tantas.

Nuestra mente no trafica con ideas, las ideas son los medios de transporte que conducen a los afectos por los caminos que ha trazado la experiencia. Sólo se transporta lo que importa, y este “importe” es lo único que se vigila en las fronteras. Es esto mismo lo que decía Freud cuando afirmaba que el verdadero motivo de la represión es impedir el desarrollo de un afecto (Freud, 1915*d**, 1915*e**). Para cumplir su cometido la represión no sólo ataca las ideas, sino que a menudo incluso deforma a la experiencia. El afecto es la importancia, la *significancia* del sentido.

Freud ha escrito: “cuando soñamos con ladrones, y tenemos miedo, los ladrones podrán ser imaginarios, pero el miedo es real” (Freud, 1900*a* [1899], pág. 484). También sostuvo que los afectos son reminiscencias (Freud, 1916-1917 [1915-1917]*), es decir que, lejos de corresponder a una situación actual, constituyen un modo de “recordar” un suceso preté-

rito que permanece fuera de la conciencia. Los afectos son equivalentes a ataques histéricos heredados y universales, porque el suceso pretérito que conmemoran ha sido un acontecimiento motor que pertenece a la filogenia y que, en su momento, fue justificado. “Justificado” significa aquí que era adecuado a las circunstancias vitales en las cuales se desarrolló por primera vez. El acto motor vegetativo que denominamos afecto es, en cambio, en las condiciones actuales en que se produce, tan “injustificado” como un ataque histérico. Si cuando alguien discute se pone colorado, aumenta su presión sanguínea y circula más sangre por sus músculos, es porque, en un pasado remoto, lo que hoy es una discusión era una pelea física que “justificaba”, entonces, esos cambios corporales que hoy han perdido su sentido.

De manera que *el afecto* nos ofrece características que permiten ubicarlo como una especie de “bisagra” que articula los territorios que denominamos “psíquico” y “somático” (Chiozza, 1986b, cap. VIII, apdos. “Los afectos” y “La deformación de los afectos”). *Por un lado es un “recuerdo” psíquico; por el otro, una “descarga” real “somática”.*

El sistema límbico coordina y modula las distintas emociones. Los procesos de pensamiento, que dependen de los circuitos cerebrales de retroalimentación negativa, atemperan los afectos. Pero *los sentimientos*, y con ellos las importancias que constituyen la “significancia” del significado, *se originan, y al mismo tiempo adquieren cualidad, en el funcionamiento propio de cada uno de los órganos, funcionamiento en el cual se apuntala la pulsión que origina al deseo.*

De modo que podemos afirmar que no sólo la significancia, y también su representante cogitativo, simbólico, a pequeña investidura, es decir el significado, *no provienen, en primera instancia, del cerebro o del sistema nervioso de un organismo evolucionado, sino que, por el contrario, se originan, como se origina el afecto, en el conjunto entero del cuerpo y de la diversidad de sus metas parciales, integradas jerárquicamente de acuerdo con un lenguaje, una prescripción de desarrollo y un esquema de organización, cuya mejor representación la encontramos en la cadena de ADN, cadena que posee las características “idiomáticas” de un código.*

Recuperamos así el valor, la plenitud y el “tamaño” del concepto freudiano de inconciente, valor acorde con lo que Freud (1940a [1938]*) postuló como segunda hipótesis fundamental del psicoanálisis: el psicoanálisis categoriza como genuinamente psíquico (es decir que posee un significado psicológico independientemente de si es conciente o inconciente) a lo que la psicología de la conciencia categoriza como acompañante físico de un acontecimiento mental.

V. Los afectos ocultos

Todo afecto, cualitativamente diferenciado, puede ser reconocido precisamente porque posee una particular “figura”. Cada emoción distinta es un movimiento vegetativo que proviene de una excitación nerviosa que se realiza de una manera típica. Esta manera típica está determinada filogenéticamente por una huella mnémica inconciente, por un “registro” motor y sensorial heredado que corresponde a lo que Freud (1900a [1899]*, pág. 573) denominó “clave de inervación”.

Cuando sufrimos una enfermedad que se denomina “neurosis” es porque hemos necesitado defendernos de un afecto hacia una determinada persona o situación, que hubiera sido penoso experimentar conscientemente; de modo que preferimos desplazarlo o transferirlo sobre la representación de otra persona o de otra escena. Así Juanito, el niño cuya fobia Freud (1909b) psicoanaliza, prefiere temer y odiar a los caballos antes que a su amado papá.

Cuando enfermamos, mucho peor, de otra manera que se llama “psicosis”, sucede que, para evitar el desarrollo de un afecto penoso, necesitamos alterar nuestro “juicio de realidad”. Una madre que enloquece ante la muerte de su hija y acuna un pedazo de madera como si fuera su bebé, altera su percepción de la realidad para poder continuar descargando un afecto de ternura en lugar de una insoportable tristeza.

Pero también podemos enfermar de otra manera. El desplazamiento de la importancia (investidura) puede realizarse “dentro” de la misma clave de inervación de los afectos, de modo que algunos elementos de esa clave reciban una carga más intensa, en detrimento de otros (Chiozza, 1975c; 1986b, cap. VIII; 1995u [1988]). *Cuando el proceso se descarga a partir de esa clave “deformada”, al servicio de mantener inconciente el significado emotivo, la conciencia ya no registra un afecto, sino que percibe una afeción*, un fenómeno que interpreta como “somático”, precisamente porque la cualidad psíquica, el significado afectivo, de ese fenómeno, permanece inconciente. Preferimos, desde un punto de vista psicoanalítico, llamar *patosomático* a este modo de enfermar, que se diferencia de lo que ocurre en las neurosis y en las psicosis.

Podemos decir, entonces, que *la enfermedad somática “oculta” un afecto*. Pero no se trata de un afecto cualquiera, sino que cada enfermedad diferente se constituye como un desarrollo que representa o equivale a un particular afecto inconciente, específico de esa enfermedad, enraizado en una historia que ha hecho crisis configurando un “capítulo” particular en la biografía del enfermo.

Aunque los afectos son típicos y universales, y es posible concientizarlos sin intermediación de la palabra, *la carencia de vocablos alusivos a las variedades y matices de las distintas emociones determina que no podamos referirnos a ellas claramente durante los procesos de comunicación y pensamiento. La investigación psicoanalítica de los trastornos somáticos ha conducido a descubrir afectos que, por lo habitual, no son reconocidos o nominados como tales.* Por ejemplo, el sentimiento de ignominia, de desmoronamiento, de impropiedad, de infracción, de estar en carne viva o de estar escamado¹.

La investigación de los significados inconcientes en distintas enfermedades somáticas revela que cada una de ellas “oculta” una historia propia, específica, típica y universal, que difiere de las otras tanto como difieren entre sí los trastornos del cuerpo que la medicina ha logrado tipificar.

VI. Una ignominia en dos actos

Primer acto

Elías tiene 63 años, y desde que se jubiló ocupa su tiempo en tareas de la casa: electricidad, plomería, el auto y el jardín. Esposa, dos hijas, dos futuros-yernos, perro y gato.

Carlos, el novio de Anita, la mayor, es médico; lo que se dice “un buen partido”, Elías está contento... Vive solo, y Elías de vez en cuando le hace arreglos en su casa. También le presta el auto cuando tiene “domicilios”; él usa la bicicleta.

En fin, es sano y su vida es tranquila... Recién ahora empezó ese dolorcito en los brazos... cuando anda en bicicleta... Carlos le dijo: “¿Por qué no se viene al hospital y le hacemos una ergometría?, nunca está de más... para quedarse tranquilo”. Pero Elías no quiere. “Mañana a las once voy a estar en Cardiología, ¿por qué no se viene?, lo espero.” Pero Elías no va.

El sábado hubo un “berrinche”; Elías no quiso discutir más, quería estar tranquilo, y se fue a cortar el pasto... Al ratito llegó Carlos:

¹ {Remitimos al texto correspondiente en el que se investigan los diferentes sentimientos mencionados: el sentimiento de ignominia (Chiozza y colab., 1983h [1982]), de desmoronamiento o de infracción (Chiozza y colab., 1991e [1990]), de impropiedad (Chiozza y Obstfeld, 1991h [1990]), de estar en carne viva o de estar escamado (Chiozza y colab., 1991i [1990]), en OC, ts. X y XI.}

- ¿Cómo le va?
 –Me estoy infartando, Carlos.
 –¿Le duele el pecho?
 –No, los brazos. Un poco más el izquierdo.

Segundo acto

Entonces me lo llevé al hospital –cuenta Carlos–. Llegamos a la Guardia y estaban todos; bueno, saludé, y nos fuimos para UCI, que los sábados está Beto. Lo sentamos, y le empezamos a hacer un electro, y enseguida vi que era un infarto. Medio de espaldas, bajito para que no me oyera, le digo a Beto: “¡Mirá!”... Y cuando nos dimos vuelta estaba en paro...

En síntesis

Sabemos que el afecto comprometido en las cardiopatías isquémicas es la *ignominia*²; es decir, “algo que no tiene nombre”, en el sentido indignante e insoportable de algo que se halla más allá de cualquier nominación imaginable.

Así como las situaciones que engendran temor se diferencian de aquellas otras que engendran envidia, existen situaciones específicamente ignominiosas. Una internación de urgencia en una Unidad de Cuidados Intensivos, independientemente de sus ventajas terapéuticas, puede resultar ignominiosa.

¿Se podrán evitar algunos, por lo menos, de los elementos más ignominiosos de esa internación? La importancia de este interrogante es obvia, ya que, en el sentido que estamos viendo, la internación en salas de unidad coronaria parece obrar, *de un modo específico*, en contra del fin para el que han sido creadas.

² Los cinco parámetros necesarios para que se configure una “ignominia” son: 1) Es algo inefable en el sentido indignante e insoportable de algo que se halla más allá de cualquier nominación imaginable. 2) Exige perentoriamente una solución, no es posible soportar su permanencia y evitar “tomarlo a pecho”. 3) No se le encuentra solución, se presenta como un dilema insoluble. 4) Existe el sentimiento de una culpa que no puede ser claramente atribuida a uno mismo ni tampoco adjudicada a algún otro. 5) Implica siempre una situación pública desmoralizante (en el sentido de des-ánimo e in-moralidad), degradante. Es la inversa de la condecoración que se lleva sobre el lado izquierdo del pecho.

Al ingresar a un servicio de Guardia percibimos que las personas que allí trabajan comparten una cierta *familiaridad*. Médicos y enfermeros comparten, durante mucho tiempo, 24 horas semanales de estrecha convivencia en condiciones muy particulares. Apodos y bromas son frecuentes.

El enfermo no es parte de esa familiaridad; se encuentra en circunstancias muy diferentes, *está enfermo*. Bruscamente debe separarse de su entorno, su *familia*... es despojado de su ropa, de su anillo, su reloj, sus anteojos y sus “dientes”; pierde su *identidad*, teniendo que asumir otra que no ha elegido; otra en la cual no se siente diferenciado de los demás pacientes. Desnudo, es *tocado* por personas que no conocen su *nombre*... que no conocen su *mundo*... que no saben si él es *importante* o *un don nadie*. Si bien se *sabe* ayudado, se *siente* humillado, lo cual es especialmente contraproducente para un enfermo incapaz de enfrentarse con su sentimiento de ignominia.

Volvamos a Elías, y entremos en su piel; imaginemos cómo *siente* la internación un hombre que intenta desesperadamente escapar de un sentimiento que para él *no merece ser vivido*.

Carecemos de los datos necesarios para saber, a ciencia cierta, qué situación en la vida de Elías configuró la ignominia “inicial”, pero podemos imaginar algunos de los aspectos anudados a Carlos, en la ignominia que Elías *no puede sentir*.

Por un lado, siente un particular afecto hacia Carlos (¿el hijo varón que no tuvo?), desea ayudarlo y protegerlo. Le arregla la casa, le presta el auto que él trata de no usar para que esté siempre “como el día en que lo compró”.

Sin embargo, Elías ya no se siente el de “antes”, el que tenía chofer en la empresa; siente además que su ayuda es poco valiosa, y que Carlos, médico y novio de Anita (su preferida), puede ayudarlo a él, más y mejor. Sí, y hasta algunas veces se sintió mal, incómodo, algo humillado, cuando Anita lo “reta” porque usa el teléfono cuando Carlos espera los “domicilios”.

“*Pero esas son cosas que siento yo* –se dice Elías tratando de no ‘engranar’–. *Carlos, en el fondo, es un buen muchacho, y se ve que la quiere ‘bien’.*”

Sin embargo, en el hospital la cosa cambia... Carlos está en su salsa, saluda a todos... Elías es “nadie”; o un enfermo, que es peor... Sí, *lo presentó a todos como el “padre de la novia”, pero ni tiempo de vestirse le dieron... sin afeitarse.*

Y ese Beto no le gustó. Para ponerle los cables le sacó la camisa casi sin preguntarle. Pero claro, no era momento... ¡lo llevaron en silla de ruedas!, y Carlos saludando y presentando...

Elías mira alrededor mientras el papel sale del aparato. Lo que ve le resulta sencillamente insoportable, la luz, ese olor, y los otros enfermos...

“¡Están desnudos!... ¿Acá me van a dejar?... ¡desnudo!... Anita no me va a poder venir a ver... ¿qué dicen?... cuchichean para que yo no escuche... ¡qué se piensan!... No seas tonto Elías, lo hacen por tu bien... están preocupados... ¿Será grave?... ¿Y si me tengo que quedar?... ¡Justo lo que me faltaba!... No, en casa voy a estar mejor... pero Carlos no va a querer... ¡¿Qué hice yo para merecer esto!?... y encima... ¡me voy a tener que internar!...”

**LA PATOBIOGRAFÍA DE UN NIÑO
CON LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA
AGUDA**

(1995)

Luis Chiozza y Silvana Aizenberg

Referencia bibliográfica

CHIOZZA, Luis y AIZENBERG, Silvana (1995N) “La patobiografía de un niño con leucemia linfoblástica aguda”.

Ediciones en castellano

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

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

L. Chiozza, *Un lugar para el encuentro entre medicina y psicoanálisis*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1999, págs. 67-79.

L. Chiozza, *Una concepción psicoanalítica del cáncer*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2001, págs. 69-80.

Traducción al italiano

“La patobiografía di un bambino affetto da leucemia linfoblastica acuta”, en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, N° 31, Borla, Roma, 1995, págs. 71-84.

Junto con “¿Por qué se enferman los niños?” (Chiozza y Aizenberg, 1992*d*), como primer apartado, y “Las fantasías inconcientes de los padres en la enfermedad de los hijos” (Chiozza y colab., 1995*h* [1975]), como segundo apartado, este artículo se incluyó como tercer apartado de “La patobiografía en los niños” (Chiozza y colab., 1995*C* [1992-1995]) en la primera edición de *Un lugar para el encuentro entre medicina y psicoanálisis* (Chiozza, 1995*c*). En la segunda edición de este libro, de 1999, se publicaron como artículos independientes.

El material y las conclusiones de este trabajo provienen del estudio patobiográfico realizado en enero de 1990 en el Centro Weizsaecker de Consulta Médica, por los doctores Luis Chiozza y Enrique Obstfeld y las licenciadas Silvana Aizenberg y Elsa Lanfri. Fueron presentados en el Encuentro Rioplatense sobre Psicoanálisis de los Trastornos Orgánicos, en Montevideo, en diciembre de 1992, por Silvana Aizenberg, Carmen Araujo, Rubén García, Pedro Herrera, Inés Karamanian, Paula Picco y Paula Steinberg. De este último trabajo, titulado “Un caso de leucemia infantil”, se reproducen algunos párrafos sin modificación alguna.

I. Las leucemias en clínica médica³

Las leucemias agudas son neoplasias hematológicas que se caracterizan por la acumulación de células inmaduras de la serie blanca con fracaso simultáneo de la hematopoyesis normal. Las células malignas surgen de la médula ósea, de la sangre y de otros órganos. Se reconocen en general dos formas de leucemia aguda, la linfocítica y la mieloide, también llamada leucemia no linfocítica.

La leucemia aguda es la forma más común de neoplasia en la infancia, y el 75% de ellas son linfoblásticas. Su frecuencia máxima se encuentra alrededor de los 4 años de edad, y es más común en los varones. Hoy se sostiene que entre el 60 y 70% de los niños con diagnóstico precoz de leucemia alcanzan una supervivencia libre de enfermedad mayor de 5 años, y que es probable que la mayoría de ellos se cure.

La leucemia linfoblástica aguda infantil se caracteriza por una proliferación y un crecimiento incontrolados de células linfoides inmaduras, que se denominan blastos. En este momento se considera que se trata de una enfermedad clonal, porque se interpreta que es el resultado de la transformación maligna de una sola célula progenitora anormal, que posee la capacidad de desarrollarse indefinidamente a lo largo del proceso de autorrenovación.

Los signos y síntomas clínicos están determinados por la participación medular y extramedular de los linfoblastos.

Los que corresponden a la participación medular pueden ser:

³ Los datos de este apartado fueron obtenidos en Poplack (1985) y Poplack y Reaman (1989).

- Anemia, con palidez y/o fatiga.
- Trombocitopenia, con petequias, sufusiones y/o hemorragias.
- Neutropenia, con fiebre y/o infecciones.

Los que corresponden a la participación extramedular varían de acuerdo con la localización y pueden ser:

- Hepatomegalia.
- Esplenomegalia.
- Linfadenopatías.
- Dolor óseo. Corresponde a la participación leucémica del periostio y el hueso, y es muy frecuente. Los niños de corta edad pueden negarse a caminar o presentar cojera.
- Infiltración meníngea y aumento de la presión intracraneal.

Los lugares más comunes de recidiva extramedular son el testículo y el sistema nervioso central.

Al comienzo, la enfermedad se presenta con síntomas inespecíficos, como malestar general, anorexia, irritabilidad y febrícula, pudiendo simular padecimientos no malignos. La duración de los síntomas específicos varía de días a meses.

La anemia y la trombocitopenia ocurren en más del 66% de todos los pacientes con leucemia linfoblástica aguda. El recuento leucocitario es elevado en cerca del 50% de los enfermos y en el 20% es superior a 50.000. Las cifras mayores aumentan la gravedad del pronóstico. El 30% de los pacientes, al hacer el diagnóstico, presentan niveles bajos de inmunoglobulinas en el suero.

Si bien pueden identificarse células leucémicas en la sangre periférica, el diagnóstico definitivo debe realizarse por la punción-aspiración, o por la biopsia, de médula ósea.

II. Los Benítez y los Gianni

Nelly y Raúl se conocieron siendo muy jóvenes; ella era la única hija de los Benítez, y él, el mayor de los Gianni.

Cuando a los 18 años Raúl estaba pensando en ir a estudiar a Buenos Aires, el padre de Nelly le propone que trabajen juntos fabricando cajas (actividad que era tradicional en la familia de los Benítez). Raúl se sintió siempre con poco carácter para tomar decisiones y, luego de grandes dudas, se quedó en su ciudad y se integró a la empresa familiar de los Benítez.

El noviazgo fue largo. Durante nueve años Raúl trabajó para ganarse un lugar en la fábrica y en la familia de Nelly, mientras se sentía cada vez más alejado de los suyos... Nelly no congeniaba con ellos.

Cuando se casaron planeaban disfrutar... mientras eran novios no habían tenido relaciones sexuales... Querían esperar un tiempo para tener hijos, pero Nelly quedó embarazada al mes y medio.

Con el nacimiento de Nicolás, los lazos con los Benítez se refuerzan. Comparten la empresa, las cosas cotidianas y las reuniones con amigos. La vida familiar incluía cada vez menos a los Gianni, con quienes se visitan de tanto en tanto. Nelly obligada, Raúl tenso... Y eso que los Gianni “los esperan con gusto”...

A pesar de su título docente, Nelly pocas veces trabajó. A ella le gusta hacer las cosas a su manera y Raúl se ha ido acomodando a todas las situaciones. En cuanto a la vida sexual... Nelly, con sus dificultades e inhibiciones, no puede entregarse, y Raúl fue postergando sus propios deseos para no sentirse rechazado.

Nelly no tolera nada que sea distinto al “clan de los Benítez”. Mediante su casamiento sintió que le daba a su padre el hijo que, según ella pensaba, él siempre había querido. Los Gianni, para ella, son extraños, y teme que pongan en peligro el vínculo con aquello que siente como “propio”, los seres que quiere y que son de su sangre. Nicolás no será pues, nunca (!), alguien distinto de su sangre, alguien distinto a ella misma.

Raúl buscó un modelo de hombre emprendedor y decidido. Al lado de su suegro pensó que le resultaría más fácil desarrollarse, crecer y hacerse una posición. A su padre no lo tolera. Cree que estando lejos de él (desconociéndolo) podría superar sus temores e indecisiones. Nicolás, para él, es el hijo de Nelly, lo quiere bien, como la quiere a ella, pero no piensa en él como un Gianni, sangre de su sangre.

Si bien Nelly lo trata a Raúl como a un Benítez, mantiene inconciente que lo rechaza, que lo siente “ajeno”, distinto a ella. No lo “reconoce” ni tolera como a un Gianni. Y Raúl se comporta como si fuera un Benítez, se “asimila” a la familia de Nelly, aunque inconcientemente los sienta extraños, diferentes a los Gianni. La negación del reconocimiento de lo “ajeno”, de lo que no es propio, forma parte del carácter de los padres de Nicolás.

III. Nicolás

Su nacimiento fue por cesárea. La lactancia fue interrumpida a los 5 días por una operación de la madre. Los padres relatan que tuvo un creci-

miento normal. “Era infatigable”, caminó a los 11 meses y “a pesar de su hiperdinamismo nunca se caía”. La primera palabra que dijo fue “mamá” y nunca habló en media lengua. Sin embargo, también cuentan que fue llorón, que no quiso gatear y que controló esfínteres a los 3 años. Durmió con sus padres hasta los 6 meses. Siempre necesitó compañía para dormirse.

Dicen que a Nicolás le dieron “todo” y que “no lo dejaban respirar”. A Nelly siempre le gustó abrazarlo y besarlo, aun “sabiendo que a él no le gustaba tanto”. Nicolás acostumbraba verla desnuda y no toleraba que lo dejara solo. Cuando, a los 3 años, comenzó el jardín de infantes, le costó adaptarse.

Supo que iba a tener un hermano cuando a su mamá se le empezó a notar el embarazo y “no tuvo ninguna reacción de celos”. Cuando nació Cecilia él tenía 4 años y 2 meses. En aquella época su dificultad para dormir solo se intensificó y habitualmente dormían “todos juntos”.

IV. La historia clínica de Nicolás

Tenía 4 años y 7 meses cuando comenzó a quejarse de dolor en una pierna. Por esa misma época se constataron sucesivos cuadros de hipertermia sin foco aparente. Una hinchazón marcada en el cuello decidió a los padres a consultar en un hospital pediátrico. Presentaba entonces poliadenopatías, hipertermia y palidez marcada. Los exámenes hematológicos dieron como resultado 2.000.000 de glóbulos rojos y 30.000 blancos. Cuando la punción de médula ósea confirmó el diagnóstico presuntivo de leucemia linfoblástica aguda, a los 4 años y 10 meses de edad, comenzó el tratamiento quimioterápico⁴.

Cuando los padres nos consultan, exactamente un año después de haberse realizado el diagnóstico, “para cubrir todos los aspectos”, y se realiza el estudio patobiográfico, Nicolás tenía que ingresar en la escuela primaria. Su enfermedad estaba en período de remisión, no presentaba síntomas clínicos y el estado general era bueno⁵.

Seis meses después de realizado el estudio patobiográfico y habiendo transcurrido dos meses del inicio de su tratamiento psicoanalítico, normalizó la fórmula leucocitaria absoluta⁶.

⁴ Se realizó, según el protocolo BFM 87, poliquimioterapia con prednisona, vincristina, daunomicina, 6-mercaptopurinas y metotrexato.

⁵ GB: 2.350/mm³ (65N, 1E, 2M, sin blastos). Hb: 12,9 gr %, y plaquetas: 300.000/mm³. Diariamente: purinetol, 3/4 comp., y metotrexato, 6 comp.; sulfametoxazol; trimetoprima, 5 cc cada 12 horas.

⁶ En noviembre de 2000 tiene 15 años y hace ocho años y medio que su enfermedad se encuentra en remisión completa.

V. Fragmentos de las horas de juego⁷

Entró confiado, parecía contento, y sin embargo daba la impresión de tener miedo, de no saber qué hacer. Se dirigió rápidamente hacia la mesa, donde había hojas y fibras, para dibujar y pintar.

Dibujó una casa con una chimenea, de la cual salía humo en forma de espiral. Rellenó, pintando con colores y con prolijidad, los redondeles del humo. Explicó que era una casa en la que vivía con su familia, y cuando la psicoterapeuta le preguntó: “¿Quieres decirme algo más?”, agregó: “Ni inventar, ni nada sé”.

En otro momento de la hora de juego dijo: “El camión vigilaba la avioneta para que no la roben, pero el Citroën la agarró y se la llevó...”.

Cuando quiso armar el rompecabezas sintió mucha angustia, no podía encontrar la forma. Preguntó: “¿Cómo va esto? ¿Esto va así? ¿No puedo armar esto! ¿Las piernas van? ¿Los pies? Pero no sé... ¿Dónde va el cuerpo? ¿Y dónde van los pies? ¿Así?...”.

Mira un auto que estaba entre los juguetes con el capot abierto: “¿Por qué se rompió? ¿Por qué se le abrió esto? ¿Se le abrió esto?... Estos tres –se refiere a otros con el capot cerrado– eran sanitos...”.

A los indios y a los soldados no los hizo pelear: “Había dos soldados rojos que eran amigos y dos indios verdes que eran amigos... Todos eran amigos... nada más que para distintas cosas... Mickey era amigo de los autos, y lo miraba al gigante porque se creía que los iba a molestar, a los amigos de ellos, que los iba a matar. Entonces los empieza a pisar, a los autos –habla con mucha velocidad y ansiedad–. Ahora empiezan a matar a todos, se murieron todos, menos los soldaditos, todos los malos...”. Nicolás mira entonces a la psicoterapeuta y dice: “Uno había quedado, la avioneta quedaba ahí, no la habían muerto. Uno había quedado. Vino un soldadito. La avioneta tenía todo para matar. Lo mató a él y se murió y la avioneta quedó bien...”.

En la segunda hora de juego, en la cual se repitió esta temática, construyó una muralla alrededor de los autos, los soldados, los indios y el avión amontonados, y dijo: “Así no los van a ver, se vinieron los más bravos, y así no los pueden matar...”.

La psicoterapeuta pregunta: “¿La única que se quedó viva fue la avioneta?”. Nicolás responde: “Todos los que estaban tirados están muertos”. Y enseguida agrega: “Voy a ordenar todo porque me voy a ir con mi mami”.

⁷ A partir del estudio patobiográfico le fue indicado tratamiento psicoanalítico con una frecuencia de cuatro sesiones semanales.

“En un rato –dice la psicoterapeuta– vamos a terminar, y te vas a ir con tu mamá.” Entonces contesta: “Voy a pintar con lápiz, voy a hacer el pastito, floritas, departamentos que viven familias, pastito para que crezcan las flores...”

La psicoterapeuta dice, entonces: “Nos contaron que estuviste enfermo, ¿qué tuviste?”. Cuando Nicolás contesta “ausemia”, ella pregunta “¿qué?” y Nicolás corrige “leucemia”, y agrega: “Mamá lloraba porque decía que se había asustado. Por ahora me estoy sanando...”

En las horas de juego intentó, de manera inconciente, comunicar su saber conciente del estar enfermo, cuando se refería, por ejemplo, al auto que se rompió. Cuando expresaba la dificultad para armar, con el rompecabezas, una figura de forma definida, comunicaba en cambio sus fantasías inconcientes acerca de la enfermedad. También, mediante el juego de los autitos, los soldaditos y la avioneta, muertos o sobrevivientes, comunicaba las fantasías inconcientes acerca del efecto de la quimioterapia.

Su alusión a los autos sanos, diferenciándolos del que no lo estaba, representaba, de manera inconciente, su angustiada pregunta acerca de por qué otros no se enfermaron y él sí.

La intensa angustia de sentirse perdido, sin poder reconocer una “forma propia”, sin saber qué hacer, y el sentimiento inconciente de que necesitaba llenar un vacío para poder construir su identidad, se reflejaban en el dibujo en el cual rellenó, pintando con colores, el humo que salía de la chimenea. Pensamos que intentaba de este modo fijar y conservar la forma del humo que utilizaba como un representante de su propia identidad.

La amistad que, para distintas cosas, él atribuía a soldados e indios, representaba, más allá de su modalidad de conducta caracterizada por negar las diferencias entre las personas y encubrir los sentimientos de violencia o de hostilidad, su percepción inconciente de la lucha entablada en su cuerpo.

Cuando en su juego construye una muralla, protegiendo de los peligros a los autos, los soldados, los indios y el avión, “amontonados”, expresa sus fantasías inconcientes de que los extraños pueden ser peligrosos o destructivos, y que el encierro familiar y la propia indiscriminación pueden protegerlo. También representa así, nuevamente, sus fantasías acerca de la batalla entre la quimioterapia y las células jóvenes de su organismo, sanas o enfermas.

El Citroën que se apodera de la avioneta parece aludir al sentimiento de que su hermana era una intrusa que vino para sacarle a su madre y para ocupar su lugar.

En los momentos en que más se aproxima a los contenidos inconcientes angustiantes que se refieren a las vicisitudes de su grave enfermedad, manifiesta su deseo de abandonar la sesión y, ante la afirmación de que

falta todavía un rato para terminar, intenta refugiarse en representaciones optimistas acerca del florecimiento de la vida y de la armonía familiar.

El análisis de la transferencia-contratransferencia permitió comprender que, junto al intenso deseo de colaborar con el estudio patobiográfico para recibir ayuda, su modalidad de juego y su actividad verbal desbordante expresaban el monto de su ansiedad y correspondían a la necesidad de negar que la analista era una de las personas “diferentes” de él y su familia. De modo que la incorporó en su juego como si él y ella fueran una sola individualidad indiscriminada.

VI. La última entrevista

En la entrevista destinada a comunicar a Nicolás nuestras conclusiones, él se dispuso a escuchar atentamente. Cuando la terapeuta le habló de su relación con la madre, se puso a jugar con dos indios colorados, a los cuales entrelazaba y unía como si tratara de fundirlos. La psicoterapeuta utilizó entonces a los indios como ejemplo, para decirle que así permanecían él y la mamá, agregando que, probablemente, él sentía también que ambos eran completamente iguales.

Miró atentamente y afirmó con un movimiento de cabeza. La terapeuta dramatizó con los indios, tomándolos y separándolos, la angustia que se podía llegar a sentir frente a la separación, señalando que tal vez por eso él y la mamá hacían el esfuerzo para estar unidos el uno con el otro.

Nicolás hizo decolar entonces un avión, partiendo de un grupo de juguetes amontonados, y la psicoterapeuta le dijo que probablemente expresaba de este modo su deseo de tener más espacio para él solo alejándose del encierro familiar.

Dibujó enseguida una casa, el sol, el humo y un puntito rosa en el cielo. Dijo que el punto rosa en el cielo estaba ahí porque “se estaba poniendo de noche, que se hacía más de noche”. La psicoterapeuta le habló en ese momento del temor que, seguramente, tenía por las noches, de su angustia por la enfermedad y del miedo a morir e irse al cielo. Le dijo también que probablemente él sentía que no podía hablar con nadie de ese miedo y entonces comenzó a pestañear, como si fuera a llorar.

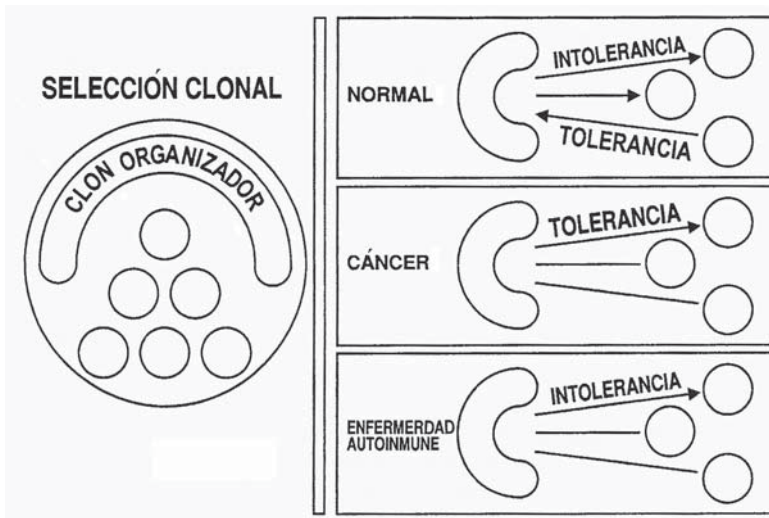
Llegamos a la conclusión de que Nicolás quería saber por qué se había enfermado él y no su hermana, y que también deseaba que el padre ocupara un lugar más importante en la casa, estar más cerca de su abuelo paterno, conocerlo más. La psicoterapeuta habló con él de esos deseos y de que, a veces, se siente como si fuera un hijo que es sólo hijo de la mamá.

Volvió entonces a juntar algunos juguetes y los unió, a todos, desordenadamente. En ese momento la terapeuta le dijo que él sentía que en su familia siempre estaban todos muy juntos, que le parecía que a la mamá le gustaba de ese modo, y que él no podía hacer otra cosa o que no sabía si podía hacerlo de otra forma.

Inmediatamente contó que la abuela, en esos momentos, estaba en Mar del Plata, y dijo: “¿Cómo debe estar mi abuela? ¿Debe estar durmiendo?”. Se comprendía claramente, aunque no pareció conveniente decírselo, que se estaba refiriendo a lo que sentía que le podría suceder a un miembro de la familia si se apartara o hiciera algo diferente a lo que se acostumbraba.

Al finalizar la sesión hizo un círculo con sus dedos índice y pulgar y pasó por adentro un auto colorado, sacándolo por el otro lado. La psicoterapeuta le habló entonces de su deseo de nacer, de ser otro. Un Nicolás que fuera la mezcla de cosas de la mamá y del papá, pareciéndose un poco a cada uno. Afirmó, conmovido, con la cabeza.

VII. La fantasía inconciente específica de la leucemia linfoblástica aguda⁸



⁸ Los conceptos expuestos en este apartado surgen de dos trabajos anteriores: “Esquema para una interpretación psicoanalítica de la leucemia linfoblástica” (Chiozza y colab., 1985a) y “La sangre tira...” (Chiozza, 1986b, cap. XII).

Cuando investigamos la fantasía específica de la leucemia linfoblástica aguda siguiendo los desarrollos que Burnet (1959) y Jerne (1975) realizaron sobre inmunidad, decíamos que el sistema inmune se ocupa predominantemente de la diferenciación entre lo que llamamos “propio” y lo que llamamos “ajeno”, y que se presta, por lo tanto, mejor que cualquier otro sistema, para arrogarse la representación completa del proceso psicofísico por el cual un sujeto se “reconoce” a sí mismo como diferente entre sus similares. En este sentido, la identidad, construida sobre la base de una combinatoria de identificaciones primarias y secundarias, sería el resultado psíquico, conciente e inconciente, de este proceso.

Durante la vida embrionario-fetal, afirmábamos, coexisten distintos clones o familias linfocíticas sin ningún género de incompatibilidad, pero, más adelante, una determinada selección clonal configurará la identidad del individuo, mientras que las demás serán reprimidas. Así se establece la diferenciación entre lo propio y lo ajeno.

Este proceso se ve posibilitado por la existencia de la memoria que conservan los linfocitos que, cuando son estimulados, regresan a su condición de linfoblastos y se reproducen, formando progenies o clones. Cada clon guarda una información inmunitaria particular, la misma para todo el clon, que proviene de su linfocito de origen. A partir de esa información se produce el reconocimiento específico necesario para que los mecanismos de ataque y destrucción de la sustancia “extraña” se pongan en acción. Lo ajeno, o extraño, no es pues, desconocido, es algo familiar que ha sido reprimido.

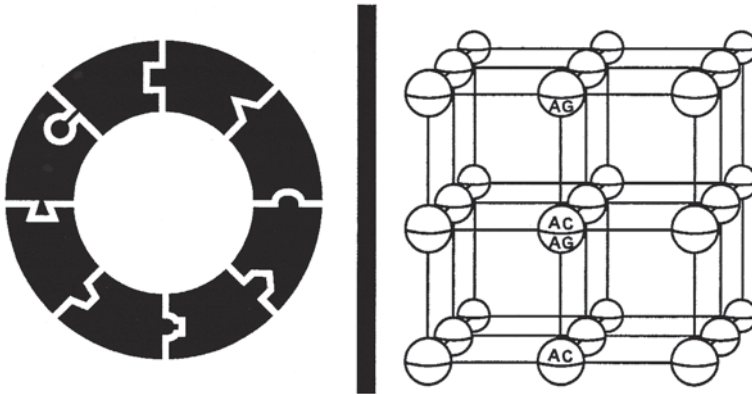
De esta forma, el sistema linfocitario se arroga especialmente la representación simbólica de los procesos por los cuales se establece la identidad más precoz, que es la que se logra mediante la identificación primaria y que se relaciona más íntimamente con un tipo de identidad “familiar” asociada a la idea de ancestro y de clan.

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

La fantasía específica de la leucemia linfoblástica sería el resultado de la combinación de dos “series” de fantasías inconcientes. Por un lado, las fantasías específicas linfocitarias y tímicas. Son fantasías vinculadas a los problemas de la identidad e intimidad primitivas, a los trastornos de la inmunidad y a las vicisitudes de la lucha contra los agentes patógenos que invaden al organismo. Por otro lado, estarían las fantasías específicas cancerosas, vinculadas a la proliferación anárquica, con respecto al plan

del organismo, de células neoplásicas. Estas células representan el “triunfo” de una progenie “primitiva” que satisface de forma extrema su propio “narcisismo”.

LA TEORÍA DE NIELS K. JERNE



VIII. ¿Por qué Nicolás produjo una leucemia?

Nicolás siempre sintió que formaban, con su mamá, una sola persona. Que podían, los dos, pensar y querer lo mismo y hasta le parecía que no hacían falta palabras para entenderse. Aunque un día se quedó muy sorprendido porque, según nos contó en la segunda hora de juego, él pidió “para los Reyes” una ametralladora y su mamá puso en la cartita “cualquier cosa”. Tenía la sensación de que ella siempre “sabía todo” y se sentía tranquilo cuando estaba cerca y lo cuidaba. A veces ni para comer necesitaba hacer esfuerzos por sí solo.

Desde que su mamá está contenta y ocupada por el nacimiento de Cecilia, Nicolás se siente perdido y no sabe qué hacer. Últimamente se sentía extraño. Nunca se imaginó que iba a tener que compartir a su mamá, a la que sentía como una parte de su propio cuerpo. Sin embargo, a partir del nacimiento de Cecilia, todo había cambiado. Era muy chiquita, llorona y molestaba. Su mamá la atendía y ya no lo miraba como antes. Le parecía que no era la misma mamá. Nicolás comenzó a tener esa fea sensación de que no sabía nada, que no podía pensar, que no sabía quién era. Se sentía perdido, no podía “estar” sin ella.

A él le dieron un dormitorio nuevo, mientras que a su hermana, esa nena de “cachetes gordos” (así la llamó en su segunda hora de juego), le dejaron el

cuarto de él y le regalaron su cuna. Un mes y medio después se enteraron de que estaba enfermo, y los médicos, en el hospital, “lo empezaron a pinchar”.

Pensamos que Nicolás no podía enojarse con su mamá, no podía ser su “enemigo”. Pelearse con ella era como pelearse con él mismo. A su papá lo veía “ahí tranquilo”. No entendía por qué razón “hacía todo como quería mamá”.

A José y a Teresa, sus abuelos, los quería mucho. Todos los días comían juntos. Teresa lo mimaba y le daba todos los gustos. Pero, ¿cuál era el papá que mandaba en su casa? ¿José, su abuelo, o su papá? ¿Por qué su papá no era importante como lo era su mamá?

Nicolás mantenía con su madre una unión indisoluble, un vínculo en el que se conservaban las características de las identificaciones primarias. No pudo realizar la combinatoria de identificaciones necesarias para crecer e integrarse conformando una identidad propia y diferenciada de la de sus padres. Sentía que su mamá era Nicolás y Nicolás era su mamá. La presencia de su padre no adquiría la fuerza necesaria para interrumpir dicha relación materno-filial y configurarse como un nuevo objeto de identificación.

Con el nacimiento de su hermana se desencadenó el proceso por el cual Nicolás siente que su mamá ya no es la misma que antes. Comienza a desconocerla y a desconocerse, experimenta que algo suyo lo trata como extraño. Ante la imposibilidad de realizar el duelo por la pérdida de ese vínculo “simbiótico” primario, comienza a sentir que algo de sí mismo se le vuelve ajeno.

Nicolás no puede “atacar” esa parte que siente diferente o extraña, porque también siente que sería como “atacar” una parte de sí mismo. Teme dañar la identidad compartida con su madre. Siente que su identidad, adquirida a través de esa particular unión, es irrecuperable. Su enfermedad es un intento de reconstruir lo que siente perdido.

Si el sistema linfocitario normal actúa en salvaguarda de la identidad de un individuo, su proliferación atípica podría representar una defensa exagerada frente a una vivencia de pérdida de la identidad establecida mediante la identificación primaria. La proliferación linfoblástica representa, además, como todo cáncer, el triunfo de una progenie “primitiva” que satisface de forma extrema su propio “narcisismo”.

Dijimos que no podía enojarse con su mamá, que no podía ser su “enemigo” y que pelearse con ella era como pelearse con él mismo. Y sin embargo, la intolerancia “inmunitaria” normal de Nicolás ha comenzado a “defenderse” de mamá, porque mamá ha comenzado a diferenciarse como “extraña”. Pero el intento permanece fallido, la meta no se cumple. La progenie linfocítica se coarta en su fin, y el intento, exacerbado y fallido, se descarga en una proliferación linfocítica, regresiva y anómala, que, al modo de una transacción, lo representa sin cumplirlo.

**PRÓLOGO DE
DEL AFECTO A LA AFECCIÓN. OBESIDAD,
SIDA, HIPER E HIPOTIROIDISMO,
ENFERMEDADES PERIODONTALES,
CARIES DENTAL**

(1997)

Referencia bibliográfica

CHIOZZA, Luis (1997h) “Prólogo de *Del afecto a la afección. Obesidad, SIDA, hiper e hipotiroidismo, enfermedades periodontales, caries dental*”.

Primera edición en castellano

L. Chiozza, *Del afecto a la afección. Obesidad, SIDA, hiper e hipotiroidismo, enfermedades periodontales, caries dental*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1997, págs. 9-11.

Cuando nos enfermamos sentimos, la mayoría de las veces, que un acontecimiento azaroso, independiente de la manera en que fuimos construyendo cotidianamente nuestra vida, interrumpe, inesperadamente, nuestros propósitos. Sin embargo, cuando estudiamos la biografía de un enfermo y comprendemos cuáles han sido los afectos inhibidos y los propósitos, no siempre concientes, que formaron parte de esa encrucijada afectiva, descubrimos siempre que la enfermedad, cualquier enfermedad, adquiere un significado preciso como capítulo de esa biografía.

Cae por su propio peso que el restablecer la continuidad del sentido que une la enfermedad al resto de las vicisitudes que constituyen la trama argumental de una vida abre un camino privilegiado hacia la curación. No sólo es importante entonces comprender cómo enfermamos, sino también por qué.

La investigación de los significados inconcientes de la enfermedad nos ha permitido descubrir, además, dos hechos importantes.

El primero consiste en que son específicos. Las diferentes enfermedades que hemos aprendido a distinguir como típicas y universales en su evolución, su sintomatología, sus alteraciones estructurales y fisiopatológicas, son la manifestación de fantasías inconcientes igualmente típicas y universales. En otras palabras: los significados inconcientes que constituyen el “guión” biográfico típico del infarto de miocardio difieren de los que son típicos de la diabetes, aunque unos y otros pueden combinarse para formar el particular “mosaico” patológico de un determinado enfermo.

El segundo hallazgo es que siempre la enfermedad aparece como una formación que sustituye y representa afectos. Si estudiamos la enfermedad desde el punto de vista que el psicoanálisis denomina “metapsicológico”, los fenómenos corporales que constituyen los síntomas son procesos de descar-

ga que ocurren en lugar de otros distintos, inhibidos, que, de haberse producido, hubieran pertenecido a la categoría que denominamos “afecto”.

Usamos la palabra “afecto” para referirnos a las emociones. Son procesos de descarga que parten de una estructura disposicional inconciente, una “clave” o idea que determina la cualidad de la descarga, activada por una cantidad de excitación que proviene de las pulsiones instintivas. Esos procesos “afectan” al yo con intensidades y cualidades, distintas para cada uno de ellos, que son típicas y universales. El yo las registra como sensaciones y sentimientos que, en la medida en que son típicos, puede reconocer, y en la medida en que son universales, puede nombrar.

Cuando la represión impide el desarrollo de un afecto que, de haberse producido, hubiera sido displacentero, la cantidad que investía la “clave” o “figura” inconciente de ese particular afecto se descarga, inevitablemente, mediante la investidura de ideas inconcientes sustitutas.

Entre las distintas posibilidades de sustitución hay una, que denominamos “patosomática”, que nos interesa destacar aquí. Ocurre cuando la cantidad de excitación inviste algún elemento aislado entre los que configuraban la clave inconciente de un particular afecto. La descarga de esa investidura no sólo pierde entonces las cualidades del afecto particular que ha sustituido, sino también las que permitían reconocerlo como un proceso afectivo. Las sensaciones que acompañan a una descarga semejante, que puede ser equiparada a una deformación del afecto que sustituye, adquieren entonces el nombre de síntomas, y el proceso completo abandona la categoría de lo que denominamos “afecto” para ingresar en la categoría que titulamos “afección”, término que es sinónimo, en nuestra lengua, de la palabra “enfermedad”.

El libro que hoy ponemos en manos del lector tiene un origen doble. Es, en primer lugar, el producto de la experiencia clínica acumulada en el Centro Weizsaecker de Consulta Médica, donde, desde hace más de veinte años, asistimos pacientes utilizando un método que llamamos estudio patobiográfico, mediante el cual profundizamos en la relación existente entre la enfermedad y la vida. Hemos descripto los pormenores de ese método en dos libros: *¿Por qué enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo* (Chiozza, 1986b) y *Un lugar para el encuentro entre medicina y psicoanálisis* (Chiozza, 1995c)⁹. En segundo lugar, pero no menos im-

⁹ {Se refiere específicamente al apartado titulado “El estudio patobiográfico” del capítulo III de *¿Por qué enfermamos?* y al anexo con el mismo título del artículo “El Centro Weizsaecker de Consulta Médica” (Chiozza, 1995K) de *Un lugar para el encuentro entre la medicina y el psicoanálisis*. En esta OC, véanse el apartado

portante, proviene de la tarea que se desarrolla en nuestro Instituto de Docencia e Investigación. Allí realizamos nuestro propósito de comprender la dramática específica de cada una de las enfermedades que estudiamos.

Este libro continúa pues la serie iniciada con *Los afectos ocultos en... psoriasis, asma, trastornos respiratorios, varices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas y accidentes cerebrovasculares* (Chiozza y colab., 1991a; Chiozza, 1997b [1991]) y *Los sentimientos ocultos en... hipertensión esencial, trastornos renales, litiasis urinaria, hipertrofia de próstata, várices hemorroidales, esclerosis, enfermedades por autoinmunidad* (Chiozza y colab., 1993a). Tal como en los dos libros anteriores, junto a los capítulos que se ocupan de determinadas enfermedades, hemos incluido escritos que procuran introducir al lector en las ideas generales y otros, los dos últimos, destinados a quienes desean profundizar en ellas¹⁰.

Quiero expresar aquí mi gratitud hacia las personas que, con su esfuerzo sostenido durante años, han hecho posible esta nueva publicación. Hemos cosechado juntos muchas críticas y no pocos elogios. Mientras tanto hemos aprendido que en una tarea como la que nos convoca, la mayor satisfacción proviene siempre de tres fuentes: una, cordial (quiero decir “cardíaca”), surge cada vez que conseguimos aliviar el sufrimiento humano, otra “hepática” nace con el placer de una fatiga que nos deja con una obra entre las manos, la tercera cerebral o intelectual consiste en la posibilidad de imaginar su desarrollo futuro.

Marzo de 1997.

mencionado de *¿Por qué enfermamos?* en el t. XIV, y, en una versión más larga, el apartado del mismo título en “La metahistoria y el lenguaje de la vida en el psicoanálisis y la psicósomática” (Chiozza, 1998l [1986]), en el t. IX. }

¹⁰ {Estos escritos son: “El hecho y la historia en la ciencia del médico”, cuyo contenido corresponde a fragmentos del “Prólogo de *Ideas para una concepción psicoanalítica del cáncer*” (Chiozza, 1978m) –este último en OC, t. IV–; “Los afectos inconcientes”, que reúne la “Nota editorial” de *Eidon* N° 3 (Chiozza, 1975d) –con el título “Los afectos inconcientes”, en OC, t. III– y un apéndice titulado “La transformación del afecto en lenguaje”, cuyo texto corresponde al segundo apartado de “Cuerpo, afecto y lenguaje” (Chiozza, 1975a [1974]) –en OC, t. III–; “El psicoanálisis y los procesos cognitivos” (Chiozza, 1995O) y “La concepción psicoanalítica del cuerpo. ¿Psicósomática o directamente psicoanálisis?” (Chiozza, 1995L) –ambos en OC, t. VI–. }

**SIGNIFICADOS INCONCIENTES
ESPECÍFICOS DE ENFERMEDADES
DENTARIAS**

(1996 [1995])

Luis Chiozza, Luis Barbero y Domingo Boari

Referencia bibliográfica

CHIOZZA, Luis y colab. (1996e [1995]) “Significados inconcientes específicos de enfermedades dentarias”.

Ediciones en castellano

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. 33-97.

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 27 de octubre de 1995.

Los dientes desempeñan invariablemente una función: trocear el alimento; pero además de esta función general tienen otras especiales, clasificadas en diferentes grupos, porque en unos animales sirven de armas, y de modo distinto, pues sabemos que hay defensivas y ofensivas, y mientras en unos, v.g., los carnívoros, responden a ambos propósitos, en muchos otros, tanto en los silvestres como en los domésticos, sirven únicamente de defensa. En el hombre los dientes están admirablemente dispuestos para su oficio general: los delanteros son afilados, de modo que pueden cortar los alimentos, mientras los posteriores son anchos y planos, para molerlos y desmenuzarlos; entre ellos y separándolos, están los caninos, que, de conformidad con la regla de que el medio comparte ambos extremos, participan del carácter de los que les preceden y suceden, siendo anchos en una parte y afilados en otra...

Cuando... [los dientes] sirven como armas ofensivas y defensivas, pueden tomar la forma de colmillos... y con el fin de evitar que se desgasten por mutua fricción, los que sirven de armas se encajan en los interespacios conservando sus puntas...

Hay que tener en cuenta un principio general, cuya aplicación hallaremos no sólo en este caso, sino en muchos que se nos presentarán. La naturaleza ha dotado de armas ofensivas o defensivas únicamente a los animales que pueden hacer uso de ellas... dándoselas más perfectas a los que mejor pueden emplearlas... *porque la naturaleza nunca hace nada superfluo o vano.*

Anatomía de los animales, libro tercero,
capítulo I, págs. 97-98

ARISTÓTELES (el subrayado es nuestro)

I. Las fantasías inconcientes dentarias

1. Desarrollo, forma y función de los dientes

a. La evolución del diente y la fórmula dentaria

El verdadero diente se hace presente recién en los vertebrados y alcanza su máxima perfección en los mamíferos superiores.

En los peces inferiores, la primera formación precursora de los dientes proviene de una transformación directa de la epidermis. En los peces cartilagosos, el tegumento externo que los recubre presenta pequeñas incrustaciones quitino-calcáreas. Cuando el tegumento pasa de la superficie del cuerpo al interior de la boca para tapizar los maxilares, las escamas se repliegan y presentan la forma de espinas triangulares, aplastadas y agudas, que cumplen la función de dientes.

En los peces óseos los dientes se individualizan por primera vez, y su modo más común de fijación es el anquilosamiento.

En los reptiles el diente se recorta definitivamente como órgano. Aparece entonces revestido de tejido óseo, implantado en un alvéolo y fijado a los maxilares.

La fórmula dentaria más desarrollada del mamífero adulto fue de cuarenta y cuatro dientes. Partiendo de este dispositivo general, los distintos grupos zoológicos fueron modificando sus fórmulas dentarias de acuerdo a la especialización de funciones.

Los fitófagos (comedores de vegetales, y no mordedores) perdieron los caninos. Los creófagos, comedores de carne, suelen llevar una dentición completa. En la evolución de las distintas especies antropoides puede observarse una reducción del número de dientes.

Dentro del desarrollo de la especie *homo sapiens* se describe una cierta evolución morfológica: en los hombres del paleolítico superior las coronas de los molares posteriores tenían tubérculos más numerosos y más complicados que en las distintas razas actuales.

De acuerdo a lo dicho parece evidenciarse que, desde el punto de vista filogenético, los dientes no llegaron a desarrollarse en el ser humano, en cantidad ni en calidad, como en otras especies. Es decir que la simplicidad de la dentición del hombre moderno es un carácter adquirido secundariamente. A esta reducción y simplificación se agrega, al mismo tiempo, una menor robustez de las mandíbulas.

b. Embriología y estructura histológica del diente

Las estructuras duras del diente humano son: la dentina, el esmalte y el cemento. La dentina constituye la masa del diente; el esmalte forma una cubierta protectora y la corona superficial de la dentina; el cemento cubre la base y la raíz del diente.

La dentina y el cemento están formados por la actividad de células de origen mesodérmico y forman el medio a través del cual las raíces del diente se unen al ligamento periodontal. El esmalte, en cambio, se origina por la actividad de células de origen ectodérmico.

Una vez que se ha constituido el germen o esbozo dentario del diente temporario, alrededor del sexto mes del desarrollo fetal, comienza el esbozo dentario del diente permanente.

Tres de los cuatro tejidos duros del organismo (el hueso, el cemento dentario y la dentina) poseen muchas similitudes histológicas. Están constituidos por una matriz de tejido conectivo especializado, cuyo colágeno tiene un papel importante en el mantenimiento de su estructura. Por su parte, el esmalte dentario, el cuarto y el más duro de los tejidos, aunque no posee colágeno, evoluciona de acuerdo a muchos de los principios involucrados en la formación del tejido conectivo duro, como el caso del hueso.

El esmalte es la sustancia biológica más densa que se conoce. Posee un 95% de minerales y sólo un 0,5% de proteína (esmaltina), en tanto que el hueso y la dentina poseen un 20% de proteína. Los cristales de hidroxapatita que lo conforman están comprimidos y rodeados por una capa de agua firmemente unida que no se evapora (Nikiforuk, 1985).

El esmalte es un sólido microporoso duro, transparente y de aspecto brillante (es la dentina “brillando a través” del esmalte la que le da el color blanco amarillento al diente) y su integridad físico-química depende totalmente del pH de la saliva y las concentraciones de calcio, fosfato y flúor disueltos en ella (Fejerskov y Thylstrup, 1986).

c. Las denticiones

En los seres humanos, como en otros mamíferos, persiste una sucesión limitada de recambio dentario, no para compensar su pérdida continua (como es el caso de los reptiles), sino para acompañar el crecimiento de la cara y los maxilares. Por este motivo, el niño posee un menor número de dientes, de pequeño tamaño, que constituyen la dentición primaria, con un total de 20 piezas.

La *primera dentición*, denominada “temporaria” o “de leche”, se inicia entre los 6 y los 8 meses de vida posnatal con la erupción de los dos incisivos centrales inferiores. Luego aparecen los dos centrales superiores, después los dos laterales y, por fin, los inferiores restantes antes de los 12 meses. A los 18 meses de edad aparecen los 4 primeros premolares, después los caninos, y alrededor de los 36 meses, los 4 molares restantes. Aun los niños de dentición muy tardía llegan a tener sus 20 primeros dientes antes de los 3 años¹¹.

¹¹ Describimos la forma típica, ya que existen muchas variantes en cuanto al orden y las fechas de aparición.

La *dentición definitiva* comienza aproximadamente a los 6 años de vida: los 20 dientes temporarios serán sustituidos y aparecen 12 más completando 32 piezas. Las denticiones culminan después de los 15 años cuando se anuncian los 4 últimos molares definitivos, las llamadas “mue-las del juicio”.

d. Los dientes y su función

El proceso digestivo consta de dos partes: una mecánica y otra química, que se suceden una a continuación de la otra. La *masticación*, el mecanismo más importante de la digestión mecánica, consiste en la destrucción de los grandes trozos de alimentos por medio de los dientes, para facilitar la deglución y los procesos digestivos químicos. Gracias a la masticación se dividen y trituran los alimentos, mezclándose con la saliva. El acto lo ejecutan todos los dientes.

El maxilar inferior, por medio de la articulación témporo-mandibular, es capaz de movimientos verticales, ántero-posteriores, laterales y de circunducción, que permiten una división y trituración perfectas.

La dentadura del ser humano, debido a sus características de animal omnívoro, está compuesta por tres tipos de piezas dentarias: los *incisivos*, especializados en la función de corte, los *caninos*, destinados a desgarrar y aprehender, y, por último, los *premolares* y *molares*, que desmenuzan los alimentos.

Conviene señalar que el desarrollo cultural del ser humano hizo que una parte de la función digestiva se externalizara. Así, una proporción importante de los alimentos que ingiere el hombre ha recibido una “digestión” previa a la ingestión. Mediante la preparación, la cocción y la utilización de utensilios, el hombre pre-digiere los alimentos fuera de su propio cuerpo.

Además de la función masticatoria, en muchas especies los dientes cumplen la función de *armas* defensivas o de ataque, del mismo modo que las patas, por ejemplo, hechas con el fin de la locomoción, pueden ser usadas como armas por algunos animales. En los ofidios, los dientes tienen esa única función; en los rumiantes, en cambio, prácticamente la han perdido. Es interesante tener en cuenta que cuando predomina la función de *arma* se destacan los colmillos, y cuando esa función se pierde, suelen desaparecer. Parece posible pensar, entonces, que los colmillos o caninos son los mejores representantes del diente como arma o, también, como garra que asegura la retención de la presa.

Queremos destacar que si bien la función del diente como arma alcanza una de sus máximas expresiones en los cánidos y felinos, también está presente en distintas especies de primates, e incluso en el hombre primitivo.

2. Hábitos alimentarios en la filogenia

En este párrafo, resumiremos algunos aspectos de la evolución filogenética de los hábitos alimentarios, según la descripción de Desmond Morris (1967).

El grupo de los primates, al que pertenece el hombre, proviene de un primitivo tronco insectívoro. A partir del colapso de la era de los reptiles, los pequeños comedores de insectos se aventuraron por nuevos territorios y ampliaron su dieta incluyendo la ingestión de frutas frescas y secas, yemas y hojas.

Entre 25 y 30 millones de años atrás, los premonos empezaron a evolucionar hasta convertirse en verdaderos monos arborícolas y, por ende, básicamente *frugívoros*.

El hombre proviene de una rama de simios que hace un millón de años, presionada por acontecimientos catastróficos y dramáticos (glaciaciones), comenzó a producir cambios vitales. Estos acontecimientos presionaron fuertemente para que aumentara su facultad cazadora.

Para desarrollar esta capacidad, la evolución pudo haber creado un animal carnicero más parecido al gato o al perro, una especie de gato-mono o perro-mono, convirtiendo los dientes y las uñas de estos monos en armas salvajes parecidas a los colmillos y las garras. Prefirió, en cambio, un procedimiento totalmente nuevo, el empleo de armas artificiales que, junto al desarrollo de la caza cooperativa, posibilitaron al mono cazador competir con las grandes fieras.

La caza grupal, cada vez más compleja, y las excursiones, cada vez más prolongadas, trajeron como consecuencia cambios en la organización social, y el mono cazador se hizo sedentario. *El antepasado humano, nómada y comedor de frutos, se transformó “rápidamente”, llegando a ser un primate sedentario y voraz.*

El hombre es el resultado de una mezcla: todo su cuerpo y su sistema de vida fueron preparados para habitar “pacíficamente” en el bosque, pero luego tuvo que adaptarse a vivir como un lobo inteligente y armado.

Los carnívoros “puros” (por una parte, los perros salvajes y los lobos y, por otra, los grandes felinos) poseen un hábito alimentario muy diferente al de los primates “puros”. *Pueden soportar largos períodos de*

ayuno seguido de copiosos festines. Un lobo, por ejemplo, puede ingerir hasta un quinto de su peso total en una sola comida, lo que en un hombre significaría “des-ayunarse” con una ingesta de quince kilos de carne.

Entre los carnívoros, cuando la caza es buena y no surgen pendencias en el grupo, es frecuente el reparto de la comida. Algunas especies no sólo almacenan comida para ellos mismos, sino que *son capaces de tragar grandes trozos y regurgitarlos luego para sus compañeros, y más habitualmente para sus crías*.

En los primates “puros”, en cambio, la dieta es más variada y el sentido del gusto más refinado. Con comida siempre a su alcance, los monos *se alimentan de continuas “meriendas”*. No necesitan del almacenamiento ni del transporte. Por eso, en cuanto organización social, los monos tienen escaso “espíritu de colaboración” en comparación con los típicos carnívoros. Entre los monos, la rivalidad y la lucha por el dominio son constantes.

En base a estas consideraciones, Morris (1967) concluye que, *“primate por linaje y carnívoro por adopción”, el hombre conserva características de ambas líneas hereditarias*.

3. La fase oral secundaria y los cambios en la relación de objeto

En *Tres ensayos de teoría sexual*, al estudiar el desarrollo de la libido, Freud (1905d*) estableció la existencia de organizaciones pregenitales. En la edición de 1915 las denominó “fases” y a la primera de ellas la llamó “oral o, si se prefiere, canibálica” (Freud, 1905d*, pág. 180). Posteriormente, Freud aceptó como “progresos de nuestras intelecciones” psicoanalíticas la subdivisión propuesta por Abraham en 1924 y, siguiendo a este autor, afirma: “En el primer subestadio se trata sólo de la incorporación oral y falta aún toda ambivalencia en el vínculo con el objeto del pecho materno. El segundo estadio, singularizado por la emergencia de la actividad de morder, puede ser designado *oral-sádico*; muestra por primera vez los fenómenos de la ambivalencia que adquirirán tanta nitidez en la fase siguiente, la *sádico-anal*” (Freud, 1933a [1932]*, pág. 92).

Abraham (1924*), en el estudio al que se refiere Freud, considera diferentes modos evolutivos de trato con el objeto. Destacaremos las primeras fases por el interés que tienen para nuestro tema:

- 1) Una primera etapa autoerótica *exenta de inhibiciones pulsionales*, ya que no hay una real relación de objeto.

- 2) Una segunda, cuyo fin sexual es canibalístico (canibalismo total), *con evidencias de inhibición pulsional* bajo la forma de ansiedad.
- 3) Una tercera fase en que el proceso de *dominar los impulsos canibólicos* está íntimamente asociado con el sentimiento de culpa. Esta tercera etapa, cuyo fin sexual lo constituye la incorporación de una parte del objeto (canibalismo parcial), es abandonada cuando los sentimientos de piedad y disgusto surgen en el individuo y le impiden esta forma de actividad libidinosa.
- 4) Una cuarta etapa, bajo el signo de la organización sádico-anal, en la cual el fin de dominar al objeto se independiza del acto de comer y se transforma en un fin en sí mismo. La posesión que sustituye a la devoración significa también un progreso en el sentido social, ya que permite por primera vez la posibilidad de compartir la posesión de un objeto. *Por el método de la devoración, el objeto sólo puede pertenecer a una persona.*

Melanie Klein (1932, 1936, 1945) sostiene, en cambio, que desde el comienzo, ya en la fase oral de succión, el sadismo interviene tanto como el amor o incluso más, y que en esa fase las fantasías hostiles son terroríficas. Pese a ello, no deja de tener en cuenta que la aparición de los dientes inaugura una experiencia nueva para el niño.

Dentro de la escuela kleiniana es Arminda Aberastury (1958, 1964) quien adscribe mayor importancia a la dentición. La aparición de los dientes, que hacen posible la realización concreta de las fantasías destructivas y canibólicas, modifica profundamente la relación con el objeto (la madre).

El niño, sostiene la autora, adquiere la experiencia de que su diente, hincado en el pecho de la madre, o en otra parte de su cuerpo, puede hacerla gritar o llorar, puede provocar heridas sangrantes y, como consecuencia, puede provocar que lo retiren del pecho.

Estas y otras observaciones la llevaron a postular la existencia de una fase genital previa, coincidente con la eclosión dentaria, y anterior a la fase anal.

En la fase genital previa se destacan:

- El incremento de la capacidad de dañar y una de sus consecuencias, el destete.
- El incremento conjunto de fantasías y excitaciones orales y genitales (fálicas) que permiten la equiparación diente-pene, ecuación que se ve favorecida por la cualidad penetrante de ambos.

- La modificación del vínculo con la madre, debido a la incipiente inclusión del tercero (complejo de Edipo temprano).

Las consideraciones de Freud (1912-1913*) en relación al canibalismo, fueron escritas antes de que tuviera lugar, en la teoría, la subdivisión de la fase oral en dos estadios. Dichas ideas, que se refieren a vivencias filogenéticas que se repetirán luego en la ontogenia, se aplican naturalmente a la fase oral-sádica, vinculada con el morder. De acuerdo a las ideas de Freud, la principal motivación del canibalismo primitivo residía en el anhelo de identificación. Mediante el acto de devoración, el caníbal no sólo recibía una parte corporal, sino también las cualidades del objeto ingerido. Por este motivo, la devoración del padre primordial constituyó, en opinión de Freud, el acto canibálico por excelencia.

La horda humana, que estaba gobernada por un único macho violento y celoso, sufrió un cambio cargado de consecuencias cuando los hermanos varones, luego de haber sido expulsados de la manada y de haberseles prohibido la sexualidad con las hembras del grupo, encontraron, en la alianza, la fuerza necesaria para doblegar al padre y matarlo. De acuerdo a las costumbres canibálicas de la época, y en la atmósfera de euforia triunfal que generó el crimen, deseosos de asimilar las cualidades del modelo más valorado, lo devoraron.

Son conocidas las conclusiones que extrajo Freud de esta reconstrucción de la prehistoria humana. Nos interesa subrayar ahora dos de ellas:

- 1) El arrepentimiento posterior al crimen, surgido de los sentimientos tiernos que pudieron emerger una vez satisfecho el odio en el asesinato.
- 2) La institución del banquete totémico, como ceremonial recordatorio de aquella hazaña. Se buscaba revitalizar la identificación con el padre a través del sacrificio y la devoración del animal que lo simbolizaba.

Planteamos en otro lugar (Chiozza, 1977b; Chiozza y Wainer, 1973b) que la superación del canibalismo por la institucionalización de la comida totémica puede ser descripta como una *disociación eidético-material*, según la cual la identificación con el modelo paterno queda dividida en un aspecto ideal que se realiza con la figura original y un aspecto material que se desplaza sobre el tótem. *Esta disociación significó un salto evolutivo, cuya máxima ventaja reside en lograr que la identificación se realice preservando la integridad física del objeto amado.*

A partir de esta idea, Herrera (1976) destaca la vivencia traumática que acompaña al destete cuando el niño, a partir de la dentición, se siente despreciado (despechado)¹² por la madre que le prohíbe la incorporación de su carne, mientras que antes le había permitido la incorporación de su leche.

Del breve recorrido bibliográfico realizado podemos extraer como síntesis:

- 1) *Filogenéticamente*, el banquete totémico, símbolo encubridor de la traumática devoración del padre, significó un progreso cultural que permitió, a través de la disociación eidético-material, una nueva forma de identificación que preserva la integridad física del objeto modelo.
- 2) *Ontogenéticamente*, en la fase oral canibálica, la eclosión dentaria que significa un incremento de la capacidad de dañar, y la percepción de esa nueva capacidad, condicionan cambios en la relación con los objetos y en el dominio de las mociones pulsionales.

4. Otras consideraciones sobre la fase oral secundaria

a. La excitación “gíngivo-dentaria”

En el desarrollo evolutivo libidinoso se observa, asociada al proceso fisiológico de la emergencia de los primeros dientes, una excitación oral particular. Así como la excitación propia de la succión se asienta en los labios, la lengua y el paladar, podemos decir que la encía se arroga la representación del mosaico orgánico complejo que es la fuente somática de esta particular excitación. Este mosaico, básicamente, está formado por la encía misma, el diente por nacer, el borde maxilar y la musculatura de la masticación.

¹² En el diccionario de la Real Academia Española (1992) la palabra “despecho” está consignada dos veces, dado que tienen orígenes y significados diferentes. En primer lugar significa “malquerencia nacida en el ánimo por desengaños sufridos en la consecución de nuestros deseos o en los empeños de nuestra vanidad”. Del latín *despectus*, “menosprecio, desdén”, participio pasivo de *despicere*, “mirar de arriba a abajo, despreciar” (Gómez de Silva, 1995). En segundo lugar, y viniendo del prefijo “des-” y el sustantivo “pecho”, es sinónimo de destete. De acuerdo con esto, no parecería lícito vincular el sentimiento de despecho (desprecio) con el destete.

Esta nueva excitación oral se descarga mordiendo los alimentos sólidos que en este período se incorporan a la dieta del bebé. Suele ocurrir sin embargo que esta satisfacción es insuficiente y se complementa con la descarga autoerótica que se obtiene “raspando” la encía y presionando sobre ella con la lengua, con los nudillos de las manos o con algún objeto consistente. Así como el objeto (artificial) de la fase de succión era el chupete, el objeto de esta nueva fase es, ahora, el *mordillo*.

Cuando, pese a todo, la descarga es insuficiente, esta excitación se vuelve dolorosa o, para ser más precisos, *placenteramente dolorosa*. El bebé se siente molesto, irritable, insatisfecho, lo que suele manifestarse como un leve estado febril y un aumento de la salivación ácida que desborda hacia el exterior (babeo).

Esta particular excitación, que no disminuye cuando la encía se “corta”, va decreciendo paulatinamente hasta desaparecer, a medida que el diente emerge. Podemos decir entonces que durante el proceso de emergencia de los dientes la organización libidinal gira alrededor de esta particular excitación *gingival*. *Paulatinamente, la excitación que describimos se desplaza hacia los dientes y se descarga en el ejercicio de la función dental, morder y masticar.*

Plantear la existencia de una fuente erógena gingival y dentaria que da lugar a una excitación libidinal específica implica comprender que todo proceso somático “de cierta importancia” contribuye con sus componentes a la excitación de la pulsión sexual, ya que ésta se genera como “efecto colateral” de dichos procesos (Freud, 1905d*). El diente, su pulpa y las estructuras de sostén, como estructura orgánica viva con una función específica, admiten, desde este punto de vista, ser considerados fuente de la particular excitación a la que nos estamos refiriendo.

El conjunto completo de la excitación “gingival” y luego “dentaria” *configuraría entonces la primacía oral-dentaria*, propia del segundo estadio de la fase oral, la fase oral-sádica. Entendemos que dentro de una misma fase, esta excitación libidinal posee distintos matices y que, en momentos de regresión, puede reactualizarse también con estas diferencias. En base a esta consideración, resulta posible hablar, en distintos momentos, de excitación o libido “gingival”, “dentaria” o “gíngivo-dentaria” según el matiz que nos interese subrayar.

Esta excitación oral secundaria y las fantasías asociadas a ella, que alcanzarían su primacía durante la primera dentición, se reeditan, con algunas modificaciones en sus matices, durante todo el transcurso de la segunda dentición.

b. Un aspecto del desarrollo del yo y del superyó en relación con la dentición

El psicoanálisis afirma que los contenidos primarios de conciencia están dados por las *percepciones* que obtenemos del mundo exterior y por las *sensaciones* y sentimientos que provienen del interior del propio cuerpo (Freud, 1950a [1887-1902]*, 1940a [1938]*). (También pueden llegar a la conciencia algunos procesos de pensamiento gracias a la descarga de las pequeñas investiduras que acompañan a la representación motriz de la palabra.)

En la diferencia entre percepción y sensación se aprende la distinción fundamental entre lo que pertenece al mundo del entorno y lo que pertenece al yo. En el caso de la percepción de los estímulos externos, dirá Freud (1915c*), es posible la huida; mientras que las sensaciones, que provienen de los estímulos pulsionales, y que generan muchas veces una tensión displacentera, son inevitables. Garma (1944), en cambio, sostiene que es posible huir de las sensaciones mediante las defensas psíquicas, en tanto que la realidad exterior es, para el recién nacido, inevitable.

Al expresar sus deseos orales de succión, el bebé obtiene una gratificación confirmada desde *dos fuentes diferentes*: sus propias sensaciones de placer y la percepción de la sonrisa materna como signo de aprobación y estímulo. Con la aparición de los dientes, esa experiencia se modifica. Si se deja llevar por sus nuevos impulsos (ahora de morder), *sus sensaciones lo premian*, como en la etapa de succión, con una satisfacción que deriva de lo que denominamos “placer de órgano”, pero la *percepción* le informa lo contrario: los gestos y actitudes maternos son, ahora, de reprobación. De este modo se reintroduce en el niño, por vía de la percepción, la tensión que el placer de órgano descarga¹³.

El bebé se desconcierta. No sólo se encuentra con esa divergencia de las noticias que provienen de dos fuentes (sensación y percepción) que hasta ese momento habían coincidido, sino también con que unas veces sus impulsos orales reciben como respuesta una sonrisa y otras veces una mueca de dolor.

Para conservar la integridad de su aparato psíquico el niño debe mantener en la conciencia, sin reprimir sus sentimientos, una discordancia inquietante. Si por el hecho de no tolerar la angustia rechaza la percepción, ingresa en un camino que lo conduce a desconsiderar a los objetos y a de-

¹³ También se observa como discordancia entre dos sensaciones, como cuando el bebé muerde su propio dedo.

sestimar la realidad. Si por el contrario reprime sus sensaciones, comienza a instrumentar un modelo que lo llevará a la inhibición indiscriminada de sus pulsiones vitales¹⁴.

Se trata de un momento crucial en el desarrollo, un período en el cual el sistema normativo (superyó) debe complejizarse, aprendiendo a distinguir “el bien del mal” (Freud, 1930a [1929]*). El yo debe crecer integrando nuevas significaciones, tanto en lo que se refiere a los impulsos como a los objetos. Este proceso responde a la necesidad de establecer tres diferencias:

- 1) Una *diferencia entre impulsos*, ya que algunos son “premiados” y otros “castigados” por el objeto.
- 2) Una *diferencia entre acciones* inhibidas (descargando pequeñas investiduras) y otras no inhibidas (descargando investiduras plenas), porque los mordiscos suaves son aprobados y pasado cierto límite son reprobados.
- 3) Una *diferencia entre objetos* que sólo pueden recibir un mordisco suave (el pecho) y otros que deben ser mordidos (los primeros alimentos sólidos).

El hecho de que tres diferencias se establezcan interrelacionadas entre sí contribuye a la complejidad del proceso. De nada serviría, por ejemplo, distinguir entre los impulsos, y tener la capacidad de inhibirlos, si se confundieran los objetos sobre los cuales conviene dirigirlos. Se trata de un proceso que no sería posible si no se realizara sobre la base de un esquema heredado, que el bebé ejercita en la vida

¹⁴ Bateson y otros (1956) describen la situación esquizofrenizante que denominó “doble vínculo”. El sujeto, en una situación de dependencia, recibe reiteradamente dos mandatos contradictorios, que le llegan por diferentes canales comunicativos. Por ejemplo, un estímulo, verbalizado, mientras la actitud y los gestos son inhibitorios. Al mismo tiempo se le impide tomar noticia de la contradicción. Dada la incapacidad para juzgar acertadamente lo que otra persona quiere realmente y la imposibilidad de señalar la contradicción, el sujeto, para defenderse, puede pensar que “detrás” de lo que la gente dice hay siempre un significado oculto y perjudicial para él (paranoia), o aceptar literalmente lo que la gente dice y descartar las señales metacomunicativas (hebefrenia), o retirar todo su interés de los mensajes dando la impresión de ser una persona aislada o muda (catatonia).

Encontramos una cierta analogía entre la situación, psicotizante, del doble vínculo, y la discordancia de mensajes que recibe la conciencia del bebé cuando

individual con el auxilio tierno de una madre “suficientemente buena” (Winnicott, 1951).

El pasaje adecuado de la fase oral primaria a la fase oral secundaria implica, en síntesis, un importante progreso en el yo, en el superyó y en el modo de relacionarse con los objetos.

- 1) Desde el punto de vista del *yo*, se alcanza una mejor integración de la libido y de la agresión; se aprenden nuevas diferencias y se incrementa la capacidad de inhibición de los impulsos.
- 2) Desde el punto de vista del *superyó*, se complejiza el sistema normativo con nuevas reglas para la descarga pulsional y el trato con los objetos.
- 3) En cuanto al modo de relacionarse con los *objetos*, se cumplen importantes pasos en el reconocimiento de su independencia, de sus limitaciones y necesidades, y se comienza a aprender que es necesario preservarlos y cuidarlos.

Nos interesa subrayar este último aspecto. Así como la humanidad pasó por un largo y costoso aprendizaje hasta lograr la disociación e-idético-material que permitió identificarse idealmente con el padre conservándolo físicamente mediante el recurso de desplazar los impulsos canibólicos hacia el tótem (Chiozza, 1977*b*; Chiozza y Wainer, 1973*b*), cada niño repite, del mismo modo, este aprendizaje en su vida individual. Así, el ejercicio de la libido dentaria exige del niño uno de los cambios más significativos en su vínculo con los objetos. Durante el período fetal, y aun durante la lactancia, el mismo objeto que brindaba los modelos de identificación proveía de la materia para concretar los ideales. La dentición y el cambio de alimentación implican entonces un progreso fundamental. *Es necesario identificarse, pero es necesario también preservar el objeto.*

muerde el pecho y recibe por su acción un “premio” y un “castigo”. En ambos casos, además, la solución adecuada es “discutir” los mensajes; es decir, elaborar la contradicción dentro de un significado más amplio que la trasciende.

Dentro de un marco teórico diferente, Giannotti y De Astis (1991) consideran la psicosis infantil como una patología generada en la imposibilidad de integrar la agresión asociada a la eclosión dentaria. En su presentación en el Centro Weizsaecker de Consulta Médica, Giannotti ejemplificó esa tesis con casos clínicos, caracterizados, unos, por la extrema inhibición pulsional, y otros, por la agresividad y desconsideración hacia los objetos.

5. El proceso de incorporación-asimilación y las fantasías dentarias

Fantasías hepáticas y dentarias en el proceso de incorporación

La digestión mecánica es filo y ontogenéticamente posterior a la química. Se la puede considerar como un desprendimiento del tronco primitivo que podemos denominar “proceso de incorporación-asimilación” (proceso del cual la función hepática suele arrogarse la representación). Desde esta perspectiva, los dientes provienen de una diversificación de funciones, según el principio de “división del trabajo” que rige en el mundo biológico. Son, en primer lugar, un “instrumento” mecánico para la incorporación-degradación del alimento y participan, por lo tanto, de un modo significativo y peculiar, en la primera parte del proceso de “lograr que algo sea asimilable”.

En trabajos anteriores (Chiozza, 1963*a*, 1970*n* [1968]) estudiamos detalladamente el proceso psicocorpóreo de incorporación-asimilación-identificación, vinculándolo, de un modo simbólico y específico, con los procesos orgánicos hepáticos. Afirmamos que el hígado, como zona erógena “preoral”, cuya primacía ocurre durante la vida intrauterina, es una fuente pulsional que da lugar a fantasías cualitativamente diferenciadas. Describimos dos tipos de fantasías hepáticas: las hepatoglandulares y las hepatobiliares. Estas últimas están referidas fundamentalmente al proceso de destrucción-degradación “química”, tanto sea de los alimentos como de los estímulos o de los ideales que se deben materializar. Concluimos entonces, apoyándonos en distintas razones, que los procesos biliares y la envidia se adecuan especialmente para simbolizarse mutuamente. Sostuvimos también que la envidia es un mecanismo yoico y, además, un afecto que sólo adquiere su cualidad específica (que puede ser descripta, por ejemplo, con los adjetivos “venenosa” y “amarga”) por su fundamental vinculación con las fantasías inconcientes hepatobiliares.

Retomaremos ahora tres aspectos de la envidia que destacamos entonces (Chiozza, 1964*a*, 1966*a* [1964]):

- 1) El envidiar *como acción adecuada y eficaz del yo*. Dado que depende del sistema neurovegetativo y no de la voluntad, es escasamente registrado por la conciencia. Corresponde a un adecuado funcionamiento del proceso hepatobiliar y al normal discurrir de la bilis por el colédoco.

- 2) La envidia *como afecto* y mecanismo de defensa proyectivo. Se encuentra en un límite, difuso, entre lo patológico y lo normal, límite que depende de la relación complementaria entre afecto y acción eficaz. Un incremento “fisiológico” de la envidia puede dar como resultado una acción adecuada, pero si ésta fracasa, la envidia inunda al yo, exigiéndole hacer uso de algún mecanismo de defensa. La envidia, en cuanto afecto, es una alteración autoplástica del yo que se registra como ese sentimiento de malestar que llamamos envidia, o como amargura, con todos sus matices.
- 3) La envidia *coartada en su fin*, que puede llegar a un estancamiento de la libido “biliar”. Se manifiesta en una variada patología, tanto “psíquica” como “somática”. Someramente nos interesa señalar: a) el rasgo de carácter que, producto de la identificación directa del yo con el núcleo de fijación hepatobiliar, encontramos en un amargado-envidioso, en “un envenenado”; b) las diferentes patologías orgánicas de los procesos biliares, que expresan simbólicamente distintos matices dentro del proceso que psicológicamente llamamos fracaso de la envidia.

Creemos que es posible aplicar el esquema del psiquismo “hepatobiliar” (Chiozza, 1963a, 1964a, 1966a [1964]) al estudio de los significados de la fase oral-canibática, dado que tanto las fantasías hepatobiliares, como las dentarias, participan, con su cualidad propia, en el proceso de incorporación.

También encontramos, en lo que respecta al ejercicio de la libido “dentaria”, tres formas específicas:

- 1) Una *acción adecuada y eficaz del yo*, el morder y el masticar, como actividad psicocorpórea en la que están implicados, de una manera útil y saludable, el amor y la agresión. En términos metapsicológicos, los dientes ejecutan su acción específica a partir de la energía de la pulsión de muerte (pulsión de destrucción) que ha sido ligada libidinosamente, de manera que puede ser utilizada en beneficio del yo. Corresponde al ejercicio normal o fisiológico de la libido dentaria al servicio de la incorporación, equivalente mecánico de lo que describimos como digestión química, representada a menudo, simbólicamente, mediante la acción hepatobiliar de envidiar.

Morder y masticar son acciones eficaces dirigidas sobre el objeto externo, pero a diferencia de lo que ocurre con el “envidiar biliar”, son acciones que dependen del sistema nervioso central, particularmente vinculado con la vida de relación, la percepción y la motilidad (polo P-Cc). Hay, por lo tanto, un registro conciente y una autorización voluntaria de su accionar. Por esta misma razón, el vocabulario nos ofrece una rica variedad de términos que la conciencia puede vincular en forma inmediata con diferentes matices de esta acción eficaz. Por ejemplo, cortar (con los dientes), morder, desgarrar, moler, masticar, mascar, triturar, comer, devorar, etcétera.

2) Un *afecto* que, como ansia incorporativa-destructiva, se siente en la medida en que la acción dentaria no es suficientemente eficaz.

Creemos que la *voracidad* es un afecto y, como tal, es el que más específicamente está vinculado con la fase oral secundaria o canibálica, fase de primacía de la libido “dentaria”.

Dentro de los límites normales, un incremento fisiológico de la voracidad representa un intento yoico de ejercer con más eficacia la acción incorporativa. Pasado cierto límite, la voracidad se experimenta como sentimiento ansioso, como deseo vehemente de incorporar en forma rápida y cuantiosa. No sólo es índice del fracaso de la acción eficaz, sino que además lo condiciona.

3) La voracidad *coartada en su fin* que, si llega al estancamiento de la libido “dentaria”, exige la puesta en marcha de alguno de los mecanismos de defensa dando lugar a diferentes patologías, tanto “psíquicas” como “somáticas”.

6. Acerca de la voracidad

a. Aspectos normales de la voracidad

Apoyándonos en Bateson (1966), sostuvimos que el lenguaje humano es pobre en vocablos que se refieren a los sentimientos y es rico en palabras que nominan cosas o aluden a acciones (Chiozza y colab., 1993i [1992]). Por eso, en el estudio psicoanalítico de los afectos, es necesario hallar el núcleo primario de significación de los vocablos que se recortan como figura en el contexto de una investigación.

El idioma castellano utiliza la palabra “devorar” para referirse a un modo particular del comer, típico de las fieras carnívoras, que engullen rápidamente el alimento recién cazado. Dicho término es usado, de un modo casi figurado, para describir en el ser humano un comer rápido, ansioso y sin un tiempo adecuado para la masticación. Metafóricamente, “devorar” suele aplicarse para hacer referencia a la acción del fuego (Moliner, 1991) que en un incendio consume “vorazmente” bienes preciados¹⁵.

“Devorar” proviene del latín *devoro-devorare*, que tiene el mismo significado que su raíz más simple, el verbo *voro-vorare*. Ambos significan “devorar”, “tragar”, “engullir ávidamente”, “comer con ansia” (Blánquez Fraile, 1975). Creemos, sin embargo, que el verbo latino *de-voro* sería el más indicado para significar un “comer ansioso”, en tanto que el morfema *voro* remitiría por su significado original a un alimentarse normal, ya que es el radical que se utiliza en las múltiples palabras compuestas que diferencian a los animales por la característica de su dieta alimentaria. Es así que lo encontramos en los términos “omnívoro” (literalmente: el que come de todo), “carnívoro” (el que come carne), “herbívoro”, “frugívoro”, “insectívoro”, etc. La hipótesis de que el verbo *voro* tiene un significado primario de “comer normal” podría sustentarse, además, en la afirmación de algunos autores que consideran que deriva de la palabra griega *bora* (Blánquez Fraile, 1975). *Bora* significa “pasto”, “alimento” (Bibliográfica Española, 1945).

De lo dicho hasta aquí podemos concluir que *la voracidad es un deseo oral de incorporar y destruir* que, cuando funciona en armonía con el conjunto del yo, es decir cuando está ligado libidinosamente, *se integra dentro del comer normal*. Cuando se incrementa y se recorta como figura visible, es indicio de un fracaso en el proceso de incorporación. Sus características más típicas están referidas a la velocidad y a la cantidad de la ingesta.

b. La voracidad y su fuente libidinal específica

Para los psicoanalistas de habla hispana, la palabra “voracidad” describe un deseo que se refiere en general a toda la fase oral y no se restringe

¹⁵ La vinculación de la voracidad con el “engullir veloz” queda manifestada en la palabra “vorágine”, con la que está emparentada etimológicamente. “Vorágine” significa “abertura profunda en el mar por donde se hunden o sumen rápidamente las aguas” (Montaner y Simón, 1912); “torbellino”, “remolino impetuoso que hacen las aguas en el mar” (Codex, 1976).

a lo canibático, propio de la fase oral secundaria. Esta significación amplia de “voracidad” proviene de la habitual traducción al castellano de la palabra inglesa *greed*, utilizada por M. Klein en su obra. Sin embargo, esta traducción no es totalmente precisa y, a veces, encontramos en su lugar el vocablo castellano “avidez”. Debe tenerse en cuenta, también, que el inglés posee, además de *greed*, la palabra *avidity* y *voracity*, equivalentes literales de las palabras castellanas “avidez” y “voracidad”.

Con la expresión *greed*, M. Klein (1957a*, pág. 17) se refiere a un mecanismo destructivo de incorporación, a un “deseo vehemente, impetuoso e insaciable, que excede lo que el sujeto necesita y lo que el objeto es capaz y está dispuesto a dar”. La finalidad inconciente de este “deseo vehemente” es “vaciar por completo, chupar hasta secar y devorar el pecho; es decir, su propósito es la introyección destructiva”. Puede observarse que M. Klein no se ocupó de discriminar, dentro del mecanismo destructivo de incorporación, formas específicas propias del “succionar” (fase oral primaria) y del “devorar” (fase oral secundaria o canibática).

Como vimos, dentro del conjunto de parcialidades que componen el mosaico que llamamos “oralidad”, es posible diferenciar una forma específica del deseo oral cuya cualidad inherente le es dada por la función dentaria. Este deseo, en la medida en que no alcanza la satisfacción mediante la acción que cancele la excitación en la fuente, se experimenta como sentimiento de voracidad.

La hipótesis de una vinculación específica entre la voracidad y la libido “dentaria” se sostiene en varios argumentos:

- 1) *La voracidad, como el devorar, alude a la ingesta de sólidos*, por eso el adjetivo “voraz” se aplica con mayor justeza para describir una forma de comer que para hacer referencia a un modo de beber. Se habla, entonces, de un “comer voraz” y de un “beber con avidez”¹⁶.
- 2) *La voracidad describe un modo particular de comer y no se refiere sólo a la cantidad*. En este aspecto puede diferenciársela de la gula y la glotonería, que, además, fundamentalmente involucran al sentido del gusto.

¹⁶ “Avidez” deriva del verbo latino *aveo*, que significa “desear vivamente, con ansia”. De este mismo verbo derivan “avaro” y “avaricia” (Blánquez Fraile, 1975). “Avidez” significa “ansia”, “codicia”, “afán”, “anhelo”, “deseo vehemente” (Montaner y Simón, 1912). Estas significaciones no permiten deducir que la avidez sea un sentimiento específicamente vinculado a la oralidad.

3) *La voracidad se caracteriza por un comer rápido, cuantioso y sin masticar.* Esta descripción nos introduce en la necesidad de aproximarnos a una discriminación más fina: la voracidad parece extraer sus cualidades de la función de los incisivos y caninos (morder y desgarrar), y no de la actividad propia de los molares (masticar).

En apoyo de esta especificidad puede argüirse que la voracidad de las fieras carnívoras se basa en la función de los incisivos y los caninos en desmedro de la función molar. Los felinos, por ejemplo, tienen más incisivos y menos muelas que el hombre. Recordemos, por otra parte, que debido a la importancia que tienen los colmillos en los cánidos, a estas piezas dentarias se las llama también “caninos”.

También desde el punto de vista de la evolución infantil puede sostenerse que la especificidad de la voracidad se circunscribe a las fantasías con los incisivos y caninos. El período del desarrollo libidinal que llamamos “fase oral canibálica”, durante el cual la forma natural de amar es la “devoración” del objeto, se organiza primariamente alrededor de la emergencia de los incisivos. Cuando, más tarde, nacen los premolares y los molares, si bien contribuyen con sus cualidades propias a la oralidad, el interés libidinal del niño está centrado en el dominio “muscular” del mundo. La masticación, que implica un ejercicio muscular regular y sostenido, conjuga fantasías dentarias “molares” y fantasías musculares de apoderamiento. Cuando surgen los caninos, además de aportar sus cualidades propias vinculadas al diente como arma, se asocian tanto a la función incisiva como a la molar.

c. La voracidad como afecto

El psicoanálisis sostiene que los afectos, al modo de ataques histéricos universales y congénitos, se conservan como reminiscencia de acciones justificadas en la filogenia. Desde el punto de vista metapsicológico, son el registro de la descarga sobre el cuerpo propio de una moción pulsional que originariamente debía descargarse en la acción eficaz capaz de cancelar la excitación en la fuente pulsional. Se encuentran en una relación de complementariedad con las acciones eficaces que les corresponden (Chiozza, 1976h [1975]).

Dado que la voracidad es el afecto específico que se vincula complementariamente con las acciones de morder y desgarrar, propia de los incisivos y caninos, podemos preguntarnos ahora ¿cuál será la historia filogenética presente en este afecto?

Creemos que la voracidad fue un recurso justificado en nuestro pasado carnívoros. El apresuramiento en engullir constituía entonces una forma de evitar que la presa fuera arrebatada por un rival. El hartarse, por su parte, habría surgido de la necesidad de aprovechar el alimento, almacenándolo como reserva hasta la próxima expedición de caza. Otras veces, el engullir sin masticar se realizaba con el fin de transportar la comida hasta la madriguera, para regurgitarla y alimentar con ella a los compañeros y a las crías. *Sea como medio de defensa y almacenamiento, sea como forma de transporte, la voracidad se presenta como una acción plena de sentido y, a la vez, eficaz.*

Desde otro punto de vista, siguiendo las ideas de Freud acerca de que el caníbal, al devorar una parte de su rival vencido, buscaba identificarse con una cualidad admirada del enemigo, debemos pensar que *la ingesta canibállica era tanto más voraz cuanto mayor la carga ideal depositada en el objeto.*

En esta línea de pensamiento, podemos imaginar que la “voráquina” pulsional que llevó a los hijos a matar y devorar al protopadre (amado, odiado, temido y admirado) se acompañó de las más intensas vivencias de triunfo y persecución, las mismas que impidieron una adecuada identificación. Los hermanos que se atrevieron, aliándose, a matar y devorar al padre, no lograron una asimilación completa que les permitiera ser, a ellos mismos, como el padre. Lograron, en cambio, *una identificación que, disociada como núcleo, “quiste” u objeto interno, dio origen al superyó.* De este modo, la devoración del padre, plena de penuria paranoide, puede ser una conducta comprensible y, desde ese punto de vista, “justificada”. No fue, sin embargo, suficientemente eficaz, ya que no dio por resultado la asimilación completa del modelo admirado.

Creemos que estos argumentos permiten afirmar que la voracidad es un afecto, una descarga actual que, enraizada en una historia ancestral, rememora, repite y revivifica las mismas vivencias que le dieron origen. La escena inconsciente en la que se inserta posee una y otra vez el mismo significado: el apresuramiento por apropiarse de un bien que se experimenta como escaso, la búsqueda de una satisfacción que, esquiva, parece a punto de ser arrebatada por otro, y la incorporación triunfal de un ideal persecutorio que permanece como un objeto interno, como un “quiste” no desmenuzable, indigerible.

d. La voracidad como rasgo de carácter

Considerar la voracidad como un afecto inherente a la pulsión sexual que surge de la fuente oral “dentaria” nos permite también comprenderla como un *rasgo de carácter*.

La libido, que en el curso del desarrollo se organiza alrededor de distintas zonas erógenas, se subordina finalmente al primado de los genitales. La integración, sin embargo, no es completa: ciertas magnitudes de excitación se mantienen como investiduras libidinales tempranas y otras experimentan diversas aplicaciones dentro del yo (Freud, 1940a [1938]*).

Freud indica una fórmula respecto de la formación del carácter a partir de las pulsiones constitutivas: “Los rasgos de carácter que permanecen son continuaciones inalteradas de las pulsiones originarias, sublimaciones de ellas, o bien, formaciones reactivas contra ellas” (Freud, 1908b*, pág.158).

En el carácter voraz vemos la “continuación inalterada” de una pulsión parcial cuya fuente es la zona erógena dentaria (incisiva y canina). Se trataría de una persona que, hambrienta de oportunidades y temerosa de que le sean arrebatadas, devora y no asimila; se “indigesta” de proyectos que no puede desmenuzar (masticación) y analizar (degradación biliar) (Chiozza, 1963a) debidamente. En la búsqueda insaciable de una satisfacción que no llega, se desvive en la disputa por incorporar nuevos “alimentos”, sea que se trate de la comida, el amor, el conocimiento, las ideas, la posición social, el prestigio o los bienes materiales. Lo que caracteriza al voraz, y lo diferencia, por ejemplo, del envidioso “hepatobiliar”, o del insatisfecho “diabético”, es la incorporación exagerada que lo inhabilita para continuar el proceso de asimilación. Esa actitud de “ingestión insaciable” se apoya en distintos sentimientos:

- 1) *La sensación de aprovechar “ahora o nunca”, ya que, al modo de un animal carnívoro, no sabe cuándo volverá a presentarse una ocasión propicia.*
- 2) *La amenaza de sufrir el despojo por una “rapiña” real o pretendida.*
- 3) *La tentación de incorporar triunfalmente algo que, vivido como inalcanzable, se presenta circunstancialmente como “a pedir de boca”.*

En una dirección opuesta a la del carácter voraz encontramos, como formación reactiva, una inhibición de la conducta agresiva “dentaria” que impide aprovechar las ocasiones que la vida brinda. Esta formación reactiva, o inhibición, generaría la actitud pusilánime a la cual se alude con la frase popular “Dios da pan al que no tiene dientes”. Muchas veces este dicho es producto de una proyección: la queja de quien, insatisfecho, ve las oportunidades ajenas mientras desaprovecha las propias. Otra forma de inhibición de la voracidad, asociada a las significaciones que

describimos en el canibalismo, puede encontrarse en la actitud mística del vegetariano absoluto.

e. La voracidad y el remordimiento

El diccionario define al “remordimiento” como “inquietud, pesar interno que queda después de ejecutada una mala acción” (Montaner y Simón, 1912). Garma (1954) vinculó el remordimiento con la úlcera gastroduodenal. Sostiene que el ulceroso se halla en una estrecha dependencia amorosa con una persona que lo frustra en sus deseos genitales actuales, y que esta frustración suele ir unida a una gran exigencia en el campo profesional. Esos fracasos condicionan la regresión libidinal a la fase oral-digestiva, caracterizada por la fijación a la imago de una madre interna mala que remuerde (vuelve a morder) y corroe desde adentro. Dicha imago corresponde, en parte, a proyecciones de los propios deseos oral-digestivos de comer, roer y morder a la madre, que nacen de las sensaciones de carencia o hambre. Dicho de otro modo: el ulceroso se halla sometido a un superyó que, basado en representaciones psíquicas de una madre internalizada mala, de características orales, lleva a sentir la culpa bajo la forma específica del remordimiento.

En la misma línea de ideas, nos parece enriquecedor vincular el remordimiento con la voracidad. La voracidad es, ante todo, un ansia vehementemente de morder y devorar dirigida a un objeto “externo”. *Creemos que el remordimiento es el sentimiento que corresponde a la voracidad vuelta hacia la persona propia*. Mediante este mecanismo, el objeto es resignado y sustituido por la persona propia manteniéndose inalterada la meta (en este caso, el morder), pero la meta pulsional activa se muda en pasiva (Freud, 1915c*).

Nos referiremos con mayor detalle al remordimiento en el apartado sobre el significado de las caries dentales.

f. Otras cualidades derivadas de la libido “dentaria”

Describimos la voracidad como un rasgo de carácter derivado de la continuación inalterada de la libido “dentaria” (incisivos y caninos). Consignaremos ahora otras cualidades yoicas que, integradas en el carácter como sublimaciones o formaciones reactivas, derivan de la libido “dentaria”.

Encontramos algunas actitudes características que se vinculan específicamente con las particularidades de los tres tipos de dientes:

1) Una capacidad del yo de “recortar en partes” los estímulos, los proyectos o los ideales, como única manera de comenzar a asimilarlos o materializarlos. Se trataría de una cualidad “incisiva” del yo que implica la capacidad de “meterle el diente a un asunto”, o sea, de tener decisión para comenzar algo (Sainz de Robles, 1986). También se refieren a esta cualidad incisiva, filosa y aguda, expresiones tales como “darle un corte al asunto”, o un “sesgo” (Benot, s/f), que permita tomar una parte aunque haya que dejar, momentánea o definitivamente, otra.

Se suele decir, además, cuando emergen los incisivos, que “se cortan los primeros dientes”, y este es un momento en el que se produce una separación o “corte” en la relación con la madre, relación que toma, desde entonces, un sesgo diferente. Es dable pensar que las actitudes “cortantes” o “tajantes” adquieren su significación primitiva en relación con estas vivencias.

A la cualidad incisiva del yo podría corresponderle como forma exacerbada la mordacidad. “Mordacidad” deriva de “morder”. Pensamos que en la crítica mordaz se descarga, ante todo, una tensión dentaria, y que se obtiene el placer de ser “incisivamente destructivo”. La cualidad de “acidez” que suele atribuírsele correspondería al aporte libidinal de otra zona erógena, la oral-digestiva.

2) Una capacidad de “hincar el diente” lo necesario para “acometer las dificultades de un asunto” (Real Academia Española, 1992); de “penetrar” y “calar hondo” en los objetos, tolerando el supuesto daño que se cree infligirle; de sostener la mordida y atreverse a “desgarrar tironeando”. Podría corresponderle como cualidad de carácter el ser punzante que, pasado cierto límite, equivaldría a una de las formas de ser hiriente. “Punzante” proviene de “punta”. El ser punti-agudos es la característica propia de los caninos. “Hiriente”, en cambio, proviene de *ferire*, que significa “lastimar con un hierro” (Blánquez Fraile, 1975). También el sarcasmo hallaría su cualidad más específica en la función de los caninos de desgarrar y arrancar. “Sarcasmo”, cuyo significado es “burla mordaz, sangrienta”, deriva de la voz griega *sárx-sarkós* (“carne”) (Corominas, 1983). De la misma raíz, el verbo *sarkizo* significa “descarnar, arrancar a pedazos” (Bibliográfica Española, 1945)¹⁷.

¹⁷ En el estudio de los enfermos de úlcera gastroduodenal, Garma (1954) describió una fijación oral-digestiva en la cual la acritud, el sarcasmo y el remordimiento forman la parte predominante de los autorreproches y quejas inconcientes. En

3) Una capacidad de triturar –trizar, hacer trizas (Corominas, 1983)– o desmenuzar (convertir algo en trozos más menudos) las ideas o proyectos en pequeñas partes; de tener perseverancia para demoler (Benot, s/f) las dificultades mediante un esfuerzo, un trabajo muscular regular y sostenido, que requiere de un tiempo adecuado. Así, el ser “tragón” o “voraz” (en el sentido del que traga sin masticar) corresponde a una inhibición de la función trituradora o desmenuzadora, y el ser “rumiante”, en cambio, a un entretenimiento autoerótico que evita la prosecución del proceso.

7. Acerca del afecto rabia

a. Los dientes como arma en el ataque y la defensa

Además de las funciones que se relacionan con la alimentación, los dientes tienen otra función, la de *ataque y defensa*, que varía en importancia según las especies y que se asocia filo y ontogenéticamente con las que sirven a la alimentación. Los dientes del ser humano ya no la cumplen. Sin embargo, podemos pensar que la han perdido, “recientemente”, en la prehistoria, ya que el *morder al rival* se conserva como recurso natural en los niños, en los primitivos, y aun en el adulto culturalizado, en algunas situaciones extremas.

En la expresión “*defenderse con uñas y dientes*” se quiere significar que el yo utiliza todos los recursos agresivos de los cuales dispone. Otras frases permiten dar cuenta de los distintos momentos dentro de la acción general que constituye un ataque. Así, “*mostrar los dientes*” y “*aguzar los dientes*” simbolizan una amenaza; “*crujirle a uno los dientes*”, “*apretar los dientes*” y “*mantener los dientes apretados*”, la rabia (Benot, s/f) que despierta la ofensa infligida por el enemigo, y finalmente “*hacerlo papilla*” y “*reducirlo a polvo*” son expresiones que implican la demolición total del objeto. (Recordemos que el hombre ha creado el *molino*, que *muele* el trigo hasta “reducirlo a polvo”, imitando con dos grandes piedras el trabajo que realizan las “*muelas*”).

otro lugar (Chiozza, 1981f; Chiozza y Grus, 1993h [1978-1992]) señalamos que la acritud, el sarcasmo y el remordimiento, que configuran un “carácter ácido”, que se manifiesta o permanece latente en la personalidad del ulceroso, hacen pensar en una melancolía “digestiva”.

b. El afecto rabia

Aunque no conocemos los distintos componentes que configuran la clave de inervación del afecto *rabia*, creemos que la acción de *morder* posee una estrecha vinculación con una de sus inervaciones. Queremos aportar algunos elementos que apoyan esa idea.

De acuerdo con el diccionario (Montaner y Simón, 1912; Sainz de Robles, 1986) el significado primario de “rabia” es hidrofobia, y sólo en su *forma figurativa* el término alude al *afecto* de enojo que denominamos “rabia”.

Desde la Antigüedad se conocen referencias sobre la rabia o hidrofobia, como por ejemplo las mencionadas por Aristóteles. Según Kaplan y Koprowski (1980), los griegos la llamaban *lyssa* (locura) y los romanos utilizaron el verbo *rabere* (rabiarse), de donde deriva el término actual. Esta enfermedad, de origen viral, afecta preferentemente el sistema nervioso central en diferentes especies de mamíferos, entre las cuales está incluido el hombre.

En los perros, la rabia se caracteriza por la aparición de inquietud durante el período de incubación. Se observa al animal dando *dentelladas* a moscas imaginarias y lamiendo o *mordisqueando* el lugar de la *morde-dura* infectante. Posteriormente aparece el síndrome paralítico, asociado o no con furia. *En la forma furiosa, el perro tiende a morder los objetos en movimiento* (Kaplan y Koprowski, 1980).

Los diccionarios consultados (Montaner y Simón, 1912; Sainz de Robles, 1986) definen el afecto *rabia* incluyéndolo dentro de un grupo de emociones como furia, enojo, ira y cólera, pero no lo describen. A su vez, el *Diccionario de ideas afines* (Benot, s/f) asocia la *idea rabia* con las ideas de “herida”, “dureza”, “mordacidad” y “caníbal”, entre otras.

Parece posible pensar que cuando el yo no puede ejercer adecuadamente la acción de *morder*, correspondiente a una fantasía inconciente de ataque y defensa, tiende a intensificarse el sentimiento de rabia, del mismo modo en que se intensificaría la voracidad si la fantasía inconciente que subyace a la inhibición del acto que se realiza con los dientes correspondiera al comer y a la fantasía incorporativa.

En ambos casos, la energía destinada a la acción se descarga autoplácticamente *afectando al yo*, y es percibida por la conciencia como un sentimiento. Desde este punto de vista, la rabia sería un tipo particular de *impotencia, una impotencia “dentaria”*, surgida del fracaso de la acción de morder como forma de ataque y defensa.

c. El bruxismo, una forma de expresión del afecto rabia

El *bruxismo* es un síntoma que aparece sobre todo durante el dormir y se caracteriza por el “rechinar o crujir de los dientes”, ocasionado por la presión y el deslizamiento de éstos entre sí, fuera de los actos fisiológicos de la masticación y de la deglución. Entre otras patologías se lo suele encontrar asociado a la gingivitis y a la periodontitis. En sus formas extremas puede afectar la estructura de sostén del diente por la destrucción de los ligamentos y del hueso alveolar, con el consiguiente aumento de la movilidad.

“Bruxismo” proviene de la palabra griega *bruxe*, que significa “crujido de dientes”. De la misma familia son el verbo *bruco* (“morder”, “devorar” y “crujir los dientes”) y el sustantivo *brugmos* (“mordedura”, “crujido de dientes”). A su vez, la variante de *bruxe*, *bruxema*, significa “grito de dolor”, “de cólera”, y su forma verbal *bruxaomai*, “mugir”, “rugir”, “bramar”, “gritar” (Bibliográfica Española, 1945)¹⁸.

Encontramos así un gradiente que partiendo de “el morder”, y pasando por el “grito de dolor” y “de rabia”, llega hasta el “crujido de los dientes” que llamamos “bruxismo”. Pensamos que este trastorno constituye la expresión de un *fracaso en “el morder”* como acción agresiva en función de ataque y de defensa. *Equivaldría a la descarga de una rabia impotente que ni siquiera puede gritarse* y que sólo amenaza con aparecer durante el dormir, una vez que ha disminuido la censura.

8. Reflexiones

Las fantasías inconcientes dentarias participan de un modo significativo en el proceso de hacer que “algo sea asimilable”. Los dientes son instrumentos para destruir al objeto que se desea incorporar porque se lo ama. Su función se presta así para representar la necesidad de una adecuada coexistencia entre el amor y la agresión.

El organismo posee distintos mecanismos y diferentes armas para llevar a cabo la destrucción necesaria en el proceso de asimilación, pero los dientes están en “la puerta de entrada”, en la superficie del cuerpo. Por eso, si bien

¹⁸ Asociada a “grito” encontramos la palabra “alarido” que significa “grito lastimero que se prorrumpe por algún dolor, pena o conflicto” (Montaner y Simón, 1912). Para Corominas (1983) el origen de la palabra es incierto, pero lo vincula a “grito de guerra” y acota que en francés *aliali* es el grito para azuzar a los perros de caza.

responden a sensaciones que pulsán “desde adentro”, las consecuencias de su acción sobre el entorno se perciben en forma directa e inmediata. El objeto no siempre responde de acuerdo con lo que se esperaba, hay reglas y límites.

Dado que el trabajo dentario necesita la autorización voluntaria del yo conciente, podría decirse que los dientes y el yo crecen juntos. A medida que los dientes emergen, el yo debe aumentar su dominio sobre los impulsos ya que la satisfacción de los deseos engendra consecuencias.

De este modo, la historia “dentaria” (filo y ontogenética) es también una parte de la historia del crecimiento del yo, del establecimiento de un sistema de normas y de cambios en el modo de relacionarse con los objetos del mundo. Una historia que deja sus huellas en el modo de ser, es decir, en el carácter.

El ejercicio de la libido “dentaria” tiene importantes implicancias que es necesario considerar.

Como hemos visto, la disociación eidético-material nos permite la identificación conservando la integridad física del objeto amado que funciona como modelo. Nos alimentamos, sin embargo, incorporando sustancias que provienen de otros seres vivos, sean vegetales o animales. Nos encontramos así con una primera e inevitable condición del ejercicio de la libido dentaria en la inmensa mayoría de las especies: la alternativa entre *matar o morir*. Dejar de ser frugívoro lleva implícito destruir una parte de la vida para poder seguir viviendo.

La afirmación, plenamente válida cuando se trata del alimento, de que el hombre es un cruel depredador, conserva su validez en el terreno de los vínculos interhumanos, en los cuales no solamente opera el amor, sino también la agresión.

La lucha “a muerte” entre los seres humanos, a veces no es sólo inevitable sino también necesaria. No sólo es expresión de la pulsión de muerte desligada por la neurosis, la psicosis, o por el malestar en la cultura, sino también expresión de la pulsión de vida, generosa y creativa, que, cuando es necesario, se sirve de la destrucción para generar sus frutos.

Toda construcción vital se constituye como resistencia contra otra que, a veces, es mejor. Muchas veces el amor de un hombre debe ser lo suficientemente agresivo como para vencer las resistencias que, quizás desde otro, se oponen a él. Una idea nueva necesita, inevitablemente, para sobrevivir, luchar contra la resistencia que le oponen las antiguas. Del mismo modo debe luchar un psicoanalista contra las resistencias del paciente que defiende, de buena fe, su neurosis, ya que ella constituye, también, una construcción vital, que le ha permitido, en el pasado, defenderse de la destrucción. Dado que todo cambio contradice, en algún

punto, algún modelo anterior, se trata de una lucha que adquiere, muchas veces, el significado de una traición inevitable hacia uno de los dos modelos en pugna (Obstfeld, 1990).

Más allá del ejercicio concreto de la actividad dentaria, debemos tener en cuenta las formas que corresponden a los rasgos caracterológicos derivados de la libido surgida de esa zona erógena. Así nos encontramos con científicos capaces de desmenuzar un problema, con empresarios que son cortantes, con artistas que son desgarradores, con detectives que son incisivos y punzantes, con abogados que son demoledores.

Sin embargo, la “historia” de la actividad dentaria deja, además, otras experiencias (un objeto devorado se pierde, un objeto lastimado se aleja), que conducen, muchas veces, a rasgos de carácter más conservadores. Si, en el contexto dado por la experiencia de que el placer compartido es mayor, se desea conservar a los objetos de amor, es necesario aprender a cuidarlos, estableciendo una diferencia entre lo que, a cada uno de ellos, gusta y disgusta. De modo que una historia dentaria saludable no sólo enseña a sobrevivir, sino, también, a convivir. Ya no se trata solamente de la inevitable alternativa entre matar o morir, sino que también se descubre que existen oportunidades en las cuales puede operar mucho mejor otra forma: *vivir y dejar vivir*.

II. El significado inconciente específico de las enfermedades periodontales

1. La patología del periodoncio desde el punto de vista médico

Realizaremos una breve síntesis de los conocimientos que nos brinda la odontología acerca del periodoncio y sus patologías (Carranza y Carraro, 1978; Rateitschak y otros, 1987).

a. El periodoncio

El periodoncio es un conjunto de tejidos (integrado por encía, hueso alveolar, ligamento periodontal y cemento radicular) cuya función es la de fijación, soporte y amortiguación del diente.

La encía marginal, mediante el epitelio de unión, rodea en forma de anillo el cuello del diente y se fija a él. El epitelio permite la adherencia entre la encía y la superficie del diente, adherencia que se forma y renueva de manera continua.

Las estructuras de fijación de tejido conectivo posibilitan el mantenimiento conjunto de los dientes y la fijación de éstos en los alvéolos. Estas estructuras están constituidas, básicamente, por los haces fibrosos gingivales, el ligamento periodontal, el cemento radicular y el hueso alveolar.

Gracias a la elasticidad de la estructura periodontal, el diente goza de cierta movilidad fisiológica que varía durante el día, entre distintos individuos, y según la pieza dentaria de que se trate. La elasticidad del periodoncio y la movilidad consecuente evitan que las fuerzas oclusales (o traumáticas) que recibe el diente se transmitan totalmente a la estructura ósea de las mandíbulas. Esta función de amortiguador parece ser la verdadera ventaja del periodoncio con respecto al anquilosamiento, primitiva forma filogenética de fijación de los dientes.

b. Patología del periodoncio

La odontología (Rateitschak y otros, 1987) sostiene que la *gingivitis* y la *periodontitis* son enfermedades inflamatorias de origen bacteriano, y que estas enfermedades se inician a partir de una placa dentaria. Dicha placa es un depósito estructurado, adherente, de color gris amarillento, localizado en la zona próxima al cuello dentario. Está formada por bacterias pegadas mediante glucoproteínas de la saliva y polisacáridos producidos por las bacterias. Se diferencia entre placa supra e infragingival, y en el segundo caso, entre placa adherente y placa flotante (flora microbiana no adherente). El enjuague no es suficiente para eliminar la placa; se requiere la ayuda de cepillo o instrumentos.

Si bien la ausencia total de placa bacteriana en la cavidad bucal es prácticamente imposible, cuando la cantidad y virulencia de las bacterias son reducidas y los sistemas defensivos del huésped adecuados, la encía y el periodoncio pueden mantenerse sanos¹⁹.

Gingivitis

La zona periférica y más superficial del contacto entre el diente y la encía recibe el nombre de surco gingival o *sulcus*. Este saco tiene una profundidad aproximada de 0,5 mm y está tapizado, en su mayor parte, por epitelio de unión. Su gran vascularización periférica le permite una rápida afluencia leucocitaria como defensa antimicrobiana.

¹⁹ Las dietas blandas evitan la eliminación espontánea de la placa bacteriana, ya que el diente no cumple con la función de corte del alimento, función que favorece el arrastre concomitante de la placa.

La placa bacteriana gingival que se deposita en el ápice del *sulcus* provoca irritación y penetración de bacterias dentro del mismo e infiltración leucocitaria de defensa. La profundización patológica del surco gingival forma la *bolsa gingival*.

Según Rateitschak y otros (1987), se describen tres formas de *gingivitis*: inicial, temprana y establecida. Este último caso, la llamada *gingivitis establecida del adulto*, puede permanecer muchos años sin dar lugar a una periodontitis. Se trata de una patología reversible mediante una buena higiene bucal que elimine las placas y los cálculos dentales, si los hubiere.

El *cálculo dentario* se forma a partir de la placa bacteriana muerta y secundariamente calcificada. Si bien los gérmenes que la constituyen poseen escasa patogenicidad, la superficie rugosa de la placa permite el asentamiento de nuevas colonias bacterianas virulentas. Los lugares de aparición son: en la profundidad de la bolsa gingival (cálculos subgingivales) o en el ápice de la misma (cálculos supragingivales), siendo éstos los más típicos. Los dientes más afectados son los incisivos del maxilar inferior, en su cara lingual, por la gran acumulación de placa bacteriana, o la superficie vestibular de los molares superiores en la periferia de los conductos de salida de la saliva mineralizante (Rateitschak y otros, 1987).

Periodontitis

La periodontitis (Rateitschak y otros, 1987) es, junto con la caries, una de las enfermedades dentarias más frecuentes. Se desarrolla por lo regular a partir de la gingivitis. Sin embargo, como se dijo, no todas ellas dan lugar a la periodontitis.

Los principales síntomas de la periodontitis son:

- La inflamación e infección con formación de bolsas.
- La pérdida ósea, es decir, la destrucción de la cavidad alveolar por reabsorción del tejido óseo.

En la gingivitis se observa la formación de bolsa *sin* pérdida de inserción. Pero las *auténticas bolsas con pérdida de inserción* son signos de periodontitis. Se considera bolsa auténtica a la proliferación en profundidad del epitelio de unión hasta transformarse en un epitelio de bolsa. Si la zona más profunda de la bolsa está por encima del hueso, se habla de una bolsa supraalveolar; si por el contrario está por debajo de la línea del hueso, se habla de bolsa infraalveolar o bolsa ósea.

La periodontitis, en sus distintas formas, no es “crónica”, sino que se suceden estadios agudos con fases de inactividad o remisión. Los brotes agudos se inician en la bolsa por la virulencia bacteriana que puede llegar a la invasión microbiana directa del tejido (infección). En el tejido, que responde con una intensa reacción de defensa aguda, se generan micronecrosis o abscesos purulentos. Cada brote pone en marcha los mecanismos de la *destrucción ósea* que dejan como secuela la pérdida de tejido periodontal de inserción.

Las causas de la diversa morfología de la pérdida ósea son múltiples y no es posible aclararlas en cada caso. En los estadios iniciales, generalmente la pérdida ósea es sólo horizontal, es decir que el alvéolo pierde profundidad. La pérdida ósea vertical es más grave, pues se produce la destrucción de una o varias de las paredes internas del hueco alveolar que, así, aumenta su diámetro y genera mayor movilidad dentaria que la pérdida horizontal.

Se describen tres formas de evolución de la periodontitis (Rateitschak y otros, 1987).

1) La más habitual (aproximadamente el 95%) es la *periodontitis del adulto de curso lento*. Se desarrolla poco a poco, entre los 30 y 40 años de edad, a partir de una gingivitis. Si bien puede estar afectada toda la dentadura por igual, habitualmente se observa una distribución irregular, con penetraciones profundas en algunas piezas dentarias, en primer lugar, en los molares y, en segundo, en los dientes anteriores.

El tratamiento de esta forma de periodontitis suele ser exitoso con la sola terapia con instrumentos, incluso cuando la colaboración del paciente no es óptima. De todos modos, la reversibilidad de esta enfermedad es limitada.

2) La *periodontitis rápidamente progresiva de los adultos jóvenes* tiene un comienzo más temprano, y los signos (virulencia y complejidad de la inflamación e infección, pérdida ósea, etc.) están agravados. Sin tratamiento, progresa rápidamente y conduce a la pérdida de los dientes. El tratamiento adecuado y precoz con instrumentos suele detener sus manifestaciones, pero en los casos avanzados se aconseja quimioterapia con derivados sulfamídicos, eventualmente en combinación con antibióticos por vía general y local.

3) También se describe la *periodontitis juvenil localizada*, aunque es muy poco frecuente. La bolsa es predominantemente vertical y circunferencial, afectando inicialmente a los incisivos y primeros molares, tanto superiores como inferiores.

2. El significado inconciente de la enfermedad periodontal

Si bien la odontología describe, como vimos, distintas enfermedades periodontales, creemos posible pensar que todas comparten el mismo núcleo de significación inconciente y que, desde este punto de vista, se configura un gradiente que va desde la *gingivitis inicial* hasta la *periodontitis más severa*. Las diferencias residirían en el monto y la cualidad de la investidura, es decir, en la importancia que adquiere el conflicto inconciente que se oculta en estas patologías.

Como vimos en la primera parte de este trabajo, a la emergencia de los dientes se asocia una excitación oral particular (“gingival” y luego “dentaria”) que trae aparejada una serie de cambios en el desarrollo del yo, del superyó y en la relación con los objetos. Para la comprensión de las enfermedades periodontales tomamos como base esas ideas, integrándolas con las que surgen del *significado del periodoncio*.

Estudiando el significado inconciente de *la estructura y el funcionamiento óseos* (Chiozza y colab., 1991e [1990]) encontramos que “existe una fantasía de sostén y protección, vinculada a la dureza, que puede manifestarse a la conciencia, desde el punto de vista ‘psíquico’, como sentimiento de seguridad y, desde el punto de vista ‘físico’, como aparato óseo normal”. Sostuvimos que “el tejido óseo, por su capacidad de remodelación y por su característica dureza, puede arrogarse... la representación del establecimiento de un sistema normativo interno o del sistema normativo mismo en cualquiera de sus formas”.

Afirmamos también que cuando es necesario remodelar un sistema normativo que funciona mal, pueden experimentarse tres tipos de sentimientos. Uno de ellos, *el sentimiento de desmoronamiento*, corresponde a una variante melancólica. Si este sentimiento, al ser intolerable para la conciencia, se desestructura en su clave de inervación, “suele quedar simbolizado por la destrucción de la arquitectura y la disminución de la masa ósea”.

En relación al tema de nuestro interés, los maxilares, los alvéolos, y más específicamente las estructuras que constituyen el sostén material del diente, se prestan, por esta función, *para representar la estructura de normas que sostiene el adecuado ejercicio de la libido gíngivo-alvéolo-dental propia de la fase oral secundaria. El periodoncio sano simboliza, entonces, un conjunto de normas según las cuales la agresión que debe ejecutarse con los dientes es justificada (tiene sentido) y por eso mismo no debería dejar ningún remanente de culpa. Los dientes, sostenidos por este conjunto de normas, son el agente ejecutor de una acción adecuada a los fines.*

Dicho brevemente, los maxilares y los alvéolos, que constituyen el sostén del diente, se prestan especialmente para representar el sistema nor-

mativo específico que tiene que ver con la función dentaria. En otras palabras, *simbolizan el “sostén moral del diente”, su “deber”*.

Teniendo en cuenta las fantasías dentarias y óseas, parece posible pensar que el enfermo periodontal es una persona que en su vida infantil no ha podido realizar adecuadamente el pasaje de un sistema normativo propio de la fase oral de succión, al propio de la fase oral canibálica, y que, llegado a la adultez, tiende a establecer vínculos eróticos de acuerdo a las normas de esa primera etapa. Esquemáticamente se diría que *espera que todos sus deseos sean bien recibidos por parte del objeto*. Se trata de un malentendido que dificulta los vínculos, ya que mientras el enfermo periodontal se rige por la normas de la fase oral de succión²⁰, su excitación es la que describimos para la fase de primacía oral-gingival y dentaria²¹.

Este modo de vínculo, por el anacronismo que implica, condiciona el fracaso de la relación de objeto: ante la actitud de posesión oral del enfermo periodontal, el objeto se vuelve cada vez más esquivo y, en una vuelta helicoidal, su alejamiento realimenta el ansia posesiva y confirma el sentimiento de que los impulsos orales son insaciables y dañinos.

Como dijimos, la excitación oral-gingival, asociada a la emergencia de los dientes (excitación que el bebé, molesto e irritado, procura descargar con el raspado de la encía y el uso del mordillo), es una excitación que deviene dolorosa, placenteramente dolorosa.

Glickman (1972, pág. 2) nos refiere dos métodos terapéuticos antiguos que testimonian que es esta la excitación puesta en juego en las enfermedades periodontales. Estos métodos muestran, además, dos actitudes diferentes. Aulo Cornelio Celso, en el siglo I a.C., indicaba: “Si las encías se separan de los dientes es beneficioso masticar peras y manzanas verdes y mantener el jugo en la boca”. Entendemos que en el contenido latente de

²⁰ Podría comprenderse, desde este punto de vista, el hecho de que la enfermedad periodontal tienda a producir la caída de los dientes.

²¹ En psicoanálisis solemos preguntarnos si la fijación a determinada fase de la evolución libidinosa se ha producido por frustración o por lo que se ha llamado “exceso” de gratificación, pero que, en realidad, esconde una frustración en la etapa posterior. En el caso que estamos planteando parece evidente que la fijación está dada por una *dificultad* en la etapa oral secundaria y que es a esta fase a la que se regresa. Sin embargo, la regresión a la fase oral secundaria muestra que: a) *en esa etapa hay perduración de la etapa oral primaria*, y b) esta perduración o anacronismo es la fuente de la dificultad y de la fijación. Entendemos entonces que en esta patología se pone en juego una regresión a la fase oral secundaria en la que perduran, como anacronismo, modalidades de la fase oral primaria.

esta indicación se aconseja descargar la excitación sobre un objeto sustituto y entretenerse con las sensaciones que este objeto provoca en las encías y los dientes. Significaba, entonces, una autorización para la descarga de la excitación conflictiva. Equivale a la utilización del mordillo, pero con la ventaja adicional de las sensaciones que provocan los ácidos de la fruta. Rhazes, en cambio, en el siglo IX, recomendaba opio y aceite de rosas y miel. En este caso, el mensaje latente en la indicación terapéutica es de orden más represivo. Orienta a adormecer la excitación y a recubrirla de otras sensaciones, que, por estar más distantes de la original, conducirían a una descarga menos satisfactoria. Esta indicación equivale a las jaleas anestésicas que se colocan en las encías de los niños que están molestos durante la dentición²².

El enfermo periodontal siente una excitación oral que no puede evitar, pero, al mismo tiempo, no debe expresarla, para no provocar el alejamiento del objeto. Se encontraría, entonces, en una situación penosa, semejante a la del caballo que tasca una y otra vez el freno. Expresaría de este modo la excitación y el deseo y, al mismo tiempo, el domeñamiento obligado de un impulso oral gíngivo-dentario, posesivo, que no se puede evitar.

Cuando esta excitación sofrenada se hace intolerable, se descarga en la misma fuente que le da origen (la encía, el alvéolo, las estructuras de sostén del diente) y la destruye. Si, como dijimos, el periodoncio simboliza el “sostén moral” del diente, en su destrucción se expresa patosomáticamente el sentimiento de desmoralización o desmoronamiento anímico, porque existe un conflicto con las normas que sostienen el ejercicio de la libido gíngivo-dentaria.

Esta descarga destructiva tiene como consecuencia el aflojamiento y la pérdida de los dientes, los instrumentos que, en el sentir del sujeto, provocaron el alejamiento del objeto. Procuraría borrar, melancólicamente, toda huella del deseo posesivo y desistir de los impulsos que generaron el rechazo por parte del objeto y la culpa por haberlo dañado.

El deseo posesivo, de todos modos, perdura. El sujeto sólo en apariencia renuncia al deseo, ya que esta “renuncia” funciona como un recurso táctico que oculta la intención de *evitar que el objeto se aleje para poder continuar poseyéndolo*.

A través del aflojamiento y la pérdida consecutiva del diente sano se expresaría también la fantasía de regresar a la época de las denticiones, con la intención de forzar una tercera dentición, más fuerte y poderosa que la anterior, que le permita asir mejor al objeto que siente estar per-

²² Dentro de un mismo orden de ideas agreguemos que el sangrado de las encías durante el cepillado dentario significa, para la fantasía inconciente, el testimonio de una “limpieza” profunda de la culpa vinculada a la excitación conflictiva.

diendo o haber perdido. Esta fantasía maníaca de autorreparación suele encontrar su materialización a través de la *prótesis*, que sustituye a la dentadura, e implica la negación de la fantasía melancólica que condujo a la pérdida de los dientes.

El significado inconciente de los *aspectos infecciosos* de esta patología corrobora y complementa las significaciones halladas.

Weizsaecker (citado por Booth, 1948) interpretó las infecciones como la regresión a un vínculo con un objeto de la filogenia. Siguiendo esta idea, es dable pensar que por medio de la unión con el microorganismo se busca una satisfacción regresiva, sustituyendo, con el germen, al objeto que se siente perdido. En la relación con los gérmenes, la excitación gíngivo-dentaria sofrenada encuentra alguna descarga.

Mediante esa unión se intenta también (aprovechando las posibilidades destructivas de la bacteria) destruir las capacidades yoicas (Baldino, 1990) que la dentadura simboliza, capacidades a las cuales se atribuyen el daño ocasionado al objeto y la responsabilidad por su pérdida. Al modo del mandato taliónico “ojo por ojo, diente por diente”, se trataría entonces de “un castigo dentario por el deseo dentario”.

En la bolsa periodontal purulenta, en “descomposición” (detritus), adquiere representación adecuada una particular cualidad del yo que se “pudre”, porque no ha “terminado de nacer” o porque ha sido “abortada” (Cesio, 1960a y 1960b, 1964). Se trata de aquellas cualidades yoicas que no han podido integrarse armoniosamente y que corresponden a la fase oral-canibálica. Dicho de otro modo, los aspectos yoicos “no nacidos” o “abortados” son aquellos que habrían permitido el ejercicio adecuado de la “devoración” amalgamando el amor y la agresión. En “lo podrido” se simboliza también la descomposición del estímulo o impulso (Chiozza, 1963b) oral-dentario que incita a una acción que no puede ejecutarse.

III. El significado inconciente específico de la caries y de otras patologías dentarias

1. La caries desde el punto de vista médico

Una de las patologías más frecuentes de la odontología es la caries²³, enfermedad infecciosa que destruye los tejidos dentales duros y evolu-

²³ La palabra “caries” es un vocablo latino que significa “putrefacción, corrupción” (Blánquez Fraile, 1975). Según Benot (s/f) alude a destrucción, y ésta a “car-

ciona en forma progresiva e irreversible. Las lesiones que produce pueden extenderse desde la pérdida de mineral a nivel ultraestructural, hasta la total destrucción del diente. Afecta primordialmente a los premolares y molares.

Thylstrup y Fejerskov (1986) escriben que las bacterias productoras de ácidos están presentes en la placa bacteriana de individuos con caries activa, inactiva, y libres de ella. Consideran que la enfermedad se inicia con la fermentación bacteriana de hidratos de carbono que forman ácidos orgánicos. El ambiente ácido creado disminuye el pH salival y lleva a la desmineralización del esmalte. Esta lesión inicial de la caries, denominada “mancha blanca”, se caracteriza por incremento de la porosidad, pérdida de la transparencia y desmineralización superficial. Simultáneamente, dentro del esmalte tiene lugar una remineralización que forma grandes cristales romboidales irregulares o “cristales de caries”. Posteriormente, a través de todo el espesor del esmalte, se desarrolla una cavidad llena de bacterias productoras de enzimas hidrolíticas que destruyen la matriz orgánica de la dentina. Cuando dicha afección llega hasta la pulpa dentaria compromete al paquete vaso-nervioso del diente, apareciendo *el dolor* que la caracteriza. El dolor dentario es uno de los más agudos que se describen y es uno de los que recibe el curioso adjetivo de “exquisito”.

Una referencia histórica

Según Nikiforuk (1985), probablemente el relato más antiguo acerca de la caries y el dolor dentario proviene de un antiguo texto sumerio (5.000 años a.C.), donde la causa de esta enfermedad es atribuida a un gusano. Esta creencia estaba ampliamente difundida en la Antigüedad en el Japón, la India y Egipto. Incluso en los escritos de Homero se encuentran referencias al gusano como causante del dolor dentario. Aún durante la Edad Media, el cirujano Guy de Chauliac defendía la creencia de que el gusano causaba la caries dental. Finicus en 1847 describió la descomposición y la infiltración de la lámina del esmalte como el inicio

coma, corroer, apolillar, rotura, fractura, desmoronamiento, desplomar, hacer pedazos, hacer polvo, demolición”. En cambio, en el japonés y en el chino, las palabras que se utilizan para designar la enfermedad, más que a la putrefacción, se refieren al diente hueco: en japonés: *mush-ha*, de *mushi*, que significa habitación, y *ha*, diente; en chino: *chung choo*, cuyo significado es “diente hueco” (Nikiforuk, 1985).

de la caries, y Miller, en 1889, el origen microbiano. En la década de 1940 se descubre la proteólisis del esmalte por acción bacteriana y en los años 1950 la formación de compuestos orgánicos a partir de las sales del esmalte (mancha blanca)²⁴.

2. Acerca del significado de la caries

Dijimos que los dientes son un “instrumento” mecánico para la incorporación-degradación del alimento y que participan de un modo significativo y peculiar en la primera parte del proceso de “lograr que algo sea asimilable”.

Vinculado al ejercicio de la función dentaria y al proceso de identificación describimos: a) una *acción adecuada y eficaz del yo, el morder y el masticar*; b) un *afecto, la voracidad*, que, como ansia incorporativa-destructiva, se siente en la medida en que fracasa la acción dentaria, y c) la voracidad *coartada en su fin* que, cuando llega al estancamiento de la libido dentaria, exige la puesta en marcha de alguno de los mecanismos de defensa y las consecuentes patologías, tanto “psíquicas” como “somáticas”.

Para comprender el significado inconciente de la caries, debemos integrar la significación de tres aspectos:

- 1) La destrucción de la arquitectura ósea del diente y su des-mineralización.
- 2) La acción del agente microbiano.
- 3) El dolor.

a. La voracidad y el remordimiento

Como dijimos, *la voracidad, en la medida en que fracasa en su meta, la incorporación a los fines de la identificación, no sólo se incrementa sino que tiende a volverse contra la persona propia bajo la forma de remordimiento*.

Freud (1915c*, pág. 122) describe el proceso de “vuelta hacia la persona propia” en tres pasos:

²⁴ Las costumbres terapéuticas antiguas van desde los emplastos (sumerios), acupuntura (chinos), encantamientos y sustancias químicas (egipcios), hasta la extracción (asirios) o fumigaciones en el diente enfermo (Edad Media) (Nikiforuk, 1985).

- a) una acción dirigida hacia un objeto;
- b) ese objeto es resignado y sustituido por la persona propia, con lo que se consume la mudanza de la meta pulsional activa en una pasiva, y
- c) la búsqueda de un nuevo objeto que tome sobre sí el papel activo del sujeto, o sea, de agente ejecutor de la moción pulsional.

Tomando como ejemplo el par sadismo-masoquismo, Freud sostiene que en el caso *c* nos encontramos con el masoquismo (secundario), mientras que cuando la mudanza se cumple sólo hasta la fase *b* se engendra el automartirio y el autocastigo propio de la neurosis obsesiva.

Señala también que la mudanza pulsional mediante el trastorno de la actividad en pasividad y la vuelta hacia la persona propia nunca afecta a todo el monto de la moción pulsional; la meta más antigua, activa, subsiste junto a la más reciente, pasiva.

Aplicando este modelo a la voracidad, podemos decir que el yo quiere ejecutar una acción (morder, incorporar, devorar) sobre un objeto. Cuando la acción fracasa, la voracidad se vuelve hacia la persona propia y un objeto (interno) asume el papel activo: muerde y remuerde “desde adentro” bajo las normas de la ley del Talión: “ojo por ojo, diente por diente”. Este objeto corresponde, en un nivel dentario, a lo que Garma (1954) describió, en un nivel oral-digestivo, como imago de una madre mala que remuerde desde adentro.

Se configura entonces la disposición al sentimiento que llamamos *remordimiento*. De este modo, el remordimiento se nos evidencia como el par complementario, pasivo, de la voracidad, activa²⁵.

Cabe preguntarnos ahora en qué consiste el fracaso de la acción de “devorar” que transforma la voracidad en remordimiento.

Freud interpretó que el arrepentimiento posterior al parricidio primitivo surgió “por el hecho de que la hazaña no pudiera satisfacer plenamente a ninguno de quienes la perpetraron. En cierto sentido había ocurrido en vano. En efecto, ninguno de los hijos varones pudo abrirse paso en el deseo originario de ocupar el lugar del padre. Ahora bien, como sabemos, *el fracaso es mucho más propicio que la satisfacción para la reacción moral*” (Freud, 1912-1913*, pág. 145 n. 51, subrayado nuestro).

Dijimos también que si el superyó es el residuo de una identificación incompleta que como personaje interno reprocha por un crimen canibálico

²⁵ Esta complementariedad es análoga a la que describe Freud (1915c*) para el sadismo-masoquismo y el exhibicionismo-voyeurismo.

“ocurrido en vano”, el *remordimiento* superyoico sería la forma más específica de castigo por una “devoración” inútil, en tanto no fue posible la identificación completa (que hubiera sido vivenciada como una reparación)²⁶.

En castellano se utilizan tanto el verbo “remorder” como el sustantivo “remordimiento” (Real Academia Española, 1992). La primera acepción del verbo “remorder” es “morder reiteradamente”. En sentido figurado, es “inquietar, alterar o desasosegar una cosa, especialmente los escrúpulos, por un comportamiento que se considera malo o perjudicial para otro”. En cambio, el uso semántico del sustantivo “remordimiento” ya no admite la referencia directa a la acción de los dientes, sino solamente a la “inquietud, pesar interno que queda después de ejecutada una mala acción”.

b. El remordimiento normal y neurótico

El remordimiento es, entonces, un sentimiento estrechamente vinculado al sentimiento de culpa. Más precisamente, una forma particular de dicho sentimiento.

Queremos llamar la atención sobre el hecho de que el sentimiento de culpa, según Freud (1923b*), no sólo puede ser conciente, sino además, *normal*. El sentimiento de culpa normal corresponde a la tensión entre el yo y el ideal del yo en aquellos aspectos en que el ideal del yo es conciente. El yo se siente en falta y sufre *el dolor de no poder* alcanzar determinados ideales concientes en relación a sí mismo y al objeto (Boari, 1992).

Debemos señalar que el sentimiento de culpa conduce en forma más o menos inmediata a tres salidas diferentes:

- a) a la acción eficaz que rellene la falta;
- b) al duelo por la imposibilidad de realizar dicha acción, o
- c) a un conjunto de defensas que eviten la transformación de lo que Freud (1926d [1925]*) denominaba un *mero amago de afecto* en un *desarrollo* de afecto. Oculto tras estas defensas, el sentimiento de culpa deviene indudablemente neurótico.

Lo dicho sobre el sentimiento de culpa se aplica, naturalmente, al remordimiento, que, como dijimos, es una forma específica de aquél. En

²⁶ Como sabemos, el afecto es una descarga sobre el cuerpo propio de una excitación que no pudo descargarse plenamente sobre el mundo externo en una acción eficaz. En el caso del remordimiento encontramos no sólo el fracaso de la acción de devorar (incorporar a los fines de la identificación), sino también que adquiere el valor de una *reacción moral de castigo* por ese fracaso.

este sentido, el *remordimiento normal es un sentimiento fugaz* que induce a completar una incorporación e identificación fallida o, si esto no es posible, a realizar el duelo por los aspectos no logrados de la identificación, es decir, asumir el dolor y las consecuencias de “no poder”.

Sin embargo, el remordimiento que reconocemos habitualmente como tal, corresponde a un remordimiento neurótico, análogo al sentimiento de culpa hiperintenso propio de la neurosis obsesiva y la melancolía.

Si bien popularmente la palabra “remordimiento” suele usarse como sinónimo de “sentimiento de culpa”, creemos que en sentido estricto alude a una forma particular de la culpa vinculada a una falla en el proceso de incorporación. En ese sentido entendemos que las cualidades específicas de este sentimiento se enraízan en las fantasías dentarias: el trabajo, *regular* y *sostenido*, que ejecuta el aparato masticatorio en su función de triturar (trizar, hacer trizas) o desmenuzar, demoler y macerar los alimentos. De ahí que el vocablo “remordimiento” se utilice especialmente para destacar el tormento de los escrúpulos que vuelven una y otra vez.

La palabra “escrúpulo” proviene del latín *scrupulum*, que propiamente significa “guijarro pequeño y puntiagudo”. Toma el sentido de “preocupación, aguijón, aludiendo a la pedrezuela metida en el calzado del caminante”. Es un diminutivo de *scrupus*, roca, piedra (Corominas, 1983).

Es posible que el remordimiento aluda al intento de morder y remorder, de *rumiar* y procurar demoler una piedra-escrúpulo que no puede ser triturada e incorporada. Los escrúpulos que remuerden semejarían entonces las piedritas no desmenuzables metidas entre las “muelas del molino”. El remordimiento de los escrúpulos se transforma en un martirio, en una tortura erotizada que no logra demoler la culpa, antes bien la incrementa.

El morder y el masticar es una función que se lleva a cabo a través de un aparato complejo que incluye las mandíbulas, los músculos masticatorios, la lengua, el periodoncio y los dientes. Estos últimos se prestan muy bien para representar a la función en su totalidad. Pensamos también que las sensaciones dentarias participan de la descarga afectiva que llamamos voracidad y remordimiento, y que son especialmente aptas para representar simbólicamente el afecto en su conjunto.

c. La desestructuración patosomática del remordimiento

Si describimos en pasos sucesivos este proceso podríamos enumerar:

- 1) Una incorporación oral voraz, a los fines de la identificación, de un objeto idealizado y temido. Se trata de una incorpo-

ración maníaca (y por eso voraz) de un objeto que el yo, débil, no puede asimilar (identificación fallida).

2) La imposibilidad de completar la identificación mediante crecimiento yoico o de duelar los aspectos no logrados de la identificación.

3) El arrepentimiento y la pena (dolor) por la incorporación que se realizó en vano.

a) El arrepentimiento, en este nivel oral-dentario, adquiere la cualidad específica de remordimiento, en cuya clave de inervación debemos suponer que interviene un cierto desgaste dentario dentro de los límites fisiológicos.

b) En la pena se pueden describir dos motivos: en primer lugar, una pena o dolor por el yo propio, que no ha logrado la identificación con el objeto (con el ideal); en segundo lugar, una pena o dolor por el daño causado al objeto, que si bien era odiado, también era valorado y amado y por eso mismo se deseaba la identificación con él.

4) Cuando el “arrepentimiento oral” que llamamos remordimiento no puede ser tolerado por la conciencia, la desestructuración patosomática de ese afecto se presenta a la conciencia como caries dental, que es el producto de la sobreinvestidura de uno de los elementos más representativos de la clave de inervación del remordimiento.

5) El dolor “psíquico” o pena por la identificación no lograda, es decir, el duelo que el sujeto no puede realizar, aparece a la conciencia como dolor “físico”²⁷.

6) En el dolor dentario (¡un dolor *exquisito!*), la mudanza pulsional se consume, como en la neurosis obsesiva, hasta la fase del automartirio y autocastigo. Significaría el “castigo dentario por el deseo dentario”. Un castigo así conlleva, según afirmamos en otro lugar (Chiozza, 1986b), “la prohibición, el impedimento o la negación de ese deseo”. El tratamiento de conducto que “mata el nervio”, y más aún la extracción del diente, logran hacer desaparecer el dolor porque ejecutan plenamente el castigo: representan a nivel oral lo que a nivel fálico denominamos castración.

²⁷ En otra ocasión (Chiozza y colab., 1993i [1992]) sostuvimos que el dolor, en última instancia, es un estado de conciencia y por lo tanto un proceso psíquico. Los adjetivos “físico” o “psíquico” aplicados al dolor surgen, entonces, de la teoría que hacemos acerca de su origen.

7) La caries constituye, entonces, además de un castigo inconsciente, un monumento que conmemora la deficiencia en el proceso oral de incorporación y, al mismo tiempo, es una *forma de ocultar el fracaso en la identificación y el particular dolor anímico que este fracaso conlleva*.

d. El agente sustituto

Normalmente el diente es fuente y agente de la pulsión dentaria dirigida sobre un objeto externo.

Afirma Freud que “es tan decisivo el papel del órgano fuente que, según una sugerente conjetura de Federn y Jekels, forma y función del órgano determinan la actividad o pasividad de la meta pulsional” (Freud, 1915c*, pág. 127). De acuerdo a esta idea, dada la forma y función de los dientes, la meta natural de la libido dentaria es activa.

Pero en el caso de la caries, el diente se transforma en el objeto de la pulsión de la que él mismo es fuente, en tanto que “delega” el rol de agente de descarga en los ácidos bacterianos y en las bacterias mismas. Éstas, como “gusanos” voraces, co-roen y car-comen al diente. En este caso, mediante lo que Weizsaecker describió como regresión a un objeto de la filogenia, las bacterias y sus ácidos (o los gusanos en las teorías de los antiguos) asumen el papel activo de ejecutores de la voracidad, es decir, representan el aspecto voraz del yo.

De acuerdo con estas ideas, la enfermedad periodontal implica un desmoronamiento melancólico, un “abandono” de la actitud posesiva voraz, un intento regresivo a la fase oral “pre-dentaria”, un desistir de la meta pulsional dentaria.

En la caries, desde el punto de vista de las fantasías óseas (Chiozza y colab., 1991e [1990]), encontramos también una modalidad melancólica, el desmoronamiento anímico por la imposibilidad de adecuar el sistema normativo para el ejercicio de la libido dentaria, desmoronamiento representado por la destrucción de la arquitectura y disminución de la masa ósea del diente afectado. Pero puede observarse además una modalidad menos melancólica: *la meta pulsional (morder), aunque dirigida sobre la persona propia, se mantiene (re-mordimiento)*.

Según las fases descriptas por Freud (1915c*) encontramos, en la caries, dos destinos de la moción pulsional:

1) En el dolor dentario la mudanza pulsional se consume, como en la neurosis obsesiva, hasta la fase del automartirio y autocastigo.

- 2) En la acción corrosiva de las bacterias se observaría la plena consumación de la mudanza de la meta pulsional activa en pasiva. Son ahora las bacterias las que co-roen, car-comen al diente.

3. El significado de otras patologías dentarias

a. Las lesiones traumáticas

Las lesiones dentarias traumáticas (Andreasen, 1981) pueden ocurrir tanto en el diente como en la estructura de sostén, las encías y la mucosa bucal. Las lesiones más frecuentes son:

- 1) La fractura de los tejidos duros y de la pulpa. Pueden ser incompletas (también llamadas infracciones), o completas, cuando afectan a la corona y/o a la raíz, con o sin complicación pulpar.
- 2) Lesiones del tejido periodontal como la concusión (lesión de las estructuras de fijación del diente), subluxación y luxación del diente.
- 3) Lesiones del hueso de sostén como la fractura del hueso alveolar, o del maxilar.

Los traumatismos que producen fracturas en el diente pueden ser directos o indirectos (como un golpe en el mentón). Afectan generalmente a un solo diente, con mayor frecuencia a los incisivos superiores, en segundo lugar a los inferiores y en menor medida a los laterales superiores.

En el contexto del estudio de los trastornos óseos, comprendimos la fractura como “el ataque al hueso que sostiene y protege, cuando es ‘confundido’ con un sistema normativo rígido que es imposible de remodelar. En estas condiciones, el ataque adquiere el carácter de una infracción cuya conciencia resulta intolerable. La fractura representa, entonces, el intento maniaco de quebrantar una ley y la negación del sentimiento de infracción” (Chiozza y colab., 1991e [1990], apdo. XI).

Esta interpretación resulta plenamente aplicable al caso de las fracturas tanto de la estructura de sostén como de los dientes. Debe entenderse que, en este caso, el sentimiento de infracción oculto tras las fracturas dentarias debe estar referido al quebrantamiento de una ley propia de la fase oral secundaria. Señalemos, además, que, “curiosamente”, a las fracturas dentarias incompletas se las llama también infracciones.

La odontología atribuye la mayor frecuencia de fracturas en los niños y en los adolescentes a la incoordinación motora de los primeros o al tipo de actividad de los segundos. Desde nuestro punto de vista, la mayor frecuencia en esas edades puede ser comprendida en relación con los conflictos vinculados a la incorporación y a la identificación con la figura paterna. Con igual criterio es posible comprender también la mayor incidencia de fracturas dentarias en los varones, para quienes la identificación con el padre adquiere mayor significación y es fuente de mayores conflictos.

b. La ortodoncia

El término “ortodoncia” proviene del griego *orthos*, derecho, y de *don-tos*, diente, y significa “diente derecho” (Real Academia Española, 1992). Si bien se conocen datos históricos desde la época de Hipócrates, la ortodoncia como ciencia se desarrolló en los últimos ochenta años. Según Dorland (1992), es la “rama de la odontología que se dedica a la supervisión, guía y corrección de las estructuras dentofaciales en crecimiento o maduras”.

Otros términos utilizados son “ortodontología”, “ortopedia dentaria”, “ortopedia dentomaxilar”. Si bien se ha globalizado el uso del término “ortodoncia”, en la Argentina se utilizan habitualmente los términos “ortodoncia” para referirse al tratamiento con prótesis fija y “ortopedia” para los realizados con prótesis removibles (Guardo y Guardo, 1981).

Se entiende por oclusión normal la relación dinámica de los maxilares inferior y superior que permite el mayor número de puntos de contacto dentarios y la mayor presión molar. Se denomina inoclusión fisiológica a la separación de ambas arcadas dentarias cuando la boca está en descanso.

Las anomalías de la oclusión, o maloclusión, pueden presentarse durante la primera dentición, en la transición de la dentición o en la dentición definitiva. Entre las circunstancias que favorecen anomalías de la oclusión podemos señalar: la extracción prematura de dientes temporarios sin cuidar que se mantenga el espacio del diente faltante hasta la emergencia del diente definitivo, la presencia de dientes supernumerarios, el retardo en la erupción o la caída de los dientes, los hábitos (como el chupeteo tardío) que generan alteraciones dentomaxilares. Cabe destacar, además, que las anomalías de la oclusión suelen empeorar con los años (Guardo y Guardo, 1981).

La corrección se establece mediante aparatos o dispositivos que generan fuerzas (directas o indirectas) que llevan al diente a su posición normal. El tratamiento puede incluir prótesis para reemplazar agenesias, pérdidas accidentales o extracciones dentarias, y aparatos para acostumar al maxilar inferior a una mejor función oclusal o de mordida.

Estos tratamientos mecánicos pueden comenzar a realizarse entre los 4 y 6 años de edad, durante el recambio de la dentición temporaria. Sin embargo, se considera que la etapa óptima es entre los 10 y 17 años, ya que los maxilares están en el período de máximo crecimiento hacia su forma definitiva. En cambio, entre los 20 y 25 años, finalizado el crecimiento, los resultados terapéuticos son más lentos debido a la mayor consolidación de los huesos.

El propósito de la ortodoncia es, por una parte, llevar las piezas dentarias a su posición normal y, por otra, conservar su integridad y funcionalidad adecuadas. Puede hablarse entonces de dos fases, la correctiva y la contentiva. La ortodoncia contentiva está destinada a mantener y asegurar las correcciones efectuadas, hasta la consolidación ósea y el restablecimiento de la fisiología.

Dado que la ortodoncia es una forma de ortopedia, al punto que se la denomina también ortopedia dental, es aplicable a la ortodoncia lo que dijimos en relación a la ortopedia cuando nos ocupamos de los trastornos óseos (Chiozza y colab., 1991e [1990]).

De acuerdo a aquellas ideas, la maloclusión representa una dificultad en el establecimiento de un adecuado sistema normativo a nivel oral-dentario, dificultad que impide el ejercicio de la función oral de incorporación. La ortodoncia simboliza, entonces, *un sistema educativo protésico* que intenta corregir un carácter y un superyó orales deficientes. A su vez, los aparatos y dispositivos que la ortodoncia utiliza para llevar a cabo las correcciones, *simbolizan al tutor* que debe ejecutar la educación, la enseñanza, la disciplina y la instrucción, pero, lamentablemente, *están muy lejos de lograr sustituirlo de un modo saludable*.

IV. Síntesis

1. Evolutivamente, el hombre proviene de antiguos frugívoros que adoptaron una modalidad carnívora. En la actualidad es omnívoro. Su dentadura, producto de una regresión, es más simple, menos robusta y posee un menor número de piezas dentarias que la de otros mamíferos. Está compuesta por *incisivos* (especializados en la función de corte), *caninos* (destinados a desgarrar y aprehender) y *premolares* y *molares* (que desmenuzan los alimentos). Los dientes son una *herramienta* para la incorporación-degradación del alimento y participan en la primera parte del proceso de “lograr que algo sea asimilable”. En muchas especies cumplen también la función de *armas* defensivas y de ataque.

2. En el hombre se suceden dos denticiones: la primaria o “de leche” y la secundaria o definitiva. Con la primera, el niño ingresa en la fase oral secundaria, oral-sádica o canibática.

Esta fase se caracteriza por el primado de una excitación oral nueva, diferente a la que reinaba en la fase de succión. La fuente de esta excitación es un mosaico orgánico complejo, formado por la encía, el diente por nacer, el borde de los maxilares con los alvéolos dentarios y la musculatura de la masticación. Dado que la encía se presta para representar el conjunto descrito, y que la descarga autoerótica se obtiene “raspando” y presionando la encía, esta excitación puede ser denominada *gingival*.

Esta excitación, que suele devenir *placentera y dolorosa* a la vez, paulatinamente se va desplazando hacia los dientes, y se descarga, entonces, en el ejercicio de la función propia de éstos: morder y masticar.

El conjunto completo de la *excitación gingival y luego dentaria configura la primacía gíngivo-dentaria*, específica del segundo estadio de la fase oral. En el transcurso de la segunda dentición se reeditan, con algunos matices particulares, la excitación y las fantasías asociadas a la primera dentición.

3. Con la emergencia de los dientes, el niño adquiere la capacidad de ocasionar un daño físico al pecho de la madre, capacidad que modifica la respuesta materna frente a las nuevas mociones orales. El acceso a la fase oral secundaria exige, entonces, importantes progresos:

- 1) El *yo* debe lograr una mejor integración de la libido y la agresión, aprender nuevas diferencias e incrementar la capacidad de inhibir los impulsos. Debe reconocer al objeto en su independencia, sus limitaciones y sus necesidades, ya que es necesario preservarlo y cuidarlo
- 2) El *superyó* debe complejizarse con nuevas reglas para la descarga pulsional y el trato con los objetos.

Estos cambios evolutivos, por su significación, equivalen, en la ontogenia, al progreso cultural filogenético que institucionalizó la comida totémica. *En ambos casos, a través de la disociación eidético-material, se alcanza la identificación con el modelo, sin incorporar la materia que lo constituye. Esta nueva forma de identificación preserva la integridad física del objeto modelo.*

4. Como formas de expresión de la *libido* propia de la fase oral secundaria encontramos:

- 1) Una *acción eficaz del yo*, el cortar, el morder y el masticar, en la que están implicados el amor y la agresión. Corresponden a la descarga normal o “fisiológica” de la libido oral secundaria.
- 2) Un *afecto*, la *voracidad*, específicamente vinculado con esta fase, que rememora una escena inconciente en cuyo significado se integran tres aspectos:
 - a) la sensación de “aprovechar ahora o nunca”, al modo de un animal carnicero que no sabe cuándo volverá a presentarse una ocasión propicia,
 - b) la amenaza de despojo por la “rapiña”, y
 - c) la tentación de incorporar triunfalmente algo idealizado y temido que se presenta como “a pedir de boca”.

5. Entre las vicisitudes que experimenta la voracidad podemos observar:

- 1) Un *incremento “fisiológico” de la voracidad* es índice de un cierto fracaso de la acción incorporativa y representa un intento yoico de ejercerla con más eficacia.
- 2) Pasado cierto límite, la voracidad se experimenta como ansiedad, como deseo vehemente de incorporar en forma rápida y cuantiosa. Esta *voracidad ansiosa*, índice de un fracaso mayor de la acción eficaz, en un círculo vicioso provoca un nuevo fracaso que aumenta la voracidad.
- 3) La voracidad *coartada en su fin* da lugar a sublimaciones, a expresiones atemperadas o, cuando llega al estancamiento de la libido oral secundaria, a la puesta en marcha de alguno de los mecanismos de defensa y a las consiguientes patologías, tanto “psíquicas” como “somáticas”.
- 4) El *carácter voraz* es la expresión de la “continuación inalterada” de una pulsión parcial cuya fuente es la zona erógena dentaria (incisiva y canina). La persona voraz, hambrienta de oportunidades y temerosa de que le sean arrebatadas, devora y no asimila, se “indigesta” de proyectos que no puede desmenuzar (masticación) y analizar (degradación biliar) debidamente. Insaciable e insatisfecha, se desvive por incorporar nuevos “alimentos”, se trate de la comida, el amor, el conocimiento, la posición social, el prestigio o los bienes materiales.

6. Vinculadas a las particularidades de los tres tipos de dientes pueden describirse también una serie de cualidades yoicas:

- 1) Una capacidad del yo de “recortar en partes” los estímulos para comenzar a asimilarlos. Equivale a una cualidad incisiva, filosa y aguda del yo, o capacidad de “meterle el diente al asunto”, o de “darle un corte al asunto”. Esto permite tomar una parte aunque haya que dejar, momentánea o definitivamente, otra.
- 2) Una capacidad de “hincar el diente”, de “penetrar”, de “calar hondo” y de “desgarrar tironeando” para poder “acometer las dificultades de un asunto”. Esta capacidad exige tolerar la posibilidad de dañar al objeto, y le correspondería, como cualidad de carácter, el ser “punzante”. La exageración de esta cualidad conduciría a una de las formas de ser hiriente.
- 3) Una capacidad de triturar y desmenuzar, de tener perseverancia para demoler las dificultades mediante un trabajo regular, sostenido y paciente. El ser “tragón”, o voraz, corresponde a una inhibición de la función trituradora o desmenuzadora, y el ser “rumiante”, en cambio, a un entretenimiento autoerótico.

7. El *periodoncio* (constituido por encía, hueso alveolar, ligamento periodontal y cemento radicular) tiene como función la fijación, el soporte y la amortiguación del diente. Por esta función resulta apropiado *para representar la estructura de normas que sostiene el adecuado ejercicio de la libido gíngivo-dentaria propia de la fase oral secundaria. Es decir, el periodoncio simboliza el “sostén moral del diente”, su “deber”*.

8. Quien padece de un trastorno en el sistema de normas “*periodontales*” puede recorrer el siguiente camino evolutivo:

- 1) Carece de un adecuado sistema de normas para el ejercicio de su libido gíngivo-dentaria y *espera que todos sus deseos (oral-posesivos) sean bien recibidos por parte del objeto* (como ocurría en la fase de succión).
- 2) No puede descargar la *excitación gíngivo-dentaria*, porque si lo hace, “inexplicablemente”, provoca el alejamiento del objeto. Se encuentra entonces, inundado por la excitación, en una *situación semejante a la del caballo que tasca una y otra vez el freno*.
- 3) Oscila entre la inhibición de sus ansias incorporativas (cuando teme perder el objeto) y la exacerbación de la voracidad (cuando siente que el objeto de su deseo se presenta como accesible).

4) Ante la pérdida del objeto del deseo oral-posesivo, la excitación gíngivo-dentaria se descarga, melancólicamente, sin hacerse conciente, sobre las mismas estructuras orgánicas que son su fuente: el periodoncio. Esta descarga destructiva equivale a la desestructuración patosomática de la voracidad. Así, la excitación oral gíngivo-dentaria se presenta a la conciencia (privada de significación psíquica) como un síntoma orgánico: la *gingivitis* y, en casos más graves, la *periodontitis*. La “solución” a la que recurre el enfermo de periodontitis conlleva una paradoja. Con el aflojamiento y pérdida de los dientes muestra la intención de borrar toda huella del deseo posesivo, para que el objeto le permita continuar con su posesión. La destrucción del periodoncio, el “sostén moral del diente”, simboliza el desmoronamiento anímico o desmoralización frente a un sistema normativo inadecuado para el ejercicio de la incorporación oral (secundaria).

9. El *remordimiento* es expresión de la voracidad vuelta contra la persona propia. Es una forma específica del sentimiento de culpa vinculada a una falla o un fracaso en el proceso de incorporación. Surge como consecuencia de una incorporación oral voraz que impide completar adecuadamente la asimilación y la identificación.

Las cualidades específicas de este sentimiento se enraízan en las fantasías dentarias: el trabajo, regular y sostenido, que ejecuta el aparato masticatorio en su función de triturar, desmenuzar, demoler y macerar los alimentos. Frente al fracaso de la acción incorporativa, el remordimiento es una descarga autoplástica que simboliza el intento de morder y remorder, de rumiar y procurar demoler un objeto incorporado e indigerible. De ahí que el vocablo “remordimiento” se utilice especialmente para destacar el tormento de los escrúpulos que vuelven una y otra vez.

10. La *caries* de las piezas dentarias es indicio de la descarga del remordimiento a través de la sobreinvestidura del elemento más representativo de su clave de inervación. En lugar de un desgaste normal aparece entonces la destrucción o desmoronamiento de la arquitectura ósea de la pieza dentaria típica de la caries.

En la deformación patosomática del remordimiento sucede que:

1) El sentimiento de culpa o “arrepentimiento oral” deviene necesidad de castigo, y el objeto que había sido incorporado vorazmente muerde y remuerde “desde adentro” bajo las normas de la ley del Talión: “ojo por ojo, diente por diente”.

- 2) Los microorganismos que “comen” y “car-comen” o “co-roen” la arquitectura de la pieza dentaria simbolizan el objeto interno (incorporado e indigerible) que taliónicamente ejecuta la venganza.
- 3) El dolor dentario simboliza al mismo tiempo el castigo vengativo del objeto, y la pena (o dolor) que el yo no ha asumido como tal. Deviene un dolor exquisito, erotizado y masoquista, que perpetúa el vínculo con el objeto.
- 4) Cuando el castigo se ejecuta plenamente mediante la “muerte del nervio” dental o la pérdida definitiva de la pieza dentaria, simbolizando, en ambos casos, y en un nivel oral, la consumación de las fantasías de castración fálica, el dolor desaparece.

11. Las *fracturas dentarias*, como todas las fracturas, ocultan a la conciencia el sentimiento de infracción, sentimiento que surge frente al intento maníaco de burlar un sistema normativo. En este caso se trata del sistema normativo que establece las reglas para el ejercicio de la oralidad (secundaria).

12. La *ortodoncia* es una forma de ortopedia y como tal representa un sistema educativo protésico que intenta corregir un carácter y un superyó deficientes para la tramitación de la excitación dentaria. Los aparatos y dispositivos que la ortodoncia utiliza para llevar a cabo las correcciones, *simbolizan al tutor* que debe ejecutar la educación, la enseñanza, la disciplina y la instrucción, pero no logran sustituirlo de un modo saludable.

13. El ataque durante el cual el diente funciona como *arma*, forma parte de la clave de inervación del afecto *rabia* y se presta para arrogarse su representación.

Cuando las circunstancias exigen poner en juego la capacidad de atacar y defenderse y ésta se experimenta como insuficiente o su ejercicio como ineficaz, tiende a intensificarse el sentimiento de rabia. Desde este punto de vista, la rabia sería un tipo particular de *impotencia* “dentaria”, surgida del fracaso de la acción de “morder” como forma de ataque y defensa.

El “rechinar o crujir de los dientes”, propio del *bruxismo*, equivaldría a la descarga de una rabia impotente que ni siquiera puede gritarse y que suele aparecer durante el dormir, una vez que ha disminuido la censura.

14. El ejercicio saludable de la libido dentaria conlleva dos enseñanzas:

- 1) Necesariamente tenemos que destruir si queremos seguir viviendo. Encontramos aquí un símbolo adecuado para repre-

sentar que *vivir sin matar es una ilusión, dado que se presentan situaciones en las cuales inevitablemente debemos matar si no queremos morir.*

2) La disociación eidético-material, que nos permite la identificación sin la destrucción del modelo, nos deja otras experiencias: un objeto devorado se pierde, un objeto lastimado se aleja y, además, aprendemos que el placer compartido es mayor.

De modo que una historia dentaria saludable *no sólo enseña a sobrevivir, sino, también, a convivir.* Ya no se trata solamente de la inevitable alternativa entre *matar o morir*, sino que también se descubre que *existen oportunidades en las cuales puede operar mucho mejor otra fórmula: vivir y dejar vivir.*

V. El guión biográfico de una periodontitis

1. ¿Era necesario darle un corte? ¿O tal vez aflojar?

¡Se lo había imaginado! Era lo que más temía... y todo lo que había hecho le sirvió de nada...

Nada... nunca... le había sido fácil... y sin embargo había salido adelante. ¡Sólo tenía 13 años! cuando su padre le dijo, al morir, “cuidá a tu madre y a tu hermana”... ¡y ella cumplió! Se hizo fuerte y se ocupaba cada vez más... se ocupaba de todo... Siempre fue así, abnegada, responsable, prolija... fue cumpliendo todos los pasos y todas las normas para adquirir una posición en la vida... y al final lo logró. Se recibió de abogada, después se especializó, y también llegó, en la empresa, al puesto que colmaba sus aspiraciones.

Como mujer no se sentía igual... con los hombres había sido distinto... sólo tenía 23 años, pero sentía que se le iba haciendo tarde para lograr la relación con un hombre que le diera, por fin, el afecto sólido y confiable que tanto anhelaba... Sí... fue por eso que se acercó, la primera vez, al psicoanálisis... con un objetivo claro...

Cuando lo conoció a Ramón se jugó entera... como era su estilo... “para no perderlo”... Quizás un día la incertidumbre... por fin, desapareciera...

¡Todo lo que hizo por el casamiento! Logró que él se radicara definitivamente en el país... y esperó... a pesar de tanta incertidumbre... que él arreglara la situación de su matrimonio anterior... ¡hasta se resignó a no casarse por iglesia!

Puso todos sus ahorros... puso todos sus ingresos... Con el embarazo ya avanzado se sintió un poco más confiada... era una garantía de estabilidad.

¿Para qué le servía el análisis?... Ahora había que concentrar los esfuerzos en la lucha para lograr que Ramón se afiance en su profesión... y lo estaba logrando...

Con la seguridad que le brindaba su sueldo, con el respaldo de una empresa importante y con la férrea organización económica, había conseguido los préstamos para comprar una “oficina con casa”, para él... para que Ramón trabajara ahí... tal vez así la necesitaría más...

No podía evitar, sin embargo, ese temor, oscuro, de que él quisiera volver a su país... o que la abandonara... o que... quién sabe qué...

Le inquietaba no poder saber de qué hablaba Ramón con sus clientes. Le inquietaba la presencia de Sandra, la secretaria. Le inquietaba que él frecuentara tanto “ese” círculo de profesionales... Eran asuntos de trabajo... pero no le gustaba... nunca le había gustado ese grupo de amigos y amigas... que tomaban cerveza y contaban chistes groseros...

¡Se lo había imaginado! Siempre tuvo miedo... y siempre trató de anticiparse... hizo mucho por el casamiento, y también concedió... pero el matrimonio no era lo que ella había pensado, el diálogo apenas existía... las relaciones sexuales eran pocas... casi sin caricias... y sentía miedo, en cada reunión familiar, los fines de semana, de que se dieran cuenta de que Ramón tomaba y de que era un peligro dejarlo manejar...

Suerte que la nena es preciosa... y le da tantas alegrías... parece mentira que ya tenga 5 años... pero no se puede estar tranquila, porque hay que estar atenta a su respiración... hay que estar atenta día y noche... ¿y si le vuelve el asma?... ¿y si algún día, Dios nos libre y guarde, le llegara a pasar algo?...

Pero ahora el problema no es la nena. El problema es el de siempre... el temor de siempre... que, a los 36 años, no la había abandonado. ¡Se lo había imaginado!... trató de anticiparse... pero ¡igual sucedió!... Con lo de Ramón y Sandra todo había terminado... ¿Cómo iba a tolerarlo? No había sido la debilidad de un momento... venía desde lejos... y, aunque él no lo diga, la prefiere a Sandra... no la iba a dejar...

Otra vez estaba sola... Había tenido, después de todo, un matrimonio... un marido... una familia “normal”... pero... ¿Cómo iba a tolerarlo? ¡Era necesario darle un corte! Ella... que siempre había sabido lo que era correcto o incorrecto, se siente ahora confundida... insegura... como si tuviera que aprender todo de nuevo... Igual que a los 4 años, cuando se cayó de boca y perdió todos los dientes... y tuvo que comer papillas, cosas chirles... ¡Cuarenta días!, aprendiendo otra vez a comer... ¡Hay que cambiar! ¡Ahora! ¡Todo lo que sea necesario!... Intentará analizarse me-

jor que la primera vez... ¿Hizo mal en dejar? Había tenido, después de todo, un matrimonio...

A veces siente que le renace la esperanza... el entusiasmo... Hay días en que siente que la nena la quiere... y está menos tensa... y se divierte con ella... pero la flojedad de los dientes, que apareció, por vez primera, cuando tenía 24 años, otra vez la preocupa.

Es más difícil de lo que se creía. Lleva adentro el anhelo de encuentro con un hombre... pero ya fueron dos veces... ¿y si pasa lo mismo?... Lleva adentro el recuerdo... cuando, a los 24, apenas habían roto el noviazgo, tenía, todavía, una esperanza viva... y Roberto se casó con otra...

¡Y mamá!, ¡que todos los fines de semana se le mete en la casa! ¡Parece mentira! Cuando era chiquita la “pegote” era ella... y tenían que darle el chupete con té de amapola para “sacarle la costumbre de mamar a cada rato”. Mamá ya no se modificará... y Ramón ya se fue, con Sandra, como Roberto, “que se casó con otra”. ¿Era necesario darle un corte? ¿O tal vez aflojar?... pero era tarde...

2. El camino evolutivo de la periodontitis de Leticia

La biografía de Leticia parece girar alrededor de sus problemas en el amor con “un hombre”. Sin embargo, el relato que nos hace acerca de su destete mediante té de amapola tiene el valor de un “momento mítico” que, funcionando como un símbolo alusivo, ilumina el sentido de su drama: un modelo de vínculo a partir del cual se traza el guión que ha signado su vida.

Intentaremos la “reconstrucción” de ese guión que adquiere la representación de un momento de su historia. En esa reconstrucción de un supuesto pasado, nos importa más la integración de una “verdad histórica” (una significación configurada en la infancia) que la “verdad material”, improbable (Freud, 1939a [1934-1938]*). Porque es esa significación la que se repite, una y otra vez, en las diferentes circunstancias de la vida de Leticia, y es esa misma la significación que podemos conocer en el contacto terapéutico con ella.

Suponemos entonces que la natural simbiosis primitiva de Leticia con su madre se prolongó más allá de lo habitual para “satisfacción” de ambas; pero que bruscamente la madre cambió su actitud, censurando y prohibiendo la expresión de sus impulsos, expresión que hasta ese momento había estimulado.

Suponemos también que Leticia no pudo comprender el porqué de este cambio y que, a partir de esa experiencia, *oscilará entre la inhibición*

de sus ansias incorporativas (cuando teme perder el objeto) y la exacerbación de la voracidad (cuando siente que el objeto de su deseo se presenta como accesible).

Ni una ni otra actitud le permitieron una solución satisfactoria. “Adormecer” sus mociones orales con té de amapola para conservar el amor de la madre, fue un recurso transitorio. Cuando se atrevió a “soltar” sus deseos orales refrenados, sólo pudo hacerlo maníacamente, pasando por encima de las reglas establecidas, y debió “pagar” por esta *infracción*, a los 4 años de edad, con la *fractura* y pérdida traumática de los dientes de leche y, a los 6 años, con la “boca hecha un monstruito”.

En sucesivas experiencias, se profundiza la huella de un deseo insatisfecho: incorporar el objeto de amor, poseerlo todo dentro de sí. Una huella cuyo engrama completo debe incluir también la vivencia de que “otro” le ha robado el objeto, y que su deseo, nacido de una excitación cada vez más irrefrenable, es al mismo tiempo imposible de tramitar. En la escuela primaria mordía a sus compañeros o se mordía a sí misma, en la adolescencia gritaba dando alaridos por cualquier “rabieta” y a los 20 años le diagnosticaron bruxismo.

Cuando, aparentemente, logra su propósito, la misma “devoración” ansiosa, que le proporciona el momentáneo “éxito”, la lleva a sentir que la posesión no es completa, porque no obtiene la satisfacción esperada. Se siente, además, dañina y culpable.

Leticia intuye que sus relaciones fracasan por su modalidad posesiva voraz, y se siente culpable por sus deseos, pero no puede renunciar a ellos, porque no encuentra otro modelo, otro patrón de conducta, otras reglas de juego, para alcanzar el amor que anhela. El deseo posesivo voraz, irrenunciable, la frustración por el fracaso y los sentimientos de culpa se retroalimentan mutuamente, hasta que la excitación alcanza niveles insoportables y el objeto amenaza con la ruptura del vínculo.

Como último recurso frente al abandono inminente, Leticia inhibe, refrena, coarta sus impulsos orales hacia el objeto, que se descargan, entonces, sobre su misma fuente. Llega, por este camino, a perder los dientes, a “renunciar” a los instrumentos “dañinos”, “responsables” del alejamiento del objeto. A los 24 años le diagnostican, ante una enfermedad periodontal con movilidad dentaria generalizada, una *periodontitis rápidamente progresiva de los adultos jóvenes*. La renuncia al deseo posesivo es, sin embargo, una renuncia aparente, ya que oculta la secreta intención de evitar el abandono por parte del objeto y de conservar su posesión.

**LAS FANTASÍAS ADIPOSAS EN
LA OBESIDAD**

(1997 [1996])

Luis Chiozza, Luis Barbero, Dorrit Busch,
Gustavo Chiozza y Mirta Funosas

Referencia bibliográfica

CHIOZZA, Luis y colab. (1997f [1996]) “Las fantasías adiposas en la obesidad”.

Primera edición en castellano

L. Chiozza, *Del afecto a la afección. Obesidad, SIDA, hiper e hipotiroidismo, enfermedades periodontales, caries dental*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1997, págs. 99-166.

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 octubre de 1996.

SÁBATO: –...Estas obsesiones iniciales, que daban el comienzo y el fin de la obra, deben ser respetadas, por lo mismo que son obsesiones, es decir visiones profundas de una realidad que uno no alcanza a distinguir con nitidez. Como se ve, al menos en mi caso, el final tira, por decirlo así, todo hacia él. Pienso que en esto la ficción se parece a la vida, ya que también en la vida nos movemos hacia ciertos fines obsesivos. Es la inversa de lo que sucede con los objetos materiales, con las cosas, que responden a las causas: una bola de billar sigue la trayectoria que le marca el golpe del jugador: el presente produce el futuro.

BORGES: (*Interrumpiéndolo con seriedad.*) –Sí, un mecanismo.

SÁBATO: –Como en los relojes, el determinismo que va de atrás para adelante. La fatalidad es un hombre atraído por un destino, no empujado por una causa.

Diálogos Borges Sábato, pág. 144
ORLANDO BARONE, comp. (1976)

I. El desconcierto de la medicina frente a la obesidad²⁸

1. El problema de la obesidad

Para algunas estadísticas, entre un 30 y un 40% de la población de los Estados Unidos, casi 80 millones de individuos, poseen una sobrecarga ponderal (Creff y Herschberg, 1988); para otras, un 26% de la población de ese país evidencia una sobrecarga ponderal leve, mientras que un 9% tiene una sobrecarga ponderal severa (Epstein y Higgins, 1992). Las distintas estadísticas sobre la incidencia de esta patología en la población presentan variaciones sorprendentes debido a que, como es obvio, dependen de qué se entiende por obesidad, y al parecer, como veremos enseguida, no existe

²⁸ Queremos señalar y agradecer la colaboración de Liliana Casali, quien nos acompañó en una gran parte del camino que condujo a la realización de este trabajo. Señalar y agradecer, también, la posibilidad que nos brindaron Carlo Brutti, Rita Parlani, Rosaria Basile, Veglia Pieracci y María Rosa Ventura, del Istituto di Ricerca Psicomatica-Psicoanalitica “Armina Aberastury” de Perugia, de discutir, repensar y enriquecer las ideas que hoy presentamos aquí.

un acuerdo general en este tema. Sin embargo, todos coinciden en afirmar que la obesidad posee una elevada incidencia en el mundo occidental (Felber, Acheson y Tappy, 1993) y “representa un problema médico importante en los Estados Unidos y en la mayoría de los países desarrollados” (Steinberg, 1993, pág. 930).

Millones de personas desean adelgazar y, pese a sus reiterados intentos con las más diversas dietas, se encuentran cada vez más lejos del objetivo inicial. Aquel que recurrió por primera vez a una dieta con el deseo de bajar 5 kilos, luego de unos años, se encuentra en la paradójica situación de que su objetivo inicial se encuentra ahora a 10 kilos de distancia.

Si bien son muchos los que, alguna vez, han intentado sin éxito alguna dieta, muchos menos son los que alguna vez consultaron a un especialista. Las dietas, creadas por especialistas o profanos, van perdiendo su carácter de recurso terapéutico para convertirse en un producto “vendible” para millones de consumidores desesperados, desorientados, pero siempre esperanzados.

Así, las dietas son productos que se necesita comprar y se desea vender. La dieta de bajas calorías, la dieta de Atkins, la dieta hiperprotídica, la dieta hidroprotídica, la dieta disociada, la dieta vegetariana, la dieta Zen, la dieta de la Luna, la dieta de la anti-dieta, la dieta del ayuno absoluto (¡y la lista sigue!), pasan a engrosar una lista que aumenta progresivamente conforme aumentan los kilos de sus temporales adeptos.

Este fervor dietario ni siquiera ha conseguido disminuir el ventajoso negocio de la industria alimentaria, que rápidamente se ha adaptado a este nuevo producto de consumo y sigue encontrando en el obeso su mejor cliente. 350 millones de dólares facturó la industria dietética en los Estados Unidos en el año 1986, y la facturación continúa subiendo a razón de un 20% anual (Creff y Herschberg, 1988).

Así, luego de extraer la crema de la leche para la elaboración del queso, el despojado suero restante, que antes se desechaba, pasa ahora a formar parte de un nuevo producto: la leche descremada que nos asegura (a cambio de un mínimo aumento de precio) un 0% de grasas. Junto a la industria *diet* o *light*, la industria naturista se toma el costoso trabajo de aportarnos las fibras imprescindibles que nuestro organismo necesita, con sólo ahorrarse el proceso de refinamiento de la harina.

En sus tentativas para adelgazar, los obesos gastan importantes sumas de dinero que repercuten en la economía general; según calculan algunos, la pérdida de un kilogramo tiene un costo en Francia de 300 francos (el 70% a cargo de la Seguridad Social) en consultas, revisiones, medicamentos, tiempo de trabajo perdido para cuidarse, etc. En Alemania Federal se estima que los gastos en obesidad representaban un 20% del presupuesto

de la Seguridad Social y un 2% del producto nacional bruto en cuidados, paros en el trabajo e invalideces (Creff y Herschberg, 1988).

Sin embargo, es menos sabido que el problema que la obesidad plantea a la medicina excede en mucho al del ámbito terapéutico. Así es, iguales dificultades tiene la medicina para tratar la obesidad que para definirla, o para revelar algún hecho concluyente acerca de sus “causas”.

Lo que comienza por ser una definición imprecisa y esquiva termina por conducir a los más rotundos malentendidos, que concluyen siempre reinstalando los mismos interrogantes que se pretendía responder.

“Ninguna otra afección está tan sujeta como ésta a las influencias sociales en lo que respecta a su definición, ni a controversias profesionales tan profundas en lo que atañe a su importancia médica y necesidad de tratamiento” (Genuth, 1983, págs. 1776-1777).

2. ¿Qué se entiende por obesidad?

Si bien con sólo ver a un sujeto (¡no es necesario pesarlo!) sabemos si es o no un obeso, dar una definición del término parece ser bastante complejo. Según Moliner (1991), “obesidad” es la cualidad de *obeso*, y “obeso” (que proviene del latín *obesus*, participio de *obedere*, de *edere*, comer) significa *gordo*. Esta autora nos aclara que el término “obeso” tiene la connotación de *anormalmente gordo* y que “obesidad” se utiliza particularmente para designar un *estado patológico*.

Es decir que “gordo” y “obeso” son en su origen sinónimos, pero en su uso actual poseen un significado ligeramente diverso. Mientras que la gordura es una *cualidad del ser*, la obesidad es, particularmente, un *estado anormal o patológico*, en otras palabras, una *enfermedad*. Para saber entonces qué significa obesidad debemos continuar nuestra investigación y preguntar, ahora, qué hace que una gordura sea patológica; a partir de cuándo (¿o deberíamos decir cuánto?) un gordo deja de ser normal para comenzar a estar enfermo.

Para esta pregunta no hemos encontrado, aún, una respuesta clara. Los textos especializados afirman que la obesidad es una excesiva acumulación de grasa (Salvat, 1974), o más precisamente el exceso de depósitos de triglicéridos en el tejido adiposo, lo cual determina un exceso de peso corporal (Álvarez Salas y otros, 1988). Para Genuth “no existe, y probablemente no habrá nunca, una definición precisa del peso corporal normal, o del porcentaje normal de peso que debe corresponder al tejido adiposo; la definición de la *obesidad* será, pues, siempre relativa... Por lo tanto, la mayoría de los mé-

dicos se siguen orientando por las tablas tradicionales que establecen el peso ideal en relación con la altura, aunque su aplicabilidad a la población general está por demostrarse. Sea como fuere, tomando dichas tablas como punto de partida, una definición razonable y conservadora sería aquella en la que se indicase que existe una obesidad patológica cuando el peso corporal supera en un 25% la cifra establecida como ideal” (Genuth, 1983, pág. 1777).

Existe una gran variedad de criterios entre los distintos autores (y también las distintas épocas) acerca del exceso de peso, expresado en porcentaje del peso ideal, que “inaugura” la condición de obeso. Para muchos se considera un 20% y para otros, incluso, un 10%. A esta disparidad de criterios se suman los diferentes métodos²⁹ de relacionar la talla y el peso para obtener el peso ideal; veamos algunos:

- 1) Peso ideal (en kg) = talla (en cm) - 100.
- 2) Peso ideal (en kg) = 50 + 0,75 x (talla en cm - 150).
- 3) La relación talla/peso debe ser igual a 2,4.
- 4) Peso ideal (en kg) = (talla en cm - 100 + edad ÷ 4) x 0,9.

Así, el peso ideal para un sujeto de 25 años y 1,80 m de altura, será de 80 kg según la primera fórmula; de 72,5 kg para la segunda; no mayor de 75 kg para la tercera, y de 77,6 kg para la cuarta. Si el joven de nuestro ejemplo pesa 90 kg, podría tener tanto un sobrepeso de un 13% como una obesidad con un 25% de exceso de peso, según el profesional consultado. Solamente el sentido común nos eximirá de las consideraciones precedentes si el joven de nuestro ejemplo es, además, un musculoso jugador de rugby.

Otro método para intentar determinar la cantidad de tejido adiposo consiste en efectuar mediciones del grosor del pliegue cutáneo en distintas regiones del cuerpo; método que también tiene múltiples desventajas: las mediciones son difíciles de reproducir, especialmente en los obesos; reflejan sólo la obesidad subcutánea y dependen demasiado de la elasticidad dérmica que varía con los años (Epstein y Higgins, 1992).

Existen, no obstante, otros métodos para determinar el peso corporal ideal; “en los últimos años el índice de masa corporal (BMI)³⁰, peso (kg)

²⁹ Tomados del *Manual de obesidad* de Creff y Herschberg (1981, pág. 1).

³⁰ Hemos procurado realizar una traducción fiel y literal del texto original, disponible sólo en inglés: “In recent years, the body mass index (BMI), weight (kg) per height (m²) has gained recognition as an acceptable surrogate measure of body fatness... Nevertheless, persons with similar BMI show quite wide variations in body fat. Therefore it must be kept in mind that the BMI characterizes groups rather than individuals”.

por talla (m^2)³¹, ha ganado reconocimiento como un subrogado aceptable de la medida de obesidad (gordura) del cuerpo... No obstante personas con similar BMI muestran una variación bastante amplia en la gordura corporal. Por lo tanto debe tenerse presente que el BMI caracteriza grupos antes que individuos”³² (Epstein y Higgins, 1992, pág. 330).

Siguiendo el parámetro del BMI se considera que un sujeto tiene sobrepeso (obesidad leve) cuando su BMI alcanza la cifra de 27 (esto es 27 kilos por metro cuadrado de superficie corporal) y es obeso con una cifra mayor de 30 (Felber, Acheson y Tappy, 1993). Otros autores consideran cifras distintas para definir el sobrepeso (por ejemplo 27,8 para los hombres y 27,3 para las mujeres), aunque existe un acuerdo mayor para considerar la obesidad a partir de cifras que alcanzan o superan a 30.

“Se ha propuesto una clasificación internacional para la obesidad aprobada por la OMS basada en... rangos arbitrarios de BMI.” La obesidad de grado 1 (sobrepeso moderado) se define con un BMI de 25 a 29,9; la de grado 2 (sobrepeso severo), con un BMI de 30 a 39,9, y la de grado 3 (obesidad u obesidad morbosa), con cifras de BMI mayores de 40 (Björntorp y Brodoff, 1992, pág. 330). Así, por ejemplo, el musculoso joven del ejemplo anterior tendrá un BMI de 28 (kg/m^2) y, a menos que, con buen criterio, se lo excluya de estas estadísticas, lamentablemente elevará el porcentaje de obesos grado 1 de su país.

Sin embargo, las controversias acerca del tema no concluyen en la determinación de la cifra a partir de la cual se comienza a hablar de obesidad. Creff y Herschberg comienzan su *Manual de obesidad*³³ afirmando que “la

³¹ Para poder establecer el BMI se recurre a una tabla especial (Bray, 1978), que el lector puede consultar en la página 302 de *Obesity* de Björntorp y Brodoff (1992), donde se obtiene el BMI a partir del peso y la altura.

³² Incluimos esta cita con la intención de enfatizar que el BMI no es, en opinión de los citados autores, un adecuado método para determinar el peso ideal o su alteración patológica en un individuo dado. Sin embargo, el segundo término de la afirmación, es decir, que no siendo adecuado para caracterizar individuos, sí lo es para caracterizar grupos de individuos, genera, en nosotros, cierto desconcierto. Nos inclinamos a pensar que, con esta afirmación, los autores quieren significar que si tomáramos, por ejemplo, diez sujetos con un BMI de 32, la mayoría de ellos serán obesos.

³³ En el prólogo a la edición española, Gonçal Lloveras, profesor adjunto de Endocrinología en la Universidad Autónoma de Barcelona, afirma que se trata de “un libro científicamente correcto puesto al día en cuanto a información, pero a la vez sencillo, escrito también desde la experiencia clínica, educativo con seriedad... Consideramos, pues, un acierto la publicación de esta versión en lengua castellana de *Obésité*” (Creff y Herschberg, 1981, págs. v-vi).

obesidad no es una enfermedad propiamente dicha, pero, tras un período de latencia bastante prolongado, se convierte en el principal motivo de consulta en diabetología, en cardiología, en reumatología, en circulatorio o en digestivo” (Creff y Herschberg, 1981, pág. vii), definición que desconcierta por su extrema ambigüedad. En efecto, la misma definición podría también aplicarse a lo que llamamos “una vida normal”, ya que, al fin y al cabo, aun los más sanos, más tarde o más temprano terminarán golpeando la puerta de alguno de aquellos consultorios.

Pero mayor aún es la sorpresa cuando estos mismos autores tratan el tema de la obesidad como una patología “propiamente dicha”, y finalizan el citado tratado afirmando que “si bien podemos situar el inicio de una obesidad, nunca podremos predecir hasta qué punto de sobrecarga se desarrollará; además, no tenemos demasiados elementos para prejuzgar su morbilidad potencial. Como consecuencia, pensamos que la obesidad, *siendo una afección como cualquier otra*, debe ser tratada lo antes posible” (Creff y Herschberg, 1981, pág. 193)³⁴.

Dado que la vida es ante todo equilibrio (sea entre acidez y alcalinidad, entre catabolismo y anabolismo o entre Eros y Tánatos), todo exceso que sobrepase el óptimo atentará contra la vida y será enfermedad y muerte; se trate de oxígeno, de dinero, de glóbulos rojos o de tejido adiposo. Pasado un cierto límite, la cantidad se transforma en cualidad; precisar ese límite no es tarea fácil. La acumulación de tejido adiposo es un recurso normal y saludable y nada demuestra que el mecanismo de almacenamiento de la grasa en el obeso difiera del mecanismo normal, excepción hecha de la cantidad (Steinberg, 1993).

“En fin, por el momento, a pesar de los muchísimos progresos, ignoramos casi por completo los íntimos mecanismos de esta sobrecarga de grasa, no entendemos del todo las diferencias entre los individuos frente a la alimentación y, a pesar de la gran cantidad de hipótesis formadas, nos cuestionamos más cosas que respuestas obtenemos”, concluyen Creff y Herschberg (1981, pág. ix).

La obesidad extrema, la que daña otros órganos y sistemas, no constituye el meollo del problema, ya que ésta es la más fácil de diagnosticar, representa un porcentaje pequeño de las consultas por obesidad y es, a la vez, la de mejor respuesta al tratamiento (Creff y Herschberg, 1981). Tam-

³⁴ El destacado no pertenece al original sino a la intención nuestra de subrayar, a través de esta contradicción evidente, el gran desconcierto que suscita la obesidad para la medicina; desconcierto que, por otra parte, confiesan los mismos autores, como se puede apreciar en la cita que veremos enseguida.

poco lo es la obesidad secundaria a otras patologías, en donde la enfermedad primaria ocupa el centro de la escena. El desconcierto de la medicina frente a la obesidad se da en el campo intermedio que representa el 90 a 95% de las consultas³⁵ (Creff y Herschberg, 1981), en lo que se presenta como “unos kilos de más”, donde la dificultad para dar una definición de la “patología” que se pretende “tratar”, sólo es parangonable con la dificultad para obtener un éxito terapéutico duradero.

3. El desplazamiento de la forma al peso

Si bien el aumento del tejido adiposo supone un incremento del peso, no es ocioso aclarar que ese aumento no necesariamente se refleja en el peso global de la persona. Ocurre frecuentemente que el aumento del tejido adiposo se acompaña de una disminución de la masa muscular y un aumento de la retención de agua, por lo tanto las vicisitudes del peso global son sólo un signo indirecto e impreciso de lo que ocurre en el tejido adiposo; signo que, incluso, puede conducir a apreciaciones erróneas.

No obstante esta obviedad, el tema del peso en la obesidad ha adquirido una dimensión exagerada; la obesidad se ha convertido en “sobrepeso” o, técnicamente hablando, en “sobrecarga ponderal”; “adelgazar” ha pasado a significar “bajar de peso”, y el deseo de adelgazar está unido a una cifra exacta, expresada en cantidad de kilos.

En otras palabras, el peso corporal ha dejado de ser un signo para convertirse en síntoma, desplazando y ocultando al síntoma inicial, que ha motivado y todavía sostiene el deseo de adelgazar. En efecto, el deseo de adelgazar no surgió sobre la balanza sino frente al espejo. La cifra en la balanza o el talle de la ropa, a diferencia de la forma corporal, son “secretos” que no se hallan a la vista. Cualquier varón aceptaría gustoso diez kilos siempre que se trate de músculos y no de grasa.

También para el médico “el concepto de cuándo un sujeto es obeso se establece más que nada por la inspección” (Jiménez Díaz, 1950, pág. 108), y el deseo de adelgazar estará dado por las repercusiones patológicas en otros órganos, por la impotencia funcional o, sencilla y fundamentalmente, por el displacer que le genera al sujeto su forma corporal; a estos motivos se sumará luego un consenso instrumentado por los intereses de la industria.

³⁵ Estas consultas representan, a su vez, un porcentaje mínimo de la población que desea adelgazar; población que, recurriendo directamente a las dietas publicitadas, no consulta a los centros en los que se elaboran este tipo de estadísticas.

Una vez determinada la necesidad de adelgazar, el médico, intentando “medir” lo que, en su origen y como motivo de consulta, es cualidad, pesa y compara al paciente con los patrones “normales” establecidos en las tablas que ya mencionamos. Estas tablas están “hechas sobre mediciones de millares de individuos” (Puchulu y Pángaro, 1951, pág. 345), los cuales (subrayémoslo) han sido elegidos por considerárselos normales *a priori* de toda medición (!)³⁶.

No obstante estas consideraciones, a los fines de encuadrar nuestra tarea, debemos ensayar algún tipo de definición por más provisoria que se demuestre. Busquemos entonces una definición lo más desprovista posible de malentendidos que enturbien el objeto de nuestra investigación. Tratando de volver al sentido más primitivo de las palabras, llamaremos obesidad (por ahora) a una forma egodistónica del *engordar*; es decir, una alteración de la forma corporal por acumulación de tejido adiposo normal que se transforma en una fuente de malestar que motiva el deseo de *adelgazar*.

Este malestar, que suele presentarse como un sentimiento de *disconformidad* con la propia forma o bien como una *impotencia* funcional que deriva de la alteración de la forma (aunque algunas veces puede estar creado por el consenso o, incluso, por el médico), es, para nosotros, un motivo de consulta tan genuino como cualquier otro, sea un cáncer o una hipocondría. Nos abstendremos momentáneamente de abrir juicios acerca de la morbilidad futura de este malestar o aquella acumulación de grasa, como así también de las perspectivas pronósticas que dependerán del tratamiento que se emplee.

4. Una “bolsa de trucos” para definir la “causa” de la obesidad

Como si las dificultades para definir y tratar a la obesidad no fueran suficientes, se agrega, además, la dificultad para definir sus “causas”. Creff y Herschberg sostienen que el “metabolismo de los ácidos grasos en el obeso probablemente no difiere del de un sujeto normal de peso. *Simplemente se realiza a un nivel superior*” (Creff y Herschberg, 1981, pág. 12).

“Se ha observado cierto número de anormalidades metabólicas y endócrinas en personas obesas. Por ejemplo, tienen niveles anormalmente altos de insulina plasmática y su respuesta de insulina a la ingesta de glu-

³⁶ Aun los métodos más sofisticados que se han elaborado para determinar la cantidad de tejido adiposo arrojan valores que luego serán comparados con un valor establecido como el “estándar” normal; estándar surgido de la medición de sujetos elegidos por considerárselos “normales” por inspección.

cosa es mayor que lo normal. Sin embargo, los individuos normales que deliberadamente aumentan de peso con propósitos experimentales obligándose a comer en exceso también desarrollan hiperinsulinemia; cuando vuelven a sus hábitos de ingestión normales y recuperan su peso normal, su hiperinsulinemia desaparece. Así, la hiperinsulinemia y la mayoría de las ‘anormalidades metabólicas’ descritas en el sujeto obeso representan *resultados* de la obesidad, más que causas (Sims y colab., 1973)” (Steinberg, 1993, pág. 930).

No habiendo encontrado, entonces, diferencias con los sujetos normales en los mecanismos de acumulación de grasa del obeso, es decir, el metabolismo graso, una pregunta sigue en pie: ¿por qué un sujeto es obeso?

Las primeras respuestas relacionaron la obesidad a una excesiva ingesta, o a lo sumo a una desproporción entre el aporte y el consumo. Los textos actuales han descartado esta teoría por considerarla demasiado simple: “...todo aquello que lleve a un desequilibrio continuo entre la ingesta de alimentos y el consumo de energía (balance energético positivo) puede ser causa de obesidad. Sin embargo, decir que la obesidad se debe a una ingesta excesiva de alimentos no es más profundo o esclarecedor que decir que el alcoholismo se debe a una ingesta excesiva de alcohol” (Steinberg, 1993, pág. 930).

Por otra parte, esta teoría del balance energético positivo tampoco resulta aplicable a todos los casos. En efecto, medida la ingesta en términos de calorías, hay sujetos que comen mucho y no engordan; actualmente se considera que sólo el 30% de los obesos tienen una ingesta calórica elevada. Otro 30% mantiene una ingesta hipocalórica (Creff y Herschberg, 1981)³⁷.

Michel Montignac, autor del método Montignac, elabora una cuidadosa crítica de las distintas dietas existentes fundamentada en opiniones de reconocidos profesionales, especialistas en la materia; así nos dice que “el

³⁷ Creff y Herschberg realizan la siguiente observación: “Estas encuestas también nos mostraron que en esta población joven (de 18 a 30 años) de peso normal y estable, padecen [!]: 48% normofagia..., 51% hiperfagia..., 1% hipofagia... Como consecuencia, el estudio de la eferencia comportamental concerniente al hambre hace aparecer un fenómeno capital: el obeso no siempre es el gran glotón, el hipérfago concebido antes de que las encuestas y los balances dietéticos se convirtieran en una práctica corriente” (Creff y Herschberg, 1981, pág. 51). Surge aquí la pregunta acerca de si la referida diferencia con los textos antiguos, en los que se describía al obeso como un hipérfago, se debe a un progreso de los conocimientos o a un cambio en la manera de comer del obeso por la influencia iatrogénica del énfasis que, durante los últimos años, puso la medicina en las dietas.

profesor David Gartner, de la Universidad de Michigan, considera, al igual que muchos colegas, que el primer factor de la obesidad en los Estados Unidos ‘es la sucesión de regímenes hipocalóricos’” (Montignac, 1994, pág. 31). “El profesor Bronwell, de la Universidad de Pensilvania, ha estudiado el fenómeno con ratas de laboratorio cuya alimentación estaba compuesta por una serie alternativa de regímenes pobres en calorías. Los animales ganaban y perdían peso, pero el ritmo del aumento y la disminución variaba con cada nuevo régimen... Después, la pérdida de peso era cada vez más difícil de conseguir y la recuperación cada vez más rápida. Lo que demuestra que el metabolismo se adapta a la reducción calórica” (Montignac, 1994, pág. 35). “El profesor Apfelbaum, que durante más de veinticinco años fue un ardiente defensor de esta dieta proteica, tuvo el valor de reconocer la inutilidad de la misma en el Congreso Internacional de la Obesidad celebrado en Amberes en 1993, donde se llegó a la conclusión de que ‘a largo plazo, todos los individuos recuperan los kilos perdidos’” (Montignac, 1994, pág. 41)³⁸.

Estas observaciones desplazaron el norte de la investigación de la cantidad (medida en calorías) de alimentos a la calidad de los mismos³⁹. Se llegó así a la idea de incrementar la ingesta de vegetales y fibras, o frutas,

³⁸ Lamentablemente, el libro de Montignac, destinado al lector no especializado, carece de referencias bibliográficas.

³⁹ El método Montignac, que según su autor no debe considerársele una dieta, se basa en la ingestión exclusiva de alimentos “naturales” por poseer éstos “un bajo índice glicémico”; es decir, elevan menos la glucosa en sangre y por lo tanto, como veremos luego, estimula la secreción de insulina (hormona que favorece el depósito de lípidos) en menor grado. Independientemente del destino que el futuro depara para esta dieta, es susceptible de recibir una objeción similar a la que el propio Montignac hace a las otras dietas: cómo es que existen sujetos que no engordan pese a consumir alimentos con un índice glicémico elevado. Un argumento muy similar utilizan Diamond y Diamond (1985) cuando denominan a su “procedimiento para adelgazar” con el paradójico nombre de “Antidieta”. Tanto la Antidieta como el método Montignac insisten en que mientras la dieta es algo temporal, sus procedimientos procuran un cambio estable y definitivo en el modo de alimentación. Así, pensamos, buscan resguardarse tanto del desprestigio con que los innumerables fracasos van tiñendo el concepto de “dieta”, como del aumento de peso que sigue a la primaria disminución, una vez que se abandonan estos procedimientos. Aun suponiendo que algunos obesos pudieran adquirir definitivamente estos hábitos alimentarios, de modo tal que no recuperaran el exceso de grasa perdido, del mismo modo que ocurre con los alcohólicos “recuperados”, no podríamos decir que su obesidad estaría “curada” sino, simplemente, “temporalmente controlada”.

o separar la ingesta de grasas de la ingesta de hidratos de carbono, o ingerir preferentemente proteínas, o privar de hidratos de carbono, etc. Todos estos intentos, surgidos de enfatizar distintos aspectos del metabolismo graso, fueron engrosando tanto la ya larga lista de dietas disponibles, como la no menos larga lista de fracasos a largo plazo.

No obstante los escasos éxitos duraderos cosechados, un mismo argumento sigue desalentando los intentos de este tipo: ¿por qué los sujetos normales que comen sin observar las cualidades de los alimentos ingeridos no engordan? Como vemos, es el mismo argumento que otrora llevó a abandonar la teoría cuantitativa al observar que no en todos los casos los obesos comían más “calorías”.

Dado que un individuo normal (se trate de un hombre o un animal de laboratorio) frente a una adecuada oferta cualitativa de alimentos, escoge (inconscientemente) guiado por su apetito los alimentos necesarios en calidad y cantidad, y mantiene, así, su peso (tejido adiposo incluido), las suposiciones se orientaron a una supuesta alteración “nerviosa” de esta compleja regulación.

Se hicieron, entonces, muchas afirmaciones, todas ellas empíricas, acerca del trastorno inherente a la obesidad. “El tejido adiposo del obeso difiere del tejido adiposo del individuo normal, porque posee una particular avidez para almacenar la grasa, de ahí el nombre de lipofilia, y además ofrece una resistencia especial para la movilización de la grasa depositada” afirman Puchulu y Pángaro (1951, pág. 351), omitiendo aclarar qué significan los términos “particular avidez” y “resistencia especial”.

Se afirmó también que en el sujeto obeso el “ponderostato” o el “adipostato”⁴⁰ o, mejor, el “lipidostato”⁴¹ estaba alterado, de modo tal que el sujeto no se detenía una vez ingerido lo “necesario”, o se detenía más allá del “punto óptimo”. Existiría, así, un supuesto *set point* que lleva al sujeto, por medio de la ingesta de cierto tipo y cantidad de alimentos, a alcanzar un determinado “peso” (mejor dicho, una determinada cantidad de grasa); *set point* que en el obeso estaría fijado en un “nivel erróneo”. Tanto el cientificismo del “ponderostato”, como el tecnicismo anglosajón del *set point*, son intentos de mantener la *ilusión* de haber encontrado la causa de la obe-

⁴⁰ En el citado párrafo en el que Creff y Herschberg hablan de la necesidad de tratar la obesidad, concluyen: “antes de que se instalen de modo irreversible condicionamientos y vías metabólicas derrochadoras y antes de que el ‘adipostato’ se fije a un nivel erróneo” (Creff y Herschberg, 1981, pág. 193).

⁴¹ Creff y Herschberg afirman que “podemos concluir diciendo que existe un glucostato, pero que la existencia de un lipidostato no está comprobada” (Creff y Herschberg, 1981, pág. 31).

sidad suponiendo la existencia de una estructura somática “descompuesta” por el concurso de algún mecanismo físico.

Pero si bien con esta especulación seguimos todavía muy, pero muy lejos de haber encontrado la “causa” de la obesidad (tan lejos como al comienzo), destaquemos, sí, un progreso de otro orden en la relación entre el comer y el engordar. En efecto, a poco de reflexionar vemos que afirmar la existencia de un lipidostato o *set point* fijado en un “nivel erróneo”, implica afirmar también que el obeso no engorda porque come sino que, al revés, guiado inconcientemente por su apetito, el obeso come lo suficiente (en calidad y cantidad) para engordar primero, y luego para mantener estable su exceso de grasa.

Podemos afirmar, entonces, que es la concepción mecanicista (implícita en considerar el comer como la causa, la obesidad como el efecto y la dieta como el tratamiento causal) la responsable de los fracasos terapéuticos que los especialistas, hoy, comienzan a reconocer; fracasos que, como una *némesis médica*, producen, además, grados mayores de obesidad en quienes se someten reiteradamente a las dietas (el conocido efecto *yo-yo*).

Es esta misma concepción mecanicista la que, en palabras de Sábato, cuestionábamos desde el epígrafe, al decir que: “Estas obsesiones... deben ser respetadas, por lo mismo que son obsesiones, es decir visiones profundas de una realidad que uno no alcanza a distinguir con nitidez... En la vida nos movemos hacia ciertos fines obsesivos. Es la inversa de lo que sucede... con las cosas, que responden a las causas... La fatalidad es un hombre atraído por un destino, no empujado por una causa”.

Ver las cosas de esta manera implica un cambio radical en la filosofía con la cual se intenta abordar el problema; comer ya no es la “causa” y el aumento de grasa el “efecto”, sino que comer pasa a ser un *medio* y el aumento de grasa su *meta* o *finalidad*. La pregunta por la causa de la obesidad cede su lugar a la pregunta por aquello que la *motiva*.

Sin alejarnos de las observaciones que hace la medicina, podemos afirmar que es el inconciente el que, a través del apetito selectivo y la saciedad, guía al sujeto en la calidad y cantidad de lo ingerido, prescindiendo de sus conocimientos concientes acerca del valor nutritivo de tal o cual alimento.

De a poco, vamos abandonando los trastornos del cuerpo para interesarnos en los motivos del alma. Omitiremos citar a numerosos autores psicoanalíticos que, partiendo de un punto de vista que consideramos errado, se ocupan de las ansiedades orales centrando su investigación de la obesidad en un presunto trastorno de la oralidad. Nosotros, en cambio, centraremos la nuestra en las fantasías adiposas. Pero para comprender el significado inconciente de estas fantasías, es decir, cuál es la motivación

inconciente que se satisface con el aumento de grasa, deberemos comprender primero cuál es la función del tejido adiposo.

II. La función metabólica del tejido adiposo

1. El tejido adiposo

El tejido adiposo es una variedad de tejido conjuntivo formado por un tipo particular de células llamadas células grasas o adipocitos; los adipocitos se hallan organizados en lobulillos separados entre sí por tabiques de tejido conectivo laxo que conducen vasos sanguíneos y nervios hacia el interior del tejido adiposo (Ham, 1975). El adipocito maduro consiste en una gran gota de lípidos carente de estructura, rodeada por un reborde de citoplasma muy delgado, levemente engrosado en la zona del núcleo celular (Steinberg, 1993).

En el embrión y en las primeras etapas de la vida fetal, los adipocitos contienen muy pocos lípidos almacenados y por lo tanto no poseen el aspecto característico de sus formas maduras⁴² (Steinberg, 1993; Fawcett, 1994). Sin embargo constituyen un tipo celular específico destinado a convertirse en adipocitos maduros llenos de lípidos (Steinberg, 1993; Ham, 1975).

En la mayoría de los mamíferos, incluyendo al ser humano, el tejido adiposo inicia su desarrollo a mitad de la vida intrauterina. En este período, los islotes de células no poseen lípidos, y por lo tanto se los ha llamado órganos adiposos primitivos o también lipoblastos. La acumulación posterior de lípidos en estas células las convierte en adipocitos (Ross y Romrell, 1989; Fawcett, 1994). Así como el máximo crecimiento en longitud se alcanza a finales del segundo trimestre de gestación, el aumento de peso se inicia en el tercer trimestre alcanzando su máximo inmediatamente antes de término⁴³ (Hib, 1994).

⁴² Esto, como se comprenderá mejor al hablar del metabolismo graso, está relacionado con el tipo de alimentación continua, que hace innecesario el depósito de reservas; podemos decir que las reservas adiposas del feto “se hallan” en el tejido adiposo materno.

⁴³ El desarrollo de los adipocitos en el tejido celular subcutáneo comienza entre la vigésima sexta y vigésima novena semana, donde el peso aumenta 3,5%; durante el transcurso de la trigésima y la trigésimo cuarta semana, el tejido adiposo alcanza alrededor del 8% del peso corporal total. En las últimas semanas del desarrollo, el feto está “regordete” y el crecimiento corporal disminuye. El tejido graso alcanza aproximadamente el 16% del peso corporal, llegándose a producir “unos 14 g de grasa por día durante las últimas semanas de gestación” (Widdowson, citado por Moore, 1989).

“El número de células adiposas aumenta desde la vida fetal, con un máximo [de aceleración] a partir de la 30ª semana de gestación, hasta finales del primer año; después esta multiplicación disminuye progresivamente para detenerse al final del crecimiento corporal (poco después de la pubertad)” (Creff y Herschberg, 1981, pág. 13). Los posteriores aumentos del tejido adiposo se hacen a expensas del tamaño celular y ya no del número de adipocitos (Steinberg, 1993).

La capacidad de captar y almacenar lípidos en forma de triglicéridos, como veremos enseguida, hace del adipocito una célula única, diferente a todos los otros tipos celulares, los cuales poseen una capacidad muy limitada para almacenar estas sustancias. Los triglicéridos constituyen la forma más eficaz de almacenamiento de energía y por lo tanto *el depósito de calorías de reserva es la función principal del tejido adiposo. Además, como derivado del tejido conectivo, desempeña un papel estructural acolchando las vísceras y, como capa aisladora, reduce la velocidad con la que se pierde el calor corporal* (Steinberg, 1993).

Del mismo modo que la piel, el *tejido adiposo* puede ser considerado “*un ‘órgano’ homogéneo, ampliamente distribuido en la anatomía humana* (Wasserman, 1965)” (Steinberg, 1993, pág. 890). Se halla en forma subcutánea en todo el cuerpo, con depósitos adicionales en las mamas y las nalgas; depósitos mayores se localizan en el mesenterio, alrededor de los riñones y, en menor medida, en el pericardio. Por su distribución, contribuye a la forma corporal y de ella dependen, en gran medida, las diferencias corporales entre el hombre y la mujer, como lo prueba el depósito selectivo de grasa en las caderas, las nalgas y las mamas bajo la influencia de hormonas estrogénicas⁴⁴ (Steinberg, 1993; Fawcett, 1994).

En todas estas localizaciones, el tejido adiposo lleva a cabo su función principal de suministrar ácidos grasos durante el ayuno; sin embargo, el tejido adiposo de otras regiones no cede fácilmente la grasa acumulada, como por ejemplo en las órbitas oculares, en las grandes articulaciones o

⁴⁴ La diferenciación de la distribución de la grasa corporal ocurre en la pubertad. En el varón, por el efecto de la testosterona, una cifra importante de adipocitos desaparece siendo el número total de sus células adiposas la mitad que el de la mujer. En él, los acúmulos de tejido graso son más prominentes en la nuca y el abdomen. Los factores hormonales determinan también el volumen de los adipocitos que varía de una región a otra. Así pues, las células de la región deltoidea y escapular son mayores en el varón que en la mujer; por el contrario, en la mujer, los adipocitos de las regiones pelvianas y crurales son más voluminosos que en el hombre (Creff y Herschberg, 1981).

en las palmas de las manos y plantas de los pies. En estas regiones el tejido adiposo parece privilegiar sus funciones de sostén mecánico por sobre sus funciones de reserva metabólica (Fawcett, 1994).

Existe también otra variedad de tejido adiposo, la grasa parda (también llamada tejido adiposo multilocular por las múltiples gotitas de inclusión lipídica), que no está involucrada en la obesidad. La función principal de este tejido es la producción de calor en los animales recién nacidos y principalmente en los miembros de algunas especies cuando despiertan de la hibernación. La capacidad para producir calor proviene de las abundantes mitocondrias que, además, dan un color marrón oscuro a la grasa, color al que ésta debe su nombre (Ham, 1975). Este tejido, abundante en el neonato humano, tiende a desaparecer⁴⁵ con el correr de los años, siendo muy escaso en el hombre adulto. Se localiza en el triángulo anterior del cuello, detrás del esternón y en la zona perirrenal (Moore, 1989; Pansky, 1985).

Como vimos en el apartado anterior, resulta difícil determinar cuánta es la cantidad de tejido adiposo “normal”; algunos autores consideran que representa entre un 15 y un 20% del peso corporal en el varón y entre un 20 y un 25% para la mujer (Ham, 1975). Otros hablan de un 20% del peso corporal total, lo cual significaría unos 15 kilos en un individuo promedio, de los cuales un 90% (unos 13 kilos) son lípidos almacenados como triglicéridos. “Así, hay suficientes triglicéridos como para proporcionar combustible para dos meses o más con niveles promedio de consumo de calorías. Esto contrasta en forma notable con la cantidad limitada de glucosa almacenada disponible, suficiente sólo para proporcionar energía durante menos de un día” (Steinberg, 1993, pág. 889).

Sin embargo no parece haber un límite para el aumento del tejido adiposo y, por lo tanto, casi todo el incremento del peso de un sujeto obeso se debe al aumento de la masa adiposa; así, en un obeso de 140 kilos, el tejido adiposo alcanza un peso total de 70 kilos, es decir, un 50% del peso corporal total. Este aumento puede deberse al aumento del número de adipocitos de un determinado tamaño, al aumento de tamaño de los adipocitos, o bien a mecanismos combinados. El número total de adipocitos

⁴⁵ Algunos autores sostienen que después del nacimiento estas células van perdiendo sus características multiloculares, asemejándose así a la grasa blanca o unilocular. Por esta razón se suscitaron discusiones acerca de si hay o no dos tipos distintos de tejido adiposo. Las evidencias se inclinan a considerar dos tipos distintos de grasa; si bien en el adulto bien nutrido toda la grasa puede tener el aspecto unilocular, en ciertas condiciones pueden reaparecer masas de tejido multilocular en las mismas localizaciones que en el neonato (Fawcett, 1994).

depende, en proporción directa, de la nutrición temprana; por lo tanto, la obesidad infantil comporta una población adipocitaria mayor (hiperplasia del tejido adiposo). La obesidad del adulto, en cambio, se debe al aumento del tamaño adipocitario (hipertrofia) con conservación del número de células, mientras que la obesidad de la segunda infancia se halla en una situación intermedia compartiendo, en proporción variable, ambos mecanismos (Steinberg, 1993).

2. Los ácidos grasos

Los ácidos grasos (o lípidos) son sustancias insolubles en agua que tienen especial importancia como reserva de energía y como componentes de las membranas biológicas. Si bien algunos tipos de ácidos grasos no pueden ser sintetizados por los mamíferos (linoleico y linolénico, llamados también ácidos grasos esenciales) y deben ser ingeridos en la dieta, la mayoría de ellos son fácilmente sintetizables a partir de la glucosa (Smith y Thier, 1988).

En cuanto a la función que ahora nos interesa, los ácidos grasos son acumulados en el tejido adiposo y en el hígado en la forma de triglicéridos; molécula esta que surge de la unión de tres ácidos grasos en torno a una molécula derivada del fraccionamiento de la glucosa, el glicerol⁴⁶. Los triglicéridos o grasas neutras constituyen depósitos de energía muy concentrada, ya que el rendimiento metabólico surgido de la oxidación completa, medido en calorías⁴⁷, es de 9 kilocalorías por gramo, contra 4 kilocalorías por gramo de carbohidratos o de proteínas (Steinberg, 1993).

⁴⁶ “Triglicérido” es el nombre de uso habitual que sustituye al más completo de “tri-acil-glicérido” (TAG), que denota más exactamente su estructura química; es decir, un glicerol con sus tres átomos de carbono acetilados, donde el grupo acetilo es la característica propia de los lípidos.

⁴⁷ Escriben Álvarez Salas y otros: “...el metabolismo (en relación cuantitativa) se debe considerar, según Rubner, desde el llamado *punto de vista energético*, y con arreglo al cual hay que conceptuar el organismo vivo como una máquina que necesita energía química para producir calor y trabajo... En el descanso absoluto, la energía producida por el metabolismo se transforma casi toda en calor... La *medida de las cantidades de calor* así producidas por medio del calorímetro (calorimetría) da, por kilogramo de peso corporal y por hora, estando el cuerpo en reposo muscular completo (reposo en cama) en ayunas, una caloría grande, que es la cantidad de calor necesaria para elevar a 1°C la temperatura de un litro de agua y corresponde a un trabajo de 247 kilográmetros” (Álvarez Salas y otros, 1988, págs. 1765-1766).

La especial cualidad de reserva energética concentrada surge de su insolubilidad en agua; esto hace que los depósitos de grasa estén libres de agua, lo cual reduce notablemente el peso y el espacio del depósito lipídico. En consecuencia, un gramo de grasa prácticamente anhídrica acumula más de seis veces la misma energía que un gramo de glucógeno hidratado, que es la forma de almacenamiento de los hidratos de carbono (Stryer, 1988). Una cantidad equivalente de energía acumulada en forma de glucógeno implicaría una masa ocho veces mayor a la de la reserva grasa (Smith y Thier, 1988); en otra metáfora, un ave migratoria que transportara el mismo combustible en forma de glucógeno jamás podría levantar vuelo (Stryer, 1988)⁴⁸.

Podemos pensar, entonces, que los ácidos grasos representan el ingenio de la naturaleza para almacenar combustible de un modo tal que reduzca al mínimo el consumo que implica, luego, el tener que transportarlo. En efecto, en la naturaleza el almacenamiento de energía en forma de grasas se halla ligado a la idea de locomoción, como lo señala Weisz (1966*); así, los moluscos bivalvos y las plantas enraizadas almacenan energía en forma de glucógeno, mientras que las semillas vegetales que se dispersan con el viento o los animales que deben desplazarse lo hacen en forma de grasas.

Si bien como forma de almacenamiento de energía, los ácidos grasos superan en sus cualidades a los glúcidos, esto no ocurre en sus cualidades como “alimento” celular. En efecto, habiendo glucosa disponible, los tejidos se inclinan por el consumo de la misma, aun el tejido adiposo. Los ácidos grasos son un alimento opcional para algunos tejidos como el músculo, en condiciones de escasez de glucosa. De este modo, se reserva la glucosa disponible para los tejidos llamados *consumidores obligados de glucosa*, como el tejido nervioso y los glóbulos rojos (Stryer, 1988). Otros tejidos, imposibilitados de consumir ácidos grasos, frente a la falta de glucosa, consumen un derivado metabólico de la oxidación hepática de los ácidos grasos, los llamados cuerpos cetónicos. A éstos se los llama *consumidores preferencia-*

⁴⁸ Las aves migratorias constituyen, en la opinión de varios autores, un interesante ejemplo del importante valor biológico de los triglicéridos. Algunos pájaros australianos migran volando sin escalas a lo largo de 2.400 km, atravesando tierra y mar, para llegar a su destino. Para lograr esta hazaña vuelan a 40 km por hora durante 60 horas ininterrumpidas. Para ello se vuelven moderadamente obesas cuando se preparan para el viaje sobre la tierra y muy obesas para enfrentar el viaje sobre el mar (Stryer, 1988; Steinberg, 1993). Otro ejemplo del rendimiento de los triglicéridos como fuente de energía lo constituye el colibrí de garganta roja; este pájaro acumula 0,15 gr de triglicéridos por gramo de peso corporal diarios, lo que equivaldría en el hombre a engordar 10 kg diarios (Stryer, 1988).

les de glucosa. Volveremos sobre este tema más adelante, al hablar sobre la regulación del metabolismo de los nutrientes (Steinberg, 1993).

3. El metabolismo graso

Durante muchos años, al considerar el bajo consumo de oxígeno por gramo de tejido adiposo, se creyó que este tejido era relativamente inerte. Sin embargo, si se tiene en cuenta que el 90% del peso del tejido corresponde al depósito de lípidos y se calcula el consumo de oxígeno por miligramo de proteínas celulares, el resultado es sorprendentemente alto, comparable al del hígado y el de otros tejidos metabólicamente muy activos. Tampoco es metabólicamente inerte (como se creyó erróneamente en un principio) el contenido lipídico, ya que el depósito y la movilización de ácidos grasos se lleva a cabo permanentemente aun cuando la masa de tejido adiposo no cambia. Es, justamente, esta continua renovación de ácidos grasos lo que permite afirmar que el tejido adiposo tiene una importancia capital en *el mantenimiento del cuerpo durante el ayuno* (Steinberg, 1993).

El metabolismo de los ácidos grasos es sumamente complejo y se halla regulado por un delicado equilibrio entre múltiples influencias de índole diversa, de modo tal que su examen separado del metabolismo de los hidratos de carbono y proteínas sólo permite una comprensión parcial.

En un intento de ser esquemáticos podemos comenzar diciendo, groseramente, que el metabolismo graso se comporta de dos maneras distintas, en correspondencia con dos situaciones polares: el estado de saciedad y el estado de ayuno, caracterizados, respectivamente, por la disponibilidad y la carencia de nutrientes en sangre.

Durante la saciedad, el tejido adiposo tiene como tarea específica el almacenamiento de ácidos grasos excedentes (no consumidos por los tejidos) en forma de triglicéridos; triglicéridos que cederá cuando el estado de ayuno así lo requiera. *De esta manera, el tejido adiposo, a modo de un buffer, contribuye a subsanar el desfase que ocurre entre la ingesta periódica y el gasto energético continuo*. El papel cardinal de desviar el metabolismo graso hacia el depósito o la movilización de lípidos almacenados es llevado a cabo por dos enzimas tan opuestas entre sí, en sus acciones, como lo son los estados de saciedad y ayuno a los que cada una responde.

La enzima activa durante el estado de saciedad es la *lipoproteín-lipasa*, que permite captar los triglicéridos de la sangre al separarlos de las proteínas que los transportan. Estos triglicéridos provienen o bien de la ingesta, formando con la apoproteína C-II los *quilomicrones*, o bien por

fabricación endógena (principalmente hepática), unidos a proteínas formando las llamadas lipoproteínas de muy baja densidad (VLDL, del inglés *very low density lipoprotein*).

Si bien esta enzima se halla presente en la mayoría de los tejidos (aquellos aptos para consumir ácidos grasos), la lipoproteín-lipasa del tejido adiposo es la única que disminuye en estado de ayuno, permitiendo de este modo que los ácidos grasos liberados por el tejido adiposo sean captados por los tejidos que, durante el ayuno, así lo requieren. Contrariamente, repitámoslo, durante la saciedad la lipoproteín-lipasa permite el depósito de triglicéridos.

Para movilizar los ácidos grasos almacenados y liberarlos en la sangre durante el estado de ayuno, es necesario deshacer la molécula de triglicérido. La hidrólisis de los triglicéridos almacenados es llevada a cabo por una enzima llamada *lipasa hormonosensible*; del resultado de su acción se liberan a la sangre ácidos grasos libres y glicerol.

4. Regulación e integración del metabolismo de los nutrientes

Como vimos, frente a la disponibilidad de nutrientes en la sangre, el tejido adiposo, gracias a la acción de la lipoproteín-lipasa, extrae de la sangre los ácidos grasos ingeridos o fabricados en el hígado y los almacena en forma de triglicéridos. Cuando escasea la glucosa y la misma debe reservarse para los consumidores obligados, el tejido adiposo, gracias a la acción de la lipasa hormonosensible, hidroliza los triglicéridos, liberando ácidos grasos para “alimentar” a los consumidores preferenciales, y glicerol para la fabricación hepática de glucosa (gluconeogénesis).

Estas acciones están reguladas por hormonas que a su vez dependen, esquemáticamente hablando, de la presencia de glucosa en sangre, es decir la *glucemia*. Estas hormonas son la insulina, el glucagón, las catecolaminas y, por mecanismos indirectos, los glucocorticoides y la hormona de crecimiento⁴⁹. El funcionamiento coordinado de estas hormonas regula la acumulación y el gasto de combustible acorde a la situación a la que el organismo debe enfrentarse (Smith y Thier, 1988).

La hiperglucemia, como por ejemplo la que existe en el período posprandial, es el principal estímulo para la secreción de insulina. Esta hor-

⁴⁹ El mecanismo indirecto consiste en variar el número de receptores celulares para las hormonas que ejercen un efecto directo (Steinberg, 1993).

mona tiene un efecto anabólico sobre el metabolismo de los hidratos de carbono, las grasas y las proteínas. Su presencia permite la incorporación de glucosa en el tejido muscular en reposo (no así durante el ejercicio), en el tejido adiposo y en el tejido hepático. Favorece entonces el consumo de glucosa por estos tejidos⁵⁰ (glucólisis), pero sobre todo su almacenamiento como glucógeno (glucogénesis) en músculo e hígado (Smith y Thier, 1988; Stryer, 1988).

En cuanto al metabolismo graso, la insulina favorece la fabricación de ácidos grasos por el hígado y por el tejido adiposo, y su almacenamiento en este último en forma de triglicéridos. Estimula también la síntesis de proteínas a partir de los aminoácidos incorporados en la dieta. Al mismo tiempo, la insulina posee un efecto inhibitorio sobre todas las funciones que se dirigen en sentido opuesto a las que ella estimula; es decir, inhibe la transformación del glucógeno almacenado en glucosa de consumo (glucogenólisis), inhibe la fabricación de glucosa a partir de aminoácidos (gluconeosíntesis) y su liberación a la sangre. También inhibe la lipasa hormonosensible, impidiendo la liberación de ácidos grasos por el tejido adiposo y la degradación de proteínas para la fabricación de glucosa (Smith y Thier, 1988; Stryer, 1988).

En síntesis: la insulina retira los nutrientes de la sangre favoreciendo su consumo (ganancia de energía) y almacenamiento, impide también que se utilicen las reservas, favorece el crecimiento al estimular la síntesis proteica e inhibe el autoconsumo implícito en la degradación de proteínas como sustrato de energía.

Su acción finaliza cuando la hipoglucemia que ella misma produce estimula la liberación de las hormonas antagónicas: el glucagón y las catecolaminas. Estas hormonas regulan el gasto de las reservas para mantener el consumo constante hasta la próxima ingesta. El sentido general de estas acciones consiste en destinar la glucosa acumulada durante la hiperglucemia posprandial (y la que puede sintetizarse) para mantener a los consumidores obligados, desviando la alimentación de los consumidores preferenciales para que utilicen las grasas reservadas (Smith y Thier, 1988).

⁵⁰ El hígado constituye una excepción, ya que si bien almacena glucosa como glucógeno y además la utiliza para la fabricación de ácidos grasos, aun en abundancia de glucosa se “alimenta” de cuerpos cetónicos que él mismo fabrica, reservando así el glucógeno para otros órganos cuando la glucosa ya no esté disponible; “...*realmente el hígado es un órgano altruista*” (Stryer, 1988, pág. 642). De este órgano depende el mantenimiento de la glucemia durante el ayuno. Otra excepción es el músculo cardíaco, que consume preferentemente grasas (Stryer, 1988).

La acción combinada de estas hormonas permite que el hígado produzca y libere glucosa a la sangre para “alimentar” a los consumidores obligados como el cerebro; es decir, estimula la glucogenólisis y la gluconeogénesis. A su vez, impide que los consumidores opcionales retiren la glucosa extraída de las reservas, pero permite que se alimenten a partir de los ácidos grasos movilizados por la acción de estas hormonas sobre el tejido adiposo⁵¹.

Dado que los animales, a diferencia de las plantas, no pueden sintetizar glucosa a partir de ácidos grasos⁵² (Stryer, 1988), una vez agotadas las reservas de glucosa, la síntesis de la misma implica la degradación de proteínas (gluconeogénesis a partir de aminoácidos). Existen, por lo tanto, adaptaciones metabólicas al ayuno prolongado con el fin de reducir al mínimo la degradación de proteínas. La principal consiste en la posibilidad que tiene el tejido nervioso de desviar su consumo de glucosa al consumo de cuerpos cetónicos fabricados por el hígado, a partir de los ácidos grasos movilizados de las reservas adiposas⁵³. “Al cabo de varias semanas de inanición los cuerpos cetónicos se convierten en el combustible principal del cerebro. El cerebro sólo necesita 40 gramos de glucosa por día, a diferencia de los 120 gramos que necesita el primer día de ayuno. La eficaz transformación de los ácidos grasos en cuerpos cetónicos realizada por el hígado y su utilización por el cerebro disminuye ostensiblemente los requerimientos de glucosa. Así pues, se degrada menos tejido muscular que el primer día de ayuno” (Stryer, 1988, pág. 646).

⁵¹ Por su gran masa, el consumo del tejido muscular tiene una influencia importante sobre el metabolismo general. Si bien el músculo posee una reserva de glucógeno mayor a la hepática (por su mayor masa), carece de la posibilidad de liberar esa glucosa a la sangre y sólo puede consumirla la misma célula muscular que la almacenó. No obstante, los metabolitos que surgen del consumo muscular de glucosa (sobre todo durante el ejercicio muscular intenso, que se da en condiciones anaeróbicas) pueden ser utilizados por el hígado para la síntesis de glucosa (gluconeogénesis a partir del lactato) (Stryer, 1988).

⁵² No obstante esta afirmación, recordemos que la molécula de triglicérido contiene, además de tres moléculas de ácidos grasos, una molécula de glicerol originada en el fraccionamiento de la glucosa. Cuando se movilizan los lípidos, liberando ácidos grasos, el glicerol es utilizado por el hígado para sintetizar glucosa. Aunque esta fuente de glucosa no es de gran importancia, contribuye a la producción de las 9 kilocalorías que produce el metabolismo de un gramo de grasa (Steinberg, 1993).

⁵³ Esto sólo se logra luego de un ayuno prolongado; hipoglucemias agudas conducen a la carencia nutritiva del tejido nervioso, que puede producir el coma y la muerte (Steinberg, 1993).

5. El fin energético del metabolismo intermedio

Se llama metabolismo al conjunto de procesos químicos por los cuales un organismo recupera los materiales consumidos y logra energía en forma de calor y trabajo, a partir de la degradación de los nutrientes complejos ingeridos. Las sustancias nutritivas que participan en el metabolismo son las proteínas, los glúcidos, las grasas, sales y agua, fermentos, hormonas y vitaminas. Mientras que las sales y el agua son incorporadas por los tejidos tal como se ingirieron, los glúcidos, las proteínas y las grasas deben sufrir importantes modificaciones para poder ser aprovechadas. Estas modificaciones, que sufren luego de su absorción y previo a su excreción, constituyen el llamado metabolismo intermedio (Espinós, 1988).

El fin último de estas acciones consiste en obtener los sustratos y, sobre todo, la energía necesaria para reparar el organismo, materializar el crecimiento y llevar a cabo las acciones específicas que demanda la subsistencia. Recurriendo a una descripción sintética podemos decir que existen tres etapas en la extracción de la energía de los alimentos en los organismos aeróbicos, la primera se lleva a cabo en el aparato digestivo y las dos restantes en los tejidos (Stryer, 1988; Brignone y Houssay, 1989):

En la primera, se fragmentan las grandes moléculas hasta moléculas más pequeñas; las grandes proteínas, como la albúmina y el colágeno, se degradan a aminoácidos; los polisacáridos, como el almidón, se degradan a monosacáridos como la glucosa, y las grasas se degradan en ácidos grasos (Stryer, 1988).

En la segunda, se degradan estas moléculas pequeñas hasta unos pocos fragmentos que ejercen un papel preponderante en el metabolismo. Uno de ellos es el acetyl coenzima A (acetyl-CoA) o ácido acético activado (Stryer, 1988).

En la tercera, el acetyl-CoA se oxida completamente (en condiciones aeróbicas)⁵⁴ en el llamado ciclo de Krebs, liberándose agua y CO₂, y obteniéndose, como ganancia, moléculas con enlaces fosfáticos dotadas de alta energía, llamadas ATP (adenosín-tri-fosfato). El objetivo, entonces, del metabolismo intermedio es la obtención de ATP (Stryer, 1988; Espinós, 1988).

Vemos pues que los caminos de degradación metabólica de glúcidos, lípidos y proteínas se entrecruzan en un producto metabólico común: el ácido acético (cuya posterior activación origina el acetyl-CoA que ya mencio-

⁵⁴ En condiciones anaeróbicas, la obtención de ATP, medida por molécula de glucosa consumida, es menor que en presencia de oxígeno y exige pasos metabólicos distintos (Espinós, 1988).

namos). De modo tal que una vez alcanzado este eslabón, puede obtenerse la interconversión de sustancias, por ejemplo los glúcidos podrán devenir grasas o proteínas, y las proteínas, glúcidos⁵⁵. Espinós sintetiza el valor biológico del ácido acético en los siguientes términos: “Se ha dicho que las unidades del ácido acético son ‘el dinero contante o fraccionario’ del metabolismo intermediario, importantísimo para la vida de relación metabólica. Su moneda es negociable para convertirla en capital y ser depositada luego en forma de grasa o glucógeno de reserva o proteínas plásticas en los diversos tejidos... El *pool* de ácido acético es un depósito de unidades de construcción disponible para diversos menesteres, que se vacía y restablece, orientándose en los distintos sentidos metabólicos de la síntesis orgánica según sean los requerimientos” (Espinós, 1988, págs. 1630-1631).

III. El significado inconciente del tejido adiposo

Aligera tu carga para realizar un buen camino
y aprende a vivir con lo que el mar te brinde...
Cada objeto que se ama y se posee, cada carga
que se transporta por la vida, lleva implícita,
junto a su peso útil, una tara inevitable...

CHIOZZA (1984f)

Siguiendo anteriores desarrollos (Chiozza, 1963a) del concepto freudiano que afirma que cada órgano y cada función son fuente de un impulso cualitativamente diferenciado (Freud, 1905d*), podemos postular la existencia de fantasías adiposas vinculadas, específicamente, con la meta pulsional que emana del funcionamiento del tejido adiposo como zona erógena. Tanto la comprensión de la meta o finalidad de esta pulsión específica, como su descripción en términos de fantasías inconcientes, constituyen el significado inconciente específico del tejido adiposo.

Así como este tejido desempeña distintas funciones, también podemos suponer distintas fantasías parciales que componen la matriz, más compleja, que llamamos fantasías adiposas. La principal función de este tejido, el depósito de grasas de reserva, implica entonces una fantasía primaria, vinculada a esta función; las funciones de dar forma y de disminuir la pérdi-

⁵⁵ Como ya dijimos, en los animales la glucosa no puede sintetizarse a partir de los ácidos grasos (Stryer, 1988).

da de calor implicarán fantasías adiposas secundarias en correspondencia con la menor importancia de estas funciones. Como veremos, el desarrollo de las fantasías vinculadas a la función de reserva nos obliga a plantear, también, fantasías de autoabastecimiento cuya importancia relativa en la matriz general de la fantasía adiposa trataremos oportunamente.

1. La fantasía adiposa de reserva energética

Los organismos, aun los más simples, para poder subsistir llevando a cabo las funciones vitales, deben interactuar con su medio, incorporando sustancias y vertiendo en él sus desechos. Mientras que sus necesidades son relativamente constantes, la disponibilidad de las sustancias imprescindibles para la subsistencia suele variar, fluctuando entre la abundancia, la escasez y la carencia. Como respuesta adaptativa para enfrentar la dificultad que estas variaciones imponen, surge la “idea” de reserva como preparativo, durante la abundancia, para los tiempos de escasez; una idea, general y abarcativa, de acumular sustancias hoy disponibles y *reservarlas* para cuando falten.

Es posible pensar que en la evolución filogenética la complejización de los organismos y de las funciones trajo aparejada la necesidad de una función de reserva y la creación de tejidos adecuados para esa función. Hemos detallado en otros escritos (Chiozza y colab., 1991*f* [1990], 1996*d* [1995]) cómo al abandonar el hábitat marino para pasar al terrestre, se hace necesario acumular sales y yodo. Así encontramos múltiples reservas de muy distintas sustancias como lo son el agua, los minerales o las vitaminas. De este modo, podemos plantear una *fantasía general de reserva*⁵⁶.

Podemos dar un paso más y diferenciar, entre las distintas sustancias que se acumulan a los fines de la reserva, aquellas que desempeñan un

⁵⁶ El *Diccionario de la lengua española* (Real Academia Española, 1992) define “reserva” como: “La sustancia que se almacena en determinadas células de las plantas o de los animales y es utilizada por el organismo para su nutrición, en caso necesario, transformándose entonces en productos asimilables, como la grasa, el almidón y el glucógeno”. También como “cuerpo de tropas de tierra o mar, que no toma parte en una campaña o en una batalla hasta que se considera necesario o conveniente su auxilio”, como “guarda o custodia que se hace de una cosa, o prevención de ella para que sirva a su tiempo” y como “lo que se tiene dispuesto para suplir alguna falta”. Podemos observar en estos significados la doble connotación de reserva como acúmulo y, también, como postergación de la acción.

papel esencialmente energético. Estas sustancias son los nutrientes que, vehiculizados en los alimentos, deben ser ingeridos regularmente para obtener la energía necesaria para llevar a cabo las funciones vitales. Así, podemos concebir la reserva de estas sustancias en un nuevo nivel de estratificación con respecto a la primitiva fantasía general de reserva; es decir, una *fantasía de reserva energética*, que forma parte de la fantasía general de reserva.

Podemos describir la reserva energética como una “idea” destinada a subsanar el desfase que impone una alimentación periódica frente a un gasto continuo. Como vimos, si bien las proteínas tienen un rendimiento energético similar al de los hidratos de carbono, su degradación constituye un autoconsumo que, en cierto sentido, se opone a la idea de nutrición para el crecimiento. Es esta razón la que lleva a afirmar que el principal papel biológico de las proteínas es el de nutriente estructural; afirmación que al mismo tiempo asigna el papel energético a los hidratos de carbono y a los lípidos (Creff y Herschberg, 1981).

En el apartado anterior, al comparar el rendimiento energético de glúcidos y lípidos dijimos, apoyándonos en la biología, que en condiciones de abundancia los tejidos “prefieren” el consumo de glucosa⁵⁷; sin embargo, las posibilidades de acumular glucosa a los fines de la reserva es un recurso de posibilidades muy limitadas. Recordemos que mientras que la máxima acumulación de glucógeno sólo alcanza para unas pocas horas (menos de un día), un sujeto con una reserva grasa normal (20% del peso corporal total) puede “vivir” de sus reservas más de dos meses. La diferencia entre ambas formas de almacenamiento se hace más ostensible si tenemos presente que la capacidad de reserva del tejido adiposo parece ser, prácticamente, ilimitada (Steinberg, 1993). Para Fawcett, “en los individuos obesos, la grasa almacenada puede suponer el equivalente de un año o más de metabolismo normal” (Fawcett, 1994, pág. 174).

Además, el glucógeno hidratado, decíamos, es pesado y ocupa mucho lugar, incrementando de esta manera el gasto energético que implica acumularlo. Por el contrario, la grasa, más liviana (libre del peso del agua), parece estar pensada como combustible transportable, y en relación al peso (calorías por gramo), su rendimiento energético es más del doble que el de la glucosa.

⁵⁷ Degradar una molécula de glucosa implica un trabajo menor que degradar una molécula lipídica; el mayor rendimiento de calorías por gramo de los ácidos grasos se debe a que éstos se acumulan, como ya señalamos, sin el peso del agua (Stryer, 1988).

Estas consideraciones nos llevan a pensar que la reserva energética en forma de glúcidos se arroga mejor la representación de una reserva energética para uso inmediato, adecuada para satisfacer necesidades urgentes pero no cuantiosas⁵⁸. En una tentadora metáfora económica podemos hablar de una “caja chica”, de dinero circulante, o una “caja de ahorro”.

La reserva energética en forma de ácidos grasos, en correspondencia, parece estar pensada para un uso de “largo alcance”, como adecuadamente lo representa el notable aumento del tejido adiposo de las aves migratorias previo a su fatigoso viaje. Si el esfuerzo que permiten los glúcidos se caracteriza por ser intenso (como para una carrera de cien metros llanos), el esfuerzo que sostienen los lípidos se caracteriza por ser prolongado (parangonable al que exige una maratón).

Si quisiéramos continuar la correspondencia con los términos económicos, la reserva de grasa podría representar el dinero colocado en un plazo fijo o en títulos. Para completar esta metáfora que parangona la economía con el metabolismo, digamos que las proteínas representan las propiedades en uso; propiedades que sólo se venden en caso de agotarse las reservas o de no poder movilizarlas con la inmediatez que requiere la ocasión. Así lo muestra la síntesis de glucosa a partir de la degradación de proteínas (gluconeogénesis a partir de aminoácidos).

Si tenemos en cuenta que la idea de reservar implica la idea de diferir el consumo en el tiempo, el hecho de que la forma grasa de reserva energética esté pensada para plazos más largos, sumado al hecho de su capacidad casi ilimitada para la reserva (notablemente superior a la de los glúcidos), arribamos a una nueva conclusión: *la reserva energética adiposa, por sus cualidades específicas, se arroga la representación de la reserva energética en general.*

Siguiendo ideas desarrolladas en otro lugar (Chiozza y colab., 1970p [1968]), la fantasía de reserva energética adiposa puede, además, por regresión a la fantasía general de reserva⁵⁹ (más primaria), representar (vica-

⁵⁸ Apoyan esta idea tanto la disponibilidad de glucosa para el gasto muscular intenso, como las adaptaciones, a largo plazo, del tejido nervioso para el consumo de cuerpos cetónicos y su intolerancia a la hipoglucemia aguda.

⁵⁹ Un término vinculado a la idea de reservar es “atesorar”, que reúne el significado de “guardar” con el de “tesoro”, es decir, alude a la cualidad valiosa de lo que se guarda. Al mismo tiempo, la medicina (Salvat, 1974) denomina “tesaurosis” o “tesaurismosis” a las enfermedades por acumulación, atesoramiento o almacenamiento en el cuerpo de cantidades extremadamente grandes de sustancias normales o extrañas. Pensamos que podría plantearse una fantasía general tesaurismótica, vinculada a la fantasía general de reserva, y que, merced a esta

riamente) a otros tipos de reserva; en otras palabras, *la fantasía de reserva energética adiposa puede arrogarse, en general, la representación de los preparativos.*

a. La reserva energética adiposa y la insulina

Dadas las estrechas relaciones entre el depósito de triglicéridos en los adipocitos y la regulación hormonal de este proceso, llevada a cabo principalmente por la insulina, vemos que la “idea” de prepararse, acumulando energía en forma de grasas de reserva, no le pertenece “más” al tejido adiposo que al pancreático, encargado de secretar insulina.

Tengamos presente pues que esta separación conceptual, tan arbitraria como cualquier otra (Chiozza, 1970*q*), tiene fines operativos. En otro lugar (Chiozza y Obstfeld, 1991*h* [1990]) estudiamos las fantasías insulino-pancreáticas en relación a las alteraciones del metabolismo de los glúcidos en la diabetes, centrando el interés en la participación de estas fantasías en la disposición al gasto energético.

A partir de las ideas expresadas en el apartado anterior podemos extender la participación de las fantasías insulino-pancreáticas a la reserva energética en forma de glucógeno, proceso que comparamos con “la caja chica” de la economía de los nutrientes, destinada al consumo rápido e intenso.

Podríamos suponer, también, un segundo estadio evolutivo para estas mismas fantasías insulino-pancreáticas que se desprende de las acciones de la insulina sobre el metabolismo adiposo. Procediendo de manera análoga a la separación que suele hacerse de la libido oral en primaria y secundaria, supondríamos un segundo momento de primacía y por lo tanto un segundo punto de fijación.

La reserva energética adiposa, aquella que describimos como de largo alcance, adecuada para sostener esfuerzos prolongados, y que comparamos con “el plazo fijo” de la economía energética, surgiría entonces vinculada al adecuado funcionamiento tanto de la libido adiposa como de la libido insulino-pancreática “secundaria”.

vinculación, la reserva adiposa podría representar también fantasías tesarismóticas. Las cualidades propias y específicas de las fantasías tesarismóticas, que las diferencian de las fantasías de reserva, se orientarían, pensamos, hacia un tipo de reserva en donde la significatividad de lo “guardado” proviene de la cualidad más que de la cantidad. No obstante estas conjeturas, postergaremos un análisis más profundo de este complejo tema para otra oportunidad.

b. La reserva energética adiposa y el proceso de materialización

Como sabemos, 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, 1963a). Como vimos, la participación de la reserva energética es cardinal para mantener la nutrición constante que requieren los tejidos, permitiendo así independizar (hasta cierto punto) el trabajo de la incorporación de alimentos.

El fisiólogo Gley escribió que “la nutrición no es en modo alguno una asimilación química, directa y sencilla, sino una creación continua de materia organizada, peculiar a cada ser; la nutrición es una creación de elementos, análogamente a la generación. Por esto pudo decir Claude Bernard que la ‘nutrición es la continuación de la generación’, y, a la recíproca, Haeckel ha dicho que la reproducción es un crecimiento que se hace fuera del individuo” (citado en Chiozza, 1970g [1966], apdo. 3)⁶⁰.

Estas ideas nos llevaron, en otra oportunidad (Chiozza, 1970g [1966], apdo. 3), a pensar que el proceso de materialización puede llevarse a cabo en distintos niveles. En primer lugar, a través del crecimiento, según el cual se encarnan en el propio organismo las fantasías inconcientes o formas contenidas en el ello; en segundo lugar, a través de la reproducción sexual, que materializa, en un cuerpo externo y ajeno, parte de las fantasías inconcientes que se transmiten de generación en generación, y en tercer lugar, mediante aquel proceso que el psicoanálisis describe como sublimación.

Freud define a la sublimación como el proceso por el cual “la aspiración sexual abandona su meta dirigida al placer parcial o al placer de la reproducción, y adopta otra que se relaciona genéticamente con la resignada, pero que ya no es la misma sexual, sino que se la debe llamar social” (Freud, 1916-1917 [1915-1917]*, págs. 314-315). En el proceso de sublimación, entonces,

⁶⁰ Según el *Diccionario de la lengua española* (Real Academia Española, 1992) la palabra “nutrir” significa “aumentar la sustancia del cuerpo animal o vegetal por medio del alimento, reparando las partes que se van perdiendo en virtud de las acciones catabólicas. Aumentar o dar fuerzas en cualquier línea, pero especialmente en lo moral. Llenar, colmar abundantemente”. *Nutrire* alude a “nodriza que alimenta y sustenta” (Corominas y Pascual, 1980-1984). Figurativamente, “servir una cosa para que otra, material o espiritual, no se extinga, agote o decaiga” (Moliner, 1991). La palabra alemana *nähren*, que es “alimentar”, tiene su raíz en el significado de “salvar, mantener con vida, escapar a duras penas, sobrevivir” (Dudenverlag, 1963).

están implícitos ciertos caracteres del crecimiento y la procreación. Mientras la organización genital le brinda el carácter de utilidad y adecuación social para la preservación de los objetos y del yo, la organización pregenital le proporciona la capacidad y el modelo para materializar las representaciones de los impulsos en obras (Chiozza, 1970g [1966], apdo. 3).

Por otro lado, hay épocas especialmente propicias para crecer, otras para procrear y otras para sublimar, y si bien es cierto que estas tres modalidades de la materialización se imbrican y se superponen, corresponden preferentemente a tres épocas de la vida: el crecimiento corporal, a los años de la infancia; la procreación, a la edad adulta, y la sublimación, a la tercera edad de la vida. La posibilidad de que una persona se pueda desarrollar en la plenitud de su forma dependerá del adecuado equilibrio entre estos tres procesos.

Existe, como vimos, una relación privilegiada entre las reservas energéticas y una de estas tres formas de materialización: el crecimiento. Las descripciones de la embriología nos permitieron comprender que el tejido adiposo aparece cuando es necesario prepararse, tanto para la interrupción del suministro continuo de nutrientes que sigue al nacimiento, como para el crecimiento que deberá llevarse a cabo luego de nacer.

La relación que existe entre el aumento de reservas adiposas y el crecimiento corporal es estrecha y muy significativa durante todo el período de la vida en el que esta forma de materialización predomina sobre las otras. En los niños se observan aumentos de peso que preceden a los aumentos de talla; el tejido adiposo aumenta también en las etapas previas al gateo y la marcha (Garrahan, 1964). Se describe un nuevo aumento del tejido adiposo previo “al ‘estirón’ prepuberal del crecimiento, probablemente bajo el efecto de la STH (hormona de crecimiento)” (Creff y Herschberg, 1981, pág. 14).

Alberts y otros (1994) señalan que el tejido adiposo se desarrolla a partir del tejido conjuntivo justamente por acción de esta hormona de crecimiento. Esto no sólo refuerza la relación existente entre reserva adiposa y crecimiento sino que, además, parecería significar que la misma hormona que estimula el crecimiento se ocupa de los preparativos para el mismo, generando la disponibilidad anticipada de los recursos energéticos necesarios, en una actitud que remeda al acopio de materiales previo a la realización de una obra.

Las estrechas relaciones entre la reserva energética adiposa y la materialización del crecimiento corporal comienzan a separarse cuando exploremos las otras formas de la materialización. En el caso de la procreación, la reserva grasa adiposa sólo tendría un papel específico en la mujer, y, además, este papel es necesario sólo durante el embarazo y la lactancia. En

el caso de la sublimación, la distancia con los preparativos específicos de la reserva adiposa parece aun mayor⁶¹.

Podemos concluir, entonces, que *el depósito de reservas energéticas en el tejido adiposo es una acción eficaz cuya finalidad es la de preparar para la materialización; más específicamente, la materialización implícita en el crecimiento corporal.*

Estas ideas permiten iluminar las dificultades en el proceso de materialización desde un nuevo ángulo⁶², ya que la falta de los recursos energéticos adecuados (en calidad y cantidad) no sólo impide, por ejemplo, el crecimiento sino que conduce a “quemar” las formas ya materializadas⁶³, cuando la energía para la subsistencia se debe extraer de la degradación proteica.

Es interesante destacar que las dificultades en el proceso de materialización generalmente son mayores en la procreación que en el crecimiento, y las dificultades aumentan más aún hacia la tercera edad, cuando el acento está puesto en la sublimación.

A las dificultades inherentes a estos procesos se suma, además, el hecho de que, como señalamos en otro lugar, “asistimos a una crisis de valores tan profunda como sólo hubo otra en todo el desarrollo de la civilización humana” (Chiozza, 1983f [1982]). El auge del individualismo conduce a la necesidad de un progreso individual, “que se hace imperativo bajo las formas, paupérrimas en su absurda simplicidad, de mayor poder, o prestigio, y mayor riqueza” (Chiozza, 1983f [1982]). Esta crisis suele afectar más a la sublimación que a la procreación, y más a la procreación que al crecimiento, ya que se halla vinculada esencialmente a la pérdida de los valores espirituales.

El hombre de hoy, llegado a determinada edad de la vida en la que la procreación cede su lugar a la necesidad de sublimar, sumido en un materialismo e individualismo a ultranza, sufre de una vivencia de vacío y de

⁶¹ Si bien es cierto que toda acción requiere de energía, a medida que las acciones se complejizan exigen capacidades nuevas que van más allá del sustrato energético básico. Nos ocuparemos más exhaustivamente de este tema en el siguiente apartado.

⁶² Otras dificultades para la materialización han sido descritas al investigar las fantasías hepáticas (Chiozza, 1970a, 1974b), diabéticas (Chiozza y Obstfeld, 1991h [1990]), renales (Chiozza y Grus, 1993h [1978-1992]), etcétera.

⁶³ Un estudio detallado de este proceso de “autodigestión” o “autoconsumo” como consecuencia de la dificultad para materializar los ideales se encontrará en *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos. Comunicación preliminar* (Chiozza, 1963a).

pérdida del sentido de la vida. Es la etapa en que comienza a recorrerse el camino que conduce a la vejez y en la que es necesario enfrentar y duelar los ideales largamente postergados y nunca resueltos. Es un proceso especialmente difícil en nuestra época carente de valores espirituales, en la que no hay una cultura de una vejez en forma, y en la que quedan extremadamente idealizados los valores de la juventud. Se producen, así, crisis muy profundas que se experimentan con la angustia de encontrarse frente a un nuevo nacimiento.

Estos argumentos permiten comprender que, a menudo, las dificultades para la sublimación (como también puede ocurrir con las dificultades para la procreación) sean vividas, regresivamente, como la necesidad de nacer y crecer; en otras palabras, la necesidad de materializar un “crecimiento” espiritual se experimenta, en la vivencia, con las cualidades de un crecimiento corporal, materializado exitosamente en el pasado.

Esta confusión de contextos, este malentendido entre las distintas maneras de la materialización, permite conjeturar un malentendido similar en los preparativos específicos que requieren las distintas formas de materialización. Por ejemplo frente a la necesidad de sublimar, este último malentendido podría llevar a aumentar las reservas adiposas en lugar de prepararse adecuadamente en los modos específicos que requiere un “crecimiento sublimado”.

También contribuye a sostener este malentendido el beneficio que brinda el preparativo al postergar la ejecución de la acción. Cuando, en las puertas de la vejez, las dificultades en la sublimación son acentuadas, toda acción que se emprende, cualquier “viaje” que se inicia, apresura, en la fantasía inconciente, el “viaje hacia la muerte”. Surge entonces la fantasía de detener el transcurso del tiempo, de mantenerse en una juventud eterna, y a la necesidad de intensificar los preparativos para una etapa de la que sólo se esperan frustración y carencia, se suma el deseo de postergar la acción, eternizando los preparativos.

c. La reserva, la capacidad y la potencia

Como decíamos recién, la reserva energética del tejido adiposo es necesaria, como preparativo previo, para llevar a cabo la materialización del crecimiento corporal. En otras palabras, disponer de una reserva suficiente de energía *capacita* para el crecimiento corporal. Si bien, como dijimos, las otras formas de materialización que el desarrollo adecuado impone exigen nuevas capacidades, la idea de reserva y la de capacidad parecen estar vinculadas en sus significados inconcientes.

El término “capacidad”⁶⁴ reúne los significados de continente y de aptitud; como si las habilidades que hacen a alguien apto para alguna tarea fueran, en lo inconciente, “cosas” que se contienen en algún lugar. Mientras que la capacidad de un recipiente expresa la “cantidad” de lo que puede contener, el mismo término referido a una persona expresa los recursos o habilidades que lo convierten en apto para determinada tarea (capaz de llevarla a cabo), queriendo significar que los recursos están “contenidos dentro de él”.

Dando un paso más, podemos decir que “los recursos contenidos” están *almacenados y reservados* a la espera de ponerlos en práctica en el momento oportuno. Es como si el inconciente, para describir la adquisición de recursos o habilidades implícitos en la capacidad de materializar la procreación y la sublimación, se “nutriera” de la primitiva idea de la reserva energética que capacita para el crecimiento corporal.

Encontramos así un nuevo anclaje para la afirmación de que, en una confusión de contextos, frente a ciertas dificultades en la materialización, por ejemplo la sublimación, el sujeto se prepara “energéticamente”, como si se tratara de un crecimiento corporal y no, por ejemplo, espiritual. Siguiendo estas ideas acerca del significado del término “capacidad”, no sólo habría una regresión en la forma de materialización, sino también en el hecho de sustituir, regresivamente, las capacitaciones específicas que la sublimación demanda con una capacitación “energética”, inespecífica para el caso de la sublimación.

Siguiendo esta misma línea de ideas podemos decir, también, que la capacidad que, como conjunto de recursos “almacenados” y “reservados” para la ocasión propicia, hace al sujeto apto para determinada tarea, no es otra cosa que su *potencia*.

⁶⁴ El término “capacidad” tiene varias acepciones (Moliner, 1991): es “cabida”, el espacio, mayor o menor, disponible en el interior de algo, la posibilidad de contener una cantidad; es también la cualidad o circunstancia consistente en ser capaz de cierta cosa (por ejemplo: “inteligencia es la capacidad de pensar”, “tenacidad es la capacidad de resistir sin romperse”); significa, además, inteligencia en general o para alguna cosa, y es, por otro lado, la aptitud jurídica para realizar un acto civil o ejercer un derecho. “Capacitar” alude a habilitar, hacer a alguien apto o darle derecho para cierta cosa, ponerse en condiciones, dar derecho a, habilitar. Proviene del latín *capacitatem*, acusativo de *capacitas*, “capacidad” en los dos sentidos; de *capac*, radical de *capax*, “capaz”, “que puede contener, amplio” y “apto, diestro”. Según Corominas y Pascual (1980-1984), “capaz” proviene de *capax-acis*, que tiene mucha cabida, y deriva de *capere*, que es contener, dar cabida, que puede, apto.

En efecto, “potencia” se define como “la capacidad medible de una cosa para realizar cierta acción o producir cierto efecto” y como “la capacidad para producir un trabajo” (Moliner, 1991)⁶⁵. Otro de los significados de este término parece estar particularmente vinculado a la idea de reserva como almacenamiento para la utilización futura; según esta acepción, “‘*en potencia*’ se aplica, a diferencia de ‘en acto’, a las cosas que no existen, pero son resultado seguro de otras que existen” (Moliner, 1991). Alude a aquello que, en gramática, se expresa con el modo verbal condicional; aquello que, no siendo, es posible.

Weizsaecker (1950) señala que el ser humano vive, actúa y está dirigido a la existencia en su condición pática; en este sentido, el hombre no sólo “es”, sino que también es un ser “siendo”. Y en esto, se debate entre las categorías páticas de lo que debe, quiere, es capaz, tiene permiso y tiene obligación de ser.

Este autor considera al hombre como un ser que está en permanente proyección hacia un incierto futuro, y que es esta condición pática del “poder” (en cuanto potencia y capacidad) la que se presta especialmente para originar una vivencia de ilusoria libertad frente a la no menos ilusoria creencia en lo infinito de las posibilidades vitales.

La física considera la materia como energía “detenida”, como energía potencial, que cuando se pone en movimiento, desplegando la energía “detenida”, es acción, energía cinética. El acto es potencia en acción, y la materia, si retomamos los significados del diccionario, presta su existencia a aquello que, sin existir “en acto”, existe “en potencia”.

Sostuvimos que el tejido adiposo, por su particular eficacia para la reserva energética, se arroga la representación de la reserva energética de largo alcance, en todas sus formas. Dado que la energía reservada como materia (por ejemplo, los triglicéridos) es, como nos enseña la física, energía potencial, podemos afirmar que toda forma de reserva energética, y particularmente la adiposa, compromete fantasías vinculadas al sentimiento de potencia.

Para *poder* llevar a cabo una tarea, para ser *capaz* de realizarla, más allá de disponer de la destreza específica (lo que los ingleses llaman el *know how*), es imprescindible contar con la energía necesaria para afrontar el gasto que demanda el trabajo; no sólo “saber cómo”, sino también “tener con qué”.

⁶⁵ Es la “fuerza, poder, poderío”, y se vincula también con “la potencia del alma” y “la capacidad de engendrar”. En otro sentido, es “el ser que tiene fuerza para imponerse y dominar”. También se llama “potencia” a la nación independiente (Moliner, 1991).

Así, la potencia adecuada implica el disponer de una adecuada reserva energética; reserva que, inconcientemente, queda simbolizada específicamente por la reserva energética adiposa. Las dificultades en esta forma de reserva se expresarán, entonces, como dificultades específicamente energéticas de la potencia.

Exploraremos más adelante las alteraciones de la reserva energética adiposa presentes en la obesidad, concibiéndolas como la expresión simbólica inconciente de un particular afecto reprimido; afecto vinculado, específicamente, a lo que damos en llamar (de manera un tanto redundante pero esclarecedora) *potencia energética*⁶⁶. Sin embargo, todo trastorno adiposo involucra no sólo la fantasía primaria de reserva energética, sino también, como veremos luego, las fantasías secundarias de dar forma y calor.

d. La noción de tiempo implícita en la fantasía de reserva

La reserva, tanto por sus significados de potencia y capacidad, en el sentido de disposición actual a la acción futura, como por su significado de acumular para el consumo futuro, es decir, como postergación de la acción, compromete la noción de tiempo.

Una consideración cronológica del tiempo, propia del proceso secundario, conduce, según pensamos, a múltiples equívocos en la posibilidad de determinar cuándo una reserva es adecuada y cuándo no lo es. Así, si pensamos en el futuro como algo imposible de prever, a ciencia cierta, entonces consideraremos que ninguna reserva es excesiva.

También la valoración contraria podría resultar errónea si, por ejemplo, consideramos a un ave “patológicamente obesa” desconociendo que se trata de un ave migratoria adecuadamente preparada para su largo peregrinaje.

Pensamos que es este equívoco el que genera controversias estériles acerca de la cifra universal a partir de la cual (más allá del disgusto por la forma, la impotencia funcional o la repercusión patológica de otros órganos) un sujeto deja de ser “normal” para convertirse en “obeso”.

⁶⁶ En realidad, la redundancia no es más que aparente, puesto que si bien el término “potencia” parece referirse predominantemente a la energía, el significado al que alude en el uso habitual comprende, como vimos, connotaciones cualitativas que nos permiten hablar de impotencias específicas en las cuales la carencia de energía pasa a un segundo término.

Creemos que en la valoración de la reserva resultará más fructífero aplicar la noción de tiempo primordial⁶⁷, del cual el tiempo cronológico constituye una deformación secundaria. Así considerado, el tiempo es, en su sentido primigenio, ritmo e importancia, el tono afectivo que impregna cada temática. El tiempo que llamamos presente es actualidad; es presencia y es acto; mientras que lo que llamamos pasado y futuro son construcciones secundarias.

Aplicando esta noción del presente como actualidad al caso de las aves migratorias, podríamos pensar que “su presente” está compuesto por el momento de la reserva sumado al momento del gasto, durante el vuelo. Se trata, entonces, de un presente que, incluyendo el pasado y el futuro en sus formas actuales de recuerdo y presentimiento, podríamos denominar *presente amplificado*.

Obtenemos, así, una representación más completa que permite comprender el significado de la motivación presente y actual, tanto en su condicionamiento desde un recuerdo, como en su finalidad hacia una meta. Pensamos que es esta misma comprensión la que lleva a Weizsaecker (1950) a afirmar que “la situación pática no procede de la temporalidad de la existencia, sino que la situación pática del hombre se expresa también en su estructura temporal”⁶⁸.

e. La fantasía de autoabastecimiento

Ningún organismo vivo puede existir a partir de sí mismo. Vive por sí mismo, pero su existencia no continúa a no ser que sea alimentado, y por este motivo está continuamente dependiendo de una provisión externa a él. Es justamente la función de reserva la que permite reducir la dependencia del medio, ganando lo que, en términos de combustible, se denomina *autonomía*.

Una apropiada valoración de la significatividad que representa la posibilidad de reservar se nos hace evidente si imaginamos la tremenda renuncia que deberíamos hacer, en otros aspectos de la vida, si tuviéramos

⁶⁷ El tiempo como magnitud física, el tiempo del reloj, el que se presenta a los sentidos, es un producto “secundario”, cuya fuente es el tiempo vivido o tiempo del instante. La concepción metahistórica del tiempo permite comprender que el recuerdo no es un retorno del pasado, ni el presentimiento una anticipación del futuro, sino que, por el contrario, la noción de tiempo se constituye a partir del recuerdo y del presentimiento y es, entonces, un derivado de las facultades del recordar y del sentir (Chiozza, 1979d [1978], 1980c [1977-1978-1979], 1978j, 1981f).

⁶⁸ Traducido del original en alemán por la licenciada Dorrit Busch.

que incorporar alimentos con la misma frecuencia con que la neurona incorpora glucosa.

No sólo la cualidad de lo necesitado (oxígeno, agua, glucosa) determina la relación entre la perentoriedad y la autonomía, sino también la posibilidad de almacenarlo y reservarlo. Cuanto mayor es la posibilidad de reservar una determinada sustancia, mayor será la autonomía para la misma. Así, por ejemplo, la proporción entre la autonomía para el oxígeno y para la glucosa no es la misma en la neurona que en el individuo, debido a la mayor capacidad de almacenamiento que posee el individuo, en su conjunto.

En otra oportunidad (Chiozza y colab., 1991f [1990]) expresamos la idea de que la escasa autonomía para el oxígeno (apenas unos minutos) hace de este elemento un símbolo privilegiado para representar los vínculos que se experimentan con una intensa perentoriedad⁶⁹. Siguiendo una idea similar, podemos decir ahora que la vivencia opuesta a la perentoriedad, es decir la autonomía, podría quedar simbolizada por la reserva adiposa.

En efecto, no sólo la reserva “normal” permite una autonomía de combustible celular como para dos meses de ayuno, sino que por sus particulares cualidades la reserva grasa es casi ilimitada (Steinberg, 1993), llegando a permitirle a un sujeto obeso una autonomía de hasta un año, en condiciones de metabolismo normal (Fawcett, 1994).

En este sentido, en tanto la reserva energética adiposa es la más eficaz materialización de la autonomía, es también la representación más adecuada para simbolizar la fantasía de autoabastecimiento.

Pensamos, por otra parte, que el fenómeno de la hibernación brinda un modelo filogenético interesante en cuanto al intento de lograr un autoabastecimiento durante las épocas en que reinan en el entorno condiciones adversas para la supervivencia. Los animales que hibernan, en el período que va de la primavera al otoño se vuelven hiperfágicos y gordos; durante el “sueño” invernal utilizan la reserva de grasa para mantener el metabolismo y la temperatura corporal⁷⁰.

⁶⁹ Nos parece significativo que se pueda establecer una serie continua entre la mayor o menor perentoriedad con la cual se necesitan incorporar alimentos sólidos, líquidos o suministro de oxígeno para la supervivencia. Weizsaecker (1950) señala que tanto la alimentación como la respiración reflejan un “trato con” una sustancia de algún modo ajena. En el caso del alimento existe mayor posibilidad de sustituir la sustancia que en la respiración.

⁷⁰ En los animales que hibernan, como vimos, es mayor la cantidad de grasa parda que en los que no lo hacen; sin embargo, este tipo particular de grasa tiene el objeto de producir calor. La reserva energética que permite la nutrición durante la hibernación queda a cargo de la grasa blanca (Ham, 1975; Moore, 1989; Pansky, 1985).

Otro modelo filogenético equivalente podría ser el del vitelo del huevo⁷¹. En los ovíparos, el vitelo es la reserva nutritiva del cigoto y del embrión, formado principalmente por lípidos (32% frente a un 16% de proteínas y un 0,3% de glúcidos) (Albores, 1980). Si bien en el hombre el saco vitelino es un vestigio, podemos encontrar una analogía ontogenética en las reservas citoplasmáticas que nutren el cigoto humano fecundado hasta su anidación en el útero materno.

2. Las fantasías adiposas y la forma corporal

Portmann (1961) sostiene que las variaciones que los organismos presentan en su aspecto exterior evidencian, a su vez, variaciones en su interioridad. Para este autor, en los seres vivos, tanto la “forma” como la “presentación” de dicha forma encierran siempre un significado.

Como hemos expresado en otro lugar (Chiozza y colab., 1993k), el tejido conjuntivo, vinculado con la función de dar y mantener la forma del organismo, conformándolo, simboliza la conformidad; su patología, por lo tanto, expresa el sentimiento inconciente de disconformidad⁷².

El tejido adiposo, como ya dijimos, constituye una variante del tejido conjuntivo, especializado para la reserva energética en forma de grasas; sin embargo, secundariamente, participa en la forma corporal emparentándose con el tejido conjuntivo que le dio origen. Siguiendo entonces aquellos desarrollos (Chiozza y colab., 1993k) podemos suponer un sentimiento de disconformidad similar (aunque no igual) al de la patología conjuntiva, presente en los trastornos del tejido adiposo; sentimiento que desempeña-

⁷¹ Los peces, cuyo vitelo es abundante, poseen el saco vitelino adherido al vientre por largo tiempo, desarrollándose “posados” sobre su propia reserva alimentaria. Las aves y reptiles también se alimentan del vitelo durante el desarrollo embrionario. En el caso de los mamíferos, el saco vitelino es vestigial y la alimentación del feto se efectúa a través de la placenta (Pirlot, 1976).

⁷² La conformidad adecuada, que permite el “ser uno mismo” o “ser lo que se debe”, es el resultado de la buena conformación que surge como consecuencia de un equilibrio entre ceder y resistir a la presión de cambio. Para ello necesitamos conformarnos y conformar la circunstancia en una influencia recíproca que lleva implícito aquello que llamamos resignificar la vida. De ello depende que podamos estar “en forma” o, dicho de otro modo, “estar conformes”. Un “estar conformes”, que es el significado del tejido conjuntivo sano, implica el disponer de un sistema o conjunto coherente de creencias, adecuado a la realidad circundante y a un estar interesados por las cosas del mundo (Chiozza y colab., 1993k).

ría un rol secundario con respecto a los sentimientos que derivan directamente de la función de reserva energética.

Los trastornos adiposos, como por ejemplo la obesidad o la emaciación, constituyen variantes del salirse de la forma (“horma-norma”) adecuada y comprometen la noción de belleza como norma-forma ideal. Morris (1971) sostiene que cada época y cada cultura tiene modelos de belleza que la caracterizan⁷³.

En este sentido podemos decir que, en algunas circunstancias, el ideal de belleza que dicta la época en relación con la distribución y cantidad de tejido adiposo, puede no coincidir con el ideal de salud; ocasiones en las que la opinión de la moda difiere de la opinión del médico⁷⁴. En

⁷³ Morris, estudiando la forma de ciertas estatuillas prehistóricas que representan la figura femenina con grandes y protuberantes nalgas, señala la similitud con una forma corporal, denominada “esteatopigia”, que se encuentra particularmente entre los bosquimanos. Sostiene que este fenómeno de la esteatopigia fue simulado en el siglo pasado por el polisón, un relleno o armazón que se coloca debajo del vestido femenino con el objeto de aumentar el volumen de la región glútea. Considera, entonces, que la exagerada acumulación de reserva grasa en ciertas localizaciones tendría el fin de incrementar las señales sexuales. Apoya esta afirmación en el hecho de que en el pasado, la figura de la mujer rolliza, con curvas desarrolladas, no sólo era sexualmente aceptable, sino que, además, destacaba un carácter maternal. Considera que en el presente, en cambio, existe un culto a la juventud según el cual la mujer sexualmente apetecible debe permanecer “virgen de carne” (Morris, 1971, pág. 43). Sin embargo, según afirma Morris (1971), existe una tendencia natural en la mujer adulta a engordar a razón de algo más de un kilo cada cinco años. Esta tendencia biológica natural de la especie significa, para el autor, un grave reto para la mujer occidental, quien, intentando controlar el aumento de peso mediante las dietas, entabla una lucha equivocada contra su naturaleza. Así, nos dice, en el siglo XX el corsé, en su función de comprimir la cintura, ha sido reemplazado por las dietas. Considera que también en el hombre la distribución de grasa en el vientre tiene el valor de una señal sexual, y que, frente a la sobrevaloración de la juventud y la potencia sexual, propia de nuestra época, el hombre lucha desesperadamente, imponiéndose dietas o ejercicios físicos, para conservar el vientre plano típico de los jóvenes. Estos intentos tienen, para el autor, el significado de evitar comunicar el fin de la fase de apareamiento con el vientre flojo y abultado característico del hombre mayor. Si pensamos en las dificultades para la materialización, presentes, como vimos, en las fantasías de reserva energética adiposa, resultan, en este punto, más convincentes las ideas de Groddeck (1916-1919), quien afirma que el vientre abultado en el hombre simboliza fantasías de embarazo.

⁷⁴ Lamentablemente, muchas veces el criterio personal de un médico (o incluso el criterio general de la medicina de un país, de un continente o de una época) está influido por consensos erróneos, que expresan conflictos sociales, y se aleja de lo que resulta saludable; en otros términos, del estar “en forma”.

estos casos podemos pensar que el ideal de belleza de la época expresa una patología social que, desde el consenso, presiona hacia un determinado conflicto; conflicto que, estando “de moda”, representa un punto de urgencia de la época.

Como vimos, las modificaciones que el acúmulo de grasa impone a la forma corporal en su conjunto, dependen no sólo de su cantidad sino también de su localización. Tal es la importancia que la localización de la grasa imprime a la forma corporal, que las diferencias entre la silueta masculina y femenina están dadas, en parte, por diferencias en el espesor de la capa adiposa de las distintas regiones del cuerpo.

La exageración de estas formas se aprecia en los diferentes tipos de obesidad; existe una obesidad androide, en la cual el depósito se acumula de la cintura para arriba, y otra, ginoide, en la que se acumula por debajo de la misma. Estas diferencias en la distribución de la grasa, que dependen de las hormonas sexuales, se inician en la pubertad; el climaterio, al finalizar el periodo fértil, imprime nuevas modificaciones.

Pensamos, entonces, que existe una forma “normal”⁷⁵ para la infancia, vinculada a un depósito de reserva adiposa adecuado para el crecimiento; una forma “normal” para la época adulta, vinculada a una adecuada proporción y distribución de la grasa subcutánea que permite una sexualidad genital satisfactoria en su aspecto reproductivo, y una forma “normal” para la vejez, vinculada a los depósitos de grasa adecuados para el ejercicio de la sublimación.

3. Las fantasías adiposas y el calor corporal

Como vimos, la distribución subcutánea del tejido adiposo en toda la economía corporal contribuye a disminuir la pérdida de calor (Steinberg, 1993). Esta función en el hombre es de escasa importancia, tanto para la función del tejido adiposo como para la función de mantenimiento de la homeotermia⁷⁶.

⁷⁵ Ponemos el término normal entre comillas para significar que esta forma no es necesariamente única; podrá variar de acuerdo a épocas, razas y constituciones personales, pero implicará, en todos los casos, un funcionamiento adecuado del tejido adiposo.

⁷⁶ En los animales homeotermos, los principales mecanismos para mantener la temperatura corporal dentro de los estrechos rangos tolerables son la vasoconstricción periférica y, en menor medida, el escalofrío. Este último consiste en contracciones isométricas musculares involuntarias que producen calor (Fawcett, 1994).

Dijimos también que existe una variedad de tejido adiposo, rudimentaria en el hombre adulto, denominada grasa parda. Los adipocitos que componen esta variedad del tejido adiposo poseen un metabolismo elevado, con abundantes mitocondrias, cuya finalidad específica es la generación de calor. Este tejido está particularmente desarrollado en los animales que hibernan y sirve en ellos “como ‘una caldera química’, un quemador de grasa para calentar al animal durante el despertar de la hibernación” (Fawcett, 1994, pág. 185).

Este tejido, “presente en los neonatos de todas las especies en las que existe”, comienza a desarrollarse durante la vida fetal alcanzando de un 2 al 5% del peso corporal al nacer. La localización es limitada y luego del nacimiento no se desarrolla en lugares nuevos. Sus células van perdiendo paulatinamente sus características propias para asemejarse a los adipocitos de la grasa blanca, y sólo en condiciones anormales particulares (como el ayuno prolongado o ciertas patologías conjuntivas), pueden retornar a sus cualidades morfológicas iniciales (Fawcett, 1994, pág. 185).

No obstante el tejido adiposo en el hombre parece perder sus cualidades de productor de calor en favor de las de reserva energética, pensamos que los vestigios de esta función pueden ser utilizados para expresar fantasías vinculadas a la necesidad de calor y abrigo.

En términos de significación, sabemos que el frío del invierno se presta adecuadamente para representar la carencia afectiva. Según el *Diccionario de la lengua española* (Real Academia Española, 1992) la palabra “calor” alude, entre otras cosas, a “la energía que pasa de un cuerpo a otro cuando están en contacto y es causa de que se equilibren sus temperaturas” significa, asimismo, “favor y buena acogida”. Por otra parte, se suele hablar del “calor humano” y de la “calidez”, en el sentido de un cuidado y de un trato cariñoso y tierno.

La necesidad de disponer de un tejido graso que cubra al cuerpo dispensando calor, podría comprenderse, junto a sus cualidades primarias, como la expresión de un profundo deseo de obtener afecto, cuidado y protección. En este sentido podríamos decir metafóricamente que el tejido adiposo envuelve al cuerpo, como si fuera un manto, un abrigo, que protege de las “inclemencias” del “tiempo”. De acuerdo a estas ideas, un exceso en el acúmulo de grasa podría expresar (junto a los significados que ya mencionamos) una situación de deprivación afectiva, y la protección, el afecto y el cuidado que el obeso siente que le faltan.

Podemos pensar que la presencia del tejido pardo en el neonato tiene la función simbólica de sustituir la protección y el calor del útero, recientemente abandonado.

IV. Las fantasías adiposas en la obesidad

Afirmamos en desarrollos anteriores que toda enfermedad somática puede ser comprendida psicoanalíticamente como el intento de evitar la conciencia de un particular afecto (Chiozza, 1963*a*, 1980*c* [1977-1978-1979]), descomponiendo, a los fines de la represión, la coherencia de sus inervaciones somáticas; proceso que dimos en llamar desestructuración de la clave de inervación del afecto, y al que consideramos específico del modo patosomático del enfermar (Chiozza, 1976*h* [1975]).

Estas ideas, pensamos, se integran al modo general con el que el psicoanálisis comprende la formación de síntomas, enriqueciéndolo. Integrando ambos modelos, podemos considerar que el afecto simbolizado por el trastorno somático surge por la regresión a un particular punto de fijación; punto de fijación en el cual el órgano afectado por el trastorno ejerció una primacía libidinal. Estas ideas, surgidas de la observación clínica, nos obligaron a postular la existencia, en lo inconciente, de fijaciones prenatales (Chiozza, 1963*b*).

Nos ocuparemos, a continuación, de aplicar este modelo para esclarecer el drama inconciente simbolizado en el exagerado aumento del tejido adiposo que conocemos como obesidad.

1. El punto de fijación adiposo

Siguiendo ideas postuladas por Freud (1905*d**), entendemos por fijación una situación en la que la libido queda fuertemente unida a representaciones características de una determinada fase evolutiva y a un modo particular de satisfacción. La fijación a una particular fase evolutiva determina una disposición a una modalidad de descarga que permanece latente y que, en casos de frustración de las modalidades más desarrolladas, puede devenir actual.

Según este autor, “el quehacer sexual se apuntala primero en una de las funciones que sirven a la conservación de la vida, y sólo más tarde se independiza de ella” (Freud, 1905*d**, pág. 165). Mientras la libido se halla apuntalada en la función, las cualidades que la libido recibe del órgano fuente impregnan el psiquismo, situación que el psicoanálisis describe como primacía de esa particular libido. Es durante esta etapa de primacía cuando se produce la fijación de la libido a esa modalidad específica de descarga.

El tejido adiposo comienza a cumplir su función en el octavo mes de vida intrauterina cuando el feto comienza a prepararse para el nacimiento,

momento a partir del cual deberá realizar un crecimiento corporal con suministros energéticos que ya no son continuos.

Podemos pensar, entonces, que este momento en el que se produce la capacitación energética como preparativo para el crecimiento que ocurrirá después de nacer, sería el punto de fijación adiposo.

Existen también, como vimos, otros períodos de la vida en los cuales el tejido adiposo desempeña un rol preponderante. Estos momentos constituyen resignificaciones del primitivo punto de fijación adiposo del octavo mes de gestación.

Del mismo modo podemos decir que el punto de fijación adiposo fetal es una nueva edición de una idea más primaria, ya presente en la reserva energética del cigoto que debe autoabastecerse hasta el momento de anidación en el útero.

2. Regresión al punto de fijación

El término “regresión” en psicoanálisis alude a un retorno a etapas anteriores del desarrollo, en las cuales la libido permanece fijada generando la disposición a un predominio latente. Si tenemos presente la cualidad atemporal del inconciente, comprendemos que el término “regresión”, más ilustrativo, es inexacto, ya que se trata, más bien, de una actualización de modos de funcionamiento que, merced a la fijación, permanecían latentes.

Estas actualizaciones de predominios libidinales latentes pueden ocurrir como adaptaciones adecuadas (por ejemplo, la “regresión” oral durante el comer, o la fetal durante el dormir), o con fines defensivos, como ocurre en la formación de síntomas. Habitualmente suele utilizarse el término “actualización” para los casos “normales”⁷⁷ y “regresión” cuando se trata de una defensa; sin embargo, esta distinción es convencional y no del todo rigurosa.

La frustración que desencadena la regresión puede corresponder a los últimos estadios de la evolución que la sexualidad ha alcanzado en un determinado individuo o durante la actualización funcional de una primacía anterior. En un sujeto adulto, por ejemplo, puede tratarse de una

⁷⁷ En otra ocasión (Chiozza, 1974b) nos ocupamos de este tema refiriéndonos a un desplazamiento “tópico”, como equivalente atemporal de lo que en términos histórico-genéticos denominamos regresión. Es este desplazamiento el que determina cuál de las modalidades libidinales, propias de una determinada fase del desarrollo, es la que se actualiza.

frustración genital o de una frustración en la capacidad hepática de materialización, que se actualiza adecuadamente frente a la tarea de llevar a cabo un proyecto.

Esta actualización de modos anteriores de funcionamiento tánato-libidinoso representa un intento de “colocarse” en mejores condiciones para enfrentar la frustración actual, frustración que ahora se intentará resolver disponiendo de la libido propia del punto de fijación.

En el caso de la regresión al punto de fijación adiposo, la frustración actual quedará impregnada con la cualidad propia de la libido adiposa; de este modo, el conflicto actual pasa a ser un conflicto adiposo, centrado en la dificultad para sentirse, como vimos, energéticamente potente. Por ejemplo, la pérdida de un objeto que satisfacía la libido genital o la dificultad de sublimar o, incluso, la dificultad para materializar proyectos, se vivencian como la necesidad de llevar a cabo un crecimiento corporal para el cual no se dispone de suficiente energía acumulada; en otras palabras, para el cual el sujeto no se siente energéticamente preparado.

3. El sentimiento de “impotencia energética”

Como ya dijimos, el sujeto que, incapaz de realizar la acción eficaz específica, emprende el camino de la regresión al punto de fijación adiposo, experimenta la frustración original con cualidades propias de esta modalidad libidinal. El conflicto se transforma en una cuestión de energía, y su incapacidad para la acción específica, en no sentirse preparado energéticamente; vivencia que podríamos llamar *sentimiento de “impotencia energética”*.

Podemos dividir, de manera un tanto esquemática, a toda capacidad, a toda potencia, en un aspecto de naturaleza energética, vinculado a la cantidad, y otro vinculado más específicamente con la cualidad de la acción. Podemos representarnos el primer aspecto con la expresión “tener con qué” y el segundo con la expresión “saber cómo”.

La función de reserva energética del tejido adiposo, como dijimos, se arroga la representación de las demás formas de acumulación y también de todo aquello que se considera reserva o preparativo. Pensamos entonces que su funcionamiento, dentro de límites normales, forma parte de la clave de inervación de los sentimientos que surgen específicamente del ejercicio de la libido adiposa; por lo tanto, una disminución en la reserva energética, dentro de los límites fisiológicos, es el elemento esencial de la clave de inervación del sentimiento de “impotencia energética”.

4. Desestructuración del afecto en la obesidad

En otro lugar sosteníamos que “cuando la descarga eficaz resulta lograda, el remanente afectivo queda integrado con la acción, constituyendo un acto pleno de sentido” (Chiozza y colab., 1993i [1992], apdo. III). Basados en esta afirmación podemos decir que la potencia energética para llevar a cabo una determinada acción es un estado inconciente, es decir, el estar energéticamente preparado.

La realización de la acción eficaz específica es inversamente proporcional al desarrollo del afecto, que surge como vía de descarga generando una alteración en el propio organismo. Cuanto menos eficaz resulta la acción, mayor es el componente de excitación que se descarga como afecto (Chiozza, 1976h [1975]). De acuerdo con este pensamiento, podemos sostener que la impotencia energética es un afecto surgido de la ineficacia de la acción adecuada de reserva energética adiposa.

Cuando el sentimiento de impotencia energética, surgido de la regresión desencadenada por la frustración actual, no se tolera en la conciencia, la desestructuración defensiva de la clave de inervación logra desplazar el total de investidura sobre el elemento más representativo del conjunto: la disminución de la reserva energética.

De esta manera, el afecto desaparece de la conciencia y en su lugar aparece un síntoma, el adelgazamiento, que en situaciones graves puede alcanzar la emaciación. Pensamos que este tipo de vivencia debe desempeñar un rol preponderante en enfermedades como la llamada “anorexia nerviosa”, donde se observa una peligrosa reducción de las reservas grasas⁷⁸.

Otra y más compleja es la vicisitud del afecto en la obesidad. Puede ocurrir que frente a la dificultad para tolerar en la conciencia el sentimiento de impotencia energética, en lugar de desestructurar su clave, se recurra al mecanismo de formación reactiva, desarrollando, así, un sentimiento contrario.

El sujeto, entonces, se siente, energéticamente hablando, con una potencia más que suficiente, es decir, hiperpotente (“omni”-potente)⁷⁹. Pero este sentimiento de hiperpotencia energética, que surgió como formación reactiva, amenaza traer consigo a la conciencia la impotencia energética

⁷⁸ También puede formar parte de un mosaico de fantasías, de importancia secundaria, en enfermedades que, como el SIDA, secundariamente produzcan un adelgazamiento patológico.

⁷⁹ Según Moliner (1991), “omnipotente” significa “todopoderoso” y “se aplica al que lo puede todo, en absoluto...”. Utilizamos el prefijo “hiper” no en el sentido de “exceso”, al que se refiere Moliner (1991), sino en el sentido cuantitativo de “sobre”, que corresponde a la traducción de la voz griega tal como se usa en la palabra “sobreadundancia” (Boettner, 1942).

que le dio origen y a la cual, burdamente, encubre. Por este motivo es necesario reprimir, también, ese sentimiento de hiperpotencia energética.

Siguiendo un pensamiento análogo al anterior, podemos pensar que el aumento del depósito de lípidos en el tejido adiposo constituye un elemento esencial en la clave de inervación del sentimiento de hiperpotencia energética, que oculta y sustituye al sentimiento de impotencia.

La desestructuración del sentimiento de hiperpotencia energética implica, entonces, un incremento del acúmulo de lípidos en el tejido adiposo. El afecto desaparece de la conciencia y en su lugar aparece un trastorno somático: el aumento injustificado de tejido graso, que, en determinadas condiciones, se registra como obesidad.

El aumento de este tejido representa un intento, regresivo e inadecuado, de recurrir a una “capacitación general”, energética. Se configura, de este modo, un malentendido con fines defensivos. El sujeto sustituye la acción eficaz (por ejemplo, la satisfacción genital, o la sublimación) para la que no se siente capaz, por otra para la que sí se siente capaz pero que resulta ineficaz para resolver la frustración.

Esta acción que actualmente, frente a la frustración, se demuestra ineficaz es una acción específicamente “pensada” para materializar el crecimiento corporal. Desde la regresión al punto de fijación adiposo, las formas más desarrolladas de materialización, la procreación y la sublimación, son experimentadas (también regresivamente) como una forma más primaria de la materialización: el crecimiento corporal, y así, se sustituyen también los preparativos específicos más evolucionados (para la procreación y para la sublimación) por los energéticos más primitivos (para el crecimiento).

De este modo, como consecuencia de su capacitación ineficaz, no sólo no se capacita para la acción específica que debería realizar, sino que, además, “carga” con una reserva y con un “peso”⁸⁰ que en realidad no necesita, volviéndose cada vez más incapaz⁸¹ en el terreno específico de su carencia y su necesidad.

⁸⁰ La palabra “peso” proviene de “pesar”, del latín *pensare*, intensivo de *pendere*, que se refiere a determinar el peso de una cosa. Reúne los significados de fuerza de gravedad, dolor interior, carga o gravamen, unidad monetaria e importancia de una cosa (Real Academia Española, 1992; Salvat, 1972). Estos sentidos, además de sugerir la vinculación del aumento de peso con un componente melancólico (la pesadumbre, el peso de la culpa, etc.), señalan la posibilidad de equiparar peso con valor o importancia. En este sentido, el gordo buscaría aumentar su volumen, imponerse “ocupando más espacio”, en el intento de negar su sentimiento de falta de valor, importancia o gravitación sobre sus objetos primarios.

⁸¹ En su primera y más antigua acepción, “gordo” significa “torpe o tonto”, ya que proviene de latín *gurdus*, que significa “torpe”, de donde “se pasaría a la acepción

En este caso, el incremento de tejido adiposo es patológico independientemente de su cantidad, ya que el aumento de la reserva no ocurre en la medida de las necesidades energéticas sino como sustituto inadecuado de la acción específica que aliviaría la frustración⁸².

5. En conclusión

Lo que se presenta en el cuerpo como un aumento del tejido adiposo, es decir, una alteración somática, es, en el alma, un drama inconciente. Drama que, para su mejor comprensión, hemos descrito en términos predominantemente metapsicológicos, utilizando conceptos conocidos como la fijación, la regresión, etc. Podemos intentar ahora una descripción en términos metahistóricos, volcando lo ya comprendido en aquello que solemos llamar “el lenguaje de la vida”.

Podemos decir que el sujeto que, como el obeso, engorda contra su voluntad conciente, es un sujeto que se siente incapaz; que siente que “*no sabe cómo*” enfrentar las dificultades que la vida le impone en la realización de sus deseos. Sin poder tampoco renunciar a la realización de sus deseos, experimenta esta vivencia como si se tratara de *materializar un crecimiento corporal* para el cual siente que “*no tiene con qué*” llevarlo a cabo. Se siente *impotente, débil*⁸³, *pusilánime* y, además, *disconforme* consigo mismo.

En el intento de negar el displacer que le provoca esta vivencia de debilidad e impotencia, adopta una actitud contraria a su sentir; una actitud omnipotente de sentirse *poderoso, robusto, corpulento*. Esta situación, puesta en palabras de un niño pequeño, se expresaría diciendo por ejem-

de ‘grosso’ por una asociación en sentido inverso al del caso de ‘grosero’, entre las ideas de gordura y falta de finura” (Moliner, 1991). Resulta interesante que, según Gobello (1994), uno de los significados de “grasa” es “inhábil, torpe”; la expresión “hacer sebo” tiene el sentido de “holgazanear”. En la jerga de los adolescentes, “músculo en reposo” significa la grasa acumulada. Estos giros lingüísticos tomarían la relación entre acumular grasa y prepararse sin realizar la acción.

⁸² Es conveniente aclarar que en ciertos casos, por ejemplo una pérdida irreparable, la acción eficaz que alivia la frustración, bien puede ser el trabajo de duelo.

⁸³ Según Moliner (1991), “débil”, que en su primera acepción significa “de poco vigor, poca fuerza o intensidad”, cuenta, entre sus muchas acepciones, la de “adelgazarse”; en sentido figurado, “se aplica a la persona que, por falta de energía o exceso de afecto, cede excesivamente a la voluntad o al capricho de otros”. “Debilidad”, por su parte, significa figurativamente “falta de energía moral”, y también “flaqueza”. A su vez “flaquear” es “mostrar debilidad. Estar a punto de fallar la resistencia física o moral... mostrar alguien falta de energía...”.

plo: “*Si quiero, puedo correr más rápido que un tren*”; actitud que denota la debilidad latente y que por este motivo no puede sostenerla en su actitud conciente. La expresa, entonces, en su *forma corporal*, a través del aumento de sus reservas en el tejido adiposo.

Como retorno de lo reprimido, los mismos afectos intolerables vuelven a la conciencia. Se siente ahora *disconforme* con su gordura, la cual, además, implica una *impotencia* funcional. El sujeto, evitando aquello que le provocaba dolor, ha realizado un “mal negocio” y debe pagar el precio de su gordura. Al transformar el “*no poder por no saber cómo*” en “*no poder por no tener con qué*”, ha perdido la posibilidad de capacitarse adecuadamente a través del aprendizaje. En su lugar, recurre a una capacitación inadecuada que consiste en *acumular “energía”, como si se tratara de “sabiduría”*.

6. Apéndice: la respuesta inconciente a las dietas

Vimos ya que la medicina no sólo reconoce el fracaso de las dietas, sino que encuentra en la sucesión de ellas el motivo por el cual los obesos “tratados” se vuelven cada vez más obesos. Intentemos comprender ahora cómo la dieta repercute sobre el drama inconciente del obeso.

Si retomamos la situación que describíamos en el apartado anterior en el punto en que la dejamos, el paso siguiente es que el sujeto ahora vuelve a sentirse, como retorno de lo reprimido, disconforme e impotente, refiriendo ahora sus sentimientos a su condición de obeso. Guiado por estos sentimientos, y orientado por el consenso y el médico desde un enfoque erróneo, el obeso se pone a dieta, iniciando así una situación circular que incrementará su malestar.

Ahora dos deseos entran en conflicto: el deseo inconciente de aumentar las reservas adiposas y el deseo conciente de adelgazar. Satisfacer uno de ellos implicará frustrar al otro, con el displacer correspondiente. Pero veámoslo con más detalle.

La restricción alimentaria que, con el fin de reducir las reservas adiposas, impone la dieta, es vivida inconcientemente por el sujeto como una amenaza de incrementar su sentimiento de incapacidad e impotencia “energética”, su “no poder por no tener con qué”. Dado que el obeso siente que tiene que prepararse para un crecimiento aumentando su ingesta para aumentar sus reservas, siente la restricción dietaria, sin tener conciencia de ello, como algo que se opone a la realización de sus proyectos.

Imaginemos, por ejemplo, un sujeto que, incapaz de sublimar, y sintiendo que el futuro le depara una vejez frustrante, busca prepararse incrementando sus ahorros a través de sus ingresos. Alguien, en la creencia de que su abultada cuenta bancaria perjudica su vida espiritual, le induce a reducir bruscamente sus ingresos con la intención de que, al mantener los gastos, reduzca sus ahorros.

Entonces, con tal de no “tocar” su máspreciado bien, del cual siente que dependen sus posibilidades de un futuro mejor, intenta desesperadamente reducir también los gastos. Es la situación que la medicina describe como la disminución del metabolismo que ocurre frente a las dietas.

El sujeto de nuestro ejemplo, con tal de no perder los bienes que siente como imprescindibles podría, incluso, si es necesario, renunciar a ciertos bienes de los que ahora puede prescindir, “quemándolos”. Esta situación equivale a lo que la medicina describe como reducción de la masa magra, por consumo de proteínas musculares. En efecto, si el proyecto actual del obeso es acumular reservas energéticas para acciones futuras, cree poder sacrificar una parte de sus músculos, en el presente inactivos.

Cuando la dieta finaliza (casi siempre se abandona), el obeso come más que antes. Come preparándose para las amenazas del futuro, y ahora, además, come preparándose para la amenaza de la próxima dieta.

V. Síntesis

1. Es posible pensar que en la evolución filogenética la complejización de los organismos y de las funciones trajo aparejada la necesidad de una respuesta adaptativa para enfrentar la dificultad que imponen las variaciones del medio en cuanto a la disponibilidad de nutrientes; surge así la idea, general y abarcativa, de acumular sustancias hoy disponibles y reservarlas para cuando falten. De este modo, podemos plantear una *fantasía general de reserva*.

2. Podemos diferenciar, entre las distintas sustancias que se acumulan, aquellas que desempeñan un papel esencialmente energético. De este modo podemos concebir la reserva de estas sustancias como una *fantasía de reserva energética*, que forma parte de la fantasía general de reserva, y está destinada a subsanar el desfase que impone una alimentación periódica frente a un gasto continuo.

3. Así como el tejido adiposo desempeña distintas funciones, también podemos suponer distintas fantasías parciales que componen la matriz, más compleja, que llamamos *fantasías adiposas*. La fantasía primaria está

vinculada a la función de depósito de grasas de reserva energética; las funciones de dar forma y de disminuir la pérdida de calor implicarán fantasías adiposas secundarias. Vinculadas a la función de reserva energética, encontramos también fantasías de autoabastecimiento.

4. La reserva energética en forma de glúcidos se arroga mejor la representación de una reserva para uso inmediato. Es la más adecuada para satisfacer necesidades urgentes pero no cuantiosas, como, por ejemplo, los esfuerzos breves e intensos. La reserva energética en forma de ácidos grasos parece estar pensada para un uso de “largo alcance” apto para sostener los esfuerzos prolongados.

5. La idea de reservar implica la idea de diferir el consumo en el tiempo; por lo tanto, el hecho de que la forma grasa de reserva energética esté pensada para plazos más largos, sumado al hecho de su capacidad casi ilimitada para la reserva (notablemente superior a la de los glúcidos), nos induce a pensar que la reserva energética adiposa se arroga la representación de la reserva energética en general.

La fantasía de reserva energética adiposa puede, además, por regresión a la fantasía general de reserva, representar (vicariamente) a otros tipos de reserva; en otras palabras, puede arrogarse, en general, la representación de los preparativos.

6. Dadas las estrechas relaciones entre el depósito de triglicéridos en los adipocitos y la regulación hormonal de este proceso, llevada a cabo principalmente por la insulina, podríamos suponer, también, un segundo estadio evolutivo para las fantasías insulino-pancreáticas, que se desprende de las acciones de la insulina sobre el metabolismo adiposo. Supondríamos también un segundo momento de primacía y por lo tanto un segundo punto de fijación. La reserva energética adiposa surgiría, entonces, vinculada al adecuado funcionamiento tanto de la libido adiposa como de la libido insulino-pancreática “secundaria”.

7. El depósito de reservas energéticas en el tejido adiposo es una acción eficaz cuya finalidad es la de preparar para la materialización; más específicamente, la materialización implícita en el crecimiento corporal. La falta de los recursos energéticos adecuados (en calidad y cantidad) no sólo impide el crecimiento, sino que conduce a “quemar” las formas ya materializadas, cuando la energía para la subsistencia se debe extraer de la degradación proteica. Las proteínas, por su función estructural, constituyen una fuente de energía para casos de urgencia, ya que su utilización implica un consumirse a sí mismo.

8. El término “capacidad” reúne los significados de continente y de aptitud, en la fantasía de que los recursos están almacenados y reservados

a la espera de la oportunidad propicia. Sus significados la emparentan con la potencia; por lo tanto, las fantasías de reserva están presentes tanto en la idea inconciente de la capacidad como en la de potencia. Podemos afirmar, entonces, que toda forma de reserva energética, y particularmente la adiposa, compromete fantasías vinculadas al sentimiento de potencia.

Podemos dividir, de manera un tanto esquemática, a toda capacidad, a toda potencia, en un aspecto de naturaleza energética, vinculado a la cantidad, y otro vinculado más específicamente con la cualidad de la acción. Podemos representarnos el primer aspecto con la expresión “tener con qué” y el segundo con la expresión “saber cómo”.

9. La reserva energética adiposa es la más eficaz materialización de la autonomía, por lo tanto se ofrece como una adecuada representación para simbolizar fantasías de autoabastecimiento.

10. El tejido adiposo participa en la forma corporal, emparentándose con el tejido conjuntivo que le dio origen. Podemos suponer, entonces, un sentimiento de disconformidad similar (aunque no igual) al de la patología conjuntiva, presente en los trastornos del tejido adiposo. Este sentimiento desempeñaría un rol secundario con respecto a los sentimientos que derivan directamente de la función de reserva energética.

Así, pensamos, existe una forma “normal” para la infancia, vinculada a un depósito de reserva adiposa adecuado para el crecimiento; una forma “normal” para la época adulta, vinculada a una adecuada proporción y distribución de la grasa subcutánea que permite una sexualidad genital satisfactoria en su aspecto reproductivo, y una forma “normal” para la vejez, vinculada a los depósitos de grasa adecuados para el ejercicio de la sublimación.

11. No obstante el tejido adiposo en el hombre parece perder sus cualidades de productor de calor, en favor de las de reserva energética, pensamos que los vestigios de esta función pueden ser utilizados para expresar fantasías vinculadas a la necesidad de calor y abrigo.

12. El tejido adiposo comienza a cumplir su función en el octavo mes de vida intrauterina. La alimentación continua fetal hace innecesaria la reserva energética adiposa, ya que el feto cuenta con las reservas energéticas adiposas de la madre. A partir del octavo mes de gestación el feto comienza a prepararse para el nacimiento, momento a partir del cual deberá realizar un crecimiento corporal con suministros energéticos que ya no son continuos. Este momento de capacitación energética como preparativo del crecimiento corporal es el *punto de fijación adiposo*.

Existen también otros períodos de la vida en los cuales el tejido adiposo desempeña un rol preponderante; éstos constituyen resignificaciones del primitivo punto de fijación adiposo del octavo mes de gestación. Del

mismo modo podemos decir que el punto de fijación adiposo fetal es una nueva edición de una idea, ya presente, en la reserva energética del huevo.

13. La regresión al punto de fijación adiposo “tiñe” la frustración actual con la cualidad propia de la libido adiposa; de este modo, el conflicto actual pasa a ser un conflicto adiposo centrado en la dificultad para sentirse energéticamente potente como si se tratara de llevar a cabo un crecimiento corporal. Llamamos a esta vivencia *sentimiento de “impotencia energética”*.

14. Mientras que la impotencia energética es un afecto, la potencia energética para llevar a cabo una determinada acción es un estado inconciente, es decir, el estar energéticamente preparado.

15. El funcionamiento, dentro de límites normales, de la función de reserva energética adiposa forma parte de la clave de inervación de los sentimientos que surgen específicamente del ejercicio de la libido adiposa; por lo tanto, una disminución en la reserva energética, dentro de los límites fisiológicos, es el elemento esencial de la clave de inervación del sentimiento de “impotencia energética”.

Cuando este sentimiento no se tolera en la conciencia, la desestructuración defensiva de la clave de inervación desplaza el total de investidura sobre el elemento más representativo del conjunto: la disminución de la reserva energética; el afecto desaparece de la conciencia y en su lugar aparece un síntoma, el adelgazamiento, que en situaciones graves puede alcanzar la emaciación.

Pensamos que este tipo de vivencia debe desempeñar un rol preponderante en enfermedades como la llamada “anorexia nerviosa”, donde se observa una peligrosa reducción de las reservas grasas.

16. La dificultad para tolerar en la conciencia el sentimiento de impotencia energética puede resolverse mediante la formación reactiva desarrollando un sentimiento contrario de hiperpotencia energética. Dado que este sentimiento amenaza traer consigo a la conciencia la impotencia energética que le dio origen y a la cual burdamente encubre, tampoco se tolera su permanencia en la conciencia.

El aumento del depósito de lípidos en el tejido adiposo constituye un elemento esencial en la clave de inervación del sentimiento de hiperpotencia energética; por lo tanto, la desestructuración de este sentimiento implica un incremento del acúmulo de lípidos en el tejido adiposo.

El afecto desaparece de la conciencia y en su lugar aparece un trastorno somático: el aumento injustificado de tejido graso, que, en determinadas condiciones, se registra como obesidad.

17. La obesidad representa un intento, regresivo e inadecuado, de recurrir a una “capacitación general” energética en el cual se sustituye la acción

eficaz para la cual el obeso no se siente capaz, por otra para la que sí se siente capaz pero que resulta ineficaz para resolver la frustración. En este caso, el incremento de tejido adiposo es patológico independientemente de su cantidad, ya que el aumento de la reserva no ocurre en la medida de las necesidades energéticas, sino como sustituto inadecuado de la acción específica que aliviaría la frustración.

18. Desde la regresión al punto de fijación adiposo, las necesidades de procreación y sublimación son experimentadas como una necesidad de crecimiento corporal, y así, se sustituyen también los preparativos específicos más evolucionados (para la procreación y para la sublimación) por los energéticos más primitivos (para el crecimiento).

VI. Las fantasías adiposas en una historieta cómica⁸⁴

Las aventuras de Astérix constituyen una famosa colección de historietas creada por el guionista Goscinny y el ilustrador Uderzo, que, en una fina ironía, colocan al protagonista de las aventuras en el centro de los más grandes acontecimientos históricos (Goscinny y Uderzo, 1959-1977).

Así, Astérix gana los juegos Olímpicos, participa en la construcción de monumentos egipcios, introduce el té en Bretaña y, además, llega a América antes que los primeros vikingos⁸⁵. Todas las historietas comienzan con un mapa de la Galia luego de la “conquista romana”; una gran lupa señala una pequeña aldea de la región de Armorica rodeada de cuatro campamentos romanos; una leyenda reza: “Nos hallamos en el año 50 a.C. Toda la Galia está ocupada por los romanos... ¿Toda? ¡No! Un pueblecito habitado por galos irreductibles resiste ahora y siempre al invasor...”.

Luego nos enteramos del misterio que hace posible semejante proeza. El druida de la aldea prepara una poción mágica que confiere una fuerza sobrehumana a quien la consume. Gracias a esta poción, el pueblito resiste a la ocupación, se divierte castigando a los romanos y hace rabiar al César, quien no puede concluir su proyecto de ocupar “toda” la Galia.

Hagamos una primera interpretación. Los romanos y el César representan a los poderosos, y la pequeña aldea gala, a los débiles. La sabiduría del druida, a través de la poción mágica, permite, como una fantasía

⁸⁴ El presente apartado ha sido escrito enteramente por el doctor Gustavo Chiozza.

⁸⁵ *Astérix en los Juegos Olímpicos, Astérix y Cleopatra, Astérix en Bretaña y La gran travesía.*

optativa, invertir los términos. Los galos se transforman en hiperpotentes al mismo tiempo que los romanos pasan a ser impotentes. El “secreto” de la poción convierte a los galos en más capaces que los romanos, quienes “teniendo con qué” (disponiendo de las tropas), “no saben cómo” materializar la conquista; en otras palabras, los galos tienen el recurso adecuado, mientras que los romanos tienen, en exceso, recursos que se demuestran inútiles.

Veamos los personajes centrales de estas aventuras:

“*Astérix*, héroe de estas aventuras. Pequeño guerrero astuto, de viva inteligencia. Se le confían sin vacilar todas las misiones peligrosas. *Astérix* saca su fuerza sobrehumana de la poción mágica del druida *Panoramix*.”

“*Obélix* es el amigo inseparable de *Astérix*. Repartidor de menhires de profesión...”, consumidor ilimitado de jabalíes, glotón por naturaleza, de pequeño cayó en el caldero de poción mágica y, habiéndolo bebido todo, los poderes sobrehumanos son, en él, eternos. Su segundo mayor placer, luego de comer, es pegarles a los romanos y coleccionar luego sus cascos. Se enfurece cuando lo llaman “gordo”, ya que él se siente “robusto” y “corpulento” (aunque un poco “bajo de tórax”); se ofende cuando se lo excluye de la repartición de poción mágica; situación, esta última, que ocurre siempre, ya que el druida teme los efectos que ésta podría tener en él.

“*Panoramix*, el venerable druida del pueblecito, se provee de muérdago y prepara pociones mágicas. Su mayor éxito es la poción que da la fuerza sobrehumana al consumidor. Pero *Panoramix* tiene otras recetas en reserva...”

Ideafix, el pequeño perrito de *Obélix*. Tiene pasión por los grandes árboles del bosque y, glotón como su dueño, come enormes huesos.

Astérix y *Obélix*, como el gordo y el flaco o como Quijote y Sancho, componen dos caras de una misma moneda. Por un lado, *Astérix*, el pequeño guerrero valiente, débil por su naturaleza física pero astuto por su inteligencia, representa “el saber cómo” que, para lograr sus hazañas, debe completarse teniendo “con qué”. Para esto recurre a la poción mágica o, cuando ésta se agota, a su inseparable amigo *Obélix*, de poderes eternos.

Por el otro lado, Obélix; tonto y aniñado, pero poderoso, representa el “tener con qué” en su forma más pura, es decir, “tener con qué sin saber cómo”. Sus fuerzas eternas representan las posibilidades que brinda la reserva grasa para soportar el ayuno prolongado (como vimos, en un obeso, hasta un año de metabolismo normal) (Fawcett, 1994). Su casi ilimitada capacidad para comer jabalíes simboliza la capacidad, también casi ilimitada, del adipocito para almacenar lípidos (Steinberg, 1993). Además, como frecuentemente sucede con los “gordos” que siempre deben estar “a dieta”, Obélix queda sistemáticamente excluido a la hora de repartir entre los aldeanos el “manjar” de la poción mágica.

Panoramix e Ideafix completan los dos personajes principales. El druida, que jamás participa de los combates ni ingiere la poción que prepara, representa el “saber cómo” en su forma pura. A través de la “preparación”, simboliza también aspectos de la fantasía de reserva; aspectos que se explicitan al decir que tiene otras recetas en reserva. Antes de partir Astérix para una nueva aventura, Panoramix le acerca una cantimplora llena de poción mágica, simbolizando las reservas para el viaje y para el incierto futuro.

Ideafix, en un desdoblamiento de Astérix, representa al débil que hay dentro de todo obeso. Su “idea fija” (que le da su nombre) son los altos árboles del bosque⁸⁶, que simbolizan tanto el crecimiento corporal, como las otras formas de la materialización, es decir, la procreación y la trascendencia.

Si las fantasías adiposas están, como vemos, formando un sustrato latente en *Las aventuras de Astérix*, un aventura en particular parece centrarse en el tema que nos interesa: *Obélix & Co.* En esta aventura, el personaje central es nuestro obeso héroe, y el argumento se centra en las vicisitudes de la economía monetaria que, como vimos, son un símbolo privilegiado para comprender las vicisitudes del metabolismo de los nutrientes.

Esta aventura comienza cuando un relevo de tropas llega a uno de los campamentos romanos. El centurión relevado, Disparatus, recomienda al centurión de relevo, Nihablarum, sentarse tranquilamente a esperar su propio relevo; pero Nihablarum desea progresar y planea vencer a los galos. Luego de la primera derrota seguirá el consejo de su predecesor en el cargo y se “dejará estar” a la espera del relevo. Esta actitud, por oposición al entrar en acción, sumada a la impotencia de Nihablarum para materializar sus proyectos de ascender, son elementos presentes en el drama adiposo del obeso.

⁸⁶ Véase *La residencia de los Dioses*. En esta aventura, los romanos arrancan los árboles del bosque. Cada vez que Ideafix ve esto se desmaya, y Obélix se preocupa. Astérix, gracias a otra poción del druida, arroja semillas que hacen crecer los árboles de forma inmediata.

Antes de la mencionada batalla, en el pueblito galo todos cuchichean en secreto a espaldas de Obélix, quien se siente excluido y ofendido. Ocurrir que es el cumpleaños de Obélix y sus amigos han pensado, como regalo sorpresa, dejar que él solo combata con los “romanos fresquitos”. El hecho de que esta aventura comience con el cumpleaños de Obélix simboliza la necesidad de crecimiento y las nuevas dificultades que impone la complejización de la vida con la edad; el secreto que no conoce simboliza como vimos el “no saber”. No obstante el regalo sorpresa, este sentimiento inicial de exclusión, como veremos, exigirá futuros desenlaces.

Mientras tanto en Roma, el César, preocupado por la humillación de la nueva derrota, reúne al Consejo, compuesto, en su mayor parte, por obesos decadentes. Cayo Coyuntural, un joven delgado, tiene una propuesta interesante: “Ya que son fuertes, hay que debilitarles. Ya que no tienen nada más que hacer que pelear, hay que darles ocupación... El afán de lucro, el oro; he aquí lo que les debilitará y les ocupará. Vamos a convertirlos en unos decadentes. Pero necesitaré mucho oro”. César, luego de ver en los miembros de su propio Consejo el efecto de la riqueza, responde: “tienes crédito ilimitado”. Esto ilustra algo que comprendemos en el drama del obeso, quien en su afán de poder, almacenando sin límite lo que no necesita, se debilita, pierde su masa muscular y debe acarrear con su exceso de peso.

Cayo Coyuntural va en busca de Obélix, único responsable de la derrota, y le ofrece comprar con sestercios el menhir que transporta. Obélix no parece interesarse por el dinero hasta que el romano toca su punto débil diciendo: “...serás el hombre más rico de tu pueblecito, por lo tanto el más importante”. En efecto, a pesar de su voluminoso cuerpo y sus poderes ilimitados, Obélix no se siente importante, como lo demuestran sus sentimientos de exclusión y ofensa frente al secreto de su regalo de cumpleaños⁸⁷.

Cayo Coyuntural comprará a Obélix todos los menhires que pueda producir; cada día le pagará más, dado que “en la actual coyuntura, a causa de la oferta y la demanda, el mercado fluctúa... estamos en plena tendencia alcista”; sólo impone una condición: que Obélix cada vez le traiga más menhires, de lo contrario, “al no poder satisfacer la demanda... hay un descenso en las cotizaciones”.

Preocupado por la amenaza de ganar menos sestercios, Obélix rechaza la invitación de Astérix para ir a cazar jabalíes, argumentando que debe

⁸⁷ De pequeño, Obélix era burlado por sus compañeritos, y dado que no se animaba a defenderse, Astérix lo convence de aprovechar una distracción del druida para beber de la poción mágica. Así es cómo Obélix cayó en el caldero de poción mágica (véase *Cómo Obélix cuando era pequeño cayó en el caldero del druida*).

trabajar y no tiene tiempo. Contrata a algunos vecinos para que lo ayuden con los menhires y a otros para que cacen jabalíes para los que fabrican menhires. Frente a los reproches de Astérix, Obélix dice: “Cuando haya vendido montones de menhires, podré volver a cazar jabalíes como antes... dentro de algunos años”. Así Obélix, preparándose para el futuro, deja de “vivir el presente”.

Cayo Coyuntural exige a Obélix, durante un almuerzo de negocios, mayor producción, y le recomienda comenzar a gastar sus sestercios, ya que no va vestido “como un hombre que se ha situado en el negocio del menhir”. Un mercader llega a la aldea y Obélix le compra todas las telas, el carro y los bueyes, dejando a todos con las ganas; emplea, además, al mercader para que oficie de repartidor.

Astérix y Panoramix desconfían de las intenciones de los romanos y viendo que los menhires no tienen utilidad alguna resuelven combatir a los romanos dándoles lo que quieren: menhires a cambio de oro. Frente a la envidia y celos que Obélix despierta en el pueblo, Astérix y Panoramix incitan a todos a fabricar menhires ofreciéndoles poción mágica para que estén en condiciones de competir con Obélix.

Goscinnix y Uderzo recurren en esta historieta a un recurso ausente en las otras aventuras: caricaturizar a personajes famosos utilizándolos como personajes de su historieta. Sorprende además porque, desde el contenido manifiesto, aparece como un hecho fortuito, sin conexión con la trama. Los dos torpes legionarios que se ocupan de descargar los menhires no son otros que El Gordo y El Flaco, los famosos Laurel y Hardy.

Así, la mitad del pueblo caza jabalíes para la otra mitad que fabrica y reparte menhires. Y frente a la pregunta de Nihablarum acerca de qué hacer con tantos menhires, Cayo Coyuntural responde: “Al César lo que es del César”.

A César le preocupan dos cosas: qué va a ocurrir con sus devastadas finanzas y qué hacer con semejante cantidad de menhires que ocupan todo su palacio. Cayo Coyuntural tiene una nueva idea: vender los menhires. Para esto inician una campaña publicitaria en el Circo Máximo, centrada en la idea de que la gente compra lo que pone celosos a los vecinos.

Para explicar esta idea a César, Cayo Coyuntural hace un desarrollo de las estrategias de *marketing*; los autores, antes de esta explicación, advierten al lector: “Lo que va a seguir será difícilmente comprensible para aquellos que no estén familiarizados con el mundo de los negocios antiguos. Más aún, teniendo en cuenta que todo esto es impensable, hoy día, pues a nadie se le ocurriría probar de vender algo completamente inútil”.

De esta manera, los autores ironizan sobre la sociedad de consumo en un rasgo que, entre otras cosas, caracteriza, como vimos, a la industria alimentaria y al consumo ferviente de las inútiles dietas publicitadas.

Frente al éxito de las ventas en Roma, la competencia del menhir nacional (huelga de esclavos en la Vía Appia mediante) desata una guerra de precios que acaba con las arcas del Imperio Romano, y César ordena a Cayo Coyuntural detener la compra de menhires a los galos.

Mientras tanto Obélix, cansado de la vida de negocios, desea retornar al bosque a cazar jabalíes con Astérix, y le dice: “No te burles de mí. He sido un estúpido. Me aburro, estoy harto. ¡Todo el mundo está lleno de sestercios, todo el mundo se ha convertido en el hombre más importante del pueblecito!”. Retorna a la conciencia la impotencia para materializar sus ambiciones de ser “el más importante”, y frente a esta incapacidad hepática de materializar, surge el aburrimiento.

Cuando los vecinos se enteran de que los romanos han decidido no comprar más menhires, creen que Obélix, sabiéndolo, los ha traicionado. Todos comienzan a pelear (como en los buenos tiempos) hasta que Astérix sugiere atacar a los romanos. Obélix, en retribución al regalo de cumpleaños, ofrece “invitar la ronda de romanos” y, por única vez, se abstiene de la pelea.

Luego de la pelea, Astérix, preocupado, pregunta al druida qué harán los aldeanos con los sestercios acumulados; Panoramix responde que debido a una gran crisis en Roma el sestercio se ha devaluado y ya no vale nada. Otra vez, la aventura finaliza en un banquete en la aldea a la luz de las estrellas.

Obélix ha materializado un crecimiento, ha madurado elaborando su deseo de ser el más importante del pueblecito. Esto queda simbolizado en que se abstiene (rasgo poco común en el obeso) de participar de la pelea.

Obélix & Co., que, en lo latente, toca el tema de las fantasías adiposas, es una crítica a un materialismo exagerado y absurdo representado por una economía que gira en torno al menhir; un producto grande, pesado, que ocupa mucho lugar y que se destaca por su inutilidad. El menhir es, en la historieta, un símbolo de la reserva grasa inadecuada como preparativo específico; una cantidad pura, sin cualidad. En otras palabras, un intento vano y errado de remediar el sentimiento de impotencia a través de la búsqueda de poder (entendido éste como el tener recursos energéticos, el “tener con qué”). Esta búsqueda produce, como sucede en la historieta, un debilitamiento mayor al inicial por un aumento de peso que aumenta la impotencia y el gasto energético de la acción.

Como le ocurre al obeso cuando el volumen de grasa aumenta su impotencia y su disconformidad, haciéndolo más débil, los romanos de la his-

toria quedan más impotentes que al principio. Con una economía devastada, tapados de pesados menhires que ocupan lugar inútilmente, y sin haber podido, otra vez, vencer a los galos. También los galos se han “llenado” de un dinero que ya no vale, en el fracasado intento de ser “más importantes”, es decir, hiperpotentes.

El intento de los romanos de *distraer* a los galos de su lucha, a través del afán por el lucro y el oro, son un adecuado símbolo del drama adiposo. El obeso, en lugar de llevar a cabo la acción específica (“el saber cómo”), o de resolver su incapacidad capacitándose en el aprendizaje (adquiriendo la sabiduría que le permita “saber cómo”), se *distrae* haciendo algo que sabe hacer, pero que no le sirve; acumula riqueza energética en sus reservas más de lo necesario. Y así, en lugar de iniciar la acción (la capacitación específica), “se deja estar”, como los legionarios del cuento, engañándose a sí mismo, en la creencia de que su demora consiste en un preparativo.

**LOS SIGNIFICADOS INCONCIENTES
DE LA FUNCIÓN TIROIDEA**

(1996 [1995])

Luis Chiozza, Dorrit Busch, Horacio Corniglio,
Mirta Obstfeld y María Pinto

Referencia bibliográfica

CHIOZZA, Luis y colab. (1996d [1995]) “Los significados inconcientes de la función tiroidea”.

Ediciones en castellano

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.

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 13 de octubre de 1995.

I. La glándula tiroides en la evolución biológica

1. La importancia del yodo

Se supone que las primeras formas de vida se originaron en los océanos primitivos. En este medio, pródigo en elementos químicos disueltos, la sustancia viviente pudo aprovisionarse de aquello que necesitaba para consolidar la forma y perdurar. En los mares, el proceso constructivo de la vida se vio favorecido por la presencia de soluciones salinas y otros materiales inorgánicos que, actuando como catalizadores, incentivaban los intercambios moleculares y el establecimiento de los enlaces químicos necesarios para el desarrollo de las estructuras incipientes.

Uno de esos elementos, presente en las combinaciones salinas de las aguas del mar, es el *yodo*, un mineral escaso pero imprescindible para el desarrollo y mantenimiento de los procesos metabólicos de los organismos.

Dado que el yodo es un elemento imprescindible y a la vez escaso, ciertos organismos se especializaron en acopiarlo, evitando que se perdiera difundiéndose en el mar. Estos organismos fueron las algas, más precisamente la familia de las laminariáceas, que, presentes en las aguas costeras, tienen la propiedad de extraer yodo del mar. Al mismo tiempo, en la medida en que maduran, sintetizan sustancias yodadas, entre ellas algunas volátiles como el yoduro de metilo, que contribuye al reciclado del yodo, el cual, volatilizado en el compuesto, vuelve a la atmósfera y de allí nuevamente a la tierra, estableciendo un ciclo que asegura su permanencia (Lovelock, 1979*).

Lovelock dice que mediante estos recursos, las algas se comportarían como “*una glándula tiroides a nivel planetario*”, asegurando la perdurabilidad del yodo, imprescindible para mantener el metabolismo de la vida.

En efecto, la *glándula tiroides, órgano indispensable para la supervivencia de los mamíferos y la mayoría de los vertebrados*, “es la encargada de captar las escasísimas cantidades de yodo que circulan en la sangre, y utilizarlo como ingrediente esencial de unas hormonas que regulan nuestro metabolismo y sin las cuales no podríamos vivir” (Lovelock, 1979*, pág. 138)⁸⁸.

2. La interioridad del yodo

En trabajos anteriores (Chiozza, 1970e [1963-1969], 1983g [1982]; Chiozza y colab., 1969b), haciendo extensivo el concepto de “interioridad” que Portmann desarrollara en el campo de la biología, decíamos que toda estructura química transporta una “cualidad” que es expresión de esa “interioridad” que la hace ser lo que es. La configuración química o atómica, por ejemplo de un fármaco o de cualquier otra sustancia, afirmábamos, vehiculiza siempre una *fantasía psíquica inconciente*, expresión de esa “interioridad” que, uniéndose muchas veces con la nuestra, manifiesta un aspecto de su “alma” o de su “carácter”.

Desde este punto de vista, y parafraseando los citados trabajos, cabe que nos preguntemos: ¿cuáles son esas “cualidades” del yodo que determinan su importancia en los procesos vitales?, ¿cuál es “su alma” o, en otros términos, la fantasía inconciente que vehiculiza en su estructura química?, ¿cuál es su carácter? y ¿cuál la acción de su interioridad sobre la nuestra?

La química nos dice que el yodo es un metaloide sólido de color gris, que al evaporarse emite gases de color violeta, de allí su nombre, que proviene del griego *ioeides*, vocablo que designa dicho color. Se lo obtiene especialmente de las algas marinas y de las aguas de alto contenido salino. Pertenece, junto con el flúor, el cloro, el bromo y el astato, a una familia de elementos llamados *halógenos*⁸⁹, término proveniente de los vocablos

⁸⁸ La glándula tiroides, a través de la reconversión del yodo en hormona, tiene la capacidad de concentrarlo *varios miles de veces* más que la concentración de este elemento en el plasma sanguíneo (Fawcett, 1994).

⁸⁹ Los halógenos, séptimo grupo en la tabla periódica de los elementos, tienen, además de esa propiedad fundamental de generar sales, otras que también los definen, como la gran notoriedad de las diferencias entre sus propiedades químicas y físicas, siendo, no obstante, parientes. El astato, miembro más desconocido de este grupo, es un elemento radioactivo, el más inestable de los halógenos y por lo tanto muy infrecuente.

griegos *hals*, que significa sal, y *gennao*, que significa engendrar. Esta denominación destaca la principal propiedad química de esta familia de elementos: su capacidad de combinarse para “engendrar” sales (haluros).

Los halógenos son *poderosos oxidantes* y, en ese sentido, *favorecedores de cambios*. El yodo, que comparte esta propiedad, es además, entre todos ellos, el que tiene una mayor afinidad química con el oxígeno. Estas particularidades lo hacen extremadamente “activo”, especialmente sobre los materiales orgánicos, pues posee una rápida acción sobre las proteínas con las que forma compuestos lábiles, es decir, *promueve la disociación química de las mismas sin estabilizarse en el proceso*. Su “interioridad”, podríamos decir, se une fugazmente a la de aquéllas, y su *actividad*, induciendo procesos latentes, dispara vertiginosas transformaciones. *Esta capacidad de acción, promotora de cambios, forma el rasgo principal de su “carácter”* (Britannica, 1990-1991; Danae, 1976; Sollmann, 1948).

La capacidad de acción del yodo sobre los materiales orgánicos es tan intensa que, en estado libre, su presencia es incompatible con la perduración de las estructuras de los organismos, a las cuales destruye. De allí que, puro, sea un poderoso tóxico cuya ingestión puede significar la muerte. También su aplicación local literalmente quema los tejidos y produce severos daños por la facilidad con que se difunde, profundizándose en ellos. Su acción sobre las mucosas, ejercida, por ejemplo, a través de sus vapores, es aun más cruenta, por su tremendo efecto corrosivo.

En la naturaleza, sin embargo, atenúa su poder, debido a esa otra cualidad que comparte con sus hermanos halógenos: la extrema “sociabilidad” que lo lleva a unir su “interioridad” a las “interioridades” de otros elementos para formar sales. Este hecho es de máxima significatividad, pues el yodo, “escondido” y “larvado” en la intimidad de los yoduros de amplia difusión, “atempera” de ese modo la “violencia” de su carácter, ese poder activador que, librado a sí mismo, supondría una absoluta inestabilidad, un cambio perpetuo y vertiginoso. “Medurado” en la combinación, en cambio, solo activa procesos vitales transformadores que luego seguirán su propio curso⁹⁰.

El yodo aislado fue descubierto recién en 1811 por Courtois. En 1820, Coindet en Ginebra lo introduce por primera vez en la medicina, debido

⁹⁰ En los yoduros a los que contribuye, el yodo combina sus propiedades con las de las sales. Las sales tienen como propiedad principal la de ser elementos perdurables, ya que se organizan en forma de cristales sólidos y, además, tienen altos puntos de ebullición y de fusión, que dificultan su volatilización. A estas cualidades suman otras, como su solubilidad, hecho que facilita la difusión en medios líquidos de los elementos que las constituyen. Por otra parte, tienen capacidad osmótica, es decir, absorben agua, y esto las hace imprescindibles para la vida (Danae, 1976).

a sus propiedades terapéuticas en el bocio; pero recién en 1836, Williams Wallace jerarquizó su utilización precisa con fines terapéuticos. En 1839, Boinet inició su uso como antiséptico quirúrgico.

La acción terapéutica de las algas y esponjas en el tratamiento, por ejemplo, del bocio, era una práctica muy antigua. Así, en un código chino de 1567 a.C. se recomienda el uso de las algas marinas para el tratamiento del bocio. En Occidente, en el siglo XIII, Arnaldo de Vilanova recomendaba el uso de esponja quemada en el tratamiento de la mencionada afección. Una vez aislado el yodo, pudo saberse que de él dependían esas cualidades benéficas de los productos marinos, ya que éstos lo contenían en cantidad considerable.

Más tarde, la medicina hizo extensivo el uso del yodo al tratamiento de otros procesos mórbidos. Por ejemplo, era utilizado como antiinflamatorio en la artritis reumatoidea, en la escrófula (tuberculosis de los linfáticos), en la sífilis y, también, en los derrames pleurales. Su acción terapéutica en esas patologías depende, justamente, de su “activo” carácter, que al disociar las proteínas evita la acumulación de coloide en los procesos inflamatorios, es decir, facilita la absorción de exudados. En los procesos infecciosos colabora en la desintegración del tejido desvitalizado, exponiendo los parásitos locales a los elementos activos del sistema inmunitario. Cuando, en cambio, los procesos inflamatorios son latentes, la presencia del yodo los desencadena, exacerbándolos (Sollmann, 1948).

Esta propiedad diluyente de las estructuras, especialmente proteicas, ha determinado su uso como poderoso desinfectante. Para cumplir esta función debe unir su “interioridad” con la de otros elementos que lo estabilizan relativamente, por ejemplo el potasio (yoduro de potasio). Eso impide su infiltración en los tejidos y su actividad se restringe a la superficie.

Posee además una acción antimicótica que depende de su grado de concentración. Los yoduros, por ejemplo, en bajas concentraciones (cerca al 1%) facilitan el desarrollo de las colonias de levadura; concentraciones algo mayores moderan el desarrollo y, contrariamente, un aumento de la concentración (6% o más) destruye la colonia (Sollmann, 1948).

Todas las acciones del yodo parecen poner de manifiesto que su “interioridad” expresa la cualidad de *activar las reacciones químicas de la vida*. De ese modo, el yodo es el acicate, el desencadenante de procesos latentes, el “disparador” de una actividad potencial. *Su “interioridad” nos habla de su cualidad de “estímulo ideal”⁹¹, de acción fugaz y a la vez contundente, que incentiva el*

⁹¹ Al decir metafóricamente “estímulo ideal” queremos significar que su accionar “disparador” adquiere analogía con la característica que, en otro lugar (Chiozza,

desarrollo de procesos transformadores. Estímulo que, en su justa medida, promueve cambios y desarrollos, mientras que si opera en exceso o inoportunamente, su incidencia traumática destruye aquello que sólo debía haberse activado.

3. Metamorfosis y neotenia

La glándula tiroides, filogenéticamente considerada, aparece en los *anfibios primitivos*, subsanando en ellos, mediante la producción de hormonas yodadas, la eventual carencia de yodo que debían enfrentar al alejarse de las aguas. *Esto permitió mantener constante la regulación de un metabolismo que se hacía más complejo.*

Las hormonas tiroideas posibilitaron también, en los anfibios primitivos, los cambios morfológicos y estructurales necesarios para el pasaje del medio acuático al terrestre. Entre tales cambios se destacan el desarrollo de pulmones para la respiración en la atmósfera, como así también el de huesos largos que sirvieran de anclaje a una musculatura más poderosa como la que exigía el nuevo medio.

El evento representado por el pasaje del medio acuático al terrestre y las transformaciones pertinentes, se reedita en los anfibios actuales⁹² *en el momento de pasaje del estadio larvario al de adulto.* Este proceso en biología es denominado *metamorfosis*.

Según el diccionario, la palabra “metamorfosis” proviene del griego *metamorphosis* y significa, en ambos casos, cambio de forma, transformación de una cosa en otra, mudanza que hace una persona o cosa de un estado a otro y, también, mutación. Esta palabra surge de dos vocablos griegos que son *meta* y *morphé*. *Meta* significa “después de, más allá de” y, entre otras acepciones, “*finalidad*”. Aparece en voces castellanas bajo la forma de “met” o “meta”, como prefijo que denota traslación, cambio, posteriori-

1963a), asignábamos al estímulo ideal que, decíamos, tiene la cualidad de un acicate, muchas veces traumático, que gatilla la energía potencial del yo.

⁹² Los dos principales grupos de esta clase son: salamandras y tritones, que conservan la cola a lo largo de toda la vida, y sapos y ranas, que la pierden al llegar a adultos. Todos los anfibios tienen una piel lisa y húmeda, glandular, sin escamas, y dos pares de patas que equivalen por su desarrollo y estructura a las aletas pares de los peces. Las larvas viven habitualmente en agua dulce y respiran por branquias. Los adultos poseen pulmones, pero algunas variedades que viven en el agua tienen pulmones, aunque conservan también las branquias. En la mayor parte de las especies, tanto la fecundación como el período embrionario transcurren en el agua, sean terrestres o no (Villée, 1957).

dad, transferencia; por ejemplo, metáfora, metatarso, etc. *Morphé* significa forma, molde. Aparece en las voces castellanas bajo la forma sufixa de “forma” y “forme”. *De modo que “metamorfosis” significaría cambio, en el sentido de ir hacia una meta, hacia una forma todavía no consumada* (Quillet, 1968; Espasa-Calpe, 1986).

La fase larvaria y el ulterior cambio de forma son característicos de la mayoría de los invertebrados. Los grupos más evolucionados (a excepción de los anfibios) no atraviesan dicha fase. En ellos, “*el período embrionario sería el equivalente de la fase larvaria*” (Weisz, 1959*, pág. 725).

Las larvas se caracterizan por “ser organismos temporarios que tienen variedad de funciones. Pueden servir para la dispersión geográfica, especialmente si el adulto es fijo o poco móvil (por ejemplo, almejas, gusanos, tunicados). Pueden operar a la manera de mecanismos de alimentación temporales, que acumulan suficiente materia prima en forma de tejido larvario, para hacer posible el largo desarrollo ulterior. Pueden también representar, simplemente, una fase del desarrollo similar a otra que es posible observar en sus ancestros (algunos renacuajos, por ejemplo, se parecen a las larvas de peces)” (Weisz, 1959*, pág. 724).

La larva, de este modo, puede ser vista como un proyecto en vías de consumación que, por así decir, tiene guardada una potencialidad que espera para desplegarse (Weisz, 1959*).

El término “larva” proviene del latín *larvae* y significa, en su origen, “espectro”, “fantasma”, y de él deriva *larvatus*, que refiere a “disfrazado”, “enmascarado”, que oculta su propia naturaleza (Corominas, 1983; García de Diego, 1984).

En la metamorfosis que experimentan las larvas se desplegarían estos caracteres potenciales, “enmascarados”, aquellos que, plasmados ya, se manifiestan caracterizando la condición adulta.

Este proceso de pasaje a adulto, dice Weisz (1959*), puede verificarse de forma gradual o repentinamente, pero independientemente de la forma que adopte, “*la última fase de desarrollo de un individuo ya no es estática como las fases precedentes*”. De ese modo se desarrollan los animales y también nosotros, que pasamos “*de la adolescencia a la madurez, de la madurez a la senectud*” (Weisz, 1959*, pág. 724).

Aclara también este autor que en lo que hace a las fases del desarrollo, hay un “*contraste agudo*” entre los seres que se reproducen sexualmente y los que lo hacen asexualmente⁹³. En estos últimos, las formas de desarrollo

⁹³ Las esporas y las unidades vegetativas no adquieren nuevas instrucciones genéticas a través de la sexualidad (Weisz, 1959*).

son “extraordinariamente directas... no hay larvas y tampoco hay metamorfosis” (Weisz, 1959*, pág. 724).

Esta diferencia obedece, según Weisz, a que “mediante la fecundación el óvulo adquiere nuevos genes que pueden dotar al futuro descendiente con caracteres nuevos, mejor adaptados. *Sin embargo, antes de que los nuevos caracteres puedan manifestarse, deben desarrollarse durante la transición de huevo a adulto. Los períodos embrionario y larvario son el resultado*” (Weisz, 1959*, pág. 724).

La metamorfosis que realizan los anfibios para transformarse en adultos se verifica en un período relativamente corto, durante el cual desaparecen órganos propios del estado larvario, como la cola y las branquias, y se desarrollan otros propios del adulto, como los pulmones y las extremidades. En el caso de los anfibios, la metamorfosis no es una madurez parcial, sino que supone un cambio global del organismo hacia la forma adulta definitiva⁹⁴.

En los anfibios⁹⁵ existe, junto a la metamorfosis, otro mecanismo llamado *neotenia*. Ésta consiste en que algunos caracteres de los individuos permanecen con características larvarias, en tanto que otros alcanzan las características adultas. *La neotenia es una lentificación de aspectos parciales del desarrollo.*

La neotenia puede observarse en algunos anfibios que, permaneciendo en estado larvario, desarrollan caracteres sexuales de adulto. Estas larvas neoténicas posibilitan una “reproducción de emergencia” que mantiene el nivel poblacional cuando no están dadas las condiciones ambientales para la metamorfosis. *La neotenia permite que numerosos individuos guarden potencialidades latentes que podrán desarrollar ulteriormente. De este modo podrán evolucionar de un modo distinto al de los individuos que ya maduraron* (Storer y otros, 1975; Koestler, 1978).

⁹⁴ La larva de los anfibios se denomina habitualmente renacuajo. Esta palabra, aclara el diccionario, se utiliza también “para referirse a los muchachos enclenques y a la vez antipáticos”, y en español existe el refrán que dice “cada renacuajo tiene su cuajo”, dando a entender con ello “que el ser más débil puede llegar a irritarse y ponerse duro en ciertos momentos”. La palabra “cuajo” proviene del latín *coagulum*, que proviene a su vez de *coagulare*, “cuajar”, que significa “unir y trabar las partes de un líquido para convertirlo en sólido”, y se utiliza habitualmente en el sentido de solidificar un proyecto (Quillet, 1968; Britannica, 1990-1991; Real Academia Española, 1992).

⁹⁵ La neotenia se verifica en algunas especies actuales de anfibios. Algunos autores, como Koestler (1978) y Storer y otros (1975), suponen que dicho mecanismo posibilitó en los anfibios primitivos sus desarrollos evolutivos.

Metamorfosis y neotenia constituyen estrategias evolutivas para enfrentar incidencias hostiles del medio. En el caso de la metamorfosis, efectuando un cambio hacia la condición adulta, y en el de la neotenia, lentificando el desarrollo y guardando características inmaduras que podrán desarrollarse cuando el entorno lo posibilite y las circunstancias lo requieran.

Koestler dice que la neotenia ocupa el primer plano en las estrategias de la evolución, ya que permitiendo la permanencia en fases más tempranas, menos desarrolladas y más plásticas, impide la rigidez de la especialización de las formas adultas. Dice metafóricamente que es “como si la corriente de la vida hubiese invertido momentáneamente su curso, fluyendo por un instante aguas arriba hacia su fuente originaria para, de repente, trasvasarse a un nuevo cauce” (Koestler, 1978, pág. 284).

Storer y otros (1975) señalan que *la neotenia, que ocurre naturalmente en larvas de salamandra, puede interrumpirse mediante la administración de hormonas tiroideas, dado que éstas inducen la metamorfosis. Inversamente, la falta general de yodo actúa como factor promotor de neotenia.*

En otras especies, como el caso de los insectos, operan también mecanismos de metamorfosis y neotenia. Los insectos llegan a adultos por metamorfosis que puede ser incompleta o completa. En el primer caso, la larva se parece a los adultos en sus rasgos generales y llega a la fase adulta gradualmente. En el segundo, el cambio se materializa a través de formas diferentes, la larva tiene aspecto de anélido o de oruga, luego se transforma en pupa y ésta a su vez en adulto (Weisz, 1959*).

En los insectos, a diferencia de lo que sucede en los anfibios, estos procesos de desarrollo dependen de dos hormonas diferentes secretadas por órganos distintos. Éstas son la *ecdisona u hormona del crecimiento* y la *neotenina u hormona juvenil* (Newman, 1971; Britannica, 1990-1991).

La ecdisona promueve el crecimiento y la muda del tegumento, proceso denominado *ecdisis*. Esta palabra proviene del griego, y en su origen significa “desvestirse, despojarse” (Alonso, 1958). La neotenina, por su parte, actúa enlenteciendo el crecimiento corporal hasta que sucede la muda. Los procesos de crecimiento y muda son complementarios en la vida de los insectos, ya que poseen un exoesqueleto rígido que los recubre, del cual deben deshacerse cuando crecen. Para que el desarrollo del insecto, entonces, llegue a buen término, deben intervenir coordinadamente ambas hormonas (Newman, 1971).

En muchos insectos, durante el estadio larvario o de pupa, aparece un período llamado *diapausa*, que consiste en una lentificación máxima del

desarrollo, casi una transitoria detención. “Cuando esto ocurre la larva deja de alimentarse; cesa la producción de hormonas del crecimiento y muda y, como consecuencia, desciende todo el metabolismo, que sufre un paro; el insecto no muere pero permanece completamente inactivo y cesa su desarrollo” (Newman, 1971, pág. 33).

La diapausa acontece cuando las condiciones del entorno son desfavorables (sequías, climas inciertos, carencia de alimentos) y en esta situación los individuos en desarrollo pueden pasar gran cantidad de meses. La diapausa, en última instancia, “parece tener la utilidad de asegurar el desarrollo frente a una estación de cría desfavorable” (Newman, 1971, pág. 36).

Las hormonas tiroideas parecerían remedar aquellos procesos que en los insectos aparecen mediatizados por órganos y hormonas distintas. Ellas son imprescindibles para el desarrollo de la vida, promueven con su presencia la metamorfosis de los anfibios. Su ausencia, en cambio, determina que permanezcan en estado neoténico (Storer y otros, 1975).

De modo que la glándula tiroides aún a esos diversos efectos, y su intervención queda vinculada, como hemos dicho, a los procesos de cambio que, para consumarse, requieren una maduración y una actualización de potencialidades que estaban larvadas.

II. La glándula tiroides en la especie humana

La glándula tiroides, anatómicamente considerada, es una estructura que se localiza en la región inferior del cuello, encima de la tráquea. Está formada por dos lóbulos laterales, unidos en la parte media y anterior por una zona estrecha llamada istmo.

Filogenéticamente, esta glándula aunaba funciones digestivas y respiratorias, ya que favorecía procesos metabólicos y de aprovisionamiento de oxígeno. Se comprende entonces que embriológicamente se origine en el piso de la faringe (endodermo), lugar donde se entrecruzan conductos de los futuros sistemas digestivo y respiratorio.

La estructura así surgida queda organizada hacia el final de la décima semana de la vida intrauterina. Funcionalmente se activará poco tiempo después (Larsen e Ingbar, 1992).

En el ser humano, en el comienzo de la gestación, las hormonas tiroideas son aportadas a través de la placenta materna. *Aproximadamente a las 12 semanas de la vida intrauterina se detecta su primer registro funcional, coincidiendo con el momento de pasaje del estadio embrionario al fetal.*

A partir de ese momento, la glándula dispondrá del factor estimulante proveniente de la hipófisis que, de allí en más, será el estímulo imprescindible para desarrollar su actividad. Este factor (*hormona estimulante de tiroides, TSH*) es secretado por la adenohipófisis, la cual actúa por un mecanismo de retroalimentación negativa o *feedback*.

El circuito pituitario-tiroideo del feto, una vez inaugurado, actuará con total independencia respecto del de la madre, y el pasaje transplacentario, tanto de hormona estimulante (TSH) como de hormona tiroidea, será casi nulo.

En el curso sucesivo del desarrollo, la actividad glandular se acrecentará paulatinamente, y en los últimos tramos del período fetal, en los momentos próximos al nacimiento, su capacidad productiva y de concentración de hormona será muy elevada, superior incluso a la de la madre. También será superior la respuesta al estímulo de la TSH (Larsen e Ingbar, 1992).

Tal como ocurre con su origen ancestral, se evidencia en el desarrollo intrauterino un acrecentamiento de la función tiroidea en un momento de transición: el que corresponde al pasaje entre los estadios embrionario y fetal. El mismo acrecentamiento se registra en los momentos previos al nacimiento e inmediatamente posteriores a él. De la misma manera, en la vida adulta se incrementará la actividad de la glándula tiroides en momentos de cambio y crecimiento, como la pubertad y el embarazo.

Se pone de manifiesto de este modo la importancia funcional de la glándula en los momentos de pasaje de un estadio a otro de la vida, aquellos que, justamente, demandan en el organismo una optimización de los procesos productores de energía. En los mamíferos, el producto de la glándula, sus hormonas yodadas, regulan fundamentalmente el ritmo de las oxidaciones en la respiración celular, a la cual pueden estimular o inhibir. La capacidad de almacenar su producto es una particularidad de la glándula tiroides, que, en ese sentido, la diferencia de las demás glándulas del sistema endócrino (Fawcett, 1994).

Si bien las hormonas tiroideas no determinan el crecimiento somático general, favorecen particularmente los procesos de crecimiento concernientes a las últimas fases del desarrollo. Participan de manera preponderante durante el desarrollo fetal y en los primeros estadios de la infancia en la "puesta a punto" de dicho crecimiento. Son imprescindibles para la maduración tardía ósea, la maduración del pulmón y la maduración del sistema nervioso, tanto en lo referente al desarrollo normal de las neuronas, como a la ulterior mielinización de las fibras nerviosas.

III. Fisiología de la glándula tiroides

1. La producción de las hormonas

La producción y almacenamiento de hormonas⁹⁶ se lleva a cabo en unidades funcionales, llamadas *foliculos*, en cuyo interior se encuentra un material gelatinoso, denominado *coloide*, compuesto fundamentalmente por una glucoproteína: la *tiroglobulina*.

La materia prima necesaria para la formación de las hormonas tiroideas es el *yodo*. Ingresa al organismo con la dieta, en forma de yoduros, siendo absorbido rápidamente en la mucosa gástrica y en el intestino delgado proximal y transportado luego hacia la glándula a través de la sangre⁹⁷. Los yoduros, una vez incorporados, son oxidados por intermediación de una enzima, la peroxidasa, y luego fijados a la *tiroglobulina*, que actuará como precursora y matriz del proceso productivo de las hormonas.

Los distintos modos de acoplamiento de los yoduros a la molécula de tiroglobulina dan lugar a la formación de dos hormonas: *triyodotironina (T3)* y *tetrayodotironina (T4)* o *tiroxina*. Los residuos yodados, no acoplados, perduran como monoyodotirosina (MIT) y diyodotirosina (DIT), que serán reutilizados por la glándula para producir más hormonas cuando se active la demanda⁹⁸.

La glándula vierte luego las hormonas al plasma, pero el transporte y el reservorio de estos productos en sangre depende de proteínas transportadoras, fundamentalmente la *globulina fijadora de tiroxina (TBG)*. Las hormonas tiroideas cuando están ligadas a estas proteínas, son inertes desde el punto de vista metabólico, siendo activas únicamente en su estado libre.

⁹⁶ El proceso mediante el cual la glándula tiroides elabora sus hormonas es sumamente complejo, desconociéndose muchos pormenores de su intimidad. Describiremos entonces los aspectos generales y mejor conocidos.

⁹⁷ El yodo puede ser ingerido en forma orgánica e inorgánica. El yoduro libre es absorbido rápidamente en el intestino delgado proximal, mientras que el yodo orgánico, ligado, se libera de su fijación o bien por hidrólisis o bien por desyodación enzimática, proceso este último que se verifica fundamentalmente en el hígado.

⁹⁸ La T3 es de 3 a 5 veces más activa que la T4; ésta representaría una prohormona, la mayor parte de la cual se transforma progresivamente en T3; una pequeña parte, en cambio, se transforma en T3 reversa, que es inactiva. En condiciones adversas, por ejemplo ante una enfermedad grave, es mayor la proporción de hormona que se transforma en T3 reversa, inactiva. Este mecanismo, se supone, sirve a los efectos de disminuir el catabolismo en los tejidos, ya que la presencia de hormona activa lo promueve.

Las hormonas se activan mediante un proceso llamado desyodinación, que se verifica en diversos tejidos, y fundamentalmente en el hígado. La inactivación de los excedentes, en condiciones normales, se verifica también en ese órgano (glucoconjugación hepática), seguida de eliminación por la bilis y la orina.

2. Acción de las hormonas tiroideas en los tejidos

Las hormonas tiroideas, tanto la T3 como la T4, ingresan a la célula y se unen a un receptor nuclear específico en la mayoría de los tejidos. La afinidad con dicho receptor es mayor en el caso de la hormona T3.

El complejo T3-receptor, una vez formado, interactúa con el ADN estimulando la transcripción al ARN mensajero y facilitando, por lo tanto, la síntesis de proteínas en el citoplasma celular. *Ese complejo activa también las enzimas vinculadas con la oxidación de la glucosa y, especialmente, las enzimas respiratorias.*

Esos efectos se evidencian en las modificaciones que ocurren en las mitocondrias, en particular en el incremento de su actividad, hecho que corrobora la intervención de las hormonas tiroideas como *estimulantes de la respiración celular*⁹⁹.

Se denomina *respiración celular* a la serie de reacciones enzimáticas que ocurren dentro de la célula, destinadas a favorecer la utilización del oxígeno. El mecanismo por el cual se lleva a cabo, llamado *oxidación biológica*, provee la energía necesaria (ATP) para las múltiples actividades de la vida¹⁰⁰.

Las hormonas tiroideas, a dosis fisiológicas, poseen la capacidad de aumentar el número de oxidaciones y aumentan, paralelamente, la velocidad

⁹⁹ Recordemos que las mitocondrias son órganos de la célula que actúan a modo de usinas produciendo energía mediante el proceso de respiración celular. No se conoce acabadamente el mecanismo de acción de las hormonas tiroideas sobre las mitocondrias, sin embargo se sabe que con la presencia de estas hormonas, las mitocondrias se hinchan produciéndose cambios que alteran su capacidad de transportar electrolitos. Los pequeños gránulos mitocondriales se rompen y oxidan, y ante la presencia de sustratos, forman cuerpos con elevado poder energético.

¹⁰⁰ En un primer paso, el oxígeno capta el hidrógeno de distintos enlaces químicos (*deshidrogenación*) liberando energía. En un segundo paso, tanto la energía liberada como el oxígeno interviniente son utilizados para que el compuesto resultante se una al fósforo (*fosforilación oxidativa*), formándose así compuestos fosfatos (adenosín-tri-fosfato o ATP) de gran poder energético.

de las reacciones. En dosis elevadas producen una disipación de energía calórica, formándose, por lo tanto, menor número de moléculas de ATP.

Las hormonas tiroideas actúan, entonces, favoreciendo la respiración celular a través de incrementar el consumo de oxígeno y facilitar los pasos subsiguientes del proceso de fosforilación oxidativa, destinado a producir moléculas de ATP. De modo que *su intervención estaría destinada esencialmente a producir energía* (Weisz, 1959*).

Si bien estas hormonas actúan directamente a nivel celular, queremos destacar que *en el cerebro, las gónadas y órganos linfáticos actúan de manera indirecta. En estos tejidos, cuya maduración definitiva se alcanza progresivamente durante la vida posnatal, no intervienen de manera directa, en el sentido de que no estimulan el consumo de oxígeno, pero sí facilitan el transporte de aminoácidos a través de la membrana celular, favoreciendo, por lo tanto, la síntesis de proteínas.*

3. Acción de las hormonas tiroideas en el metabolismo general

El proceso que ocurre en la intimidad celular, considerado en la totalidad del organismo, se conoce con el nombre de *metabolismo*.

El *metabolismo* (del griego *metabolé*, que significa cambio) es, para la biología, el conjunto de modificaciones que experimentan los constituyentes del organismo para satisfacer las necesidades estructurales y energéticas de éste¹⁰¹.

“El metabolismo comprende las funciones de la *nutrición*, la *respiración* y la *síntesis*, y todos los procesos asociados con ellas. La nutri-

¹⁰¹ Los procesos metabólicos pueden ser anabólicos o catabólicos. El término “anabolismo” se refiere a aquellos procesos químicos en los cuales se combinan sustancias químicas simples para formar otras más complejas, lo que da lugar a un almacenamiento de energía, a la producción de nueva sustancia viva y al crecimiento. El catabolismo se refiere a la degradación de estas sustancias complejas, que origina una liberación de energía y un consumo de tejido. Ambos procesos son simultáneos, se complementan mutuamente y pueden estar mediatizados por dos mecanismos diferentes. Uno es la *fermentación*, que se realiza sin la presencia de oxígeno, o sea, es *anaerobio* y es el que, por ejemplo, realizan algunas bacterias. Otro demanda la presencia de *oxígeno*, es *aeróbico* y característico de los organismos más complejos. En este último tipo de procesos es donde, como hemos visto, intervienen las hormonas tiroideas (Weisz, 1959*).

ción suministra las materias primas para la vida. La respiración extrae la energía de algunas de estas materias primas. La síntesis transforma una parte de las materias primas en componentes estructurales de la materia viva” (Weisz, 1959*).

En el metabolismo general, y en dosis fisiológicas, las hormonas tiroideas intervienen estimulando las tres fases del proceso metabólico. Favorecen la síntesis de proteínas y de glucógeno, aumentan la absorción de glúcidos en el tubo digestivo, y ejercen una acción lipolítica, ya que estimulan el catabolismo del tejido graso. Al mismo tiempo favorecen un aumento del aporte de oxígeno a los tejidos, incrementando el volumen minuto cardíaco y la velocidad en reposo de la ventilación pulmonar. También favorecen el aumento de la masa de eritrocitos y, consecuentemente, la capacidad de transporte de oxígeno. En el sistema nervioso, ya lo hemos señalado, regulan la mielinización de las fibras y favorecen el crecimiento normal de las neuronas.

Todas estas acciones permiten afirmar que las hormonas tiroideas participan en el metabolismo regulando los procesos energéticos y optimizándolos cuando las circunstancias lo requieren. De ello se desprende, como hemos señalado, la importancia que adquieren en los procesos madurativos de cambio, aquellos que suponen el pasaje de una etapa a otra de la vida y ante los cuales los organismos, si las circunstancias son propicias, deben desplegar sus recursos y potencialidades.

IV. Disfunciones tiroideas

La función de la glándula tiroides puede estar alterada por distintos motivos y dar lugar a diversas patologías. En términos generales pueden dividirse en las que derivan de un déficit (*hipotiroidismo*) y las que derivan de un exceso en la producción y en el aporte de hormonas (*hipertiroidismo*).

1. Hipotiroidismo

El elemento central que condiciona la enfermedad es el *hipometabolismo* que deviene de la carencia de hormona. La carencia puede obedecer a diferentes causas:

- 1) Causas esporádicas:
 - a) Agenesia de la glándula: *cretinismo*.

- b) Extirpación quirúrgica (por cáncer).
- c) Degeneración atrófica como consecuencia de:
 - Infecciones locales (tiroiditis agudas o crónicas).
 - Ingestión de drogas (tiouracilos, tiocianatos y algunas sulfamidas).
 - Procesos autoinmunitarios (tiroiditis de Hashimoto, mixedema primario).

2) Circunstancias endémicas:

Se observan hiperplasia anatómica de la glándula (bocio endémico) e insuficiencia funcional, debido a carencia o mal aprovechamiento del yodo por:

- a) Composición química del agua.
- b) Ingestión excesiva de alimentos con vitamina A¹⁰².

Cuando la enfermedad se configura en edad temprana constituye el *cretinismo* (afección congénita) o el *mixedema infantil* (cuando la afección se adquiere poco después del nacimiento).

En ambos casos se trata de niños enanos con perturbación del crecimiento longitudinal, con persistencia de los cartílagos de conjunción, falta de cierre de las fontanelas y hundimiento de la raíz de la nariz. Existe gran retraso psíquico (idiocia) y, con frecuencia, sordera o sordomudez.

En general estos pacientes mueren jóvenes, y los que alcanzan edad suficiente presentan, con frecuencia, escaso desarrollo de los órganos sexuales y de los caracteres sexuales secundarios, amenorrea y falta de libido. La mayoría de los cretinos son apáticos y perezosos, aunque existe un tipo excitable (cretinismo nervioso de McGarrison).

El *mixedema* es el cuadro, en el adulto, equivalente al anterior, y caracterizado también por una hipofunción que determina una disminución del metabolismo basal en un 20 a 40% por debajo de los índices normales.

Los adultos con mixedema presentan, en líneas generales, un estado de apatía, letargo y enlentecimiento de las funciones cerebrales. Se fatigan fácilmente y tienen una marcada sensibilidad al frío; presentan trastornos nutritivos de la piel que hacen que ésta adquiera un aspecto edematoso. Poseen también aumento de la grasa corporal e hipercolesterolemia.

¹⁰² Se ha demostrado la existencia de antagonismo entre la vitamina A y la hormona tiroidea, aunque se desconoce el mecanismo por el que se produce.

2. Hipertiroidismo

La enfermedad cursa con aumento de producción de hormonas tiroideas que eleva el metabolismo hasta un 80% por encima de lo normal; es atribuible a diversas causas:

- 1) Aumento de la función por alteración primaria de la glándula debido a:
 - a) Inflamaciones locales tiroideas: tiroiditis agudas (en estos casos la evolución posterior se acompaña de hipotiroidismo).
 - b) Adenomas: hiperplasia localizada (nódulos).
 - c) Autoinmunidad: hiperplasia glandular difusa; bocio simple llamado también tirotoxicosis, bocio exoftálmico (enfermedad de Graves, de Parry o de Basedow).
 - d) Estados fisiológicos: menarca y embarazo suelen coincidir con el comienzo del hipertiroidismo.
 - e) Severos traumas psíquicos.
 - f) Ingestión excesiva de tiroxina para efectuar curas de adelgazamiento.
- 2) Consecuencia del estímulo dado a la glándula tiroides por exceso de secreción de tirotrófina antero-hipofisiaria.
- 3) Estímulo hipotálamo-hipofisiario.
- 4) Enfermedades infecciosas generales.

Los pacientes hipertiroideos presentan excitabilidad nerviosa, temblor fino de las extremidades, aumento de calor, debilidad muscular y adelgazamiento. Generalmente sufren palpitaciones y es habitual que lleguen a una primera consulta por sus síntomas cardíacos. En algunos casos presentan protrusión del globo ocular (exoftalmos) que puede ser bilateral o unilateral. Se observa también un incremento de los procesos catabólicos generales y de otras funciones metabólicas, como el metabolismo de los carbohidratos, de las proteínas, los minerales, etcétera.

V. Aportes psicoanalíticos realizados por otros autores

Henri Ey y otros (1978) estudian los trastornos psiquiátricos asociados al hipertiroidismo y encuentran, en estos pacientes, situaciones vitales generadoras de tensiones prolongadas, como, por ejemplo, amago de rup-

turas afectivas significativas, angustia ante la sexualidad o la maternidad, hostilidad reprimida frente a una persona importante y temida y, en todos los casos, destacan que *el miedo está instalado precozmente en el centro de la vida de estos pacientes*.

Lidz (1954) observa en pacientes hipertiroideos “*prematuros esfuerzos por lograr una autonomía madura*”. Estos pacientes inseguros y temerosos ante la pérdida de protección y afecto, construyen una estructura defensiva contra sentimientos de rechazo y aislamiento provenientes de sus objetos significativos. Para este autor, la inseguridad se genera en la primera infancia, en el contacto con la madre, al haberse sentido abandonados o rechazados por ella. Por otra parte, como las hormonas tiroideas favorecen la utilización de adrenalina y proporcionan energía a los tejidos, Lidz vincula la función normal de la glándula con “*la defensa frente a peligros prolongados*”.

Rascovsky (1947) relaciona la función tiroidea con el mecanismo de formación del superyó en las etapas pregenitales del desarrollo. Dice que la patología tiroidea expresa una alteración regresiva en la organización del superyó, y agrega que, concomitantemente, existirían también alteraciones de las otras instancias de la personalidad (ello y yo), y que de la interacción recíproca entre estas instancias surge toda la sintomatología. De modo que, en su opinión, *la acción de las hormonas tiroideas, reguladoras del metabolismo, representa el equilibrio entre instancias represoras y contenidos reprimidos*.

Pantolini y otros (1973), estudiando la función tiroidea sobre la base del modelo de las fantasías específicas propuesto por Chiozza, vinculan la función de la glándula con el afecto miedo. Señalan que dicha vinculación se refiere, particularmente, al “*miedo interno*”, asociado con *cambios importantes “que permanecían apagados”*. *La glándula, al regular el metabolismo, aviva o apaga el contacto con estímulos que deben ser asimilados por el yo*.

Weizsaecker¹⁰³ (1946-1947) estudió la enfermedad tiroidea a través de distintos casos. En uno de ellos la enferma relaciona la opresión en el cuello, debida a la enfermedad, con la aparición de sueños angustiosos; el autor atribuye a estos últimos el significado de miedo, producido por el conflicto entre un deseo sexual y un deseo de castidad.

La paciente se enfermó coincidiendo con el nacimiento del segundo hijo. El segundo hijo, dice Weizsaecker, es para muchas mujeres el comienzo de la madurez completa como mujer y como madre, pues muchas

¹⁰³ De los casos descriptos por Weizsaecker tomaremos sólo dos que, por su significatividad, condensan las ideas que el autor desarrolla en un número mayor de casos.

de ellas, después del primero, son todavía como muchachas, y sólo con el segundo despierta su madurez maternal. Coincidiendo con este nacimiento, ocurrió en la vida de la paciente un hecho muy cruel: el marido murió en un accidente. Poco tiempo después, la viuda perdió a su madre, víctima de un bombardeo.

Weizsaecker se pregunta: ¿por qué se enferma precisamente ahora? La respuesta es que la paciente tuvo las dos pérdidas más graves que se pueden tener en la vida y, por lo tanto, “no es extraño que también los conflictos sexuales que hemos adivinado a través de los sueños se hayan actualizado. Cuerpo y alma anhelan en la paciente un hombre y otro hijo” (Weizsaecker, 1946-1947, pág. 33).

Otra enferma, al interrogarla acerca de la causa de su enfermedad, da una contestación precisa, como si la supiese con toda exactitud. Dice que deriva de una desavenencia con la suegra, la cual ya en un principio se opuso al matrimonio de su hijo por creer que estaba bien atendido en casa de su madre. Se trata de una madre que no quiere renunciar a su hijo, por lo que tiene que atormentar con sus celos a la nuera.

El hecho a partir del cual se desencadenó un Basedow en la enferma ocurrió de la siguiente manera: la nuera tuvo que realizar un viaje de pocos días, viéndose precisada a encomendar a su suegra el cuidado de las gallinas y quince pollitos. Al regresar, se encontró con que cinco de éstos habían muerto, y al advertirle la joven que los pollitos seguramente no habían tolerado el pan fresco, estalló la tormenta, explosión de pólvora acumulada desde hacía tiempo y que fue la que provocó la enfermedad. El psicólogo que la trataba interpreta que los pollitos son, en la fantasía inconciente de la nuera, los nietos no nacidos sobre quienes recayó la venganza de la suegra.

Resumiendo: un conflicto específico, que dimana de la lucha entre suegra y nuera, ha ido seguido de la explosión de hipertiroidismo. Trátase de un conflicto de madre y esposa por un mismo hombre.

Para Weizsaecker la individuación es lo que ha de mostrar al individuo en relación con lo más-que-individual, es decir, con la familia, el linaje, el grupo, el pueblo, la humanidad, etc. Luego señala que a pesar de ser bastante insípido el tema de la mala suegra, sin embargo marca las raíces que condicionan toda individuación. El que todo hombre tenga su madre es tan cierto como la muerte. El que todo ser humano tenga que individuarse a través de su *partenaire* sexual es cierto, incluso en el caso en que tenga que renunciar a él, ya que esta renuncia determina la individuación. En la historia clínica presentada esto se hace evidente, ya que lo que la madre exigía a su hijo era, precisamente, la renuncia al *partenaire* sexual. La enfermedad queda remitida entonces a una individuación fracasada.

En síntesis, Weizsaecker refiere la enfermedad tiroidea al miedo ante el rebrote pulsional que conlleva su posterior inhibición. La vincula, también, a una restricción y una renuncia que deben realizarse, y ambas inherentes a la necesidad de individuarse. El recién nacido, dice, se encuentra ante las puertas de infinidad de posibilidades, pero luego se hace evidente que no podrá ser todo lo que hubiera sido posible que fuera. La individuación, entonces, equivale a restricción.

VI. Estudio de los significados de la función tiroidea

1. La condición neoténica de la especie humana

En los apartados anteriores hemos visto cómo la glándula tiroidea, en la filogenia y en especies actuales, se vincula estrechamente con los procesos de metamorfosis y neotenia. Si bien en la especie humana no hallamos procesos de transformación global semejantes a los de los anfibios, vemos desarrollarse al individuo en una secuencia gradual y paulatina. Sabemos que, no obstante, la actividad tiroidea se incrementa en los momentos de pasaje de una etapa a otra de la vida.

Recordemos una vez más que la glándula hace su aparición en la vida intrauterina en el momento de transición entre los períodos embrionario y fetal. Incrementa su actividad antes del nacimiento y en los momentos inmediatamente posteriores a él. En la vida adulta es fundamentalmente activa en los momentos de cambio, por ejemplo, en la pubertad, período en que se adquieren y desarrollan los caracteres sexuales secundarios y las capacidades genitoras. Coincidentemente, la teoría psicoanalítica ha denominado a estos procesos “*metamorfosis de la pubertad*” (Freud, 1905d*). *El mecanismo neoténico, por otra parte, parece ser central en el destino evolutivo de nuestra especie.*

Koestler (1978, pág. 284-285) señala que la especie humana debe sus logros evolutivos a este proceso que él llama de “*juvenilización*”, según el cual un individuo humano se parece más a un embrión de mono que a un mono adulto, restringido este último por su especialización. Homologa el proceso neoténico a un “*retroceder para tomar carrera*”, una transitoria regresión para dar luego “*un salto creativo*”.

Campbell (1982) dice, a partir de consideraciones análogas, que *la especie humana debe su gran desarrollo a la neotenia y que en ella se verifica especialmente en el lento desarrollo cerebral.* Para este autor, la distancia sideral que separa al hombre del chimpancé no se debe tanto a

la expresión de genes diferentes, sino más bien a la lentificación con que estos genes se expresan en el hombre.

La lentificación –aclara– que mantiene durante un período prolongado “*características fetales*” permite un espectro amplísimo de aprendizaje y libera al ser de automatismos, haciéndolo más flexible. La neotenia humana “al retardar el desarrollo posibilita que la evolución pueda ponerse en reversa hasta cierta medida”. Por este camino, “*los seres humanos son más poderosamente afectados por el encuentro activo con su medio. Al extenderse los años de niñez en grado notable, la especie humana se ha vuelto dependiente del marco de las relaciones sociales dentro de la familia durante la infancia*” (Campbell, 1982, pág. 199).

Señala también que, en contraste con esto, la neotenia “*no parece funcionar bien en el caso de los mamíferos que dan a luz grandes camadas de crías en que los retoños compiten intensamente por espacio, alimento y atención. En una camada numerosa, la lucha por satisfacer las primeras necesidades suele abreviar el período de dependencia infantil y así acelerar la llegada a la madurez. Cuando la competencia en cambio es menos intensa, por un número reducido de familia, una niñez prolongada crea un medio en que los jóvenes pueden experimentar y probar nuevas formas de comportamiento en el medio seguro y predecible del círculo familiar*” (Campbell, 1982, pág. 201).

En el contexto de estas ideas afirma que “*el secreto de una conducta flexible es tener experiencias interesantes en condiciones estables lo más libre que sea posible de todo peligro grave*” (Campbell, 1982, pág. 201).

Freud (1923b*), en una línea de pensamiento que, en muchos aspectos, es homologable a las consideraciones anteriores, destacó siempre como factor fundamental en el desarrollo de la especie, *el desvalimiento del ser humano durante su prolongada infancia*.

En *Inhibición, síntoma y angustia* destaca que “la existencia intrauterina del hombre se presenta abreviada con relación a la mayoría de los animales; es dado a luz más inacabado que éstos. Ello refuerza el influjo del mundo exterior real, promueve prematuramente la diferenciación del yo respecto del ello, eleva la significatividad de los peligros del mundo exterior e incrementa enormemente el valor del único objeto que puede proteger de esos peligros y sustituir la vida intrauterina perdida. Así, este factor biológico produce las primeras situaciones de peligro y crea la necesidad de ser amado, de la que el hombre no se librará más” (Freud, 1926d [1925]*, pág. 145).

De manera análoga en *Esquema del psicoanálisis* dice que “el pequeño primitivo debe devenir en pocos años una criatura civilizada, recorrer, en abreviación casi ominosa, un tramo enormemente largo del desarrollo

de la cultura. Si bien esto es facilitado por una predisposición hereditaria, casi nunca puede prescindir del auxilio de la educación, del influjo de los progenitores... nos vemos precisados a incluir también en la etiología de las neurosis *este carácter biológico de la especie humana: el largo período de dependencia infantil*" (Freud, 1940a [1938]*, pág. 185, subrayado nuestro).

También señala en múltiples pasajes de su obra que otra característica humana, ligada a la anterior, es "*el desarrollo bifásico de la sexualidad*"; ésta emerge en dos "oleadas" entre las que se interpone un período de remisión: *la latencia* (Freud, 1905d*, 1916-1917 [1915-1917]*, 1923b*).

Dice también Freud (1926d [1925]*) que la coincidencia de estos dos factores, la indefensión promovida por la prematuridad y el desarrollo discontinuo de la sexualidad, crea las condiciones para que, más tarde, las exigencias pulsionales sean confundidas con peligros externos.

Vemos, de este modo, cómo Freud coincide con lo que nos decían otros autores, como por ejemplo Koestler y Campbell, acerca de la condición esencialmente neoténica de la especie humana. *El hombre, para desarrollarse, debe hacerlo gradual y paulatinamente*. En ese proceso depende necesariamente de los demás, y esta dependencia le brinda, justamente, el ámbito para la maduración de sus potencialidades y la posibilidad de un aprendizaje extendido en el tiempo, que marcan el privilegio de su condición.

Es interesante recordar que la presencia de hormonas tiroideas en los anfibios en desarrollo promueve la metamorfosis. Su ausencia, en cambio, condiciona la permanencia de éstos en estado neoténico. Estas hormonas, en el ser humano, no actúan directamente ni pueden concentrarse en el cerebro, los órganos linfáticos y las gónadas. No existe desde la fisiología una explicación de esta particularidad, pero podemos pensar, correlacionándolo con lo anterior, que *no actúan justamente en aquellos órganos que deben guardar una "potencialidad inmadura", en el marco de las peculiares condiciones de desarrollo de la especie*.

2. Fantasías inconcientes correspondientes a la función tiroidea

La vinculación de la glándula tiroidea con los procesos de cambio y con el crecimiento a ellos ligado, concierne especialmente, como hemos visto, a las últimas fases de ese crecimiento. Las hormonas tiroideas propician con su intervención una "*puesta a punto*", una actualización de órganos y sistemas que, por así decir, se aprontan para el desarrollo de sus funciones. Trátase, entonces, de fases de un *crecimiento madurativo*.

“Crecer” significa “tomar aumento natural los seres orgánicos. Recibir aumento una cosa por añadirse nueva materia. Aplicado a las personas se dice principalmente de la estatura” (Real Academia Española, 1992).

“Madurar”, por su parte, significa “dar sazón a los frutos. *Poner en su debido punto con la meditación una idea, un proyecto, un designio*, etc. Crecer en edad, juicio y prudencia”. Proviene del latín *maturatio-onis*, que significa apresurarse. Algo “maduro” es “algo que está en sazón”, que ha llegado a ser prudente, sensato, lo contrario de imprudente e irreflexivo. “Sazón” refiere a “*punto de madurez de las cosas, o estado perfecto de su línea*”; también “*ocasión, tiempo oportuno*”. Proviene del latín *satio-ontis*, que significa “acción de sembrar, sementera” (Real Academia Española, 1992; García de Diego, 1984).

Habíamos dicho anteriormente que la glándula hace su aparición en los anfibios primitivos, promoviendo en ellos la *metamorfosis*. En los anfibios actuales, este proceso los transforma de larvas (renacuajos) en adultos. Por otra parte, la falta de tiroxina determina que estos seres permanezcan en estado *neoténico*, o sea, inmaduros total o parcialmente. El estado neoténico, tanto en los anfibios como en los insectos, se relaciona con las condiciones ambientales. Cuando éstas son adversas, promueven la permanencia en ese estado. La metamorfosis, en cambio, sucede asociada a la *ocasión y tiempo oportuno*, aquel en que es factible desarrollar la forma de modo relativamente más definitivo.

Weisz (1959*) nos decía que un cambio madurativo del tipo de la metamorfosis, como la que supone el pasaje del estadio larvario al adulto, es característico de los seres que se reproducen sexualmente. Este proceso es concomitante a un metabolismo más complejo, que requiere más energía y también el mantenimiento de recursos potenciales. Ello se debe, según este autor, a que la combinatoria genética de un ser reproducido sexualmente demanda una *latencia* para que se pongan a punto las nuevas combinaciones adaptativas y que, una vez cumplida, implica una “*transformación explosiva*”, en la que se hacen manifiestas las características de ese ser particular. Aclara, en ese sentido, que en seres como los mamíferos, *el período embrionario es equivalente al estado larvario de los seres más primitivos*.

“Larva”, habíamos dicho, proviene del latín *larvatus* y significa “enmascarado, que oculta su propia naturaleza”. “Renacuajo”, según vimos, se vincula con “cuajar”, que metafóricamente refiere a la *solidificación de un proyecto*.

El ser humano, señalamos también, es esencialmente *neoténico*; su inmadurez originaria requiere una *latencia* para el aprendizaje y el desenvolvimiento paulatino de sus particulares atributos.

Coincidiendo con esto, Freud reafirma, una y otra vez, que la *pre-madurez* es determinante de la condición humana, como lo es también el

surgimiento de la sexualidad en “*dos oleadas*” (Freud, 1905*d**), entre las que se interpone un período de latencia que, según opinaba, se ligaba en su origen a la época glacial.

Sin embargo, de acuerdo a lo que venimos diciendo, sería más lícito pensar que en la vida intrauterina hay dos fases, una embrionaria, organogenética, y otra fetal, ligada al crecimiento de lo que se formó, luego de la cual el ser nace con las condiciones que lo individualizan. En el desarrollo posnatal, la fase “perverso polimorfa” y la subsiguiente latencia remedarían, en cierto modo, ese proceso de formación y particular combinatoria que aflora, definido, en el momento que Freud (1905*d**) denomina, no casualmente, “*metamorfosis de la pubertad*”.

La glándula tiroides, entonces, se asociaría a estos procesos de cambio madurativo, en los que se hace necesario, en consonancia armónica con el entorno, desplegar procesos latentes ahora oportunos, consolidar las formas e ir hacia la meta.

Weizsaecker (1946-1947), decíamos, asocia las patologías de la glándula tiroides a un fracaso en la *individuación*. Este fracaso, en los ejemplos que nos trae, queda vinculado a la *renuncia* (forzada) al *partenaire* sexual, renuncia que implica una *restricción*. Los sujetos que en la relación con su *partenaire* habían encontrado, al menos transitoriamente, la línea de su propio proyecto, cuando se ven compelidos a abandonarla se enfrentan con lo que “no son”.

Reflexionando en este sentido, dice que lo históricamente más activo en el desarrollo de los individuos son “*las posibilidades no realizadas. La vida no vivida es la fuerza que impulsa la vida hacia adelante, hacia sí misma, y esto quiere decir: más allá de sí*” (Weizsaecker, 1946-1947, pág. 161).

La glándula tiroides, desde el punto de vista funcional, favorece la activación metabólica, imperativa en momentos de cambio. Estos momentos suponen la puesta en juego de determinadas potencialidades y la clausura de posibilidades que se hallaban latentes y que deberán ser abandonadas.

La activación propia del proceso de cambio, que según Weizsaecker supone impulsar la vida más allá de sí misma (más allá de lo que es en determinado momento), *implica un “duelo primario” que se inicia como hepático, en la medida en que hay que abandonar lo que no puede materializarse, y finaliza como “renal”, ya que es necesario excretar lo ahora inutilizable* (Chiozza, 1963*a*)¹⁰⁴.

A esta activación necesaria para un cambio impostergable, que equivale a un “salto evolutivo”, se asocia la vivencia de *apremio*.

¹⁰⁴ Recordemos que las hormonas tiroideas se ligan íntimamente a los procesos hepáticos y que funcionalmente son activadas en el hígado.

Freud, en una consideración en cierto sentido análoga a la de Weizsaecker, dice: "...en el hombre el punto de vista filogenético está velado en parte por la circunstancia de que algo en el fondo heredado es, empero, vuelto a adquirir en el desarrollo individual, probablemente porque todavía persiste, e influye sobre cada individuo, la misma situación que en su época impuso la adquisición. Yo diría que en ese tiempo operó como una creación, y ahora actúa como un llamado. Por otra parte es indudable que influencias recientes puedan perturbar y modificar desde afuera, en cada individuo, el curso de ese desarrollo prefigurado. Pero el poder que ha forzado en la humanidad tal desarrollo, y que aún hoy conserva su presión en el mismo sentido, es uno que ya conocemos: de nuevo, la frustración dictada por la realidad o, si queremos darle su gran nombre, su nombre justo, el *apremio* de la vida" (Freud, 1916-1917 [1915-1917]*, págs. 322-323). Este "*maestro apremio*" es, para él, "*motor del desarrollo*".

"Apremio", según el diccionario de la Real Academia Española (1992), significa "dar prisa, compeler a uno a que haga prestamente alguna cosa; también obligar con mandamiento de autoridad, imponer apremio o recargo de contribución". Son sinónimos "asediar", "conminar", "precipitar", "presionar", "constreñir", etc. Proviene del latín *premia*, que significa "coacción, violencia que se hace a alguno"; está relacionada con *prèmère*, "apretar, oprimir" (Corominas, 1983).

Esos procesos de cambio madurativo, que implican un paso hacia *un grado mayor de individuación*, suponen, mientras acontecen, tolerar un *apremio normal*. Para que esto sea viable es necesario que estos cambios particulares acontezcan armonizadamente, siendo esta posibilidad la que favorece la necesaria *tolerancia del apremio*.

Si por circunstancias diversas no se tolera el apremio, éste pasa a ser vivenciado como *acoso*. "Acoso", según el diccionario de la Real Academia Española (1992), significa "perseguir sin dar tregua o reposo a un animal o persona", "hacer correr al caballo". "Perseguir", "fatigar", "estrechar", "importunar". Proviene del latín *cursare*, "correr".

3. La glándula tiroides y su vinculación con el miedo

En párrafos anteriores, cuando mencionábamos las referencias de Freud al desvalimiento del infante humano, veíamos cómo, entre otras consideraciones, estimaba que este factor contribuye a la significatividad que adquieren, durante estas etapas, los peligros externos. Nos decía también que el surgimiento en dos fases de la sexualidad lleva a que el rebrote

puberal, la intemperancia del impulso que aleja al sujeto de “sus seguros progenitores”, lo conduce a atribuir al incremento pulsional la cualidad de un peligro exterior. La vivencia del peligro aparece así condicionada por dos fuentes que se interrelacionan y se potencian mutuamente.

También dice Freud (1926d [1925]*) que *la vivencia del peligro la experimentamos cada vez que nos vemos necesitados a comparar nuestras propias fuerzas con el entorno y la admisión de nuestro desvalimiento frente a él.*

Darwin (1872a) señala que frente a las situaciones de peligro, el sentimiento que experimentamos es el *miedo*. Aclara que las expresiones afectivas del miedo corresponden a todos aquellos actos motores que, en la filogenia, fueron necesarios para emprender el ataque o la fuga.

Pierre Mannoni (1982) dice que el estado de alerta, junto a la necesidad constante de seguridad, la mímica y los ademanes de amenaza, son disposiciones filogenéticas asociadas al afecto miedo. En la amenaza, aclara, están presentes también los ademanes de sumisión. La amenaza se expresa como el deseo de intimidación-exterminación, pero en ella hay una actitud simétrica de temor. El que amenaza busca infundir miedo, sobre todo para sentir menos miedo él mismo.

Destaca, respecto a esto último, que el hombre, al igual que el animal, cuando tiene la impresión de que podría eliminar el peligro, pasa de la amenaza al ataque. La máxima expresión de esta agresión es la furia, “paroxismo comportamental de una cólera animada por el miedo” (Mannoni, 1982, pág. 15).

En un trabajo de 1992 citamos a Dumas, quien “distingue dos formas de miedo: a) el miedo activo, en el que predominan los fenómenos de hipertonía y excitación; b) el miedo pasivo, que se caracteriza por fenómenos de hipotonía e inhibición. El miedo activo podría corresponder a la posibilidad de realizar actos eficaces de huida o defensa, mientras que los signos físicos del miedo pasivo estarían vinculados con la sumisión y la entrega” (Chiozza y colab., 1993i [1992], apdo. IV.d).

También decíamos que diversos autores señalan, como signos físicos presentes en el miedo o en afectos emparentados, los siguientes:

- 1) Musculares: hipotonía. A veces, parálisis. Temblor, estremecimiento (movimientos similares a los que provoca una extrema sensación de frío).
- 2) Cardiocirculatorios: taquicardia o bradicardia. A veces síncope.
- 3) Respiratorios: taquipnea. A veces, cese más o menos prolongado de la respiración. Garganta seca.

- 4) Visuales: ojos abiertos, a veces salientes, que se fijan en el objeto que provoca temor o van incesantemente de un lado a otro. Midriasis.
- 5) Dérmicos: palidez. Sudoración fría. Erizamiento de los pelos.
- 6) Esfinterianos: en los casos de miedo extremo, relajamiento del esfínter anal y vesical.

La mayoría de los signos descriptos son semejantes en el *miedo* y la *cólera*, ya que ambos “derivan de la misma tendencia básica odio-rechazo-antipatía. En el acto de huida y en el de ataque, algunos de estos signos son: el aumento del metabolismo glúcido y de la frecuencia cardíaca y respiratoria, que aportan la energía necesaria para la acción muscular” (Chiozza y colab., 1993i [1992], apdo. IV.d).

Contrariamente, el miedo pasivo, que Mannoni (1982) describe como “inhibición extrema”, sobreviene cuando el peligro excede la capacidad de respuesta activa del sujeto. Se caracteriza por hipotonía e inhibición y, según el mencionado autor, se manifiesta como un angostamiento y una regresión de todas las capacidades, pudiendo llevar al estupor insensibilizante y paralizador, un shock que aniquila toda sensación de miedo.

Todos estos signos corresponden, como señalara Darwin, a *las acciones que fueron necesarias en la filogenia para hacer frente a los peligros. Dichas acciones involucran distintas “claves de inervación”. La glándula tiroides participa parcialmente en el concierto de tales acciones, ya que sus hormonas actúan en situaciones de peligro promoviendo una sensibilización adrenérgica e incrementando el metabolismo en pos de energía y de precursores de sustancias requeridas.*

Los procesos de cambio madurativo, que suponen un grado mayor de individuación e implican consolidar las formas y desplegar procesos latentes ahora impostergables, imponen la comparación de las propias fuerzas con el entorno y, también, la admisión del desvalimiento frente a él. *Esta situación, como hemos visto, se vivencia como peligro, y el sentimiento que se experimenta ante ella es el miedo.*

Los síntomas de los pacientes hipertiroideos: taquicardia, alteraciones respiratorias, temblores, sudoración, etc., son todos ellos signos de miedo. Villée (1957, pág. 444) al describir la fisonomía de estos enfermos, la asocia a “una expresión salvaje y escrutadora”, representación de ese miedo activo vinculado al ataque o la huida. Estos signos del miedo son, a la vez, simulacros, expresiones de una amenaza que intenta intimidar a los demás. El exoftalmos, que es otra característica de estos enfermos, representaría, en

la línea de lo que decimos, “la acción de adelantar los ojos, como expresión del intento de estar extremadamente atento para poder distinguir las señales de peligro” (Chiozza y colab., 1993i [1992], apdo. IV.d).

Los pacientes hipotiroideos, por su parte, parecerían, en cambio, expresar el extremo pasivo de la reacción suscitada por el miedo, es decir, la insensibilización, el estupor paralizante, ese “repliegue” que, dice Darwin, expresa el deseo de arrinconarse para no ser visto.

VII. La fantasía específica de las afecciones tiroideas

Si volvemos ahora a las implicancias de la neotenia en el proceso madurativo, nos es lícito inferir, parafraseando la frase de Campbell, que los enfermos tiroideos han de sentirse como “un vástago en una cría numerosa”, es decir, *sin ese medio seguro y confiable al cual poder entregarse para madurar paulatinamente.*

El *hipertiroidismo*, en este contexto, representaría el drama de aquel que, sintiéndose desvalido y viviendo su entorno con hostilidad y desconfianza, *estima su dependencia normal, no como el privilegio del niño, sino como el castigo de un tonto.* En este medio que, según considera, lo *amenaza* y lo *apura*, abandona esa capacitación que teme infructuosa y “acelera” su crecimiento, avanzando “rápidamente” a su meta definitiva.

Compelido por el apremio que vivencia como acoso, e impedido de experimentar el miedo frente al peligro que el acoso significa, acelera su metabolismo en el intento de “quemar etapas” y llegar precozmente a adulto. En síntesis: no puede “permanecer neoténico”.

De esta manera reedita el proceso de la *metamorfosis*, aquel que, en épocas pretéritas y actualmente, permite a los anfibios (y a otras especies) escapar de las circunstancias adversas a través de un crecimiento rápido y abreviado en el tiempo¹⁰⁵. La metamorfosis de los anfibios es el “acto motor justificado” que la enfermedad tiroidea repite inoportunamente, en un contexto donde sus signos se tornan incomprensibles. Ahora el intento no es justificado porque “el hombre es hijo de la neotenia” y necesita depender para crecer.

La “huida hacia adelante”, hacia la pretendida adultez, no es más que un “*simulacro de individuación*”; una pseudo-auto-afirmación, que se

¹⁰⁵ Recordemos que en los anfibios la glándula tiroideas, a través de sus hormonas yodadas, promueve la metamorfosis, en tanto que la ausencia de dichas hormonas condiciona la permanencia de estos seres en estado neoténico.

asienta en la fantasía, producto de un malentendido, de que la adultez puede alcanzarse prematura y precipitadamente, cuando en realidad requiere de un proceso que se desarrolla en un tiempo normal.

El *hipotiroidismo*, en cambio, representaría el drama de aquel que, sintiendo su entorno falto de oportunidades para su desarrollo, “decide” guardar su potencialidad para épocas mejores. Sin la posibilidad de crecer, evita la consiguiente vivencia de miedo, apelando a aquella “estrategia frente a la adversidad” representada privilegiadamente por la diapausa de los insectos. Esta estrategia es el “acto motor justificado” que permite a estos seres ponerse en reserva frente a una “inapropiada estación de cría”¹⁰⁶.

Remedando este camino, el enfermo hipotiroideo se “guarda” a sí mismo; se abstrae de las asechanzas del entorno y queda “fantásticamente no nacido”, a la espera de épocas mejores. Es como si “fallidamente”, no tolerando la sensación de acoso, dejara escapar la oportunidad propicia, encapsulándose con cualidad larvaria cuando en realidad debería “florecer”.

Tanto el hiper como el hipotiroidismo parecen sustentarse en la permanencia de malentendidos que adquieren similitud con posiciones maníacas. Encontramos además, en ambos casos, que la deformación patosomática de la clave de inervación del miedo frente a la vivencia de acoso, se expresa mediante equivalentes afectivos que, a su vez, y como repetición de actos justificados en la filogenia, son, en sí mismos, afectos.

En el hipertiroidismo, el enfermo es desbordado por una efusiva instintividad que procura expansión. Alterado, investido de una energía de la cual no es dueño, representa en sí mismo “una tormenta”, “una explosión de pólvora”. Con la mirada desorbitada, exaltado, “salvaje y escrutador”, inquieto y susceptible, es alguien que aparece amenazador. *La debilidad y el miedo que subyacen están negados*. Asentado en una fuerza que en realidad no posee, quiere prescindir de los demás. Su “manía” parece ocultar un sesgo paranoico, expresado en la constelación de manifestaciones que evidencian un carácter persecutorio.

El hipotiroideo, por su parte, sintiéndose “alcanzado” por una situación adversa, “acorralado” en ella, preserva ilusoriamente las posibilidades futuras “guardándose” en estado “larvario” y nutriéndose a expensas de su propio “vitelo”. Por el camino de permanecer “no nato” se desentiende del mundo y de sí mismo. Su resolución parece encuadrarse en una vía más regresiva que la correspondiente al hipertiroidismo.

¹⁰⁶ Los procesos neoténicos que, como hemos visto, acontecen en diversas especies, quedan especialmente representados, cuando adquieren una particular intensidad, por el mecanismo de diapausa propio de los insectos.

Ambas patologías comparten, como vemos, un núcleo de significación ligado al proceso de maduración y a sus alternativas progresivas y regresivas. En cuanto a por qué la patología adopta una u otra forma, la clínica nos permite inferir que:

- 1) El hipertiroidismo quedaría asociado a una “imago materna” similar a la descrita por numerosos autores. Corresponde a una madre extremadamente ambivalente que, por un lado, lo retiene infante y, por otro, lo amenaza con reacciones intempestivas, “explosivas”. Ante ella, el sujeto, en lugar de miedo experimenta, en un intento defensivo, sentimientos de enojo y cólera desmedidos. Siente que debe hacer un crecimiento de “emergencia”, ya que si permanece “neoténico” queda “retenido”, a merced de la intemperancia del objeto. A su vez, esta “madre impaciente”, que acosa y retiene, representa un hiperestímulo amenazante.
- 2) En el hipotiroidismo, la “imago madre” corresponde a un objeto que se desentiende y se desinteresa, que no “cuida” y, en ese sentido, expulsa al sujeto. Su desinterés y su abandono pueden expresarse también a través de la violencia. El sujeto experimenta el sentimiento de ser echado, ser expuesto a peligros “sin salida”, a un medio estéril o “una desfavorable estación de cría”, sin que le sea posible una defensa activa.

De lo dicho hasta aquí, podemos esquematizar la emergencia de una enfermedad tiroidea de acuerdo a los siguientes condicionamientos:

- 1) Suponemos que durante el período embrionario-fetal hubo un momento de génesis y activación de la función tiroidea, necesaria para el desarrollo y para la congruente regulación del metabolismo. Este “momento evolutivo” constituye un *punto de fijación tiroideo*.
- 2) Cuando se vivencia un fracaso (frustración) del proceso madurativo en el nivel “actual” de desarrollo alcanzado, se dan las condiciones para un movimiento regresivo de la libido hacia el punto de fijación tiroideo. Un acompañante normal del proceso madurativo (cuyos cambios suponen enfrentar situaciones nuevas) es el *apremio, condicionado por el hecho de que la oportunidad tiene un tiempo preciso*, apremio que, cuando es vivido como *acoso* o *acorralamiento*, condiciona la intensidad de la regresión al punto de fijación tiroideo.

- 3) En la enfermedad tiroidea ocurre una deformación patosomática de la clave de inervación de un afecto que, de haberse desarrollado como tal, *hubiera correspondido al miedo ante un proceso de cambio madurativo, experimentado como un apremio que adquiere las características del acoso.*
- 4) Si el miedo se configura como pasivo, porque la intensidad del acoso, o las cualidades del vínculo con el objeto que “lo ejerce”, conducen hacia la inhibición de los cambios madurativos frente a la ausencia de la oportunidad propicia, la deformación patosomática de su clave se expresará mediante una disminución de la función tiroidea.
- 5) Si el miedo se configura como activo, porque el acoso se experimenta en el vínculo con un objeto que al mismo tiempo que apura, obstaculiza el crecimiento sin llegar a inhibirlo totalmente, la tendencia a forzar el cambio madurativo conducirá a que la deformación de la clave de inervación se manifieste mediante un aumento exagerado de la función tiroidea.

VIII. Síntesis

1. El yodo es un elemento químico extremadamente activo, cuya presencia en el mar, combinado en forma de sales, fue imprescindible para el desarrollo de la vida. Su participación contribuye a activar energéticamente los procesos metabólicos y facilita el aprovisionamiento de oxígeno necesario.

El yodo expresa en esas cualidades activadoras su “interioridad”, que remite a la idea de un disparador de procesos potenciales, un estímulo “ideal” que incentiva el desarrollo de cambios transformadores que estaban latentes.

2. Cuando los organismos se alejaron del mar necesitaron implementar mecanismos para subsanar la carencia de yodo del medio aéreo. En los anfibios primitivos, y ligada a este cambio de medio, surge la glándula tiroidea, órgano encargado de captar las mínimas concentraciones de yodo aportadas por la ingesta y potenciarlas mediante su conversión en hormonas específicas. Mediante este recurso, la glándula asegura los requerimientos de yodo de los organismos.

3. Las hormonas tiroideas cumplen las tareas que, originariamente, dependían de la acción directa de las sales yodadas. De ese modo participan en la puesta en acto de potencialidades latentes, así como en la optimización de los procesos metabólicos generales, regulándolos de acuerdo a los requerimientos de las circunstancias.

4. En los anfibios, las hormonas tiroideas determinan los cambios evolutivos de los individuos, de acuerdo a las circunstancias del entorno. Su presencia estimula la metamorfosis, es decir, el cambio mediante el cual los organismos despliegan sus potencialidades para transformarse de larvas en adultos. La ausencia o disminución de hormonas tiroideas determinan la permanencia de los individuos en condición neoténica, es decir, lentificados en su desarrollo y conservando cualidades larvarias total o parcialmente.

5. Metamorfosis y neotenia son estrategias evolutivas a las que apelan muy diferentes especies. Los insectos, por ejemplo, pueden hacer la metamorfosis o permanecer en estado neoténico, lo cual depende de dos hormonas diferentes secretadas por órganos distintos. Estas hormonas (ecdisona y neotenina) cumplen tareas equivalentes a las que, en otras especies, llevan a cabo las hormonas tiroideas. También, en los insectos y ante condiciones absolutamente desfavorables del entorno, existe un mecanismo llamado diapausa, que consiste en un enlentecimiento máximo del desarrollo, que se presta para representar un extremo de la utilización del recurso neoténico ante la adversidad.

6. Considerada desde el punto de vista de los significados inconcientes, *la glándula tiroides*, que aúna esas funciones ligadas al crecimiento y las transformaciones asociadas, *se arroga la representación de la regulación de los procesos de cambio madurativo*, aquellos que, a lo largo de la vida, promueven el despliegue de procesos latentes y su desarrollo hacia determinada meta. De allí que la actividad de la glándula tenga un incremento notable en momentos de la vida que suponen un pasaje evolutivo entre diferentes estadios.

7. En los seres humanos, la glándula tiroides comienza a ser activa en el momento del pasaje del estadio embrionario al fetal, momento en el cual suponemos que se establece un punto de fijación tiroideo. Aumenta también su funcionalidad en los momentos cercanos al nacimiento e inmediatamente posteriores a él.

8. Los procesos de cambio que requieren el despliegue de potencialidades latentes (larvadas) suponen siempre un apremio normal, condicionado por el hecho de que la oportunidad tiene un tiempo preciso, apremio que es necesario tolerar y que se liga a la vivencia de peligro experimentada como miedo. Para que el cambio pueda desplegarse naturalmente es necesario vivenciar una concordancia o armonía entre las necesidades emergentes y las circunstancias del entorno.

Cuando el entorno es adverso o poco propicio, se incrementa el apremio, que pasa a ser vivido como acoso o acorralamiento, con el consiguiente incremento del miedo.

9. Nos encontramos entonces con un tipo particular de miedo intenso surgido ante una vivencia que denominamos acoso, y frente a la cual sue-

len ensayarse dos tipos opuestos de defensa. La primera es la inhibición de la acción o su lentificación, que equivale a una parálisis como forma particular de la huida. La segunda es una intensificación o incremento de la velocidad de la acción, que equivale a una formación reactiva frente al miedo que inhibe (“huida hacia adelante”).

10. Cuando estos afectos no son tolerados en la conciencia, puede suceder, defensivamente, la sobreinvertidura de un elemento de la respectiva clave de inervación. El sujeto, en ese caso, no tendrá en la conciencia el miedo vinculado al acoso, pero experimentará un trastorno patosomático de la glándula tiroides, que llevará implícita una reactivación regresiva del punto de fijación tiroideo.

11. Si el trastorno toma la forma del hipertiroidismo, se manifestará a través de la aceleración general del metabolismo, representando así el “apuro” del sujeto por crecer y llegar a una meta, salir de una situación de acoso, como si remedara la metamorfosis de la filogenia. El miedo no se manifestará como sentimiento en su conciencia, pero quedará expresado en los síntomas de la enfermedad.

12. Si, en cambio, el trastorno toma la forma del hipotiroidismo, se manifestará por el enlentecimiento general del metabolismo. El sujeto remedará en sus síntomas el enlentecimiento típico de los procesos neoténicos, similar a la diapausa de los insectos, postergando su desarrollo. El miedo, aun más intenso y más alejado de la conciencia que en el hipertiroidismo, permanecerá reprimido, y el sujeto aparecerá retraído, “encapsulado”, desinteresado de sus circunstancias.

IX. Tiene que ser ahora, pero... ¿cómo?

Hay que reconocerlo, le llevó bastante tiempo admitir que estaba enferma. Con esa alegría que le “agarraba” a veces, y que el médico había llamado “euforia”, se había sentido bien. ¿Por qué, con sus 16 años tumultuosos, no se sentía entonces dependiente de nada ni de nadie?... Le costaba admitir, ahora, que necesitaba los medicamentos... le molestaban los cuidados que le imponían...

Pero esto tenía que ver con la manera de ser de la familia, especialmente la familia de mamá... todos activos... pretendiendo que los hijos se valieran solos. Mamá parecía tratarlos a todos en conjunto... como una gallina a sus pollitos...

Mamá pretendía que sus hijos se valieran solos... que fueran independientes... pero entonces, ¿por qué siempre la había tratado a ella, Mónica, como si fuera una beba? Está bien... era la más chica de los cinco her-

manos, pero no era justo que su mamá la tratara como si no quisiera que creciera, y que su papá, que siempre le hacía caso a su mujer, aceptara ese deseo de verla siempre beba.

Ser la chiquita de la casa había sido, para ella, siempre inevitable, casi natural... sus hermanas mayores la cuidaban...

¡Los 16 años! ¡Una edad crucial! ¡Un período tempestuoso de su vida! No sólo por la aparición, tardía, de la primera menstruación... marcando, por fin (!), que la infancia había terminado, sino por los cambios de su carácter... Había sentido la rebelión que, poco a poco, ganaba espacio dentro de ella, haciéndola también sentirse enfrentada con sus padres como nunca.

Comenzaba a sentirse una mujer... a pesar de que todavía no lo parecía... pero los muchachos empezaban a importarle... y la preocupación de los padres, en ese punto concreto, cada día le molestaba más... Tenía que rebelarse, necesitaba consolidar “su independencia”, pero... aparte de eso, ¿no era cierto acaso que en su casa todos eran polvorita?

Para colmo (!), en aquel momento, todo parecía revolucionado. Josefina, la mayor, la que más la había cuidado, se casaba, y Mario, el de carácter más díscolo, taciturno y agresivo, había tenido que ser internado, transitoriamente, en una clínica psiquiátrica, por la crisis que tuvo. ¡Que no digan, entonces, que sus padres estaban alterados por culpa de ella!

¡Cómo no iba a estar “acelerada”, con la taquicardia que le sucedía a cada rato, por las cosas más nimias que, como nunca, la “ponían nerviosa”! ¡Cómo no se iba a estar moviendo todo el día, si la inquietud la consumía hasta el punto de dejarla con un cansancio físico extenuante!

¿Para qué se preocupaban?... ¡Siempre lo mismo! Metiéndose cuando ella no quería... ¡Como si la vida suya fuera de ellos!... Se había sentido contenta de estar “acelerada”... cuanto más se moviera mejor... menos podrían controlarla (!).

Pero se había equivocado, el cansancio y la taquicardia aumentaron... y, por fin, lo más tarde que pudo, tuvo que ir al médico... y entonces se enteró de que sufría, a los 19 años, de hipertiroidismo.

¿Por qué sufre Mónica de hipertiroidismo?

Mónica se sintió siempre “la más chica en una cría numerosa”. El casamiento de su hermana, la internación de su hermano enfermo, su propia menstruación, y los cambios asociados, son acontecimientos que implican cambios, en la situación familiar, que la llenan de angustia.

El ambiente familiar en que se desarrolló, ese pródigo territorio de crianza, se tornó amenazante. Todo cambiaba de pronto, y debía crecer, dejar de ser “la beba” que había sido. Sin embargo, habituada a considerarse siempre como “la chiquita de la casa”, no se sentía ahora segura para enfrentar, junto con los demás, el cambio. De modo que experimenta el hecho de crecer, un hecho natural cuya experiencia debió desplegarse progresivamente, como si se tratara de una exigencia abrupta que ella misma se impone y que la apremia. Tiene que ser ahora, pero... ¿cómo?

Abrumada por el sentimiento de apremio, lo desaloja de su conciencia junto con el miedo que lo acompaña. En su lugar aparecen las manifestaciones corporales de una afección tiroidea, porque son manifestaciones que forman parte de la clave de inervación del sentimiento de apremio y del miedo.

Sus temores, alejados de su conciencia, aparecen reactivamente como estímulos que la obligan a apurarse. No se siente madura, y sin embargo, precisamente por eso, siente que debe “buscar un atajo por donde cortar camino”, llegar rápido a “grande” y alcanzar una “meta” que puede escapársele.

Este apuro de crecer, asociado al apremio, es excluido de su vivenciar conciente. En su lugar aparece el “apuro” del metabolismo, representado en el hipertiroidismo.

El apremio inconciente para llegar rápido a grande reactivó su fijación tiroidea, y ella, del mismo modo que ancestralmente los anfibios en los momentos de cambio, incrementó la producción hormonal, exacerbando su metabolismo en un intento fallido de realizar ese cambio, esa “metamorfosis de la pubertad” que no podía llevar a cabo gradualmente.

X. Con los ojos abiertos... pero como si no estuviera

¡Otra vez habían rechazado su pedido! Hubiera sido un refugio, un espacio de tranquilidad, soñado, en el cual sentirse protegida. La vez anterior le había dolido, pero había conservado la esperanza, ahora ya no. Ahora el convento se le escapaba definitivamente...

¿Qué podía hacer ahora con su vida? Tener que tomar decisiones era lo peor... ya no se sentía, como antes, una chica de carácter, una chica que podía llevarse el mundo por delante... ahora tenía 30 años y sin embargo se sentía “lenticada”, como un reloj al cual se le está acabando la pila...

No le quedaba más que “su cueva”... Era un cuartucho que le había facilitado la congregación cuando, aterrorizada, decidió abandonar la casa paterna... porque ya no se sabía dónde podían terminar las cosas...

Su “cueva” casi no tenía ventanas, pero era un lugar apacible... Sabía, sin embargo, que no podía permanecer allí... más tarde, o más temprano, debería salir de la cueva (y de la cama en la cual se acurrucaba) para enfrentar al mundo.

¡Qué distinto cuando papá vivía! Estaba allí como una muralla que la protegía de la violencia incomprensible de mamá. Y además era cariñoso... Cuando ya no estuvo, todo fue diferente... Cuando él murió, las peleas fueron cada vez más violentas... Los golpes de su madre, aliada con su hermana, ya no tenían control...

Su hermana, según lo que había diagnosticado el psiquiatra, era esquizofrénica, y su madre, según lo que ella misma, cada vez que se enojaba, decía, esperaba un varón, y en cambio había nacido Mariana, que sólo había servido para estropearle la relación con su marido...

No... No había sido una hija querida... Para colmo había venido atravesada y hubo que hacer una cesárea... Tras el sufrimiento del parto, su madre ni quiso verla... ¡Ella misma lo decía!... Dios sabe que, desde niña, hizo esfuerzos desesperados para conquistar el amor de su madre... hasta quiso asemejarse al varón que ella deseaba...

Cuando murió papá, los golpes ya no tenían control... Y cada vez fue peor... Escondarse debajo de la escalera ya no servía... ya no quedaba dónde protegerse... ¡Atajarse los golpes! No quedaba otra, pero... ya no le quedaban fuerzas... sólo podía quedarse como una marmota, mirando todo... con los ojos abiertos, pero como si no estuviera...

¡Parecía una burla del destino! En el convento, que hubiera sido su refugio, no la querían... y la rechazaban por una enfermedad, el hipotiroidismo, que al principio casi había tomado en broma, y que ahora, luego del rechazo, había empeorado tanto...

¿Por qué enfermó Mariana de hipotiroidismo?

Mientras el padre de Mariana vivía, su cariño y su protección mantenían viva, en ella, una esperanza. Las cosas podían cambiar. Esa posibilidad sostenía la vitalidad y el dinamismo de Mariana. Cuando murió, se perdió toda esperanza. Su madre y su hermana nunca habían dejado de acosarla, pero sin la presencia del padre la situación empeoró.

Mariana, en el borde de la desesperación, intentó más que nunca complacer a su madre y lograr, al mismo tiempo, que la dejara crecer. Pero no fue posible. Al contrario, la hostilidad aumentó. Mariana se replegó cada vez más sobre sí misma y, en la situación extrema que las circunstancias le

imponían, abandonó la casa familiar, y negó, para poder hacerlo, el miedo atroz que, frente a la sensación de desprotección, sentía, porque el miedo a su madre era aun mayor.

“Salió” entonces al mundo, para “volver” a su “cueva”, negando que sentía la necesidad de ser “empollada” y protegida. Guardando sus fuerzas, saturada de nutrientes sin metabolizar, envuelta en su obesidad y su piel edematosa, hizo de su cuerpo la guarida en la cual permanecer esperando las circunstancias propicias para el cambio anhelado, evitando el miedo.

La enfermedad, que hizo su aparición tras la muerte de su padre, fue *in crescendo* insidiosamente, y se agravó luego de que el ingreso en el convento le fue negado. El convento que, en su fantasía, habría sido el lugar donde, pudiendo permanecer “neoténica”, hubiera podido, sin apremio, consolidar el desarrollo y la fortaleza que deseaba.

**EL SIGNIFICADO INCONCIENTE
ESPECÍFICO DEL SIDA**

(1996 [1995])

Luis Chiozza, Domingo Boari, Gustavo Chiozza,
Horacio Corniglio, Mirta Funosas, Ricardo Grus,
José María Pinto y Roberto Salzman

Referencia bibliográfica

CHIOZZA, Luis y colab. (1996c [1995]) “El significado inconciente específico del SIDA”.

Ediciones en castellano

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.

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 20 de octubre de 1995.

La peste que trastorna y destruye las ciudades son los discursos engañosos, las bellas palabras. No es cuestión de agradar a los oídos: deben decirse cosas.

EURÍPIDES (siglo V a.C.)

I. El SIDA desde el punto de vista médico

1. Introducción

El SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) es una enfermedad caracterizada por una deficiencia inmunitaria vinculada a la presencia de un virus que, para replicarse, utiliza como huésped determinadas células del sistema inmunitario.

A fines de la década de 1970 apareció una forma inusualmente agresiva del sarcoma de Kaposi¹⁰⁷, un tumor cuya incidencia hasta ese momento era muy escasa. Muchos de los nuevos pacientes tenían, o habían tenido, prácticas homosexuales.

En 1981 se publicaron los primeros informes que hacían referencia a un “nuevo síndrome”, que incluía, además del sarcoma de Kaposi, infecciones por agentes oportunistas¹⁰⁸ y depleción de linfocitos T4. Poco tiempo después, el Center for Disease Control (USCDC) detectó un incremento llamativo en las neumonías causadas por *Pneumocystis carinii*, un protozoo diseminado pero generalmente inocuo.

¹⁰⁷ El sarcoma de Kaposi, como veremos luego con más detalle, es un tumor maligno del tejido vásculo-sanguíneo que se presenta en la piel o en los órganos internos.

¹⁰⁸ Agentes oportunistas son aquellos que suelen estar presentes en el organismo sin producir enfermedad en individuos con una defensa inmunitaria bien organizada, pero que, en virtud de una inmunodeficiencia, proliferan generando infecciones que pueden ser graves.

Ante la evidencia de que había surgido una forma infecciosa de deficiencia inmunitaria se acuñó, para denominarla, la sigla inglesa AIDS (*acquired immuno-deficiency syndrome*), cuyo equivalente castellano es SIDA. Por otra parte, se observó que esta inmunodeficiencia se estaba extendiendo entre los homosexuales, los adictos que usaban drogas endovenosas y los receptores de frecuentes transfusiones sanguíneas.

En mayo de 1983, el grupo de trabajo del Instituto Luis Pasteur, de París, publicó el primer informe acerca de un nuevo virus (Barré-Sinoussi y otros, 1983), y se lo denominó LAV (*lymphadenopathy-associated virus*) por encontrarse en un paciente con linfadenopatías, típicas de algunos casos de pre-SIDA. El nombre de “virus de la inmunodeficiencia humana” (HIV)¹⁰⁹ fue adoptado más tarde.

2. El sistema inmunitario

Cada individuo posee una identidad bioquímica que lo caracteriza y lo diferencia no sólo del resto de las especies sino incluso de sus congéneres. El sistema inmunitario, a través de mecanismos complejos y refinados, tiene como función reconocer lo propio y defenderlo de la acción de partículas y/o células ajenas, extrañas para ese individuo. También actúa contra células propias infectadas o contra las células que hayan sufrido una transformación neoplásica.

Está constituido por unidades móviles (por ejemplo, linfocitos, moléculas de anticuerpo y sistema monocito-macrofágico) y por estructuras fijas (como son el timo, el bazo y los ganglios linfáticos).

El sistema inmunitario puede dividirse en dos clases: innato y adaptativo (Male y Roitt, 1991).

La *inmunidad innata* es una primera barrera inmunitaria que actúa de un modo *inespecífico* frente a los agentes infecciosos, a través de células tales como los neutrófilos, monocitos, macrófagos y las llamadas “asesinas naturales” (AN, *natural killer* o NK), y también a través de factores solubles (por ejemplo, la lisozima y el sistema del complemento, entre otros).

Si la defensa innata es superada, el organismo cuenta con una segunda línea de defensa, la *inmunidad específica o adaptativa*, que le permi-

¹⁰⁹ En 1986 se describió (Clavel y otros, 1986) otro virus que da lugar al SIDA y se lo denominó HIV-2. Su estructura es diferente, ya que las pruebas de anticuerpos para HIV-1 sólo captan al HIV-2 la mitad de las veces. Se sugiere que este virus surgió independientemente del HIV-1.

te elaborar una respuesta más específica para los distintos antígenos¹¹⁰ y conservar la *memoria* del agente patógeno, preparándose para un futuro encuentro, es decir, es capaz de remodelarse o adaptarse permanentemente para mejorar la respuesta inmunitaria.

La inmunidad específica se cumple a través de un mecanismo muy elaborado, en el que participan células con receptores de alta especificidad (los *linfocitos T* y *B*), capaces de reconocer a los antígenos que ingresan al organismo. Se subdivide a su vez en dos formas:

Cuando la reacción de defensa se lleva a cabo por moléculas en solución en un líquido del cuerpo, se la denomina *inmunidad humoral*. Esta defensa la ejercen los linfocitos B, cuya acción culmina con la producción de anticuerpos¹¹¹ que atacan a los antígenos circulantes.

Cuando el agente extraño logra alojarse en el interior de las células, la defensa debe ser ejercida por un tipo particular de células inmunitarias, los linfocitos T citotóxicos. Se la llama entonces *inmunidad mediada por células* o *inmunidad celular*.

Tanto los linfocitos T como los B tienen su origen en células madres (*stem cells*) de la médula ósea. El linfocito B es un estadio madurativo intermedio en la progenie B; su diferenciación terminal es el plasmocito. Los linfocitos T, en su proceso madurativo, deben pasar obligatoriamente por el timo (timo-dependientes). Allí se dividen en subpoblaciones, diferentes en su morfología y su función. De este modo llegan a constituirse dos grandes poblaciones que se designan respectivamente como *linfocitos T4* y *T8*¹¹².

¹¹⁰ Las sustancias capaces de generar una respuesta inmunitaria son denominadas antígenos. Pueden ingresar al organismo por distintas vías y su capacidad inmunogénica depende de numerosos factores: la forma de ingreso, la cantidad, el tamaño molecular, la complejidad química, etcétera.

¹¹¹ Los anticuerpos son moléculas proteicas que tienen la capacidad de combinarse con el antígeno y, de este modo, neutralizar su acción sobre el huésped. Los principales son las inmunoglobulinas (IgG, IgM, IgA, IgE), glucoproteínas secretadas en la sangre por las células B. Una pequeña fracción de estos anticuerpos secretados, en lugar de circular en sangre, se encuentran fijados a la membrana de ciertas células, actuando como receptores para el reconocimiento antigénico. El anticuerpo reconoce la forma tridimensional del antígeno, lo cual induce a suponer entre ambos una complementariedad estructural que, metafóricamente, se representa con la imagen de una llave y su respectiva cerradura. La unión entre la inmunoglobulina (anticuerpo) y el antígeno se lleva a cabo en regiones muy específicas de sus respectivas estructuras. En el antígeno, esa región específica se llama determinante antigénico o epitopo. El conjunto de las regiones equivalentes del anticuerpo se denomina idiotipo.

¹¹² Las distintas etapas de diferenciación de los linfocitos T durante su estancia intratímica se correlacionan con la expresión en su membrana de moléculas de

La población *T8* incluye células T efectoras citotóxicas (denominadas también T citotóxicas, *killer* o simplemente K), es decir, las que llevan a cabo la destrucción de células infectadas por virus o las células neoplásicas, y células supresoras activas, que pueden inhibir las reacciones de hipersensibilidad tardía y la producción de anticuerpos (Stobo, 1984).

Los linfocitos *T4* (llamados también ayudantes, cooperadores, activadores o *helpels*) intervienen como *reguladores* en diversos momentos del proceso inmunitario, de modo que pueden ser considerados una “central de inteligencia” para el sistema. Entre sus principales funciones pueden mencionarse la de colaborar con las células B a que maduren al estado de plasmocitos y así puedan producir anticuerpos (fenómeno que se conoce con el nombre de *cooperación T-B*), y la de ayudar al desarrollo de las células efectoras citotóxicas o, al contrario, inducir la generación de células supresoras activas, según se requiera¹¹³.

En todas las células nucleadas del organismo existen moléculas que, al modo de un distintivo, marcan o identifican a las células de ese organismo, de modo que el sistema inmunitario las reconoce como propias. Al ser identificadas por primera vez en el suero de pacientes politransfundidos se las llamó “*antígenos de leucocitos humanos*” (*HLA*). Esta designación aún se mantiene aunque no sea del todo exacta, ya que su función, en el

superficie específicas, que se designan con las letras CD (*cluster designation*) y números. Algunas de estas moléculas se pierden durante las fases madurativas y otras se expresarán luego en el linfocito ya maduro, correlacionándose su expresión con la función de dicho linfocito. Así, por ejemplo, el linfocito T4 recibe esta designación por poseer el CD4 positivo y el CD8 negativo; el linfocito T8 posee la configuración inversa (Stobo, 1984).

¹¹³ Otras células que intervienen en la respuesta inmunitaria son los *macrófagos*. Por derivar del monocito forman parte del *sistema monocito-macrofágico*. Son células llamadas *basureras* (carroñeras) porque fagocitan distinto tipo de sustancias. También se las denomina *presentadoras de antígenos* (CPA) porque engloban a los agentes patógenos y, tras fragmentarlos, presentan en su membrana las partículas antigénicas (unidas a moléculas de HLA) a los linfocitos T4, de forma tal que pueda desarrollarse adecuadamente la respuesta inmunitaria. Existe, como dijimos, otro tipo de linfocitos, los asesinos naturales (AN). Estas células, para ejercer su función, no requieren de la presencia simultánea del HLA para reconocer al antígeno. Constituirían la primera línea de defensa citotóxica antiviral hasta la aparición de citotóxicos específicos. Son capaces de atacar células transformadas, células embrionarias o células infectadas por virus y son las responsables de la reacción injerto contra huésped. En pacientes infectados con el virus HIV, el número de células AN es similar a la de los individuos normales; sin embargo, la funcionalidad de dichas células se encuentra perturbada (Fainboim y Satz, 1992).

organismo, es la de ser un distintivo de la propia identidad, y sólo adquiere capacidad antigénica al ser inoculada en otro organismo, como en el caso de los transplantes.

Estos antígenos configuran un distintivo bioquímico individual de alta especificidad, y dado que resulta altamente improbable encontrar dos individuos no vinculados genéticamente que compartan la misma combinatoria de antígenos HLA, se los ha llamado “*patente de yoicidad*” (Haas y otros, 1986).

Los antígenos HLA se clasifican en clase I y clase II. A la clase I pertenecen los antígenos A, B y C; a la clase II, los antígenos DP, DQ y DR. Los antígenos clase I se encuentran en casi todas las células del organismo, exceptuándose los glóbulos rojos y el sincicio trofoblasto. Mientras que los antígenos clase II sólo se encuentran en células con función inmunitaria: células B, linfocitos T activados, sistema monocito-macrofágico. Esta distribución de los antígenos HLA se relaciona con su función:

Los antígenos HLA clase I desempeñan un papel fundamental en la inmunidad mediada por células. Los linfocitos *T citotóxicos (T8)*, protagonistas de este tipo de defensa, sólo podrán reconocer a su antígeno específico cuando éste se presente acoplado a la molécula de HLA clase I.

Los antígenos *HLA clase II* se relacionan con la función de los linfocitos T ayudantes (*helpers, T4*). Estos linfocitos sólo reconocen el antígeno extraño cuando se presenta sobre la superficie de otra célula del sistema inmunitario (por ejemplo, los macrófagos) unido a una molécula de HLA clase II.

A este fenómeno de *reconocimiento doble* se lo denomina “*restricción del reconocimiento T por el HLA*” y se supone que sirve para evitar que los linfocitos T actúen innecesariamente sobre antígenos libres circulantes (Rook, 1991; Stobo, 1984). Atendiendo a su sentido más general, puede decirse que *los linfocitos T sólo son capaces de reconocer lo extraño (antígeno) en el contexto de lo familiar (HLA)*¹¹⁴.

Los antígenos HLA son sintetizados mediante el código contenido en un conjunto de genes llamado *complejo mayor de histocompatibilidad (CMH)*.

La herencia de los genes que codifican los antígenos HLA se caracteriza por (Haas y otros, 1986):

¹¹⁴ Esta interpretación se apoya también en el modo en que se lleva a cabo el reconocimiento en circunstancias particulares; por ejemplo, la célula T no responde a las proteínas HLA propias, es decir, existe tolerancia hacia lo propio. La célula T responde a la presencia de un antígeno cuando éste va acompañado de una proteína HLA propia, pero no si la proteína HLA pertenece a otra cepa de animales. En ausencia de antígeno, la célula T responde a una proteína HLA foránea, como se observa en el caso de los rechazos de injertos o transplantes de tejidos.

La codominancia: en cada uno de los dos cromosomas (uno paterno y otro materno) del sexto par se encuentran ubicados una media docena de genes que darán lugar a los antígenos HLA. Tanto los genes recibidos del padre como los recibidos de la madre se expresarán en las células del individuo, constituyendo la docena de antígenos HLA que lo identifica bioquímicamente.

Herencia en bloque: la media docena de genes del CMH de un cromosoma están fuertemente asociados entre sí como en un bloque, de modo que sólo raramente se recombinan con los genes del otro par antes de la división haploide de las células genésicas. En otras palabras, uno puede transmitir a un hijo o bien el “bloque” de genes del CMH que recibió de su padre o el “bloque” que recibió de su madre¹¹⁵.

La herencia en bloque y la codominancia del CMH permiten recorrer en línea ascendente o descendente dos de las líneas genealógicas de las que proviene un individuo, de lo que se desprende, naturalmente, que los HLA no sólo constituyen una patente individual, sino también *una marca bioquímica del linaje de un sujeto* (Chiozza y colab., 1993d [1992]).

3. Virus y retrovirus

Los virus son los agentes patógenos vivos más pequeños que se conocen. Por carecer de metabolismo propio necesitan del huésped para completar su ciclo vital, y por lo tanto, se considera que su parasitismo es total, completo y obligatorio.

Los virus están compuestos por una pequeña cadena de ácidos nucleicos (ADN o ARN) protegida por una envoltura proteica llamada *cápside*. Cuando un virus infecta a una célula, inyecta en ella su contenido de ácido nucleico dejando afuera la cápside. Una vez dentro de la célula, a partir de la información contenida en el ácido nucleico viral, utilizando la maquinaria celular, sintetiza nuevas moléculas de ácido nucleico y las proteínas virales que forman la cápside viral. Este proceso, que se denomina *replicación viral*, produce nuevos virus que serán liberados para continuar el ciclo infectante.

¹¹⁵ En el conjunto de la población humana existen múltiples variedades para cada uno de los seis tipos de antígenos mencionados (A, B, C, DP, DQ y DR). Las particularidades mencionadas en cuanto a la herencia de los genes que codifican el HLA permiten deducir que las combinatorias de las variantes de los antígenos A, B, C, DP, DQ y DR se mantienen relativamente constantes en cada población en equilibrio genético y constituyen “sellos” de cada población. “Así, por ejemplo, el haplotipo A1/B8 es característico de la población europea, el A2/B44 es muy frecuente en la Argentina, el A3/B7 lo es en la población europea” (Haas y otros, 1986, págs. 67-69).

Los virus pueden ser eliminados por los mecanismos humorales de la respuesta inmunitaria mientras permanecen fuera de la célula, pero tales mecanismos son insuficientes cuando penetran en una célula huésped. En esas circunstancias, la célula infectada será destruida por los mecanismos de la inmunidad mediada por células (lisis celular mediada por linfocitos T8 citotóxicos, *killer*, y en menor medida linfocitos T4).

El virus del HIV pertenece a una familia atípica de *ARNvirus* llamada *retrovirus*. Este tipo de virus, por poseer una enzima denominada *transcriptasa reversa*, tiene la capacidad de sintetizar ADN a partir del ARN viral. El descubrimiento de esta capacidad de los retrovirus puso en crisis la creencia (llamada “dogma central” de la biología) de que el pasaje de la información contenida en los cromosomas sigue la secuencia unidireccional del ADN al ARN.

Cuando los retrovirus entran en la célula huésped, la transcriptasa reversa utiliza al ARN viral como un modelo para ensamblar una molécula correspondiente de ADN. El ADN “viral” viaja al núcleo celular y se inserta entre sus cromosomas, siendo entonces imposible diferenciarlo del ADN celular. A la molécula de ADN transcrita a partir del ARN vírico, e integrada en los cromosomas de la célula, se la denomina *provirus*. Desde el núcleo, utiliza la “maquinaria” celular para la replicación. Este proceso culmina con la muerte celular y la liberación de gran cantidad de nuevos viriones.

4. Las inmunodeficiencias

La ausencia o alteración patológica de cualquiera de los elementos participantes en el funcionamiento del sistema inmunitario determinará una inmunodeficiencia. Existen distintos tipos de inmunodeficiencias y para clasificarlas se utilizan diferentes criterios.

Amman (1984), considerando en primer lugar cuál es el mecanismo inmunitario afectado, realiza la siguiente clasificación:

- 1) Enfermedades por inmunodeficiencia de *anticuerpos* (células B), tales como la agamaglobulinemia tipo Bruton, la inmunodeficiencia común variable y las deficiencias selectivas de inmunoglobulina.
- 2) Enfermedades por inmunodeficiencia *celular* (células T), como el síndrome de DiGeorge.
- 3) Enfermedades por inmunodeficiencia *combinada* –mediada por anticuerpos (células B) y por células T–, como la inmunodeficiencia grave combinada.

- 4) Disfunción *fagocitaria*, como la que se observa en la enfermedad granulomatosa crónica.
- 5) Anormalidades del *complemento*.

En cambio, Hoffbrand y Pettit (1994) agrupan los trastornos por inmunodeficiencia, en primer lugar, en *primarios* y *secundarios*. Ambas categorías se subdividen a su vez en patologías en relación con las células B, con las T y combinadas de las células B y T.

Según Zelazko (1992), las inmunodeficiencias primarias (poco frecuentes) por lo general son congénitas, y muchas de ellas, hereditarias con transmisión ligada al cromosoma X. Las inmunodeficiencias secundarias o adquiridas, en cambio, son las más comunes. Aparecen ligadas a estadios avanzados de tumores malignos, enfermedad de Hodgkin, desnutrición, síndrome nefrótico, infecciones principalmente por virus, como es el caso del SIDA. Considera en una categoría aparte a las inmunodeficiencias provocadas por el uso de drogas citostáticas o inmunodepresoras, a las que llama inmunodeficiencias iatrogénicas.

5. El SIDA

a. La infección por el virus de SIDA

La infección por HIV puede ser iniciada por virus libres o por virus transportados en células infectadas. Cuando una persona es primariamente infectada por el HIV, su sistema inmunitario responde produciendo anticuerpos. Sin embargo, esta respuesta humoral es insuficiente y el virus subsiste.

Una vez que el virus está en el interior del cuerpo, su objetivo consiste en infectar células que expresen la molécula CD4 en su membrana. Esa molécula, que, como vimos, define la categoría de linfocitos T4, puede hallarse también en monocitos y macrófagos. Al parecer estos últimos se encuentran entre los primeros blancos de la infección por el virus del SIDA. El siguiente paso sería la infección de los linfocitos T4 durante la interacción que éstos mantienen con los macrófagos.

Progresivamente disminuye el número de linfocitos T4 en sangre, cuyo recuento sigue siendo el marcador pronóstico más empleado. Durante el período de latencia clínica, se produce una intensa replicación viral, especialmente en los ganglios linfáticos, diseminándose luego por todo el organismo.

Gracias a la enzima transcriptasa reversa, el HIV sintetiza ADN utilizando como modelo la secuencia de su ARN; a partir de este ADN co-

dificado por el virus (provirus), la maquinaria celular sintetizará proteínas virales¹¹⁶. Como hemos visto, el proceso de replicación culmina con la muerte de la célula huésped y la liberación de gran cantidad de nuevos viriones capaces de infectar a otras células.

Sen (1996) informa que en la III Conferencia sobre Retrovirus e Infecciones Oportunistas (realizada en Washington DC, a fines de enero de 1996) se destacó el papel de los linfocitos T8 en la defensa contra el virus HIV. En los pacientes infectados asintomáticos se observa un aumento del número de linfocitos T8 citotóxicos en sangre periférica. Estos linfocitos, mediante el reconocimiento específico del antígeno, pueden ejercer su función defensiva destruyendo la célula enferma que transporta el HIV. Si bien por lo común esta respuesta no es suficiente, se cree que es el mecanismo protector más importante con que cuenta la persona cuando se infecta con el virus HIV. “Existen unos pocos casos documentados de niños recién nacidos, con evidencias de laboratorio, de tener linfocitos con el provirus del HIV incorporado y/o haber aislado virus infecciosos, con posterior desaparición del virus y sin producción de anticuerpos anti-HIV. También se han publicados casos que, con probabilidades estadísticas, en forma reiterada, con seguridad han tenido contacto con el HIV, pero manteniéndose serológicamente negativos. En ambos grupos se comprobó que la actividad citotóxica T CD8 anti-HIV era intensa, lo que sugiere que la inmunidad celular antiviral generada fue lo suficientemente intensiva como para lograr eliminar el HIV y curar a los pacientes” (Sen, 1996, pág. 28).

b. Epidemiología

Según Gatell y otros (1992), en la población general de los países occidentales la incidencia de infección por HIV-1 es inferior al 0,5%, oscilando entre el 0,1 y el 0,8%.

La estadística de la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹¹⁷ indicaba que el número de casos notificados al 15 de diciembre de

¹¹⁶ Una de ellas, la glicoproteína denominada gp120, es la que posee alta afinidad para la molécula CD4 de los linfocitos T4, monocitos y macrófagos. La otra glicoproteína de la cápside que participa en la fusión de las membranas del virus y el huésped recibe la denominación de gp41 (Greene, 1993).

¹¹⁷ Los datos que se consignan en este párrafo están tomados de *Actualizaciones en SIDA*, vol. 4, N° 11, Fundación Huésped, Buenos Aires, marzo de 1996, pág. 66. La publicación cita como fuente: OMS, *Weekly Epidemiological Record*, N° 50, 1995, págs. 353-360.

1995 a nivel mundial era de 1.291.810. Esto representa un incremento del 26% con respecto a la estadística del 3 de enero del mismo año, que señalaba un total de 1.025.073 casos reportados. En el continente americano, los casos de SIDA reportados alcanzan un total de 659.662, vale decir un 51% del número total. En cuanto al *número de adultos infectados por el HIV*, la OMS estima que, a fines de 1994, alcanzaba a los 17.000.000. La mayoría de los infectados se encuentran en África sub-sahariana (11.200.000) y en el sur y sudeste asiático (3.000.000).

En nuestro país, la revista *Actualizaciones en SIDA* (1996), elaborando datos del Programa Nacional de Lucha Contra los Retrovirus del Humano y SIDA (Ministerio de Salud y Acción Social de la República Argentina), sostiene que al 30 de noviembre de 1995 el crecimiento porcentual desde el año 1987 hasta esa fecha, fue del 8.108%. A su vez, la tasa por millón de habitantes era en 1982 de 0,10, en 1988 de 6,15 y en 1994 de 58,40.

Los estudios epidemiológicos realizados en los distintos países y/o con distintos métodos muestran marcadas diferencias en muchos aspectos: grado de incidencia, porcentaje de enfermos en relación al grupo de riesgo, etc. Sólo a modo de muestra incluimos informes obtenidos de dos estudios realizados en EE.UU. y uno de nuestro país.

Quinn (1995) realiza un cuadro estadístico que describe la población afectada por el SIDA en los EE.UU. Del 100% de casos notificados, el 98,3% corresponde a adultos, mientras que el 1,7% restante, a niños menores de 13 años de edad. Entre los adultos, el 90,8% pertenece al sexo masculino y el 9,2% al femenino. La edad promedio fue de 37 años. De los hombres, un 66% refirió antecedentes de actividad homosexual o bisexual sin empleo de drogas intravenosas, el 18% admitió el uso de drogas intravenosas sin actividad homosexual o bisexual y el 8% reconoció tanto la actividad homosexual como el uso de drogas intravenosas. Un 2% tuvo antecedentes de transfusión sanguínea, 1% tuvo hemofilia u otro trastorno de la coagulación sanguínea. En los Estados Unidos, el SIDA es la principal causa de muerte entre los adultos jóvenes y la cuarta causa de muerte entre las mujeres jóvenes (Quinn, 1995).

Un estudio realizado en las clínicas para enfermedades de transmisión sexual en los Estados Unidos, con controles cruzados entre la sintomatología clínica, la edad y la raza/etnicidad, señala que la seroprevalencia de HIV ha disminuido entre todos los homosexuales y bisexuales, pero especialmente entre los hombres blancos. Entre mujeres y hombres

heterosexuales blancos, la seroprevalencia de HIV también ha disminuido y, en un grado menor, entre hispanos, pero ha permanecido estable, a través de los años, entre afroamericanos. Entre consumidores de drogas inyectables (IDUs) heterosexuales, la seroprevalencia ha permanecido también sin cambios. Estos resultados reflejan cambios en la epidemia de HIV, que se encuentra, cada vez más, caracterizada por heterosexuales infectados e IDUs, especialmente dentro de las poblaciones minoritarias (Weinstock y otros, 1995).

Un estudio sobre los datos epidemiológicos de pacientes infectados con HIV realizado en la provincia de Buenos Aires por Avolio y otros (1994) muestra los siguientes resultados: desde enero de 1989 a abril de 1993 fueron diagnosticados 3.002 casos; un 56,7% de contagios entre quienes usaban drogas inyectables; 23,1% de contagios heterosexuales; 8,3% de contagios homosexuales; 4,2% de contagio en receptores de sangre o de productos sanguíneos; 9,4% por factores desconocidos. La proporción de mujeres de la muestra alcanzó al 29,9%. La proporción que sufrió mayor aumento fue la de contagios heterosexuales, que aumentó desde un 11,8% en 1989 a un 30,7% en 1993. La mayor disminución se observó en el grupo de usuarios de drogas inyectables, que desde un 70% en 1989 disminuyó a un 39,4% en 1993, a pesar de lo cual continúa siendo el grupo de mayor riesgo tanto en la provincia de Buenos Aires como en el área metropolitana.

Las claras diferencias que pueden observarse entre los distintos estudios sugieren máxima prudencia para interpretar estos resultados y para arribar a conclusiones generales.

c. Etapas de la evolución del SIDA

La infección por HIV produce una enfermedad crónica caracterizada por: a) un síndrome primario o infección aguda, b) un período de latencia clínica, y c) una fase de manifestaciones de incremento de la inmunodepresión.

Poco tiempo después de la infección con el HIV, hay un período de transición, asintomático, caracterizado por una intensa replicación viral. En las siguientes semanas aparecen generalmente las primeras manifestaciones clínicas de la infección. Se instala así el síndrome primario, cuyos síntomas, por lo habitual, no son específicos, manifestándose como un cuadro gripal o como síndrome mononucleósico. Los síntomas pueden incluir fiebre, artralgias, mialgias y fatiga. Son comunes también los dolores abdominales y las diarreas, tanto como las manifestaciones neu-

rológicas. El examen físico puede ser normal o revelar linfadenopatías generalizadas¹¹⁸.

El paciente ingresa luego en la fase de latencia clínica, asintomática. Pero, mediante pruebas de laboratorio, es posible detectar los primeros anticuerpos anti-HIV, que son la respuesta a una variedad de proteínas virales.

La extensión de la fase de latencia clínica depende de una variedad de factores poco conocidos, entre los que se consideran la cepa viral, la fuente de la infección y la edad del paciente. Las personas que se contagian de alguien con una infección avanzada estarían expuestas a recibir una cepa más virulenta. Los niños y los adultos de más edad parecen tener una fase de latencia más corta¹¹⁹.

A pesar de que el número de linfocitos T4 comienza a declinar poco después del inicio de la infección por el HIV, y continúa haciéndolo gradualmente, cuando disminuye por debajo de 500 por milímetro cúbico (fase de incremento de la inmunodepresión), comienzan los síntomas y se hacen presentes las primeras infecciones oportunistas. Cuando el recuento disminuye por debajo de 200, suelen aparecer infecciones más graves, como la neumonía por *Pneumocystis carinii* y la toxoplasmosis cerebral. Cuando la cifra de linfocitos T4 disminuye por debajo de 100 por milímetro cúbico, suelen presentarse las infecciones por *Mycobacterium avium-intracellulare* y por citomegalovirus (Miró, 1992).

Libman (1992) clasifica en tres grupos a la infección por HIV. En el primer grupo, los síntomas se encuentran generalmente ausentes y el recuento de linfocitos T4 es igual o mayor a 500. En este estadio no se administra tratamiento. En el segundo, los síntomas pueden estar presentes o ausentes. El recuento linfocitario muestra una cifra menor que 500 y mayor que 200. La terapéutica instituida es anti-retroviral, como veremos luego. El tercer grupo se caracteriza por la presencia ineludible de los síntomas. El recuento linfocitario muestra una cifra menor a 200. El tratamiento in-

¹¹⁸ Los órganos linfáticos son los verdaderos reservorios del HIV en una persona infectada, ya que normalmente el porcentaje de linfocitos que se encuentran en la sangre periférica es muy escaso.

¹¹⁹ Según Libman (1992), los niños infectados perinatalmente suelen desarrollar los síntomas de la enfermedad dentro de los 2 primeros años de vida. Los pacientes que adquieren la infección por transfusiones sanguíneas, habitualmente la población de mayor edad, desarrollan el SIDA entre 5 y 7 años después de la transmisión viral. El grupo más grande de personas infectadas por el HIV, aquellos que se contagian entre los 20 y los 50 años, tienen un tiempo medio aproximado de 10 años antes del desarrollo del SIDA.

cluye la terapéutica anti-retroviral a la que se agrega la profilaxis contra la neumonía por *Pneumocystis carinii*.

d. Manifestaciones clínicas

La apariencia característica del enfermo de SIDA en estado de evolución avanzado se debe a la asociación de dos sintomatologías que se combinan en distinta proporción. Por un lado se trata de una persona con una infección crónica: enflaquecido, débil y con síndrome febril. Por otro, se muestra deprimido, letárgico y con aspecto abandonado, pero con una modalidad diferente a la esperable por su síndrome infeccioso. Estos últimos síntomas se fundamentan en trastornos neurológicos cuyas manifestaciones pueden incluir signos de disminución de la memoria, retardo psicomotor, apatía, etcétera.

El paciente puede padecer períodos prolongados de síndrome febril que alternan con otros períodos afebriles. La hipertermia (leve o severa) puede ser intermitente o constante en el transcurso de un día. Suelen estar presentes los sudores nocturnos, típicos de los síndromes febriles. La fiebre puede ser atribuida a alguna infección o tumor asociado al SIDA, pero muchas veces no es posible identificar la causa.

La pérdida de peso es severa y fácilmente perceptible, ya que el enfermo de SIDA puede bajar de 10 a 15 kg en un breve período de tiempo (3 a 6 meses).

Según Bartlett (1994), los hallazgos más comunes durante la evaluación inicial son:

- 1) Linfadenopatía generalizada persistente.
- 2) "Citopenias."
- 3) Síntomas pulmonares que sugieren neumonía por *Pneumocystis carinii*.
- 4) Sarcoma de Kaposi.
- 5) Infecciones candidiásicas localizadas.
- 6) Síntomas constitucionales¹²⁰.
- 7) Infecciones bacterianas.
- 8) Tuberculosis.
- 9) Enfermedades de transmisión sexual.
- 10) Síndromes neurológicos¹²¹.

¹²⁰ Pérdida de peso, sudoración nocturna, fiebre y/o diarreas crónicas (no menor de 30 días de duración).

¹²¹ Los más habituales son la demencia (20-30%) y la neuropatía periférica (20-30%).

Sarcoma de Kaposi

Hasta la aparición del SIDA este sarcoma era muy raro. En los EE.UU., por ejemplo, se lo encontraba en personas de edad y en pacientes inmunodeprimidos por acción farmacológica, principalmente en los pacientes sometidos a trasplante renal.

En la actualidad, la propagación de la inmunodepresión por HIV hace que se registren numerosos casos de este sarcoma, con pronóstico más severo. Aparece en sujetos más jóvenes, la magnitud de las lesiones es mayor, y la modalidad evolutiva, más agresiva, variada y proteiforme. Este sarcoma, por las lesiones pigmentadas de la piel que ocasiona, le dio su primer sobrenombre al SIDA, la “peste rosa”.

El sarcoma de Kaposi es la neoplasia más frecuente asociada a la infección por HIV. Su incidencia es mayor entre pacientes homosexuales. En muchos casos, constituye la dolencia inicial del SIDA, y además, es muy importante el porcentaje de enfermos en los que aparece en algún momento de la evolución (Gallo, 1994; Bolao y otros, 1992).

Se manifiesta por la aparición difusa de lesiones que afectan piel, mucosas, ganglios linfáticos y vísceras. Se presenta con mayor frecuencia en la mitad superior del cuerpo, pero las lesiones pueden aparecer en cualquier zona de la piel: en la cara, en el tronco o en las extremidades. En algunos casos las distintas localizaciones se revelan sucesivamente, en otros son simultáneas en diferentes territorios. Es frecuente, además, la invasión a diversos órganos: intestinos, vías aéreas superiores, pulmón, corazón, cerebro, hígado, vesícula, páncreas, vejiga.

En algo más de la mitad de estos pacientes se lo encuentra en forma aislada, es decir, no asociado a otras consecuencias posibles de la inmunodepresión. En estos casos, la sintomatología es menos florida, las molestias son menores y la expectativa de vida es mayor. En cambio, cuando se halla asociado con una infección oportunista, los síntomas, la evolución y el pronóstico son más severos (Bolao y otros, 1992).

Además del sarcoma de Kaposi, en los pacientes enfermos de SIDA también adquieren particular gravedad los *linfomas*¹²². Se presentan en localizaciones inusuales (por ejemplo, el linfoma cerebral primario) y en estado más avanzado; la evolución es menos satisfactoria y la sobrevida más reducida.

¹²² El término “linfoma maligno” abarca un grupo variado de enfermedades proliferativas que se originan en los ganglios linfáticos o en el tejido linfático extraganglionar. Se dividen en linfomas de Hodgkin y no Hodgkin. En todos los linfomas hay un reemplazo del tejido linfático normal por células atípicas.

Neumonía por *Pneumocystis carinii*

En el paciente con SIDA, el pulmón es, tal vez, el órgano más afectado por un espectro muy variado de gérmenes oportunistas. Entre todos ellos se destaca un protozoo, el *Pneumocystis carinii*¹²³.

Esta forma de neumonía es la manifestación inicial más frecuente del SIDA (Hopewell, 1992). Su comienzo es insidioso y la evolución prolongada. El paciente presenta fiebre, tos, escalofríos, dolor torácico, expectoración abundante y una disminución más o menos intensa de la oxigenación. La disnea es progresiva, comenzando por la que se genera ante esfuerzos comunes, hasta llegar a la disnea de reposo.

Aun en pacientes con SIDA, esta neumonía remite con tratamiento antibiótico, pero se vuelve a presentar una y otra vez en el mismo paciente. Pese a que su evolución raramente es fulminante, *es una de las causas de muerte de mayor incidencia en los pacientes afectados de SIDA*. Se sostiene (Hopewell, 1992) que la neumonía por *Pneumocystis carinii*, en el enfermo de SIDA, se debe a la exacerbación de una primitiva infección temprana.

Otras infecciones oportunistas

En los pacientes con SIDA suelen presentarse distintos cuadros infecciosos, aislados o asociados a otras patologías, infecciosas o no. Por su frecuencia se destacan las candidiasis, las criptococcidiasis y las toxoplasmosis. Si bien estas infecciones no son “en sí mismas” oportunistas (ya que suelen aparecer en personas no inmunodeprimidas), en los pacientes con SIDA, favorecidas por la inmunodepresión, su modo de presentación y evolución (recidivante, rebelde, etc.) hacen que se las considere oportunistas¹²⁴.

¹²³ Chagas identificó por vez primera al *Pneumocystis carinii*, en tejido pulmonar humano, en 1911. Recién a principios de 1950 se describió la enfermedad clínica producida por este microorganismo. Casi todos los primeros pacientes fueron lactantes, pero después se diagnosticaron también neumonías en niños mayores y adultos. Los pacientes con esta neumonía tenían una alteración en su capacidad de respuesta inmunitaria, lo cual dio lugar a la clasificación del microorganismo como oportunista. En los individuos inmunocompetentes, el *Pneumocystis carinii* no determina sintomatología (Hopewell, 1992).

¹²⁴ Entre las infecciones que se han descripto podemos agrupar las siguientes: *Esofagitis* debidas a cándida, citomegalovirus o herpes simple. *Enterocolitis* de curso mayor que un mes, recidivante, rebelde al tratamiento. Se destacan las debidas a *Cryptosporidium* y a *Mycobacterium avium*. *Lesiones mucocutáneas*, de curso

Manifestaciones neurológicas

Aproximadamente el 60% de los pacientes con SIDA tienen sintomatología neurológica en algún momento del proceso y del 80 al 90% de las autopsias muestran evidencia de un daño que puede ser atribuible a la acción del virus.

La afinidad que el HIV-1 posee por algunas de las células del tejido cerebral de sostén (glía), vinculadas a la defensa inmunitaria, ha permitido explicar los síntomas neurológicos que se presentan¹²⁵. La forma más común es la encefalitis subaguda, en la que pueden observarse los siguientes síntomas: disminución de la memoria, falta de concentración, apatía, retardo psicomotor, trastornos de carácter y aislamiento social. Los pacientes tienen alteraciones en el conocimiento, en la motricidad y en la esfera sensorial. En la mayoría de los enfermos, las lesiones progresan rápidamente y muchas veces llegan a producir demencia¹²⁶ (López y otros, 1994).

e. Detección, prevención y tratamiento

Detección

Se infiere la presencia del virus por la detección de anticuerpos anti-virus HIV a través del test de ELISA (*enzyme-linked immunosorbent assay*). Suele utilizarse el test de Western Blot, de mayor especificidad (menor cantidad de resultados falsos), para corroborar los resultados positivos del test de ELISA.

Cuando, en ausencia de enfermedad, estos test demuestran la existencia en sangre de anticuerpos antiviral HIV (resultado positivo), se considera que el sujeto ha estado en contacto con el virus y por lo tanto es un “portador sano”, con una infección en estado de latencia.

mayor de un mes, recidivantes y rebeldes al tratamiento. Suelen ser producidas por *Herpes virus homini* tipo I y II. También se describen toxoplasmosis cerebrales, meningoencefalitis, encefalitis y enfermedades pulmonares debidas a *Candida*, *Cryptococcus*, *Cytomegalovirus*, *Mycobacterias*, etcétera.

¹²⁵ Las células predominantemente infectadas parecen ser monocitos y macrófagos, y éstos son precisamente los tipos celulares predominantes en las áreas del cerebro infectadas. Se han detectado antígenos del HIV en múltiples regiones del cerebro. El virus HIV fue aislado del encéfalo, de la médula espinal, de los nervios periféricos y del líquido cefalorraquídeo.

¹²⁶ La Academia Americana de Neurología propuso, para esta demencia, el nombre de “complejo cognoscitivo-motor asociado al VIH-1” (López y otros, 1994).

Es posible recurrir a técnicas (complejas y costosas) para la detección directa del virus. Las que se utilizan son: a) el cultivo viral; b) la detección de antígeno viral en sangre o tejidos; c) la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) o hibridización que permite detectar el ADN del virus en los linfocitos T4 (detección de genoma viral).

Prevención

Dado que aún no se ha desarrollado una terapéutica eficaz, las campañas sanitarias están orientadas a evitar el contagio, teniendo en cuenta la circunstancia de que las personas HIV positivo, aun siendo asintomáticas, son agentes potenciales de contagios.

Las medidas de prevención para la población en general sugieren el uso de preservativo en las relaciones sexuales y la precaución en cualquier circunstancia en la que pueda haber contacto con sangre ajena. En el caso de los adictos, por ejemplo, se indica que debe evitarse el intercambio de jeringas.

A los profesionales de la salud se les recomienda especial atención en la manipulación de la sangre. Se indica, entre otras cosas, el uso de guantes de goma y manoplas, la utilización de instrumental y utensilios descartables en todas las ocasiones posibles, y el calentamiento discontinuo de los preparados hematológicos, ya que *el virus es termolábil*.

A pesar de todos los esfuerzos realizados en favor de la prevención, la diseminación del SIDA progresa sin intermitencias. En consecuencia, la medicina organicista centra muchas de sus esperanzas de control epidemiológico en el desarrollo de una vacuna.

En la actualidad se están realizando ensayos de diferentes tipos de vacunas, que procuran instruir al sistema inmunitario para que sea capaz de neutralizar el mecanismo patógeno en distintos momentos del proceso morbo. Si bien algunas de estas vacunas ya se encuentran en la etapa de experimentación con voluntarios humanos, se cree que pasarán años hasta que se encuentren al alcance del público.

Tratamiento

La terapéutica tentativa se centra en dos aspectos: la acción sobre el virus y la acción sobre el sistema inmunitario. Sobre el primero, tratando de crear un antivírico, y sobre el segundo, con vacunas, inmunomoduladores, trasplante de timo, citostáticos, etc. *Los resultados, hasta ahora, son negativos en todos los casos.*

Los agentes anti-retrovirales pueden estar dirigidos a evitar la ligadura del virus con el linfocito, a obstaculizar la función de la transcriptasa reversa, a inhibir la síntesis de proteínas virales o a frenar el desarrollo de los virus en ciernes. La tendencia actual (1996) considera que se obtienen mejores resultados combinando distintas drogas (Cahn, 1996).

Entre los agentes aprobados que inhiben la replicación viral interfiriendo el mecanismo de la transcriptasa reversa se encuentran: la zidovudina (ZDV, también denominada azidotimidina o AZT), la dideoxiinosina o didanosina (ddI) y la didesoxicidina (ddC).

La Administración para las Drogas y los Alimentos de los Estados Unidos (US Food and Drug Administration) (1996) también ha aprobado la stavudina (D4T) y la lamivudina (3TC), que son análogos de nucleósidos similares a la zidovudina (AZT).

Ha recibido aprobación también una nueva clase de drogas anti-HIV que son inhibidores de la proteasa: saquinavir, ritonavir e indinavir.

II. El SIDA desde el punto de vista psicoanalítico

1. Acerca de la identidad

a. Acerca del concepto de identidad

El diccionario de la Real Academia Española (1992) define “identidad” como “calidad de idéntico”, en tanto que idéntico es “lo que en sustancia y accidentes es lo mismo que otra cosa con que se compara”.

La psicología, como ciencia derivada de la filosofía, toma de ella el concepto de identidad.

En filosofía, este concepto se examina desde varios puntos de vista. Los dos más destacados son el ontológico y el lógico. El primero es patente en el llamado “principio ontológico de identidad”, según el cual toda cosa es igual a sí misma (*ens est ens*, el ser es el ser). El principio lógico de identidad es considerado por algunos filósofos como derivación del principio ontológico. De acuerdo a la lógica, “*a* pertenece todo a *a*”. Según otra formulación lógica, este principio reza: “si *p*, entonces *p*”. También puede describirse como la exigencia de no afirmar y negar, a la vez y en el mismo sentido, una proposición cualquiera. En este caso se evidencia que el principio de identidad es una transformación del principio de *no contradicción* y se deriva fundamentalmente de él.

Etimológicamente, “identidad” proviene del latín, *identitas*, de *idem*, “el mismo”, derivación que toma como modelo el vocablo *entitas*, “enti-

dad” (Corominas, 1983). “Entidad”, como “ente”, deriva de *ens-entis* (el que es), participio presente del verbo *esse* (ser). La palabra *identitas* se forma, entonces, por una condensación que literalmente deberíamos traducir por “la misma entidad”, “el mismo ser”.

En griego, “identidad” se dice *tautotes*. Esta palabra es la construcción de un sustantivo abstracto a partir del adjetivo *to autós*, que significa “el mismo”. Su traducción literal sería entonces “mismidad”, ya que en esta construcción del idioma griego no se utiliza, como vimos que lo hace el latín, el participio *on-ontos*, equivalente griego del *ens-entis* latino.

En derecho, en cambio, “identidad” es el “hecho de ser una persona, o cosa, la misma que se supone o se busca” (Real Academia Española, 1992).

De lo dicho hasta aquí podemos extraer la siguiente conclusión: el concepto de identidad se establece a partir de una comparación, o sea a partir de contrastar o contraponer de a pares, en la búsqueda de semejanzas o diferencias, considerándose identidad la plena semejanza. Entendemos que en el concepto filosófico y en la significación derivada de la etimología, la comparación de la que hablamos se halla implícita: se establece respecto de la cosa consigo misma.

b. El concepto de identidad en psicoanálisis

Para el psicoanálisis, la identificación comenzó siendo descripta como un mecanismo psicológico entre otros. Con el desarrollo de la teoría, al comprenderse más y más su importancia, “*llegó a ser la operación en virtud de la cual se constituye el sujeto humano*” (Laplanche y Pontalis, 1967, pág. 191). En este sentido, la identificación es un proceso según el cual el sujeto adquiere las cualidades de otro tomado como modelo. La identidad, por su parte, es el producto de una particular combinatoria o ensambladura del conjunto de identificaciones de una persona. El psicoanálisis utiliza el término “identidad” para referirse al resultado de un proceso por el cual nos constituimos en diferentes entre nuestros similares (Chiozza, 1986b, cap. XII).

De acuerdo a lo que hemos desarrollado en forma detallada en otra oportunidad (Chiozza, 1963a), el yo se configura a imagen y semejanza del ideal del yo que forma parte del ello (identificación) mediante un proceso que puede describirse en dos fases. Por una parte, el yo introyecta estímulos o ideas, que configuran el plano, proyecto o modelo a copiar. Dadas las características predominantemente visuales del “copiado de modelos” y la condición ideal de los estímulos (en el doble sentido de que es una idea

y un ideal), llamamos a esta introyección “visual-ideal”. Por otra parte, el yo incorpora la sustancia, la materia necesaria para dar cuerpo al modelo. Debido a que puede ser simbolizada por la función orgánica del hígado y teniendo en cuenta su carácter material, a esta incorporación la denominamos “hepático-material”. En este sentido, el yo “hepático-material”, que asimila y transforma en carne propia los ideales, es la sede principal del sentimiento de identidad.

Ambas fases confluyen en el proceso de asimilación. Asimilación “proviene de asemejar, o sea hacer semejante a dos cosas diferentes. En estricto contenido semántico la identificación sería un paso más, o sea hacer de dos cosas una misma, hacerlas idénticas, que es decir más que hacerlas iguales” (Chiozza, 1963a, 1970n [1968]).

En efecto, la etimología nos muestra que la identificación es un proceso de copia de un modelo. El término “identificar” proviene de “idéntico” y del verbo latino *ficare*, deformación de *facere*, “hacer”. Cuando se usa como verbo reflexivo, “identificarse uno con otro”, significa “llegar a tener las mismas creencias, propósitos, deseos, etc., que él” (Real Academia Española, 1992).

De acuerdo a la idea de que la identidad se logra a través de un proceso de “copia” (identificación), podríamos pensar que la identidad lograda o bien establecida es aquella en la que lo concretado materialmente se asemeja al proyecto ideal, de modo que puede ser reconocido como una copia del modelo. Los aspectos que no llegan a materializarse y permanecen como modelos ideales generan lo que el psicoanálisis estudió como la primera disociación del yo: la constitución del ideal del yo. Sabemos también que la debilidad del yo incipiente (que no puede mantenerse unido frente a los estímulos ideales) (Freud, 1923b*) es considerado el principio explicativo de la metapsicología: a partir de él se pueden explicar todas las patologías (Chiozza, 1970k [1967-1969]).

Cuando hablamos de fortaleza o debilidad del yo, nos referimos a un concepto relativo respecto a los ideales. Desde este punto de vista puede decirse que un yo fuerte es aquel capaz de materializar (integrar) identificaciones más alejadas de sus formas originarias.

Al establecer un correlato simbólico entre lo corporal y lo psíquico, se hace evidente que la adquisición y el mantenimiento de la identidad es un proceso dinámico: en rigor de verdad puede decirse que, por un lado, no termina nunca y que, por otro, permite (dentro de ciertos límites) constantes modificaciones. Para la instalación progresiva del sentimiento de identidad intervienen las sucesivas identificaciones que tienen lugar en el individuo a lo largo de su desarrollo.

La identidad posee entonces aspectos o núcleos primarios (inamovibles e invariantes) y otros secundarios donde las variaciones se tornan más posibles y hasta necesarias. Se entiende así que por un lado permanezcamos siendo siempre los mismos (conservación de la identidad a lo largo del tiempo) y que por otro estemos en constante cambio (dinamismo de la identidad).

Si imagináramos la identidad como constituida en círculos concéntricos, podríamos concebir un primer círculo, muy amplio, que representaría la identidad de especie, dentro del cual se inscriben otros, sucesivamente más pequeños, como los de la identidad de raza, la identidad de clan o linaje, y, finalmente, el círculo que representa la identidad individual. Esta metáfora resulta adecuada también para obtener una figuración plástica en la que se evidencia que la identidad individual se inserta en el marco más amplio de la identidad de clan, raza, especie, etcétera¹²⁷.

Como dijimos, la adquisición de la identidad es un proceso dinámico y esencialmente continuo. No obstante, artificialmente y para su descripción, el psicoanálisis clásicamente distingue dos tipos de identificaciones: las primarias y las secundarias. Las *identificaciones primarias* son aquellas en las que se adoptan en forma directa las cualidades de los objetos inconscientes heredados. Se trata de las identificaciones con las imágenes heredadas de los padres y arquipadres.

Hoy, en la medida en que pensamos que todo proceso anímico es sólo un modo de manifestarse a la conciencia lo que desde otro ángulo se presenta como proceso corporal y viceversa, podemos pensar que las identificaciones primarias corresponden, desde lo psíquico, a aquello que la biología describe como desarrollo del plan genético. Con la expresión “plan genético” hacemos referencia al conjunto entero de lo heredado, incluyendo entonces la herencia de características generales que definen la identidad de especie, como así también otras, más particulares, como las que determinan la identidad de una raza, de un clan y de un linaje familiar¹²⁸.

¹²⁷ También resultaría lícito representarnos esta metáfora con un modo inverso. Tendríamos entonces un núcleo central figurando la identidad de especie y sobre él la sucesiva estratificación de otros aspectos de la identidad, como son la raza, la familia y lo individual.

¹²⁸ Debe comprenderse, por otro lado, que cuando hablamos de “herencia” nos referimos tanto a la transmisión de información genética que la ciencia médica reconoce como vehiculizada por el ADN, como a la que Freud (1939a [1934-1938]*) llamaba “herencia arcaica”. Freud, tanto en *Tótem y tabú* (1912-1913*) como en *Moisés y la religión monoteísta* (1939a [1934-1938]*), desarrolla con amplitud la idea de una “continuidad psíquica de las generaciones” que no

Parece posible y útil señalar una diferencia o salto cualitativo entre la identidad de especie y las identidades de raza, clan, etc. La identidad de especie se configuró “una vez” mediante un proceso que podemos llamar *identificación primordial*. Esta identificación primordial supone la adquisición de un ensamble particular de cualidades propias de la especie e implica paralelamente una *renuncia* a aquellas configuraciones y cualidades ajenas a dicha especie¹²⁹. Si consideramos que la existencia individual se inaugura con la unión de las gametas, es dable imaginar que la identidad de especie la adquiere cada individuo en tal acontecimiento. Así, por ejemplo, cada hombre, en el momento de su concepción, repitiendo aquella adquisición y aquella renuncia ancestral, *se constituye como perteneciente al género humano*.

La biología establece una relación entre la pertenencia de los individuos a una u otra especie y la cantidad y forma de sus cromosomas. Por otra parte, es sabido que *salvo raras excepciones, no es viable la unión de gametos de especies diferentes*. Estos hechos nos permiten afirmar que *el número y la forma de los cromosomas se prestan para representar simbólicamente la identidad de especie*.

El proceso de “copia” de la información *contenida* en los cromosomas, que se traduce en el individuo como desarrollo, sería, por su parte, un adecuado símbolo de lo que llamamos identificación primaria. Si bien este proceso se cumple a lo largo de toda la vida, es característico y preponderante durante el período prenatal (cigótico, embrionario y fetal).

Las *identificaciones secundarias* son aquellas que se realizan a partir de vínculos con los objetos que por alguna circunstancia adquieren el valor de modelos. Las identificaciones secundarias pueden modificar o reforzar las cualidades obtenidas por identificación primaria y conforman el carácter del yo. Mediante ellas se hacen propios los valores de cada cultura en la que los individuos se realizan.

En síntesis:

- 1) Llamamos *identificación primordial* al proceso por el cual se alcanza la identidad de especie. Simbólicamente esta identidad queda representada por la constitución del número y la forma de los cromosomas.

proviene de la tradición oral sino de la herencia del vivenciar colectivo de la humanidad.

¹²⁹ La “disposición” a dichas cualidades ajenas a la especie se conserva en el plasma germinal, como lo testimonia el hecho de que durante la ontogenia embrionario-fetal se recorran estadios que remedan a los de la filogenia.

2) La *identificación primaria* es el proceso por el cual cada ser humano desarrolla las características y cualidades que ha recibido hereditariamente. Freud consideró que este tipo de identificación es “directa e inmediata (no mediada)” porque “no parece el resultado ni el desenlace de una investidura de objeto” (Freud, 1923b*, pág. 33).

3) La *identificación secundaria* corresponde especialmente al período posnatal. Mediante ella el sujeto adopta las cualidades de la cultura en la que se inscribe. Este tipo de identificación es la que Freud (1923b*) considera como sedimentación de las investiduras de objeto resignadas.

Si las distintas identificaciones descriptas, estratificadas unas sobre otras, se integran armoniosamente, permiten el establecimiento de una identidad sólida en la que se amalgaman de un modo estable distintas cualidades. Entendemos que esta armonía, desde el punto de vista subjetivo, se experimenta como el natural *amor propio*, tanto de *ser* quien se es, como el de *pertenecer* a una raza, a un linaje, a un pueblo. En este caso, la cultura, en tanto conjunto de *mores*, costumbres o hábitos, es vivenciada como un ámbito congruente donde se despliegan las cualidades individuales recibidas por herencia.

La falta de integración y armonía entre los distintos aspectos y “niveles” de la identidad condiciona una identidad menos coherente y por lo tanto más endeble.

c. La identidad y la pertenencia. El sentimiento de pertenencia

“Pertenecer” proviene del latín *pertineo, pertinere*. Está compuesta por el prefijo *per*, que en composición con un verbo significa llevar la acción hasta el fin y sin interrupción (Spes, 1960), y por el verbo *teneo*, que significa tener, coger, sujetar; poseer, ocupar, etc. Etimológicamente el *per-tener*, la *per-tenencia* es un grado superlativo de la tenencia. El diccionario de la Real Academia Española (1992) define “pertenencia” como “derecho de propiedad que tiene uno sobre una cosa”. Sin embargo, cuando hablamos, por ejemplo, de “sentimiento de pertenencia”, se resignifica el concepto mediante un “enroque”, de modo que el sujeto pasa a ocupar el lugar del objeto de la propiedad: ya no se trata de algo que me pertenece o que poseo, sino de algo que me tiene a mí como “una de sus pertenencias”, y ese “tenerme” adquiere

una significación tal que me caracteriza, me identifica, es decir, me otorga identidad.

Se trata, entonces, de dos acepciones distintas, una vinculada a la posesión y otra a la identidad, pero, como veremos, profundamente relacionadas.

La vinculación entre identidad y pertenencia se nos hace evidente si tomamos en cuenta el concepto de niveles o tipos lógicos. Un clavel, por ejemplo, por su misma identidad de clavel, es inevitablemente un miembro de la clase “claveles”, pertenece a ella. Se inscribe y pertenece, también, a los sucesivos y más amplios niveles, como pueden ser, en este caso, las flores, los vegetales, etc. Desde este punto de vista, ser es inseparable de pertenecer y, mejor aún, ser equivale a pertenecer.

Esta pertenencia, dada en el hecho mismo de ser, adquirida a través de lo que hemos llamado identificación primaria, forma parte de nuestro “estado constitutivo” y suele permanecer, por eso mismo, inconciente. Podemos entonces llamarla *pertenencia primaria*¹³⁰.

Sin embargo, en el transcurso del vivir nos incluimos y pertenecemos a otros círculos de pertenencia que no están inevitablemente ligados a la esencia de nuestro ser. Podemos, por ejemplo, integrarnos, formar parte y pertenecer a un club, y podemos también dejar de pertenecer a ese club. Este segundo tipo de pertenencia también define nuestra identidad, pero no forma parte del núcleo de la misma. Es una cualidad, un accidente, un atributo, adquirido a través de identificaciones secundarias. Podría ser llamada *pertenencia secundaria*.

En el caso de la pertenencia como propiedad, el concepto no se refiere, en primera instancia, a la identidad, sino a una posesión del yo. Sin embargo, también a las cualidades o atributos de un sujeto se los llama “propiedades”. Son algo que el sujeto tiene, pero también son, esas propiedades, atributos o cualidades que definen su identidad.

La íntima vinculación entre identidad y pertenencia nos conduce a señalar dos formas de vivenciar la pertenencia. Cuando el sujeto actúa de un modo acorde a su identidad y su pertenencia, esta última no necesita ser conciente y permanece como un *estado inconciente* que determina el ser y el actuar. Es, para el sujeto, una *pertenencia sustantiva*. En cambio, cuando el sujeto por alguna circunstancia toma conciencia de su pertenencia y piensa, por ejemplo, que debe actuar en consecuencia, experimenta su pertenencia como una cualidad o un atributo que lo define, de modo que en ese momento su pertenencia es una *pertenencia cualitativa (adjetiva)*.

¹³⁰ Incluimos aquí, para simplificar, dentro de la pertenencia primaria, también a la que proviene de las identificaciones primordiales.

Esta distinción que señalamos es independiente de que la pertenencia que se hace conciente sea parte de la esencia del sujeto o sea una cualidad secundaria. Una persona puede por ejemplo tomar conciencia de su condición de ser humano o de su condición de afiliado a determinado club¹³¹.

Nos hemos acercado así al *sentimiento de pertenencia*. Sabemos que una acción llevada a cabo eficazmente se tramita sin registro conciente; en cambio, una acción que no ha logrado ser totalmente eficaz deja un remanente insatisfecho que se registra en la conciencia con la cualidad de un determinado sentimiento. En este sentido, acción eficaz y sentimiento conforman una serie complementaria.

En el caso de la pertenencia, si fracasa la acción de pertenecer (que cuando es exitosa, se traduce como identificación lograda o pertenencia sustantiva y no necesita hacerse conciente), deja un remanente insatisfecho cuya descarga será registrada por la conciencia como sentimiento de pertenencia. También es posible que se registre como sentimiento de no pertenencia. Ambos sentimientos remiten al fracaso de la acción eficaz de pertenecer, de modo que, en última instancia, se trata siempre del sentimiento de no pertenecer. Sin embargo, cuando el fracaso en la acción eficaz es pequeño, el sujeto, frente a su sentimiento de no pertenencia, suele recurrir al sentimiento de pertenencia como encubrimiento de la vivencia de no pertenecer.

Freud (1921c*), al referirse a la diferencia entre identificación y elección de objeto, afirmaba que es la misma que existe entre ser y tener. No toda elección de objeto debe devenir necesariamente en identificación. Pero, como es obvio, cuando la identificación ocurre, el tener es una etapa previa del ser.

La referencia de Freud remite al modelo que desarrollara en la melancolía, donde el sujeto, ante la pérdida inadmisible de un objeto que era “su posesión”, lo conserva dentro de sí identificándose con él. Este proceso que Freud (1917e [1915]*) describiera primariamente asociado a una patología, se hace extensivo luego al modo de adquisición de todas las identificaciones

¹³¹ Al hablar de pertenencia sustantiva y cualitativa tomamos como modelo la concepción freudiana acerca del complejo de percepción (Freud, 1950a [1895]*). Freud se refiere con ello a las comparaciones que establece el pensamiento entre lo ya conocido y las nuevas percepciones. La conciencia sólo percibe las diferencias y las nomina como atributos o cualidades. Aquellos aspectos en los que hay coincidencia no pueden ser objeto de la conciencia y constituyen entonces la cosa o sustantivo que permanece inconciente. La cosa o sustantivo es una representación abierta e inaferrable, ya que al no haber diferencias registrables permanece indeterminada e incognoscible, aunque su nombre proviene siempre (!) de un adjetivo que denota alguna de sus cualidades (Chiozza, 1986c [1984]).

secundarias. Este tipo de identificación puede ocurrir aun sin la pérdida de objeto (Freud, 1921c*). El desarrollo de este trabajo nos conduce a subrayar la existencia de una estación intermedia entre el tener y el ser.

- 1) Cuando la identidad se ha logrado, el sujeto “es” y, al mismo tiempo, pertenece, en el sentido de lo que hemos llamado pertenencia sustantiva. Esta pertenencia no necesita ser proclamada.
- 2) Cuando la identidad no se ha consumado plenamente, el sujeto siente que no es y, en esa misma medida, siente que no pertenece. Necesita, entonces, proclamar que “pertenece” (pertenencia cualitativa) para defenderse del sentimiento de no pertenecer sustantivamente, porque todavía no es. La etimología de “pertenencia”, tal como ya lo señalamos, avala esta consideración. En efecto, per-tenecer es, literalmente, un modo superlativo del tener, de manera que el sujeto, al afirmar su pertenencia, denuncia que si bien “tiene” firmemente lo que desea, no ha logrado aún su aspiración de “serlo”.

El deseo de pertenecer testimonia un déficit en la pertenencia, es decir, denuncia una identificación que no se ha logrado plenamente y equivale al sentimiento conciente de no pertenencia. La proclamación conciente de la pertenencia, si se trata de una proclamación sincera, nace, en cambio, del sentimiento conciente de pertenencia, que, como dijimos, encubre la vivencia de una pertenencia insuficiente. En este sentido, el deseo de pertenecer, el sentimiento de pertenencia y la proclamación de una pertenencia constituyen una estación intermedia entre el tener (pertenencia como posesión) y el ser (pertenencia como identidad).

Por su parte, la palabra “impertinencia”, y el correspondiente adjetivo “impertinente”, aluden en primer lugar a algo que no viene al caso, que no es concerniente al tema de que se trata o que no pertenece al asunto. Secundariamente adquirió el significado de insolencia, irreverencia, etcétera.

Cuando el conflicto con la identidad y la pertenencia adquiere suficiente importancia, la imposibilidad de reconocer la propia pertenencia da lugar a la pretensión de otra pertenencia, impropia, que transforma al sujeto en un impertinente, en el sentido de quien está fuera de lugar, no pertenece o no concierne al asunto.

Dado que la pertenencia es convivencia pasada e historia en común, al hablar de un sentimiento de impertinencia (o sentimiento de no pertenencia) se alude a un dolor muy particular. Quien siente que se le desdibuja la

pertenencia, mucho más que un sentimiento circunstancial de exclusión, siente la penosa vivencia de una exclusión permanente: la carencia de un ámbito de convivencia y participación, experimentada, entonces, como si se tratara de una impertinencia sustantiva.

d. Un aspecto de la identificación primaria: la estirpe y el mestizaje

El HLA como código bioquímico y como símbolo del linaje

En lo atinente a la identidad primaria debemos considerar que ésta no surge de la adopción arbitraria de rasgos aislados; surge, contrariamente, de la inserción del sujeto en una historia compartida y “hecha carne”. Una historia que configura lo que se hace manifiesto como *raza*, *linaje* o *estirpe*, “visible”, por ejemplo, en las características corporales que diferencian a las distintas *etnias*. Dicho de otro modo: *todo individuo actual es el producto o la manifestación en el presente de una historia que se fue plasmando a lo largo de generaciones. Esa historia compartida por los antepasados constituye, desde lo inconciente, el suelo ancestral, la herencia, lo que otorga pertenencia al sujeto*¹³².

Por otra parte, todo ser vivo nacido de reproducción sexual no hermafrodita es un producto *mestizo*, en tanto es una combinatoria o *mezcla* de la información genética de sus padres, de modo que *toda identidad implica inevitablemente cierto grado de mestizaje* (Chiozza y colab., 1993d [1992]).

Sin embargo, con la herencia de los genes que codifican antígenos HLA, sucede algo llamativo. Estos marcadores están presentes en todas las células de cada individuo. A través de ellos se ejerce el reconocimiento de lo propio. A diferencia de lo que ocurre con la herencia de otros caracteres, no provienen de la combinatoria de los cuatro abuelos. Por el contrario, provienen solamente de dos, uno de los abuelos maternos y uno de los abuelos paternos. De modo que el sujeto, que en su identidad (psicosomática) es el representante de un conjunto completo, en lo que al sistema inmunitario se refiere, se autorrepresenta a sí mismo mediante un código bioquímico abreviado para el cual utiliza solamente dos líneas de ascendencia. En el

¹³² En el idioma alemán, el término *Sexualität* es relativamente reciente, tomado en el siglo XX del inglés *sex*. La palabra más antigua, utilizada por Weizsaecker, es *Geschlechtlichkeit*, y proviene del verbo *schlagen*, que, entre otras acepciones, significa “salir a”, “parecerse a”, y se vincula con la idea de genitalidad, linaje, descendencia y familiaridad (Busch, 1994).

ámbito del sistema inmunitario sucede entonces algo semejante a lo que ocurre con los apellidos según una costumbre cultural. Si bien el sujeto proviene de cuatro abuelos (o, si se quiere, de ocho bisabuelos) cada uno con su respectivo apellido, utiliza, para su reconocimiento, uno o dos de estos apellidos¹³³.

Podemos decir entonces que el sistema inmunitario ejercita el autorreconocimiento mediante un código semántico y, por lo tanto, abreviado, sin necesidad de reconocer puntualmente todos los constituyentes. Recurre de este modo a un sistema de representación económico y eficaz hasta un margen de error despreciable: los HLA. Éstos tienen el valor de “patentes” o “etiquetas”, a semejanza de los “*made in...*” que marcan el origen o procedencia de un producto.

Dado que el modo peculiar de heredar los HLA se presta para recorrer en forma ascendente (o descendente) un *filum* o línea genealógica, *los HLA son una expresión somática de un conjunto más amplio que llamamos el linaje, es decir, lo simbolizan.*

De modo que en lo que se refiere a mi *herencia*, mi *pertenencia* y mi *identidad*, yo soy la combinación de mis cuatro abuelos, o de mis ocho bisabuelos, etc. Pero cuando me tengo que representar, me represento por la mezcla de dos, que se mezclan sólo a los efectos de la representación, y se volverán a separar en mis hijos.

De acuerdo con lo dicho, es posible establecer una diferencia entre *identidad* y *linaje*. Mi *identidad* se configura con todo lo que me constituye, incluyendo la particular combinatoria de los caracteres heredados que *me insertan en una pertenencia*. El *linaje*, en cambio, es una representación abreviada de mi identidad. Puedo, a voluntad, recorrer distintos linajes ascendentes hasta reconocermelo descendente de un determinado antepasado. Únicamente dos de esos diferentes linajes son “elegidos” por mi combinatoria de HLA para tipificarme inmunitariamente.

Esta diferenciación permite discernir patologías de la identidad que se vinculan con el sistema inmunitario y otras que no. A modo de metáfora podemos decir que una persona que encuentra dificultades para pronunciar, escribir o leer su apellido tiene un trastorno de identidad, pero no todo trastorno de identidad se manifiesta como dificultad en relación con el apellido.

Como vimos, el sistema de antígenos HLA está constituido por *mitades que se mantienen genéticamente puras*, es decir, se constituye so-

¹³³ Podemos pensar que la costumbre de que los hijos lleven el apellido paterno proviene del hecho de que la maternidad es cierta, en tanto que la paternidad necesita ser reconocida.

bre una “mezcla” que no es una “combinación”¹³⁴. En otras palabras, cada una de sus mitades permite establecer la doble genealogía de cada individuo. En un trabajo anterior (Chiozza y colab., 1993d [1992]) decíamos que esta particular configuración por mitades del HLA *constituye un símbolo de la dificultad con la que se unen en un hijo las distintas herencias de sus progenitores*. Imaginamos entonces la existencia de un “clivaje fisiológico” en la base misma de la identidad, clivaje que justificó concebir un punto de fijación “autoinmunitario”. Se nos hizo evidente así que *ya en el proceso de la constitución de la identidad, mediante lo que llamamos identificación primaria, se pone en juego, como veremos, el par antitético tolerancia-intolerancia*.

e. Identidad e intercambio: el ejercicio de la tolerancia y la intolerancia

Tal como vimos, el individuo, constitutivamente, es producto de una congregación (representada por una “mezcla”): la identidad no es la pura repetición de moldes anteriores, ya que surge de la combinatoria genética.

Luego, el desarrollo pleno del sujeto exige modificaciones adaptativas en un continuo intercambio con otros, en sucesivas agregaciones, ahora “secundarias”. El encuentro entre lo selectivo (lo ya configurado, lo prefijado por la herencia o el núcleo invariante de la personalidad) y lo aleatorio del acontecer vital figuran lo que Bateson (1979) denomina un proceso estocástico, es decir, un proceso que combina componentes aleatorios y otros selectivos, de tal manera que en la combinatoria sólo perdurarán algunos resultados del componente aleatorio.

Podríamos afirmar entonces que el individuo parece signado por un doble interés: *ama su identidad y necesita preservarla en su integridad y, al mismo tiempo, siente el atractivo y la necesidad de interactuar; de intercambiar con otros, de “mezclarse” y “combinarse”, dos grados diferentes de lo que durante la convivencia llamamos “integración”*. La convivencia humana exige constantemente el ejercicio de un equilibrio entre el deseo de mantener las diferencias y la necesidad ineludible de integrarse.

¹³⁴ Las palabras “mezcla” y “combinación” remiten aquí al significado que les asignan la física y la química. Mezcla equivale a una simple agregación de dos o más elementos y puede ser “fácilmente” revertida a su estado de separación original. En una combinación, en cambio, los elementos que la constituyen pierden sus cualidades diferenciales formando un nuevo producto, de modo que es más difícil revertir la combinatoria a su estado original.

El hombre (del mismo modo quizás que todos los seres vivos) se debate así en el juego pendular de la intolerancia y la tolerancia.

La tolerancia propia del buen sentido permite integrarse con el otro, disolviendo las diferencias, en función de un bien superior o principal. La intolerancia, por su parte, deberá ejercerse contra aquello que, siendo incongruente con lo principal, de ser aceptado destruiría el sentido organizador¹³⁵. *La fisiología del sistema inmunitario es, en el terreno de lo corporal, un símbolo privilegiado del proceso que constituye y mantiene el equilibrio entre tolerancia e intolerancia.*

Desde un enfoque psíquico, entendemos que el adecuado ejercicio de la tolerancia y la intolerancia se sustenta en una identidad bien establecida o, lo que es lo mismo, en un “estado” de pertenencia, o pertenencia sustantiva.

2. Acerca de la cultura

a. La cultura y la identidad

En los apartados anteriores hemos descripto el modo en que, mediante la integración de las sucesivas identificaciones, va constituyéndose la identidad individual. Este proceso, que artificialmente descompusimos para su comprensión, es unitario, constante a lo largo de la vida y esencialmente dinámico¹³⁶.

Como aspecto fundamental en el desarrollo del proceso, destacábamos la importancia del recíproco interjuego entre las identificaciones primarias y las secundarias, es decir, entre lo que el sujeto trae consigo hereditariamente y aquello nuevo que encontrará en su ámbito *sociocultural*.

El ámbito sociocultural, en tanto conjunto de *mores*, costumbres o hábitos, representa privilegiadamente el terreno de las identificaciones secundarias. Es allí donde, precisamente, el sujeto encontrará los modelos para llevarlas a cabo, como asimismo el “espacio” para desplegar las cualidades individuales recibidas por herencia.

¹³⁵ Lo que denominamos “mezcla” es un estado intermedio entre ambas situaciones que se da, por ejemplo, cuando un individuo “se integra” transitoriamente en un “equipo” al cual no siente pertenecer completamente, para separarse pronto y volver al que siente como “suyo” –“su-yo” (?)–.

¹³⁶ Estas características, discernidas por el psicoanálisis, coinciden, desde nuestro punto de vista, con las representaciones de la biología que nos muestran un sistema inmunitario (que, como dijimos, expresa y simboliza el cuidado de la identidad) dinámico y en perpetuo proceso de autorregulación (Jerne, 1973).

La existencia de un ámbito sociocultural coherente que, como el individuo, lleve dentro de sí núcleos de mayor invariancia que permitan una relativa estabilidad, será, por lo tanto, un factor facilitador del buen desarrollo de la identidad. *Una cultura de tales características ofrecerá el marco apropiado para que las identificaciones secundarias refuercen (o modifiquen con relativa naturalidad) las identificaciones primarias, posibilitando la integración congruente y armónica entre las distintas identificaciones.*

Entendemos que una cultura se encuentra en estado de relativa estabilidad, coherencia o autenticidad, cuando se da una concordancia entre los valores que postula y los que encarnan efectivamente sus miembros más relevantes. En una cultura de estas características, los valores que la distinguen se materializan en personas concretas, quienes, como máximos representantes de la misma, son a la vez los modelos adecuados para quien debe insertarse en ese marco cultural. En estas circunstancias, *alcanzar los valores apreciados por esa cultura vigoriza el amor propio, orgullo o autoestima, y significa además un reconocimiento de lo familiar en el contexto de las diferencias, tanto en el seno de la propia cultura como en relación a otras coexistentes.*

En el individuo, el encuentro con un marco cultural de esas características abre la posibilidad de que pasado y presente, en congruencia, se aúnen en la misma dirección, contribuyendo a la génesis de una *“identidad saludable”*. *Tal identidad será aquella que, conservando un grado óptimo de flexibilidad¹³⁷, sea capaz, en su propio estilo, de cambios e integraciones nuevas sin dejar de ser “la misma”*.

Los neognósticos de Princeton (Ruyer, 1974), en una línea de pensamiento análoga a la que venimos desarrollando, dicen que en un universo donde el sentido o significado es tan primario como la materia, el individuo, que emerge en él como singularidad, debe *“conjugarse”¹³⁸ con los “sentidos”* del organismo psíquico más amplio, para ser plenamente sí mismo.

El sujeto, entonces, en su *propio estilo*, debe *entroncarse* con aquellos dominios contextuales de los cuales forma parte, y *“ramificarse”*

¹³⁷ Podemos pensar, siguiendo a Bateson (1971, 1979), que en el dinamismo de la identidad las numerosas variables intervinientes deben desenvolverse en límites neutrales, o sea, sin llegar a sus extremos de tolerancia. En estos límites, el sistema preserva la identidad y la potencialidad para el cambio, o sea, permanece flexible. Si el ambiente externo, o las limitaciones intrínsecas de lo ya constituido, imponen a las capacidades de ajuste del sistema demandas excesivas o contradictorias, éste, funcionando en el límite, agotará inevitablemente su flexibilidad.

¹³⁸ Pensamos que la idea de “conjugación” es un análogo, desde el punto de vista de la subsistencia semántica, de lo que llamamos conjugación de un verbo.

manteniendo “unido” el “follaje” de los subdominios que lo constituyen, del mismo modo que las palabras constituyen el texto. Si proseguimos con la metáfora del lenguaje y pensamos la identidad de un sujeto análoga a una frase transitoriamente construida y significativa, debemos concluir que la misma, para desarrollarse “acorde a fines” de una manera óptima, debe integrar los cambios, de modo “sintácticamente legal”¹³⁹.

La congruencia o integración armoniosa entre los aspectos primarios de la identidad (lo que se trae) con aquello otro que se encuentra (representado por el contexto sociocultural) posibilita esa “sintaxis saludable” que, desde el punto de vista subjetivo, se experimenta como el natural *amor proprio*, tanto de ser quien se es, como el de *pertenecer*, sin discrepancia, a una raza, a un linaje, a un pueblo. En otras palabras, se traduce en un “*estado de pertenencia*” que no necesita proclamarse, en tanto que, constitutivo del sujeto, transcurre de manera inconciente y, replicándose incluso más allá de él, supone también la pertenencia a un orden esencialmente *ecosistémico*.

b. La crisis cultural actual

La óptima condición para el desarrollo de la identidad, señalada en el apartado anterior, corresponde, por cierto, a un modelo descrito en términos ideales. Sabemos, sin embargo, que en nuestro mundo actual estamos lejos del referido ideal y, contrariamente, nos hallamos inmersos en la magnitud de una crisis cuyo alcance y significatividad son mayores de lo que preferimos creer.

Como hemos afirmado en otro lugar, “asistimos a una crisis de valores tan profunda como sólo hubo otra semejante en todo el desarrollo de la civilización humana” (Chiozza, 1983f [1982]). Aquella significó el pasaje del predominio del pensamiento mágico al predominio del pensamiento racional. En la época presente, la lógica y la razón, habiendo rendido sus mejores frutos, se muestran insuficientes y surge la necesidad de una nueva forma de pensar que las integre en un proceso cognitivo más rico y más

¹³⁹ En el mismo sentido, Campbell dice que si admitimos que los genes no son sólo química, sino ante todo información y símbolo, y que su interrelación recíproca no es sólo un intercambio material, sino fundamentalmente una “gramática genética” que constituye un lenguaje, debemos pensar que este lenguaje, como cualquier otro, “no puede tolerar cambios al azar en la secuencia de letras en una frase, porque ello acabaría con todo el significado. Cualesquiera cambios deben ser ‘sintácticamente legales’” (Campbell, 1982, pág. 181).

complejo. “Teniendo en cuenta que estamos en el fin de una era y en el comienzo de otra, no es de extrañar que nuestro mundo de valores no sea coherente y ordenado, y que coexistan en él, mezclándose y oponiéndose entre sí, valores actuales y anacrónicos.”

Esta dificultad, la caducidad de lo tradicionalmente conocido frente a los nuevos desafíos, la falta de modelos y de respuestas para las incertidumbres presentes, promueven la exacerbación del individualismo. El individuo, anteponiendo su “sí mismo” y su propio placer como valores supremos, se desacopla del ámbito de pertenencia que debió haber sido su referente y, a la vez, desestima su inserción trascendente en la cadena de las generaciones.

Freud (1930a [1929]*) había señalado las incipientes manifestaciones de este deterioro que, ya en sus días, se insinuaba amenazadoramente. Según él, se expresaba en un fenómeno que dio en llamar “*miseria psicológica de las masas*”, que se traducía en el abandono de los modelos que debían operar como referentes, de modo que la “ligazón social”, que debería haberse sustentado en tales modelos significativos, quedaba sustituida por una identificación recíproca y masiva entre los individuos.

Este peligro que señalara Freud se ha profundizado y generalizado en el contexto de nuestra crisis actual, *ahondándose la desestima de valores y la ruptura del orden jerárquico, imprescindible para la subsistencia y el desarrollo de los ámbitos de pertenencia.*

Los neognósticos de Princeton (Ruyer, 1974) sostienen que, hoy día, nuestro ámbito sociocultural está rebasado por la magnitud y la velocidad de los cambios (ligados especialmente al desarrollo técnico) y por el aluvión informacional que se asocia a tales cambios. La intrusión masiva de cambios e informaciones impide su progresiva integración, como asimismo la puesta en juego de los sistemas de protección que, en una situación menos masiva, debieran haber sido tan eficaces como lo son en los organismos elementales. El espacio social, aclaran, no ha podido instrumentar su defensa; por así decir, “no ha desarrollado aún párpados” y filtros protectores. Estas defensas debieran haber sido las instituciones, pero éstas, sobrepasadas, o no existen, o son caducas en su funcionamiento.

Este estado de cosas, señalan, vulnera la ley biológica básica: la *intolerancia* frente a aquello que, de irrumpir masivamente, destruiría el orden y la integración del organismo. Esta intolerancia, por cierto, no debe confundirse con las actitudes represoras propias, por ejemplo, de los totalitarismos masificantes, y debe contextualizarse en términos de la necesidad de

los procesos vitales que, como hemos dicho, requieren el ejercicio del par tolerancia-intolerancia.

La tolerancia extrema, señalan los autores, es una alternativa inconducente, adoptada por incapacidad e inadaptabilidad al cambio. Así, nuestras sociedades se adscriben a “*un ideal de apertura sin discriminación, un no proteccionismo mental*”. *Se encubre, mediante esta “liberalidad”, la debilidad de espíritu, la incapacidad de juzgar o la demagogia innoble.* Por este camino se pierde todo rasgo de autenticidad, toda jerarquización de los valores.

Afirman, en contraste con lo anterior, que una cultura auténtica “*debe ser cuasi un instinto, un saber encarnado, una lengua materna, una disciplina sub-conciente, una edificación psíquica, una fe en sí misma, que permita juzgar y condenar, justamente porque ella es un pre-juicio*” (Ruyer, 1974, pág. 272)¹⁴⁰.

Hoy día, agregan, quien “hechizado” por el vértigo de la información, reniega de toda tradición y ve en ella y en cualquier patrón constructivo un posible “engaño”, se constituye en destructor y diluyente que “*liberado del padre familiar como super-yo, se ha vuelto esclavo del desmitificador demagogo, infectado en él como un virus, y que sustituye a sus propios genes, hereditarios y tradicionales, organizadores de su organismo psíquico*” (Ruyer, 1974, pág. 335).

Esta situación, descrita también por otros autores, se evidencia hoy día en todos los ámbitos. Los seres humanos, en mayor o menor medida, ante la crisis que nos afecta, nos enfrentamos a la dificultad de hallar una coincidencia o una ensambladura posible entre los valores y las tradiciones que nos constituyen y las múltiples y polifacéticas propuestas de nuestro entorno sociocultural. De este modo, se hallan alteradas las condiciones que, en una situación menos crítica, habrían contribuido a la génesis de ese “*estado de pertenencia*” inconciente, correlativo del natural *amor propio* de ser quien se es y de pertenecer, sin discrepancia, a una familia, a un linaje, a un pueblo, a una raza.

Estos ámbitos de pertenencia conforman círculos de amplitud creciente. *La familia*, círculo social y cultural en el que se inserta cada ser humano que viene al mundo, es el primero de ellos y núcleo fundante de ulteriores desarrollos.

¹⁴⁰ “Pre-juicio” está tomado en el sentido de juicio previo que funciona adecuadamente en las situaciones para las que fue gestado. Un pre-juicio, dicen los neognósticos, “es un ‘órgano’. Como órgano, un pre-juicio está más allá de lo verdadero y de lo falso, funciona porque opera como un organizador”, como el núcleo de ulteriores cristalizaciones.

3. Acerca de la familia

a. La familia

El término “familia” proviene del vocablo latino *famulus*, “criado o sirviente” (Corominas, 1983), designando originariamente el conjunto de personas que comparten una crianza y se abocan a un servicio común.

La biología suele asociar el concepto de familia al vínculo de sangre (filial y fraterno), en tanto que la sociología prefiere resaltar otros factores de unión. Una y otra, sin embargo, no logran acotar todo aquello significado por el concepto, de modo que según el aspecto que cada una subraya varía la consideración del mismo.

En nuestra sociedad occidental actual, el concepto de familia es acotado por la premisa del vínculo de sangre. En otros momentos, por ejemplo en la Edad Media, todos los individuos que convivían en un mismo predio bajo el dominio y la protección de un mismo señor constituían una familia. La pauta determinante era el vínculo de autoridad relacionado con la propiedad.

Según Freud, los *motivos* que promueven la agrupación de los seres humanos son el amor sexual y “la necesidad mutua de auxilio”, ya que al hombre primordial “no pudo serle indiferente que otros trabajaran con él o contra él”¹⁴¹. La convivencia de los seres humanos, nos dice, “tuvo un fundamento doble: la compulsión al trabajo, creada por el apremio exterior, y el poder del amor, pues el varón no quería estar privado de la mujer como objeto sexual, y ella no quería separarse del hijo, carne de su carne. Así, *Eros* y *Ananké* (amor y necesidad) pasaron a ser progenitores de la cultura humana” (Freud, 1930a [1929]*, pág. 99).

Lo dicho hasta aquí corrobora lo que dijimos en otras oportunidades: la necesidad (sexual y de supervivencia) aglutina a los individuos y genera la familiaridad. En la convivencia compartida día a día se robustece esa *familiaridad* que engendra a la *familia* (Chiozza y colab., 1993d [1992]).

En cuanto a la *evolución histórica*, Freud (1912-1913*, 1930a [1929]*) vincula la emergencia de la institución familiar, tal como hoy la conocemos, a un lento y progresivo desarrollo evolutivo, cuyo antecedente más remoto corresponde al tipo de agrupamiento humano que dio en llamar *familia primaria* u *horda primordial*.

Esta familia primordial (según la hipótesis freudiana a la que debemos adscribir un carácter de “realidad mítica”) se constituía como una organi-

¹⁴¹ Este aspecto señalado por Freud coincide con la etimología de la palabra “familia”, que, como hemos dicho, proviene de *famulus*, sirviente.

zación centrada alrededor de un macho fuerte, tiránico, que aglutinaba tras de sí un grupo de mujeres y sus vástagos, los cuales permanecían sometidos a la voluntad del padre primitivo hasta la decadencia del mismo.

Un cambio evolutivo importante aconteció cuando los hijos, compelidos a liberarse de la arbitrariedad del padre primordial, descubren la fuerza de su unión fraterna y deciden matarlo. Se inaugura, en ese hipotético acto, el segundo estadio en el progreso evolutivo hacia la familia actual: la *comunidad fraterna*. Ésta, según Freud (1912-1913*, 1921c*), asentaba en los montantes “de libido esencialmente homosexual” que pervivían como remanentes de la unión de los hermanos en la abstinencia sexual que el padre violento les imponía (unión que equivale a los lazos de consanguinidad familiar).

La horda fraterna subsistió durante un tiempo, pero el asesinato en el que se fundaba había dejado profundas huellas en sus ejecutores. Los hijos, movidos por la añoranza y los sentimientos de culpa, internalizaron al padre como instancia prohibidora, hecho que puso fin a la comunidad que habían inaugurado y que, además, significó un decisivo avance hacia la organización familiar ulterior. En efecto: el “arbitrario” padre primordial fue reemplazado por la *Ley*, que instauraba para todos la prohibición del incesto o mandato de exogamia, de modo que la primitiva organización dio paso a otras estructuras que, fundamentadas en las nuevas premisas, eran el esbozo de la *familia*, tal como la conocemos hoy.

La nueva forma de convivencia promovió, sin embargo, el surgimiento de un conflicto (Freud, 1930a [1929]*):

- 1) Por una parte, la restricción en la posesión de las hembras, la inhibición de las metas sexuales directas y el consecuente surgimiento de sentimientos tiernos reforzaban *la tendencia aglutinante de la familia reducida*. La meta sexual directa no fue abandonada, pero ingresó en otra constelación, en amalgama con las mociones tiernas. De esta manera, “a medida que el amor sexual adquirió valor para el yo, y se desarrollaba el enamoramiento, más urgente se hacía el reclamo de la limitación a dos personas, prescripta por la naturaleza de la meta genital” (Freud, 1921c*, págs. 132-133). A esto se suma, además, la persistencia en los hijos de ligazones afectivas intensas con los objetos originarios, que los hacen reticentes al abandono del grupo familiar.
- 2) Por otra parte, la nueva familia, debido al mandato de exogamia que la sustenta, tiende a promover grupos más amplios, y esta tendencia se opone a la unión exclusiva de un hombre con una mujer. Además, el amor que fundó la convi-

vencia sigue activo y, desbordando la familia, tiende a establecer nuevas ligazones con personas extrañas. En oposición a esta tendencia, se despiertan “mociones afectivas de celos, de extrema violencia”, para proteger la elección de objeto y el vínculo estrecho con los hijos.

En consecuencia, la familia, al mismo tiempo que fomenta lazos afectivos estrechos y perdurables, es la “*célula germinal*” de nuevas ligazones y, por lo tanto, del desarrollo cultural. *De este modo, el individuo, por un lado, integra la familia y, por otro, debe integrarse al conjunto más amplio de la sociedad, gestándose, en esta doble inserción, múltiples conflictos de pertenencia.*

Otro aspecto a tener en cuenta en la evolución de la familia es la significación que adquiere la *figura paterna*. El sedimento de la intervención paterna promovió, según Freud, un inestimable progreso. La vuelta al padre define “un triunfo de la espiritualidad sobre la sensualidad, o sea, un progreso de la cultura, pues la maternidad es demostrada por el testimonio de los sentidos, mientras que la paternidad es un supuesto edificado sobre un razonamiento y una premisa” (Freud, 1939a [1934-1938]*, págs. 110-111). Esto, por cierto, acredita el progreso del pensar, elevándolo por encima de la percepción inmediata.

Aclara Freud, además, que “todos estos progresos de la espiritualidad tienen por resultado acrecentar el sentimiento de sí de la persona, volverla orgullosa, haciéndola sentirse superior a otros que permanecen cautivos de la sensualidad”¹⁴² (Freud, 1939a [1934-1938]*).

Por otro lado, el orden legal de la familia edificado sobre la premisa de un amor paterno igual para todos los hijos, facilitó la aceptación de jerarquías solventadas en el anhelo de justicia y, al mismo tiempo, permitió la adhesión de sujetos individuales en masas artificiales donde un individuo jerarquizado ocupa el lugar del padre. En consecuencia, los sentimientos sociales derivan de la sublimación y la inhibición en su meta de los montantes de libido homosexual que ligaba a los hermanos de la horda primordial.

¹⁴² Desde una perspectiva diferente pero con similar significado, en otra oportunidad (Chiozza, 1970f [1964-1966], apdo. 1) sostuvimos que la idea, en tanto estímulo fecundante, se asocia en la representación al semen y al padre, en tanto que la materia, con la que se sustancia dicha idea, adquiere una representación femenina, como lo indica el origen etimológico común de las palabras “materia” y “madre”. Por otra parte, la disociación eidético-material permite la identificación con el padre sin destruirlo materialmente.

En síntesis, en opinión de Freud:

- 1) En la evolución de la familia, surgida del deseo sexual y de la necesidad de otro como colaborador, se destacan tres momentos significativos: *familia originaria* (horda primordial), la *comunidad fraterna* (horda fraterna) y la *organización familiar bajo el imperio de la Ley*.
- 2) El progreso en la institución familiar se entrama en un único proceso con la evolución del “complejo paterno”, al que se asocian la emergencia de la espiritualidad y el acrecentamiento del sentimiento de sí.
- 3) La familia convoca a los individuos a unirse y, a partir de esta unión originaria, se sientan las bases para la ensambladura de unidades sociales más amplias. La descarga sexual directa cedió una parte de sus aspiraciones a los sentimientos tiernos, a la vez que mociones homosexuales y celos intensos se amalgamaron de un modo útil dando paso a los sentimientos de solidaridad y de justicia.

b. La crisis de la familia actual

El modelo que Freud describe se aplica por un lado a una consideración histórica referida al origen ancestral de la familia y por otro a la familia “actual”, contemporánea al momento en que Freud escribía. En aquel entonces, antes de la segunda guerra mundial, si bien la familia había sufrido numerosos cambios, todavía mantenía una estructura que en muchos aspectos conservaba características “tradicionales”, heredadas de la “familia agrícola”: sólida organización jerárquica con agrupamiento alrededor de la autoridad paterna, respeto por los mayores, mayor presencia de la madre, un período más prolongado de permanencia de los hijos en el hogar, etcétera.

Hoy día, las familias de las sociedades postindustriales modernas, sumidas en la magnitud de la crisis cultural que hemos descripto, se ven desbordadas también, como la cultura toda, por el ahondamiento y la celeridad de los cambios.

Ejemplo de los mismos son: la aglomeración en los grandes centros urbanos, la migración en busca de trabajo de las nuevas familias nucleares con el consiguiente distanciamiento respecto de la familia de origen, la disminución del número de hijos, la proporción cada vez mayor de mujeres que trabajan fuera del hogar dejando los hijos al cuidado de otras personas o instituciones, la laxitud de las tradicionales normas morales, la posibilidad y permisividad

del aborto, la generalización del divorcio, la frecuencia de segundas nupcias y la convivencia de los hijos de uno y otro de los nuevos cónyuges, etc. Un dato ilustrativo de la década de 1980 nos señala que las familias nucleares con un padre, una madre y usualmente dos hijos (llamadas “familia tipo”) llegan a ser solamente el 7% de las familias de Estados Unidos (Naisbitt, 1982).

Todos estos cambios, y las crisis consiguientes, han contribuido a modificar cada vez más la constitución tradicional de la familia, y ésta, a su vez, en un círculo de retroalimentación positiva, incide en la profundización, cada vez mayor, de la crisis sociocultural.

En la familia, lo mismo que en el ámbito cultural, la imposibilidad de adaptación al cambio induce la tendencia igualitaria que promueve la homogeneización de las jerarquías de sus miembros. Ya no se da el predominio de la autoridad del padre con la misma fuerza que en otras épocas; cada vez es menos común que éste sea el principal o único sostén económico del núcleo familiar y que la madre sea quien se ocupa preferentemente de la atención del hogar y de los hijos. Además, el peso cada vez mayor de las instituciones de enseñanza ha ido relevando a la familia de la función educadora.

Es posible pensar que el debilitamiento de la estructura y de los lazos libidinosos familiares promueve un movimiento “regresivo” de aquella evolución descripta por Freud. Las mociones pulsionales inhibidas se retrotraen a su condición primaria y se reactualizan los sentimientos pasionales (descarga directa, homosexualidad, celos, etc.) que, coartados en su fin, estructuraban originariamente a la familia.

Así, *el celo*, que originariamente tenía el sentido de cuidado y fidelidad (representante de la permanencia en una comunidad de propósitos), y que redundaba en beneficio del sujeto, del objeto y del ámbito en el que ambos se integraban, es reemplazado por *los celos*. Éstos, manifiestamente, se expresan como temor al abandono, pero en esa manifestación ocultan la convicción inconciente de una íntima debilidad que haría justificado el abandono temido. Quien sufre de celos y teme ser víctima de la indiferencia y el engaño, siente paralelamente que cuando intenta retener al objeto es él quien engaña o “esta- fa”, ya que, en realidad, se estima indigno del amor que reclama.

Hoy, los celos, aparentemente, son menos intensos que en el pasado. Sin embargo, se encuentran ocultos tras la dificultad, cada vez mayor, para constituir parejas estables y también, paradójicamente, en la constitución de parejas que, tras una aparente unidad, encubren la cualidad simbiótica del vínculo. En este último caso, la unidad mantenida a ultranza pretende encubrir el temor al abandono que se asienta en el sentimiento de debilidad.

La simbiosis, entonces, es el intento de encontrar en la “unidad de pareja” la satisfacción de una necesidad primaria de inclusión y pertenencia

que los vínculos familiares dejaron insatisfecha en la infancia. Sin embargo, sustentada en el “engaño” o la “estafa”, esta unión incrementa el clima de temor y la sensación de debilidad; el individuo se aferra a la simbiosis, pero al mismo tiempo no se siente genuinamente unido, incluido, perteneciente.

Así, en un círculo de retroalimentación positiva, los individuos que se reúnen para formar las nuevas familias se disponen a ello desde su propia carencia, sobre la base de un interés individualista de fortalecimiento. Al mismo tiempo, una familia así constituida contribuye a la génesis de individuos que se sienten íntimamente endeble, que buscan su fortaleza en la lucha por la adquisición de bienes materiales, en éxitos superficiales y en prestigios vanos.

Un segundo aspecto de la regresión vinculada al debilitamiento de los lazos familiares puede observarse en el ámbito de las relaciones sexuales (hétero y homosexuales). Freud señalaba que cuando la represión se impone sobre la sexualidad “la aspiración sexual sofocada se abre paso en los síntomas”, pero si en cambio diésemos el triunfo a la sensualidad, sería la moral desestimada la que, arrojada a un lado, se expresaría en manifestaciones sintomáticas (Freud, 1916-1917 [1915-1917]*, pág. 394).

Creemos que estas proféticas palabras de Freud se cumplen en nuestros días: la “libertad” sexual actual no es el producto de una elaboración adecuada, es más bien el reverso del mismo conflicto que en otra época condujo a la represión patológica. Así, el ámbito familiar se ve inundado de un clima egoísta y posesivo que conduce a la sexualidad sin ternura, a la promiscuidad, a las pseudolibertades, a la guerra de los sexos que niega la diferencia de roles.

Los movimientos en defensa de la homosexualidad, por su parte, apelan al derecho de la “libre elección”, mientras se reafirman en un consenso que, como hemos dicho, exalta reactivamente la tolerancia como alternativa ante la crisis de valores.

Decíamos, en otra oportunidad (Chiozza y Wainer, 1973*b*), que la homosexualidad era uno de los posibles desenlaces del narcisismo, mientras que el otro era el incesto, expresión de un narcisismo “más precoz e indiferenciado”. Señalábamos, en el mismo sentido, que “mientras que en la relación homosexual la elección de objeto depende de los caracteres sexuales primarios y secundarios que determinan la identidad sexual, en el caso del incesto la elección depende de aquellas características del objeto que configuran la identidad familiar. Esta identidad ‘endogámica’, que queda representada en el lenguaje por la expresión ‘consanguinidad’ (la voz de la sangre), constituye, en lenguaje figurado, una relación homo-sanguínea” (Chiozza y Wainer, 1973*b*).

La elección realizada en el círculo estrecho de los objetos consanguíneos es “más narcisista” que la elección en la que se privilegia la semejanza sexual.

Sin embargo, en el ejercicio de una homosexualidad *promiscua*, detrás de una aparente huida de lo familiar, endogámico, se evidencia, otra vez, una excitación en cierto punto indiferenciada, cercana a su condición más primaria o precoz. El narcisismo vuelve por sus fueros y se delata en la escasa importancia que alcanza el objeto, de modo que es posible relacionarse indiscriminadamente “con cualquiera”, porque en realidad no interesa ninguno.

Otro fenómeno asociado a expresiones homosexuales es el travestismo, donde aparece, con más claridad aún, una tendencia regresiva muy primaria, expresada en este caso en una fantasía “hermafrodita” (Chiozza, 1984b [1967-1970], cap. V) que precede, como aspiración narcisista, a la homosexualidad misma y al incesto.

Como corolario de lo dicho acerca de la familia, podemos concluir que ésta, como *grupo originario de pertenencia*, posibilita el pleno desarrollo de las cualidades humanas y es el vehículo inicial e imprescindible para la transmisión de pautas de cultura, fines y valores. Por el contrario, el aflojamiento de los lazos familiares destruye el sustento mismo de la familia, *la familiaridad*; es decir, facilita la sensación de extrañamiento, de exclusión y de carencia de un ámbito para la convivencia y la participación, carencia que hemos llamado *sentimiento de impertinencia*.

En otras palabras, la crisis cultural en la que estamos inmersos, y en particular la crisis de la familia, constituyen el contexto propicio para el desarrollo de un conflicto de singular significatividad en relación a la pertenencia.

4. El SIDA

a. La identidad y la pertenencia: la disposición para enfermar de SIDA¹⁴³

El punto de fijación

A modo de descripción elemental, podríamos decir que el conflicto básico con la pertenencia surge cuando un sujeto, constituido como resultado de la identificación con las cualidades paternas y maternas, al mismo

¹⁴³ No incluimos en este trabajo las ideas de otros autores que, desde la psicología, han escrito sobre el SIDA atendiendo a variadas cuestiones, porque lo han hecho guiados por una línea de pensamiento que se aparta totalmente de la que sustenta este trabajo. Laura Billiet (1995), en cambio, ha publicado recientemente el libro *HIV-SIDA. La época de inmunodeficiencia*, cuyos desarrollos se apoyan en muchas de las ideas que

tiempo, pretende no reconocer la similitud que existe entre él y sus padres. Es decir, el hijo que a través de un proceso inconciente ha adoptado la identidad recibida hereditariamente, pretende no asemejarse a los padres que le dieron origen.

Frente a esta vivencia es dable pensar en una fijación temprana, fijación que supone la *dificultad (o imposibilidad) de aceptar la inclusión en una familia*, o, en otros términos, *de aceptar la pertenencia*¹⁴⁴.

Esta perturbación en el sentimiento genuino de pertenencia es, desde otro punto de vista, una lesión en el sentimiento de sí o amor propio. Dicho de otro modo, el individuo, en la medida en que se ha constituido como tal y adopta su pertenencia, “se ama a sí mismo”, y en la medida en que no ha logrado constituirse y aceptar su pertenencia, configura un ideal desde el cual se rechaza a sí mismo y, en este sentido, “no se ama”.

Si vemos este conflicto con más detalle, desde la metapsicología y la

conforman nuestro marco teórico. Las citas bibliográficas sobre las cuales basa sus ideas son muchas y de distinta cualidad. Algunas se refieren al concepto de fantasía específica que formulamos hace más de treinta años y que utilizamos desde entonces en nuestras investigaciones acerca del significado inconciente de los trastornos somáticos. Otras citas aluden indirectamente a nuestras ideas, dado que reproducen trayectos enteros de nuestra lectura de Freud, o pensamientos elegidos de Weizsaecker, quien ha tenido una influencia capital en nuestra concepción de la relación entre medicina y psicoanálisis, y cuyas ideas se han difundido en nuestro medio gracias a la labor que hemos realizado. Basta mencionar el hecho de que la institución que nos agrupa lleva su nombre. Billiet cita también trabajos sobre el SIDA escritos por miembros de nuestro Centro para ser presentados en simposios realizados dentro de la institución. Se trata de trabajos “de circulación interna”, cuyos autores (integrantes del grupo de investigación sobre SIDA que hoy publica estas ideas) realizaron a los fines de discutir y elaborar aspectos parciales de la investigación en curso. La tesis de Billiet sobre la inmunodeficiencia y la “identidad indigente” que constituye la línea central de su planteo, tiene un punto de contacto con algunas ideas que sostuvimos en un momento de nuestro proceso de elaboración, y que culminaron con la comprensión de la enfermedad tal como la presentamos en este trabajo.

¹⁴⁴ Imaginamos este punto de fijación relacionado con la primera función del sistema inmunitario, función que, según Theofilopoulos (1984), se halla centrada en el autorreconocimiento a los fines de la constitución del propio ser. Para este autor, el reconocimiento a través de receptores de la superficie celular es un proceso biológico fundamental. En la evolución filogenética, ese proceso permitió la cohesión celular que condujo a la constitución de algunas colonias. En la ontogenia, los receptores de las células embrionarias de los vertebrados posibilitan que las células apropiadas se agreguen en tejidos y órganos. Considera que la respuesta inmunitaria, que se logra mediante el reconocimiento de lo familiar para defenderlo de lo extraño, probablemente se haya desarrollado a partir de esta capacidad de autorreconocimiento necesaria para la constitución del organismo.

teoría de la identificación, cabe describirlo de la siguiente manera. Ante la imposibilidad de materializar una adecuada identificación primaria en lo que se refiere a la pertenencia, este aspecto no logrado ni duelado es disociado y pasa a formar parte del ideal del yo (o del yo ideal). Se constituye de este modo, como objeto interno, una “*familia*” ideal a la cual *no se pertenece y se aspira pertenecer*. En otras palabras, se configura un ideal de pertenecer a un objeto (familia) ideal a los efectos de la pertenencia (abreviadamente, hablamos de *ideal de pertenencia* para referirnos al ideal a los efectos de la pertenencia). Esta aspiración de pertenecer halla su fundamento en la creencia de que la pertenencia a esa “familia” ideal reparará la falla en la identidad.

Cuando hablamos de pertenencia solemos hacerlo en sentido amplio, incluyendo ámbitos tales como la especie, la raza, el sexo, la familia, grupos étnicos o sociales, etc. En esta parte del trabajo nos referimos de un modo particular a la pertenencia familiar, pertenencia que puede y suele ser desplazada sobre otros conjuntos. De modo que en este contexto, cuando usamos la palabra “familia” entre comillas es para hacer referencia a la pertenencia familiar, sea cual sea el conjunto sobre el que se transfiere este significado.

Dado que el sujeto, como dijimos, tiene una falla en la constitución de su identidad, no se siente merecedor de esta pertenencia, de manera que en este caso este objeto interno que denominamos “familia” ideal tiene como característica precisamente no aceptar al sujeto. Es decir que dicha “familia” ideal se comporta también como un objeto interno al que podríamos denominar “*familia*” rechazante.

En condiciones ideales, esta disociación no debería ocurrir, pero en mayor o menor grado *siempre* ocurre. *En condiciones normales*, la pertenencia está determinada por la identidad alcanzada; un mayor grado de materialización en la constitución de la identidad determinará una pertenencia más lograda y, por eso mismo, un ideal de pertenencia “más cercano”.

Un déficit significativo en la capacidad de materialización de la identidad determinará, entonces, un mayor grado de disociación y, por lo tanto, el sentimiento de una identidad deficitaria (en relación al ideal); a esto corresponderá una pertenencia sentida también como deficitaria.

Para resolver la situación melancólica asociada al sentimiento de una identidad deficitaria, debería apelarse a un aumento en la capacidad de materialización o al duelo de los aspectos no materializados.

Cuando la pertenencia lograda es insuficiente, da lugar a un sentimiento de pertenencia que es conflictivo.

Frente a la imposibilidad de sentirse perteneciente a la “familia” que valora, el sujeto se siente “*un descastado*”, “*un paria*”, “*un hijo de nadie*”.

Es decir que, ahora, pasa a pertenecer a una “familia” que él rechaza, la de los parias o descastados, aunque, como veremos enseguida, no se trata en realidad de una “familia”.

De este modo, cuando en un sujeto se configura el objeto interno que hemos llamado “*familia*” *rechazante*, a la que aspira pertenecer, se constituye también otro objeto interno, la “*familia*” *rechazada*, a la que verdaderamente se siente perteneciendo pero a la que no desea pertenecer.

Hacer de “los parias” una “familia” a la que se pertenece constituye una paradoja a los fines de un encubrimiento defensivo, ya que el grupo o “familia” “los parias” se define precisamente por no ser una “familia”. El sujeto, reactivamente, pretende hacer una pertenencia de su no pertenencia. La paradoja se evidencia en toda su magnitud si la ejemplificamos a través de la teoría de los conjuntos. En efecto, no es concebible que los elementos que no pertenecen a ningún conjunto se los defina como constituyendo el conjunto de los no pertenecientes a ningún conjunto.

Consideramos que el conflicto que señalamos y la consecuente “falla” en la constitución de la identidad, en los aspectos atinentes a la pertenencia familiar, constituyen la pre-condición para enfermar de SIDA.

Esta “falla”, como vimos, supone un *punto de fijación* en el desarrollo tánato-libidinoso y determina un conflicto en el sentimiento de pertenencia. *A partir de aquí el sujeto nunca podrá sentirse “bien” y “siendo parte” de algo al mismo tiempo.*

Por otra parte, *esta fijación es universal y tiene distintos grados de intensidad.*

Las vivencias infantiles: triángulo edípico y sentimiento de pertenencia

Este punto de fijación puede verse reforzado por un conjunto de vivencias infantiles que forman parte del complejo de Edipo, uno de cuyos núcleos de significación gira en torno del sentimiento de exclusión y de los celos.

No creemos posible inventariar las circunstancias vitales de la infancia que conducen a reforzar el punto de fijación al que nos referimos. Sólo podemos describir algunas situaciones en las que, en procura de evitar el sentimiento de exclusión, se incrementa el conflicto vinculado al sentimiento de pertenencia.

Puede ocurrir, por ejemplo, que el hijo, a partir de la frustración de impulsos edípicos particularmente intensos, fantasee a sus padres unidos con la misma intensidad con que él desearía estar unido. Si sus mociones

edípicas, frustradas, se intensifican, el niño se “enceguece” y no puede darse cuenta de que, en verdad, no necesita la unión tal cual él la desea y que sus padres no forman un bloque tan impenetrable como él cree. La inclusión que verdaderamente necesita, quizás sería posible. Sin embargo, desde su anhelo insatisfecho, esta inclusión posible es fantaseada como absolutamente insuficiente y, por lo tanto, la rechaza.

Suele ocurrir entonces que la conducta hostil, celosa y paranoide del niño promueve reacciones hostiles de sus padres. El niño confirma, entonces, “sus” motivos para sentirse excluido, y puede continuar ocultándose a sí mismo el motivo latente, más penoso: la cualidad, inviable, de sus deseos.

Otra circunstancia, en cierto modo inversa, pero que conduce a los mismos resultados, es aquella en la que los padres procuran, por todos los medios, evitar su propio sentimiento de exclusión. Establecen, entonces, entre sí, una alianza destinada a la exclusión del hijo, de modo que éste se siente rechazado, como si fuera un extraño.

En la situación que estamos describiendo, la intensa unión de los padres no corresponde a un amor genuino, genital, sino que más bien es el producto reactivo de cada uno de ellos que, sintiéndose débiles y temiendo la exclusión, desde una posición simbiótica, se solidarizan entre sí poniendo la exclusión en el hijo. Se trata de un pacto inconciente en el que concuerdan en que el que “quede afuera” sea siempre el hijo, para garantizarse que cada uno de ellos no será nunca el excluido. De este modo, ni el padre ni la madre toleran que el otro progenitor se alíe en ningún momento con el hijo.

Puede ocurrir que el hijo, en este caso, tome una participación activa en el conflicto, tratando de evitar cualquier alianza con uno de los progenitores porque, a su vez, *ha elegido el camino de desconocer la inclusión y la pertenencia, para no sufrir nunca el sentimiento insoportable de exclusión*. Es como si el niño, también reactivamente, dijera: “Yo no pertenezco a esta familia, mi lugar está en otra parte y por lo tanto los rechazo”.

Es posible que en otros casos el temor exacerbado a la exclusión, compartido por los padres y el hijo, se tramite de una manera diferente; por ejemplo, una familia en la que no se establezca ningún tipo de alianza, como forma de *negar la existencia misma del triángulo y así negar también la posibilidad de la exclusión*.

En cualquiera de estos casos, o en otros de significación semejante, estas vivencias infantiles refuerzan, como dijimos, el *sentimiento de imposibilidad de incluirse y pertenecer*, sentimiento que toma la significación de ser un hijo no reconocido, no adoptado, un paria, un hijo de nadie.

Estas vivencias infantiles, y el punto de fijación que antes señalamos, determinan, como la segunda y la primera condición, la disposición para enfermar de SIDA, y constituyen una serie complementaria. Así, en lo sucesivo, frente a una frustración actual, el sujeto emprenderá una regresión al punto de fijación descrito o, mejor dicho, actualizará un modo de funcionamiento psíquico correspondiente a una fase anterior del desarrollo. *De este modo vivenciará una situación de frustración, por ejemplo genital, como una frustración en sus aspiraciones de pertenencia. El sujeto se siente expuesto al sentimiento penoso de no pertenencia.*

Como vimos, el objeto interno ideal, la “familia” rechazante, es proyectado sobre objetos externos presentes. *Lograr la pertenencia a aquellos grupos o instituciones sobre los que se ha proyectado la “familia” rechazante constituye la meta inconciente de la vida del sujeto predispuesto a contraer SIDA.*

b. Variantes defensivas frente al sentimiento de no pertenencia

Cuando el conflicto o el fracaso en la pertenencia alcanzan suficiente importancia, se puede recurrir a tres actitudes posibles, generalmente alternantes, aunque alguna de ellas puede alcanzar preponderancia de acuerdo al carácter del sujeto.

En la *actitud melancólica*, el sujeto siente que *no merece pertenecer, y que por eso lo rechazan*. No obstante, no renuncia a la aspiración de pertenecer al grupo sobre el que ha proyectado la “familia” valorada y rechazante, y si de alguna manera percibe signos que le indican que logra la pertenencia anhelada, ingresa en una situación paradójica: en la penumbra de su conciencia siente de un modo que, expresado en palabras, podría traducirse en esta frase: *“Si yo, que por mi identidad deficitaria no merezco pertenecer a la ‘familia’ rechazante, he logrado pertenecer (real y efectivamente) a este grupo, entonces este grupo, a diferencia de lo que siempre creí, no es la ‘familia’ ideal”.*

Cuando asume una *actitud paranoica*, el sujeto siente que *merecería pertenecer, pero que lo rechazan*. A partir de esta idea procurará demostrar que no es él quien se encuentra en conflicto con la pertenencia, sino que, por el contrario, es la víctima de un rechazo o discriminación inmerecidos e incomprensibles, justificando así su sentimiento de ser un descartado. Intentará demostrar esta injusticia aparentando buscar la aprobación de un grupo (una nueva “familia”) que lo acepte y lo incluya. Pero inconcientemente busca, sin embargo, que los hechos le

confirman que es rechazado y así demostrar que él no es el responsable de la descalificación a la que se ve sometido. En este caso, la intención inconciente no es ser incluido, sino demostrar que tiene razón en sentirse excluido con arbitrariedad. También por este camino la salida es imposible.

Desde esta actitud paranoica, si el sujeto se encontrara en la circunstancia de estar a punto de conseguir que lo acepten y lo incluyan, conseguirá demostrar que la inclusión es sólo aparente y que “en realidad” lo descalifican. Se siente víctima de una discriminación, pero al mismo tiempo, sin darse cuenta, hace todo lo posible para lograrla. De este modo confirma que no es adoptado y mantiene reprimido su repudio activo a la pertenencia y su sentimiento de no merecerla.

La *actitud maníaca* conduce a que el sujeto rechace activamente a la “familia” a la que aspira pertenecer (familia, grupos sociales, instituciones, etc.) considerándola no merecedora de compartir con él una pertenencia. Por el contrario, el sujeto aparenta sobrevalorar al grupo al que se siente perteneciendo, grupo al que en el fondo desprecia profundamente, y que no constituye, como vimos antes, una verdadera “familia”.

En síntesis, en todos estos casos el sujeto, *si bien parece encaminarse hacia el logro de la pertenencia ideal, debido a que ha hecho del rechazo (activo o pasivo) el argumento de su vida, fracasa una y otra vez*. Las modalidades descriptas desembocan, más tarde o más temprano, en la pérdida de la esperanza de alcanzar la identidad y la pertenencia ideales, de manera que se encuentra nuevamente frente a la necesidad de o bien hacer un duelo, o bien materializar nuevos aspectos del ideal de identidad (crecimiento yoico). Dado que ha vuelto al punto inicial, esto equivale a un fracaso en la defensa. Este fracaso en la defensa expone a la conciencia el conflicto con la pertenencia, es decir, *el sentimiento de no pertenecer a lo que se aspira o, visto desde otro lado, el sentimiento de pertenecer a algo que no se valora*. Se trata de un único sentimiento que posee, por así decir, dos caras, y al que hemos llamado *sentimiento de impertinencia*.

c. Significado de la fisiología y la patología de los linfocitos T4. La clave de inervación del sentimiento de pertenencia

Así como existen distintos niveles de identidad (individual, de especie, de sexo, de familia, etc.), existen distintos niveles de discriminación entre lo propio y lo ajeno. Desde este punto de vista, pertenecer a una “familia”

es compartir con sus miembros una particular discriminación entre lo propio y lo ajeno en un nivel familiar¹⁴⁵.

Este modo de pensar coincide con las representaciones que nos brinda la fisiología. Para la fisiología, el sistema inmunitario, encargado de discriminar lo propio de lo ajeno, posee también distintos niveles de discriminación, por ejemplo la inmunidad celular y la humoral.

Los linfocitos T4, como vimos, se encargan de regular la respuesta inmunitaria en relación (preponderantemente) con la inmunidad celular. Para ejercer su función y determinar qué tolerar y qué rechazar establecen comparaciones basándose en la molécula de HLA.

En un trabajo anterior (Chiozza y colab., 1993d [1992]), decíamos que el HLA es el “distintivo” no sólo de lo propio, sino también de la *identidad familiar y de linaje*, dado que a través de él es posible recorrer un *filum* o líneas ascendentes que certifican su estirpe. Ahora podemos ampliar aquellas ideas con los desarrollos de este trabajo. El HLA se presta adecuadamente para simbolizar *la materialización de una pertenencia familiar ya lograda*, mientras que *la función del linfocito T4*, al ejercer las comparaciones con el HLA que posibilitan discriminar lo familiar de lo extraño, *significaría el cuidado que mantiene esa pertenencia*.

¹⁴⁵ La palabra “propio” significa “perteneciente a uno que tiene la facultad exclusiva de disponer de ello” y, también, “característico, peculiar de cada persona o cosa”. El antónimo de “propio” es “ajeno”, que significa “perteneciente a otro” y “de otra condición” (Real Academia Española, 1992). De acuerdo a estas definiciones, las palabras “propio” y “ajeno” se prestan más adecuadamente para referirse a la propiedad individual.

A su vez, la palabra “familiar” significa “perteneciente a la familia” y se dice también “de aquello que uno tiene muy sabido o en que es experto” (Real Academia Española, 1992). Como amalgama de ambos significados entendemos que “familiar” es en primer lugar aquel otro con el cual uno comparte una familiaridad. Secundariamente se aplica a objetos o situaciones conocidas. Como pudimos mostrar en otra ocasión (Chiozza, 1986b, cap. XII), para el psicoanálisis el opuesto más preciso de “familiar” es “extraño”. Extraño no es en primer término lo nuevo o desconocido, sino lo familiar entrañable que se ha extrañado, quitado de las entrañas y que ahora se lo desconoce. En base a esto, la palabra “familiar”, utilizada en el contexto de la inmunidad, se adecua mejor para hacer referencia a aquellas partes de la identidad que, por ser compartidas, determinan una pertenencia. Por eso decíamos en otra oportunidad que “‘propio’ y ‘ajeno’, los términos habituales utilizados por la inmunología para designar al producto del reconocimiento, se constituyen así, en virtud de la memoria ‘inmunitaria’, y desde el punto de vista de los significados inconcientes, en lo ‘familiar’ y lo ‘extraño’” (Chiozza y colab., 1993d [1992]).

*Esta idea permitiría sostener que la función T4 forma parte de la clave de inervación del sentimiento de pertenencia y que, dada su importancia, puede arrogarse la representación de la clave en su conjunto*¹⁴⁶.

En este sentido, la función T4 normal, que se utiliza en forma constante para discriminar entre lo familiar y lo extraño, expresa la actitud de consolidar o, mejor dicho, mantener el sentimiento normal de pertenencia en el transcurso del vivir.

Por su parte, un *aumento* del número (o de la función) de los linfocitos T4 *dentro de los límites fisiológicos* formaría parte de la *clave de inervación de la actitud de afirmar una pertenencia*. Por tratarse de un incremento funcional fisiológico, la clave de inervación permanece estructurada y la actitud de afirmar la pertenencia es conciente. Sin embargo, cuando ha sido necesario tomar esta actitud es porque la pertenencia está en conflicto, de manera que desde otro ángulo se trata también de la disposición inconciente al sentimiento de no pertenencia, o impertinencia, que puede llegar a evitarse mediante una actitud maníaca.

En cambio, también *dentro de límites fisiológicos*, una pequeña *disminución* del número o la función de los linfocitos T4 forma parte de la *clave de inervación del “sentimiento de no pertenencia” normal y conciente*. Aun dentro de lo normal, la disminución de la capacidad de discriminar corresponde a una actitud de tinte melancólico.

Dados el punto de fijación y las vivencias infantiles descriptas, *si alguna circunstancia vital conduce al sujeto a perder las esperanzas de alcanzar la pertenencia, la discriminación ya no tiene razón de ser*. Cuando esto ocurre y el sujeto no puede soportar en su conciencia el sentimiento de no pertenencia, o impertinencia, la deformación defensiva en la clave de este sentimiento alcanza expresión en la hipofunción linfocitaria T4 por debajo de los niveles fisiológicos. En este caso, la conciencia no registrará el afecto sino una alteración física, una *afección*¹⁴⁷, *que simbólicamente representa, y defensivamente oculta, el conflicto en el sentimiento de impertinencia*.

¹⁴⁶ No parece necesario repetir aquí una síntesis de la teoría psicoanalítica de los afectos, pero quizás sea útil transcribir dos breves citas de Freud: el afecto es “una descarga motriz (secretoria, vasomotriz) que provoca una alteración (interna) del cuerpo propio sin relación con el mundo exterior” (Freud, 1915e*, pág. 175 n. 6), “la clave de cuya inervación se sitúa en las representaciones del Icc” (Freud, 1900a [1899]*, pág. 573).

¹⁴⁷ Cuando decimos que la conciencia registra una alteración, comprendemos también los casos en que tal alteración es percibida a través de las prolongaciones instrumentales de los sentidos, como son, por ejemplo, los datos de laboratorio.

Dicho de otro modo, una depleción de la función y/o del número de linfocitos T4 como la señalada, corresponde a la desestructuración patosomática del sentimiento de impertinencia que, de ser conciente, sería intolerable. El sentimiento de impertinencia resulta intolerable en la conciencia cuando se acompaña de *la desmoralización y la pérdida de la esperanza de alcanzar la pertenencia, que lleva implícita: a) la actitud de desistir de la tarea de discriminar lo familiar de lo extraño, a fin de anular toda pertenencia, y b) una identificación melancólica con la "familia" rechazada.* Tras esta identificación se oculta también la fantasía de *atacar* la pertenencia, "entregándola" a los organismos extraños.

Estas vivencias transcurren en un gradiente de diversas intensidades, pudiendo mantenerse estabilizadas o incrementarse progresivamente. En efecto, la depleción de los linfocitos T4, símbolo de estas vivencias, admite distintos grados, pudiendo de acuerdo a ello manifestarse o no clínicamente hasta alcanzar el desarrollo pleno de una enfermedad: el *SIDA*.

La pérdida de toda esperanza de alcanzar el ideal puede generar *sentimientos de desaliento*. Al estudiar el significado de la función respiratoria (Chiozza y colab., 1991f [1990]), concluimos que en el afecto desaliento se condensan significados tales como: a) el de ser desatendido o excluido del entorno social (lo que suele llamarse un *desaire*); b) no recibir apoyo o estímulo, no sentirse "alentado para", y c) el de estar sometido a un vínculo asfixiante que impide las actividades vitales y la creatividad. La imposibilidad de tolerar en la conciencia el sentimiento de desaliento podría explicar la frecuencia del comienzo respiratorio del *SIDA* (neumonías típicas y atípicas).

Si la pérdida de la esperanza compromete aspectos narcisistas del ideal (déficit del sentimiento de sí), podría comprenderse la forma de comienzo cancerosa (enfermedad de Kaposi). De acuerdo a investigaciones anteriores (Chiozza, 1967a [1966], 1984b [1967-1970]; Chiozza y Wainer, 1973b), las neoformaciones cancerosas pueden ser comprendidas como la descarga de una excitación descontrolada, correspondiente a una regresión narcisista a un período anterior aun a las fijaciones incestuosas. Dicha regresión conlleva la fantasía de un encierro consigo mismo, de un coito primario, hermafrodita, cuya expresión es la reproducción celular anómala propia del cáncer.

d. Aproximación a la interpretación de la infección por retrovirus en general

Como vimos, los retrovirus, como el HIV, poseen una enzima denominada *transcriptasa reversa* que les otorga la capacidad de sintetizar ADN a partir del ARN viral. Dijimos también que hasta el descubrimiento de este

tipo de virus la biología sostenía como su “dogma central” que el pasaje de la información contenida en los cromosomas seguía la secuencia unidireccional del ADN al ARN, asegurando de esta forma la preservación de la información genética.

Si, como decíamos en un trabajo anterior, el ADN, en tanto portador 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’” (Chiozza y colab., 1993d [1992], apdo. II.2), quizás podría pensarse que *en la infección con retrovirus se expresa la intención de un yo actual que, valiéndose de las “capacidades” de los retrovirus, pretende desconocer los mandatos filogenéticos, desestimar la inclusión en un orden jerárquico y rechazar la pertenencia a un árbol genealógico.*

Esta idea coincide con las expuestas por los neognósticos de Princeton (Ruyer, 1974) cuando se refieren al sujeto que, en las sociedades modernas, hechizado por nuevas informaciones, reniega de toda tradición y de cualquier patrón constructivo. Este sujeto se libera del padre familiar que constituye el super-yo y se vuelve esclavo del “desmitificador demagogo” que, infectándolo al modo de un virus, “*sustituye a sus propios genes, hereditarios y tradicionales, organizadores de su organismo psíquico*”.

e. Aproximación al significado específico de la infección por HIV

Es sabido que el ADN de todas y cada una de las células posee toda la información genética del individuo, pero esta información se despliega de acuerdo con el contexto, lo cual permite la diferenciación celular.

El virus del SIDA no destruye el conjunto de la información genética, como ocurriría si atacara el ADN de todas las células del organismo, sino que tiene como *blanco preferencial* al genoma del linfocito T4 y su *ataque se evidencia en el momento en que el linfocito se activa para dar lugar a un clon linfocitario* y cumplir su misión específica. Dicha activación, que normalmente daría lugar a una progenie de un millar de células, en el caso de la infección por HIV da lugar a un clon mal desarrollado con apenas una decena de miembros que, a su vez, cuando son activados continúan la replicación viral.

Como vimos, la fisiología de los linfocitos T4 nos hizo suponer que *su función adecuada simboliza el cuidado del arraigo en una historia o pasado compartido, que se experimenta como un “estado” o “sentimiento inconciente” de pertenencia.* En otras palabras, la función de los linfocitos T4 formaría parte de la clave de inervación del sentimiento de pertenencia.

De acuerdo a estas ideas, cuando el sujeto se contagia con el virus HIV, se sirve de las “capacidades” del virus para expresar su intención de *destruir* aquella parte del “ADN-yo inconciente primitivo” que porta el mandato heredado de ejercer la función de reconocer lo familiar y discriminarlo de lo extraño, la función de reconocer una “historia compartida”, es decir, de reconocer un linaje en el que el sujeto debe incluirse.

El hecho de que el HIV tenga como blanco preferencial los linfocitos T4, cuya función específica es la de una “central de inteligencia”, organizadora de la discriminación entre lo familiar y lo extraño, *avala la hipótesis de que en el SIDA hay una deficiencia de discriminación o aumento de la tolerancia*. Si el blanco fueran los linfocitos T8, por ejemplo, deberíamos decir que la discriminación se realiza pero se inhibe el ataque.

Desde el punto de vista psicoanalítico, si consideramos la infección por HIV como un síntoma, podemos ver en él la transacción que condensa los intereses de las mociones pulsionales y de las defensas yoicas.

El sujeto, desconociendo la historia, desestimando la inclusión en el contexto que llamamos linaje, *satisface a la defensa yoica y la simboliza mediante el ataque a la discriminación y el aumento de la tolerancia*. Si no hay diferencias, no hay ninguna pertenencia que deba ser añorada, no existe motivo para sufrir el dolor de no pertenecer. Al desconocer las diferencias entre lo familiar y lo extraño, se niega la existencia de un ámbito de pertenencia familiar. La deficiencia de discriminación a nivel inmunitario equivale, entonces, a una forma “orgánica” del rechazo activo a la pertenencia.

Por otra parte, en la incapacidad de discriminar, o en la renuncia a dicha capacidad, se expresaría *la moción pulsional, la intención inconciente de “integrarse” aunque sea en un marco más amplio, menos discriminado*. Desde este punto de vista, *primero la promiscuidad, y luego el SIDA, serían intentos regresivos de integrarse y pertenecer*. Pero en este intento de “pertenencia” a un marco tan amplio y poco discriminado se pasa por encima de la necesidad de pertenencia a los círculos más estrechos, círculos en los que se manifiestan el conflicto y la imposibilidad de una pertenencia auténtica. Es como si una persona, a través del argumento de que pertenece a la naturaleza en su conjunto, negara, rechazara o repudiara su pertenencia al género humano.

III. Síntesis

1. En el organismo humano la defensa inmunitaria está a cargo de un sistema, muy complejo y dinámico, compuesto por estructuras fijas (por

ejemplo, el timo y los ganglios linfáticos) y por unidades móviles (por ejemplo, los linfocitos y los anticuerpos).

Dentro de las distintas funciones que cumplen las diferentes células del sistema inmunitario, podemos diferenciar, en términos muy esquemáticos, aquellas que se ocupan de atacar y destruir los antígenos extraños, de aquellas que se ocupan de *discriminar lo propio y familiar de lo ajeno y extraño para indicar al sistema qué es lo que debe ser atacado y qué lo que debe ser tolerado y defendido*. Esta función la ejercen particularmente los linfocitos T4, que además estimulan al resto del sistema a atacar las moléculas extrañas que *no deben ser toleradas*.

Los linfocitos T4 cumplen su función en estrecha relación con los antígenos HLA, marcadores bioquímicos que, al modo de un distintivo de lo propio, están presentes en todas las células nucleadas del organismo. A través de los antígenos HLA es posible recorrer, por más de una generación, dos líneas genealógicas ascendentes de las que proviene cada individuo. En este sentido, los HLA son *marcadores de la pertenencia* de un sujeto a su linaje o estirpe.

2. El SIDA es una inmunodeficiencia adquirida que cursa con una disminución del número de linfocitos T4 y con la incapacidad de esos linfocitos para ejercer su función. Se trata de una inmunodeficiencia provocada, de acuerdo con lo que hoy se piensa, por un virus, el HIV, que tiene como blanco preferencial los linfocitos T4. El sistema inmunitario *pierde entonces la capacidad de discriminar* entre lo familiar y lo extraño y pierde la posibilidad de poner en marcha el ataque defensivo. En otras palabras, el sistema inmunitario *aumenta la tolerancia hasta un límite incompatible con la vida* del organismo.

3. El psicoanálisis utiliza el término “*identidad*” para describir el resultado del proceso mediante el cual nos constituimos en diferentes entre nuestros semejantes. *Dicho proceso se sustenta en el mecanismo de “identificación”*, operación en virtud de la cual hacemos propias, cualidades de otro tomado como modelo. *Una identidad lograda, o bien establecida, será aquella en la que haya una semejanza suficiente entre lo concretado y el modelo referente, y en la que se alcance una adecuada congruencia en la ensambladura de las diferentes cualidades*.

4. Mediante las *identificaciones primarias*, que son características y preponderantes durante el período prenatal, aunque ocurren a lo largo de toda la vida, el sujeto recibe las características hereditarias, las hace propias y las desarrolla. Equivalen a lo que la ciencia médica considera como desarrollo del plan genético.

La *identidad de especie* es adquirida mediante una identificación primaria que puede ser llamada *identificación primordial*. El número y la for-

ma de los cromosomas se prestan como símbolo somático de la identidad de especie. La biología distingue las especies, en última instancia, sobre la base de este criterio.

Mediante las *identificaciones secundarias*, el individuo adopta algunas de las distintas características de los objetos con los que se vincula, de modo que a través de ellas se identifica con su entorno familiar y sociocultural.

Los aspectos adoptados mediante las diferentes modalidades de identificación nos permiten imaginar la identidad como una ensambladura de sucesivos círculos concéntricos. Cuando un sujeto ha logrado constituir su identidad armonizando los diferentes aspectos, se integra de un modo natural en los marcos más amplios a los que pertenece.

5. Tal como ocurre con las identificaciones, las características genéticas se combinan dando lugar a lo que podemos llamar un producto *mestizo*. Sin embargo, en el ámbito del sistema inmunitario sucede algo semejante a lo que ocurre con los apellidos en nuestra costumbre cultural: si bien el sujeto proviene de cuatro abuelos (y de ocho bisabuelos, etc.) cada uno con su respectivo apellido, utiliza para su reconocimiento uno, o dos, de estos apellidos.

Los “apellidos” utilizados para el reconocimiento de lo propio y de lo familiar, para diferenciarlo de lo ajeno y de lo extraño, son los HLA; marcadores bioquímicos que, actuando como distintivos, siempre se transmiten genéticamente puros (se “mezclan” sin “combinarse”). Constituyen por lo tanto un símbolo del plano de clivaje que permanece como resultado de la unión de las distintas herencias en la descendencia.

La identidad primaria es el resultado de la particular *congregación* de aquellas cualidades que se han recibido de los padres a través de la herencia, pero esta congregación está representada, desde un punto de vista inmunológico, por una *mezcla o apareamiento de dos mitades que pueden volver a separarse*.

6. El individuo parece signado por un doble interés: ama su identidad y necesita preservarla y al mismo tiempo siente la necesidad de intercambiar con otros y “mezclarse”. El hombre (al igual, quizás, que todos los seres vivos) se debate así en el juego pendular de la intolerancia y la tolerancia.

La *tolerancia* adecuada es la que permite disolver las diferencias e integrarse con el otro, en función de un bien superior o principal. La *intolerancia* adecuada permite mantener aquellas diferencias que no deben ser integradas porque destruirían el sentido organizador. *La fisiología del sistema inmunitario es, en el terreno de lo corporal, un símbolo privilegiado del proceso que constituye y mantiene el equilibrio entre tolerancia e intolerancia.*

Una identidad bien establecida es condición necesaria para el ejercicio adecuado de la tolerancia y la intolerancia.

7. Toda identidad supone una inclusión en una “clase”, esto es una *pertenencia*.

La pertenencia, al igual que la identidad, puede figurarse en sucesivos círculos concéntricos: cada sujeto, dados los núcleos invariantes de su identidad, pertenecerá ineludiblemente a determinada raza, determinado linaje, determinada familia (*pertenencia primaria*). Pero también, por sus cualidades secundarias, variables, o no esenciales, se inscribe y pertenece, a lo largo de su vida, a distintos círculos de su ámbito sociocultural (*pertenencia secundaria*).

Una identidad bien establecida condiciona que un sujeto pueda vivir con “su propio estilo” y que, al mismo tiempo, experimente el natural amor propio de pertenecer a una familia, un linaje, un pueblo, una raza, una especie, etcétera.

8. Cuando el pertenecer se integra naturalmente como un modo de ser y no necesita ser conciente, configura un “estado de pertenencia”, *inconciente*, que determina el modo natural de ser y de actuar de un sujeto. Es, entonces, una *pertenencia sustantiva*.

Cuando el sujeto, en cambio, toma conciencia de su pertenencia y la experimenta como una cualidad o un atributo que lo define, se trata de una *pertenencia cualitativa*, adjetiva.

9. Tanto el sentimiento conciente de pertenencia como el de no pertenencia (*impertinencia*) remiten, en última instancia, al fracaso de la acción eficaz de pertenecer, es decir, indican un déficit en la pertenencia, ya que cuando el sentimiento de pertenencia emerge en la conciencia, como, por ejemplo, cuando la pertenencia se proclama, nos encontramos con una frustración, con un fracaso, aunque sea parcial, del pertenecer, fracaso que disminuye el estado genuino de pertenencia.

Cuando un sujeto, en virtud de sus conflictos, no puede reconocer su propia pertenencia, se experimenta a sí mismo como un *impertinente*, es decir, como alguien que está fuera de lugar o que no pertenece al entorno. En la medida en que pertenecer significa insertarse en una convivencia pasada y en una historia en común, al hablar de un sentimiento de impertinencia se alude al dolor específico de quien siente la penosa vivencia de carecer de un ámbito de convivencia y participación. La impertinencia, entonces, que habitualmente reconocemos como actitud, lleva implícita el afecto.

10. La familia es el círculo social y cultural primario en que se inserta cada ser humano desde el momento en que nace. Desde allí, el individuo, como la familia misma, se incluye en la cultura, ese conjunto de *mores*,

costumbres o hábitos, que conforma el ámbito en donde se despliegan las cualidades individuales recibidas por herencia.

La familia y la cultura de nuestros días atraviesan una profunda crisis de valores, de modo que los seres humanos, en mayor o en menor medida, nos encontramos frente a la incongruencia de los valores y las tradiciones que nos constituyen, con las múltiples y polifacéticas propuestas de nuestro entorno sociocultural. Saturados de informaciones diversas y en un mundo sin valores consolidados o estables, estamos expuestos permanentemente al peligro de perder el rumbo de nuestra propia identidad, enajenándonos de todo aquello a lo que pertenecemos auténticamente. De una manera similar, pero inversa, generamos, desde nuestra crisis de identidad, una familia y una cultura en crisis que, a la vez, como vimos, dificulta en cada uno la posibilidad de lograr la pertenencia.

11. El *conflicto en relación con la pertenencia* supone una fijación temprana, consistente en la dificultad (o imposibilidad) de aceptar la propia pertenencia. Se trata de una fijación universal, que todos, con distintos grados de intensidad, compartimos.

En términos metapsicológicos, esta fijación implica que *la imposibilidad de materializar una adecuada identidad en lo que se refiere a la pertenencia, genera un aspecto no logrado ni dueloado, que es disociado y pasa a formar parte del ideal del yo (o del yo ideal), es decir, se constituye un objeto interno, una "familia" (o grupo) que configura un ideal de pertenencia* (dado que el sujeto se siente impertinente a ese ideal al cual aspira pertenecer).

La "falla" o disociación en la constitución de la identidad que configura, de manera universal, el ideal de pertenencia, condiciona también, en mayor o en menor grado, que el sujeto no se sienta merecedor de la pertenencia ideal a la que aspira. De modo que el objeto interno que denominamos "familia" (o grupo) ideal adquiere la característica de no aceptar al sujeto. Es decir que el objeto interno que denominamos "*familia*" ideal es, al mismo tiempo, una "*familia*" rechazante.

El sujeto que no puede sentirse perteneciente a la "familia" que valora, se siente entonces "*un descastado*", "*un paria*", "*un hijo de nadie*". Luego, defensivamente, se siente "perteneciendo" a una pseudofamilia, la "familia" de los parias, una "*familia*" rechazada por él y por la "familia" que valora.

12. El punto de fijación que describimos puede verse reforzado por un conjunto de vivencias infantiles que van agregando sucesivas capas de significancia a la estratificación del conflicto, como sucede, por ejemplo, con las que corresponden al complejo de Edipo, uno de cuyos núcleos de significación gira en torno del sentimiento de exclusión y de los celos.

La fantasía configurada como *imposibilidad de incluirse y pertenecer*, se constituye así en un núcleo que, como *sentimiento inconciente de impertinencia*, crece por oposición de las vivencias asociadas en la infancia (y en la vida adulta), reforzando el sentimiento de ser un hijo no reconocido, no adoptado, un paria, un hijo de nadie.

13. El punto de fijación y las vivencias infantiles que señalamos son los dos factores que constituyen la *disposición para enfermar de SIDA, disposición que adquiere la forma de un sentimiento inconciente de impertinencia*.

En la medida en que, a partir de la disposición, este conflicto alcanza relevancia mediante la intervención de los factores de la circunstancia actual, el objeto “interno” ideal, la “familia” ideal y rechazante, es proyectado sobre objetos “externos” de la realidad presente.

Podemos decir entonces que *el sujeto predispuesto a contraer SIDA lleva dentro de sí una meta inconciente: debe lograr pertenecer a aquellos grupos o instituciones sobre los que ha proyectado su “familia” rechazante*.

Por este motivo, y en estas circunstancias, una frustración actual de índole laboral o erótica, por ejemplo, puede ser vivida como una frustración en las aspiraciones de pertenencia y contribuir a intensificar el sentimiento de impertinencia.

14. Para mantener oculto el sentimiento de impertinencia, el sujeto suele recurrir a tres tipos distintos de actitudes:

En la actitud *melancólica*, caracterizada por el reproche, el sujeto dice extorsivamente que no merece la pertenencia y aparenta luchar para merecerla; pero si se siente próximo a lograrla, consigue mantener su posición de queja y de reproche alegando que no se trata, entonces, de la “familia” ideal.

En la actitud *paranoide*, caracterizada por la permanencia del reclamo y el enojo, el sujeto sostiene que merece pertenecer y lo rechazan. Aparentará entonces buscar la aprobación de una “familia” que lo acepte y que lo incluya, pero intentará, inconcientemente, lograr que lo rechacen, para poder mantener, de este modo, su posición de acusador, que oculta la vivencia contraria, reprimida. En este sentido, llama la atención que al rechazo experimentado se lo llame justamente discriminación.

En la actitud *maníaca*, caracterizada por la permanencia del rechazo, el sujeto sostiene que la “familia” no merece que él se incluya en ella. Aparentará entonces sobrevalorar y buscar la pertenencia a la pseudofamilia de los descartados, porque, aunque desprecia profundamente, y de manera

oculta, a los que comparten su propio “destino”, intenta mantener la posición del triunfador que ha superado el conflicto.

En las tres actitudes señaladas, el sujeto que *aparenta encaminarse hacia el logro de la pertenencia ideal* parece fracasar una y otra vez, porque *ha hecho del rechazo (activo o pasivo) el argumento secreto de su vida*.

15. El sistema inmunitario reconoce y ataca las moléculas extrañas a través de diversos mecanismos. Uno de ellos, muy refinado, es el que ejercen los linfocitos T4, los encargados de determinar qué tolerar y qué rechazar estableciendo comparaciones con la molécula de HLA.

El HLA es una marca indeleble que certifica que uno es hijo de tal hombre y de tal mujer. Testimonia la *identidad familiar y de linaje*, de modo que se presta adecuadamente para simbolizar la *materialización de una pertenencia familiar ya lograda*. El *linfocito T4* ejerce las comparaciones con el HLA que posibilitan discriminar lo familiar de lo extraño. *Su función es, entonces, cuidar y mantener esa pertenencia*.

Podemos decir entonces que la función de los linfocitos T4 debe formar parte de la clave de inervación del sentimiento de pertenencia, de modo que un *aumento* en el número o la función de los linfocitos T4, dentro de límites fisiológicos, formaría parte de la clave de inervación de la actitud de afirmar una pertenencia y que una *disminución* de la función o el número de los linfocitos T4 formaría parte de la clave de inervación del sentimiento de impertinencia normal y conciente.

16. Tanto la actitud conciente de afirmar la pertenencia como el sentimiento conciente de impertinencia son indicadores de un conflicto en relación con la pertenencia, y revelan la disposición inconciente a un sentimiento de impertinencia. La conciencia del sentimiento de impertinencia se hace insoportable cuando un sujeto con tal disposición inconciente *pierde toda esperanza* de alcanzar la pertenencia. En este caso, *la deformación defensiva en la clave de inervación del sentimiento de impertinencia inconciente alcanza expresión, como descarga patosomática de la investidura, en la hipofunción linfocitaria T4* por debajo de los niveles fisiológicos.

La descomposición patosomática del afecto supone que la conciencia ya no registrará el *afecto* sino una alteración física, una *afección*, que, al mismo tiempo, representa y oculta el “sentimiento de impertinencia inconciente”.

El sentimiento de impertinencia resulta intolerable en la conciencia cuando se acompaña de *la desmoralización y la pérdida de la esperanza de alcanzar la pertenencia*.

17. *La pérdida de la esperanza de alcanzar la pertenencia conduce entonces a desistir de la tarea de discriminar lo familiar de lo extraño,*

a fin de anular toda pertenencia, y de “aceptar”, melancólicamente, la “pertenencia” a la “familia” rechazada, la pseudofamilia de los descastados, de los parias, de los hijos de nadie. Se satisface también de este modo un ataque a la pertenencia entregándola a los microorganismos.

Las vivencias mencionadas transcurren en un gradiente de diversas intensidades, pudiendo mantenerse estabilizadas o incrementarse progresivamente. Del mismo modo, la depleción de los linfocitos T4, como expresión patosomática que es símbolo de estas vivencias, admite distintos grados, pudiendo de acuerdo a ello manifestarse o no clínicamente, hasta alcanzar el desarrollo pleno de una enfermedad: el SIDA.

18. El blanco preferencial del retrovirus HIV es el genoma del linfocito T4, y el ataque se evidencia en el momento en que el linfocito se activa para cumplir su misión específica. Es decir, la infección por HIV impide cumplir con el mandato heredado de ejercer la función de reconocer lo familiar y discriminarlo de lo extraño.

Desde el punto de vista psicoanalítico, la infección por HIV puede ser comprendida como expresión de la intención de un yo que, valiéndose de las “capacidades” de los retrovirus, pretende desconocer los mandatos filogenéticos de incluirse en un orden jerárquico y de pertenecer a un árbol genealógico.

La “alianza” del sujeto con el virus es, como todo síntoma, una transacción que satisface las defensas yoicas y las mociones pulsionales reprimidas.

Como defensa, se destruye la capacidad de discriminar, es decir, aumenta la tolerancia más allá de lo saludable. Si no hay diferencias entre lo familiar y lo extraño, no hay ningún ámbito de pertenencia y no existe motivo para sufrir el dolor de no pertenecer. La deficiencia de discriminación a nivel inmunitario equivale, entonces, a una forma “orgánica” del rechazo activo a la pertenencia.

La moción pulsional, o sea, el deseo de pertenecer, se manifiesta también en el aumento de la tolerancia como expresión de la intención inconciente de “integrarse”, aunque sea en un marco más amplio. En este sentido, la promiscuidad (exceso de tolerancia en la conducta) y el SIDA (exceso “orgánico” de la tolerancia) son intentos regresivos de integrarse y pertenecer. Sin embargo, el deseo de “pertenencia” a un marco tan amplio y poco discriminado oculta la necesidad insatisfecha de pertenencia a los círculos más estrechos, círculos en los que se manifiestan el conflicto y la imposibilidad de una pertenencia auténtica. Es como si una persona, argumentando que pertenece a la naturaleza en su conjunto, negara, rechazara o repudiara su pertenencia al género humano.

IV. Ernesto¹⁴⁸

Ernesto viene a vernos porque tiene SIDA y necesita que lo ayuden. “Sabe” que va a morirse y desearía disfrutar lo más posible lo mucho o poco que le quede de vida; pero no puede¹⁴⁹. “Sabe” que va a morirse, pero no sabe “cuándo”; hasta que el momento llegue tiene que seguir viviendo y no sabe “cómo”; se siente un muerto en vida. Está muy deprimido.

Todo comenzó en noviembre, el 16 de noviembre del 90, cuando lo llamaron para decirle que había que repetir el análisis. Un mes antes había enfermado de bronquitis, con mucha fiebre; el médico diagnosticó una neumonía y sugirió hacer un análisis para descartar una infección con el virus de SIDA, el HIV. Y aunque se dijo a sí mismo, una y mil veces, que era un “análisis de rutina”, un mal presentimiento se le metió en el alma; por eso, cuando le dijeron que “los frascos se habían roto” tuvo la convicción de que ahora le tocaba a él... Lo que siguió fue sencillamente una pesadilla.

Recuerda que en el momento en que contrajo la bronquitis era una época particularmente difícil. Tenía mucho trabajo, estaba muy “estresado”. Además... se juntaban muchas cosas... Algo tenía que pasar, por algún lado tenía que explotar. Pensó que tal vez su mal estado anímico hizo que “bajaran sus defensas”; también pensó que seguramente “el virus aprovechó esa oportunidad”... Pero nunca pensó que, tal vez, las cosas empezaron mucho antes... Tal vez eran las mismas cosas de siempre, y en noviembre

¹⁴⁸ Como es habitual en este tipo de presentaciones clínicas, hemos deformado las historias sustituyendo nombres, fechas y algunos datos que pudieran develar la identidad de los pacientes, procurando, no obstante, reflejar con la mayor veracidad posible lo que comprendimos al estudiarlos. Lamentablemente nos vimos en la necesidad de omitir otros casos en los que la exigencia por la veracidad de las historias no nos resultó compatible con la discreción profesional. Los casos que aquí presentamos pertenecen ambos a una de las poblaciones de riesgo del SIDA, los varones homosexuales; sin embargo, reafirmando lo expresado en la parte teórica del trabajo, hemos encontrado similares conflictos inconcientes con el sentimiento de pertenencia en otras poblaciones de riesgo del SIDA. Hemos podido corroborar la misma fantasía inconciente específica que en los casos presentados, tanto en el caso de una joven madre con antecedentes de promiscuidad sexual y drogadicción, como en el de una cirujana expuesta al virus “accidentalmente”, a través de una maniobra instrumental, sin antecedentes de drogadicción ni de promiscuidad sexual.

¹⁴⁹ Pensamos que este “saber” es una intelectualización que, como fantasía optativa, encubre el sentimiento actual de castración; sentimiento que, en definitiva, es justamente aquello que le impide el “disfrutar lo más posible lo mucho o poco que le quede de vida”.

sólo cambiaron de estado... lo mismo de siempre pero con otro nombre, ahora se llamaba SIDA...

Enterarse lo del análisis “justo” durante el casamiento de Cristina era la gota que rebalsaba el vaso. Ni siquiera esa noticia pudo ponerlo peor de lo que ya estaba. Su hermanita “diez años menor”, a quien sentía como “su responsabilidad” desde que papá los abandonó, criada en los mejores colegios católicos de Chile, desesperada luego de un aborto, sin decir nada a nadie, sin pedir ayuda, había entrado a una secta religiosa. Ernesto se enteró después, en el 87, cuando ya no había nada que hacer, cuando también mamá formaba parte de la secta. Del casamiento también se enteró, cuando ya estaba todo arreglado, apenas unos meses antes... justo antes de la bronquitis. Otra vez embarazada, se casaba con un “colectivero”, un sujeto socialmente inferior que había conocido en la secta.

Lo que Ernesto vivió durante la ceremonia, aún hoy le parece increíble. Había ido con el uniforme de gala que indica el reglamento de la Marina para esos casos; pero el tenor de la ceremonia, oficiada por el “pastor” de la secta, le hacía sentir que usar el uniforme de gala allí era insultar a la Marina. No podía darse cuenta de qué lado estaba... se sentía humillado por su madre y por su hermana, y a la vez se sentía humillando, él, a la Marina del país centroamericano en el cual había nacido.

Era un sentimiento extraño, que volvió a repetirse al poco tiempo... Cuando la Marina se enteró de que era HIV positivo, ordenó su internación en un hospital para soldados... los oficiales como él siempre lo habían llamado “el leproario”. El Servicio de Inteligencia comenzó a acosarlo, perseguirlo, interrogarlo... ¡una tortura! Justo a él, que tenía una foja de servicios intachable... el oficial mimado del almirantazgo... Pero siempre lo supo: en la Marina, la homosexualidad era todavía un delito.

Su “romance” con la Marina tocaba a su fin, y junto con él terminaba también lo que siempre llamó su “doble vida”. ¡En algún momento tenía que pasar! Ocultar su “identidad sexual” fue siempre un sacrificio. Diez años de doble vida, esperando las vacaciones en la ciudad para “darse el gusto” en libertad; aprovechándolas al máximo, desenfrenadamente, hasta el último día, para regresar luego a su “prisión”.

El resto del tiempo debía conformarse con la insatisfacción sexual de su relación con Pedro y alguna que otra aventura ocasional, ya que temía concurrir a los boliches *gay* por temor a ser reconocido. Lo peor era cuando, “premiado” por sus calificaciones, salían al mar... a veces hasta seis meses... ¡y el sacrificio de las prostitutas en los puertos para disimular ante sus compañeros! Y ahora, las “esposas” de sus superiores se habían propuesto encontrarle un “buen partido” para casarlo.

Él lo había elegido, sí, pero el sacrificio era demasiado... A veces pensaba en dejar la Marina, pero no era fácil, y por más que lo pensaba una y otra vez, no le encontraba solución... Desde hace un tiempo comenzaba a sentirse asfijado... ¡algo tenía que pasar y pasó! Un poco antes de la bronquitis, un compañero de “fiestas” de la ciudad vino a visitarlos, a él y a Pedro, su pareja. Quería que lo llevaran a conocer boliches *gay*... Ernesto tuvo que averiguar cuáles eran, pero no se animó a acompañarlo. Eso lo dejó mal... un poco después, no se aguantó más y le dijo a Pedro que quería ir...

Pero no la pasó bien... fue quizás, junto con el casamiento de su hermana, una de sus peores noches. Se reencontró con todos sus amigos *gays* de diez años antes... Con todos no... Cuando preguntó por Lito... su antigua pareja... Cuando preguntó qué fue de su vida después de que Ernesto, decidido a entrar en la Marina, le dijo que se fuera... Cuando preguntó por Lito... le dijeron que había muerto... había muerto de SIDA.

El recuerdo de la última vez que vio a Lito es algo que no olvidará mientras viva. Es la imagen de Lito llorando, llevándose sus pocas cosas. Tal vez Ernesto siempre se sintió así sin saberlo... La mamá de Lito le había pedido que no lo abandone; le dijo que si lo dejaba, Lito iba a ir por mal camino... Pero Ernesto sentía que algo le faltaba, quería cambiar algo de su vida... y pensó que en la Marina lo iba a encontrar.

Entrar a la Marina era un viejo sueño, de cuando volvieron al país natal. Tenía en ese entonces 12 años, habían ido a vivir a Ecuador por unos negocios del padre. Estuvieron algo más de un año, y Ernesto iba a un colegio para hijos de extranjeros. De esa época son sus mejores recuerdos de infancia; pero tuvieron que volverse. Volvieron en barco, con temporales, varaduras, averías y todo. Para él era una aventura, y recuerda que era el mimado de la tripulación. Lo dejaban estar en el puente todo lo que quisiera, le explicaban, le enseñaban, y decían que él era “parte” de la tripulación.

Nunca se había sentido así, formando parte de algo. Mamá era buena pero muy exigente con él; además, cuando papá le pegaba ella no hacía nada. Papá nunca lo había querido. De chico se preguntaba si el padre habría querido tenerlo. Con Cristina era distinto... ella nació cuando él tenía 10 años y mamá ya era más blanda, además era mujer. Para papá ella era su princesita.

Tal vez la abuela... Con ella se sentía muy a gusto, y con los primos... Pero no; porque si no, cuando papá los abandonó, llevándose todo y dejándolos en la nada, la abuela hubiera hecho algo... se hubiera puesto del lado de ellos. “Pero lo que primó fue lo familiar, optaron por su hijo”¹⁵⁰; de

¹⁵⁰ Esta expresión tomada textualmente de las palabras del paciente contiene una contradicción, ya que el criterio de discriminar entre lo perteneciente a la familia

golpe, para la abuela, para los primos, para toda la familia, Ernesto, su madre y su hermana pasaron a ser desconocidos. Nunca más tuvieron noticias ni nada. Todavía eso le duele.

El abuelo no, él era todo un caballero... Siempre lo sintió más padre que a su verdadero padre... Cuando era chico lo venía a buscar para llevarlo a pasear por los campos de la familia. Tampoco el abuelo se llevaba bien con su hijo, el papá de Ernesto. Pero tampoco al abuelo lo volvió a ver; tuvo un hijo con una empleada del campo, una *servienta*... y se casó con ella y se fueron a vivir lejos; formó otra familia. Hace poco vino esta mujer a pedirle un equipo de música que Ernesto tenía. Lo único que tenía de su abuelo... Ahí se enteró de que el abuelo había muerto hacía unos meses.

Pero antes de todo esto, Ernesto se había alejado de la familia. Se sentía la nota discordante, no se sentía parte, siempre se había sentido *distinto*... tal vez por su homosexualidad. No con mamá ni con Cristina, sólo con papá... pero ellas estaban bien con él, así que se fue a estudiar a la ciudad y sólo de tanto en tanto iba al campo. Y cada vez que iba había peleas, a veces muy violentas... ¡una vez su padre lo persiguió con un cuchillo! Era un hombre muy violento e impulsivo. ¡Sin embargo planeó muy bien la separación! No les dejó nada, y Ernesto tuvo que hacerse cargo de su madre y de su hermana.

Para ese entonces, Ernesto ya estaba en la Marina y le encargó el juicio a un compañero de armas. Si hay algo que jamás le perdonará a su madre es que durante el juicio, en un momento en que Ernesto se tuvo que internar por una gastroenteritis con muchas diarreas, la madre aprovechó para transformar un juicio controvertido (“que estaba prácticamente ganado”) en un mutuo acuerdo muy desfavorable.

Se había acercado a ellas para ayudarlas cuando toda la familia les daba la espalda... Tal vez pensó que no estando papá podría, ahora sí, tener una familia. ¡Ese juicio era, de alguna manera, algo personal entre él y su padre! Ernesto lo sentía como dos bandos, y hubiera esperado que su madre se aliara con él como la abuela con su hijo... pero no. Cuando se enteró del arreglo se sintió muy mal, en principio muy desconcertado... como un mezcla de traición y rechazo... o desprecio... como si él no contara, algo difícil de describir... Algo así volvió a sentir cuando se enteró lo de la seceta... Sí, era lo mismo. Pero entre aquella vez y esta había una diferencia: aquella vez todavía le quedaba la Marina.

y lo no perteneciente, no puede utilizarse para la elección entre un hijo y un nieto (que, además, en este caso tienen el mismo apellido). Pensamos que en esta contradicción se expresa la fantasía optativa de negar esa pertenencia familiar.

La Marina sí se había jugado por él. En esa época, Ernesto era la mano derecha del Almirante, él sí fue como un padre. Cuando su verdadero padre, al enterarse del juicio, le envió una carta a la Marina contándole “pestes” de Ernesto (su propio hijo), el Almirante contestó personalmente la carta hablando maravillas de Ernesto y ratificando el reconocimiento que la Marina tenía por su “oficial”.

Pero el Almirante hace ya tiempo que se retiró. Esta vez, Ernesto no es parte de nada, está solo, sin nadie que lo defienda de la vergüenza y la humillación del hospital leproso, de los interrogatorios del Servicio de Inteligencia, de su baja por homosexual, de la secta religiosa y del SIDA.

1. El punto de fijación y las vivencias infantiles

Nunca se había sentido formando parte de algo...

Siguiendo lo expuesto en otro lugar, suponemos en Ernesto algún tipo de “falta” en la constitución de la identidad. Esto determina, por un lado, un punto de fijación en el desarrollo tánto-libidinoso y, por el otro, una pertenencia “en conflicto”. Así Ernesto, ya desde muy chico, nunca pudo sentirse “bien” y “siendo parte” de algo al mismo tiempo. La mayoría de las veces experimenta esta pertenencia conflictiva sintiéndose *rechazado* por los demás, pero también (aunque con un grado menor de conciencia) sintiendo *rechazo* hacia los demás (familia, grupos sociales, instituciones, etc.). Desde otro punto de vista, este conflicto determina una *pertenencia ideal*, que permitiría lograr una *identidad ideal*; pertenencia de la cual no se siente merecedor. Alternativamente y como defensa maníaca de la situación descripta, siente a los demás, desde esa identidad ideal, no merecedores de compartir con él una pertenencia.

En la biografía de Ernesto encontramos muchas referencias a esa pertenencia ideal: la familia del padre, principalmente la abuela y los primos; también el abuelo paterno, “todo un caballero”. La vida en Ecuador en los colegios para hijos de extranjeros, la tripulación del barco y, luego, la Marina son otros ejemplos. También el sentirse rechazado aparece reiteradamente: “mamá siempre había sido exigente con él, y cuando papá le pegaba no lo defendía; con Cristina era más blanda”, “papá nunca lo había querido, no lo había querido tener”, “para la abuela y los primos prevaleció lo familiar, y Ernesto, su mamá y su hermana, luego de la separación pasaron a ser desconocidos”, “el abuelo se fue a vivir lejos y formó otra familia”. Tampoco faltan referencias al rechazo ejercido por él hacia los

demás: hacia el padre, hacia Lito y la “comunidad gay”, y también hacia ciertos aspectos de la Marina.

2. Frustración actual y regresión

Todo comenzó en noviembre...

Es el momento en que el virus abandona su latencia y comienzan los síntomas; es, además, el momento en que Ernesto “se entera” de su condición de “*HIV positivo*”.

Se juntaban muchas cosas, algo tenía que pasar...

Su carrera en la Marina era un éxito; su “foja de servicios” crecía con las más altas distinciones. Por fin podía divisar cumplidos, en un futuro próximo, aquellos sueños que tiempo atrás lo movieron a entrar a la Marina. Un nuevo ascenso se concretaría en unos meses... Oficiales superiores requerían sus favores... Las “Esposas de la Marina” lo consideraban un hijo de la “Gran Familia”; un buen partido a quien debían encontrarle esposa. “Pertenecer a la Marina” no podía ser distinto a eso... a no ser por su “otra vida”, su secreta homosexualidad... Eso lo estropeaba todo... No sólo porque en el fondo de su ser, en secreto, se sentía un farsante, sino porque si un farsante como él, si un homosexual como él, podía llegar a ser “parte” de la Marina, entonces la Marina era también una farsa¹⁵¹ ... Comenzaba a sentirse cansado de la Marina. Los

¹⁵¹ Groucho Marx sintetiza esta paradoja en términos humorísticos con la siguiente sentencia: “*No puedo formar parte de un club tan poco exclusivo como para que me acepte a mí como socio*”. Pensamos que esta paradoja busca reinstalar, defensivamente, el rechazo hacia la Marina. ¿Pero de qué se defiende? ¿Formar parte de la Marina, o de “algo”, no era, acaso, la meta que deseaba alcanzar? La situación se aclara si recordamos que tanto el rechazo activo a la pertenencia como su versión pasiva, sentirse rechazado, son sentimientos defensivos que mantienen inconciente el conflicto con la pertenencia descrito en el punto anterior. Para poder mantener reprimida la pertenencia conflictiva, Ernesto debe encontrar (y hasta producir) experiencias de rechazo, buscando “pertenencias imposibles”; la posibilidad de ser aceptado por la Marina, de lograr esa pertenencia para él imposible, le representa perder el “argumento” de su vida: el sentirse rechazado, y esto implica la amenaza de que acceda a la conciencia aquello reprimido más profundamente: el conflicto por la pertenencia y su identidad deficitaria.

sacrificios para con su “otra vida” eran grandes... y la recompensa comenzaba a desdibujarse...

Su “otra vida” comenzaba a reclamar su atención, era algo que no podía seguir postergando. La sexualidad con Pedro se había casi extinguido... Las escapadas a la ciudad resultaban ahora insuficientes... Pero no era fácil, su encuentro con la comunidad *gay*, sus antiguos amigos... había sido un desastre. Tampoco podía sentirse bien allí.

3. Imposibilidad de descarga progresiva de la libido

Era la gota que rebalsaba el vaso...

La Marina no, su pareja no, la comunidad *gay* menos... ¿Qué le quedaba? ¿Su familia? Si alguna vez pensó que en la familia podía encontrar su pertenencia fue cuando papá se fue... Tal vez podría ocupar él el lugar del hombre de la casa. Por eso se sintió tan traicionado cuando mamá arregló el juicio con papá sin tenerlo en cuenta a él. Hubiera esperado de su mamá algo similar a lo que hizo su abuela: apoyar al hijo; pero no. A pesar de eso trató de no guardar rencores. Tal vez más adelante las cosas serían distintas... Pero luego vino lo de la secta...

4. Imposibilidad de que el sentimiento de pertenencia en conflicto acceda a la conciencia y desestructuración de la coherencia del afecto

Lo mismo de siempre pero con otro nombre, ahora se llamaba SIDA...

Nada había cambiado... O si cambió fue peor que antes; porque esta vez no era papá, sino el pastor de la secta, o el “colectivero”. Algo muy profundamente rechazado por él. ¿A quién o a qué puede pertenecer un hombre católico, criado en los mejores colegios religiosos, proveniente de una familia terrateniente de la alta sociedad que lo desconoce, que es homosexual, cuyo futuro cuñado es un “colectivero”, en cuya familia actual no encuentra rastros de sus orígenes, que asiste con el uniforme de gala de los oficiales de la Marina a una ceremonia herética como padrino de casamiento de su propia hermana que se casa embarazada?

Si pertenecer es compartir una particular discriminación entre lo propio y lo ajeno, podemos comprender que Ernesto, desde una regre-

sión al punto de fijación mencionado, experimenta la vivencia de *ser sin pertenecer*, o de *no pertenencia*¹⁵². Este sentimiento le resulta intolerable y no puede experimentarlo en la conciencia. Tampoco puede encontrar una representación sustitutiva que permita una descarga aceptable. A diferencia de otras veces¹⁵³, cuando pudo ejercer el rechazo activo (desde una supuesta pertenencia) o proyectarlo y sentirse rechazado (también desde una supuesta pertenencia), ahora el único camino que encuentra para esquivar un sentimiento para él insoportable es el camino de la enfermedad somática: el SIDA.

5. Apéndice: La infección por el virus HIV

Desde hace un tiempo comenzaba a sentirse asfixiado... ¡algo tenía que pasar y pasó!

Siguiendo el modelo de la biología para enfermedades que, como el SIDA, poseen tanto un “período de latencia” que separa en el tiempo el momento de la infección del momento de aparición de los síntomas (la enfermedad propiamente dicha), como también la posible condición de “portadores sanos”, debemos intentar comprender, desde nuestro enfoque psicoanalítico, las vicisitudes vitales que determinan el momento del contagio. No siendo posible, en general, precisar esta infección en el tiempo, nos vemos obligados a dejarnos guiar por nuestra intuición al hacer coincidir una determinada constelación vital observable con el momento de la infección (este último sólo conjeturable).

¹⁵² Tal vez resulte clarificador recordar que el sentimiento de no pertenecer sólo puede experimentarse a su vez desde otra pertenencia.

¹⁵³ Si bien, como describimos en el texto, esta vivencia no es nueva para Ernesto sino que posee historia en su vida, algo nuevo debe agregarse para que esta vez el afecto se exprese simbólicamente como trastorno orgánico. Anteriormente, la *pertenencia ideal* determinada por la represión del conflicto con la pertenencia, quedaba “colocada” en algo, por ejemplo la Marina. “Pertenecer” a la Marina constituía, para él, un proyecto ideal que, de materializarlo, otorgaría una pertenencia sin conflicto. En el momento en que ocurre la enfermedad, la “*familia ideal*” (a la cual aspira pertenecer) no puede ser proyectada sobre la Marina ni sobre otros objetos presentes; y tal vez esto permite comprender el desaliento implícito en la forma de comienzo respiratorio de la enfermedad. Además, la imposibilidad de ubicar esta “*familia ideal*” (a la cual aspira pertenecer) dificulta el rechazo activo de otras pertenencias (como su familia real, la comunidad *gay* o incluso la Marina), ya que una pertenencia se rechaza desde otras.

En el caso particular de Ernesto nos resulta convincente suponer la infección durante el período inmediato anterior a la aparición de los síntomas. Durante dicho período se sentía “asfixiado¹⁵⁴ en su prisión”, teniendo que disimular su doble vida al punto tal de tener que mantener relaciones sexuales con prostitutas para “aparentar” frente a sus compañeros. El sacrificio que describe para poder lograr y mantener la erección lo llevaba a prescindir del uso de preservativos¹⁵⁵. Además, en esta misma época comienzan su apatía sexual hacia su pareja, sus más promiscuas “escapadas a la ciudad” y la tentación de reconectarse con el ambiente *gay* de su país natal.

V. Adolfo

1. La noticia

Recibió la noticia con una mezcla rara de sorpresa, miedo y alivio; el segundo análisis corroboraba el primero, ahora era un “HIV positivo”, tenía SIDA.

Tardó en asimilar el impacto, no sabía cómo debía comportarse... qué sentir. En parte no lo terminaba de creer, siempre pensó que esas cosas les pasaban a los demás. También sentía que algo, muy adentro suyo, se aliviaba. Como si siempre lo hubiera sabido; como si, en el fondo, lo hubiera estado esperando.

Era la herencia que Miguel le había dejado, de eso no había dudas. Dos meses atrás, cuando se enteró del suicidio, la idea de haberse contagiado, la idea de que él también, tarde o temprano, enfermaría de SIDA, se le clavó en el alma...

La tortura de la incertidumbre... revisarse cada centímetro de la piel... tener miedo de todo, hasta de las relaciones sexuales con Bruno... la incertidumbre ahora terminaba... Miguel había “vuelto”.

Cuando fue el velorio no había ido; no se animó, no pudo; pensó que allí estarían todos y que no soportaría sus miradas, le dio miedo... Se fue a

¹⁵⁴ Resulta significativo, como ya lo hemos expresado, que su enfermedad comienza por el aparato respiratorio; primero con una bronquitis y fiebre, para desembocar luego en una neumonía.

¹⁵⁵ Al vincular el período de “contagio”, entre otras cosas, con los episodios de relaciones heterosexuales con prostitutas, y sin preservativos, nos apoyamos en el valor “simbólico” de esta promiscuidad, y no en el valor “causal” que le concede, desde un enfoque epistemológico diverso, la medicina preventiva.

Mar del Plata con Bruno, para tratar de olvidarse... pero fue peor. La figura de Miguel, vívidamente, “se le apareció” en la playa... habló con él, hasta escuchó su voz, que lo llamaba... Era inútil negarlo, a Miguel lo tenía adentro... no podría sacárselo nunca.

Siempre sintió que algo malo había adentro suyo... algo que estaba mal... las cosas a él no le podían salir bien. El SIDA, seguramente, era un castigo...

La mezcla de sentimientos, la sorpresa, el miedo y el alivio, amortiguó el primer golpe. Después, al ver la reacción de los demás, poco a poco fue cayendo... Bruno lloraba todo el tiempo... y Jorge, su hermano, sugirió que era mejor no decirle nada a mamá... Ahí, recién entonces, se dio cuenta de que “era en serio” y de que se iba a morir. La angustia fue desesperante, se sintió capaz de cualquier cosa, hasta de tirarse por la ventana, como Miguel...

Si llamó a su psicoanalista fue por Ana; ella cada tanto lo veía, y si se lo sugirió significaba que lo podía llamar, que el psicoanalista ya lo habría perdonado. Fue como un rayo de esperanza... Si podía volver, si Almeida lo había perdonado, quizá no estaba todo perdido; él sabría qué hacer... Volvió arrepentido y avergonzado. ¿Cómo había podido irse así, sin pagar, después de tanto tiempo?... Almeida no aflojó; insistió hasta que Adolfo le pagó hasta el último peso de lo que le debía... ¡por suerte!

Había empezado a analizarse, justamente, al poco tiempo de salir con Miguel. Entrar en el mundo de Miguel era angustiante... El arte, la farándula, las drogas y la promiscuidad... ¡Qué locura! Sabía que todo eso le hacía mal... y no lo podía dejar... Por eso se empezó a analizar... ¡Miguel lo entusiasmaba tanto! Gastó lo que tenía y mucho más también... se alejó de todos sus amigos... Miguel “lo podía”, y poco a poco fue perdiendo todo...

Antes de Miguel las cosas iban bien. A partir de Miguel todo fue cuesta abajo, todo se fue gastando... todo se volvió sucio... Con Bruno quiso que fuera distinto, darle un giro a su vida, volver atrás; pero no fue suficiente... Apenas si pudo, y todavía hoy no sabe cómo, dejar a Miguel...

El caos, la destrucción y la pasión que rodeaban a Miguel lo enfermaban... Pensó que en Bruno encontraría algo más estable. Alquilaron un departamento; después compraron el auto... Por primera vez vivía en pareja y “puso lo mejor”... pero sentía que le faltaba algo.

Lo había probado todo, la pasión, el cariño, la sexualidad, la convivencia... ¡Nunca más recuperó la vida que tenía antes de conocerlo a Miguel! Aquel fue, sin duda, su mejor momento...

De la noche a la mañana, siendo un simple empleado, se encontró encargado de la sucursal... Tenía una secretaria para él, como si fuera el dueño... El señor Marcos le decía que para él era como un hijo.

Por primera vez, la suerte estaba de su lado. Las ventas se quintuplicaron. Los desfiles que organizaba eran un éxito. Todavía resonaban en sus oídos los aplausos y las palabras de agradecimiento del señor Marcos al terminar cada desfile... Había llegado a lo máximo...

En ese momento no se dio cuenta, no lo supo valorar... le parecía natural, ¡incluso poco! Sentía que algo le faltaba, que se aburría... y lo encontró a Miguel... Daría cualquier cosa por poder volver atrás y deshacer el camino... Pero ahora era demasiado tarde... El SIDA no tenía vuelta atrás.

El doctor Almeida sabría qué hacer... por lo menos con él podría hablar. Jorge tenía razón, no había que decirle a mamá... pero no se iba a poder aguantar... ¿Por qué se iba a morir? ¿Por un error? ¿Por una tentación? Es cierto que había hecho mal algunas cosas, pero... ¡se arrepentía!... ¡se arrepentía de todo!... Sabía que había estado mal robar de la caja... sabía que cuando se metió en la promiscuidad de Miguel se arriesgaba... ¡Fue un error!... ¡fue estúpido! Él era así, débil, siempre fue débil... Pero tener que pagar con la muerte era demasiado cruel... ¡¿Cómo no se iba a poder volver atrás?!

Necesitaba hablar, pedir perdón, decir que se arrepentía, prometer... Se sentía desesperado, ¡no podía ser verdad!... ¡alguna solución tenía que haber!...

Nunca se había sentido así, frente a un destino inexorable... Estaba acostumbrado a tener lo que quería. Para él un “no” nunca había sido la última palabra... había usado la obediencia y la sumisión, o el capricho y la rebeldía. Siempre había sido así, todo era tratable, todo era negociable; y al final se salía con la suya...

Si su padre no le prestaba el auto, lo sacaba igual; si después lo descubrían, no pasaba nada, mamá lo defendía... Claro, a mamá le convenía, tenía miedo de que él contara...

Era todavía un chico cuando, al volver más temprano de la escuela, encontró a mamá abrazada con Roberto, el jefe de papá... Mamá le dijo entonces que si él hablaba ella “se tendría que ir”... Y Adolfo no habló... Así el tiempo fue pasando... Adolfo salía con mamá, se encontraban con Roberto, ellos se iban solos y Adolfo se quedaba con el auto y con la plata que le daba Roberto...

Al principio había pensado que ese era un gran secreto compartido con mamá; pero después, llegar a pensar que tal vez papá sabía y que se hacía el tonto... Roberto venía siempre a cenar y en casa no faltaba nada... Tal vez, todo era una cuestión de conveniencia, todo se compraba, y todo se vendía... Con mamá, con papá, con Jorge... con Bruno, incluso con Miguel... ¡Pero ahora era distinto! No había reparación ni arrepentimiento que pudiera cambiar el curso de las cosas, tenía SIDA y se iba a morir...

2. Un drama incomprensible

Tres años atrás Adolfo tenía una vida normal, tranquila y ordenada. Tenía amigos, tenía dinero y tenía éxito en su trabajo. Desde hacía muchos años estaba en pareja con José María, un hombre mayor que él, de muy buena posición que lo protegía y lo mimaba.

Un mal día conoció a Miguel y su vida cambió. Dejó a José María, descuidó su trabajo, sus amigos y sobre todo su economía. Conoció un ambiente distinto, de drogas y promiscuidad. Se sintió muy atraído por todo eso; nunca se había sentido así... Sin hacer nada para evitarlo, con cierta indiferencia, o incluso con cierto placer, veía cómo su vida poco a poco se iba destruyendo.

Cuando por fin reaccionó, y lo dejó a Miguel, trató de volver a una vida más ordenada. Formó con Bruno una pareja muy distinta; pero ya era demasiado tarde. La relación con Miguel había dejado dentro suyo un virus mortal, el HIV. Adolfo supo esto después; cuando luego del suicidio de Miguel comenzaron los primeros síntomas del SIDA.

Estos tres párrafos sintetizan la versión que Adolfo nos da de su drama. En su historia existen muchos interrogantes. ¿Por qué tuvo la mala suerte de conocerlo a Miguel? ¿Por qué, sabiendo de la promiscuidad de Miguel, no se cuidó mejor? ¿Por qué Miguel lo atraía tanto? ¿Por qué se enferma justo ahora, que su vida ha cambiado, y que todo vuelve a estar en su lugar? “Mala suerte” es una respuesta que no lo satisface a él, ni a nosotros. Si deseamos una respuesta mejor, tendremos que descubrir otra versión del drama, la versión que se oculta detrás de su enfermedad.

3. La historia que se oculta en el cuerpo

Ya desde muy chico Adolfo siempre se sintió distinto; distinto a los varones y distinto a las mujeres. Tampoco su familia era como la de los demás. Adolfo nunca sintió que sus parientes formaran una *familia*, eran sencillamente parientes: madre, padre, hermano... No conoció a ninguno de sus cuatro abuelos, no sabe sus nombres ni sus orígenes; algún dato de sus vidas y algún otro de sus muertes. Sabe que tiene un tío al que, de chico, quizás vio alguna vez.

Cuando todavía era un niño llegó al barrio una familia que tenía el mismo apellido que la madre; Adolfo le preguntó si eran parientes, y ella no le respondió... No preguntó más. El dato más antiguo de su historia es

que su madre, durante el embarazo del cual nacería Adolfo, saltaba sobre un fogón para provocarse el aborto.

No formaban una familia. El padre y Jorge, por un lado; y él y su madre, por el otro, unidos por Roberto y “el secreto”. No había “dónde” incluirse, y si en algo lo preocupaba “la familia”, era en el riesgo de parecerse a ellos. Adolfo quería salir de Lanús, y en cuanto pudo se fue al departamento de Mariano, en la Capital. Mariano pertenecía a otro ambiente, era comisario de a bordo y había vivido en Nueva York. Mariano tenía “mundo”, y Adolfo quería pertenecer a ese “mundo”. Impertinente, rechazaba sus orígenes, aspirando a pertenecer a algo mejor.

Fue justamente su determinación, mezclada con su impertinencia, lo que le permitió alcanzar sus propósitos, cuando habiendo sido destinado a un local de exposición, Adolfo comenzó a vender las muestras. Se quintuplicaron las ventas y su sueldo; Adolfo alquiló un departamento en el mejor barrio de la Capital, vestía ropa fina y comía en los mejores restaurantes.

Pero es difícil valorar lo que se consigue con poco esfuerzo, y Adolfo se encontró sintiendo por ese ambiente el mismo desprecio que, un tiempo atrás, lo alejó de Lanús. Pertenecer a ese ambiente no era todo lo valioso que siempre había creído cuando escuchaba a Mariano, y ese descubrimiento lo hacía sentirse vacío; su vida había perdido lo que había sido su norte.

Fue en esa mezcla de aburrimiento, hastío, decepción y soledad que lo conoció a Miguel. Se entusiasmó con el ambiente artístico; Adolfo nunca fue bueno en el estudio, y encontrarse en ese ambiente intelectual y espiritual lo tenía fascinado. Pero la historia volvió a repetirse... Viéndolo desde adentro, ese ambiente no le parecía gran cosa.

Lo que lo angustió no fueron ni la promiscuidad ni las drogas ni la destrucción, sino haber perdido otra vez el norte de su vida. Todo se le vació de sentido, y la frustración se transformó en bronca... Y, en el colmo de la impotencia, sintiendo que sus esfuerzos habían sido inútiles, Adolfo destruyó lo que había logrado... Sólo después sabría hasta qué punto había llegado su ataque; todavía le quedaba fuerza para un nuevo intento.

Así como escapó de Lanús buscando el *status* y el dinero, así como escapó del señor Marcos para buscar el arte y la pasión, así escapó de Miguel buscando en Bruno el amor, la ternura y la familiaridad que engendra la convivencia. Pero un nuevo intento no era más que la misma repetición.

Adolfo comenzaba a intuir que lo que hoy buscaba sería aquello de lo cual mañana intentaría escapar. Cada vez, los intentos y los fracasos se sucedían más rápido. La repetición era como una espiral que, con cada vuelta, iba agotando sus esperanzas.

El entusiasmo de la relación con Bruno se extinguió antes del año. Y, aunque fingiera interés en comprar el auto, hacía meses que no tenían relaciones sexuales. Cada vez se sentía más incómodo en su casa... Ya lo había probado todo y seguía sin encontrar su lugar. Y cuando empezaba a sentir que todas las puertas se cerraban, Miguel, muerto, “volvió” para mostrarle el camino...

BIBLIOGRAFÍA

- ABERASTURY, Arminda (1958) “La dentición, la marcha y el lenguaje en relación con la posición depresiva”, en *Revista de Psicoanálisis*, t. XV, N° 1-2, APA, Buenos Aires, 1958, págs. 12-41.
- ABERASTURY, Arminda (1964) “La fase genital previa”, en *Revista de Psicoanálisis*, t. XXI, N° 3, APA, Buenos Aires, 1964, págs. 203-213.
- ABRAHAM, Karl (1924*) “Un breve estudio de la evolución de la libido, considerada a la luz de los trastornos mentales”, en *Contribuciones a la teoría de la libido*, Hormé-Paidós, Buenos Aires, 1973, págs. 115-225.
- 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.
- ALONSO, Martín (1958) *Enciclopedia del idioma*, Aguilar, Madrid, 1958.
- ÁLVAREZ SALAS, J. L.; ESPINÓS, D.; LOZANO, C.; RICO, H.; DEL RÍO, A.; RUBIO, P. y SÁNCHEZ, M. (1988) “Nutrición”, en P. Farreras Valentí y C. Rozman, *Medicina interna*, Doyma, Barcelona, 1988.
- AMMAN, A. (1984) “Enfermedades por inmunodeficiencia”, en D. Stites, H. Funderberg, J. Stobo y J. Wells, *Inmunología básica y clínica*, El Manual Moderno, México, 1985, págs. 390-429.
- ANDREASEN, J. O. (1981) *Lesiones traumáticas de los dientes*, Labor, Barcelona, 1984.
- ARISTÓTELES (s/f) *Anatomía de los animales*, Schapire, Buenos Aires, 1945.
- AVOLIO, J.; RIMOLDI, I. y ARRESEIGER, T. (1994) “Epidemiological trends in HIV infected patients in Buenos Aires”, X Conferencia In-

- ternacional sobre SIDA, Yokohama. Abstracts en *Actualizaciones en SIDA*, vol. 2, N° 6, Buenos Aires, 1994, pág. 207.
- BALDINO, Oscar (1990) "Apuntes para una interpretación psicoanalítica de las micosis", en *II Jornadas Científicas del Centro de Consulta Médica Weizsaecker (CCMW)*, Buenos Aires, 1990, págs. 15-24.
- BARONE, Orlando (comp.) (1976) *Diálogos Borges Sábado*, Emecé, Buenos Aires, 1996.
- BARRÉ-SINOUSI, F.; CHERMANN, J. C.; REY, F.; NUGEYRE, M. T.; CHAMARET, S.; GRUEST, J.; DAUGUET, C.; AXLER-BLIN, C.; VÉZINET-BRUN, F.; ROUZIOUX, C.; ROZENBAUM, W. y MONTAGNIER, L. (1983) "Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS)", en *Science*, vol. 220, N° 4.599, mayo de 1983, págs. 868-871.
- BARTLETT, John (1994) *Guía para la atención médica de pacientes con infección por HIV*, Hospital Johns Hopkins-Waverly Hispánica, Buenos Aires, 1994.
- BATESON, Gregory (1966) "Problemas de la comunicación en cetáceos y otros mamíferos", en *Pasos hacia una ecología de la mente*, Carlos Lohlé, Buenos Aires, 1976, págs. 391-404.
- BATESON, Gregory (1971) "Ecología y flexibilidad en la civilización urbana", en *Pasos hacia una ecología de la mente*, Carlos Lohlé, Buenos Aires, 1976, págs. 527-537.
- 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.
- BÉKEI, Marta; CHEVNIK, Mauricio; CHIOZZA, Luis; GORLERO, Juan Carlos y KOWENSKI, Luis (coord.) (1988b) "Lo psicossomático" [I], en *Revista de Psicoanálisis*, t. XLV, N° 5, APA, Buenos Aires, 1988, págs. 1129-1159.
- BENOT, Eduardo (s/f) *Diccionario de ideas afines y elementos de tecnología*, Núñez Samper Editor, Madrid.
- BIBLIOGRÁFICA ESPAÑOLA (1945) *Diccionario griego-español*, Bibliográfica Española, Madrid, 1945.
- BILLIET, Laura (1995) *HIV-SIDA. La época de inmunodeficiencia*, Nueva Visión, Buenos Aires, 1995.
- BJÖRNTORP, Per y BRODOFF, Bernard (1992) *Obesity*, J. P. Lippincott Company, Filadelfia, 1992.

- BLÁNQUEZ FRAILE, Agustín (1975) *Diccionario latino-español*, Sopena, Barcelona, 1975.
- BOARI, Domingo (1992) “Más allá del sentimiento de culpa”, presentado en el Centro Weizsaecker de Consulta Médica (CWCM), Buenos Aires, 1992.
- BOETTNER, Juan (1942) *Etimología griega y latina para el uso médico*, El Ateneo, Buenos Aires, 1942.
- BOLAO, F.; PODZAMCZER, D. y MASCARÓ, J. (1992) “Sarcoma de Kaposi en pacientes con SIDA”, en J. M. Gatell, B. Clotet, D. Podzamczer y J. M. Miró, *Guía práctica del SIDA*, Masson-Salvat, Barcelona, 1992, págs. 202-211.
- 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).
- BRAY, George (1978) “An approach to the classification and evaluation of obesity”, en P. Björntorp y B. Brodoff, *Obesity*, J. P. Lippincott Company, Filadelfia, 1992.
- BRIGNONE, J. y HOUSSAY, A. (1989) “Metabolismo general. Bases termodinámicas de la bioenergética celular. Calorimetría”, en B. Houssay, *Fisiología humana*, El Ateneo, Buenos Aires, 1989.
- BRITANNICA (1990-1991) *Enciclopedia hispánica*, Encyclopædia Britannica Publishers Inc., Kentucky, 1992.
- BURNET, Macfarlane (1959) *The clonal selection of acquired immunity*, The Abraham Flexner Lectures-Vanderbilt University Press, Nueva York, 1959.
- BUSCH, Dorrit (1994) “Viktor von Weizsäcker”, presentado en el Centro Weizsaecker de Consulta Médica (CWCM), 1994.
- CAHN, Pedro (1992) “SIDA y enfermedad por HIV: del virus a la clínica”, en P. Cahn y colabs., *PSIDA*, Paidós, Buenos Aires, 1992.
- CAMPBELL, Jeremy (1982) *El hombre gramatical*, Fondo de Cultura Económica, México, 1989.
- CARRANZA, Fermín y CARRARO, Juan José (1978) *Periodoncia*, Mundi, Buenos Aires, 1978.
- CESIO, Fidas (1960a) “I. El letargo. Contribución al estudio de la reacción terapéutica negativa”, en *Revista de Psicoanálisis*, t. XVII, N° 1, APA, Buenos Aires, 1960, págs. 58-75.
- CESIO, Fidas (1960b) “II. Contribución al estudio de la reacción terapéutica negativa”, en *Revista de Psicoanálisis*, t. XVII, N° 3, APA, Buenos Aires, 1960, págs. 289-298.

- CESIO, Fidas (1964) “El letargo. Una reacción a la pérdida de objeto. Contribución al estudio de la reacción terapéutica negativa”, en *Revista de Psicoanálisis*, t. XXI, N° 1, APA, Buenos Aires, 1964, págs. 19-27; y en AA.VV., *Un estudio del hombre que padece*, CIMP-Kargieman, Buenos Aires, 1970 y reimpresión por Paidós, Buenos Aires, 1975, págs. 41-51.
- CHIOZZA, Luis (1963a) *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos. Comunicación preliminar*, Luro, Buenos Aires, 1963. {El contenido de esta comunicación fue incluido en *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos* (Chiozza, 1970a), OC, t. I. El capítulo I, titulado “Método. Límites y contenido del presente trabajo”, se publicó en forma independiente (Chiozza, 1995d [1963]), OC, t. I.}
- CHIOZZA, Luis (1963b) *Cuando la envidia es esperanza. Regresión a lo prenatal ante la pérdida de objeto, manifestándose como letargo, somatización y simbiosis. Historia de los primeros tres años de un tratamiento psicoanalítico*, Impresiones Norpa, Buenos Aires, 1963. Con el título “Cuando la envidia es esperanza. Historia de los primeros tres años de un tratamiento psicoanalítico”, se incluyó en L. Chiozza, *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, Biblioteca del CCMW-CIMP, Buenos Aires, 1984, págs. 297-398, como capítulo VI; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Cuando la envidia es esperanza. Historia de un tratamiento psicoanalítico*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 13-98, como primera parte. {Primera parte de *Cuando la envidia es esperanza. Historia de un tratamiento psicoanalítico* (Chiozza, 1998a [1963-1984]), OC, t. II}
- xCHIOZZA, Luis (1964a) “La envidia como una fantasía hepática y sus relaciones con la manía y la psicopatía” [I], en *Aportaciones al I Congreso Interno y IX Simposium. Manía y psicopatía*, t. II, APA, Buenos Aires, 1964, págs. 247-260. {OC, t. III}
- CHIOZZA, Luis (1966a [1964]) “La envidia como una fantasía hepática y sus relaciones con la manía y la psicopatía” [II], en Arnaldo Rascovsky y David Liberman, *Psicoanálisis de la manía y la psicopatía*, Paidós, Buenos Aires, 1966, págs. 96-105; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. {OC, t. III}
- CHIOZZA, Luis (1967a [1966]) “Una contribución al estudio del horror al incesto”, edición del autor, Buenos Aires, 1967. {Este trabajo se incluyó en “La consumación del incesto. Una semana de análisis tres años

después” (Chiozza, 1984b [1967-1970]), segunda parte de *Cuando la envidia es esperanza* (Chiozza, 1998a [1963-1984]), OC, t. II. }

CHIOZZA, Luis (1970a) *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, Kargieman, Buenos Aires, 1970. Reimpresión por Paidós, Buenos Aires, 1976. {OC, t. I}

CHIOZZA, Luis (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, *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, Biblioteca del CCMW-CIMP, Buenos Aires, 1984, págs. 45-86; L. Chiozza, *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 35-64. En italiano se publicó con el título “Introduzione allo studio psicoanalitico dei disturbi epatici”, en *Psicoanalisi dei disturbi epatici*, Eidon Edizioni, Perugia, 2003, págs. 43-76. {Capítulo I de *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos* (Chiozza, 1970a), OC, t. I. }

CHIOZZA, Luis (1970g [1966]) “El significado del hígado en el mito de Prometeo” [I], en L. Chiozza, *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, Kargieman, Buenos Aires, 1970, págs. 83-147, y reimpresión por Paidós, Buenos Aires, 1976; L. Chiozza, *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, Biblioteca del CCMW-CIMP, Buenos Aires, 1984, págs. 87-150; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires,

- 1996; L. Chiozza, *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 65-111. En italiano se publicó con el título “Il significato del fegato nel mito di Prometeo”, en *Psicoanalisi dei disturbi epatici*, Eidon Edizioni, Perugia, 2003, págs. 77-133. {Capítulo II de *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos* (Chiozza, 1970a), OC, t. I.}
- CHIOZZA, Luis (1970k [1967-1969]) “El contenido latente del horror al incesto y su relación con el cáncer” [I], en AA.VV., *Un estudio del hombre que padece*, CIMP-Kargieman, Buenos Aires, 1970, págs. 413-448, y reimpresión por Paidós, Buenos Aires, 1975. {Junto con “Una hipótesis sobre la génesis del incesto consumado”, de 1970, bajo el título “A manera de síntesis”, se incluyó en “El contenido latente del horror al incesto y su relación con el cáncer” [II] (Chiozza, 1978b [1970]). El contenido de ambos trabajos, junto con material clínico, se incluyó en la segunda parte de *Cuando la envidia es esperanza. Historia de un tratamiento psicoanalítico* (Chiozza, 1998a [1963-1984]), OC, t. II.}
- CHIOZZA, Luis (1970n [1968]) “La interioridad de los trastornos hepáticos”, en L. Chiozza, *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, Kargieman, Buenos Aires, 1970, págs. 149-222, y reimpresión por Paidós, Buenos Aires, 1976; L. Chiozza, *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, Biblioteca del ccmw-CIMP, Buenos Aires, 1984, págs. 151-218; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 113-163. En italiano se publicó con el título “L’interiorità dei disturbi epatici”, en *Psicoanalisi dei disturbi epatici*, Eidon Edizioni, Perugia, 2003, págs. 135-195. {Capítulo III de *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos* (Chiozza, 1970a), OC, t. I.}
- CHIOZZA, Luis (1970q) “Apuntes sobre fantasía, materia y lenguaje”, en *Simposio 1970* (II Simposio del Centro de Investigación en Medicina Psicosomática), t. I, CIMP, Buenos Aires, 1970, págs. 25-31; *Eidon*, Nº 2, CIMP-Paidós, Buenos Aires, 1974, págs. 69-76 (incluye un resumen); L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976/1977, págs. 67-72; L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del ccmw-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 117-124; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 93-98. En italiano se publicó con el título

- “Appunti su fantasia, materia e linguaggio”, en L. Chiozza, *Corpo, affetto e linguaggio. Psicoanalisi e malattia somatica*, Loescher Editore, Turín, 1981, págs. 115-122. {OC, t. III}
- CHIOZZA, Luis (1974b) “Estudio psicoanalítico de las fantasías hepáticas”, en *Revista de Psicoanálisis*, t. XXXI, N° 1 y 2, APA, Buenos Aires, 1974, págs. 107-140; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976/1977, págs. 47-66; L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del ccmw-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 87-116; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 69-91. En italiano se publicó con el título “Studio psicoanalitico delle fantasie epatiche”, en L. Chiozza, *Corpo, affetto e linguaggio. Psicoanalisi e malattia somatica*, Loescher Editore, Turín, 1981, págs. 86-114. {OC, t. III}
- CHIOZZA, Luis (1975a [1974]) “Corpo, afeto e linguagem”, en *Revista Brasileira de Psicanálise*, vol. 9, N° 243, San Pablo, 1975, págs. 243-257. {Con el título “Cuerpo, afecto y lenguaje”, en OC, t. III.}
- CHIOZZA, Luis (1975c) “La enfermedad de los afectos”, en *VII Simposio del Centro de Investigación en Medicina Psicosomática*, CIMP, Buenos Aires, 1975, págs. 79-83; *Eidon*, 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 (1975d) “Nota editorial”, en *Eidon*, N° 3, CIMP-Paidós, Buenos Aires, 1975, págs. 7-13; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. {Con el título “Los afectos inconcientes”, en OC, t. III.}
- CHIOZZA, Luis (1976h [1975]) “La transformación del afecto en lenguaje”, en L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976/1977,

págs. 117-123; L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del CCMW-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 217-226; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 219-226. En italiano se publicó con el título “La trasformazione dell’affetto in linguaggio”, en L. Chiozza, *Corpo, affetto e linguaggio. Psicoanalisi e malattia somatica*, Loescher Editore, Turín, 1981, págs. 180-189. {El contenido de este artículo corresponde al apartado segundo y parte del tercero de “Corpo, afecto e linguaggio” (Chiozza, 1975a [1974]), publicado con el título “Cuerpo, afecto y lenguaje”, en OC, t. III.}

CHIOZZA, Luis (1977b) “El falso privilegio del padre en el complejo de Edipo”, en *Revista de Psicoanálisis*, t. XXXIV, N° 1, APA, Buenos Aires, 1977, págs. 77-86; L. Chiozza y colab., *Ideas para una concepción psicoanalítica del cáncer*, Biblioteca del CCMW-Paidós, Buenos Aires, 1978, págs. 83-90; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Presencia, transferencia e historia*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2000, págs. 87-93. En italiano se publicó con el título “Il falso privilegio del padre nel complesso di Edipo”, en L. Chiozza y colab., *Psicoanalisi e cancro*, Edizioni Borla, Roma, 1981, págs. 87-93. {OC, t. III}

CHIOZZA, Luis (1978b [1970]) “El contenido latente del horror al incesto y su relación con el cáncer” [II], en L. Chiozza y colab., *Ideas para una concepción psicoanalítica del cáncer*, Biblioteca del CCMW-Paidós, Buenos Aires, 1978, págs. 25-73; L. Chiozza, *Una concepción psicoanalítica del cáncer*, Alianza Editorial Buenos Aires, 2001, págs. 81-123. En italiano se publicó con el título “Il contenuto latente dell’orrore dell’incesto e la sua relazione con il cancro”, en L. Chiozza y colab., *Psicoanalisi e cancro*, Edizioni Borla, Roma, 1981, págs. 33-77. {Reúne “El contenido latente del horror al incesto y su relación con el cáncer” [I] (Chiozza, 1970k [1967-1969]) y “Una hipótesis sobre la génesis del incesto consumado”, de 1970, bajo el título “A manera de síntesis”. Ambos trabajos, articulados a material clínico, se incluyeron en la segunda parte de *Cuando la envidia es esperanza. Historia de un tratamiento psicoanalítico* (Chiozza, 1998a [1963-1984]), OC, t. II.}

CHIOZZA, Luis (1978j) “Hacia una teoría del arte psicoanalítico”, *Eidon*, N° 9, CIMP-Paidós, Buenos Aires, 1978, págs. 5-27; L. Chiozza, *Trama y*

figura del enfermar y del psicoanalizar, Biblioteca del ccmw-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 427-447; L. Chiozza, *Psicoanálisis: presente y futuro*, Biblioteca del ccmw-CIMP, Buenos Aires, 1983, págs. 37-56; 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. 161-176. En italiano se publicó con el título “Verso una teoria dell’arte psicoanalitica. Studio di un episodio nella relazione Dora-Freud”, en L. Chiozza, *Verso una teoria dell’arte psicoanalitica*, Borla, Roma, 1987, págs. 31-47. {OC, t. VIII}

CHIOZZA, Luis (1978m) “Prólogo” de L. Chiozza y colab., *Ideas para una concepción psicoanalítica del cáncer*, Biblioteca del ccmw-Paidós, Buenos Aires, 1978, págs. 7-16. Se publicó con el título “Prólogo de *Ideas para una concepción psicoanalítica del cáncer*”, 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 como “Prologo”, en L. Chiozza y colab., *Psicoanalisi e cancro*, Edizioni Borla, Roma, 1981, págs. 17-26. {Con el título “Prólogo de *Ideas para una concepción psicoanalítica del cáncer*”, en OC, t. IV.}

CHIOZZA, Luis (1979d [1978]) “El corazón tiene razones que la razón ignora”, en *Eidon*, N° 10, CIMP-Paidós, Buenos Aires, 1979, págs. 77-85; L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del ccmw-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 357-362; Luis Chiozza CD. *Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; Luis Chiozza CD. *Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Presencia, transferencia e historia*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2000, págs. 95-99. {OC, t. IV}

CHIOZZA, Luis (1980c [1977-1978-1979]) “El problema de la simbolización en la enfermedad somática” [II], en L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del ccmw-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 293-347; Luis Chiozza CD. *Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; Luis Chiozza CD. *Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. {OC, t. IV}

CHIOZZA, Luis (1981f) “Entre la nostalgia y el anhelo. Un ensayo acerca de la vinculación entre la noción de tiempo y la melancolía”, en *Eidon*, N° 14, CIMP-Paidós, Buenos Aires, 1981, págs. 5-16; L. Chiozza, *Psicoanálisis: presente y futuro*, Biblioteca del ccmw-CIMP, Buenos Aires,

- 1983, págs. 115-126; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Presencia, transferencia e historia*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2000, págs. 101-110. {OC, t. IV}
- CHIOZZA, Luis (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 (1983g [1982]) “In riferimento ad alcune critiche a *Psicoanalisi e cancro e Corpo, affetto e linguaggio*”, en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, Nº 9, Borla, Perugia, 1983, págs. 156-184. En castellano se publicó con el título “Acerca de algunas críticas a *Psicoanalisi e cancro y Corpo, affetto e linguaggio*”, en L. Chiozza, *Psicoanálisis: presente y futuro*, Biblioteca del CCMW-CIMP, Buenos Aires, 1983, págs. 249-276; *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, *Una concepción psicoanalítica del cáncer*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2001, págs. 161-184. {OC, t. IV}
- CHIOZZA, Luis (1984b [1967-1970]) “La consumación del incesto. Una semana de análisis tres años después”, en L. Chiozza, *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, Biblioteca del CCMW-CIMP, Buenos Aires, 1984, págs. 399-501; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. Se publicó con el título “Una semana de análisis tres años después”, en L. Chiozza, *Cuando la envidia es esperanza. Historia de un tratamiento psicoanalítico*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 99-188. {Segunda parte de *Cuando la envidia es esperanza. Historia de un tratamiento psicoanalítico* (Chiozza, 1998a [1963-1984]), OC, t. II}
- CHIOZZA, Luis (1984f) “En la búsqueda de los principios del vivir en forma”, en *XV Simposio del Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicosomática*, CIMP, Buenos Aires, 1984, págs. 9-16. Una versión

corregida se publicó en *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. {Una versión ampliada y modificada de este artículo se publicó con el título “Sobre las buenas y malas maneras de vivir la vida”, como capítulo XIV de L. Chiozza, *Las cosas de la vida. Composiciones sobre lo que nos importa* (Chiozza, 2005a), OC, t. XV.}

CHIOZZA, Luis (1986b) *¿Por qué enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1986 y reimpressiones en 1989/1991/1993. Se incluyó en *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. {Edición ampliada de 2007 (Chiozza, 2007a [1986-1997-2007]), en OC, t. XIV.}

CHIOZZA, Luis (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 (1993l) “Perché ci ammaliamo? Il significato inconscio dei disturbi diabetici”, en Vincenzo Rossolini (coord.), *ATTI X Corso di aggiornamento in Neuropsichiatria Infantile. Incontro Internazionale La Medicina Psicosomatica in età evolutiva*, Graphos Litografia, Fano (Italia), 1993, págs. 286-296. En castellano se publicó con el título “¿Por qué enfermamos? El significado inconsciente de los trastornos diabéticos”, en *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. {OC, t. XI}

CHIOZZA, Luis (1995c) *Un lugar para el encuentro entre medicina y psicoanálisis*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1995.

CHIOZZA, Luis (1995u [1988]) “Lo psicosomático” [II], en *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. {Corresponde a las intervenciones del autor en “Lo psicosomático” [I] (Békei, Che-

- vnik, Chiozza, Gorlero y Kowenski, 1988b).} {OC, t. V }
- CHIOZZA, Luis (1995K) “El Centro de Consulta Médica Weizsaecker”, en L. Chiozza, *Un lugar para el encuentro entre medicina y psicoanálisis*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1995, págs. 35-53; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. Se publicó con el título “El Centro Weizsaecker de Consulta Médica”, en L. Chiozza, *Un lugar para el encuentro entre medicina y psicoanálisis*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1999, págs. 33-51. En italiano se publicó con el título “Il ‘Centro de Consulta Médica Weizsäcker’”, en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, N° 31, Borla, Roma, Italia, 1995, págs. 39-55. {“Con el título “El Centro Weizsaecker de Consulta Médica”, en OC, t. VI. }
- CHIOZZA, Luis (1995L) “La concepción psicoanalítica del cuerpo. ¿Psicosomática o directamente psicoanálisis?”, en *Revista de Psicoanálisis*, número especial internacional, N° 4, APA, Buenos Aires 1995, págs. 75-101; *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. 333-358; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 337-357. En inglés se publicó con el título “Psychoanalytic conception of the body. Psychosomatics or Psychoanalysis proper?”, en *Psychoanalysis in Argentina*, APA, Buenos Aires, 1997, págs. 117-137. {OC, t. VI }
- CHIOZZA, Luis (1995O) “La psicoanálisis 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 (1997b [1991]) *Los afectos ocultos en... psoriasis, asma, trastornos respiratorios, várices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas y accidentes cerebrovasculares*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1997. Segunda edición.

- CHIOZZA, Luis (1997h) “Prólogo” de L. Chiozza, *Del afecto a la afección. Obesidad, SIDA, hiper e hipotiroidismo, enfermedades periodontales, caries dental*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1997, págs. 9-11. {Con el título “Prólogo de *Del afecto a la afección. Obesidad, SIDA, hiper e hipotiroidismo, enfermedades periodontales, caries dental*”, en OC, t. XII.}
- 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 (1998l [1986]) “La metahistoria y el lenguaje de la vida en el psicoanálisis y la psicósomática”, en L. Chiozza, *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 279-294. {OC, t. IX}
- 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 (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 AIZENBERG, Silvana (1992d) “¿Por qué se enferman los niños?”, en diario *La Nación*, Buenos Aires, 23 de mayo de 1992, pág. 7; Luis Chiozza CD. *Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; Luis Chiozza CD. *Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Un lugar para el encuentro entre medicina y psicoanálisis*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1999, págs. 53-56. En italiano se publicó con el título “Perché i bambini si ammalano?”, en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, N° 31, Borla, Roma, 1995, págs. 56-59. {OC, t. VI}
- CHIOZZA, Luis y AIZENBERG, Silvana (1995N) “La patobiografía de un niño con leucemia linfoblástica aguda”, en Luis Chiozza CD. *Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; Luis Chiozza CD. *Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Un lugar para el encuentro entre medicina y psicoanálisis*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1999, págs. 67-79; L. Chiozza, *Una concepción psicoanalítica del cáncer*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2001, págs. 69-80. En italiano se publicó con el título “La patobiografía di un bambino affetto da leucemia linfoblastica acuta”, en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, N° 31, Borla, Roma, 1995, págs. 71-84. {OC, t. XII}
- CHIOZZA, Luis y CHIOZZA, Gustavo (1994c [1993-1994]) “El alma en el cuerpo. Un infarto en lugar de una ignominia”, en *Actualidad Psi-*

cológica, año 19, N° 207, Buenos Aires, marzo de 1994, págs. 5-8; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. {OC, t. XII}

CHIOZZA, Luis y colab. (1969*b*) (Colaboradores: Víctor Laborde, Enrique Obstfeld y Jorge Pantolini) “La interioridad de los medicamentos”, en *Simposio 1969* (I Simposio del Centro de Investigación en Medicina Psicosomática), t. II, CIMP, Buenos Aires, 1969, págs. 139-145; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976/1977, págs. 81-86; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 153-160. Con un apéndice A y un apéndice B, se publicó en L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del CCMW-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 167-176; *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, sin los apéndices, se publicó con el título “L’interiorità dei medicinali”, en L. Chiozza, *Corpo, affetto e linguaggio. Psicoanalisi e malattia somatica*, Loescher Editore, Turín, 1981, págs. 134-141. {OC, t. III}

CHIOZZA, Luis y colab. (1970*p* [1968]) (Colaboradores: Catalina Califano, Edgardo Korovsky, Ricardo Malfé, Diana Turjanski y Gerardo Wainer) “Una idea de la lágrima”, en AA.VV., *Un estudio del hombre que padece*, CIMP-Kargieman, Buenos Aires, 1970, págs. 525-549, y reimpresión por Paidós, Buenos Aires, 1975; L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del CCMW-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 137-165; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 109-133. {OC, t. III}

CHIOZZA, Luis y colab. (1983*h* [1982]) (Colaboradores: Sergio Aizenberg, Catalina Califano, Alejandro Fonzi, Ricardo Grus, Enrique Obstfeld, Juan José Sainz y Juan Carlos Scapusio) “Las cardiopatías isquémicas. Patobiografía de un enfermo de ignominia”, en L. Chiozza, *Psicoanálisis: presente y futuro*, Biblioteca del CCMW-CIMP, Buenos Aires, 1983, págs. 287-321; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Enfermedades y afectos*, Alianza Editorial,

- Buenos Aires, 2001, págs. 19-48. {OC, t. X}
- CHIOZZA, Luis y colab. (1985a) (Colaboradores: Sergio Aizenberg, Luis Barbero, Catalina Califano, Enrique Obstfeld y Juan Carlos Scapusio) “Esquema para una interpretación psicoanalítica de la leucemia linfoblástica”, en *Lecturas de Eidon*, N° 4, CIMP, Buenos Aires, 1985. {OC, t. X}
- CHIOZZA, Luis y colab. (1991a) (Colaboradores: Sergio Aizenberg, Gladys Baldino, Oscar Baldino, Dorrit Busch, Eduardo Dayen, Mirta Funosas, Susana Grinspon, Liliana Grus, Elsa Lanfri, Enrique Obstfeld, Roberto Salzman e Hilda Schupack) *Los afectos ocultos en... psoriasis, asma, trastornos respiratorios, várices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas y accidentes cerebrovasculares*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1991, y reimpressiones en 1992 y 1993.
- CHIOZZA, Luis y colab. (1991e [1990]) (Colaboradores: Eduardo Dayen y Roberto Salzman) “Fantasía específica de la estructura y el funcionamiento óseo”, en L. Chiozza y colab., *Los afectos ocultos en... psoriasis, asma, trastornos respiratorios, várices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas y accidentes cerebrovasculares*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1991/1992/1993, págs. 132-157; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. Se publicó con el título “Fantasía específica de la estructura ósea y su funcionamiento”, en L. Chiozza, *Los afectos ocultos en... psoriasis, asma, trastornos respiratorios, várices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas y accidentes cerebrovasculares*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1997, págs. 131-156. En portugués se publicó con el título “Fantasia específica da estrutura e o funcionamento ósseos”, en L. Chiozza (org.), *Os afetos ocultos em... psoríase, asma, transtornos respiratórios, varizes, diabete, transtornos ósseos, cefaléias e acidentees cerebrovasculares*, Casa do Psicólogo Livraria e Editora, San Pablo, 1997, págs. 145-173. En inglés se publicó con el título “The structure and functioning of bones as specific fantasies”, en L. Chiozza, *Hidden affects in somatic disorders: psychoanalytic perspectives on asthma, psoriasis, diabetes, cerebrovascular disease, and other disorders*, Psychosocial Press, Madison (Connecticut), 1998, págs. 97-117. {Con el título “Fantasía específica de la estructura y el funcionamiento óseos”, en OC, t. XI.}
- CHIOZZA, Luis y colab. (1991f [1990]) (Colaboradores: Oscar Baldino, Mirta Funosas y Enrique Obstfeld) “Los significados de la respiración”, en L. Chiozza y colab., *Los afectos ocultos en... psoriasis, asma, trastornos respiratorios, várices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas y accidentes*

cerebrovasculares, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1991/1992/1993, págs. 42-81; Luis Chiozza CD. *Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; Luis Chiozza CD. *Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Los afectos ocultos en... psoriasis, asma, trastornos respiratorios, várices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas y accidentes cerebrovasculares*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1997, págs. 41-80. En portugués se publicó con el título “Os significados da respiração”, en L. Chiozza (org.), *Os afetos ocultos em... psoríase, asma, transtornos respiratórios, varizes, diabete, transtornos 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. (1991*i* [1990]) (Colaboradores: Susana Grinspon y Elsa Lanfri) “Una aproximación a las fantasías inconcientes específicas de la psoriasis vulgar”, en L. Chiozza y colab., *Los afectos ocultos en... psoriasis, asma, trastornos respiratorios, várices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas y accidentes cerebrovasculares*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1991/1992/1993, págs. 20-41; Luis Chiozza CD. *Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; Luis Chiozza CD. *Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Los afectos ocultos en... psoriasis, asma, trastornos respiratorios, várices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas y accidentes cerebrovasculares*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1997, págs. 19-39. En portugués se publicó con el título “Uma aproximação das fantasias inconcientes específicas da psoríase vulgar”, en L. Chiozza (org.), *Os afetos ocultos em... psoríase, asma, transtornos respiratórios, varizes, diabete, transtornos ósseos, cefaléias e acidentes cerebrovasculares*, Casa do Psicólogo Livraria e Editora, San Pablo, 1997, págs. 19-42. En inglés se publicó con el título “An approach to the specific unconscious fantasies in common psoriasis”, en L. Chiozza, *Hidden affects in somatic disorders: psychoanalytic perspectives on asthma, psoriasis, diabetes, cerebrovascular disease, and other disorders*, Psychosocial Press, Madison (Connecticut), 1998, págs. 7-23. {OC, t. X}

CHIOZZA, Luis y colab. (1993*a*) (Colaboradores: Oscar Baldino, Luis Barbero, Domingo Boari, Dorrit Busch, Catalina Califano, Liliana Casali,

Horacio Corniglio, Eduardo Dayen, Mirta Funosas, Ricardo Grus, Gladys Lacher, Elsa Lanfri, Enrique Obstfeld, María Pinto, Juan Repetto, Roberto Salzman e Hilda Schupack) *Los sentimientos ocultos en... hipertensión esencial, trastornos renales, litiasis urinaria, hipertrofia de próstata, várices hemorroidales, esclerosis, enfermedades por autoinmunidad*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1993.

CHIOZZA, Luis y colab. (1993d [1992]) (Colaboradores: Domingo Boari, Catalina Califano y María Pinto) “El significado inconciente de las enfermedades por autoinmunidad”, en L. Chiozza y colab., *Los sentimientos ocultos en... hipertensión esencial, trastornos renales, litiasis urinaria, hipertrofia de próstata, várices hemorroidales, esclerosis, enfermedades por autoinmunidad*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1993, págs. 185-223; Luis Chiozza CD. *Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; Luis Chiozza CD. *Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *La transformación del afecto en enfermedad. Hipertensión esencial, trastornos renales, litiasis urinaria, hipertrofia de próstata, várices hemorroidales, esclerosis y enfermedades por autoinmunidad*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 157-189. En portugués se publicó con el título “O significado inconsciente das doenças auto-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. (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, trans-*

tornos 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. (1993k) (Colaboradores: Eduardo Dayen y Mirta Funosas) “Los significados inconcientes específicos de la esclerosis”, en L. Chiozza y colab., *Los sentimientos ocultos en... hipertensión esencial, trastornos renales, litiasis urinaria, hipertrofia de próstata, várices hemorroidales, esclerosis, enfermedades por auto-inmunity*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1993, págs. 155-183; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *La transformación del afecto en enfermedad. Hipertensión esencial, trastornos renales, litiasis urinaria, hipertrofia de próstata, várices hemorroidales, esclerosis y enfermedades por auto-inmunity*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 133-155. En portugués se publicó con el título “Os significados inconcientes específicos da esclerose”, en L. Chiozza (org.), *Os sentimentos ocultos em... hipertensão essencial, transtornos renais, litíase urinária, hipertrofia da próstata, varizes hemorroidais, esclerose, doenças auto-ímmunes*, Casa do Psicólogo Livraria e Editora, San Pablo, 1999, págs. 131-154. {OC, t. XI}

CHIOZZA, Luis y colab. (1995h [1975]) (Colaboradores: Alejandro Fonzi y Víctor Laborde) “Las fantasías inconcientes de los padres en la enfermedad de los hijos”, en *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Un lugar para el encuentro entre medicina y psicoanálisis*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1999, págs. 57-66. En italiano se publicó con el título “Le fantasie inconscie dei genitori nella malattia dei figli”, en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, N° 31, Borla, Roma, 1995, págs. 59-70. {OC, t. VIII}

CHIOZZA, Luis y colab. (1995C [1992-1995]) (Colaboradores: Silvana Aizenberg, Alejandro Fonzi y Víctor Laborde) “La patobiografía en los niños”, en L. Chiozza, *Un lugar para el encuentro entre medicina y psicoanálisis*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1995, págs. 55-80.

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. (1996e [1995]) (Colaboradores: Luis Barbero y Domingo Boari) “Significados inconcientes específicos de enfermedades dentarias”, 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. 33-97. {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 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-ímmunes*, Casa do Psicólogo Livraria e Editora, San Pablo,

- 1999, págs. 65-108. {OC, t. XI}
- CHIOZZA, Luis y OBSTFELD, Enrique (1991*h* [1990]) “Psicoanálisis del trastorno diabético”, en L. Chiozza y colab., *Los afectos ocultos en... psoriasis, asma, trastornos respiratorios, várices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas y accidentes cerebrovasculares*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1991/1992/1993, págs. 106-131; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Los afectos ocultos en... psoriasis, asma, trastornos respiratorios, várices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas y accidentes cerebrovasculares*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1997, págs. 105-129. En portugués se publicó con el título “Psicanálise do distúrbio diabético”, en L. Chiozza (org.), *Os afetos ocultos em... psoríase, asma, transtornos respiratórios, varizes, diabete, transtornos ósseos, cefaléias e acidentes cerebrovasculares*, Casa do Psicólogo Livraria e Editora, San Pablo, 1997, págs. 115-143. En inglés se publicó con el título “Psychoanalysis of the diabetic disorder”, en L. Chiozza, *Hidden affects in somatic disorders: psychoanalytic perspectives on asthma, psoriasis, diabetes, cerebrovascular disease, and other disorders*, Psychosocial Press, Madison (Connecticut), 1998, págs. 77-95. {OC, t. X}
- CHIOZZA, Luis y WAINER, Gerardo (1973*b*) “El incesto y la homosexualidad como diferentes desenlaces del narcisismo”, en *V Simposio de Medicina Psicosomática* (Simposio del Centro de Investigación en Medicina Psicosomática), CIMP, Buenos Aires, 1973, págs. 32-38; *Eidon*, N° 2, CIMP-Paidós, Buenos Aires, 1974, págs. 77-85 (incluye un resumen); L. Chiozza y colab., *Ideas para una concepción psicoanalítica del cáncer*, Biblioteca del ccmw-Paidós, Buenos Aires, 1978, págs. 75-81; *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, *Una concepción psicoanalítica del cáncer*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2001, págs. 125-131. En italiano se publicó con el título “L’incesto e l’omosessualità come differenti sbocchi del narcisismo”, en L. Chiozza y colab., *Psicoanalisi e cancro*, Edizioni Borla, Roma, 1981, págs. 79-85. {OC, t. III}
- CLAVEL, F.; GUÉTARD, D.; BRUN-VÉZINET, F.; CHAMARET, S.; REY, M. A.; SANTOS-FERREIRA, M. O.; LAURENT, A. G.; DAUGUET, C.; KATLAMA, C.; ROUZIUX, C.; KLATZMANN, D.; CHAMPALIMAUD, J. L. y MONTAGNIER, L. (1986) “Isolation of a new

- human retrovirus from West-African patients with AIDS”, en *Science*, vol. 233, Nº 4.761, julio de 1986, págs. 343-346.
- CODEX (1976) *Diccionario enciclopédico de la lengua castellana mayor*, Codex, Buenos Aires, 1976.
- COROMINAS, Joan (1983) *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana*, Gredos, Madrid, 1983.
- COROMINAS, Joan y PASCUAL, José (1980-1984) *Diccionario crítico etimológico castellano e hispánico*, Gredos, Madrid, 1985.
- CREFF, Albert y HERSCHBERG, Alexandre (1981) *Manual de obesidad*, Toray-Masson, Barcelona, 1981.
- CREFF, Albert y HERSCHBERG, Alexandre (1988) *Obésité*, Masson, París, 1988.
- DANAE (1976) *Enciclopedia de la ciencia y de la técnica*, Ediciones Danae, Barcelona, 1976.
- DARWIN, Charles (1872a) *La expresión de las emociones en el hombre y en los animales*, Sociedad de Ediciones Mundiales, Buenos Aires, 1967.
- DIAMOND, Harvey y DIAMOND, Marilyn (1985) *La antidieta*, Urano, Buenos Aires, 1993.
- DORLAND (1992) *Diccionario enciclopédico ilustrado de medicina*, Interamericana-McGraw Hill, Madrid, 1992.
- DUDENVERLAG (1963) *Duden. Das Herkunftswörterbuch. Die Etymologie der deutschen Sprache. Bearbeitet von Günther Drosdowski, Paul Grebe und weiteren Mitarbeitern der Dudenredaktion*, Dudenverlag, Mannheim, 1963.
- EPSTEIN, F. y HIGGINS, M. (1992) “Epidemiology of obesity”, en P. Björntorp y B. Brodoff, *Obesity*, J. P. Lippincott Company, Filadelfia, 1992.
- ESPASA-CALPE (1986) *Diccionario enciclopédico Espasa-Calpe*, Espasa-Calpe, Madrid, 1986.
- ESPINÓS, D. (1988) “Generalidades: preliminares bioquímicos”, en P. Farreras Valentí y C. Rozman, *Medicina interna*, Doyma, Barcelona, 1988.
- EY, Henri; BERNARD, Paul y BRISSET, Charles (1978) *Tratado de psiquiatría*, Toray-Masson, Barcelona, 1978.
- FAINBOIM, L. y SATZ, M. (1992) “Células efectoras de la respuesta inmune”, en *Introducción a la inmunología humana*, Edición del autor, Buenos Aires, 1992, págs. 169-195.
- FAWCETT, Don W. (1994) *Tratado de histología*, Interamericana-McGraw Hill, México, 1994.
- FEJERSKOV, Ole y THYLSTRUP, Anders (1986) “Patología de la caries den-

- tal”, en A. Thylstrup y O. Fejerskov, *Caries*, Doyma, Barcelona, 1988, págs. 170-196.
- FELBER, Jean-Pierre; ACHESON, Kevin y TAPPY, Luc (1993) *From obesity to diabetes*, John Wiley and Sons, Baffins Lane, Chichester, 1993.
- FREUD, Sigmund *Obras completas*, Biblioteca Nueva (BN), Madrid, 1967-1968, 3 tomos.
- FREUD, Sigmund* *Obras completas*, Amorrortu Editores (AE), Buenos Aires, 1976-1985, 24 tomos.
- FREUD, Sigmund (1900a [1899]) *La interpretación de los sueños*, BN, t. I, págs. 231-584.
- FREUD, Sigmund (1900a [1899]*) *La interpretación de los sueños*, AE, ts. IV y V.
- FREUD, Sigmund (1905d*) *Tres ensayos de teoría sexual*, AE, t. VII, págs. 109-224.
- FREUD, Sigmund (1908b*) “Carácter y erotismo anal”, AE, t. IX, págs. 149-158.
- FREUD, Sigmund (1909b) “Análisis de la fobia de un niño de cinco años (caso ‘Juanito’)”, BN, t. II, págs. 651-715.
- FREUD, Sigmund (1912-1913*) *Totem y tabú*, AE, t. XIII, págs. 1-164.
- FREUD, Sigmund (1915c*) “Pulsiones y destinos de pulsión”, AE, t. XIV, págs. 105-134.
- FREUD, Sigmund (1915d*) “La represión”, AE, t. XIV, págs. 135-152.
- FREUD, Sigmund (1915e*) “Lo inconciente”, AE, t. XIV, págs. 153-214.
- FREUD, Sigmund (1916-1917 [1915-1917]*) *Conferencias de introducción al psicoanálisis*, AE, ts. XV y XVI.
- FREUD, Sigmund (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 (1926d [1925]*) *Inhibición, síntoma y angustia*, AE, t. XX, págs. 71-164.
- FREUD, Sigmund (1930a [1929]*) *El malestar en la cultura*, AE, t. XXI, págs. 57-140.
- FREUD, Sigmund (1933a [1932]*) *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis*, AE, t. XXII, págs. 1-168.
- FREUD, Sigmund (1939a [1934-1938]*) *Moisés y la religión monoteísta*, AE, t. XXIII, págs. 1-132.

- FREUD, Sigmund (1940a [1938]*) *Esquema del psicoanálisis*, AE, t. XXIII, págs. 133-210.
- FREUD, Sigmund (1950a [1887-1902]*) *Los orígenes del psicoanálisis*, AE, t. I, págs. 211-436.
- FREUD, Sigmund (1950a [1895]*) “Proyecto de psicología”, AE, t. I, págs. 323-436.
- GALLO, Robert (1994) “La investigación en SIDA con miras al futuro”, en *Actualizaciones en SIDA*, vol. 3, N° 8, Fundación Huésped, Buenos Aires, 1995, págs. 106-112.
- GARCÍA DE DIEGO, Vicente (1984) *Diccionario latino-español*, Editorial Bibliográfica, Barcelona, 1984.
- GARMA, Ángel (1944) “La realidad exterior y los instintos en la esquizofrenia”, en *Revista de Psicoanálisis*, t. II, N° 1, APA, Buenos Aires, 1944, págs. 56-82.
- GARMA, Ángel (1954) *Génesis psicósomática y tratamiento de úlceras gástricas y duodenales*, Nova, Buenos Aires, 1954.
- GARRAHAN, Juan (1964) *Pediatría y puericultura*, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 1966.
- GATELL, J.; SORIANO, E. y GONZÁLEZ-LAHOZ, J. (1992) “Epidemiología de la infección por VIH-1 y del SIDA”, en J. M. Gatell, B. Clotet, D. Podzamczar y J. M. Miró, *Guía práctica del SIDA*, Masson-Salvat, Barcelona, 1992, págs. 39-48.
- GENUTH, Saúl (1983) “Obesidad”, en J. Stein *Medicina interna*, 2ª reimpresión, Salvat, Barcelona, 1984.
- GIANNOTTI, Adriano y DE ASTIS, Giuliana (1991) “Reflessione sull’evoluzione dell’aggressività e sue implicazioni nello sviluppo normale e patológico del bambino”, presentado en el Centro Weizsaecker de Consulta Médica (CWCM), Buenos Aires, 1991.
- GLICKMAN, Irving (1972) *Periodontología clínica. El periodonto en salud y la enfermedad*, Interamericana, México, 1974.
- GOBELLO, José (1994) *Nuevo diccionario lunfardo*, Corregidor, Cali (Colombia), 1994.
- GÓMEZ DE SILVA, Guido (1995) *Breve diccionario etimológico de la lengua española*, Fondo de Cultura Económica, México, 1995.
- GOSCINNY, René y UDERZO, Albert (1959-1977) *Las aventuras de Astérix*, Grijalbo, Barcelona, 1994.
- GREENE, W. C. (1993) “SIDA y sistema inmunitario”, en *Investigación y Ciencia*, N° 206, Prensa científica, Barcelona, 1993, págs. 59-66.

- GRODDECK, Geörg (1916-1919) *Las primeras 32 conferencias psicoanalíticas para enfermos*, Paidós, Buenos Aires-Barcelona, 1983.
- GUARDO, Antonio y GUARDO, Carlos (1981) *Ortodoncia*, Mundi, Buenos Aires, 1981.
- HAAS, Emilio; VERRUNO, Luis y RAIMONDI, Eduardo (1986) *El sistema HLA*, Macchi, Buenos Aires, 1986.
- HAM, Arthur (1975) *Tratado de Histología*, Interamericana, México, 1975.
- HERRERA, Elisa (1976) “Consideraciones psicoanalíticas sobre la enfermedad periodontal crónica”, presentado en el Centro de Investigación en Medicina Psicosomática (CIMP), Buenos Aires, 1976.
- HIB, José (1994) *Embriología médica*, Interamericana, México, 1994.
- HOFFBRAND, A. Victor y PETTIT, John (1994) *Clinical hematology*, Sandoz Pharma, Basle (Suiza), 1994.
- HOPEWELL, P. (1992) “Neumonía por pneumocystis carinii”, en M. A. Sande y P. A. Volberding, *Manejo médico del SIDA*, Interamericana-McGraw Hill, México, 1992, págs. 215-247.
- JERNE, Neils (1973) “El sistema inmunitario”, en *Inmunología*, Prensa Científica, Barcelona, 1984, págs. 75-84.
- JERNE, Niels (1975) “The immune system: a web of v-domains”, en *The Harvey Lectures*, N° 70, Academic Press, Nueva York, 1976, págs. 93-110.
- JIMÉNEZ DÍAZ, Carlos (1950) *Las lecciones de patología médica*, t. III. *Lecciones sobre las enfermedades de la nutrición*, Editorial Científico-Médica, Madrid-Barcelona, 1950.
- KAPLAN, E. y KOPROWSKI, H. (1980) “La rabia”, en *Inmunología*, Prensa Científica, Barcelona, 1984, págs. 296-305.
- KLEIN, Melanie (1932) *El psicoanálisis de niños*, en *Obras completas*, t. I, Paidós-Hormé, Buenos Aires, 1974.
- KLEIN, Melanie (1936) “El destete”, en *El sentimiento de soledad y otros ensayos*, en *Obras completas*, t. VI, Paidós-Hormé, Buenos Aires, 1976, págs. 247-260.
- KLEIN, Melanie (1945) “El complejo de Edipo a la luz de las ansiedades tempranas”, en *Contribuciones al psicoanálisis*, en *Obras completas*, t. II, Paidós-Hormé, Buenos Aires, 1978, págs. 303-347.
- KLEIN, Melanie (1957a*) “Envidia y gratitud”, en *Obras completas*, t. VI, Paidós-Hormé, Buenos Aires, 1974, págs. 9-101.
- KOESTLER, Arthur (1978) *Jano*, Debate, Madrid, 1981.
- 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.
- LARSEN, P. e INGBAR, S. (1992) "The thyroid gland", en J. Wilson y D. Foster (eds.), *Williams textbook of endocrinology*, W. B. Saunders Company, Filadelfia, 1992.
- LIBMAN, H. (1992) "Pathogenesis, natural history, and classification of HIV infection", en *Primary Care*, vol. 19, Nº 1, marzo de 1992, págs. 1-17.
- LIDZ, T. (1954) "La glándula tiroides", en E. D. Wittkower y R. A. Cleg-horn (eds.), *Progresos en medicina psicósomática*, Eudeba, Buenos Aires, 1966.
- LÓPEZ, O. L.; BECKER, J. T. y SUDILOVSKY, A. (1994) "Encefalopatía por Virus Humano de Inmunodeficiencia", en *Actualizaciones en SIDA*, vol. 2, Nº 6, Buenos Aires, 1994, págs. 224-233.
- LOVELOCK, James (1979*) *Gaia, una nueva visión de la vida sobre la tierra*, Orbis, Madrid, 1985.
- MALE, David y ROITT, Ivan (1991) "Inmunidad innata y adaptativa", en I. Roitt, J. Brostoff y D. Male, *Inmunología*, Salvat, Barcelona, 1991, págs. 1.1-1.10.
- MANNONI, Pierre (1982) *El miedo*, Fondo de Cultura Económica, México, 1984.
- MIRÓ, J. M. (1992) "Control del paciente adulto infectado por el VIH", en J. M. Gatell, B. Clotet, D. Podzamczar y J. M. Miró, *Guía práctica del SIDA*, Masson-Salvat, Barcelona, 1992, págs. 69-95.
- MOLINER, María (1991) *Diccionario de uso del español*, Gredos, Madrid, 1991.
- MONTANER Y SIMÓN (1912) *Diccionario enciclopédico hispano-americano*, Montaner y Simón Editores, Barcelona, 1912.
- MONTIGNAC, Michel (1994) *El método Montignac especial mujer*, Muchnik Editores, Barcelona, 1994.
- MOORE, Keith (1989) *Embriología clínica*, Interamericana-McGraw Hill, México, 1990.
- MORRIS, Desmond (1967) *El mono desnudo*, Hyspamérica, Buenos Aires-Madrid, 1986.
- MORRIS, Desmond (1971) *Comportamiento íntimo*, Plaza & Janés, Barcelona, 1974.
- NAISBITT, John (1982) *Megatrends*, Warner Books, Nueva York, 1984.
- NEWMAN, L. Hugh (1971) *El mundo de los insectos*, Salvat, Navarra, 1971.
- NIKIFORUK, Gordon (1985) *Caries dental*, Mundi, Buenos Aires, 1986.

- OBSTFELD, Enrique (1990) "Indagación sobre la dificultad para el cambio: el sentimiento de traición y el 'complejo de Judas'", en *Revista de Psicoanálisis*, t. XLVII, Nº 1, APA, Buenos Aires, págs. 112-120.
- PANSKY, Ben (1985) *Embriología médica*, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 1985.
- PANTOLINI, Jorge; CHADE, Flora; NAVEDO, Rubén; PANTOLINI, Sara P. de; WAINER, Paulina L. de y ROSMARYN, Ada D. de (1973) "De la sorpresa al miedo", presentado en el Centro de Investigación en Medicina Psicosomática (CIMP), Buenos Aires, 1973.
- PIRLOT, Paul (1976) *Morfología evolutiva de los cordados*, Omega, Barcelona, 1976.
- POPLACK, D. G. (1985) "Leucemia linfoblástica aguda en niños", en *Clínicas pediátricas de Norteamérica*, Emalsa, Madrid, 1985.
- POPLACK, D. G. y REAMAN, G. (1989) "Leucemia linfoblástica aguda en la infancia", en *Clínicas pediátricas de Norteamérica*, Nueva Editorial Interamericana, México, 1989.
- PORTMANN, Adolf (1961) *Nuevos caminos de la biología*, Ediciones Iberoamericanas, Madrid, 1968.
- PUCHULU, Félix y PÁNGARO, José (1951) *Diabetes - obesidad - gota*, El Ateneo, Buenos Aires, 1951.
- QUILLET (1968) *Diccionario enciclopédico Quillet*, Ediciones Arístides Quillet, Barcelona, 1968.
- QUINN, T. C. (1995) "The epidemiology of the acquired immunodeficiency syndrome in the 1990s", en *Emergency Medicine Clinics of North America*, vol. 13, Nº 1, febrero de 1995, págs. 1-25.
- RASCOVSKY, Arnaldo (1947) "Interpretación psicodinámica de la función tiroidea", en *Revista de Psicoanálisis*, t. IV, Nº 3, APA, Buenos Aires, 1947, págs. 413-450. También en A. Rascovsky, Á. Garma y otros, *Patología psicosomática*, cap. XXVI, APA, Buenos Aires, 1948, págs. 533-571.
- RATEITSCHAK, K.; RATEITSCHAK-PLÜSS, E. y WOLF, H. (1987) *Atlas de periodoncia*, Salvat, Barcelona, 1987.
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA (1992) *Diccionario de la lengua española*, Espasa-Calpe, Madrid, 1992.
- ROOK, G. (1991) "Respuestas inmunitarias mediadas por células", en I. Roitt, J. Brostoff y D. Male, *Inmunología*, Salvat, Barcelona, 1991, págs. 9.2-9.12.
- ROSS, M. y ROMRELL, L. (1989) *Histología. Texto y Atlas en color*, Editio-

- rial Médica Panamericana, México, 1992.
- RUYER, Raymond (1974) *La gnose de Princeton*, Fayard, París, 1974.
- SAINZ DE ROBLES, Federico (1986) *Diccionario español de sinónimos y antónimos*, Aguilar, Madrid, 1986.
- SALVAT (1972) *Enciclopedia Salvat*, Salvat, Barcelona, 1972.
- SALVAT (1974) *Diccionario terminológico de ciencias médicas*, Salvat, Barcelona, 1974.
- SEN, Luisa (1996) “Comentarios sobre la 3ª Conferencia sobre retrovirus e infecciones oportunistas”, en *Actualizaciones en SIDA*, vol. 4, Nº 11, Fundación Huésped, Buenos Aires, 1996, págs. 27-29.
- SMITH, Lloyd y THIER, Samuel (1988) *Fisiopatología*, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 1993.
- SOLLMANN, Torald (1948) *Farmacología*, Salvat, Barcelona, 1949.
- SPES (1960) *Diccionario ilustrado latino-español y español-latino*, Spes, Barcelona, 1960.
- STEINBERG, Daniel (1993) “Metabolismo”, en A. Best y C. R. Taylor, *Bases fisiológicas de la práctica médica*, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 1995.
- STOBO, J. (1984) “Células T”, en D. Stites, H. Funderberg, J. Stobo y J. Wells, *Inmunología básica y clínica*, El Manual Moderno, México, 1985, págs. 69-76.
- STORER, Tracy; STEBBINS, Robert y USINGER, Robert (1975) *Zoología general*, Omega, Barcelona, 1975.
- STRYER, Lubert (1988) *Bioquímica*, Reverté, Barcelona, 1990.
- THEOFILOPOULOS, Argyrios (1984) “Autoinmunidad”, en D. Stites, H. Funderberg, J. Stobo y J. Wells, *Inmunología básica y clínica*, El Manual Moderno, México, 1985, págs. 152-189.
- THYLSTRUP, Anders y FEJERSKOV, Ole (1986) *Caries*, Doyma, Barcelona, 1988.
- UEXKÜLL, Jakob von (1934) *Ideas para una concepción biológica del mundo*, Espasa-Calpe, Madrid, 1934.
- VILLÉE, Claude (1957) *Biología*, Eudeba, Buenos Aires, 1963.
- WEINSTOCK, H. S.; SIDHU, J.; GWINN, M.; KARON, J. y PETERSEN, L.R. (1995) “Trends in HIV seroprevalence among persons attending sexually transmitted disease clinics in the United States, 1988-1992”, en *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, vol. 9, Nº 5, agosto de 1995, págs. 514-522.

- WEISZ, Paul (1959*) *La ciencia de la biología*, Omega, Barcelona, 1969.
- WEISZ, Paul (1966*) *La ciencia de la zoología*, Omega, Barcelona, 1987.
- WEIZSAECKER, Viktor von (1946-1947) *Casos y problemas clínicos. Lecciones de antropología médica en la clínica de medicina interna*, Pubul, Barcelona, 1950.
- WEIZSAECKER, Viktor von (1950) *Pathosophie*, Vandenhoeck y Ruprecht, Göttingen, 1967. Edición en castellano: WEIZSÄCKER, Viktor von, *Patosofía*, Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2005.
- WINNICOTT, Donald (1951) “Objetos transicionales y fenómenos transicionales”, en *Realidad y juego*, Gedisa, Barcelona, 1979, págs. 17-45.
- ZELAZKO, M. (1992) “Inmunodeficiencias”, en L. Fainboim y M. Satz, *Introducción a la inmunología humana*, Edición del autor, Buenos Aires, 1992, págs. 233-266.